

تمكين الاستثمار الخاص من الانخراط الكامل في قطاع الصحة

ما بين ضرورات الواقع ومخاوف الحكومات

*Enabling private investment to fully engage in the health sector,**between the imperatives of reality and the concerns of governments*

د. نسيم بوقال

جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2 (الجزائر)

Nassim.boukal@univ-constantine2.dz

المخلص	معلومات المقال
<p>تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على الدور الذي يمكن أن يلعبه الاستثمار الخاص في دعم ومساعدة القطاع العمومي في مجال الصحة. أين سيتم التركيز على عوائق وصعوبات الاستثمار الخاص في مجال الصحة من جهة، والنقاط الإيجابية التي يمكن أن تنجر عن مثل هذا التوجه من جهة أخرى.</p> <p>هذا وتوصلت الدراسة إلى أهمية السماح للاستثمار الخاص من الانخراط بشكل كامل في قطاع الصحة الجزائري عبر التركيز على تطبيق الحلول الممكنة كالشراكات بين القطاعين العام والخاص، أو منح التراخيص والاعتمادات لإنشاء مستشفيات وكليات طبية خاصة. مع الحرص أن لا يؤدي هذا التوجه إلى تفاقم المستوى المتصور من عدم المساواة في نظام الرعاية الصحية.</p>	<p>تاريخ الارسال: 2022/09/14</p> <p>تاريخ القبول: 2023/04/23</p> <p>الكلمات المفتاحية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ استثمار خاص: ✓ قطاع الصحة: ✓ مستشفيات خاصة:
Abstract :	Article info
<p><i>This study aims to shed the light on the role that private investment can play in supporting and assisting the public sector in the field of health.</i></p> <p><i>Through this study, we try to focus on the obstacles and the positive points that can result from such an approach. The study concluded the importance of allowing private investment to fully engage in the Algerian health sector by focusing on implementing possible solutions such as partnerships between sectors, or granting licenses and credits to private hospitals and medical colleges. Take care that this approach does not exacerbate the perceived level of inequality in the healthcare system.</i></p>	<p>Received 14/09/2022</p> <p>Accepted 23/04/2023</p> <p>Keywords:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Private investment: ✓ Health sector: ✓ Private hospitals:

مقدمة .

تمثل محدودية وضعف البنية التحتية أحد أهم الخصائص والمحددات التي تتصف بها الأنظمة الوطنية للصحة في غالبية الدول النامية ومن بينها الجزائر، وهو الأمر الذي لا يسمح بضمان التغطية اللازمة والمناسبة من الخدمات الصحية الضرورية. في هذا السياق تواجه المجهودات المبذولة من طرف هذه الدول والهادفة إلى ضمان بلوغ مستويات ملائمة من التغطية الصحية العديد من المعوقات، خاصة في ما يرتبط بضعف وعدم كفاية الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة سواء تعلق الأمر بتوفير الهياكل القاعدية أو إنتاج وتطوير الموارد البشرية الصحية، كل هذا بالإضافة إلى ضعف مردودية وكفاءة البرامج المنجزة في مجال الصحة، التوزيع غير العادل للمورد البشري الصحي، غياب وضعف آليات التحفيز وكذا عدم فعالية الاستراتيجيات المتبناة لزيادة ولاء ورضا الموارد البشرية الصحية.

وبناء على كل ما سبق أصبح من الضروري القيام بتغييرات ومبادرات ملموسة على المستوى الوطني من أجل العمل على تجاوز مختلف هذه الصعوبات. في هذا السياق تبرز الحاجة إلى الاعتماد على القطاع الخاص من أجل تقديم مساهمته الفعالة في مجال الصحة، وهو الأمر الذي لا يتأتى إلا من خلال فتح المجال كاملا للاستثمارات الخاصة في مجال الصحة والعمل في نفس الوقت على إزالة أي تخوفات تمتلكها الحكومات فيما يتعلق بهذا التوجه، وهو ما سنحاول التعرض له من خلال هذه الدراسة عبر التطرق لأهمية الاستثمار في مجال الصحة، محاولة التعرف على وضعية القطاع الصحي في الجزائر وأبرز المشاكل التي يعاني منها، ثم بعد ذلك التأكيد على الأهمية البالغة وصوابية الاستثمار في مجال الصحة بشكل عام وأخيرا التطرق بشكل دقيق للإضافات التي يمكن أن يقدمها التوجه الذي يرى بفتح المجال الصحي بشكل كامل أمام القطاع الخاص وسبل تجاوز أي مخاوف حكومية اتجاه هذا الأمر.

■ إشكالية الدراسة: مما سبق يمكن طرح الإشكالية الموالية:

كيف يمكن أن يسهم تمكين الاستثمار الخاص في دعم قطاع الصحة في الجزائر؟ وما هي أبرز آفاقه المستقبلية؟

وتندرج ضمن هذه الإشكالية مجموعة من الأسئلة الفرعية تتمثل أهمها في:

- ما هو واقع تمكين الاستثمار الخاص في قطاع الصحة الجزائري.
- ما هي أبرز الفرص والمميزات التي يمكن أن يتيحها الانخراط الكامل للاستثمار الخاص في قطاع الصحة الجزائري.
- ما هي أبرز التحديات التي تحول دون الانخراط الكامل للاستثمار الخاص في القطاع الصحي الجزائري.

■ الفرضيات: للإجابة على إشكالية الدراسة نضع الفرضيات التالية:

- يشهد الاستثمار الخاص نموا محدودا وبطيئا في القطاع الصحي الجزائري.
- يمكن أن تشكل المستشفيات وكليات الطب الخاصة أداة قوية وفعالة لدعم قطاع الصحة الجزائري.
- يمثل غياب أي تصور واضح من طرف الدولة للدور الذي يجب أن يلعبه الاستثمار الخاص في القطاع الصحي أحد أهم الأسباب التي تحد من دوره وتطوره.

■ أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة أساسا إلى:

- تسليط الضوء على أهمية مساهمة الاستثمار الخاص في النهوض بقطاع الصحة في الدول النامية بشكل عام والجزائر بشكل خاص.
- تقييم واقع الاستثمار الخاص في الجزائر وسبل ترقيته.

■ **منهج الدراسة:** تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي وذلك من خلال استخدام مجموعة متنوعة من المصادر كالكتب، البحوث والدراسات والدوريات، وكذا التقارير والإحصائيات المنشورة... إلخ. مع العمل على تحليلها بشكل علمي ومنهجي للإجابة على فرضيات الدراسة.

2. الوضعية العامة للقطاع الصحي في الجزائر

تمثل الصحة حقا عالميا أساسيا، وموردا رئيسيا للتنمية الاجتماعية، الاقتصادية والفردية. حيث تنص المادة 66 من الدستور الجزائري المعدل سنة 2016 (القانون رقم 01-16، 2016) على أن " لجميع المواطنين الحق في الحماية الصحية. وأن الدولة تضمن الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة".

كما ينص قانون الصحة على أن النظام الوطني للصحة يعرف بأنه مجموع الأنشطة والموارد البشرية، المادية والمالية، التي تهدف إلى ضمان حماية، ترقية، تحسين، تقييم، متابعة (مراقبة) وكذا صيانة أو استعادة صحة السكان. وأنه يجب تنظيم النظام الوطني للصحة من أجل تلبية الاحتياجات الصحية بطريقة شاملة، منسجمة ومستمرة. (القانون رقم 11-18، 2018)

حيث استند بناء النظام الصحي الوطني بعد الاستقلال على هيمنة القطاع العام والرعاية الصحية المجانية في المؤسسات العامة. لكن وبدءا من منتصف السبعينات ومع وجود زيادة كبيرة في عدد المهنيين الصحيين، تم إنشاء القطاع الصحي الخاص والذي مازال يعرف عملية تطور ونمو حتى وقتنا الحالي، سواء في ما يتعلق بعدد الممارسين أو البنية التحتية (مكاتب الأطباء، العيادات). هذا وعلى الرغم من الأزمات أو انخفاض عائدات المحروقات التي تشهدها الجزائر من حين لآخر، إلا أن هذه الأخيرة قد أكدت على استمرارية استفادة عملية تنمية القطاع الصحي من دعم الدولة. حيث دائما ما يتمثل الهدف والتوجه الرئيسي لخطة عمل الحكومات المتعاقبة في "التعزيز النوعي والكمي للرعاية الصحية التي يحصل عليها المواطنون"، وكذا تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتصلة بالصحة، وكذا "تحسين الوصول العادل والشامل للرعاية الصحية في جميع أنحاء الإقليم الوطني". ومن وجهة نظر تنظيمية، تنص هذه الخطط على تشجيع الاستثمار الخاص وتعزيز التكامل بين القطاعين العام والخاص، زيادة كثافة التغطية الصحية، فضلا عن تحسين توافر الأدوية والحصول عليها.

وفي حين يتميز النظام الصحي الجزائري بشبكة إقليمية كثيفة إلى حد ما، وإن كان ذلك بشكل غير متساوي، نظرا لحجم الأراضي والكثافة الديموغرافية، وكذا إحرازه منذ الاستقلال لتقدم وتطور كبير لا يمكن إنكاره، إلا أن هذا لا يعني عدم وجود عوائق وقيود كثيرة تؤثر بشكل كبير على مستوى كفاءته وأدائه.

في هذا السياق، فإنه من شأن تحليل الوضعية الراهنة لقطاع الصحة ومعرفة أهم المشاكل التي يعاني منها في ضوء البيانات المتاحة والمساهمات الفكرية المتوفرة السماح لنا من الوصول إلى تقييم وتحسين أداء هذا النظام دون أي تشكيك في مبادئ الإنصاف والتضامن التي يقوم عليها.

ولعل من أبرز العوائق التي يعرفها النظام الصحي في الجزائر عدم قدرته على التأقلم والتكيف مع التحولات والتغيرات التي يعرفها البلد، وذلك من حيث تنظيمه، إدارته، وآليات تمويله.

3. الأسباب الرئيسية لأزمات القطاع الصحي في الدول النامية ومن ضمنها الجزائر

سنحاول من خلال هذا الجزء من الدراسة التعرف على أهم الأسباب الرئيسية لأزمة قطاع الصحة في الدول النامية بشكل عام والجزائر بشكل خاص.

1.3. عدم كفاية التكوين وضعف جودته:

من الناحية المنطقية، يمكن القول أن النقص في الموارد البشرية الصحية يكون نتيجة مباشرة لوجود عدم توازن ما بين مدخلات ومخرجات الموارد البشرية في النظام الصحي. وهكذا فقد أظهرت العديد من الدراسات في عدد معتبر من الدول النامية أن تكوين الموارد البشرية الصحية لا يرتقي حتى إلى المعايير الدنيا المحددة من طرف منظمة الصحة العالمية، وهو ما يترتب عنه عدم قدرة هذه الدول على تعويض الخسائر في الكفاءات الصحية الناجمة عن كل من إنهاك واستنزاف هؤلاء العاملين، هجرتهم، تعرضهم للوفاة... إلخ، بل أن الواقع يشير إلى أن العديد من الدول النامية لا تمتلك إلا كلية واحدة للطب.

(Hongoro & McPake, How to bridge the gap in human resources for health, 2004, pp. 1451–1456)
ناهيك عن الحديث عن الدراسات المتخصصة وبعض المجالات الصحية الدقيقة المفقودة بشكل كبير أو كامل. بالإضافة إلى كل ما سبق فإن ظواهر كالإفراط في التخصص، الفجوة بين التكوين النظري والواقع العملي أو نقص فرص التطور المهني... إلخ. تمثل في مجملها مشاكل ومعوقات معروفة لبرامج التكوين في كثير من الدول النامية.

2.3. الدور السلبي المؤسسات المالية وعدم كفاية الإنفاق العام على الصحة

من المفارقات والتناقضات الصارخة المنتشرة في العديد من الدول التي تعاني من نقص في الهياكل والموارد البشرية الصحية ومن بينها الجزائر، وجود عدد معتبر من الكفاءات الصحية الذين يعانون شبح البطالة.

وغالبا ما يرجع هذا الانحراف أو الخلل غير المنطقي إلى الظروف المالية الصعبة لهذه الدول من جهة وما يرافقها من برامج الإصلاح الهيكلي المفروضة على هذه الدول من طرف المؤسسات المالية العالمية، والتي دفعت بالعديد منها نحو القيام بتخفيضات كبيرة وجذرية في أعداد موظفي الوظيفة العمومية على مر السنوات. (Center for Global Development, 2007, p. 5)

وعليه فقد كان لبرامج الإصلاح الهيكلي أثر جد سلبي في ما يتعلق بالاتفاق على قطاع الصحة، الأمر الذي قاد العديد من الدول إلى تخفيض مستوى التحفيز المقدمة وكذا أعداد الموظفين وذلك من خلال فرض سقف محدد على الإنفاق العام ولا سيما الكتلة الأجرية.

(O'Shea, Rawls, & Al, 2009, p. 17)

وهو الأمر الذي عاشته الجزائر في فترة التسعينات أثناء لجوئها إلى برامج صندوق النقد الدولي وما تبع ذلك من تقيد للكثير من ميزانيات القطاعات الحيوية وندرة في التوظيف وسوء في ظروف العمل... إلخ.

بالإضافة إلى ما سبق، يجب التأكيد على أن عددا قليلا من رؤساء الدول الإفريقية فقط قد احترموا الالتزام الذي قطعوه في "أبوجا" سنة 2005 والذي ينص على تخصيص ما لا يقل عن 15% من ميزانية الدولة لقطاع الصحة. (World Bank, 2016)

وعليه يمكننا الجزم أن نقص وعدم كفاية الموارد المالية المخصصة للصحة يظل واحدا من الأسباب الرئيسية إن لم نقل السبب الرئيسي لضعف مستوى الخدمات الصحية المقدمة في مختلف الدول النامية. وهو ما يتطلب من هذه الدول إيجاد حلول وبدائل من أجل معالجة هذا الإشكال الصعب، وهي النقطة التي سنحاول التركيز عليها في دراستنا هذه عبر اقتراح تفعيل مختلف الآليات القانونية والتنظيمية التي تسمح بالاستفادة من القطاع الخاص والسماح بانخراطه الكامل في مختلف الميادين عموما وفي مجال الصحة بشكل خاص.

3.3. هجرة الكفاءات

من المفارقات الكبيرة التي يمكن الإشارة إليها كذلك، أن تكون دول يبلغ متوسط كثافة التغطية الصحية فيها 17 طبيب لكل 100000 نسمة مصدرا للعاملين الصحيين لبلدان تبلغ كثافة التغطية الصحية فيها 300 طبيب لكل 100000 نسمة. هذا المثال يوضح جيدا ما يعرف بـ "قانون التكفل العكسي"، أين تكون الدول الأكثر حاجة إلى الموارد البشرية الصحية، هي نفسها الدول الأقل امتلاكها لهذه المواد. (Dovlo, 2005, pp. 376-379)

في هذا السياق يمكن القول أن المهجرات الخاصة بالكفاءات تتم من خلال دوائر متركزة، من المناطق المنخفضة الدخل نحو المناطق ذات الداخل المرتفع، من المناطق الريفية نحو المناطق الحضرية، من المقاطعات الفقيرة نحو تلك الغنية، من دول الجنوب نحو دول الشمال... إلخ.

أما في ما يخص دول المتقدمة، وفي سنة 2015، فقد أشارت الدراسات إلى أن ما يقارب ربع الأطباء العاملين "الممارسين" في الولايات المتحدة الأمريكية قد تم تكوينهم في الخارج، وأن غالبية هؤلاء قد تكونوا تحديدا في دول ذات دخل ضعيف أو متوسط. (Fisher, 2016)

كما أن ثلث موظفي منظومة الصحة البريطانية هم من المهاجرين. ويتجلى هذا التوجه بشكل أوضح من خلال التزايد المضطرد لنسب استيعاب دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية للموارد البشرية الصحية المكونة في الخارج على مر السنوات.

وعلى الرغم من أن المهاجرين غالبا ما يشكلون مصدرا قيما للدخل بالنسبة لدولهم الأصلية، إلا أن أغلب التوجهات تؤكد على أن تحويلات العاملين الصحيين المهاجرين في الخارج ليس من المرجح أن تعوض هذه الدول عن خسارة رحيلهم.

وفي حين أن غالبية الدول الشمالية المتقدمة لا تمتلك برامج محددة لاستيراد الأفراد العاملين في مجال الصحة، إلا أن غالبيتها تضع إجراءات من شأنها تسهيل عملية هجرة الأفراد أصحاب الكفاءات أو التخصصات التي هي في حاجة لهم، وهو بطبيعة الحال الأمر الذي ينطبق على غالبية أو جزء كبير من الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة. وفي ظل هذا التوجه العام فتحت العديد من وكالات التوظيف الغربية مكاتب فرعية لها في العديد من الدول حول العالم وذلك لتسهيل عملية توظيف الكفاءات الصحية وهجرتهم للخارج. (Mills & al, 2008, pp. 685-688)

وحتى وإن كانت مساهمة غالبية الدول النامية ومن بينها الجزائر في تدفقات هجرة الكفاءات الصحية باتجاه دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) تبدو منخفضة من حيث القيمة المطلقة، نظرا لكونها تمتلك أساسا أعدادا منخفضة من الموارد البشرية الصحية. إلا أنه وعند مقارنة نسبة الأطباء المهاجرين بنسبة الأطباء المتواجدين في بلدانهم الأصلية، يمكن ملاحظة أن الدول الإفريقية تعد الدول الأكثر تضررا من هذه الظاهرة.

وبغض النظر عن حالات الأزمات الحادة والمرتبطة بالحروب والنزاعات، فإن غالبية التقارير تشير إلى أن أسباب هجرة الأفراد تتمثل أساسا في ضعف الأجور وسوء ظروف المعيشة والعمل في المجمل. حيث يجب أن نعرف على سبيل المثال أن الطبيب أو الممرض سيكسب أضعاف أجره في فرنسا منه في الجزائر. كما تجدر الإشارة إلى أن هذا السوء في ظروف العمل لا يؤثر على عدد العمال فحسب، بل كذلك على أدائهم ومردوديتهم ومستواهم العلمي والبحثي.

(Hongoro & Normand, 2006, pp. 1309-1322)

4.3. التوزيع الجغرافي غير المنصف وضعف جاذبية المناطق النائية

يمكن القول أن التطرق لموضوع وفرة أو ندرة الموارد البشرية الصحية قد يكون أمرا مضللا. حيث يشير الواقع إلى أنه بإمكاننا أن نجد في العديد من الدول أن نسبة الموارد البشرية الصحية بالنسبة لكل 1000 نسمة قد تكون مقبولة نسبيا مقارنة مع المعايير العالمية، لكن الإشكالية لا تكون دائما مرتبطة بنقص العاملين الصحيين فقط ولكن بسوء وعدم توازن توزيعهم جغرافيا كما هو الحال في الجزائر.

وهكذا، نجد مثلا أن مدنا كبرى في العديد من الدول النامية تمتلك نسبة كثافة من حيث الهياكل والموارد البشرية الصحية بقدر أعلى من معايير منظمة الصحة العالمية (2.7 لكل ألف نسمة) لتصل إلى (3.5 لكل ألف نسمة)، في حين تنخفض هذه النسبة بشكل كبير جدا في العديد من الولايات الأخرى خاصة النائية والصحراوية منها لتصل إلى (0.1 لكل ألف نسمة). (Lemière & al, 2011, p. 7)

كما تعكس هذه الاختلافات في التقسيم والتوزيع تفاوتات كبيرة في ما يخص توزيع الكفاءات والإطارات المختصة، حيث نجد أن الأفراد أصحاب الكفاءات والمؤهلات الكبرى يتمركزون في المناطق الحضرية في حين يتم إرسال الأفراد الأقل تكويننا وتأهيلا للمناطق الريفية أو الصحراوية.

هذا وتتمثل أهم الأسباب التي يقدمها الأطباء لتبرير عدم رغبتهم في العمل في المناطق النائية في زيادة حجم العمل، عدم إمكانية التواصل مع زملاء عمل آخرين أو عدم وجود مساندة ودعم من طرف زملاء أصحاب خبرة أكبر، وصولا إلى نقص وضعف البنية التحتية وغياب المحفزات... إلخ. (Bärnighausen & Bloom, 2009)

وعليه يمكن القول أن ظاهرة التصحر الطبي في المناطق الريفية والنائية تمثل مشكلة شائعة تعاني منها العديد من الدول النامية ومن بينها الجزائر.

4. الإنفاق في قطاع الصحة، الاستثمار الأكثر صوابية وملاءمة

يعتبر القطاع الصحي قطاعا اقتصاديا مفتاحيا، يمتاز بخلق فرص العمل ويعمل كمحرك للنمو الاقتصادي الشامل. في هذا السياق تشير أعداد متزايدة من الحقائق والدراسات إلى أن الاستثمارات المناسبة في النظام الصحي وموارده البشرية يمكن أن تحقق عائدات اقتصادية عالية.

إن الاستثمارات التي تزيد من الإنتاجية الكلية للقطاع الصحي وتعطي نتائج صحية أفضل تعتبر جد ضرورية من أجل بناء نظم صحية متينة واقتصاد أكثر قوة.

في هذا السياق سنحاول التركيز في هذا الجزء من دراستنا على مجموعة من المفاهيم الأساسية تتمثل في:

- إسهام وجود سكان بصحة جيدة بشكل فعال في النمو الاقتصادي لأي دولة أو مجتمع.
- وجود مقاربات تكاملية هامة تسمح للاستثمارات الموجهة للنظام الصحي من إحداث آثار جانبية تعمل على تحسين النمو الاقتصادي الشامل،
- إسهام الاستثمارات الموجهة لقطاع الصحة بشكل كبير في خلق فرص عمل جديدة ولائقة.
- الإنفاق على الصحة لا يمثل عبئا وتوجها غير مفيد للاقتصاد بل على العكس من ذلك يمكن لهذه الاستثمارات أن تترافق مع مكاسب إنتاجية متنوعة في باقي القطاعات الأخرى.

1.4. السكان الأصحاء خطوة أساسية نحو النمو الاقتصادي والتنمية

يعتمد النمو الاقتصادي والتنمية بشكل مباشر على امتلاك السكان أو الشعوب لصحة جيدة. حيث أشارت اللجنة المعنية بدراسة الاستثمار في مجال الصحة على مستوى الأمم المتحدة والمسيرة من طرف LAWRENCE SUMMERS (وزير الدولة للخزانة السابق في الولايات المتحدة وكبير الاقتصاديين لدى البنك الدولي)، أن ما يقرب من ربع النمو الاقتصادي المسجل في الفترة ما بين 2000 و 2011 في الدول محدودة ومتوسطة الدخل يرجع بالأساس للقيمة المضافة الناتجة عن سنوات الحياة التي تم ربحها والمكتسبة من خلال تحسين الصحة. حيث يقدر العائد على الاستثمار في هذا القطاع بـ 9 مقابل 1.

(Jamison, Summers, Alleyne, & Al, 2013, pp. 1898-1955)

كما أن الأفراد البالغين الذين يعانون من حالة صحية صعبة غالباً ما يكونون أكثر عرضة للبطالة، وأقل إنتاجية من غيرهم في العمل. فعلى سبيل المثال وفي المملكة المتحدة فإن الأشخاص المرضى أو الذين يعانون من إعاقة يملكون احتمالاً مضاعفاً بأن يكونوا عاطلين عن العمل، وهو الأمر الذي يرجع عادةً لوصمهم بهذه الحالة أو غياب ظروف العمل الملائمة.

وعليه يمكن القول أن هناك العديد من العاملين الذين يعانون من ضعف في إنتاجيتهم في العمل نتيجة سوء حالتهم الصحية، وهو الأمر الذي كان من الممكن تجنبه أو تقليله بشكل كبير، حيث تقدر تكلفة هذه الظاهرة (Présentéisme) في الولايات المتحدة الأمريكية بـ 150 مليار دولار كل سنة. (Hemp, 2004, pp. 49-58)

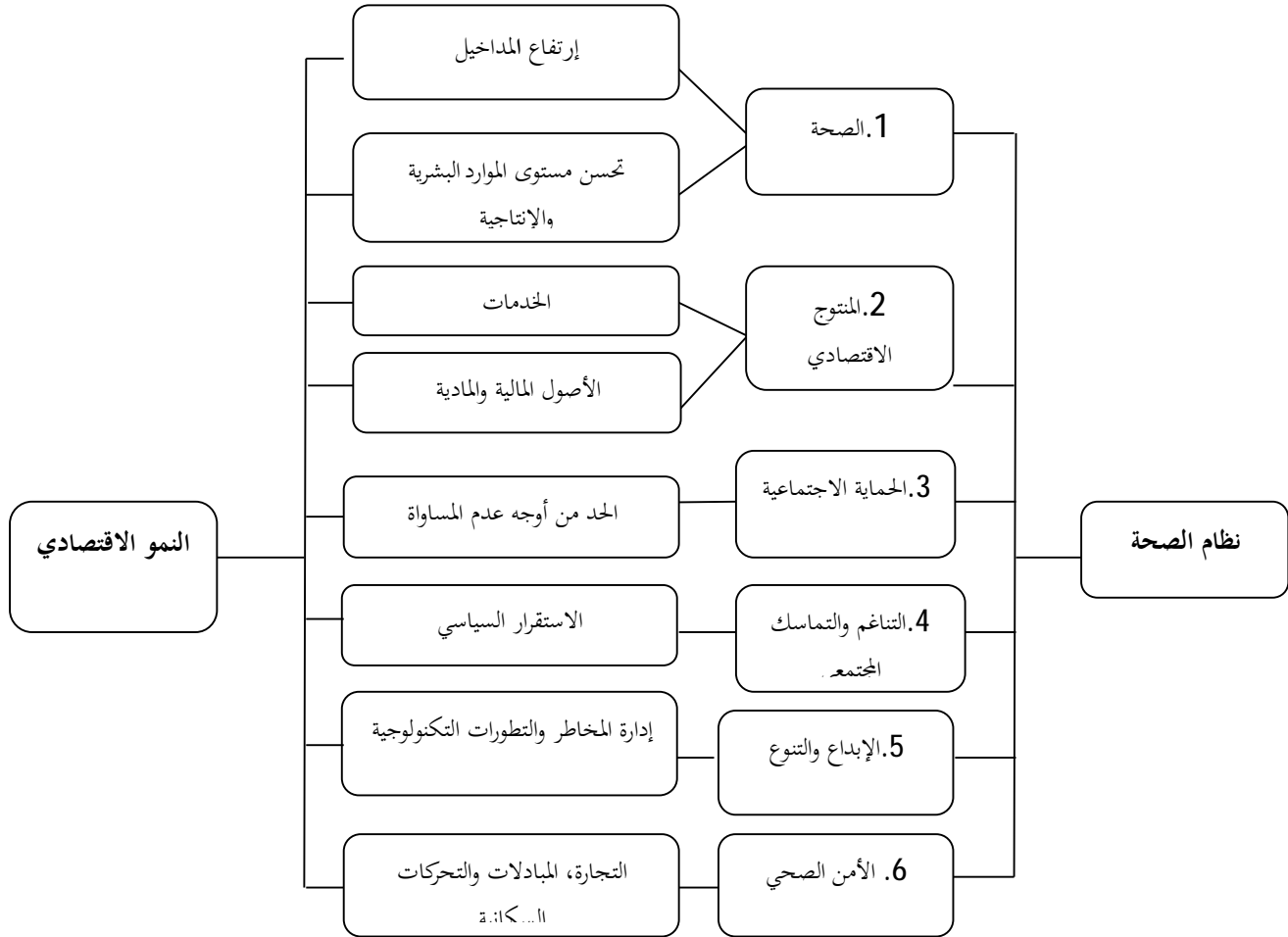
ومنه فإن امتلاك سكان وشعوب بصحة جيدة يقدم للدول العديد من الفوائد التي تتجاوز صحة الفرد، حيث يمكن لهذه الميزة أن تعزز وتدعم زيادة حجم المدخرات والاستثمارات الأجنبية، كما يمكن لها تحسين مستوى الاستقرار الاجتماعي. هذا وقد وجدت إحدى الدراسات أن سنة واحدة إضافية من العمر المتوقع للحياة يمكن أن تزيد مساهمة الأفراد بـ 4 بالمائة في الناتج المحلي الإجمالي. (Bloom, Canning, & Sevilla, 2004, pp. 1-13)

2.4. مساهمة النظم الصحية في النمو الاقتصادي

بالإضافة إلى الدور الأساسي والمحوري الذي تؤديه في تحسين صحة السكان ورفاهيتهم، فإن الاستثمارات الموجهة للنظم الصحية، يمكن أن تشجع النمو الاقتصادي وذلك من خلال العديد من القنوات الأخرى. حيث يمكن حصر أهم مقاربات تشجيع النظم الصحية للنمو الاقتصادي في الست مقاربات التالية: الصحة، المنتج الاقتصادي، الحماية الاجتماعية، التماسك الاجتماعي، الإبداع والتنوع والأمن الصحي. (Lauer, Soucat, Reinikka, Araujo, & Weakliam, 2017, pp. 173-

194) وهو ما يبينه الشكل الموالي.

الشكل 1: مقاربات مساهمة النظام الصحي في النمو الاقتصادي



المصدر: (Buchan, Dhillon, & Campbell, 2017, p. 176)

حيث تؤكد مقارنة المنتج الاقتصادي أن القطاع الصحي يخلق قيمة اقتصادية مباشرة من خلال أثره المضاعف على الاقتصاد ككل عبر تشييد البنى التحتية والمنشآت، شراء المعدات واللوازم (خاصة الصيدلانية) والتكنولوجيات، بناء ودعم المهارات من خلال التكوين الأولي والمستمر... إلخ. وهو الأمر الذي يترجم من خلال منتجات مشتقة بشكل مباشر من قطاعات التصنيع والخدمات وكذلك عبر خلق فرص عمل جديدة. هذا وتشير التقديرات في الاقتصاديات المتقدمة إلى أن كل دولار ينفق في القطاع الصحي يولد مساهمة إضافية قدرها 0.77 دولار أمريكي في النمو الاقتصادي من خلال الآثار الغير مباشرة والمحفزة لعوامل أخرى.

كما أن تعريف قطاع الصحة بوصفه "اقتصاد الصحة" يلعب دورا متزايد الأهمية في تحقيق النمو الاقتصادي الشامل، ومنه في تحقيق التنمية المستدامة.

هذا وتشكل الإجابة على سؤال ماهية الحجم الاقتصادي لقطاع الصحة في العالم؟ نقطة انطلاق هامة من أجل فهم حجم وأهمية اقتصاد الصحة. وبالاعتماد على تقديرات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الخاصة بحصة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي، وكذا تقديرات البنك الدولي الخاصة بالناتج الاقتصادي يمكن القول أن الحجم التراكمي لقطاع الصحة كبير جدا على مستوى العالم. حيث يبلغ أكثر من 5800 مليار دولار في السنة، وعليه فإن قطاع الصحة مجتمعا لـ 34 دولة عضو في

منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية يعد أكبر من أي ناتج اقتصادي لأي بلد آخر في العالم ما عدا الولايات المتحدة الأمريكية والصين.

أما في ما يخص مقارنة الحماية الاجتماعية فهي تركز على كيفية مساهمة الاستثمار في خلق فرص عمل لائقة في قطاع الصحة وفي تحسين نظم الحماية الصحية. حيث يشمل هذا الجانب على سبيل المثال: التأمين الصحي من المرض، التأمين من العجز، إعانات البطالة والتقاعد، الحماية المالية من فقدان الدخل، التكفل بالمصاريف الصحية الاستعجالية، سواء تم ذلك من خلال التأمين الاجتماعي أو النظم المالية العمومية.

وبشكل فعلي، تتطلب الحماية الاجتماعية مبادئ (كالإنصاف) وقواعد وقوانين (التشريع)، والتي تضمن الحصول على خدمات الرعاية الصحية، مع العديد من الفوائد الأخرى. حيث تقلل هذه الفوائد من العوامل الرئيسية للفقر والضعف الاقتصادي وتشجع على الاستهلاك والادخار. أي أنه وكنتيجة لكل ذلك فإنها تعزز عملية النمو الاقتصادي وبالأخص استدامته.

في حين تشمل مقارنة التماسك الاجتماعي الفكرة القائمة على أن تقليل أوجه عدم المساواة داخل المجتمع يسهم في تحقيق قدر أكبر من الاستقرار السياسي، وهو الأمر الذي يمثل شرطا أساسيا للنمو الاقتصادي. حيث تعتبر التغطية الصحية الشاملة عنصرا جديا حيوي لضمان قدر أكبر من الإنصاف داخل المجتمع، فضلا عن توفير عمل لائق لكل من النساء، الشباب والفئات السكانية الأشد فقرا.

بينما توضح مقارنة الابتكار والتنوع كيف أن هناك العديد من الدول التي استثمرت في اقتصاد الصحة بشكل محدد من أجل النهوض بالنمو الاقتصادي. حيث يحفز قطاع الصحة الابتكار التكنولوجي في العديد من المجالات، خاصة في مجالات كعلم الوراثة، الكيمياء الحيوية، الهندسة البيولوجية، تكنولوجيا المعلومات... الخ. في هذا السياق يشكل تصدير المنتجات الصيدلانية، المعدات والخدمات الطبية، عاملا هاما للنمو الاقتصادي في العديد من الدول.

أخيرا، تظهر مقارنة الأمن الصحي أن الاستثمار في مجال الصحة يساعد على خلق نظم صحية أكثر مرونة، وهي نقطة تعتبر جد هامة من أجل حماية اقتصاد أي بلد ضد التهديدات الوبائية كما هو عليه الحال في جائحة فيروس كورونا التي يشهدها العالم حاليا أو في وضعيات عدم الاستقرار خلال فترات النزاعات. كما أن زيادة عدد الموارد البشرية الصحية وتحسين مهاراتهم وكفاءتهم يدعم بشكل كبير الاقتصاديات الناشئة، وذلك عن طريق حمايتهم من الصدمات الاجتماعية أو الصحية، والتي قد تؤدي إلى انقطاع أو اضطراب حركة المبدلات سواء المتعلقة بالمنتجات التجارية، المواد والمنتجات الغذائية وحتى تحركات الأفراد والسكان.

هذا وتجدر الإشارة إلى وجود ما يعرف بتكلفة عدم اتخاذ أي إجراء في ما يخص كل مقارنة أو نهج من المقاربات سابقة الذكر. حيث أن من شأن عدم القدرة على الاستثمار بالشكل المناسب في المجال الصحي، والقيام بعمليات إصلاح هيكلية بهدف تلبية الاحتياجات الصحية الحالية والمستقبلية، أن تؤدي إلى استمرار وتفاقم أوجه الاختلال والقصور في ما يخص خدمات الرعاية الصحية، في حين ستظل أوجه عدم المساواة في مجال الصحة بشكل عام والحصول على العلاج بشكل خاص، من العوامل الرئيسية التي تسهم في ضعف النمو الاقتصادي. بالإضافة إلى ذلك فإن شريحة كبيرة من السكان ستحرم من مزايا الحماية الاجتماعية الناجمة عن التوظيف (العمل) والتي تدعم تقليل كل من الفقر والضعف الاقتصادي. كما ستزداد أوجه عدم المساواة، وسيؤثر التماسك الاجتماعي بشكل سلبي وحتى كارثي. (Xu, Evans, Carrin, Aguilar-Rivera, Musgrove, &

Evans, 2007, pp. 972-983)

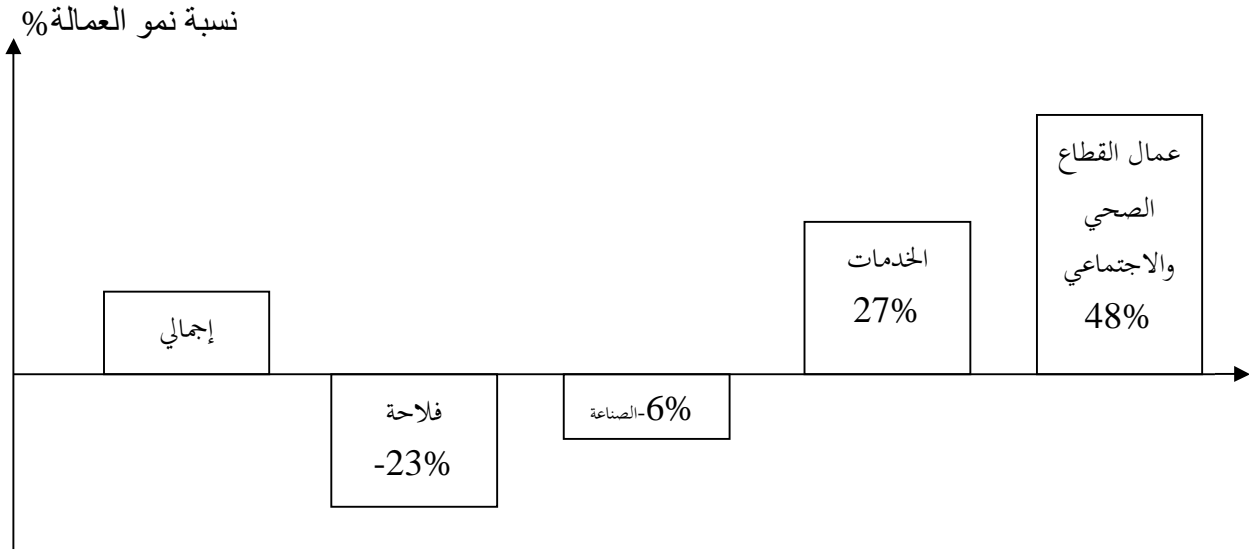
أخيرا يمكن الإشارة إلى الخطر الكبير والمعاناة التي ستشهدها أي دولة في حال عدم اتخاذ الإجراءات اللازمة في ما يخص الأمن الصحي. فعلى سبيل المثال فإن الأثر العام لوباء الإيبولا قدر في سنة 2015 بـ 9.4 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي في غينيا، 8.5 في ليبيريا و 4.8 في سيراليون. (World Bank, 2016)

3.4. القطاع الصحي، قطاع اقتصادي رئيسي ومصدر أساسي للوظائف اللائقة

يشكل اقتصاد الصحة مصدرا رئيسيا ومنتاميا للعمالة، حيث أنه وفي سياق الأزمة الاقتصادية لسنة 2008 وما تلاها من انكماش اقتصادي عالمي، يمكن ملاحظة وجود تناقض شديد بين النمو السريع للعمالة والتوظيف في القطاع الصحي والاجتماعي وانخفاض هذا النمو وتراجع الكبر في باقي القطاعات الأخرى. ففي دول منظمة منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية زادت العمالة في القطاع الصحي والاجتماعي بنسبة 48 بالمائة في المتوسط خلال الفترة ما بين سنة 2000 و 2014، في حين أنه وفي خلال الفترة نفسها شهدت معظم الدول انخفاضا لعدد الوظائف في كل من قطاعي الزراعة والصناعة، وهو ما يوضحه الشكل الموالي:

الشكل 02: نمو العمالة حسب القطاع بين عامي 2000 و 2014

- متوسط منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية -



المصدر: (Buchan, Dhillon, & Campbell, 2017, p. 206)

وكقاعدة عامة، فإن العمالة (التوظيف) في القطاع الصحي والاجتماعي يعتبر جد متطور ولا يزال مستمرا في حالة النمو هذه، نتيجة العديد من العوامل التي تزيد الطلب عليه. حيث شكلت الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة ما يقارب 11 بالمائة من مجموع العمالة في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية سنة 2014 مقارنة بـ 9 بالمائة سنة 2000. زيادة على كل ما سبق، تشير التقديرات المتاحة إلى أنه وعلى المستوى العالمي يحتاج كل موظف مكون في مهنة أو عمل صحي أن يرافقه موظف أو موظفان آخرون يهتمون بأمور كالإدارة، التأمين، التمويل، خدمات التنظيف، المطاعم، تكنولوجيات المعلومات، النقل... إلخ.

هذا وتختلف تقديرات الموارد البشرية الصحية العالمية بحسب اختلاف المعايير المحددة لإطار الانتماء إلى هذه الفئة من عدمه، أي درجة التفرقة بين العاملين المهنيين النشطين في المجال الصحي والعاملين غير المختصين في الصحة والناشطين في القطاع. وبشكل عام يمكن القول أن مصطلحات "الوظائف الصحية" و"وظائف قطاع الصحة" تشمل كلا من القطاعين العام والخاص، الهادفة لتحقيق الربح أو المجانية والخيرية.

هذا ومن المتوقع أن يزداد الطلب على الموارد البشرية الصحية في السنوات المقبلة، خاصة مع الحاجة إلى إنشاء ما يقارب 40 مليون وظيفة جديدة بحلول سنة 2030، خاصة في الدول المرتفعة والمتوسطة الدخل.

(Liu, Goryakin, Maeda, Bruckner, & Scheffler, 2016)

ويعتبر هذا التطور في الطلب نتيجة للعديد من العوامل، حيث أن عدد سكان العالم سيستمر في الارتفاع الأمر الذي يزيد من الحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية الموجهة للنساء والأطفال، حيث من المتوقع مثلا أن يتضاعف عدد سكان إفريقيا خلال العشرين سنة القادمة. ناهيك أنه ومع مرور الوقت فإن ارتفاع الدخل من جهة وارتفاع الإنفاق في مجال الصحة وتكنولوجيا المعلومات سيزيد من التوقعات المتعلقة بنوعية الخدمات الصحية ومجال توفرها، وهو الأمر الذي سيكون له دون شك تأثير مباشر على متطلبات التوظيف في هذا القطاع.

كما أنه سيكون لشيخوخة السكان (الشعوب) وتقدمها في السن دور كبير في تغيير الطلب على الخدمات الصحية والاجتماعية، وهو الأمر الذي ستترب عليه العديد من العواقب. حيث أن الاستجابة لهذا الطلب المرتفع على خدمات الرعاية الصحية في المدى البعيد، والتي يجب أن تتم من خلال تدخل بشري كبير، ستتطلب تحسين مجالات الاختصاص والممارسة بالنسبة للعديد من فئات العاملين الصحيين، ناهيك عن ضرورة دراسة واستحداث فئات مهنية صحية جديدة. كل هذا بغرض ضمان توفير حياة شيخوخة صحية وكذا التكفل والتسيير الجيد للأعداد المتزايدة من الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة.

حيث أنه من المرشح أن يزيد هذان البعدان الهامان من فرص العمل في مجال الصحة بشكل كبير جدا. وبالإضافة إلى توفير فرص عمل للنساء والشباب فإن الاستثمارات في قطاع الصحة تنطوي على الأقل على ميزتين إضافيتين هامتين في مجال العمالة والتوظيف.

أولا، تعتبر الخدمات الصحية مصادرا جد هامة لتوفير فرص العمل في المناطق الريفية والناحية، وذلك على عكس العديد من القطاعات الأخرى التي تتركز فيها فرص العمل في المدن الكبرى والمراكز التجارية. ثانيا، فإن الاستثمارات في تعزيز النظم الصحية تخلق العديد من فرص العمل في باقي قطاعات ومجالات الخدمات العامة. فعلى سبيل المثال يعد قطاع الصحة واحدا من أكثر القطاعات اعتمادا على المياه، وعليه فإن تحسين البنية التحتية لإمدادات المياه والصرف الصحي داخل المستشفيات، المراكز الصحية، والمؤسسات التعليمية، بهدف توفير الحق الأساسي في الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي، يعد من الشروط الأساسية لخلق أي مناصب عمل لائقة تضمن الصحة، الأمن والرفاهية لمهنيي الصحة.

وعليه وبشكل آلي فإن مختلف هذه الاستثمارات في مجال البنية التحتية وتسيير الخدمات المرتبطة بالمياه، ستؤدي إلى خلق فرص عمل جديدة بشكل مباشر أو غير مباشر، وبالتالي توفير عوائد إضافية للنمو الاقتصادي. وقياسا على المثال السابق يمكن إعطاء أمثلة مشابهة في ما يخص العديد من الخدمات والقطاعات الأخرى كالنقل، الكهرباء، البناء والتشييد، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات... الخ.

4.4. تحسين العائد الاقتصادي للاستثمار في مجال الصحة

يمكن للاستثمارات في قطاع الصحة أن تكون جدا منتجة ومثمرة، حيث أن وجود عاملين في صحة جيدة سيزيد من فعاليتهم ومردوديتهم، وعليه يمكن القول أن تحسين مستوى الصحة يعطي فوائد ومزايا كبيرة للاقتصاد من ناحية توفير العرض، كما أنه وفي حالة غياب العمالة الكاملة يمكن أن تمثل النفقات العمومية ميزة هامة في ما يخص جانب الطلب، خاصة مع وجود تأثير مضاعف لذلك على الاقتصاد. حيث أنه من المرجح أن تكون المنافع الإجمالية الناجمة عن زيادة الاستثمارات على القطاع الصحي جد معتبرة، كما أنها ستكون أكثر بكثير مما هي عليه في مختلف مجالات الإنفاق العام الأخرى. كل هذا بالإضافة إلى أن المكاسب الإنتاجية في قطاعات أخرى كالصناعات التحويلية، الناتجة عن زيادة العمالة في القطاع الصحي قد تكون جد هامة أيضا، حيث أن لتطوير القطاع الصحي تأثير أكبر على قطاع الصناعات التحويلية من أثر تطوير الخدمات المالية مثلا. وعليه فإن كل المعطيات السابقة تشير إلى القيمة العالية الممكن الحصول عليها من الاستثمارات الموجهة للمجال الصحي، كل هذا دون نسيان الأثر الكبير جدا للاستثمار في البحوث الصحية نظرا لدوره ومساهمته في تحسين إنتاجية القطاع والاقتصاد ككل.

ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن ارتفاع الإنفاق الصحي، لا يعبر عن استثمار منتج إلا إذا كان يؤدي فعليا إلى تحقيق تقدم اجتماعي. أي أنه وفي حالة الحرص على صرف الموارد بشكل معقول، مع وضع السياسات المناسبة للتنفيذ، فإن الاستثمارات في القطاع الصحي، سوف تسهم بشكل جد إيجابي في تحقيق النمو الاقتصادي الشامل.

5. أهمية تمكين الانخراط الكامل للقطاع الخاص في مجال الصحة وسبل تجاوز المخاوف الحكومية

بعد إجراء تشخيص عام لوضعية قطاع الصحة في الجزائر وتحديد أبرز الأسباب المؤدية إلى ضعف ومحدودية الخدمات الصحية التي يقدمها، نتقل الآن لمناقشة أهمية تمكين الانخراط الكامل للقطاع الخاص في مجال الصحة وسبل تجاوز أي مخاوف حكومية مرتبطة بهذا التوجه، وذلك كأحد أبرز الحلول التي يمكن الاعتماد عليها للمساهمة في معالجة المشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة أو على الأقل الحد منها. حيث سنحاول التطرق إلى مجموعة من العناصر المتعلقة بالمخاطر المتوقعة لمشاركة القطاع الخاص في مجال الصحة بشكل عام، مع التركيز على الكليات الطبية الخاصة والمستشفيات الخاصة.

1.5. مناقشة المخاطر المتصورة من المشاركة الكاملة للقطاع الخاص في المجال الصحي

بعد فترة الاستقلال، بذلت الدولة العديد من الجهود الكبيرة من أجل ترقية القطاع الصحي وضمان مستوى جيد من التغطية الصحية لكامل السكان باختلاف توزيعهم ومستوياتهم المعيشية. وسعيا لتحقيق ذلك، تم تقديم العديد من المقترحات التي تم تنفيذ بعضها والتخلي عن بعضها الآخر، ولعل من أهم المقترحات التي لم تلاقي قبولا حكوميا كبيرا هي السماح للقطاع الخاص بالانخراط التام في مجال الصحة، خاصة في ما تعلق بالسماح بإنشاء مستشفيات وكليات طبية خاصة كوسيلة لضمان ترقية وتطوير القطاع الصحي، لكن هذه المقترحات لامست أسوأ وأكبر مخاوف الحكومة وهي أن يؤدي هذا التوجه إلى تفاقم حالة اللامساواة في قطاع الرعاية الصحية، وكذا عدم توافقه وتوأمه مع أهداف الرعاية الصحية الوطنية، خاصة وأن المحدد الأساسي للوصول إلى مثل هذه المدارس سيرتكز على الأموال. فمع مرور الوقت، تفاقمت العداوة ما بين الحكومة والقطاع الخاص في مجال الرعاية الصحية، وذلك بسبب وجود تصور مسبق عن حدوث حالة عدم مساواة في توزيع الموارد سواء المالية أو البشرية ما بين القطاعين الخاص والعام في مجال الرعاية الصحية.

ولا تزال إلى يومنا هذا المناقشات حول الكليات الطبية الخاصة تحديداً جد متناقضة ومتضاربة، فمن وجهة نظر الحكومة، فإن تكوين الأطباء من طرف القطاع الخاص سيجذب أفضل المحاضرين والطلبة بعيداً عن القطاع العام، كما سيقود إلى هجرة كبيرة للأطباء المدرسين من الجامعات الحكومية إلى المدارس الخاصة القادرة على دفع أجور أعلى وأفضل. وبشكل عام يمكننا القول أن المخاوف والمخاطر المتصورة حول دور القطاع الخاص في التكوين الطبي تتناقض بشكل صريح مع الدور المرجو والمأمول من القطاع الخاص في الاقتصاد العام للدولة.

حيث تؤكد مختلف خطط التنمية الوطنية بشكل دائم ومتكرر على الدور الهام الذي يمكن أن يؤديه القطاع الخاص في تحقيق مستويات أعلى من النمو الاقتصادي بشكل عام. كما تشدد هذه الخطط بشكل دائم على أهمية تحسين الثقة بين القطاعين العام والخاص. وعليه يتوجب على الحكومة أن تعامل الجهات الفاعلة الخاصة كشركاء في تصميم السياسات وتنفيذها، وكذا على ضرورة أن يستجيب القطاع الخاص بدوره للأهداف الوطنية ويعمل على تسهيل تنفيذها.

في هذا السياق، يمكن القول أنه إذا كان القطاع الخاص يرغب في أن يصبح أكثر انخراطاً في مجال الصحة، فعليه أن يتبنى مقاربة واضحة تؤكد على أن أهدافه تتوافق وتتماشى إلى حد كبير مع أهداف الحكومة. كما يتوجب على القطاع العام بدوره أن يكون مستعداً للدخول في مناقشات وحوارات منفتحة مع القطاع الخاص.

2.5. أهمية الاعتماد على الكليات الطبية الخاصة وأبرز المخاوف من هذا التوجه

حتى وقتنا الحالي لا يتم منح أي اعتمادات لكليات طبية خاصة في الجزائر، وهو ما يتعارض إلى حد كبير مع ما هو مطبق في سياسات العديد من الدول المتقدمة وحتى النامية. حيث أن ما يقرب من نصف قدرات التدريب الطبي في كل من البرازيل والهند يتم توفيرها من قبل القطاع الخاص. في حين تسمح الصين للكليات الخاصة بتدريب الأطباء على الرغم من أن مثل هذه الكليات تعتبر أقل شيوعاً من البرازيل والهند. كما تسمح العديد من الدول في إفريقيا جنوب الصحراء مثل تنزانيا بتدريب الأطباء في الجامعات الخاصة.

ونظراً للنجاح الذي يتم به تدريب الكوادر الشبة طبية في القطاع الخاص في الجزائر "عدد معتبر من الممرضات ومساعدات التمريض درهم القطاع الخاص"، فإن الأمر يستحق التعمق في ما إذا كان أيضاً باستطاعة القطاع الخاص القيام بدور هام في تدريب الأطباء. هذا وسنحاول بشكل مختصر الرد أدناه على أهم المخاوف المحددة والمرتبطة بإنشاء كليات طبية خاصة في الجزائر.

(1) التخوف الأول: عدم وجود طلب على التعليم الطبي الخاص:

يعد تزايد الطلب على التدريب الطبي في الجزائر أمراً واضحاً وجلياً من خلال العديد من الدلائل من أهمها تقدم الآلاف من الطلبة سنوياً للحصول على مناصب محدودة للسنة أولى طب لا تتجاوز المائة أو مائتين في بعض الجامعات. وعليه وكما تم التطرق إليه من قبل فيما يتعلق بتجربة التكوين الطبي الخاص في الهند، فإنه يمكن للكليات الطبية الخاصة أن تساهم في زيادة عدد طلاب الطب والحيلولة دون توجيههم نحو تخصصات أخرى أو ذهابهم للدراسة في الخارج. وهو ما يعطي لقطاع الصحة ميزة مهمة لمواجهة مختلف التحديات التي يتعرض لها.

(2) التخوف الثاني: سوف تؤثر كليات الطب الخاصة بشكل سلبي على جودة التدريب:

تمثل مراقبة جودة التدريب جوهر وأساس عملية فتح مجال تدريب الأطباء للكليات الخاصة. وفي الجزائر تتولى وزارة التعليم العالي والبحث العلمي بالشراكة مع وزارة الصحة مسؤولية ضمان أن نوعية التدريب المقدم في كافة المؤسسات التعليمية في مجال الصحة ذو مستوى عالي. وعليه فإن تقييم جودة ومنح التأهيل للكليات الطبية الخاصة يمكن أن يتم من طرف نفس الهيئات من خلال توسعت مهامها ونطاق صلاحيتها.

إضافة إلى ذلك، وتحت وطأة دافع الربح، فإن الكليات الطبية الخاصة لديها الحافز للمحافظة على معايير عالية للجودة. حيث أن هذا التوجه سيكون الوسيلة الوحيدة من أجل جذب الطلاب، نظرا لفارق التكلفة الهائل مقارنة مع الجامعات العامة.

(3) التخوف الثالث: استنزاف الكليات الطبية الخاصة للموارد البشرية وكفاءات الكليات العامة:

يتمثل أكبر اعتراض للحكومات على الكليات الطبية الخاصة في قلقها من استنزاف هذه الأخيرة لكفاءات الكليات الطبية العمومية القائمة وذلك من خلال توفير أجور وظروف عمل أفضل. وهو سبب وجيه لا يمكن إنكاره، لكن تجدر الإشارة إلى وجود اختلاف في ما يخص توجهات، أهداف وتركيز كل من الجامعات العمومية والخاصة. حيث يمكن أن تحتفظ الكليات الحكومية بتركيزها على إجراء البحوث ودعم ذلك، في مقابل أن تركز الكليات الخاصة على تقديم الأطباء. وفي حين يمكن القول بوجود احتمال منافسة بين الكليات الطبية العامة والخاصة على الموارد البشرية فمن المتوقع أن يعطي الأكاديميون المهتمون بالبحث أهمية أكبر للعمل في الجامعات العمومية المرموقة ويفضلونها على القطاع الخاص. حيث أن المكانة والمميزات المتحصل عليها في الجامعات الحكومية أو المستشفيات الأكاديمية سوف تستمر في جذب الأطباء الأكاديميين. كما أن عملية استقطاب الكفاءات تبقى دائما أمرا يخضع لجودة الإدارة وتنافسية المرتبات وظروف العمل الموفرة من كل طرف.

(4) التخوف الرابع: تحول كليات التدريب الطبي إلى مرافق تدريب نخبوية:

في حين يتم اختيار الطلاب المتقدمين لكليات الطب على أساس الجدارة الأكاديمية، فإن الطلبة المتقدمين للكليات الخاصة يقيمون بشكل نسبي بحسب الجدارة الأكاديمية، ولكن أيضا بحسب قدرتهم على تحمل تكاليف التعليم. وهو الأمر الذي يثير المخاوف من أن كليات الطب الخاصة ستستبعد في الغالب الطلاب غير القادرين على تحمل الرسوم الدراسية العالية، وعلى وجه الخصوص الطلاب ذوي الخلفيات غير الميسورة.

وهو تخوف يعادل القول بضرورة عدم وجود مدارس خاصة ابتدائية أو ثانوية بسبب الآثار الاقتصادية. لكن الواقع يشير إلى أن تجربة المدارس الخاصة كانت ناجحة نسبيا خاصة وأنها قد استطاعت رفع بعض العبء عن القطاع العام وتوفير تعليم ذو جودة مقبولة.

(5) التخوف الخامس: عدم قبول خريجي الكليات الطبية الخاصة العمل في القطاع العام أو المناطق الريفية:

يعتبر نقص الأطباء في الجزائر أشد حدة في المناطق الريفية. وعليه توجد هناك العديد من المبادرات التعليمية العامة التي تركز على زيادة عدد الأطباء داخل هذه المناطق. ويتجلى التخوف الأساسي من أن الطلاب الخاضعين للتدريب الجامعي الخاص فقط دون الاختلاط بواقع الأرياف سيكون لهم ميل أقل لممارسة الطب في مثل هذه المناطق خاصة في جنوب الجزائر. حيث وجد أن الطلاب الذين يتعرضون للبيئات الريفية أثناء تدريبهم يصبحون أكثر استعدادا للعمل في مثل هذه المناطق.

ولتجاوز مثل هذه الإشكالات يمكن تشجيع الكليات الطبية الخاصة على استخدام أو الدخول في شراكة مع المستشفيات العامة في المناطق الريفية المحرومة من الخدمات في إطار تدريبها للطلبة. وهو ما من شأنه تحقيق نتيجة مزدوجة تتمثل في تعريض الطلاب للبيئات الريفية أو النائية من جهة وزيادة وجود الأطباء داخل مثل هذه المناطق من جهة أخرى.

3.5. المستشفيات الخاصة: تأخر غير مبرر في الجزائر

في نفس سياق الجامعات الخاصة يمكن للدولة من خلال السماح للقطاع الخاص بإنشاء مستشفيات خاصة أن تسهم بشكل كبير في تخفيف الضغوط على المستشفيات والهيكل الصحية العمومية التي تعاني من استنزاف وضغوط كبيرة جدا على مستوى المدن الكبرى، ناهيك عن غيابها أو ندرتها في الكثير من المناطق النائية أو الجنوبية. وعليه فإن فتح المجال أمام المستشفيات الخاصة سيسمح دون شك من تحسين مستوى ومجال التغطية الصحية على الصعيد الوطني.

وعلى الرغم من التصريحات الوزارية المتكررة بالسماح بإنشاء مستشفيات خاصة إلا أن الأمر غير المفهوم لحد الساعة هو عدم التنفيذ الفعلي لمثل هذا التوجه على أرض الواقع مما يدل على وجود العديد من العراقيل الإدارية أو القانونية التي تحول دون تحول هذا التوجه إلى حقيقة ملموسة. وهو ما يتطلب من الحكومة العمل على تجاوز هذه العراقيل ووضع إطار قانوني وإداري واضح المعالم يسمح للمستثمرين الخواص بإنشاء مستشفيات خاصة متكاملة وليس مجرد عيادات محدودة مع خضوعها دائما للرقابة الحكومية.

بالإضافة إلى كل ما سبق يمكن للمستشفيات الخاصة لعب دور هام فيما يتعلق بتدريب وتأهيل الموارد البشرية الصحية وذلك في إطار عقود شراكة مع الجامعات العمومية أو الخاصة، خاصة وأن نقطة الاختناق الفعلية في تدريب الطلبة تقع أساسا على مستوى الشق السريري أو التطبيقي. وعليه ومن خلال إشراك المستشفيات الخاصة في هذه العملية، يمكن معالجة أو التخفيف من هذا الاختناق. خاصة وأن المستشفيات الخاصة تمتلك حافزا يدفعها للمشاركة والمساهمة في التدريب السريري وذلك كونها تعتمد في نهاية المطاف على المعارض المتوفر من الأطباء أصحاب التدريب العالي والكفاءة من أجل تقديم خدمات صحية ذات جودة لمرضاها. وتحقيقا لغاية امتلاك أطباء أصحاب مستوى عالي فإن من مصلحة هذه المستشفيات المساهمة في تدريب الجيل الجديد من الأطباء. وحتى امتلاك تصور مسبق عنهم مما سيسمح لهذه المستشفيات لاحقا من اختيار أهدافها من الموارد البشرية بشكل أسهل وأدق.

6. الخاتمة

ينبع مشكل تدني مستوى الهياكل والخدمات الصحية في الجزائر أساسا من بيئة نشاط غير قادرة على توفير القدر الملائم من البنى القاعدية، الموارد البشرية والتمويل. وعليه لا بد من إيجاد حل هيكلي ومستدام لهذه المشكلة، والذي يمكن أن يمثل القطاع الخاص أحد ركائزه الأساسية ولكن وفي نفس الوقت من المهم جدا ألا يؤدي هذا الحل إلى تفاقم المستوى المتصور من عدم المساواة في نظام الرعاية الصحية في الجزائر.

وعليه فقد حاولنا من خلال هذه الدراسة التركيز على أحد الحلول الممكنة في هذا السياق والمتمثلة في السماح للقطاع الخاص من الانخراط بشكل كامل في مجال الصحة وذلك عبر نقطتين أساسيتين هما:

1- السماح بتكوين الطلاب في كليات طبية خاصة؛

2- تشجيع إنشاء المستشفيات الخاصة وزيادة مستوى مشاركتها في التدريب السريري لطلبة المرحلة الجامعية.

هذا وتظهر دراستنا أن العديد من المخاوف المحتملة من طرف الحكومات بشأن اعتماد كليات طبية ومستشفيات خاصة يمكن تخفيفها أو التغاضي عنها مقارنة بالمساهمة التي يمكن لمثل هذه الهياكل أن تقدمها في مجال التكوين والخدمات الصحية. غير أن ملامح عدم الثقة بين قطاعي الرعاية الصحية العام والخاص في الجزائر لا يزال يشكل عائقا أمام المناقشات بين الحكومة والقطاع الخاص. ومن أجل إحراز أي تقدم في هذا الإطار من الضروري أن يثبت القطاع الخاص بشكل صريح أنه ملتزم بمساعدة الدولة الجزائرية على تحقيق أهداف الرعاية الصحية.

وعليه ينصح في هذا السياق تبني مقاربة تدريجية لإزالة مجمل هذه التخوفات وتجاوز أي عقبات بين القطاعين العام والخاص. هذا ويمكن تحقيق مكاسب عالية من خلال تشجيع المستشفيات الخاصة على زيادة مشاركتها في التدريب السريري، مما يوفر وسيلة سهلة ومنخفضة التكلفة لزيادة القدرات التدريبية. حيث أن هذا التوجه يمكن أن يسهم في تخفيف الاختناق الموجود حاليا على مستوى التدريب السريري ويسمح للجامعات العامة من توفير وتخرير المزيد من طلبة الجامعيين في مجال الطب. وكذا تحسين مستوى الخدمات والتوزيع غير المتكافئ لموارد الرعاية الصحية.

7. قائمة المراجع:

1. Bärnighausen, T., & Bloom, D. (2009, 05 29). *Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review*. Consulté le 04 15, 2022, sur biomedcentral: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-86>
2. Bloom, D., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach. *World Development*, 32(1), pp. 1-13.
3. Buchan, j., Dhillon, I., & Campbell, J. (2017). *Health employment and economic growth: an evidence base*. Genève, Genève: Organisation mondiale de la Santé.
4. Center for Global Development, C. (2007). *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. USA: CDG.
5. Dovlo, D. (2005). Taking More Than a Fair Share? The Migration of Health Professionals from Poor to Rich Countries. *PLoS Medicine*, 2(5), pp. 376-379.
6. Fisher, N. (2016). *25% Of Physicians Are Born Outside The U.S. Can Immigration Reform Fix The Shortage?* Consulté le 04 17, 2022, sur forbes: www.forbes.com/sites/nicolefisher/2016/07/12/25-of-docs-are-born-outside-of-the-u-s-can-immigration-reform-solve-our-doc-shortage/
7. Hemp, P. (2004, Octobre). Presenteeism: at work—but out of it. *Harv Bus Rev*, 82(10), pp. 49-58.
8. Hongoro, C., & McPake, B. (2004). How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet*, 364(9443), pp. PP 1451-1456.

9. Hongoro, C., & Normand, C. (2006). *Health workers: building and motivating the workforce: disease control priorities in developing countries, in: Disease Control Priorities in Developing Countries*. Usa: Oxford University Press.
10. Jamison, D., Summers, L., Alleyne, G., & Al, &. (2013, décembre). Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* , 382 (9908), pp. 1898-1955.
11. Lauer, J., Soucat, A., Reinikka, R., Araujo, E., & Weakliam, D. (2017). Pathways: the health system, health employment, and economic growth. Dans J. Buchan, I. Dhillon, & J. Campbell, *Health employment and economic growth: an evidence base* (pp. 173-194). Genève: Organisation mondiale de la Santé.
12. Lemièrè, C., & al, &. (2011). *Reducing geographical imbalances of health workers in sub-saharan africa : A labor market perspective on what works, what does not, and why*. Usa: The World Bank.
13. Liu, J., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., & Scheffler, R. (2016). *Global health workforce labor market projections for 2030*. World Bank. Usa: World Bank.
14. Mills, E., & al, &. (2008). Should active recruitment of health workers from sub-Saharan African be viewed as a crime? *Lancet* , 371 (9613), 685-688.
15. O'Shea, . A., Rawls, A., & Al, &. (2009). *Action now on the Tanzanian health workforce crisis*. USA: Touch Foundation.
16. World Bank, W. (2016). *2014-2015 West Africa Ebola crisis: impact update*. Consulté le 05 06, 2022, sur worldbank: www.worldbank.org/en/topic/macroeconomics/publication/2014-2015-west-africa-ebola-crisis-impact-update
17. World Bank, W. (2016). *La couverture santé universelle en Afrique: un cadre pour l'action*. Consulté le 04 15, 2022, sur World Bank: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/735071472096342073/universal-health-coverage-uhc-in-africa-a-framework-for-action>
18. Xu, K., Evans, D., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A., Musgrove, P., & Evans, T. (2007, Juillet-août). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs (Millwood)* , 26 (4), pp. 972-983.

19. القانون رقم 16-01. (2016). المادة 66، يتضمن التعديل الدستوري الجزائري لسنة 2016 ، العدد 14 . الصادر في 07 مارس 2016: الجريدة الرسمية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

20. القانون رقم 18-11. (2018). المادة 06، يتضمن قانون الصحة الجزائري ، العدد 46 . الصادر في 29 يوليو سنة 2018: الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.