المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

قسم السياسات العامة والنظم المقارنة

أليات تفعيل الشراكة بين القطاع الصحي العام والخاص في الجزائر 2018- 2020

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على شهادة ماستر في العلوم السياسية تخصص **السياسات العامة** والنظم المقارنة.

إعداد:

-ليلية بوعقال

إشراف :

- نجوة بوزورين

أعضاء لجنة المناقشة

الرتبة العلمية، الاسم واللقب	مؤسسة الانتساب	الصفة
أ.خننو فاتح	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	رئيسا
د. نجوة بوزورين	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	مشرفا
أ.وردة بن بخيتة	المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية	عضوا مناقشا

ذو القعدة 1443 /جوان 2022

« Quand vous ne pouvez pas faire le chemin tout seul vers le succès, la collaboration devient un prérequis de l'efficacité ». James. E. Austin the collaboration challenge 2000

الشكر والتقدير

بداية، احمد الله كثيرا على التوفيق في تخطي مرحلة إعداد المذكرة بكل يسر ورضا؛

ثم اتقدم بجزيل الشكر والتقدير لأستاذتي الفاضلة الدكتورة "نجوة بوزورين" التي قبلت الإشراف على هذا العمل وتصويبه ليأخذ هذا الشكل النهائي بعدما كان مجرد مسودة وخارطة طريق، والتي لم تبخل علي بالنصح والتوجيه لإثراء موضوع مذكرتي، بل أكثر من ذلك كانت أختا وسندا في أوقاتي الصعبة؛

كما اتقدم بعظيم امتناني وشكري إلى كل أساتذتنا الكرام وكل من ساهم في تعليمنا خلال مدة 5سنوات؛

كما لا يفوتني أن أشكر كل من ساعدني من قريب أو بعيد ولو بكلمة طيبة؛

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر إلى اللجنة المناقشة على تخصيص جزء من وقتها لمناقشة هذه المذكرة.

الاهداء

اهدي عملي إلى:

روح جدتي الطاهرة رحمها الله

إلى والديا الكريمين حفظهما الله وأطال عمرهما

إلى اخو اتي حفظهم الله ورعاهم

إلى زوجي وأسرته الكريمة أدام الله بيننا المودة والاحترام

إلى زملائي وزميلاتي بالمدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية

إلى صديقاتي الغاليات تمنياتي لهم بالتوفيق والنجاح

ملخص:

تتبنى الكثير من الحكومات أسلوب الشراكة مع القطاع الخاص بهدف ترشيد النفقات والاستفادة من أساليبه، وتجاربه الناجحة في تقديم الخدمات. من هنا تبرز الأهمية الكبرى التي يحظى بها أسلوب الشراكة سواء على المستوى الدولي أو المحلي. فالحكومة الجزائرية بعدما كانت المتعامل الاقتصادي والاجتماعي الوحيد غداة الاستقلال، غيرت من طرق تسييرها للمرافق العامة في التسعينات من القرن الماضي بعدما بدأت تتخلى تدريجيا عن النهج الاشتراكي، وكذلك في إطار برنامج إعادة الهيكلة، فأصبح القطاع الخاص يشارك القطاع العام في تقديم الخدمات العامة المختلفة.

كما شهدت المنظومة الصحية تغيرات، حيث نما عدد من العيادات الخاصة منذ تأطير القطاع الصحي الخاص في سنة 1988. بل ليزداد نمو أدوار القطاع الصحي الخاص على حساب تراجع القطاع الصحي العام عن ضمان تقديم الخدمات الصحية وعن مبدأ حق الجميع في مجانية العلاج.

ضمن هذا السياق سعينا إلى البحث عن أليات استرجاع دور القطاع الصحي العام في تقديم الخدمات الصحية وضمان حق المواطن الجزائري في الصحة من خلال تبني أسلوب الشراكة مع القطاع الخاص.

انطلاقا من فرضية أساسية مفادها أن أسلوب الشراكة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص هو البديل المناسب لتصدي لاحتكار قطاع الصحة من قبل القطاع العام، وانتهازية القطاع الخاص في الجزائر.

عليه لابد من توضيح طبيعة العلاقة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص قبل 2018 وذلك بالاعتماد على الدراسات والاطاريح التي حاولت دراسة هذه العلاقة حتى 2017 .ثم لتواصل هذه المذكرة البحث عن طبيعة هذه العلاقة بعد تاريخ 2018من خلال قانون الصحة الجديد في سنة2018 وأمر 2020 المعدل لنفس القانون، ثم لتصل إلى محاولة تقديم بديل لتفعيل هذه العلاقة في الجزائر من خلال عرض التجربة البريطانية التي تعتبر رائدة في هذا المجال.

وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى أن أسلوب الشراكة لدى المشرع الجزائري وصناع القرار الصحي يحتل مكانة ضئيلة وحتى بالنسبة لمكانة القطاع الصحي الخاص فهما خيارات في اوقات الحاجة فقط، وهذا ما يوضحه الجانب القانوني النظري. لكن في الواقع نجد أن القطاع الخاص هو الفاعل المحوري في تقديم الخدمات الصحية بأسعار باهظة وغير معقولة، وهذا نتيجة تخلي القطاع العام عن أدواره في تحديد الأسعار والرقابة. كما نستنتج من خلال دراسة الخدمة الوطنية للصحة البريطانية أن للمؤسسات والسلطة المعارضة وعلى راسهم حزب العمال دور كبير في تحويل السوق الداخلية إلى شراكة وفق عقود طويلة الأجل لتقديم الرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية: الشراكة، القطاع العام، القطاع الخاص، ترشيد النفقات، الخدمات الصحية، التجربة البريطانية

Abstract:

Many governments have been adopting PPP in order to rationalize expenses and to make use of its ways of management and success experiences in delivering services. Here lies the great importance of PPP internationally and at local levels.

The Algerian government which was the only economic and social dealer soon after independence, it changed its ways of managing public service especially during the 90's, when it gradually started to let socialism go and forced restructuration. Private sector began to show up to the surface for delivering different public services.

Health system has known changes. The number of private clinics has increased since framing private health sector in 1988. Moreover, the role of private sector has grown in comparison with the public sector in guaranteeing health services and free-treatment right for all.

Within such context, we tried to look for the mechanisms to get back the role of public sector i delivering health services and guaranteeing the right for health through adapting partnership with the private sector.

Starting from a hypothesis which considers PPP a suitable alternative in order to confront monopoly of public sector and the opportunism of private sector. Thus, it is inevitable to clarify the nature of the relationship PPP before 2018 basing on the papers and dissertations done about the topic. Herein thesis is a carry-on study to the previous ones dealt with according to 2018 laws, and its amendment in 2020. Then, it finally tries to propose an alternative to activate such a relation in Algeria by citing the British experience which is a pioneering experience in such a field. We concluded that partnership way is low ranked in decision-maker agenda, and private sector is allowed to function in cases of need. This is what laws are for though, in reality private sector is the focal actor for delivering health services with high, incredible prices due to the absence of public sector in doing its roles in control and determining prices. The British experience has showed that the New Labor Party had a big role in transforming internal market into partnership according to long-term contracts for providing health care.

Keywords: Partnership, public sector, private sector, rationalization of expenditures, health services, British experience.

Résumé:

De nombreux gouvernements ont adopté le PPP afin de rationaliser les dépenses et d'utiliser ses méthodes de gestion et ses expériences réussies dans la prestation des services. C'est là que réside la grande importance des PPP au niveau international et au niveau local.

Le gouvernement algérien, qui était le seul marchand économique et social peu après l'indépendance, a changé ses façons de gérer le service public surtout dans les années 90, quand il a progressivement commencé à laisser le socialisme aller et forcé la restructuration. Le secteur privé a commencé à apparaître à la surface pour livrer différents services publics.

Le système de santé a connu des changements. Le nombre de cliniques privées a augmenté depuis la création du secteur privé de la santé en 1988. En outre, le rôle du secteur privé s'est accru par rapport au secteur public en ce qui concerne les services de santé et le droit à la gratuité pour tous.

Dans ce contexte, nous avons essayé de trouver des mécanismes pour rétablir le rôle du secteur public dans la prestation des services de santé et garantir le droit à la santé en adaptant le partenariat avec le secteur privé.

Partant d'une hypothèse qui considère les PPP comme une alternative appropriée pour affronter le monopole du secteur public et l'opportunisme du secteur privé. Ainsi, il est inévitable de clarifier la nature de la relation en PPP avant 2018 en se basant sur les documents et les désertassions faites sur le sujet. Cette thèse est une étude de continuité aux précédentes, traitées selon les lois de 2018, et son ajournement en 2020. Puis, il tente enfin de proposer une alternative pour activer une telle relation en Algérie en citant l'expérience britannique qui est une expérience pionnière dans un tel domaine. Nous avons conclu que la façon de faire des partenariats est mal classée dans le programme des décideurs et que le secteur privé est autorisé à fonctionner en cas de besoin. C'est à cela que servent les lois, cependant, en réalité, le secteur privé est l'acteur central pour fournir des services de santé à des prix élevés et incroyables en raison de l'absence du secteur public dans ses rôles de contrôle et de détermination des prix. L'expérience britannique a montré que le nouveau parti travailliste avait un grand rôle à jouer dans la transformation du marché intérieur en partenariat selon des contrats à long terme pour la prestation de soins de santé.

Mots clés : Partenariat, secteur public, secteur privé, rationalisation des dépenses, services de santé, expérience britannique.

قائمة الاختصارات:

PPP-P3 : الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص

OCDE : منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية

PFI : مبادرة تمويل الخاص

TCT : نظرية تكاليف المعاملات

NHS : الخدمة الوطنية للصحة

مقدمة

مقدمة

مقدمة:

يعتبر موضوع الشراكة بين القطاعين العام والخاص أحد أساليب التسيير الحديث، الذي لقي اهتماما كبيرا من قبل الحكومات في مختلف دول العالم. تتعدد مجالات الشراكة لتمس الجوانب: الاقتصادية، والخدماتية، والتشريعية، والادارية، والتمويلية، والرقابية، والمعلوماتية، وغيرها.

كما تنظر التزامات عالمية وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية أن بلوغ الأهداف التنموية المستدامة لعام 2030 على الصعيدين الاقتصادي والاجتماعي يستند بالضرورة إلى تعبئة إمكانيات المجتمع بما فيها الطاقات والموارد البشرية كل من القطاع العام والخاص.

يرتبط حجم وطبيعة الدور الذي يؤديه كل من القطاع العام والخاص في عملية الشراكة؛ على طبيعة النظام الاقتصادي السائد بالدولة ومنظومتها القانونية والاستثمارية، وكذلك التوافق والانسجام بين الطرفين لتحقيق التميز في تقديم الخدمات العامة.

على غرار مختلف دول العالم تسوق النصوص أن الجزائر اقتنعت بأسلوب الشراكة بهدف تشجيع القطاع الخاص على المساهمة في التنمية إلى جانب القطاع العام وخاصة ما تعلق بمشاريع البنى التحتية والمياه والغاز مع المتعامل الأجنبي خاصة حسب مرسوم رئاسي رقم 15-245 لسنة 2015 ا لذي يتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويض المرفق العام.

في إطار التغطية الصحية الشاملة التي تعني إمكانية حصول جميع الناس على الخدمات الصحية، وعلى جميع المستويات بدرجة كافية من الجودة، تتبنى الكثير من الحكومات أسلوب الشراكة مع القطاع الصحي الخاص بغية ترشيد النفقات العامة ولاستفادة من أساليبه وتجاربه الناجحة في تقديم الخدمات بكفاءة وفاعلية. والجدير بالذكر أن الدولة الجزائرية بعدما كانت غداة الاستقلال متعاملا اقتصاديا واجتماعيا أساسيا على حساب القطاع الخاص، مع بداية التسعينات توجهت إلى جملة من الإصلاحات الاقتصادية والاجتماعية نتيجة الصدمات البترولية المتتالية، أزمة الاستدانة الخارجية ومختلف الشروط المفروضة في إطار برنامج إعادة الهيكلة، سمحت النخبة الحاكمة أنداك بممارسة النشاطات الطبية الخاصة وفتح العيادات الخاصة منذ 1988 مع بداية تراجع الأيديولوجية الاشتراكية على النطاق الدولي.

وقد جاءت الدراسة لفهم مكانة الشراكة الصحية في الأجندة السياسية لصناع القرار وفق أدوات تحليل السياسات العامة قصد تثمين الجهود واقتراح بدائل وفق التجارب الناجحة في تأسيس

الشراكة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص لإحداث توازنات اقتصادية واجتماعية وعلى رأسها التجربة البريطانية منذ 1990.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في كونها تناولت موضوع الشراكة الذي يعد أسلوبا حديثا في تسيير المرافق العامة وفق مبادئ الإدارة العامة الجديدة، فأصبحت الميزانية العامة عاجزة لتمويل كافة المشاريع وتقديم الخدمات بالنوعية المطلوبة وخاصة الصحية منها التي يتزايد عليها الطلب نظرا للتطور السريع لمختلف الأوبئة والأمراض.

تستمد هذه الدراسة أهميتها العلمية في تناول أهم النظريات التي تفسر أسباب توجه العديد من الحكومات إلى تنفيذ مشاريع الخدمات العامة والبنى التحتية بأسلوب الشراكة بين القطاعين العام والخاص.

تتجلى أهميتها العملية في البحث عن بدائل وأليات إقامة شراكة فعالة بين القطاعين الصحي العام والخاص في الجزائر بحكم طبيعة العلاقة بينهما وأوضاع المنظومة الصحية الوطنية بالاستناد إلى الإصلاحات التي أجريت على الخدمة الوطنية للصحة البريطانية التي تأسست سنة 1948.

أهداف الدراسة:

نسعى من خلال هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

أ. الأهداف العلمية:

- التعرف على طبيعة العلاقة بين القطاع الصحي العام والخاص في الجزائر؛
- ابراز الأساليب المتميزة للشراكة بين القطاعين ودورها في تقديم الخدمات الصحية؛
- الكشف عن أليات تفعيل الشراكة بين القطاع الصحي الخاص والقطاع الصحي العام.

كما لا يفوتنا أن ندرج هدف محاولة التأسيس للدراسات التي تهتم بالجزئيات الصغيرة التي تشكل سياسات عامة متخصصة تراعي خصوصية البيئة (دولية، أو وطنية، أو محلية). هذا التوجه الذي نؤمن أنه سيشكل تراكما معرفيا يتناول جميع حيثيات مختلف الظواهر، ويؤسس أكاديميا لأدب دراسة متخصص.

أ. الأهداف العملية:

- ابراز أهمية موضوع الشراكة بين القطاعين في مجال الصحة لترشيد النفقات العامة وتحقيق الجودة وكذلك لحماية المواطن من الأهداف الرأسمالية للقطاع الخاص.
- دعوة المسؤولين إلى ادراج موضوع الشراكة كبديل استراتيجي لضمان تغطية صحية شاملة بطريقة لائقة.

أسباب اختيار الموضوع:

أي باحث عند اختياره لموضوع معين لدراسة، تتحكم فيه عوامل ذاتية وأخرى موضوعية ويمكن تلخيص أهم النقاط في اختيار هذا الموضوع فيما يأتي:

أ. المبررات الذاتية:

- الرغبة الشخصية في التعلم عن كل مستجد في قطاع الصحة
- حداثة موضوع الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص مع تجدده المستمر
- الفضول العلمي لمعرفة حيثيات تركيز واهتمام الهيئات الدولية بفروعها على موضوع الشراكة بين القطاع بين القطاع العام والقطاع الخاص واعتباره الحل الأمثل الملائم للعديد من المشاكل.

أ. المبررات الموضوعية:

- موضوع دراستنا يتلاءم مع طبيعة التخصص ألا وهو السياسات العامة؛
- البحث في ميدان تحسين تقديم الخدمات العمومية لإثراء الرصيد المعرفي المتعلق بأليات التسيير الحديث للمرافق العامة من شأنها أن تكون مواضيع بحث مستقبلية وفتح أفاق لدراسات أخرى في هذا المجال،
- وجود اختلالات عديدة مرتبطة بالمنظومة الصحية الوطنية يقودنا إلى البحث عن البدائل لتداركها، أو على الأقل الحد من ضررها.

الدراسات السابقة :

يمكن استعراض أهم الدراسات السابقة التي تناولت مضوع الدراسة كالاتي :

الدراسة الأولى :

هي دراسة للباحث Mamadou Barry بعنوان ***Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé: Quelles conditions d'efficacité prendre en compte :*** الصادرة عن De Boeck supérieur سنة 2015، تناولت هذه الدراسة الشراكة الدولية في مجال تقديم المساعدات المالية لدعم الدول النامية في مجال الصحة. ركزت الدراسة على شروط الكفاءة التي يجب مراعاتها لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، بحيث أقر المجتمع الدولي أنه من أجل تحقيقها ينبغي الجمع بين موارد القطاعين العام والخاص. وخلصت الدراسة إلى ضرورة تحسين الهياكل والاستراتيجيات العامة في البلدان التي تتلقى المساعدة، وأن تعمل الشراكات على بناء القدرات، وقيادات، وزارات الصحة في البلدان النامية، بمعنى توجيه تلك المساعدات إلى الاستثمار في الهياكل الأساسية والموارد البشرية. اهتمت هذه الدراسة بتحليل وتقييم شروط فعالية المساعدات الدولية الموجهة للدول النامية في إطار ترقية الصحة من خلال تعزيز الشراكة.

لم تستعرض هذه الدراسة معايير بناء نموذج شراكة قطاع صحي عام وخاص فعال، بل صبت اهتماماتها على الشراكة الدولية لتقديم مساعدات لدول معينة من أجل محاربة انتشار بعض الأمراض والأوبئة.

الدراسة الثانية:

هي دراسة للدكتورة حاكمي بوحفص بعنوان ***الدروس المستخلصة من تجربة الشراكة بين القطاع العام والخاص بالإشارة إلى حالة الجزائر***، الصادرة عن مجلة رماح للبحوث والدراسات، سنة 2016. تناولت هذه الدراسة أهمية ومزايا تعزيز الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص للزيادة من حجم النمو الاقتصادي ،بدراسة التجارب الدولية والتركيز الاهتمام على السياق الجزائري في الانفتاح على القطاع الخاص في اطار برنامج إعادة الهيكلة وخلصت الدراسة إلى أربعة دروس بشأن القطاع الخاص، موجهة للتسفيد منها الجزائر في اطار تعزيز الشراكة أولها هو أن القطاع الخاص وحده لا يكفي لإنشاء اقتصاد السوق، انما يحتاج إلى إقامة الشراكة مع القطاع العام، ثانيا خصائص القطاع العام تختلف حسب الأنظمة الاقتصادية للدول وحسب الأطر التشريعية ،ثالثا القطاع العام الذي يقوم على القطاع الخاص لا يعني اقصاء النهائي للدولة في تنظيم الاقتصاد، ربعا ضرورة تعزيز الصلة بين القطاعين العام والخاص، اهتمت هذه الدراسة بإمكانات نمو الاقتصاد الجزائري بتعزيز الشراكة فلم تشمل الشراكة لتحقيق التميز في تقديم الخدمات الصحية، ومن هنا يتضح الاختلاف الجوهري بين دراستنا وهذه الدراسة.

الدراسة الثالثة:

هي الدراسة لدكتور معزوز لقمان بعنوان: ***اليات تفعيل الشراكة بين القطاع العام والخاص*** الصادرة عن مجلة البحوث والدراسات الإنسانية سنة 2016 يسعى من خلالها الى الكشف عن طبيعة الأليات التي تمكن من تفعيل الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص، أن هناك مجموعة من العوامل التي تتحكم في الاستفادة من إيجابيات الشراكة ونجاحها وتفادي عراقيلها، كالإطار التشريعي للدولة والسياسات الاقتصادية وغير ذلك ولم تأخذ الدراسة بعين الاعتبار الجانب الصحي وهو ما حاولنا استدراكه من خلال دراستنا.

الدراسة الرابعة

هي الدراسة التي قام بها كل من الدكتور رشيد فراح والدكتورة كريمة فرحي الموسومة ب ***الشراكة بين القطاعين العام والخاص أداة لتنفيذ والتنمية الاستثمارات العمومية نماذج والتجارب الدولية والعربية***، الصادرة عن مجلة علمية دولية محكمة المعارف سنة 2017 ،تناولوا من خلالها أسلوب الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص، مبرراته وأنوعه وتوصلوا في الأخير إلى أن أسلوب الشراكة ضروري لترشيد النفقات العامة وتحقيق التنمية ، وإلى وجود اقبال كبير للدول المتقدمة والنامية في تنفيذ مشروعات الخدمات العامة والبنى التحتية بنظام الشراكة قطاع عام وخاص بعد دراسة نماذج التجارب الدولية والعربية في مجال الشراكة قطاع عام وخاص ،غير أنها لم تشمل التجربة الجزائرية وهو ما يأتي في صلب بحثنا هذا.

الدراسة الخامسة:

هو عبارة عن كتاب يضم مجموعة من المدخلات لملتقى وطني حول: ***الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص*** تحت اشراف الدكتوراة غوتي سعاد الصادر عن دار لباد لنشر والتوزيع سنة 2019،جاء في شكل سلسلة من المدخلات للأساتذة والباحثين في كلية الحقوق ،جامعة الجزائر، ركزت على استقبال وتصور صيغة الشراكة في القانون العمومي و الأطراف القانونية في الشراكة والمرافق العمومية المختلفة المحتمل مشاركتها، كما تناول المتدخلين تجارب وطنية ودولية في تفعيل الشراكة بين القطاع العام والخاص، وتختلف النتائج من مدخلة إلى أخرى لكن يعتبر كتاب قيم ومرجع مهم لفهم العديد من المفاهيم المرتبطة بالشراكة والسياق الجزائري للشراكة بين القطاع العام والخاص.

الدراسة السادسة:

هي أطروحة دكتورة للباحثة ايمان العباسي التي جاءت بعنوان: ***واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاعين العام والقطاع الخاص 2001-2017*** التي نقشت في 2019-2020، وقد تناولت فيها المنظومة القانونية التي تنظم القطاعين الصحي العام والصحي الخاص وكذلك اعتماد المنهج المقارن بين المستفيدين والقائمين على الخدمات الصحية في كل من القطاع العام والخاص في عنابة ، توصلت الباحثة في الأخير إلى عدم وجود فوارق كبيرة في مستوى الخدمات الصحية المقدمة في القطاعين العمومي والخاص على المستوى النظري لكن هناك تفاوتا محسوسا في مؤشر الكفاءة والإمكانيات المادية والبشرية ،إضافة إلى استنتاجها أن القطاع الصحي العام لا يقدم خدمات صحية مجانية بصفة عادلة.

لا يفوتنا أن نشكر الباحثة على مجهوداتها بالرغم من أن إشكاليات دراستنا لا يتدخلان، لكن دراستها للواقع الصحي الجزائري في القطاعين العام والخاص ساعدنا كثيرا للانطلاق في دراستنا واقتصاد الوقت في البحث عن القوانين المنظمة لكلا القطاعين.

الإشكالية:

عند دخول المواطن إلى مستشفى عمومي أو عيادة متعددة الخدمات، وبعد الفحص الأول يوجه إلى مخابر الخواص لإجراء مختلف التحاليل الطبية، والتصوير الطبي وغيرها من الخدمات، وغالبا ما ينصح بالتوجه إلى أحد معارف الطبيب العام من الخواص المتواجد في نفس الشارع أو الحي المقابل. وذلك لأن التجهيزات والمعدات التابعة للمستشفى العمومي أو العيادة العمومية المتكفلة قانونا بتقديم تلك الخدمات تكون إما معطلة أو تكون متوفرة ولم تستعمل أصلا لغياب التقنيين، الذين يسيرونها. وإما أن تكون محجوزة للأحباب والمعارف من المحظوظين. في خضم هذا السياق تبرز مكانة في إطار القطاع الصحي الخاص ضمن المنظومة الصحية الوطنية مقارنة بالقطاع العام الذي تخلى عن أداء أدواره في المراقبة، وحماية المواطن من الأهداف الانتهازية للقطاع الصحي الخاص. وعليه نصل الى السؤال الآتي:

- **كيف يمكن للقطاع الصحي العام في الجزائر استرجاع أدواره وضمان حق المواطن الجزائري في الصحة من خلال أسلوب الشراكة مع القطاع الصحي الخاص؟**

يتفرع عن هذا السؤال، الأسئلة الفرعية الآتية:

- ماذا نقصد بالشراكة قطاع عام وخاص؟

- ما طبيعة العلاقة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص؟
- ماهي أليات تفعيل الشراكة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص في بريطانيا؟

وسعيا للإجابة عن هاته التساؤلات، اقترحتها الفرضيات كالاتي:

الفرضية الرئيسة:

- أسلوب الشراكة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص هو البديل الأمثل لتصدي لاحتكار القطاع الصحي الخاص في الجزائر.

الفرضيات الثانوية

- الشراكة قطاع الصحي عام وخاص كفيلة لأحداث التوازنات وفق منظومة قانونية متكاملة ودفتر شروط واضح ودقيق بين القطاع الصحي العام والخاص.
- عملية نجاح أو فشل أسلوب الشراكة بين القطاع الصحي العام والخاص مرتبط بدور ونفوذ المؤسسات الفاعلة والسلطة المعارضة في المنظومة الصحية.

حدود الإشكالية:

أ. الحدود المكانية

تناولت الدراسة الجانب النظري لأسلوب الشراكة قطاع عام وخاص والتجربة البريطانية في تحويل السوق الداخلية التي نشأت داخل الخدمة الوطنية للصحة إلى الشراكة بين القطاع الصحي العام والخاص للاستفادة من التجربة في الواقع الجزائري.

ب. الحدود الزمانية:

حدد المجال الزمني للدراسة بالفترة الممتدة من 2018 الذي صادف صدور قانون الصحة الجديد رقم 18-11 ويمتد إلى غاية 2020 السنة الي تم فيها تعديل نفس القانون بالأمر 20-02 لنرصد أهم المستجدات بخصوص موضوع الشراكة بشكل عام ومكانة القطاع الصحي الخاص في المنظومة الوطنية للصحة وأفاق الشراكة بين القطاعين الصحي العام والصحي الخاص.

مناهج ونظريات وأدوات

بالقدر الذي يختلف فيه الباحثون الأكاديميون خاصة في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية على تعدد المناهج، والادوات، والنظريات وما اقترب منها من نماذج واقترابات، بالقدر الذي يتفقون على

أن اختيار أحسنها وبتعبير أدق أنسبها لدراسة الظواهر المختلفة يعبر عن ذكاء الباحث، وفهمه الوافي للظاهرة المدروسة.

من بين العدة المنهجية التي يقترحها مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية عامة، والسياسات العامة خاصة، اخترنا الآتي:

المدخل المؤسسي: يعد من المداخل التقليدية الكلاسيكية للعلوم السياسية والإدارة بشكل عام. وهو مدخل يهتم بالمؤسسات الحكومية ومختلف عملياتها في صنع مختلف السياسات. لعل من أسباب اختيار هذا المدخل لدراسة هذا الموضوع في الجزائر هو توافق معناه مع الطريقة التي تصنع فيها السياسات ومنها الصحية في الجزائر الذي مفاده أن السياسات تحدد بصورة سلطوية من قبل المؤسسات الحكومية. كما أن النصوص التنظيمية والقانونية مهمة لفهم سلوك المؤسسات الحكومية. نقطة أخرى تبرر اختيار هذا المدخل لكذا موضوع هو تضمنه لفكرة أن إحداث تغيير على المستويات الهيكلية، والتنظيمية والقانونية هو الكفيل بالتأثير على محتوى مختلف السياسات ومخرجاتها.

يؤخذ على هذا المدخل إهماله لمختلف القوى الاجتماعية والاقتصادية وتأثيرها على صنع السياسات، وهو ما ستحاول نظرية الجماعة الإجابة عليه.

نظرية الجماعة

تعد نظرية الجماعة التي تلت كل من الطبقة والنخبة من التفسيرات المقدمة التي أضافت ديناميكية على ادوات التحليل السياسي، حيث اخرجته من المثالية السكونية الثابتة المتمركزة حول المؤسسات الرسمية للدولة لتعتبر أن السياسات العامة متغيرا تابعا لتراتب اجتماعي معين لقوى تؤثر بطرائق مختلفة. لعل أهل مضامين هذه النظرية هو الصراع الذي ينشأ بين مختلف هذه القوى، لتكون المصلحة العامة المسوق لها نتاج لهذا الصراع لهذه القوى والجماعات التي تبحث عن مصالحها الخاصة. وهو ما أكدته نظرية الخيار العام التي ترى أن المصلحة العامة التي يتغنى بها السياسيون ماهي الا مصلحة ذاتية وهي البحث عن الاصوات، إلى جانب مصالح البيروقراطيين، ومسعى تعظيم المنافع الاقتصادين. في إطار هاتين النظريتين إلى جانب نظريات اقتصادية أخرى سيتم اعتبار الشراكة آلية سلمية لامتصاص الصراع الذي ينشأ بين مختلف الفواعل الراميين إلى تحقيق مصالحهم الذاتية.

انطلاقا من هذا المدخل والنظرية يتشكل التعريف الإجرائي للسياسات العامة الذي انطلقنا منه لدراسة موضوع الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة في الجزائر.

اداة تحليل المضمون

تجسد توظيف اداة تحليل المضمون أثناء التعامل مع مختلف النصوص القانونيةقانون الصحة الجديد رقم 18-11 ويمتد إلى غاية 2020 السنة الي تم فيها تعديل نفس القانون بالأمر 02-20

صعوبات البحث:

لا يكاد يخلو اي بحث علمي من الصعوبات التي تحول دون تحقيق اهدافه، وتختلف هذه الصعوبات من دولة إلى أخرى حسب خصوصية الأنظمة الاجتماعية في هذه الدول.

إن أبرز الصعوبات التي واجهتنا في اعداد هذا البحث تتمثل في:

- نقص المراجع والكتب باللغة العربية مما صعب من مهمة ضبط المفاهيم نظرا للتشتت الناجم عند الترجمة، ناهيك عن صعوبة ترجمة وفهم بعض المفاهيم الاقتصادية، ولهذا تخللت الترجمة ثقوب احيانا أثرت على المعنى العام لمختلف الافكار، والمعاني؛
- ندرة الابحاث في هذا الموضوع بهذه الجزئية. فكل ما هو متوفر بعض المقالات والمداخلات باللغة الإنجليزية أو الفرنسية؛
- الممارسات والإجراءات الإدارية والبيروقراطية التي تعيق وتعطل التقدم في البحث العلمي في الجزائر وتؤدي إلى الشعور بالإحباط وعدم الرغبة في استكمال دراسته.

تقسيم الدراسة:

انطلاقا من الإشكالية والفرضيات تم تقسيم البحث إلى فصلين (تم تجنب الخوض في المسائل النظرية للسياسات العامة وتخصيص فصل خاص، وذلك للتركيز على الموضوع)، وكل فصل تناولنا فيه مبحثين على النحو الاتي:

الفصل الأول: بعنوان علاقة القطاع العام والقطاع الخاص في مجال الصحة حتى:2018: احتكار؟ أم انتهازية؟ أم شراكة، تطرقنا في المبحث الأول إلى مفهوم الشراكة بشكل عام والمفاهيم المتداخلة مع هذا المفهوم والفرق بين الشراكة والخصخصة. ثم تحديد مفهوم الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص وأهم النظريات المفسرة لدوافع التشارك بين القطاعات والمزايا والأهداف. أما المبحث الثاني، فقد تم التطرق فيه لواقع العلاقة بين القطاع العام والقطاع الخاص حتى 2018 بالاستناد إلى قوانين الصحية التي تناولتها الباحثة العباسي ايمان في أطروحتها وسياق بروز القطاع الصحي الخاص في الجزائر. الفصل الثاني: اختير له عنوان بدائل تفعيل الشراكة في قانون الصحة 2018-2020، ففي المبحث الأول، حاولنا

تحديد مكانة الشراكة في قانون الصحة الجديدة 2018 وتعديله في 2020، أما المبحث الثاني فقد خصص لعرض النموذج البريطاني في اشراك القطاع الصحي الخاص.

الفصل الأول:

علاقة القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص حتى 2018: احتكار أم انتهازية أم شراكة؟

الفصل الأول: علاقة القطاع الصحي العام مع القطاع الصحي الخاص في الجزائر حتى 2018: احتكار أم انتهازية أم شراكة؟

مقدمة الفصل الأول:

الشراكة هو أسلوب قديم ومتجدد، فمن ناحية هو أسلوب قديم لأنه يتضمن جل أشكال التعاون والتجمع والتعاقد بين طرفين أو أكثر. ومن ناحية أخرى هو أسلوب متجدد لأنه يتعلق بقطاعين وهما العام والخاص، وهو ما يعبر عنه باللغتين الاجنبيتين ب Public -Privat partenership أو p3.

كما تعتبر الشراكة من الصيغ المهمة للخروج من متطلبات المشاريع العمومية وسد العجز في التمويل الذي تواجهه أغلب الحكومات في العالم بغض النظر عن مدى تقدم أو تخلف اقتصادياتها. دون أن ننسى أنها أداة فعالة لتحسين جودة تقديم الخدمات العمومية، باعتبار أن أساليب القطاع الخاص متفوقة على تلك الخاصة بالقطاع العام، الذي ينعت بالجمود والروتين.

سنحاول في هذا الفصل التعرف على أهم الخلفيات التاريخية والنظرية التي مهدت لبروز هذا النموذج من التسيير للمرافق العامة، ثم سنضمن الفصل وماهية الشراكة والمفاهيم المتداخلة معه. كما لا يفوتنا التطرق إلى أشكال التشارك المطبقة في السياق الجزائري مع التركيز على قطاع الصحي.

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي والنظري لمفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص

تتعدد التعاريف والنظريات التي تفسر مفهوم الشراكة وكيفية تأسيسها. من الاوائل المساهمين في ظهور هذا المفهوم كانوا خبراء ومفكرين اقتصاديين. غير أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص لم تظهر حتى بداية القرن الواحد والعشرين وهو النمط الذي قدمته المؤسسات الدولية كوسيلة لتحسين فعالية المساعدات الإنمائية من خلال الهدف الثامن من الأهداف الإنمائية للألفية؛ والذي يتمثل في بناء شراكة عالمية من أجل التنمية عن طريق حشد ب موارد القطاعين العام والخاص.

المطلب الأول: الأصول النظرية لمفهوم الشراكة

جمعت فترة الركود الاقتصادي العال التي بدأت في عام 1975 بين الركود والتضخم العالمي بطريقة غير مسبوقة، حيث أذهلت الطبيعة غير العادية لهذا" التضخم المصحوب بالركود" صانعي السياسة الاقتصادية في معظم الولايات المتحدة الأمريكية، رغم ان خطط التعافي الكينزية قد نجحت في مجملها، إلا أنها لم تقدم حلا نهائيا للأزمة. أقنعت هذه المقاومة الاقتصاديين أن الركود جاء في الواقع من انسداد أعمق في نظام الإنتاج والاستهلاك، وبالتالي فتح الطريق لعودة قوية للنظريات الليبرالية لعام 1979 التي دعت إليها أطروحة فريدمان النقدية «les thèses monétaristes de Friedman». [1]

تاريخيا، وبالتحديد في بريطانيا والولايات المتحدة الامريكية، تغيرت النظرة بخصوص الجماعات، حيث كان ينظر إليها بشكل دوني على أساس أنه أقل نموذج بإمكانه تقديم خدمات ذات اهتمام عام. مع تولي مارجريت تاشر منصب رئيس وزراء بريطانيا العظمى في عام 1979، ثم رونالد ريغان إلى منصب رئيس الولايات المتحدة عام 1980-1990، قوانين مختلفة تتعلق بطريقة تقديم خدمات الحكومة المحلية تم سنها. وقامت هذه الحكومات بتشجيع المحافظة على خصخصة الخدمات ذات المصلحة العامة مثل الكهرباء والغاز، ومنح قدر أكبر من الاستقلالية الإدارية لخدمات معينة مرتبطة بالالتزام بالنتائج.

لايزال مع ذلك، يتعين اثبات تفوق القطاع الخاص على القطاع العام. حيث أدت عمليات الخصخصة في الثمانينات والتسعينات إلى نتائج متباينة. لقد أثبت العملية (الخصخصة) أن التكلفة الاجتماعية باهضه، حيث أدت الى ارتفاع معدل البطالة، وزيادة حادة في الهشاشة وحتى الفقر. في

[1] Myriam Dahman _Saïd, ***Une économie optimale des partenariats public-privé : Est-ce possible ? dans*** : http://www.bsi-economics.org/images/articles/a147.pdf le 25/03/2022

بريطانيا، من 1980إلى 1987 نمت البطالة بشكل أسرع بكثير مما كانت عليه في فرنسا. علاوة على ذلك كانت الفجوة في مستوى المعيشة بين الفقراء والأغنياء في عام 1990 في نفس مستوى الفجوة التي كانت موجودة في ثلاثينات القرن الماضي.

يبدو تعقيد الوضع في النظام الليبرالي، على القطاع العام أن يستدرك مكانته، ويستلهم من نقاط القوة في القطاع الخاص، وذلك بأن تكون الإدارة العامة متوافقة مع أسس وقيم القطاع العام. والسبيل إلى تحقيق ذلك هو آلية الشراكة.

المتفق عليه بخصوص هذه الآلية أن السياق التنظيري لها كان في لحظة انتصار السياسات الكينزية، وبروز " مدرسة الخيارات العامة " في الولايات المتحدة التي جاءت لتفسر عملية صنع السياسات على أنها عملية مصلحية بامتياز لثلاثة مجموعات أساسية من الفاعليين، وهم: السياسيون الذين يسعون الى تعظيم مصلحتهم الخاصة، من خلال زيادة فرصهم في الانتخاب أو اعادة انتخابهم الى الحد الاقصى، زيادة مزاياهم زيادة فرصهم (الدخل، السلطة وما إلى ذلك).[2]والبيروقراطيون الذين يسعون إلى تعظيم مصالحهم الخاصة، والاقتصاديون الذين يركزون على تعظيم الأرباح.

في اوروبا وفي فترة السبعينات من القرن الماضي، قامت مختلف الحكومات في منظمة التعاون والتنمية والاقتصادية ولأسباب تمويلية بالسعي عن نجاعة القطاع العام من خلال تحديد نطاق عمل وطرق تدخل الدولة، والجماعات المحلية والهيئات بشكل عام في عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

يكاد يتفق جميع المصلحين LES réformateur في هذه البلدان أن أفضل الطرائق لإدارة الأموال العامة يتضمن الجمع بين عمل الهيئات والشركات العامة أو المؤسسات أو غيرها من أشكال التنظيم في المجال الخاص. مع ذلك تجدر بنا الإشارة إلى أن مجيء أسلوب الشراكة بين القطاع العمومي والخاص يعود إلى التأثر بالمبادئ المرتبطة بالإدارة العامة الجديدة او ما يسمى باللغة الفرنسية LE nouveau management public[3]، والتي تتمحور الفكرة الأساسية فيها ان أساليب إدارة القطاع الخاص متفوقة على تلك الخاصة بالقطاع العام، ولهذا يمكن نقلها إليه، فالقطاع العام يعتبر غير

[2]Loc.cit.

[3] غوتي سعاد، **فعاليات الملتقى الوطني حول الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص** (الجزائر، لباد لتوزيع والنشر، الطبعة الاولى،2019)، ص316

فعال، ومفرط البيروقراطية، وجامد، ومكلف ويعتمد على غيره، كما أنه يتضمن تسلسل مركزي بشكل مفرط.[4]

بروز فواعل اخرى غير الفواعل الرسمية أثبت قوة تأثيرها في صنع السياسات وهم الاقتصاديون، بالإضافة إلى وصول القطاع العام إلى سن اليأس في ظل الممارسات التقليدية للإدارة العامة، أسست لميلاد مفهوم الشراكة بين القطاع العام والخاص.

الأمثلة التاريخية التي تسرد من باب التمثيل لا الحصر، مبادرة التمويل الخاص PFI في المملكة المتحدة التي تعتبر برنامجا واسعا تم وضعه في عام 1992 في فترة حكومة رئيس الوزراء جون ميجر لتشجيع جميع هيئات القطاع العام في المملكة المتحدة على دعوة القطاع الخاص للقيام بدور أكثر نشاطا في بناء البنى التحتية، وفي تقديم الخدمات العامة، على افتراض تحمل المخاطر المحتملة من أجل الحصول على الدخل الموزع على فترة تتراوح بشكل عام بين 20 و30 سنة. الجدير بالذكر بخصوص هذه المبادرة أن أول عقد تجريبي لم يبدأ يؤتى بثماره حتى 1997 أي بعد مرور 10 سنوات.[5]

نفهم من المثال البريطاني المذكور اعلاه، أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص ليس بديلا للخصخصة، ولكنها نوع أخر من الترتيبات، مما يسمح للسلطات العامة بالاعتماد على الموارد الخاصة من حيث المهارات والقدرات المالية مع الاحتفاظ بمهامه للتوجيه الإستراتيجي والتحكم في الخدمات المقدمة للمستخدمين. مع ذلك يبقى قصور غياب إطار قانوني خاص بالشراكة بين القطاعين في بريطانيا تحديا حقيقيا.[6]

المطلب الثاني: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة

تبقى التجربة البريطانية رائدة في تجسيد الشراكة بين القطاعين العام والخاص بشكل عام، وفي مجال الصحة بشكل خاص من خلال استصدار قانون سنة 1990 المتعلق بالخدمة الوطنية للصحة، الذي يسمح بإنشاء مجمعات احتكارية تتمتع بحق ابرام العقود التي تعتبر أنها ضرورية أو مفيدة لحسن تسيير المرفق العمومي، اذ سمح هذا القانون عمليا بإبرام عقود مع القطاع الخاص من أجل تصميم، وإنشاء وتجديد أو صيانة المستشفيات.[7]

[4] *المرجع نفسه*، ص 318

[5] *المرجع نفسه*، ص 319

[6] المرجع نفسه، ص 320

[7] *المرجع نفسه*، ص53

"التجربة الانجلوسكسونية للشراكة استنادا إلى مقال صادر في شهر فيفري 2005 عن مركز البحوث السياسة الصحية بجامعة" مات فورد ليستر بالمملكة المتحدة بين القطاعين انطلقت في أواخر السبعينات وكان هدفها لأساسي محاربة تدني الخدمات الصحة العمومية من خلال التفتح على القطاع الخاص وإشراكه في المساهمة في انشاء البنى التحتية لقطاع الصحة لتنطلق الشراكة فعليا ابتداء من سنة 1992 بعد بروز نقائص الخوصصة، وبهذا تكون تجربة المملكة المتحدة أول وأرقى التجارب في مجال الشراكة بين القطاعين في مفهومها الحديث." [8]

[8] *المرجع نفسه*، ص211

أما التجربة الفرنسية فقد تأخرت إلى غاية سنة 2003 في تجسيد مبدأ الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة العمومية، والتي تبلورت في عقود ايجار طويل الأمد للمستشفيات التي جاءت في إطار تجسيد برنامج مستشفى 2007.

لقد أنشأ عقد التأجير الاستشفائي بموجب الأمر 2003-85 المؤرخ في 03 سبتمبر 2003 والذي رخص للمؤسسات العمومية للصحة اللجوء لهذا النوع من العقود الذي كان موجود منذ 1988 في إطار ما يعرف بعقد التأجير الإداري، حيث كلف هذا الأمر عقود التأجير الإدارية بما يتلاءم مع خصوصية المؤسسات الاستشفائية.[9]

جدول 01 أهم المراحل والأحداث التي رافقت تطور الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الجمهورية الفرنسية منذ سنة 1988 (أي بعد سنة واحدة فقط من انطلاقها ببريطانيا جسر الملكة اليزابيت 1987)

السنة	الأحداث المرتبطة بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص
1988	أول شكل من أشكال الشراكة في فرنسا بين القطاعين العام والخاص
1994	الرخص المؤقتة للخواص للعمل في قطاع الخدمات العمومية
2004-2002	التدابير القطاعية لتشجيع الشراكة بين القطاعين
2003	إطلاق مشروع مستشفى عمومي (انتهت الأشغال منه سنة 2007 بمشاركة هامة من الخواص في شكل ppp
2004	دخول التشريع القانوني Ordonnance والقاضي بإدراج القانوني ل ppp تحت اشراف Mission d'appui aux partenariats public-privéالمعروفة باختصار MAPPP
2005	إنشاء وبدء عمليات MAPPP على أرض الواقع
2008	تسهيلات قانونية للمتعاملين في هذا النوع من العقود
2011	الختام المالي الأكبر عملية من صنف ppp في أوروبا مشروع) TGV Tours de (Bordeaux
2011	أصبحت فرنسا الرائد في سوق PPP في أوروبا

[9] *المرجع نفسه*، ص53

المصدر: لكحل أمين، الشراكة بين القطاع العام والخاص في الجزائر"دراسة حالة شركة المياه والتطهير لوهران (مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، السنة الجامعية2014/2013)، ص90

يتضح لنا من الخلفيات التاريخية والجدول السابق أن الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص نشأت في البيئة الغربية الرأسمالية منذ السبعينات من القرن الماضي، كأسلوب جديد في تسيير المرفق العام وطرق تمويله بعد الآثار السلبية لأزمات دولة الرعاية la crise de l'état providence التي أثرت على تمويل الاستثمارات العمومية.

المطلب الثالث: ماهية الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص

مفهوم الشراكة: يعتبر مفهوم الشراكة من بين المفاهيم التي يصعب حصرها في تعريف واحد وشامل، ومرد ذلك تتعدد مجالات استعمالها فهو متجذر في الفكر الغربي، ومتجدد عبر السياقات التاريخية المختلفة ليصبح أسلوبا تنشد المحافل الدولية باستخدامه للتعامل مع مختلف الأزمات خاصة عجز الميزانية، وضعف الأداء.

الشراكة لغويا: أصلها من الشركة، هذه الأخيرة التي تعني مخالطة شريكين كاشتراك النساء في البيت، فقد قال الأزهري:" المرأة شريكة والنساء شرائك. وهناك من يرى أن الشراكة هي اختلاط والتباس وسميت بذلك لأن مال الشريكين يختلط ويلتبس ببعضه فلا يتميز".[10]

أما اصطلاحا: فتعني حسب بعض خبراء الاقتصاد، الاشتراك في الأرباح وفي الخسائر بين شركاء المؤسسة وذلك عندما تجمع بينهم علاقة العمل والمصلحة المشتركة. وأشكال التعاقد والتعاون التي تنشأ بين الأشخاص المعنوية والمؤسسات لا تكتفي بالتراضي، بل لابد من حصة يساهم بها كل شريك في المشروع المشترك، ومن ثم فان تقديم حصة رأس المال هو أول الالتزامات المتوالدة عن عقد الشراكة وأكثرها أهمية، ويمكن أن تكون هذه الحصة شيئا من الأشياء، أو أن تكون عبارة عن مجرد عمل ويمكن أن تكون شركة بحيث يكون نصيب أحد الشركاء مثلا نقود ونصيب الأخر العمل.[11]

[10] بوحسون العربي، الشراكة بين المفهوم الأنثروبولوجي والمفهوم الاقتصادي، (***مجلة الأدب والعلوم الإنسانية الاجتماعية***، العدد الثامن، ديسمبر2005)، ص45، نقلا عن الموقع: https://search-emarefa-net.sndl1.arn.dz/ar/viewer/BIM-596155 تاريخ التصفح2022/03/18

[11] ***المرجع نفسه***، ص 11-12

"في 1781 ظهرت الكلمة الإنجليزية Partnership، التي استعملت من قبل في التجارة التي أتت مباشرة من اللغة الفرنسية القديمة Parçonier ومن ثم Parcener في نهاية القرن الثالث عشروفيما بعدPartner التي تشيرإلى شريك في اللعب أو الرقص. والتنسيق فيما بينهم ظهرما يسمى باللغة الفرنسية Partenariat، ألا وهو"الشراكة "باللغة العربية، فمصطلح الشراكة لم يظهرفي القواميس الفرنسية إلا ما بين الأعوام 1984-1987. فيعرف على أنه شكل من الارتباط بين منظمتين أو أكثرحيث يتعايش التعاون والمنافسة، حسب وكالة قياس الفرنسية (Agence française de normalisation) في 1986 الشراكة هي حالة ذهنية التي تجعل ممكن تأسيس علاقات متميزة قائمة على البحث المشترك للأهداف متوسطة أو طويلة الأجل يتم تنفيذها في ظل ظروف تضمن المعاملة بالمثل للفوائد. الشراكات بين القطاعين العام والخاص هي مثال جيد على المفهوم".[12]

[12] Florent A. Meyer, Le **challenge partenarial**, (Paris, Lexitis editions,2011), p36

حسب نفس المرجع مهما تعددت التعاريف يبقى نمط العلاقة العنصر الأساسي التي يسلط عليه الضوء في التعاريف، التفاهم المشترك، تقاسم الأهداف والمصالح، الاستغلال الأمثل للإمكانيات بعد وضعها في إطار مشترك لتحقيق مصالح مشتركة والأهم أن الشراكة الحقيقية تكمن في التفاوض المشروع بين الأطراف المتعاونين والمتعاقدين.[13]

ب. المفاهيم المتداخلة:

- التحالف «Alliance»: يأتي مصطلح التحالف من كلمة «alligare» اللاتينية التي تعني ربط بعضها ببعض، في اللغة الفرنسية السابقة، الحليف يعني الجمع لتوحيد حليف هو في القرن الرابع عشر قريب» «**Un proche**بالتحالف ثم يصبح في القرن الخامس عشر فرد متحد إلى أخر بموجب معاهدة أو فعل على سبيل مثال حلف الأطلسي التي توحد العديد من الدول الغربية ويستخدم مصطلح التحالف في الغالب كمرادف لشراكة من قبل الباحثين والمشاركين ولا سيما الانجلوساكسونيين العاملين في هذا الموضوع.[14]
- التعاون «collaboration»: يتضمن التعاون العمل مع واحد أو أكثر لتحقيق هدف مشترك، يأتي المتعاون «Collaborateur» باللاتينية من «Collaboratu» لاسم مفعول «Colaborare» الذي يعني العمل معا، التي نفسها مشتقة من مع «Cum» والعمل «Labore». ينطوي التعاون على العمل معا في مشروع ما، فعندما يعمل الأفراد والمنظمات معا في مشروع ما مع منظمات أخرى، يمكن أن يكون ذلك طوعيا أو مفروضا، ولا يتطلب التعاون شروط المعاملة بالمثل.[15]
- Coopération عند ترجمتها إلى اللغة العربية تعني التعاون. يكاد يكون نفس الأمر في اللغة الفرنسية حيث يستخدم المصطلحان: «Collaboration» و «coopération» بشكل متكرر وغالبا ما يتم الخلط بينهما، ويسوء فهمهما.

اجمالا، يقصد بالمصطلحين العمل معا لتحقيق هدف مشترك، غير أن الاختلاف بينهما يكون أكثر وضوحا في طريقة مشاركة العمل. يأتي التعاون «Coopération» باللاتينية من «Cum» مع و «operate» فعل شيء ما التعاون Coopérationهو نمط التنظيم الاجتماعي يسمح للأفراد أو المنظمات ذات الاهتمامات المشتركة بالعمل سويا مع الحرص على الهدف المشترك. والبعض يجعله جزءا لا يتجزأ لمرادف Collaboration باللغة الفرنسية. في حين نجد من يضيف كثافة إضافية

[13] Loc.cit.
[14] Ibid., p37
[15] Loc.cit.

Une intensitéفي الرغبة في تحقيق هدف مشترك. ويمكن أن يتخذ أشكالا متعددة مثل المساعدة المتبادلة«l'entraide» «التلقائية وغير الرسمية، مثل الهياكل التعاونية والتعاضدية، مثل الشراكات بين المنظمات والشبكات التعاونية، وغيرها.

التعاونية عبارة عن رابطة مستقلة للأشخاص الذين يتم جمعهم طواعية لتلبية تطلعاتهم واحتياجاتهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافة المشتركة من خلال مؤسسة تمتلك ملكيتها الجماعية الدولية وتتمتع الهياكل التعاونية بوضع قانوني محدد. وأشهرها التعاونيات الزراعية، وتعاونيات المستخدم المادي الزراعي، تعاونيات الشراء والتعاونيات الإنتاجية.[16]

مثلما سبق وأشرنا أن المصطلحين collaboration وcoopération لا يمثلون نفس أنماط تنظيم العمل، ويتطلبون سلوكيات مختلفة.

وفقا للتعريفات يحتوي المفهوم الأول La coopération على بعد من التوافق يستبعد المنافسة والصراع. اما المفهوم الثاني La collaboration يتمحور بشكل أكبر حول أهمية العمل معا وتحقيق هدف مشترك، وبالتالي فكرة النتائج والمسؤولية المشتركة (المساءلة).[17]

- الارتباط Association/Associer: باللغة اللاتينية «associare» تعني الانضمام والاتحاد للتقريب أكثر من اللغة اللاتينية في العصور الوسطى (العمل من أجل الاتحاد) التي عرفت في القرن الثالث عشر «s'assoicher» الارتباط أو الجلوس يعني التحالف بين الرفقاء. وكثير منهم من بين هؤلاء الذين يشاركون في واحدة أو أكثر من الجمعيات، سواء كانت ثقافية، أو تعليمية، أو رياضية، أو غير ذلك. من أجل الاستفادة من الخدمات التي يقدمونها، ومن ناحية أخرى للمساهمة في سيرها بشكل صحيح. حتى يتسنى للآخرين الانتفاع.[18]

أما الجمعية «Association» فتعرف بدورها على "أنها مجموعة من الأشخاص المتطوعين مجتمعين حول مشروع مشترك أو مشاركة الأنشطة، ولكن دون السعي لتحقيق الربح. يمكن أن يكون لها أهداف متنوعة للغاية منها: الرياضية، والدفاع عن مصالح الأعضاء، والإنسانية، وترويج أو الأعمال، وغيرها.

لا يمكن الحصول على حرية تكوين الجمعيات إلا بموجب قانون فالديك روسو الصادرة في 1 يوليو 1901 بشأن عقد تكوين الجمعيات. لإنشاء جمعية يكفي أن يتفق شخصان على الأقل على موضوعها،

[16] Ibid. p38
[17] Suzanne Givard, **« Travailler ensemble : coopérer, ce n'est pas collaborer »**, (revue RH.vol 21, No.1. Janvier 2018) dans : https://ordrecrha.org/ressources/revue-rh/volume-21-no-1/travailler-ensemble-cooperer-ce-nest-pas-collaborer (19/03/2022)
[18] A. MEYER, op.cit., p38

يقومان بصياغة النظام الأساسي الذي يحدد الغرض والهيئات الإدارية والشخص المخول بتمثيل الجمعية، أو الإشارة إلى المكتب المسجل أو عنوانه.[19]

المساعدة المتبادلة «L'entraide»: المساعدة المتبادلة هي شكل من أشكال المنظمات أو التنظيمات غير الرسمية، وهي شبكة بين الأفراد لضمان تعزيز المساعدة، والدعم، والحماية والراحة، وغيرها. وهي تقوم على التضامن والأخوة أو الصداقة الحميمية بين المشاركين في شبكة المساعدة المتبادلة للإنقاذ، تساعد إذا لزم الأمر. تعد المساعدة الريفية المتبادلة نموذجا أصليا، لها تعريف قانوني في قانون الريف، يتم تنفيذها بين المزارعين من خلال تبادل الخدمات في العمل ووسائل الاستغلال يمكن أن يكون عرضيا Occasionnelle أو مؤقتا أو بالتدخل بشكل منتظم.[20]

- الائتلاف «Coalition»:" ظهر مصطلح الائتلاف في القرن السادس عشر يأتي من اللاتينية«Coalitus» «اسم مفعول لCoalescere» «الذي يعني اتحاد، يعني الصداقة الحميمية، الارتباط الائتلافي هو مزيج أو تحالف غالبا مايكون مؤقتا، بين الأفراد أو المنظمات من أجل معركة مشتركة. تم استخدامه لأول مرة في عام 1715 بالمعنى السياسي، والاسم الإسرائيلي «Linkud» ليكود" يعني الاتحاد والجمع ومثال مثير للاهتمام على التحالف هو الائتلاف من أجل حياة جديدة في العمل والرعاية الجيدة الذي تم إنشاؤه في يونيو 2005 بين 11 هيئة لرعاية صحية وطنية في كندا مع تفويض لتطوير استراتيجية للعمل وإطار الرعاية الصحية الجيدة".[21]
- الخوصصة.:

[19] Vie politique au cœur du débat public, qu'est ce qu'une association ? dans : https://www.vie-publique.fr/fiches/24076-quest-ce-quune-association (20/03/2022)
[20] A. MEYER, op.cit., p38,39
[21] Ibid., p 39

جدول رقم02 بعنوان: أوجه الاختلاف بين الخوصصة والشراكة بين القطاعين العام والخاص

	الشراكة	الخوصصة	الشرح
ملكية الأصول	عام	خاص	الخوصصة تنطوي على بيع الأصول، أما الشراكة فتنطوي على شراء الأصول.
تحمل المخاطر	عام وخاص	خاص	الخوصصة هي تحويل جميع المخاطر والفوائد إلى القطاع الخاص، أما الشراكة فتنطوي على تحويل بعض المخاطر إلى القطاع الخاص.
مواصفات الانتاج	عام	خاص	الخوصصة تعطي للقطاع الخاص الحرية في وضع مواصفات الإنتاج. بينما تكون هذه المواصفات محددة مسبقا في عقود الشراكة ضمن استدراج العروض.
المسؤولية اتجاه الناس	عام	خاص	عامة في عقود الشراكة تبقى مسؤولية تقدم الخدمة على عائق القطاع العام
اتجاه تدفق المال	من العام إلى الخاص	من الخاص إلى العام	في الخوصصة تستوفي الدولة مبالغ لقاء تحويل المشروع إلى، القطاع الخاص أما في عقود الشراكة فتسدد الدولة للقطاع الخاص مبالغ لقاء تقديم الخدمات وتحويل المشروع إليها.

المصدر: معزوزلقمان، *أليات تفعيل الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص*، (مركزبحوث والدراسات الانسانية العدد 12-2016)، ص 318 في: https://www.asjp.cerist.dz/en/article/20391 (2022/03/05)

نلاحظ من خلال الجدول أن الفرق بين الخوصصة والشراكة يكمن في أن هذه الأخيرة تضمن حقوق المواطنين وخاصة الاجتماعية منها: الصحة، التعليم، النقل ... كما يحد عقد الشراكة من الأثار الناتجة عن الأهداف الربحية البحتة للقطاع الخاص عندما يتعلق الأمر بالشراكة يبقى القطاع العام هو المسؤول الرئيسي عن تقديم الخدمات أما عند الخوصصة فيتنازل عن كل المسؤوليات والمخاطر ويحملها للقطاع الخاص. (بيع الأصول بصفة نهائية).

المطلب الرابع: الأسس النظرية الرئيسية للشراكة بين القطاعين العام والخاص

- تتمثل الأسس النظرية للشراكة بين القطاعين العام والخاص فيما يلي:
- نظرية تكلفة المعاملة La théorie des couts de transaction
- نظرية الوكالة La théorie de l'agence
- نظرية العقد غير المكتمل La théorie des contrats incomplets
- نظرية حقوق الملكية la théorie de propriété
- نظرية النجاعة (الكفاءة)La théorie de l'efficience x
- نظرية الخيار العام La théorie des choix publics
- نظرية طعن السوق La théorie des marchés contestable

أ. **نظرية تكلفة المعاملة**: ظهر مفهوم تكلفة المعاملة في وقت مبكر من عام 1973 في مقال *Ronald coase لكن يعتبر *oliver williamson الأب المؤسس لهذا التيار النظري القائم على الخصائص السلوكية (حدود العقلانية والانتهازية)، صفات المعاملات وخصائص البيئة التي تتسم بعدم اليقين.[22]

العقلانية المحدودة والانتهازية: طور هربرت **سيمون** العقلانية المحدودة في عام 1947، وتتكون من عدم القدرة على الاطلاع الكامل، وفهم، وتوقع ردود الفعل المختلفة للشركاء. هذا بالضبط نفس ما

[22] N.Maatah ,M.Benabdellah ,p. lebailly, ***les partenariats public privé : fondement théorique et analyse économique ,p2 dans :***
https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/210086/3/MAATALA_BENABDELLAH_LEBAILLY_Partenariats_Public-Priv%C3%A9_FondementTh%C3%A9oriqueEtAnalyseEconomique.pdf
Le (24/03/2022)

*أوليفار ويليامسون Oliver williamsonبالكامل أوليفار إيتون ويليامسون ، من مواليد 27 سبتمبر 1932 في Superior wisconsin، توفي في 21 مايو 2020،في أوكلاندا oklandaكاليفورنيا ،عالم اجتماع أمريكي حصل على جائزة نوبل لعام 2009 في العلوم الاقتصادية لتحليله للحوكمة الاقتصادية وخاصة حدود الشراكة في : https://www.britannica.com/biography/Oliver-E-Williamson
2022/03/24

راح اليه وليام سون. أما فرضية الانتهازية فقد جاءت أول مرة بواسطةAlchian * وDemsetz *وتولاه ويليامسون عام 1975. يوضح هذا المفهوم استعداد الأطراف المختلفة للعمل من أجل مصالحهم بطرق حيليه وبطواعية. يميز وليامسون الانتهازية السابقة التي تعكس إرادة خداع الشريك، والانتهازية اللاحقة التي تقتصر على الاستفادة من المساحات الغامضة التي يتركها العقد لتبني موقف صادق ولكن غير عادل لتخصيص جزء أكبر من الربح على حساب طرق التعاقد).

تولد العقلانية والانتهازية المقيدة عدم تناسق المعلومات بين الأطراف المختلفة في المشروع الشراكة بين القطاعين العام والخاص. قد يحتفظ بجزء من المعلومات شريك عام (دولة أو مجتمع دون مشاركة مع الشريك الخاص لأي سبب من الأسباب، تقاسم ونقل المعلومات بين الاثنين يستلزم الشركاء تكلفة الوجود المتزامن المحتمل لهاتين الفرضيات، وهو سلوك يبرر استخدام المنظمة التعاقدية لأي تبادل اقتصادي.[23]

خصوصية الأصول Spécifité des actifs: هي مفهوم أدى إلى ظهور العديد من الأعمال التجريبية، يقال إن الأصل يكون محدد عندما يكون الوكيل سوف يستثمر فيه طواعية لمعاملة محددة، وأنه لا يمكن أن يكون المعاد توزيعها لمعاملة أخرى بدون تكلفة إضافية.

مفهوم خصوصية الأصول هو على وجه الخصوص مهم لأن له تأثير كبير جدا على تكاليف معاملات البنية التحتية العامة التي بنيت في إطار الشراكة بين القطاعين العام والخاص. في الغالب، يلاحظ وبدرجات عالية من الخصوصية، وفقا لوليا مسون 1985، الحاجة إلى تطوير أصول محددة لإدارة معاملة كنتيجة مباشرة لمرور الموقف منافسة لحالة التبعية الثنائية بين طرفين.

---

[23] Loc.cit.

*رونالد كواس في 29 ديسمبر 1910 في ضواحي لندن ، بدأ مسيرته التعليمية في مدرسة تجمع بين الأطفال المعاقين جسديا وعقليا بسب ضعف شديد في ساقيه، حصل رونالد هاري كراس على جائزة بنك السويد في اللإقتصاد في ذكرى الفريد نوبل في عام 1991 لإكتشافه وتوضيحه لأهمية التكاليف المعاملات وحقوق الملكية ، للهيكل المؤسسي والإقتصاد الكلي ، ذكرت لجنة نوبل مقالتين تم فيها تقديم هذين المفهومين على توالي "طبيعة الشراكة " « The nature of the firm » 1937 ومشكلة التكلفة الاجتماعية عام 1960 « The problem of social coast » : https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2017-4-page-52.htm (2022/03/24)

*أرمين التشيان Armen Alchian ، الاقتصادي الأمريكي المولود في فريسنو Fresno ،كاليفورنيا(1914-2013)، في عام 1950 ، قدم ألتشين ردا مدروسا على الاعتراضاتهم هو أن مديري الشركات لا يعرفون ما يكفي ليكونوا قادرين على تعظيم الأرباح . فنجد في مقالته الرئيسية الأولى ،"عدم اليقين والنظرية الاقتصادية " ألتشيان جادل أنه على الرغم من أن جميع الشركات قد لاتزيد من أرباحها إلى الحد الأقصى ، فإن الشركات التي ستنجو تلك الشركات التي اقترب مديروها بحكم الحظ وتصميم من تعظيم الأرباح : https://www.econlib.org/library/Enc1/bios/Alchian.html (2022/03/24)

العقد الكلاسيكي أو "السوق " هو عقد لمدة محدودة مع كائن محدود ودقيق، تتميز بغياب الشك L'incertitude[24]

ب. **نظرية الوكالة:**

وفقا لجنسن وميكلنج (1976)، هناك علاقة وكالة عندما يستخدم شخص (المدير) خدمات شخص أخر (الوكيل) من إنجازها نيابة، أي مهمة تنضوي تفويض بعض الصلاحيات للوكيل.

في الواقع، يمكن النظر في أي علاقة تعاقدية كعلاقة وكالة، هذا النوع من العلاقات من جهة بطبيعته، يطرح مشكلة بسب تباين المصالح وعدم تناسق المعلومات بين الطرفين، و الأطراف المتعاقدة، والتي تولد تكاليف الوكالة.

وفقا لجنسن 1988 تستند نظرية الوكالة على فرضيتين. تتمثل الأولى في الفرضية السلوكية بحيث يسعى المتعاقدون إلى تعظيم فائدتهم. ومن المرجح أن تربح من عدم اكتمال العقود فيما يتعلق بالفرضية الأولى المتعلقة بتعظيم المنفعة. للأطراف المتعاقدة وظائف وفائدة مختلفة، وحتى تصرفات من أجل تعظيم منفعتها. هذا الوضع يؤدي إلى تباين المصالح الذي أكده الاختلاف في المخاطر التي تنطوي عليها. يمكن للمدير أن يخسر مساهماته، كما أن الوكيل معرض لخطر فقدانه العمالة وقيمتها في سوق العمل.

أما الفرضية الثانية فتتمثل في عدم تماثل إنشاء المعلومات المرتبطة باختلاف المصالح. تشكل الوكالة مشكلة إذا لم يكن هناك مانع عدم تناسق المعلومات، وتضارب المصالح بين كلا الفاعلين (الوكيل والموكل)، تلك الصراعات يمكن التغلب عليها عندما يعتبر المسؤول الرئيسي الوكيل في وضع أفضل منه لإدارة مملكاته بالمثل، ولن يكون عدم تماثل في المعلومات مشكلة معطاة أن يختار الوكيل عمله بالاتفاق مع المدير.[25]

كل حالة تتطلب جهدا تعاونيا بين الطرفين المتعاقدين تترتب عليه تكاليف الوكالة. في كل علاقة وكالة المدير والوكيل يتكبدون لثلاثة أنواع من التكاليف (جنسن وميكلينغ، 1976)

- تكاليف الرصد المتكبدة من جانب المدير لمواجهة السلوك الانتهازي للوكيل أو تكاليف الإغراءات للمدير لتوجيه سلوك الوكيل.
- تكاليف الالتزام أو الدوافع التي يتكبدها الوكيل لوضع المدير في إطار من الثقة..

[24] Ibid,p3

[25]Loc.cit.

تكاليف من الفرص التي تشابه فقدان الفائدة التي تكبدها المدير بسب سوء التسيير الوكيل سيؤدي وجود تكاليف الوكالات إلى اجراء حسابات لتقييم مستوى الاهتمام بعلاقة الوكيل والمدير. لتفويض إدارة حقوق الملكية المولدة تكلفة رصد للمدير حيث تعتبر خسارة بقايا مرتبطة بانتهازية الوكيل. وجود مدير الشركة في حالة شراكة على سبيل المثال ويمكن التعبير عنها من خلال: PSR فائدة الشركة في حالة الإدارة المباشرة (بدون تكلفة وكالة) الوكيل لديه تعويض تكاليف الالتزامات (W) من أجل التنفيذ السليم للعقد، وقد يكون التعويض الإضافي R في حالة إدارة انتهازية تعادل خسارة متبقية من المدير، ولذلك فان دخل الوكيل هو W+R-0 (حيث 0 هي تكلفة السندات).[26]

ويمكن تحليل الشراكات بين القطاعين العام والخاص عن طريق نظرية (كاهوك، 1993) التي تعتبر عقد الشراكة علاقة بين المدير الرئيسي والوكيل الذي يمثل الأول الشريك العام أما الثاني فيمثل الشريك الخاص. يتولى الشريك العام مواجهة عدم تماثل المعلومات في مرحلتين بالمقارنة مع الشركات الخاصة. في المرحلة الأولى يواجه مشكلة عدم الاختيار Anti sélection نظرا إلى صعوبة اختيار الشركات الأكثر أداء. أما الثانية فتتعلق بتظليل سلوك الشركات الخاصة وهو ما يخلق مشكلة تحديد سلوك الشريك. لان الشريك العام يجد صعوبات في تحديد ما إذا كان الشريك الخاص يضع جميع الجهود والوسائل اللازمة للنجاح في تقديم العروض والخدمات بطريقة أفضل، وبأقل تكلفة ممكنة.[27]

ت. **نظرية حقوق الملكية**: نقطة بداية لنظرية حقوق الملكية يتكون من اعتبار أن أي تبادل بين الوكلاء يمكن أن يعتبر تبادل لحقوق الملكية على الأشياء. حق الملكية يجعل من الممكن التصرف مع الشيء وجوهر هذا الحق.

نشأت نظرية حقوق الملكية في وقت مبكر في الستينات من القرن الماضي من أجل إظهار تفوق النظام الخاص على جميع أشكال الملكية الجماعية الأخرى. يكمن الأساس الاقتصادي لهذه النظرية في الفكرة أن أي تبادل بين الوكلاء يمكن اعتباره حقوق الملكية على الأشياء. ترتبط هذه النظرية

[26] Ibid., p 4
[27] Loc.cit.

*يمكن تحليل الشراكة بين القطاعين العام والخاص وفقا لنظرية الحوافز، يعد عقد الشراكة بين القطاعين العام والخاص علاقة بين الوكيل والموكل إليه لذلك يجب على الشريك العام أن يتعامل مع عدم تناسق مزدوج للمعلومات مقابل الشركات الخاصة.

*بيير كاهوك Pierre cahuc اقتصادي فرنسي من مواليد 1962، مشارك في الجامعات في علم الاقتصاد 1990، وهو أستاذ في مدرسة Polytechnique وعضو في مجلس تحليل الاقتصاد (CAE) ومدير برنامج في معهد دراسة العمل IZA ، و عضو في دائرة الاقتصاديين ، يركز بحثه على سوق العمل والاقتصاد الكلي والعلاقة بين الثقافة والأداء الاقتصادي في: https://www.babelio.com/auteur/Pierre-Cahuc/104352 (2022/03/25)

باقتصاديات العقود والتحليل الاقتصادي للقانون، كما لها قرب وتكامل مع نظرية تكاليف المعاملات «TCT» ونظرية الوكالة.

وفقا للتعريف الكلاسيكي للقانون، فإن حقوق الملكية المرتبطة بأصل un actif تتضمن ثلاث سمات، وهي الحق في استخدام الأصل، والحق في تخصيص الأصل، والحق في التصرف فيه.

لتحديد حقوق الملكية بدقة، من المهم التمييز بتدقيق حقوق الملكية، من الأساسي التمييز بين بعدين؛ الحق في العائد المتبقي المقابل لحق المالك لشركة التي لها حق العائد الناتج عن الإنتاج. والحق في السيطرة المتبقية لمدير الشركة والمتعلقة بالحق في اتخاذ جميع القرارات اللازمة لاستخدام الأصل.[28]

وفقا لأشكال الملكية، قد يكون محتجزا أو لا يكون محتجزا من قبل نفس الفرد، هناك خمسة أشكال أساسية من الممتلكات:

- الملكية الخاصة التي تم تحديدها بشكل عام من خلال وجود حق في الأصل مصدقا عليه اجتماعيا ومخصصا لفرد وقابل لتفاوض عن طريق التبادل؛
- الملكية الجماعية la propriété communale التي تتميز بها من خلال حقيقة أن عدة أفراد ينتمون إلى مجموعة لديهم الحق في استخدام نفس الأصل في نفس الوقت؛
- الملكية الجماعية la propriété collective: التي تتميز بحقيقة الانتفاع بالأصل تدار بشكل جماعي من قبل مجموعة من الأفراد.
- الملكية المشتركة التي تغطي أيضا الوضع حيث العديد من الأفراد لديهم حقوق مشتركة على نفس المورد ويمكنهم نقل حقهم لوكيل اخر.
- الملكية العامة تحدد نفسها من خلال التنازل عن حقوق أحد الأصول لموظف عمومي.

في حالة الشراكات بين القطاعين العام والخاص صاحب حقوق الملكية هو من يملك حقوق السيطرة على مخالفات على الأصول. هذا يعني أنه كذلك الأمر المتروك له لاتخاذ القرار النهائي بشأن استخدام هذه الأصول في حالة فشل العلاقة. مما يعطيه خيار خروج أفضل موقع قوة في حالة إعادة التفاوض على العقد، لذلك ولأجل حل المشاكل إعادة التفاوض الانتهازية ومن نقص الاستثمار، فمن المناسب توزيع حقوق الملكية لصالح الطرف المتعاقد الذي مستواه من الاستثمار المحدد هو الأهم بالنسبة لنجاح العلاقة.[29]

[28] Maatala, ***op.cit***., p4
[29] Ibid., p5

ث. **نظرية العقود غير المكتملة:**

نظرية العقود غير المكتملة ناتجة عن التساؤل حول حقوق الملكية (جروسمان وهارت، 1986) والتنظيم الداخلي) (stole and zwiebel، نظرية العقود غير المكتملة هي حاليا في صميم تحليل الهيكل المالي للشركة. معظم الاقتصاديين، وخاصة أولئك الموجودين في اقتصاديات المؤسسات الجديدة. يعتبرون أن عدم اكتمال العقود كخيار تعاقد فعال، وليست قيدا مختلف تواجه الأطراف المتعاقدة عند وضع العقد.

تحدد الأدبيات الاقتصادية مصدرين محتملين لعدم الاكتمال التعاقدي:

1-عدم الاكتمال التعاقدية التي تعرف بأنها الاستحالة لوصف بعض الحالات الطارئة المتوقعة في العقود.

2-عدم تناسق المعلومات ما يميز نظرية العقود الناقصة عن التكاليف المعاملات، هي الحلول المقترحة لهذا النقص.

فيما يتعلق بنظرية تكلفة المعاملة، فإن المدير هو الذي يعطي الوكيل القدرة على اتخاذ القرارات في كل حالة غير منصوص عليه في العقد (ويليامسون، 1973)، بالنسبة لنظرية العقود غير المكتملة فهي التنازل عن حقوق الملكية التي تحول للمالك حق التصرف في المورد في حالة عدم اليقين.

بالنظر إلى أن الشركات بين القطاعين العام والخاص غالبا ما تتعلق بالترتيبات معقدة، وبالتالي صعوبة بناء إطار تعاقدي يشمل جميع إمكانيات تقديم حلول لكل حالة، إنه أمر مثير للاهتمام النظر في مسألة الشراكة بين القطاعين العام والخاص في إطار نظرية العقد الغير المكتمل[30].(Hart and (Moore ,1990

[30] Loc. cit

*سانفورد جاي غروسمان هو اقتصادي وأستاذ جامعي أمريكي ، ولد في 21 جويلية 1953 في بروكلين في الولايات المتحدة الأمريكية ، حصل على درجة البكالوريا في عام 1973اس في عام 1973، وماجستير في عام1974 ، ودكتوراة في عام 1975 ، وكلها في الاقتصاد من جامعة شيكاغو منذ حصوله على الدكتوراة شغل مناصب أكاديمية في جامعة ستانفورد، وجامعة شيكاغو ، ودامعة برينستون كأستاذ جامعي وفي كلية وارتن للأعمال بجامعة بنسلفانيا بالإضافة إلى ذلك كان الدكتور غروسمان خبيرا اقتصاديا في مجلس محافظي نظام الاحتياطي الفدرالي (1977-1978) . وكان مديرا عاما لمجلس شيكاغو للتجارة (1992-1996) في عام 1988 ، تم انتخابه مديرا ، وفي عام 1992 شغل منصب نائب الرئيس لجمعية التمويل الأمريكية امتد بحث الدكتور جروسمان إلى تحليل المعلوما في أسواق الأوراق المالية وهيكل الشركات وحقوق الملكية والإدارة الديناميكية المثلى للمخاطر في : https://www.msri.org/people/17267 (2022/03/25)

يفصل هارت 1997 بين فترتين للشراكات بين القطاعين العام والخاص وهما المرحلة الأولى التي توقع العقد وتنفيذ، والمرحلة الثانية التي تمثل التشغيل.

في البداية لا يمكن أن يوفر العقد جميع الحالات الممكنة، لذلك نحن نتحدث عن عقد غير مكتمل، يكون الشريك الخاص لديه إمكانية الاختيار بين نوعين من الاستثمارات التي لها تأثير على الفوائد وتكاليفها. هناك نوع يتكون من استثمار يقال إنه منتج، لأنه يسمح بتقليل التكاليف إلى الحد الأدنى من الشريك الخاص، أما النوع الثاني يسمى الاستثمار غير منتج لأنه لا يسمح خفض تكاليف التشغيل فقط على حساب جودة الخدمة المقدمة (موضوع عقد الشراكة).

الشريك الخاص ملزم بوضع التحكيم من أجل تعظيم ربحه من ناحية أخرى مع عقد شامل او كامل، تعويض La rémunération الشريك الخاص يرتبط بجودة الخدمة المقدمة، وهذا سيكون له مصلحة في تنفيذ الاستثمارات التي تقلل كل من تكاليف البناء والتشغيل، وتجدر الإشارة إلى أن العقد العام (الشامل) لا يكون ساري المفعول إلا إذا تمكن الشريك العام من تحديد أهدافه بدقة من خلال مصطلح الجودة في وقت التفاوض من أجل التمكن من تحديد جميع البنود التعاقدية الحافزة.

ث. **نظرية النجاعة (الكفاءة) La théorie de l'efficience X**

هذه النظرية قائمة على مبدأ المنافسة والضغط الخارجي الذي يشعر به الموظف أو العامل لتحسين الخدمات وبذل الجهد الأقصى لتحقيق الكفاءة طور«Harvey leibenstein» نظرية الكفاءة سنة 1978 لتأخذ في الاعتبار حقيقة أن بعض أوجه القصور لا تنتج فقط عن نقص تخصيص عوامل الإنتاج (الموارد) هذا هو بشكل خاص حالة عدم الكفاءة المرتبطة بتحفيز الموظفين أو سوء تنظيم الشراكة. يبدأ المؤلف بالتشكيك في مفهوم الكفاءة كما طورته نظرية الاقتصاد الجزئي التقليدية. ثم يشير إلى أنه من خلال افتراض أن السوق يخصص بالطريقة المثلى عوامل الإنتاج بين الشركات والقطاعات، تحلل النظرية التقليدية نوعا واحد فقط من الكفاءة: الكفاءة التخصيصية.[31]

*أوليفار هارت أو اوليفار سيمون دارسي هارت (الإسم الكامل) ولد في 9 أوكتوبر 1948 في لندن ، هو عالم اقتصادي امريكي ولد في بريطانيا وهو استاذ في جامعة هارفارد ، تحصل في 2016 على جائزة نوبل في العلوم الاقتصادية لمساهمته في نظرية العقد في منتصف الثمنينات ، ساهم في نظرية العقود غير المكتملة ، نظرا لأنه من غير الممكن تحديد كل الاحتمالات في العقد ، يجب تعيين الحق في اتخاذ القرارات في ظل ظروف مختلفة بالطريقة المثلى ، كانت هذه التحليلات مهمة من بين أمور أخرى لحوكمة الشركات وتصميم القوانين و المؤسسات في : (https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/2016/hart/facts/2022/03/25)

[31] Michel Albouy , ***Théorie de l'efficience*** dans : https://gidmoz.wordpress.com/2011/05/01/theorie-de-l%E2%80%99efficience-x/ le (08/04/2022)

بناء على بحوث تجريبية سابقة استنتج ليبنشتاين ان الشركات التي لديها نفس تكوين العمالة (نفس عوامل العمل ونفس التكنولوجيا مدخلات ورأس المال) أن تحقق أداء غير متكافئ من حيث الإنتاجية والمخرجات التي تم الحصول عليها. يفسر المؤلف أن هناك عامل مجهول يختلف عن عوامل الإنتاج التقليدية (العمالة ورأس المال) الذي يفسر كفاءة أو عدم كفاءة الشركات. تم تطبيق الأفكار الأساسية لنظرية الكفاءة على تحليل التخلف، وبالتالي لم تنشئ رابطا رسميا بين عدم كفاءة المؤسسة العامة. تم إنشاء هذا الرابط لأول مرة في عمل نشر في عام 1978، حيث يستخلص المؤلف عددا معينا من العوامل التي قد تكون مصدرا لعدم الكفاءة في المؤسسات العامة. ويرى المؤلف أن هذه الشركات غالبا ما تكون في وضع احتكاري. مما يفضل حياة هادئة ولن يشجعها على بذل جهد دائم للحصول على القدرة التنافسية بالإضافة إلى ذلك، فإن الحجة الأخرى التي ذكرها المؤلف لشرح الأداء السيء للشركات العامة ستكون بسب خلودها، في الواقع، نظرا لان الشركات العامة خالدة طالما أنها تستفيد من الإعانات العامة، مما يجد بشكل كبير من احتمالية الإفلاس. في مثل هذا السياق يطور المديرون نفورا من المخاطرة، وميلا منخفضا للابتكار، وأخيرا، عقلية مماثلة لتلك التي لوحظت في المكاتب غير السوقية. علاوة على ذلك، فان تعدد الأهداف المخصصة للمؤسسات العامة هو دائما، وفقا لأينشتاين عاملا توضيحيا لعدم كفاءتها على الرغم من حقيقة أنه لا يشكك في صحة هذه المهمات الاقتصادية والاجتماعية إلا انه يشير إلى أن طبيعتها المتضاربة في كثير من الأحيان تميل إلى تفاقم صعوبات التقييم لدى المديرين وتؤدي إلى تعسف قادتهم من خلال الوزارات الرقابية.

وفق نظرية الكفاءة X فإن مصادر عدم الكفاءة في المؤسسات العامة مبررة بسلوك الدولة وعملائها من ناحية، ومن ناحية أخرى، من خلال الهيكل التنظيمي الشديد البيروقراطية، هذا هو سبب في أن منظري الكفاءة يجادلون بأن الخصخصة أو الاستعانة بالقطاع الخاص كشريك يمكن أن تساهم في الحد بشكل كبير من مصادر عدم الكفاءة في المؤسسات العامة، وبالتالي السماح لهم بإعادة الاتصال بالأداء و القدرة التنافسية وفقا لمسلمات منظري الكفاءة X. يجب أن تتيح الخصخصة بالتالي حماية المؤسسات العامة من التأثيرات السياسية السيئة، وبالتالي تبسيط أو توضيح وظيفتها الموضوعية.[32]

[32] Loc. cit

*هارفي ليبنشتين Harvey leibenstein كان هارفي ليبنشتاين خبيرا اقتصاديا وديموغرافيا اقتصاديا امريكي، ولد في يانيششبول، روسيا (أوكرانيا لأن وتلقى تعليمه في كندا والولايات المتحدة (دكتوراة في جامعة برينستون 1951) وعمل في كليات جامعة كاليفورنيا، بيركلي1967)-(1951 Brekely وجامعة هارفارد (1967-1992) أدى حادث سيارة معطل عام 1987 إلى تقاعد ، ركز عمل ليبنشتاين المبكر على الحددات الديمغرافيا في التنمية الاقتصادية . في وقت لاحق عمل ليبنشتاين المبكر على المحددات الديمغرافيا في التنمية

نستنتج من خلال نظرية الكفاءة X أن المنافسة هي الحافز الأساسي لتحقيق الكفاءة وبذل الجهود لتحقيق وتحسين نوعية الخدمات.

ج. نظرية الخيار العام

في نهاية الستينات، انطلق بالفعل التحليل الاقتصادي للخيارات العامة. تم تطوير هذه النظرية بشكل أساسي من قبل الاقتصاديين مثل بوكانان 1972، يفترض عدم كفاءة المؤسسات بالنظر إلى مجموعات المصالح والرهانات السياسية التي تميز المنظمات العامة.

تكمن حجة مدرسة الاختيار العام في أن الأشخاص الذين من المفترض أن يتخذوا القرارات ولا سيما مديرو الشركات العامة والسياسيون وموظفو الخدمة المدنية، لا يفعلون ذلك من مصالحهم الخاصة. يوضح منظرو هذه المدرسة أن عدم كدم كفاءة المؤسسات العامة ترجع حصريا إلى دوافع السياسيين والمديرين، الذين يتم انتقادهم لعدم عملهم في المصلحة العامة. إن بديهيات المصلحة الذاتية، ومذاق الهيبة، والسعي إلى السلطة ستكون أكثر اهتماماتهم. بكل إيجاز في هذا النموذج أن السياسيين هم رواد أعمال في انتاج الخدمة الجماعية.

تستخدم هذه النظرية أدوات الاقتصاد الجزئي لدراسة سلوك الأفراد في الإدارات والمؤسسات العامة والحياة السياسة، كمواطنين وصانعي قرار، لتحليل إخفاقات المالية والاقتصاد العام من خلالها. يقول منظرو الخيار العام أن الشيء الأكثر فضولا حول كل هذا هو أن السياسيين المنتخبين يتدخلون كثيرا في الإدارة العامة، ويمنحون مزايا وفوائد لمجموعات معينة (العملاء) بهدف ضمان إعادة انتخابهم، الموقف الذي يتعارض بشكل قاطع مع الإدارة السليمة والفعالة للمنظمات العامة.

نظرية حقوق الملكية ونظرية الاختيار العام هما نهجان متكاملان لتحليل فجوة الأداء بين الشركات العامة والخاصة. ومن هاتين المقاربتين ووفقا لإرليش واخرون 1990 هناك أربع مقترحات أساسية تبرر الأداء الاقتصادي المنخفض للمؤسسة العامة مقارنة بأداء القطاع الخاص:

- لا يعاني متخذو القرار في النظام العام إلا قليلا، إن وجد، من التبعات النقدية والمالية لأفعالهم وقراراتهم؛[33]
- يصبح المواطن المالك، وعلاوة على ذلك فهو المالك غير المنقسم دون إمكانية البيع؛

الاقتصادية، في وقت لاحق تحول إلى انتباهه إلى حسابات غير عقلانية في صنع القرار البشري:
(https://www.nobelprize.org/prizes/economic-sciences/2016/hart/facts/ 2022/04/08)

[33] Micheal Albouy , op.cit.

- بما أن حقوق الملكية للمؤسسات العامة لا يمكن تداولها في السوق، فإن ذلك يعني أن تكلفة الوكلاء المسيطرين تصبح أعلى بكثير من تكلفة الوكلاء الخاصين الذين يخضعون لسيطرة السوق المالية بشكل مباشر؛
- يهتم المالك الخاص كونه قادرا على البيع أو تبادل حقوق ملكيته بسهولة، بالحفاظ على أو حتى على زيادة جودة أو أداء ممتلكاته وهذا ليس هو الحال بالنسبة للمالك العام الذي لا يستطيع بيع حقوق الملكية أو تبادلها بسهولة.[34]

تعد نظرية الخيار العام من فروع علم الاقتصاد نشأ من دراسات ضرائب الإنفاق العام. تأخذ نظرية الخيار العام نفس مبادئ علم الاقتصاد تحليل رغبات الناس عند دخولهم السوق للشراء، وتطبق ذلك على تحليل رغبات الناس عند اتخاذ القرار الجماعي. وعلى الرغم من أن أكثر الناس يبنون أفعالهم في الأسواق على أساس الاهتمام بالأخرين إلا أن أفعالهم في السوق، سواء كانوا أرباب عمل أو مستخدمين أو مستهلكين هي في النهاية لخدمة أغراضهم الذاتية. فنظرية الخيار العام تتبع نفس النهج عند تحليل تصرفات الأفراد في السوق السياسية أو العمل العام، يدعون أنهم يعملون من أجل الأخرين لكن في النهاية مطمحهم الأساسي هو تحقيق رغباتهم الذاتية.[35]

ح. نظرية طعن السوق: La théorie des marchés contestables

السوق قابل للنزاع هو ترجمة ل contestable market، هو سوق تكون فيه المنافسة محتملة (التهديد) بالدخول من قبل شركة منافسة، تضمن أسعارا تنافسية، حتى ما إذا كان في الواقع شركة واحدة أو أكثر تسيطر على السوق. تعود فكرة السوق القابل لتنافس إلى Baumo w.J وPanzar J. C و Willing R.D (الأسواق المتنافسة ونظرية هيكل الصناعة).

شروط السوق لتكون قابلة للطعن:

- دخول مجاني (لا يوجد عائق من حيث تقنيات الإنتاج، وجودة المنتجات، وجود أرباح) وخروج مجاني (بدون تكاليف أخرى كإهلاك الرأس المال المستخدم) يجب أن تكون حرية الخروج غير مكلفة، أي تسهيل حرية الدخول؛

[34] Loc.cit.

[35] لكحل امين، ***الشراكة بين القطاع العام والخاص في الجزائر: دراسة حالة شركة المياه والتطهيرلوهران***، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، (جامعة تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، السنةالجامعية2013-2014)، ص33، 34

- وجود منافسة محتملة، تهديد للمرشحين للدخول في السوق (الشركات الغائبة عن السوق والتي يمكن أن تقدم سعرا أقل تستطيع تحويل الطلب من شاغلي الوظائف (الشركات الناشطة في السوق).

عمل السوق المتنازع عليه كليا: يبقى الضغط البسيط الذي تمارسه إمكانية الدخول في المنافسة المحتملة حيث تستمر الأسعار والأرباح على مستوى كفؤ حتى في غياب المنافسة بالمعنى الكلاسيكي (عدد كبير من الشركات). إذا كان المحتكر يحقق ربحا كبيرا في سوق متنازع عليه فالمنافسة تدخل السوق وتقدم سعرا أقل، وبالتالي فإن الشراكة الأصلية تعاني من خسائر.[36] وعليه يجب أن تخفض الأسعار، وينسحب المنافس إلى أن يحتفظ المحتكر بأسعار عند متوسط التكلفة، ربحه هو من الناحية النظرية صفر. تتحدى نظرية السوق المتنازع عليه شرعية دور الدولة كمنظم للأوضاع بشكل احتكاري. إذا كان التهديد التنافسي موجودا، فإن الدولة لا تفعل ذلك لأنه لا حاجة لتنظيم الأسعار الاحتكارية. دور الدولة يختلف هنا، فهو يتمثل في جعل السوق قابلا للمنافسة.

غالبا ما ينظر إلى مفهوم طعن اقتصادي على أنه مثال نظري بحت، ومع ذلك في الواقع هذه النظرية لها حدود:

- وجود حوافز للخروج، ولكن في الواقع يوجد مقابل تكاليف باهظة، حتى لو كان ذلك للإعلان فقط ان وجود تكاليف ثابتة كبيرة هو أيضا مصدر لبروز حالات الاحتكار؛
- استحالة عملية الدخول الحر المطلق للسوق؛ المحتكر دائما هو الأفضل حسب الحجم. إذا كان الدخول هامشيا، فإنه لا يلزم الشركات بخفض الأسعار مادام أن الشركة القديمة تتمتع بميزة الخبرة (المعلومات الفنية والسمعة).

استراتيجيات الدفاع:

- **حرب الأسعار**: تقوم الشركة بتخفيض السعر إلى التكلفة الهامشية (تستمر في جني الأرباح على اخر وحدة مباعة، وبالتالي انخفاض السعر بمتوسط التكلفة؛
- **تكديس المخزون**: إنتاج الشركة أكثر مما تبيع من أجل التمكن من طرح كميات كبيرة من البضائع في السوق في وقت دخول منافس جديد، هذا من شأنه أن يدمر الأسعار بحيث لن يسمح للمشترك باسترداد تكاليف الدخول والخروج؛

[36] ***La théorie des marchés contestables***, faculté des sciences juridiques économique et sociale, Marrakech : file:///C:/Users/user/Downloads/533d36f47ff64%20(2).pdf (08/04/2022)

- **استخدام حدود السعر**: يسعى المتنافسون في السوق إلى السعر الأعلى الذي لا يشجع على الدخول، وهو ما لا يتوافق مع تكلفة المشارك الذي ينتج عنه ربح صفري لكل ادخال.

تدعو هذه النظرية إلى الخصخصة وترك المخاوف من ان تحتكر الخدمة أو السلعة من طرف المتنافسين، لأن حالة طعن الأسواق كفيلة بضمان التنافسية التامة في تلك القطاعات(الأسواق) حتى وان كان السوق محتكرا من قبل متعامل واحد فقط. وكنتيجة لكل ذلك فإن التكاليف ستبقى في حدها الأدنى مع تنوع السلع والخدمات والزيادة في الابتكار، وغيرها. كما تزعم أن احتكار القطاع العام لبعض السلع والخدمات وفق التنظيمات والقوانين يعد عرقلة للمنافسة التي كان يمكن أن يحدثها القطاع الخاص.[37]

[37] لكحل امين، ***المرجع السابق***، ص 37، 38

المبحث الثاني: واقع علاقة القطاع العام والقطاع الخاص حتى2018

بعدما تطرقنا في المبحث الأول إلى الأسس المفاهيمية والنظرية للمفهوم الشراكة سنحاول في هذا المبحث استنباط طبيعة العلاقة بين القطاع العام والقطاع الخاص في الجزائر والتركيز على القطاع الصحي كون تحسين نوعية الخدمات الصحية هو هدف دراستنا وسنعتمد في ذلك على مرجعين أساسيين: الأول يتمثل في مجموعة من المداخلات المعنون ب **" فعاليات الملتقى الوطني حول الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص"** أما الثاني فيتمثل في الدراسة التي قامت بها الباحثة العباسي ايمان **" واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص 2001-2017".**

المطلب الأول: ماهية القطاع العام والقطاع الخاص.

1. **مفهوم القطاع العام**

اقتصاديا يعرف على أنه" قسم من الاقتصاد يعنى بصفقات الحكومية بحيث تتلقى الحكومة الدخل من الضرائب وغيرها من الإيرادات وتؤثر على أعمال الاقتصاد من خلال قراراتها الاتفاقية والاستثمارية (مصروفات الحكومة) وعبر سيطرتها من خلال السياسة المالية والسياسة الضريبية على قرارات الاتفاق والاستثمار في قطاعات الاقتصاد الأخرى ويشكل القطاع العام إلى جانب القطاع الشخصي والقطاع المالي وقطاع الشركات والقطاع الخارجي الاقتصاد القومي".[38]

ونجد أيضا من يعرف القطاع العام نسبة إلى نشأته؛ "برز ما يسمى القطاع العام أو العمومي مع انتهاء الحرب الدينية في أوروبا وتوقيع معاهدة وستفاليا عام 1648(الدولة الحديثة القائمة على جملة من المبادئ لها السيادة والطابع المؤسساتي ومبدأ الحكامة كمرحلة ثانية من تطور الدولة الحديثة في النصف الثاني من القرن العشرين،

1. يختلف مفهوم القطاع العام حسب طبيعة النظام الاقتصادي للدولة فالدول الاشتراكية تهيمن على تسيير جل القطاعات أما الدول الرأسمالية تفتح المجال للمستثمر الخاص إما على شكل تحويل

[38] محمد منير حجاب، ***الموسوعة الإعلامية***، المجلد الثالث، دار الفجر للنشر والتوزيع، ص 221

ملكية تسيير المؤسسات العامة بشكل نهائي (خصخصة) أو من خلال اتفاقية تعقد بين قطاعين أو أكثر."[39]

ويقصد بالقطاع العام تلك المؤسسات العامة أو وحدات من الحكومة تتولى مسؤولية انتاج السلع والخدمات وتقديمها إلى المواطن بالأسعار الإدارية وينتج عن ذلك خلل في أليات السوق وعادة يرتبط القطاع العام بالتخطيط المركزي للاقتصاد. وهناك من يحصر القطاع العام في تلك القطاعات التي للسيطرة الكاملة للدولة.[40]

2. **تعريف القطاع الخاص:**

للقطاع الخاص العديد من التعاريف من بينها:

"هو جزء من الاقتصاد الذي يديره أفراد وشركات من أجل الربح ولا تسيطر عليه الدولة لذلك، فهي تشمل جميع الشركات الربحية التي لا تمتلكها أو تديرها الحكومة، الشركات التي تديرها الحكومة هي جزء مما يعرف بالقطاع العام، في حين أن المؤسسات الخيرية والمنظمات غير الربحية الأخرى هي جزء من القطاع التطوعي."[41]

كما يعرف على أنه" قسم من الاقتصاد يعني بالصفقات الخاصة للأفراد والشركات والمؤسسات (القطاع الشخصي وقطاع الشركات والقطاع المالي على التوالي). ويشكل القطاع العام الاقتصاد المحلي ويشكل الاثنان مع القطاع الخارجي الاقتصاد القومي".[42]

كما يعتبر مجموعة النشاطات التي تسعى من خلالها الأفراد ووحدات الأعمال إلى تحقيق الربح في المشروع أو النشاط وبغض النظر عن الاعتبارات الاجتماعية التي يتحملها عادة القطاع العام الذي يهدف إلى تحقيق الصالح العام، فالقطاع الخاص هو محور التنمية الاقتصادية ومنظم للنشاط الاقتصادي يخضع للنظام السوق والمنافسة في انتاج السلع وتقديم الخدمات. يشمل القطاع الخاص

---

[39] ايمان العباسي، ***واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص 2001-2017***، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراة طور الثالث في العلوم السياسية والعلاقات الدولية غير منشورة (جامعة الجزائر 3، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2019 -2020)، ص 166

[40] الكحل، **المرجع *السابق***، ص14

[41] Thoma Brock ,Marcus Reeves, private sector, investopedia dans : https://www.investopedia.com/terms/p/private-sector.asp le (07/05/2022)

[42] حجاب، **المرجع السابق**، ص222

كل الفئات التي تتحمل المخاطر من خلال ممارسة نشاط ما لأجل تحقيق أرباح وعوائد في إطار تعظيم المصلحة الخاصة. [43]

3. **الفرق بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص:**

يكمن الفرق بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص في الفئة المستهدفة من تقديم الخدمة نظرا للاختلاف طبيعة الأهداف، "***يرى البنك الدولي أن القطاع الصحي الخاص يتألف من جميع الجهات الفاعلة خارج نطاق الحكومة بما في لك مقدمي الخدمات والصيدليات وشركات الأدوية، والمنتجين والموردين والمعاجين التقليديين، ولكن يعرف القطاع الخاص، بأنه مقدمو الخدمات الصحية الرسميون الهادفون للربح دون غيرهم.***"[44]

إضافة إلى التقنيات والموارد والأساليب الحديثة التي يزخر بها القطاع الخاص بحيث يتميز عن القطاع العام في كونه يتعامل مع المرضى وليس مع كل المواطنين لا يضع سياسات صحية شاملة بل يتعامل مع المريض الذي يستطيع أن يدفع مقابل الخدمة التي تعتبر في القطاع الخاص سلعة تضع لمبدأ العرض والطلب، والجانب الإنساني فيه ثانوي ونسبي حسب المبلغ الذي يدفعه المريض .فالقطاع الصحي الخاص هي جل الكيانات والهياكل التي ترمي إلى أهداف تجارية بحتة تستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة عكس القطاع العام الذي يسعى إلى ضمان راحة ورفاهية المواطنين، وبالتالي تحقيق الصالح العام.

المطلب الثاني: سياق بروز القطاع الصحي الخاص في الجزائر

مارست النخبة الحاكمة غداة الاستقلال السلطة الأبوية، وأقامت دولة الرعاية التي ورثتها عن المستعمر، وذلك بحجة تكريس نوع من المساواة في الحياة الاجتماعية بين مختلف الفئات المجتمعية ومحاولة تعويض أفراد الشعب عن الحقوق التي سلبها المستعمر على غرار الصحة والتعليم. لا غرابة في ذلك فالجزائر كدولة حديثة الاستقلال كغيرها من الدول تبنت النهج الاشتراكي، فأخذت النخبة الحاكمة آنذاك على عاتقها مسؤولية معالجة مشاكل الحياة الاجتماعية وفي مقدمتها مشاكل قطاع الصحة.

---

[43] لكحل، ***المرجع السابق***، ص19

[44] منظمة الصحة العالمية، اللجنة ***الإقليمية لشرق المتوسط، المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة***، أكتوبر 2018، ص 2 في09/05/2022) https://apps.who.int/iris/handle/10665/335966 :

غير أنه ومع مرور الوقت برزت النتائج السلبية لتوجه الدولة العام عن كون القطاع العام المتعامل الاقتصادي والاجتماعي الوحيد. يكاد يكون نفس السياق الذي أدى دوليا إلى تبني الخصخصة وبالتالي نفس السياق الدولي الذي لجأت فيه الدول التي عرفت انتهاكات السوق في السبعينات والثمانينات من القرن الماضي واستمر الوضع حتى الألفية إلى التأطير المتزايد لعمليات الشراكة بين القطاع العام والخاص.[45]

نرجع إلى ظهور **الطب الخاص**[46] في الجزائر، بعد الاستقلال كان للحكومة الجزائرية آنذاك موقف رفض تماما لما يسمى **الطب الخاص** ولم تسعى لتشجيعه واعتبرته قطاعا ثانويا ولم تسمح بالنشاطات الطبية الخاصة حتى نهاية الثمانينات من القرن الماضي كنتيجة لعدم فعالية القطاع العام الذي تولى كل البرامج والخطط الاستراتيجية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، الصدمات النفطية المتتالية، أزمة الاستدانة الخارجية ومختلف الشروط المفروضة بعد تلك الفترة في إطار برنامج إعادة الهيكلة.

لقد جاءت حركة الخوصصة في مجال الصحة مع بداية تراجع الأيديولوجية الاشتراكية على النطاق الدولي بعد نهاية الحرب الباردة وتراجع نظام الاشتراكي بقيادة الاتحاد السوفياتي ، وبالتالي بدأت الدول السائرة في طريق النمو التي أغلبيتها حديثة الاستقلال تتبنى فكرة ما يسمى نظام اقتصاد السوق ونتيجة لسياسات إعادة الهيكلة التي خضعت لها الجزائر في سنوات التسعينات ، تم خفض نفقات الرعاية الصحية وخفض كمية الأدوية المستوردة، وكذلك خفض نفقات المعدات الطبية، و حتى الطاقم الطبي العمومي تأثر بالنهج الليبرالي حيث لم يعد يرضى بالظروف وشروط العمل في القطاع العام الذي يعاني من نقائص ولا يكفل الحقوق المادية وحتى المعنوية للهيئة الطبية، وهو الامر الذي دفع بهم إلى هجرة القطاع الصحي العام إلى الخارج أو توجههم إلى ممارسة نشاطات طبية خاصة .

بدأت بوادر السماح للخواص بممارسات نشاطاتهم الطبية على ثلاثة مراحل:

- اعتماد العيادات الخاصة في المدن
- الترخيص بإنشاء العيادات الخاصة
- الانفتاح بشكل كامل على السوق

[45] غوتي، ***المرجع السابق***، ص206 -ص208

[46] العباسي، **المرجع السابق**، ص 177

انطلاقا من سنة 1988 أصبح القطاع الخاص الصحي مؤطرا ومنظما بواسطة سلسلة من القوانين والمراسيم. وقد مس التأطير القانوني لنشاط القطاع الصحي الخاص بالجزائر جانبين أساسين، الجانب الأول يتعلق بممارسي مهنتي الطب والتمريض وتضمن:

- رفع القيود التي تكبل ممارسة النشاطات الخاصة في مجال الرعاية الصحية منذ 1986
- تنظيم إجراءات منح التراخيص بفتح عيادات خاصة بداية من 1990
- تنظيم ازدواجية الوظيفة بين القطاع العام والقطاع الخاص الأمر الذي خلف الرداءة الصحية

حيث أصبحت صحة أفراد الشعب فريسة القطاع الخاص التي تأتي من خلال أطباء يزاولون نشاطهم في كلا القطاعين وبالتالي أصبحت علاقة تواطئ بين القطاعين بحيث الطبيب العمومي هو نفسه الطبيب الذي يعمل في القطاع الخاص يشهر بالعيادة الخاصة التي يعمل فيها ويقترحها للمريض بحجة أن القطاع الصحي العام خدماته محدودة ولا يوجد حل اخر إلا التوجه للقطاع الصحي الخاص.

الجانب الثاني يتعلق بسوق الأدوية حيث تم رفع احتكار الدولة على عمليات الصناعة والاستيراد والتوزيع بالمواد الصيدلانية، وقد وجد القطاع الخاص البيئة القانونية.[47]

المطلب الثالث: نماذج تنظيم الصفقات في الجزائر

هذا المطلب يعنى بالأساليب الإدارية لتفويض الخدمة العمومية الواردة في المرسوم الرئاسي 15-247 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويض المرفق العام بما أن موضوع بحثنا هو تحسين نوعية الخدمات الصحية التي تعتبر من الخدمات العمومية فيهمنا معرفة كل الأساليب التي تسير وفقها النخبة الحاكمة لضمان تقديم الخدمة العمومية بنوعية أحسن وبتكلفة أقل. وكذلك لكشف طبيعة العلاقة الموجودة بين القطاعين العام والخاص لإدراك الاختلالات والنقائص بتقديم الاقتراحات والتوصيات بصفتنا محللي سياسات عامة. وكذلك نسعى إلى تثمين الجهود المبذولة من الهيئات والأطراف الفاعلة لصنع السياسات العامة بشكل عام والسياسات الصحية بشكل خاص.

وتتمثل تلك الأساليب فيما يلي:

أسلوب الامتياز:" تعهد السلطة المفوضة للمفوض له إما انجاز منشأة أو اقتناء ممتلكات ضرورية لإقامة المرفق العام واستغلاله، وإما التعهد له فقط باستغلال المرفق العام ويستغل المفوضله

[47] *المرجع نفسه*، ص 179-182

المرفق العام باسمه وعلى مسؤولياته، تحت مراقبة السلطة المفاوضة ويتقاضى عن ذلك أتاوى من مستخدمي المرفق العام."[48]

أسلوب ايجار: "تعهد السلطة المفوضة للمفاوض له بتسيير مرفق عام وصيانته، مقابل إتاوة سنوية يدفعها لها ويتصرف حينئذ المفوض له لحسابه وعلى مسؤوليته تمول السلطة المفوضة بنفسها إقامة المرفق العام ويدفع أجر المفوض له من خلال تحصيل الأتاوى من مستعملي المرفق العام."[49]**أسلوب الوكالة المحفزة: "** تعهد السلطة المفوضة للمفوض له بتسيير وصيانة المرفق العام ويقوم المفوض باستغلال المرفق العام لحساب السلطة المفاوضة التي تمول بنفسها إقامة المرفق العام وتحتفظ بإداراته.

ويدفع أجر المفوض له مباشرة من السلطة المفوضة بواسطة منحة تحدد نسبة مئوية من رقم الأعمال، تضاف إليها منحة إنتاجية وحصة من الأرباح عند الاقتضاء. تحدد السلطة المفوضة بالاشتراك مع المفوض له التعريفات التي يدفعها مستعملو المرفق العام، ويحصل المفوض له التعريفات لحساب السلطة المفاوضة المعنية."

أسلوب التسيير:" تعهد السلطة المفوضة للمفوض له بتسيير وصيانة المرفق العام ويستغل المفوض له المرفق العام لحساب السلطة المفوضة التي تمول بنفسها المرفق العام وتحتفظ بإداراته ويدفع أجر المفوض له مباشرة من السلطة المفوضة بواسطة منح تحدد بنسبة مئوية من رقم الأعمال تضاف إليها منحة إنتاجية. تحدد السلطة المفوضة التعريفات التي يدفعها مستعملو المرفق العام وتحتفظ بالأرباح، وفي حالة العجز فإن السلطة المفوضة، تفوض ذلك للمسير الذي يتقاضى اجرا جزافيا ويحصل المفوض له التعريفات لحساب السلطة المفوضة المعنية."[50]

يمكن القول بالاستناد إلى السياق والأسباب التي أدت إلى فتح المجال للقطاع الخاص بصفة عامة والقطاع الصحي الخاص بصفة خاصة واضافة إلى مجموعة المداخلات الموجودة في كتاب " فعاليات الملتقى الوطني حول الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص " الجزائر العاصمة يومي 2 و3 ماي 2018، حيث أغلب المتدخلين يقرون بأن ***التجربة الجزائرية في مجال الشراكة فتية***

---

[48] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ***وزارة التجارة***، ***مرسوم رقم 15-247*** يتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويضات المرفق العام، الجريدة الرسمية، العدد 50، 20 سبتمبر 2015، ص 44-45

[49] ***المرجع نفسه***، ص45

[50] ***المرجع نفسه***، ص 45

اقتصرت بالأساس على قطاعات المياه، الكهرباء والغاز والطرق. ويستنتج أيضا غياب الشراكة الحقيقية في مجال الصحة. بالمقارنة بين مضمون عقود الشراكة في القانون الفرنسي، ومجالات اللجوء للقطاع الخاص في الجزائر، لوحظ على أرض الواقع أن المؤسسات الاستشفائية تلجا إلى القطاع الخاص في أغلب خدماتها الأساسية والثانوية حتى مهام النظافة والأمن داخل المستشفيات. وكذلك عدم توفر الشروط والمناخ الملائم لتأسيس الشراكة الحقيقية في مجال الصحة في الجزائر، وبالخصوص عدم توضيح الأهداف وأهمية عقود الشراكة للجمهور الذي يعارض دائما هذا الأسلوب لتسيير القطاع الصحي لوجود تخوف من المساس بمجانية العلاج.[51]

كباحثين لا نستبق الأحكام، فالفصل الثاني كفيل لنا لاستنتاج ووصف طبيعة العلاقة التي تجمع بين القطاع العام والقطاع الخاص ودور القطاع العام في تقديم الخدمات الصحية، سنحاول دراسة أحكام **قانون الصحة الجديد رقم 18-11** الذي تناولته الباحثة ايمان العباسي كمشروع للقانون الصحة الجديد لمعرفة ما إذا كان قد تطور لتأسيس شراكة فعلية بين القطاعين؟

[51] غوتي، *المرجع السابق*، ص65

خاتمة الفصل الأول:

من خلال حزمة النظريات والأصول التاريخية لمفهوم الشراكة نستنتج أن المفهوم كان حصيلة تطور الأنظمة الاقتصادية للدول الغربية، وكذلك أنماط التسيير للمرافق العامة. فيعتبر أسلوب الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص Privat-public partnership النموذج الثالث لتقديم الخدمات العمومية وفق منظومة قانونية متكاملة، خاصة ما يتعلق بقوانين الاستثمار، واضافة إلى ذلك دفتر شروط مدروس وواضح يبين مهام وطرق تمويل المشاريع وتسييرها وصيانتها للأطراف المتعاقدة وللموطن أيضا في أطار الحوكمة والشفافية.

يتضح من خلفيات بروز القطاع الصحي الخاص في الجزائر أنه كان نتيجة لعجز القطاع العام والتأثر بمختلف التجارب الأجنبية الفرنسية وخاصة الأنجلوسكسونية. أي أن بروزه لم يكن ضمن الخيارات الاستراتيجية للنخبة الحاكمة آنذاك بل حتمية أملتها الظروف الاقتصادية التي مرت بها البلد ومازلت لم تخرج منها نظرا لاستمرار نفس الأساليب التقليدية في التسيير والتمويل ناهيك عن الفساد الإداري والمالي الذي تعاني منه القطاعات العمومية. فالشراكة بين القطاعين هي حل وسط لإحداث توازن بين قطاع عمومي محتكر ومطالب الخوصصة التي لم نلتمسها بعد في القطاع الصحي. فنجد في كل قوانين الصحة من 1973 إلى غاية 2018 الالحاح على مجانية العلاج واحتكار القطاع العام على الخدمات الصحية وإعادة رسم الخريطة الصحية في كل مرة بغية ضمان توزيعها على كامل التراب الوطني. كما نلاحظ أيضا تقييد القطاع الخاص بشروط وجعله دائما تحت وصاية وزارة الصحة إلى درجة اعتباره على المستوى النظري قطاعا ثانويا لكن في الواقع نلاحظ العكس تماما فالمريض يثق بإمكانيات القطاع الخاص أكثر من ثقته في القطاع العام، لذا يختار اللجوء إليه بالدرجة الأولى.

الفصل الثاني:

بدائل تفعيل أليات الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة 2018-2020

الفصل الثاني: بدائل تفعيل اليات الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة 2018 -2020

مقدمة الفصل الثاني:

يتناول هذا الفصل ما تضمنه قانون الصحة **18-11** من أحكام لتتبع مستجدات حول موضوع الشراكة ومكانة القطاع الصحي الخاص في السياسة الصحية وكذلك **محتوى الأمر 20-02** المؤرخ في 30 غشت سنة 2020 ثم الصعوبات والافاق في حالة عدم تطابق مفهوم الشراكة بين القطاع العام والخاص النظري مع ما هو موجود في الواقع الجزائري. فأسلوب الشراكة بين القطاعين لجأت إليه الدول لإحداث توازن بين احتكار القطاع العام وانتهازية القطاع الخاص، وكحل وسط لسد الاختلالات الناتجة عن سعي كل طرف إلى تحقيق أهدافه دون اشراك الأخر في تقاسم المخاطر والمسؤوليات فالقطاع العام يسعى إلى تقديم الخدمات العمومية غير المحدودة التي تتغير وتتطور بمتغير الزمان وذلك يؤدي إلى استنزاف أموال الخزينة العمومية والدخول في أزمات واللجوء إلى الاستدانة. وعلى سبيل المثال لا الحصر، أن مقدار ما تنفقه وزارة الصحة من أموال على مبدأ **مجانية العلاج** (المصرح به فقط من خلال الخطابات الرسمية) لا ينعكس ولو بالنسبة 20 بالمائة على المريض والدليل على ذلك المواطن يلجأ إلى الطبيب الخاص حتى لخلع السن).

كما يهدف القطاع الخاص إلى تعظيم أرباحه واعتبار صحة الانسان سلعة يحدد سعرها العرض والطلب، وخاصة عند عجز القطاع العام عن تلبية أبسط الخدمات فيستغل وينتهز القطاع الخاص ذلك الوضع الذي في بعض الحالات يكون مقصودا لنهب والنصب على المواطنين البسطاء. وفي الأخير سنحاول تقديم اقتراحات وتثمين الجهود حسب ما هو موجود في السياق الجزائري وما حققته التجارب الأجنبية من نتائج إيجابية في تطبيق نموذج الشراكة بين القطاع العام والخاص، وعلى رأسهم التجربة البريطانية في أواخر التسعينات من القرن الماضي، والتي استفادت منها دول أوروبية أخرى مثل فرنسا.

المبحث الأول: مكانة الشراكة في قانون الصحة 2018 والأمر 2020

يحتاج موضوع الشراكة بين القطاعين العام والخاص إلى التأطير القانوني المتكامل والتنظيم. فالمرافق العامة لها خصوصية تنفرد بها عن نشاطات الخواص ألا وهي " المصلحة العامة". دراسة المشاريع وتحديد الأهداف بطريقة دقيقة (التكلفة، و الوقت، و البدائل في حالات استثنائية، وغيرها) هي التي تضمن خدمة الصالح العام، بحيث يأخذ صناع القرار بالاشتراك مع الخواص جميع المحاذير والمساس بمصلحة الأفراد واستغلال الزوايا المظلمة الواردة في العقود les zones d'ombres du contrat لتغيير المسار حسب مصالحهم وأهدافهم. كون الدولة بمؤسساتها وهيئاتها واداراتها المحلية هي المكلفة والضامنة الوحيدة للمصلحة العامة، لكن ذلك لا يعني الابتعاد عن التحديث والترقية. فنجد مختلف الدول اولت مهمة الخدمات المرفقية للقطاع الخاص لكن من خلال أساليب تحافظ بها على المصلحة العامة وفي نفس الوقت تدفع بها عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للأفراد.

سنحاول معرفة نصيب التجربة الجزائرية في مجال الصحة من ذلك الاشراك للقطاع الخاص في أداء هذه المهام دون التخلي عن الهدف الأساسي وهو المصلحة العامة من خلال تحليل أحكام قانون الصحة 2018 انطلاقا من حيث توقفت دراسة الباحثة ايمان العباسي التي تضمنت قوانين الصحة من 2001 إلى 2017.

المطلب الأول: تحليل أحكام قانون الصحة رقم 18-11 المؤرخ في 02 يوليو 2018

أ. تعريف المنظومة الوطنية للصحة:

عرفها القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها في المادة الرابعة كما يلي:" المنظومة الوطنية للصحة هي مجموعة الوسائل والأعمال التي تضمن صحة السكان وترقيتها وتنظيم على كيفيات توفر حاجيات السكان في مجال الصحة توفيرا شاملا ومنسجما وموحدا في إطار الخريطة الصحية."[52]

أهم ما تضمنه قانون الصحة 18-11 للصحة المؤرخ في 2 جويلية 2018

[52] حليمة بن حميدة، ***واقع التنمية الصحية في الجزائر، مجلة شؤون الاجتماعية***، العدد127، سنة 2015، ص3 في: https://search-emarefa-net.sndl1.arn.dz/ar/viewer/BIM-645345 بتاريخ 2022/05/31

المادة 03: تتمثل الأهداف في مجال الصحة في حماية صحة المواطنين **عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمان استمرارية الخدمة العمومية للصحة والأمن الصحي**.

ترتكز نشاطات الصحة على مبادئ تسلسل وتكامل نشاطات الوقاية والعلاج وإعادة تكييف مختلف الهياكل ومؤسسات الصحة.

المادة 04: ترتكز السياسة الوطنية للصحة لاسيما في تنفيذها على العمل القطاعي المشترك عبر مساهمة مختلف الفاعلين المتدخلين في مجال الصحة وتنظيمهم وتوجدهم.

المادة 05: ترتكز المنظومة الوطنية **للصحة على قطاع عمومي قوي.**

المادة 06: تهدف المنظومة الوطنية للصحة إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرة.[53]

نلاحظ من خلال تلك المواد أن قانون الصحة 2018 يتضمن نفس مبادئ وقيم المنظومة الصحية في قانون 05/85 خاصة مبدأي مجانية ومساواة العلاج، والتركيز على القطاع العمومي كفاعل محوري وأساسي. والفصل الثاني من القانون " واجبات الدولة في مجال الصحة" تؤكد ذلك من خلال تكرار عبارات" تعمل الدولة "، "تضمن الدولة"

المادة 12: *تعمل الدولة* على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المتساويات عبر انتشار قطاع عمومي لتغطية كامل التراب الوطني.

المادة 13: *تضمن الدولة* مجانية العلاج، وتضمن الحصول عليه لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني.

المادة 16: *تعمل الدولة* على إزالة الفوارق في مجال الحصول على الخدمات الصحية وتنظم التكامل بين القطاعين العمومي والخاص للصحة.[54]

فيما يخص تنظيم القطاع الصحي الخاص في قانون رقم11-18، يتضح من الباب السادس " تنظيم المنظومة الوطنية للصحة وتمويلها"، القسم الرابع" الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة" أن صانع القرار الصحي يحد من نشاطات القطاع الصحي الخاص فتنشأ الهياكل الصحية الخاصة وفق شروط ومقاييس تتوافق مع الخريطة الصحية،

[53] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ***وزارة الصحة، قانون رقم 18-11*** يتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية، العدد46، 2 جويلية 2018، ص 5

[54] ***المرجع نفسه***، ص 5-6

المادة 311: يجب على هياكل ومؤسسات الصحة الخاصة المكلفة بضمان مهمة خدمة عمومية للصحة، ان تستوفي الشروط الواردة في دفتر الأعباء الذي يحدده الوزير المكلف بالصحة لاسيما:

الأداءات الصحية المقدمة، والمدة الزمنية للاتفاق، وشروط وكيفيات تقديم الخدمة العمومية. كما يتعين على هذه الهياكل والمؤسسات اعداد مشروع مؤسسة مطابق لأهداف مخطط التنظيم الصحي.

تهدف مهمة الخدمة العمومية المسندة بصفة مؤقتة وظرفية إلى الهياكل والمؤسسات الخاصة، إلى تحقيق المساواة في الحصول على العلاج بضمان تغطية صحية بشكل دائم في المناطق التي تكون فيها التغطية الصحية غير كافية، وذلك على أساس تنفيذ برامج وطنية وجهوية للصحة.[55]

يتبين لنا من الجزء الثاني من المادة 311 أن القطاع الخاص يكمل فقط القطاع العام لفترة زمنية محدودة (بشكل ظرفي) قصد ضمان الحصول على العلاجات في كل نقطة من التراب الوطني، وإمكانية تنفيذ البرامج الوطنية والجهوية للصحة. لكن الواقع الصحي الجزائري لا يعكس ذلك فالقطاع الصحي الخاص هو الأمل الوحيد للمريض قبل اللجوء إلى العلاج خارج البلاد من خلال جمع تبرعات من طرف المواطنين، بعد استيائه من عجز القطاع الصحي العمومي عن تقديم أبسط الخدمات.

اما فيما يخص الشراكة والتعاون في مجال الصحة في القسم الخامس من الباب السادس فنجد من خلال المواد 316، 317، 318 الدعوة إلى تفعيل الشراكة الوطنية أو الدولية في مجال الصحة.

المادة316: "قصد تلبية الاحتياجات الصحية للمواطنين، يمكن لهياكل ومؤسسات الصحة بموجب اتفاقية التعاون، تشكيل شبكات علاج أو التطبيب عن بعد من أجل التكفل بالمواطنين أو بمشاكل صحية خاصة، لاسيما في المناطق التي تكون التغطية الصحية فيها غيركافية".

المادة 317: يمكن أن يكون التعاون في مجال الصحة وطنيا أو دوليا."

المادة 318: "يخضع كل شكل من أشكال اتفاقية أو عقد خدمات، أو علاج أو بحث في مجال الصحة المبرم بين هياكل ومؤسسات الصحة والأشخاص أو الهيئات الأجنبية إلى الترخيص من المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة."[56]

[55] المرجع نفسه، ص 31

[56] *المرجع نفسه*، ص 32

نفهم من هذه المواد أن هناك دعوة لتأسيس علاقات واتفاقيات وطنية وأجنبية حسب ما تقتضي إليه الحاجات لكن ما تفتقد إليه تلك المواد هو التدقيق في كيفية وشروط ذلك التأسيس. وتخصيص ثلاثة مواد لهذا الموضوع فقط يدل على مكانته لدى صانع القرار الصحي.

إضافة إلى ذلك الفصل الرابع من نفس القانون "تمويل المنظومة الوطنية للصحة " تؤكد على محورية القطاع العام في تخطيط وتنفيذ برامج الوطنية والجهوية للصحة.

المادة 329 " تضمن الدولة تمويل القطاع العام للصحة طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما بعنوان الوقاية والتكوين والبحث الطبي والتكفل الصحي بالمعوزين والأشخاص في وضع صعب."

المادة 334 "يمكن أن يطالب من المستفيدين من العلاجات المساهمة في تمويل نفقات الصحة ضمن احترام احكام هذا القانون. ان عدم المساهمة في تمويل نفقات الصحة لا يمكن أن يشكل عائقا أمام الحصول على العلاجات لاسيما في حالة الاستعجالان."[57]

المطلب الثاني: مضمون الأمر 20-02 المؤرخ في 30 غشت سنة 2020

المادة الأولى: يهدف هذا الامر إلى تعديل وتتميم أحكام المواد 177 ،191، 217 ،218 ،233 ،238، 240، 245، 308، 379، 381، 384، 389، 390 ،392، 394 ،395، 396، 399 من قانون رقم 18-11.[58]

شمل هذا التعديل مهني الصحة(المادة177)، المصالح المختصة بصناعة الصيدلانية، قائمة الصيدلانية والمستلزمات الطبية الأساسية، السجل الوطني للأدوية ودستور الأدوية (المادة 217) وكذلك منح استقلالية مالية وشخصية معنوية للمؤسسة عمومية ذات تسيير خاص (المادة 224)، الترخيص باستعمال بعض الأدوية غير مسجلة (المادة233)، إضافة إلى ذلك تعديل شروط اجراء الدراسات العيادية على الكائن البشري، الهيئات التي ستقوم بهذه الأخيرة والمناهج المطبقة على دراسات المواد الصيدلانية (المواد 379-381) ...

أهداف هذا الأمر واضحة فلم ترد فيه ولو مادة واحدة خاصة بالشراكة بين القطاع الصحي العام والصحي الخاص.

---

[57] ***المرجع نفسه***، ص 32

[58] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ***وزارة الصحة، الأمر رقم 20-02*** يعدل ويتمم قانون الصحة رقم 18-11، الجريدة الرسمية، العدد 50، 20 غشت سنة 2020، ص4

المبحث الثاني: تجربة بريطانيا في اشراك القطاع الصحي الخاص.

تتفق أغلبية المراجع على أن التجربة البريطانية في موضوع الشراكة بين القطاعين العام والخاص هي الرائدة بصرف النظر عن السمة الخاصة للمملكة المتحدة مقارنة بدول الاتحاد الأوروبي الرئيسية. فكانت أن مثلت المستوى المنخفض تاريخيا للاستثمار في البنى التحتية الأساسية العامة، الذي انتقد من طرف حزب العمال الجديد les néo-travaillistes في 1997 فكان شعار حملته الانتخابية الحد من السوق الداخلية التي وضعت من قبل المحافظين في أوائل التسعينات، بحيث كانت الخدمة الصحية الإنجليزية تنقسم إلى مقدمي الرعاية ومشتريها من اجل زيادة كفاءاتها من خلال المنافسة.

من خلال هذا المبحث سنرى كيف تم تعديل الجوانب الأكثر قابلية للتسويق في الخدمة الوطنية للصحة «The national Heath Service» بجملة من الإصلاحات التي تبناها حزب العمال New labour منذ وصوله إلى السلطة.

المطلب الأول: النظام الصحي البريطاني في ظل حكم المحافظين

قبل التسعينات من القرن الماضي، كانت لدى الخدمة الوطنية للصحة «NHS» ثلاثة مستويات إدارية وهي: المستوى الأعلى الذي يتكون من المستشفيات والأطباء العاميين، وسلطات الصحة المحلية «The distinct Health Authorities»، المستوى المتوسط تمثله سلطات الصحة الإقليمية « The regional Health Authorities»، المستوى المركزي حيث نجد وزارة الصحة، وكيفيات انتقال التمويل من أعلى هرم إلى المستشفى.

تعريف الخدمة الصحية الوطنية: تأسست في عام 1948 باعتبارها الرائدة في دولة الرفاهية البريطانية، على ثلاثة مبادئ؛ العالمية، والرعاية الصحية المجانية، والحصول على الرعاية الشاملة بشرط واحد ألا وهي الإقامة. على عكس الأنظمة الصحية الأخرى التي تم انشاؤها في نفس الوقت. يتم تمويل الخدمة الوطنية للصحة من خلال الضرائب بدلا من التأمين، ويعكس الانفاق العام على الصحة مكانتها في المملكة المتحدة ما يقارب من 82 بالمائة في عام 2007 مقارنة ب 79 بالمائة في فرنسا، 77 بالمائة في ألمانيا و45 بالمائة في الولايات المتحدة الامريكية.[59]

[59] Anémone Kober Smith, ***Le national Heath service : un institution phare en pleine transformation ,***cairn.info , p 2 ,3 dans: https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-3-page-70.htm , le (23/05/2022)

استوقفتنا المستويات الإدارية للخدمة الوطنية للصحة فبالنسبة للممارسين العامين، الذين كانوا متعاقدين مع الخدمة الوطنية للصحة منذ عام 1948 قد تم تنظيمهم في عيادات يدفع لهم وفقا لعدد المرضى في قوائمهم «la rémunération à la capitation*»

أنشأ المحافظون في السلطة في اوائل التسعينات، القانون الذي اوجد سوقا داخلية تفصل بين مشتري الرعاية الصحية (السلطات الصحية المحلية، والممارسين العامين) ومقدمي الرعاية الصحية (المستشفيات العامة أو الخاصة). وكان الهدف من هذا التقسيم للنظام الصحي هو تحسين كفاءة المستشفيات العامة بوضعها في منافسة مع بعضها البعض ومع المؤسسات الخاصة. ومهمة الممارس العام هي ابرام عقود مع المستشفيات لشراء الرعاية التي يختارونها وفقا لمعايير مختلفة بما في ذلك تكلفة ونوعية الرعاية. من أجل تنفيذ هذه المهمة على أكمل وجه، تم تكليفهم بميزانيات كبيرة من قبل السلطة المركزية للخدمة الوطنية للصحة. فأصبح التعاقد في قلب نظام الرعاية الصحية وتعتمد المستشفيات جزئيا على العقود مع الأطباء العامين للحصول على ميزانياتهم السنوية.[60]

لتفادي عدم استقرار نظام تمويل الخدمات الصحية وافلاس المستشفيات العامة اتخذت السلطات المركزية العديد من التدابير الانتقالية خاصة تلك المتعلقة بالوصول إلى وضعية الأطباء العامين العاملين في برنامج التأمين الوطني للصحة ومحدودية الميزانية السنوية لشراء الرعاية، منها: استبعاد بعض الرعاية الأساسية من العقد. بالإضافة إلى ذلك، وصلت السلطات الصحية المحلية العمل كمشترين نيابة عن الأطباء العامين الذين ليس لديهم ميزانياتهم الخاصة بعد، لذلك كانت سوقا خاضعة للسيطرة المركزية. لكن في منتصف التسعينات تم التخفيف عن شروط الوصول إلى وضعية طبيب عام وتضاعف عدد العيادات للممارسين العامين عام 1996، عام قبل وصول حزب العمال إلى السلطة.

---

[60]-***, Le gouvernement de coalition et le secteur de la santé : une politique contestée*** ,open Edition journals , observatoire de la société britannique : https://journals.openedition.org/osb/1623 (23/05/2022)

* la rémunération à la capitation هي مدفوعات أو السداد المتفق عليه في العقد من قبل شركة التأمين الصحي و مقدم خدمات طبية وفق هذه المقاربة تدفع شركة التأمين الصحي لمقدم الخدمة مبلغا ثابتا لكل مريض مسجل لفترة زمنية محددة مع مراعاة أقل ما اذا كان الفرد يحتاج أز يطلب الرعاية والعلاج أم لا. والهدف من ذلك هو تحفيز مقدمي الرعاية الصحية لتوفير الخدمات والعلاجات المناسبين لترقية الصحة .

في ذلك الوقت تعرضت السوق الداخلية لانتقادات من قبل وسائل الاعلام وأحزاب المعارضة، اتهمت إعادة تنظيم الخدمة الصحية بتفاقم عدم المساواة في الوصول إلى الرعاية المتخصصة من خلال تفضيل المرضى الذين يتعاملون مع الممارسين العامين.[61]

المطلب الثاني: النظام الصحي البريطاني في ظل وصول حزب العمال إلى السلطة 1997

قبل تناول أهم الإصلاحات التي جاء بها حزب العمال الجديد لابد من تقديم لمحة عن نشأة حزب العمال في السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر.

قصة حزب العمال تبدأ من اجتماع العديد من التيارات العمالية والاشتراكية في إنجلترا منذ عام 1869.تأسس حزب العمل المستقل في عام 1893 Independent labour party لتلبية الرغبة المتزايدة في تمثيل العمال المستقل. في عام 1900 تم تأسيس لجنة تمثيل العمال Comité pour la représentation du travail، والتي أصبحت في عام 1906 تعرف باسم حزب العمال، الذي كان محكما بين الأحزاب التقليدية (الليبرالية والمحافظة)، وهو الأمر الذي منحه تأثيرا متزايدا بحكم أنه يحدث توازنات سياسية. ويعتبر توني بلير *Tony blaire من المجددين للنظام الأساسي لحزب العمال في عام 1995، بعد انتخابه في يوليو. والذي دعا إلى التخلي ***عن مبدأ الملكية الجماعية لوسائل الإنتاج والتوزيع، وبالتالي حزب العمال القديم يصبح حزب العمال الجديد.***[62]

تم التمييز بين ثلاث فترات زمنية رئيسية منذ عام 1997 الأولى هي في الأساس استمرار بإصلاحات المحافظين. الثانية من عام 2000 إلى 2002، تتخللها إطلاق برنامج طموح للاستثمار المالي والبشري مصحوبا بالتعزيز للأنظمة المنبثقة عن المستوى المركزي. ومنذ 2002 تميزت تلك الفترة بإنشاء سوق مختلط بين القطاعين العام والخاص داخل الخدمة الوطنية للصحة NHS، يدور حول فكرة اختيار المريض le choix du patient. تتميز هذه الحركات الإصلاحية الثلاث التي تتبع بعضها البعض بمتغيرين رئيسيين: قرار الحكومة بالاستثمار المكثف في الخدمة في عام 2000، والعودة إلى اليات السوق الداخلية بداية من 2000.[63]

تعهد حزب العمال بعد فوزه بالانتخابات بالدفاع عن أسس النظام الصحي بما في ذلك المساواة في الحصول على الرعاية في جميع انحاء البلاد، وهو أكثر مبدأ قوضته الاليات التنافسية في التسعينات.

---

[61] Loc.cit

[62] Larousse, Parti travailliste : https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/parti_travailliste/147334 (24/05/2022)

[63] Anémone, ***le gouvernement de coalition et le secteur de sante***, op.cit.

في الواقع يكتفي حزب العمال الجديد بإلغاء أكثر الجوانب التجارية لشبه السوق ولاسيما برنامج عيادة الممارسين العامين **GP Fundholders** مما أدى إلى عدم المساواة بين المرضى على أساس ارتباطهم بطبيبهم المعالج، لذلك يتم انشاء مجموعات الرعاية الأولية واستبدال العقود التجارية باتفاقات خدمة طويلة الأجل (اتفاقيات الرعاية الصحية) بين مجموعة الرعاية الأولية والمستشفيات، على مختلف الدوائر.[64]

أدت أوجه القصور في الخدمة الوطنية للصحة حكومة توني بلير تبني إصلاح ثاني للخدمة الوطنية للصحة من اعداد كتاب أبيض*، الخدمة الوطنية للصحة جديد(White Paper) ، The new NHS) 1997.

تم هذا الإصلاح على مرحلتين:

اعتماد قانون الصحة لعام 1999

صياغة خطة اصلاح الخدمة الوطنية للصحة لعشرة سنوات في يوليو 2000 والترجمة التشريعية في قانون الصحة لعام 2002. وإصلاح الخدمة الوطنية للصحة وقانون مهن الرعاية الصحية لعام 2002، وتتمثل مبادئ **الإصلاح الثاني*** الذي قاده حزب العمال:

-زيادة في الموارد المالية الممنوحة للخدمة الوطنية للصحة، وإصلاح شامل لها والزيادة في الميزانية بقيمة 30 بالمائة.[65]

---

[64] Loc. cite

*Tony Blaire توني بلير ، بالكامل أنتوني تشارلز بلير(ولد في 6 مايو 1953، اسكتلندا) من تيار حزب العمال البريطاني الجديد الذي شغل منصب رئيس وزراء المملكة المتحدة 1997-2007) ،كان أصغر رئيس وزراء منذ 1812 وأطول رئيس وزراء في حزب العمال خدمة وكانت فترة ولايته التي استمرت 10 سنوات كرئيس للوزراء ، ثاني أطول فترة مستمرة بعد مارغريت تاتشر .

* GP Fundholders الطبيب الممارس العام يعتبر حجر الزاوية في نظام الرعاية الصحية الإنجليزي، بحيث يوفر الرعاية من المستوى الأول ويعمل كمرشح لنظام المستشفيات للوصول إلى الرعاية الثانوية والمختصين.

[65] Carine chevier-Fatome et Christine Daniel , ***le système de sante en Angleterre*** (...) , juin 2002, p21 dans : https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000090.pdf le (24/05/2022)

*الكتاب الأبيض: عبارة عن وثيقة نشرتها حكومة حزب العمال البريطانية في 8 ديسمبر 1997 تحدد مقترحات السياسة ، حددت الحكومة برنامج الغاء السوق الداخلية التي أنشأها المحافظون من خلال قانون الخدمات الصحية الوطنية والرعاية المجتمعية لعام 1990 والاستعاضة عن السوق الداخلية أسلوب قائم على الشراكة ومدفوع بإدارة الأداء.

-نقل المهارات من حيث التنظيم وتقديم الرعاية من وزارة الصحة إلى الخدمة الوطنية للصحة؛

-وضع حد لنظام الأسواق الداخلية بشكل جزئي مع ترك مبدا الفصل بين مشترين والبائعين للرعاية الصحية؛

-إزالة الأطباء الممارسين العامين.

- تحويل شراء الرعاية من الممارسين العامين إلى مجموعات الرعاية الأولية Primary health care groups، هي هياكل المدراء المعتمدين على الخدمة الوطنية للصحة يشاركون عند الاقتضاء المهنيين الصحيين والمرضى الذين يرتبط بهم جميع الممارسين العامين تعاقديا. تشكل صناديق الرعاية الأولية هذه المستويات المحلية للخدمة الوطنية للصحة، لديها صلاحيات وإدارة 75 بالمائة من ميزانية الخدمة الوطنية للصحة. وقد جرى تعديل في مهامها بتحويل دور السلطات الصحية ليحل محله برنامج الصحة الاستراتيجية، لتصبح تمارس مهام التوجيه للنظام وليس مشتري للرعاية.

ادخال سلسلة واضحة من المسؤولية بين الجهات الفاعلة بالتزامن مع مقاييس الأداء على جميع المستويات، وبالتالي السلطات الصحية الاستراتيجية مسؤولة على الصعيد الوطني على النتائج الصحية لسكانها. فصناديق الرعاية الأولية مسؤولة أمام كل من السلطات الصحية الاستراتيجية والوطنية للخدمة الوطنية للصحة من أجل الأداء السليم وتحسين جودة توفير الرعاية. وترتكز هذه المساءلة على اشراك السلطات الصحية الاستراتيجية ومديري الرعاية الأولية من خلال توقيع العقود مع الخدمة الوطنية للصحة مع ادخال أهداف الأداء. وتنفيذ مؤشرات الأداء على نطاق المنظومة (المستشفيات والممارسين العامين)، وأيضا صناديق الرعاية الأولية والسلطات الصحية الاستراتيجية.

يتعلق المجال الثالث للإصلاح بنوعية الرعاية المقدمة للمرضى. يجد هذا المجال الرئيسي للإصلاح ترجمته في مفهوم الحوكمة السريرية، الذي ينطوي على فكرة مساءلة الخدمة الوطنية للصحة تجاه المرضى فيما تعلق بالخدمة العامة المقدمة لهم. وجعل جميع هياكل الخدمة الوطنية للصحة مسؤولة عن التحسين المستمر لنوعية خدماتها، وضمان الرعاية عالية الجودة، وخلق بيئة تعزز منافسة الممارسات الطبية بشكل نسقي.[66]

سياسة الاستعانة بالقطاع الصحي الخاص

*الإصلاح الثاني: هو ادخال سوق داخلية للنظام الصحي لبريطاني في عهد حكم المحافظون في 1990، تقسيم خدمات الرعاية إلى مشتري purchaser» «الذي يتمثل في أطباء الممارسين العامين والسلطات الصحية ومقدم الرعاية «provider spillt» المتمثل في المستشفيات العامة والخاصة..

[66] Ibid, p22

تزايد استخدام مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في نظام الخدمة الوطنية منذ عام 2000، على الرغم من أنه لم يتم تضمينه في النصوص الرسمية. في عام 1997 في خطاب ألقاه وزير الصحة الان ميبور Alan milburn أن عمليات الاستعانة بمصادر خارجية من الناحية الرسمية للقطاع الخاص ستكون استجابة عملية لأوجه القصور في النظام الصحي من حيث القدرة وليس انحيازا لصالح القطاع الخاص. ومع ذلك وفقا لبعض المحللين فإن اللجوء إلى القطاع الخاص ليس مجرد حل لفترة زمنية معينة، بل إنه جزء من مشروع أكثر شمولا لإنشاء سوق صحي مختلط يتكون من مؤسسات خاصة وعامة مستقلة من أجل كسر احتكار الخدمة الوطنية للصحة لتوفير الرعاية الصحية. وكان تأثير جماعات الضغط الصناعية للصحة الخاصة في وزارة الصحة ومكتب مجلس الوزراء حاسم في تحويل توني بلير وحاشيته إلى مزيا القطاع الصحي الخاص.[67]

أحدث التغيير الديمغرافي دالة جديدة بحيث أن عدد دافعي الضرائب الشباب الذين يمولون هذه الخدمات أخذ في الانخفاض بالمقابل عدد الموظفين المسنين الذين يستهلكون هذه الخدمات في الازدياد. هو الأمر الذي يعزز هذا الاتجاه مطالب المواطنين بإيجاد تكاليف جديدة لخفض تكاليف الخدمة مع الحفاظ على الجودة المثلى. وكثيرا ما تعتبر زيادة مشاركة القطاع الخاص في تمويل الخدمات وترقيتها جزءا هاما من الحل كون نظام التمويل الصحي في بريطانيا قائم على الضرائب وليس على التأمين.

مبادرة التمويل الخاصة PFI:

أدت معاهدة ماستريخت لعام 1992 التي تفرض على الدول الأوروبية بما فيهم بريطانيا إلى الالتزام بخفض 3 بالمائة من الناتج الإجمالي إلى انخفاض في ميزانيات الاستثمار العام، ولكن الحاجة إلى تجهيز المباني العامة والهياكل الأساسية القائمة وتكييفها مع الاحتياجات المستخدمين أدت بدورها إلى سياسة ترشيد الانفاق العام وإقامة شراكة بين القطاعين العام والخاص من أجل تجديد وبناء المرافق العامة. تم إطلاق سياسة الشراكة بين القطاعين العام والخاص الأولى PFI من قبل وزير الخزانة جون ميجور، نورمان لا مونت، في بيان ميزانيته ولم يتم الطعن في هذه السياسة لاحقا من قبل حزب العمال الجديد على الرغم من تغيير اسمها إلى الشراكة العامة الخاصة PPP.[68]

[67] Anémone, ***la réforme du système de santé anglais sous le new labour***, op. cit, p 16
[68] Marie-Claude Esposito, ***la public finance initiative***(…) , open Edition journals, dans : https://journals.openedition.org/osb/761 le(27/05/2022)

يسمح قانون الخدمة الصحة الوطنية لعام 1990 بتقسيم الخدمة الصحية الوطنية إلى حوالي 100 صندوق الخدمات الصحية الوطنية National service trustsوهي مكلفة بمرافق المستشفى القائمة، وتمتلك سلطات ابرام أي عقد ضروري لأداء مهمتها على النحو السليم. هذه هي الطريقة التي يمكنهم بها توقيع عقود مع القطاع الخاص بموجب مبادرة تمويل القطاع الخاص في المملكة المتحدة في إطار عملية ابتكارية تؤدي إلى تغيرات في إجراءات توفير الخدمات وإدخال مؤشرات الجودة.

في المملكة المتحدة لصناديق الرعاية الأولية وظيفتان اساسيتان؛ يشرف من جهة على 150 مكتب من مكاتب الممارسة العامة وغيره من المهنيين الصحيين المستقلين، يمولها ويتعاقد معها ومن ناحية أخرى يقدم خدمات مباشرة (الصحة المدرسية، والتمريض المنزلي، والصحة العقلية، وما إلى ذلك مع الموظفين الذين يتقاضون رواتبهم.[69]

[69] Mike Burrows, ***Financement organisation des soins primaire***(...),cairn info 2010 , dans : https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-3-page-21.htm le (27/25/2022)

خاتمة الفصل الثاني:

من خلال التطرق لقانون الصحة الجزائري 2018، والامر 2020 الذي يعدل نفس القانون، نلاحظ أن الأحكام القانونية لا تعطي لموضوع الشراكة الصحية حقه باعتباره أسلوب مرن يمكن تفعيله واستعماله لتقليص دور أو نفوذ القطاع الصحي الخاص مثلما هو الحال في النموذج البريطاني، بحيث قادت الأحزاب المعارضة في السلطة جملة من الإصلاحات المتتالية التي خضعت لها الخدمة الوطنية للصحة منذ السبعينات للحد من استقلالية مجموعة المهنيين الطبية التي فضلت مصالحها الخاصة بدلا من المصلحة العامة.

كما لا تعتبر سياسة الشراكة البريطانية بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص وسيلة لتقليص الدور أو النفوذ الحكومي في تقديم الخدمات الصحية، بل بالعكس تعد بديل لظاهرة الخصخصة الرسمية إلى جانب ترشيد النفقات العامة وإدخال مؤشرات قياس الأداء لترقية نوعية الرعاية الصحية على كل المستويات. وهو بديل يمكن أن تستفيد منه الحكومة الجزائرية في مجال الصحة خاصة بعدما أصبح يشكل تهديدا قوميا على المستوى الدولي.

الخاتمة

الخاتمة

كانت الانطلاقة في إعداد هذه المذكرة من تساؤل رئيسي تمحور حول اليات استرجاع القطاع الصحي العام لأدواره في الضمان للمواطن الجزائري الحق في الصحة من خلال تفعيل أسلوب الشراكة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص. وللإجابة عليه تم الاعتماد على تحليل قانون الصحة 2018 والأمر 2020، وكذلك سرد التجربة البريطانية في اشراك القطاع الصحي الخاص في تقديم الخدمات الصحية للاستفادة في إيجاد سبل لتفعيل الشراكة في الجزائر. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتي:

-مفهوم الشراكة متعدد المعاني، ويحمل مفاهيم مختلفة. يأتي على أنماط متعددة، وهذا يجعل منه أكثر تعقيد من أنماط التسيير التقليدية في النهج الاشتراكي واقتصاد السوق؛

-وراء بروز القطاع الصحي الخاص في الجزائر إلى جانب القطاع الصحي العام خلفيات فرضت ذلك، وهذا ما يفسر عدم تحقق التشريع والتنظيم تأطيرا قانونيا متكاملا إلا حد تاريخ 2022؛

-الإلحاح على مجانية العلاج والتغطية الصحية الشاملة واعادة رسم الخريطة الصحية في قانون الصحة رقم 11-18 لدرجة بروز للمتمعن فيه أن المواطن الجزائري لا يحتاج إلى القطاع الصحي الخاص الذي تظهره القوانين على أنه قطاع هامشي لكن في الواقع المنظومة الوطنية للصحة قائمة على ما يقدمه القطاع الصحي الخاص من خدمات، فالمواطن أصبح لا يثق بالقطاع العام ويتجه إليه اولا، ثم السعي إلى جمع التبرعات للعلاج خارج الوطن؛

-تبدو نظريا مكانة القطاع الصحي العام محورية في تقديم الخدمات الصحية لكن في الواقع فهو عاجز عن تقديم أبسطها منذ برنامج اعادة الهيكلة وفتح المجال للقطاع الصحي الخاص في 1988، يحظى موضوع الشراكة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص بالاهتمام الكافي.

وعليه من خلال استعراض الجانب المفاهيمي، والنظري، والتاريخي الشراكة عامة، والشراكة في مجال الصحة، وبعد تبني التوجه الرأسمالي للدولة الجزائرية، وبداية تخلي القطاع العام لأداء أدواره في ضمان العلاج للجميع من خلال مبدأ المجانية، وتقنين هامش اشتغال القطاع الخاص الذي استغل هذه الوضعية ليتحول إلى قطاع انتهازي في ظل غياب الرقابة، أصبح بديل الشراكة ضرورة لإيجاد منطقة وسطى بين احتكار القطاع العام لتقديم الخدمات الصحية قانونا، وانتهازية القطاع الخاص في الواقع. وبهذا تتأكد الفرضية الرئيسية للدارسة.

- في بريطانيا نجد أن المؤسسات والأحزاب المعارضة وخاصة حزب العمال هو من قاد اصلاحات داخل الخدمة الوطنية للصحة التي كانت عبارة عن سوق داخلية تنقسم إلى مشتري الرعاية (الأطباء العامون) ومقدم للرعاية(المستشفيات). إلى شراكة بين القطاعين وفق عقود طويلة الأجل.

وعليه تعتبر آلية الشراكة بديلا فعالا للحالة الجزائرية لتخفيف عبء التزام مجانية العلاج على القطاع العام من جهة، وتفادي انتهازية القطاع الخاص في فرض الاسعار، وذلك من خلال دفتر شروط واضح ودقيق يوضح الحدود والضوابط التي تشتغل فيها. وهنا تتأكد لدينا الفرضية الفرعية الاولى.

كذلك تقدم التجربة البريطانية دروسا مفيدة في مجال تفعيل الشراكة في مجال الصحة، ولعل أهم شروط الاستفادة منها أو حتى محاكاتها توفر نية لدى صانع القرار الرسمي، ووجوب هيكلة دعوات الجهات المعارضة لوضع وجود المواطن في مجال الصحة بين وضعيتين صعبتين وهما الاحتكار والانتهاز. وبهذا تتأكد الفرضية الفرعية الثانية للدراسة.

التوصيات:

انطلاقا مما سبق سنقدم جملة من التوصيات نأمل من صناع القرار أخذها بعين الاعتبار:

- القيام بدراسات مستفيضة لحصر التجارب والخبرات الناجحة التي خاضتها الدول الأخرى بخصوص الشراكة في مجال الصحة مع القطاع الخاص بدلا من الخوصصة وتنازل القطاع العمومي عن أدواره بأكملها خاصة الرقابية؛

- تفعيل كافة وسائل الاعلام لنشر المعلومات حول موضوع الشراكة قطاع صحي عام خاص لنشر التوعية وتنمية ثقافة الشراكة الصحية لدى الرأي العام وصناع القرار على المستوى الرسمي؛

- إنشاء هيئة وطنية حكومية مهمتها دعم الشراكة بين القطاع الصحي العام والصحي الخاص؛

-تحديد الأطر العامة ودور كل شريك في تقديم الخدمات الصحية والتواصل مع القطاع الخاص بلغة الأعمال التي تناسبه ويطمئن لها، مع ضمان حماية المواطن من الاهداف الربحية؛

- مساهمة الدولة في تذليل العقبات منها بتوفير البيئة الاستثمارية الملائمة، ووضع إطار قانوني عصري مرن، يرسخ الوضوح ودرجة عالية من الشفافية؛

-ابتعاد المسؤولون وصناع القرار الصحي عن التصريحات غير المدروسة والحلول الأنية والتناقض في وصف الواقع الصحي؛ بحيث نجد بتاريخ 03 جوان 2022 ،عرض الوزير الأول أيمن بن عبد الرحمان بالعاصمة السويدية، التجربة الجزائرية لمواجهة جائحة كورونا واثارها ووصف التدابير المتخذة على أنها ناجحة للحد من الفيروس ،وفي اليوم الذي يليه بتاريخ 04 جوان 2022 عبر وزير الصحة لوسائل الاعلام عن استيائه من الوضع التي تتواجد فيه بعض المؤسسات الاستشفائية وتصريحه باتخاذ إجراءات أبرزها توحيد أسعار الرعاية في القطاع الصحي العام والصحي الخاص .

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع

باللغة العربية

أولا المصادر:

القوانين

1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة، قانون رقم 18-11 يتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية، العدد46، 2 جويلية 2018

الأوامر:

2) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، *وزارة الصحة، الأمر رقم 20-02* يعدل ويتمم قانون الصحة رقم 18-11، الجريدة الرسمية، العدد 50، 20 غشت سنة 2020

المراسيم

3) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التجارة، مرسوم رئاسي رقم 15-247 يتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويضات المرفق العام، الجريدة الرسمية، العدد 50، 20 سبتمبر 2015

الموسوعة

4) محمد منير حجاب، ***الموسوعة الإعلامية***، المجلد الثالث، دار الفجر للنشر والتوزيع،

ثانيا المراجع:

الكتب

5) سعاد، غوتي، ***فعاليات الملتقى الوطني حول الشراكة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص*** (الجزائر، لباد للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى،2019)

الرسائل والاطاريح

6) العباسي، ايمان، ***واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص 2001-2017***، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراة طور الثالث في العلوم السياسية والعلاقات الدولية غير منشورة، جامعة الجزائر 3، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، 2019 - 2020

7) لكحل امين، ***الشراكة بين القطاع العام والخاص في الجزائر: دراسة حالة شركة المياه والتطهيرلوهران***، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، السنةالجامعية2013- 2014

المو اقع الالكترونية

8) بن حميدة، حليمة، ***و اقع التنمية الصحية في الجزائر، مجلة شؤون الاجتماعية***، العدد127، سنة 2015، في: https://search-emarefa-net.sndl1.arn.dz/ar/viewer/BIM-645345 بتاريخ 2022/05/31

9) بوحفص، حاكمي، ***الدروس المستخلصة من تجربة الشراكة***، (مجلة رماح للبحوث والدراسات، العدد 19، سبتمبر 2016، في: https://academia-arabia.com/ar/reader/2/93172 ((23/03/2022

10) العربي، بوحسون، ***الشراكة بين المفهوم الأنثروبولوجي والمفهوم الاقتصادي***، مجلة ***الأدب والعلوم الإنسانية الاجتماعية***، العدد الثامن، ديسمبر2005)، في: https://search-emarefa-net.sndl1.arn.dz/ar/viewer/BIM-596155 ،تاريخ التصفح2022/03/18

11) لقمان، معزوز، ***أليات تفعيل الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص***، (مركز بحوث والدراسات الانسانية العدد 12-2016)، في: https://www.asjp.cerist.dz/en/article/20391 (2022/03/05)

12) منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، ***المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة***، أكتوبر 2018، في: https://apps.who.int/iris/handle/10665/335966 (2022/05/ 09)

باللغة الأجنبية:

كتب

13) Florent A. Meyer, ***Le challenge partenarial***, (Paris, Lexitis editions,2011)

المواقع الالكترونية

14) -, ***Le gouvernement de coalition et le secteur de la santé : une politique contestée, open*** Edition journal , observatoire de la société britannique : https://journals.openedition.org/osb/1623 (23/05/2022)

15) Albouy, Michel, ***Théorie de l'efficience*** https://gidmoz.wordpress.com/2011/05/01/theorie-de-l%E2%80%99efficience-x/ (08/04/2022)

16) Brock, thomas, Reeves, Marcus, ***private sector***, investopedia dans : https://www.investopedia.com/terms/p/private-sector.asp le (07/05/2022)

17) Brows ,mike, ***Financement organisation des soins primaire (…)***, cairn info 2010, dans : https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-3-page-21.htm le (27/25/2022)

18) Esposito, Marie Claude, ***la public finance initiative(…)*** , open Edition journals, https://journals.openedition.org/osb/761 le(27/05/2022)

19) Fatome,caire chevier et Daniel, christine, ***le système de sante en Angleterre (…)*** , juin 2002, dans : https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000090.pdf

20) Kobe smith,Anémore, ***Le national Heath service : un institution phare en pleine transformation*** ,cairn.info,dans: https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-3-page- 70.htm ,le (23/05/2022)

21) ***La théorie des marchés contestables***, faculté des sciences juridiques économique et sociale , Marrakech dans : file:///C:/Users/user/Downloads/533d36f47ff64%20(2).pdf le (08/04/2022)

22) Larousse, Parti travailliste : https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/parti_travailliste/147334 (24/05/2022)

23) Maatah. N, Benabdella .M, Lebailly .P, ***les partenariats public privé : fondement théorique et analyse économique*** , dans : https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/210086/3/MAATALA_BENABDELLAH_LEBAILLY_PartenariatsPublic-

Priv%C3%A9_FondementTh%C3%A9oriqueEtAnalyseEconomique.pdf le 24/03/2022

24) Myriam, Dahaman-said ,***Une économie optimale des partenariats public-privé: Est-ce possible*** , dans : http://www.bsi-economics.org/images/articles/a147.pdf le 25/03/2022

25) ***OCDE Principles for public gouvernance of public-Privat partnership***, https://www.oecd.org/governance/oecd-recommendation-public-privatepartnerships.htm le (23/03/2022

26) ***Vie politique au cœur du débat public, qu'est ce qu'une association*** ? dans : https://www.vie-publique.fr/fiches/24076-quest-ce-quune-association le 20/03/2022

فهرس الجداول

فهرس الجداول

فهرس الجداول

جدول رقم01 :أهم المراحل والأحداث التي رافقت تطور الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الجمهورية الفرنسية منذ سنة 1988 17

جدول رقم02: أوجه الاختلاف بين الخوصصة والشراكة بين القطاعين العام والخاص.....23

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الشكروالتقدير 4
الاهداء 5
قائمة الاختصارات: 9
الفصل الأول: 11
علاقة القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص حتى 2018: احتكارأم انتهازية أم شراكة؟ 11
مقدمة الفصل الأول: 12
المبحث الأول: الإطارالمفاهيمي والنظري لمفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص..... 13
المطلب الأول: الأصول النظرية لمفهوم الشراكة 13
المطلب الثاني: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة 15
المطلب الثالث: ماهية الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص 18
المطلب الرابع: الأسس النظرية الرئيسية للشراكة بين القطاعين العام والخاص 24
المبحث الثاني: واقع علاقة القطاع العام والقطاع الخاص حتى2018 36
المطلب الثاني: سياق بروزالقطاع الصحي الخاص في الجزائر..... 38
المطلب الثالث: نماذج تنظيم الصفقات في الجزائر 40
خاتمة الفصل الأول: 43
الفصل الثاني: 44
بدائل تفعيل أليات الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة 2018- 2020 44
مقدمة الفصل الثاني: 45
المبحث الأول: مكانة الشراكة في قانون الصحة 2018 والأمر2020 46
المطلب الأول: تحليل أحكام قانون الصحة رقم 18-11 المؤرخ في 02 يوليو 2018 46
المطلب الأول: النظام الصحي البريطاني في ظل حكم المحافظين 50
المطلب الثاني: النظام الصحي البريطاني في ظل وصول حزب العمال إلى السلطة 1997 52
خاتمة الفصل الثاني: 57
الخاتمة..... 59
قائمة المراجع..... 63

فهرس المحتويات

فهرس الجداول..... 68
فهرس المحتويات..... 70