

دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر

The role of primary health care in reducing Health expenditure in Algeria

د. معزوز نشيدة
جامعة البليدة 2

المخلص:

إن التحكم في نفقات الصحة أصبح في قلب الصراعات في الدول المتطورة و السائرة في طريق النمو، هذا الصراع كان نتيجة النفقات المخصصة للصحة التي تعرف معدل نمو اكبر من الناتج الداخلي الخام. من بين الحلول المقترحة لتخفيض نفقات الصحة في الجزائر الرعاية الصحية الأولية التي تسمح بتحسين نوعية الرعاية الصحية و تخفيض التكاليف.
الكلمات المفتاحية: النفقات الصحية، الرعاية الصحية الأولية، تخفيض التكاليف.

Résumé :

La maitrise des dépenses de santé est aujourd'hui au cœur des débats dans les pays développés et les pays en voie de développement. Ce débat est suscité par des dépenses allouées à la santé qui connaissent un taux de croissance supérieur à celui du produit intérieur brut (PIB). Parmi les solutions proposées en vue de réduire les dépenses de santé en Algérie les soins de santé primaires qui permis d'améliorer la qualité des soins de santé et réduire les couts .

Mots clés : les dépenses de santé, les soins de santé primaires, réduire les couts.

abstract

The control of health spending is now at the heart of debates in developed and developing countries. This debate is prompted by spending on health, which is growing at a rate higher than that of the gross domestic product (GDP). Among the solutions proposed to reduce health expenditure in Algeria, are primary health care, which has improved the quality of health care and reduced costs.

المقدمة:

يعتبر اقتصاد الصحة من أصعب المعضلات الاقتصادية في الألفية الثالثة، وذلك للتزايد المستمر في تكلفة الرعاية الطبية العلاجية. ويرجع ذلك للتطور السريع والمكلف في التكنولوجيا الطبية والدوائية والعمليات الجديدة المعقدة، واستمرار الزيادة السكانية. والسؤال المطروح بين رجال اقتصاد الصحة ما الحل؟ فهل سنراجع من جديد المقولة القديمة متقال وقاية خير من قنطار علاج، لنحافظ على صحة المواطن وسعادته وإنتاجيته وبثمن زهيد وباعتبار أن الرعاية الصحية الأولية هي الوسيلة الأفضل لتحقيق الصحة للجميع فكيف ستساهم هذه الأخيرة في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر؟ و من هذا المنطلق تم تقسيم هذه الورقة البحثية إلى النقاط التالية: أولاً الإنفاق الصحي في الجزائر.

ثانياً الرعاية الصحية الأولية.

ثالثاً الرعاية الصحية الأولية لتخفيض الإنفاق الصحي.

أولا الإنفاق الصحي في الجزائر

1- تعريف النفقة الصحية:

الإنفاق على الرعاية الصحية يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية، ويشكل الإنفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاه، ويشير إلى مستوى الرعاية الطبية المقدمة لهم، وهو يشمل ما تصرفه الحكومات و الأفراد.¹

2- تطور الإنفاق الصحي في الجزائر:

إن زيادة عدد السكان وارتفاع حجم الاستثمارات في قطاع الصحة سواء كانت بنية تحتية أو تجهيزات طبية دفع بوتيرة الإنفاق الصحي إلى الأعلى. لذا سيكون مطلب التحكم في نفقات قطاع الرعاية الصحية أمرا حاسما لضمان قدرة الجزائر لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان، ولذلك تعد مسألة احتواء النفقات الصحية الوطنية من أهم التحديات التي تواجهها السلطات العمومية، حيث أن انخفاض الناتج المحلي الإجمالي عزز الحاجة إلى التحكم في الإنفاق خاصة وأن الجزائر تعتمد على النفقات العمومية لتمويل قطاع الرعاية الصحية. يبين الجدول الموالي تطور الإنفاق العام على الصحة بالجزائر نسبة إلى الناتج المحلي وإجمالي الإنفاق العام للفترة 2002-2014

الجدول(1):تطور الإنفاق العام على الصحة بالجزائر للفترة 2002-

2014

نسبة مئوية

| السنوات | | 2002 | 2006 | 2008 | 2009 | 2013 | 2014 |
|---|-----|------|------|------|------|-------|-------|
| الإنفاق حسب نوع النشاط | عام | 74 | 77,3 | 81,6 | 86,2 | 87,48 | 88.77 |
| | خاص | 26 | 22,7 | 18,4 | 13,8 | 12,52 | 11,23 |
| الإنفاق نسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي | | 4,3 | 3,6 | 4,4 | 5,8 | 6,23 | 6,77 |
| الإنفاق نسبة إلى إجمالي الإنفاق العام | | 9,1 | 9,5 | 10,7 | 10,6 | 10,7 | 10,9 |

المصدر:

هو يدي عبد الجليل و يحيوي عمر "السياسات الاقتصادية وتحديات التنمية البشرية بالجزائر في إطار الأهداف الإنمائية للألفية"،مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد السادس، أبريل 2014، ص.236.

Perspective Monde. Université de Sherbrooke. Consulter le :

27/06/2015.sur :<http://perspective.usherbrooke.ca/>

نلاحظ من خلال الجدول أن الإنفاق الصحي نسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي ارتفع من 4.3% سنة 2002 ليصل إلى نسبة 5.8% سنة 2009 وإلى 6.77% سنة 2014، ويلاحظ توالي القطاع العام المسؤولية الرئيسية في تمويل قطاع الصحة بتحقيق نسبة إنفاق حكومي يصل إلى 88.77%. وتعد مسألة التحكم في هذا الارتفاع المذهل في النفقات الصحية من أهم تحديات السياسة الوطنية عن طريق معرفة أسباب هذا النمو والتي عادة ما تكون متعددة ومعقدة نظرا

¹ الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي على الموقع: le 22/05/2015

www.eljazeera.net/.../healthmedicine

لارتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية وحتى السياسية.

3-عوامل تزايد نفقات الصحة :

إن تزايد نفقات الصحة في الجزائر يعود إلى مجموعة من العوامل يمكن إيجازها في النقاط التالية:

1-3-العمر و الجنس و النمو الديموغرافي: ترتفع نفقات العلاج في سن الولادة ثم تبدأ في الانخفاض تدريجيا أثناء فترة الشباب إلى غاية 50 سنة، ثم تبدأ في الارتفاع تدريجيا وهذا بفعل الأمراض التي تزيد مع ارتفاع السن.²

و كذلك التزايد المستمر لعدد السكان أدى إلى تزايد الإنفاق العام على الصحة في الجزائر ، فقد ارتفع معدل النمو الطبيعي من 1,48% سنة 2000 إلى 2,07% سنة 2013 ، فعدد السكان بعد أن كان 30416000 نسمة سنة 2000 أصبح 38297000 نسمة سنة 2013.

2-3-نمو الدخل: يرتبط نمو الدخل غالبا بتزايد الطلب على خدمات.

3-3-تطور الأمراض الوبائية: إن انتشار الأمراض المعدية ، وكذلك الارتفاع في عدد المصابين بالأمراض المزمنة يؤدي إلى ارتفاع النفقات الصحية بشكل مذهل، مثلا سنة 2014 أعدت وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات مخطط وطني للتكفل بمرض السرطان الذي يشمل التكوين و التدريب بالإضافة إلى التكفل بالتداوي بالخارج للحالات المستعصية.

3-4-التقدم التكنولوجي: تمثل التحسينات في التكنولوجيات الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية. فقد أدى التطوير المستمر لإجراءات والأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من مشكلات صحية وفي علاجها، ولكنه نظرا ارتفاع تكلفة التكنولوجيا أسهم أيضا سرعة نمو الإنفاق.

3-5-أثر بومول³: يشير هذا الأثر، المسمى باسم منشئه، الاقتصادي ويليام ج. بومول، إلى الزيادة الكبيرة نسبيا في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية، بما في ذلك في الخدمات المقدمة من الحكومة. ففي الرعاية الصحية، يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء الممرضات/المرضى دون المساس بمستوى الخدمات .

3-6-محاولة الوصول إلى عدالة الخدمات الصحية (نصيب الفرد من الإنفاق الصحي)

يقيس متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام على قطاع الصحة مقدار ما يحصل عليه الفرد من الرعاية الصحية، ويعبر عن درجة اهتمام الدول بالعنصر البشري وبحالته الصحية، والجدول التالي يبين متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام على الرعاية الصحية في بعض الدول الغربية والعربية خلال الفترة 2005-2012.

² العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، (دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014)، الجزء الأول، ص: 47-48.

³ كليمنس بنديت، غوبتا سنجيف، فاتورة الصحة: التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة لا يرجح أن يدوم 2012، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد 51، الرقم 4، ديسمبر 2014.

الجدول رقم (2): متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام على الرعاية الصحية في بعض الدول الغربية والعربية خلال الفترة 2005-2012.

الوحدة: الدولار الأمريكي

| 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------------------|
| | | | | | | | | الدول المتقدمة |
| 8895 | 8467 | 8254 | 8009 | 7769 | 7486 | 7110 | 6732 | الولايات المتحدة الأمريكية |
| 6140 | 6114 | 5138 | 4118 | 4237 | 3956 | 3330 | 3136 | أستراليا |
| 4683 | 4996 | 4668 | 4727 | 4718 | 4231 | 3747 | 3624 | ألمانيا |
| 4690 | 4968 | 4634 | 4776 | 4877 | 4413 | 3907 | 3750 | فرنسا |
| | | | | | | | | الدول النامية |
| 279 | 233 | 181 | 174 | 183 | 135 | 106 | 95 | الجزائر |
| 297 | 304 | 282 | 259 | 246 | 217 | 194 | 181 | تونس |
| 190 | 195 | 168 | 165 | 156 | 134 | 113 | 100 | المغرب |
| 388 | 368 | 361 | 368 | 326 | 252 | 224 | 213 | الأردن |
| 152 | 137 | 126 | 118 | 101 | 85 | 75 | 64 | مصر |

المصدر: بيانات البنك الدولي حول مؤشرات التنمية العالمية لعام 2013.

<http://data.albankaldawli.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/countries>

تحاول الجزائر كغيرها من الدول التطور والرفي بأفراد مجتمعا، باحثة عن تحقيق مستوى معيشي حسن حتى تلتحق بركب الدول ذات مؤشر تنمية بشرية مرتفعة، إلا أنه رغم كل الجهود المبذولة لا تزال بعيدة عن ما ترمي إلى تحقيقه،

ومن خلال نتائج الجدول نلاحظ مدى اهتمام الدول المتقدمة بصحة الفرد، ويظهر ذلك من خلال حجم المبالغ الهامة المخصصة في سبيل ذلك. وعلى العكس من ذلك فإن الدول العربية والتي هي في الأصل دولا نامية، فإن نصيب الفرد من الإنفاق العام على قطاع الصحة أو على الرعاية الصحية يعتبر ضعيفا جدا، وذلك إذا ما قورن بمثيله في الدول الغربية. فقد بلغ متوسط نصيب الفرد الجزائري من الإنفاق العام على قطاع الصحة 279 دولار سنة 2012، في حين أن متوسط نصيب الفرد الأمريكي هو 8895 دولار أمريكي.

والجدير بالإشارة إلى أن هناك تفاوت واختلافا في متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام على قطاع الصحة، حتى بين الدول العربية ذاتها.

4- أبرز الحلول لمواجهة ضغط تكاليف الإنفاق الصحي:

إن الانشغال المتزايد بتكاليف الصحة واستمرار ارتفاعها على المدى البعيد جعل البلدان خاصة المتقدمة منها تلجأ إلى بعض الحلول الهامة التي يمكن أن تستفيد منها الدول الأقل تقدما على غرار الجزائر ونذكر هنا أبرزها:

4-1- ضرورة تبني نظام جديد لقياس التكاليف في القطاع الصحي:

⁴ السعيد قاسمي، واقع الإنفاق الصحي في الجزائر والسبل الكفيلة لترشيدها، الملتقى الوطني سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والآفاق، المسيلة، يومي 24-25 نوفمبر 2015، ص 11.

يضمن هذا النظام تقديم مخرجات دقيقة هيكل أنظمتها الصحية حيث أن التقليل من اللجوء إلى الإقامة بالمستشفيات للعلاج التي تعد عن تكلفة الخدمة الصحية وحجم الموارد التي استنفذت في إنتاجها، عن طريقة استخدام الأساليب الفعالة لقياس التكاليف كنظام التكاليف على أساس النشاط.

نماذج التنبؤ بتكاليف الإنفاق الصحي: 2-4

إن نماذج التنبؤ تحاول الكشف عن العوامل التي تقود الزيادات في الإنفاق الصحي لتوضيح خيارات السياسات المتاحة، و هذه العوامل تختلف تبعا للأفق الزمني للإسقاطات، ففي المدى القصير فإن نمو النفقات الصحية مرتبط بقرارات ميزانية الحكومة، أما في المدى المتوسط فإن التغييرات في التكنولوجيا تلعب دورا أكثر أهمية لتفسير الزيادة، بينما في المدى الطويل فإن عوامل الخطر كالسمنة والتغيرات في حجم الأمراض المزمنة ستظهر أيضا.⁵

3-4-تنسيق الرعاية الصحية:

إن الأمراض المزمنة مستمرة أكثر فأكثر وتمتص جزءا متزايدا من الميزانية المخصصة للصحة ، فبعض الدول تجتهد لتحسين جودة العلاج المجاني لأصحاب الأمراض المزمنة وتقليل الضغط على التكاليف في إعادة التفكير كليا في تكلفة جدا بالنسبة للأمراض المزمنة وذلك بتركيز الأشغال والبرامج على تكفل عالي الجودة يتمحور على المريض بعيدا عن سياق الإقامة بالمستشفيات للعلاج حادة التكاليف.

4-4-تركيز الإنفاق الحكومي على التعليم القاعدي والرعاية الصحية الأولية:6

ينادي الباحثون إلى تركيز الإنفاق الحكومي على التعليم القاعدي والرعاية الصحية الأولية، حيث أن تبرير إنفاق حكومي أعلى على التعليم القاعدي يرجع تأثيره على دخل الأفراد خلال مسيرة حياتهم والعديد من الدراسات أوضحت بان معدل العائد الاجتماعي يكون أعلى بالنسبة للتعليم الابتدائي متبوعا بالتعليم الثانوي ثم التعليم الثالث، و في نفس الوقت هناك دلائل وافرة تشير إلى أن المخصصات الموجهة للتعليم الثالث في العديد من الدول عالية بشكل غير لائق.

أما التأكيد على زيادة الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية الأولية مبرر عموما بقاعدة أن مثل هذا الإنفاق يحسن من تأثير الأمراض على سنوات الحياة الإنتاجية للأفراد، في هذا السياق فإن الرعاية الصحية الثالثة وجدت بأنها تزود بمنافع صحية قليلة، و العديد من الدراسات أوضحت أن التدخلات ذات التكاليف الفعالة هي وقائية في طبيعتها، في حين نجد في العديد من الدول النامية بأن مخصصات الخدمات العلاجية بدل الوقائية عالية جدا.

ثانيا الرعاية الصحية الأولية:

1-المنظمة العالمية للصحة وضرورة الرعاية الصحية الأولية :

⁵ علي دبي، عادل سلطاني، طبيعة العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي و المخرجات الصحية، دراسة تحليلية تقييمية لواقع الإنفاق الصحي بين الدول المتقدمة و الدول النامية على غرار الجزائر، الملتقى الوطني لسياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والأفاق، المسيلة ، يومي 24-25 نوفمبر 2015، ص16.

⁶ - Sanjeev. Gupta, Marijn. Vehoeven, Erwin. Tiongson, (Does higher government spending buy better results in education and health care?), IMF working paper, IMF publishing, Washington, Feb 1999.

نظمت المنظمة العالمية للصحة بالاشتراك مع منظمة الأمم المتحدة (اليونيسيف) في سبتمبر عام 1978 م مؤتمراً عالمياً في مدينة الماتا بالاتحاد السوفيتي السابق لدراسة كل التقارير والأوضاع الصحية في العالم ونظراً لتدني المؤشرات الصحية في ذلك الوقت أصدر المؤتمر التوصية الآتية :

- تحديد هدف صحي عالمي وهو حصول جميع شعوب العالم على مستوى من الصحة يسمح لهم بمزاولة حياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً تحت مسمى (الصحة للجميع بحلول عام 2000م) واعتبار الرعاية الصحية الأولية هي الوسيلة الأفضل لتحقيق الصحة للجميع 7. والأهم من كل ذلك هو أن الرعاية الصحية الأولية أتاحت إمكانيات تنظيم مجموعة كاملة من خدمات الرعاية الصحية، من الأسر إلى المستشفيات، مع إعطاء الأهمية ذاتها للوقاية والعلاج وترشيد استثمار الموارد على مختلف مستويات الرعاية.

2- مفهوم الرعاية الصحية الأولية :

2-1- تعريف الرعاية الصحية الأولية: 8

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية تعرف الرعاية الصحية الأولية بأنها الرعاية الأساسية التي تقدم بشكل واسع لأفراد المجتمع من خلال وسائل عملية موزعة على أساس علمي ومقبولة لدى أفراد المجتمع وفي متناولهم و من خلال مشاركتهم الفعالة و بتكلفة يستطيع المجتمع والدولة تحملها في كل مرحلة من مراحل التنمية، و بروح الاعتماد على النفس و المتابعة، فهي تهدف إلى مواجهة المشكلات الصحية الأساسية في المجتمع من خلال تقديم الخدمات التوعوية و الوقائية و العلاجية لازمة لذلك⁹

2-2- عناصر الرعاية الصحية الأولية :

وضع مؤتمر ألما اتا ثمانية عناصر إرشادية وتركت لكل دولة حرية التصرف بما يناسبها لتقديم تلك الخدمات وهذه العناصر هي:

- 1- التثقيف الصحي وهو عبارة عن تقديم البيانات والمعلومات الصحية للمواطنين بهدف رفع مستوى الوعي عند المجتمع بحيث تزيد إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم .
- 2- الإصحاح الأساسي للبيئة يوجد علاقة وثيقة بين البيئة واعتلال الصحة .
- 3 - توفير الأغذية والتغذية السليمة فالغذاء له تأثير علي حياة الإنسان من ثلاثة محاور أولها وجود الغذاء من عدمه وثانيها نوعية وتنوع الغذاء وأخرها سلامة الغذاء من التلوث.
- 4- رعاية الأمومة والطفولة وبالنظر إلي أن النساء في سن الإنجاب (15-45سنه) والأطفال اقل من 15 يحتاجون إلي رعاية خاصة وشبه دائمة.
- 5- التحصين الموسع و هدفها تخفيض معدل حدوث الأمراض خاصة الأمراض الستة الرئيسية (الدفتريا-السعال الديكي-الكزاز-شلل الأطفال-الدرن-الحصبة) .
- 6- مكافحة الأمراض السارية التي تعرفها منظمه الصحة العالمية بأنها أمراض تنتج عن الإصابة بعدوي بعامل معين مسبب للمرض.
- 7- علاج الأمراض الشائعة والإصابات .

7- مارغريت تشان ،المديرة العامة للمنظمة العالمية للصحة ،سبتمبر 2008.

8 تعريف الرعاية الصحية الأولية على الموقع www.who.int/topics/primary-health تاريخ التحميل 20مارس 2016 .

9 حنان بنت عبد الرحيم الاحمدي،محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية ،دورية الإدارة العامة،العدد الثالث،أوت 2006، ص 454.

8-توفير الأدوية الأساسية التي لا بد أن تكون فعالة لتغطي الاحتياج اليومي للمجتمع.¹⁰

ثالثا الرعاية الصحية الأولية لتخفيض الإنفاق الصحي

تعتبر الرعاية الصحية الأولية المدخل الأول و الأساسي لكافة مستويات الرعاية الصحية و حلقة الوصل بين المجتمع و مقدمي الخدمات الصحية، كما تعتبر سمة من سمات تطور النظام الصحي، حيث أن الاستخدام الأمثل للموارد يبدأ بالرعاية الصحية الأولية و بذلك يقل العبء على مستويات الرعاية الصحية الأعلى و تلبى الرعاية الصحية الأولية الاحتياجات الأساسية لأغلبية السكان عن طريق التوزيع العادل للخدمات الصحية بغية الحصول على أقصى فائدة و بأقل تكلفة.

يكرر الشعب الياباني مقولة صينية تقول، " الطبيب الصغير يعالج المرض، والطبيب المتوسط يعالج المريض، والطبيب الكبير يحافظ على صحة المجتمع." وهذا ما نسّميه بالرعاية الصحية المجتمعية الوقائية. فالوقاية رخيصة الثمن، أما العلاج فتكلفته وأخطاهه لا حدود للحسابات، فالمرضى يفقد إنتاجيته وسعادته، بالإضافة للتكلفة المادية والمعاناة العلاجية. وللتعامل مع تحديات الرعاية الصحية نحتاج للتعاون والتعاقد بين المواطن والحكومة والبرلمان والقضاء والمؤسسات البلدية والشركات الصناعية و وزارات الصحة.

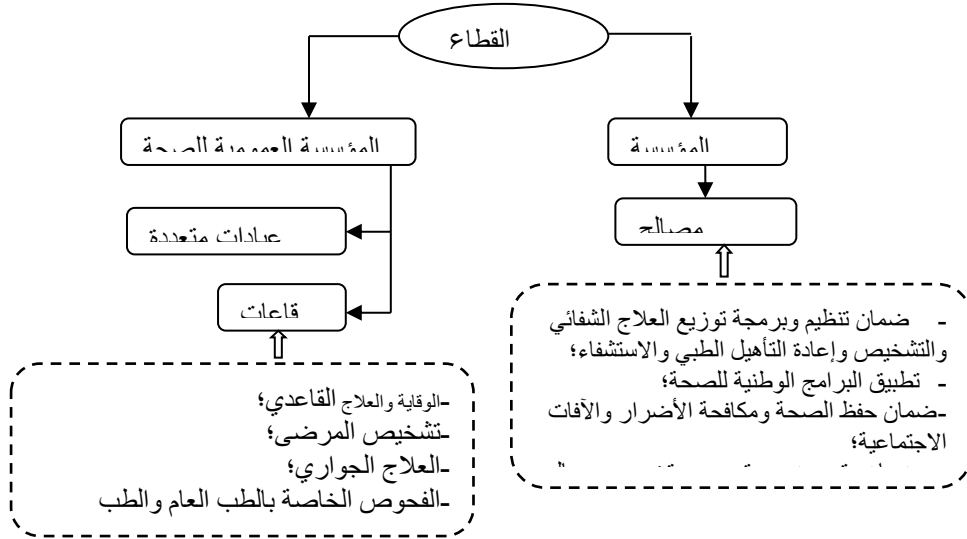
1-النسيج الصحي الجديد في الجزائر:

القطاعات الصحية في الجزائر التي وصل عددها إلى 183 قطاع عبر التراب الوطني كانت محل مراجعة وإلغاء بالكامل بدءا من سنة 2008، حيث تشكل بناء جديد للخارطة الصحية يرتكز على نوعين من المؤسسات: مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى للصحة الجوارية وذلك إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 140/07 سنة 2007، كما تضمن إعادة هيكلة إدارية وتنظيمية لهذه المؤسسات¹¹.

تختلف المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات. أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فتتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان. ولتوضيح الصورة الجديدة تمثليا فإن الشكل التالي يبين الوحدات الهيكلية للمؤسسات الجديدة ودورها.

¹⁰ خالد عبيد باواكد، الرعاية الصحية الأولية و دورها في الحفاظ على صحة المجتمع، ص3 على الموقع www.ssfcm.org تاريخ التحميل 25 مارس 2016.
¹¹ المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428، الموافق ل ماي 2007.

شكل رقم (1): مشتملات المؤسسات الصحية والمهام المسندة إليها.



المصدر: عبد الكريم منصور، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات DEA للبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، 2013-2014. ص 181.

2- الرعاية الصحية الأولية في الجزائر:

إن إعادة تنظيم الخريطة الصحية طبقا للمرسوم 07-140 يهدف إلى تعزيز العلاج الجوارحي، و تتجسد الرعاية الصحية الأولية في الجزائر من خلال المؤسسات العمومية للصحة الجوارحية، ووفق هذا المفهوم الوحدات والهيئات الإستشفائية تكون منظمة في شكل قاعات علاج تغطي حاجيات سكان الحي، حيث تم تحويل العيادات المتعددة الخدمات إلى قاعات علاج، وإعادة تهيئة القديم منها، وتعتبر قاعة العلاج الوحدة الطبية الأقرب للمواطن والأساسية، حيث أنها تقدم العلاجات القاعدية أو الأولية، وتمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الطبية الأساسية في مجال العلاج الجوارحي، وهي تابعة إداريا للمؤسسة العمومية للصحة الجوارحية. تغطي الوحدة الصحية حوالي 25000 نسمة من السكان في المناطق الحضرية مع الأخذ بعين الاعتبار المسافة، الاحتياجات المحددة للسكان، وكذا الظروف الاجتماعية والاقتصادية، كما يمكن للعيادة تغطية من 3000 إلى 4000 نسمة من السكان في المناطق الريفية¹². والهدف من إقامة عيادة متعددة الخدمات هو:

- سلمية العلاج القاعدي.
- تحديد العيادة كمرجع للعلاج القاعدي.
- تعزيز أنشطة الوقاية.

¹² عدمان مريزق، عدمان محمد، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، الملتقى الدولي التاسع الإبداع و التغيير التنظيمي في منظمات الأعمال الحديثة، جامعة سعد دحلب البلدية، 18/19 ماي 2011، ص 9.

- تصحيح التفاوت لضمان أفضل رعاية جوارية.
- جعل العيادة أكثر إنسانية للسكان.
- إنشاء علاقة طبيب مريض لنحصل على المفهوم الحقيقي لطبيب العائلة.

بموجب المرسوم 140-07 تم تخصيص على مستوى 48 ولاية، 1495 عيادة متعددة الخدمات، و5117 قاعة علاج.

إن مفهوم الخدمات القاعدية لا يعني فقط التكفل بنشاطات الوقاية و العلاج شبه الطبي لكن يشمل أيضا العلاج التطبيبي و العلاج الاستعجالي و الإسعافات الأولية، بالإضافة إلى أن برنامج التكفل بالاحتياجات العلاجية الجوارية يتضمن أيضا دعم و تعميم العيادات المتنقلة عبر كل ولايات الوطن خاصة في المناطق المعزولة و/أو خالية من الوحدات العلاجية الجوارية، و الجدول الموالي يبين تطور المنشآت القاعدية من 2008 إلى 2010 :

جدول رقم (3): تطور المنشآت القاعدية من 2008 إلى 2010

| 2010 | | 2009 | | 2008 | | السنوات |
|------------|-------|------------|-------|------------|-------|-----------------------|
| عدد الأسرة | العدد | عدد الأسرة | العدد | عدد الأسرة | العدد | المنشآت |
| | 271 | - | 271 | - | 271 | المؤسسات العمومية |
| 3272 | 1491 | 2704 | 1436 | 1988 | 1419 | للصحة الجوارية |
| - | 5350 | - | 5258 | - | 5077 | وتجمع: |
| 3200 | 431 | 2914 | 427 | 2812 | 419 | عيادات متعددة الخدمات |
| | | | | | | قاعات علاج |
| | | | | | | دور الولادة العمومية |
| | 97 | - | 94 | - | 85 | دور الولادة الخاصة |
| | 528 | - | 521 | - | 504 | دور الولادة المجموع |
| | 616 | - | 614 | - | 611 | مركز طبي اجتماعي |
| | 50 | - | 50 | - | 50 | مختبرات النظافة |
| | | | | | | الولائية |
| | - | 61690 | - | 60532 | - | عدد أسرة المستشفيات |
| | 9264 | - | 8837 | - | 8477 | الصيدليات |
| | 8322 | | 7876 | | 7509 | |
| | 89.83 | | 89.13 | | 88.58 | |

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات www.ons.dz

وخلال الفترة 2001 – 2014 عمدت الدولة الجزائرية إلى إطلاق برامج تنموية خماسية خصصت فيها مبالغ ضخمة لقطاع الصحة، حيث استطاع القطاع الصحي أن يستفيد من حصة وافرة من مخصصات برنامج التنمية الخماسي 2010 / 2014 قدر ب 619 مليار دج بهدف التكفل بإنشاء :¹³

✓ 172 مستشفى، 45، مركباً متخصصاً؛

¹³ البيان الصادر عن اجتماع مجلس الوزراء والخاص ببرنامج التنمية الخماسي 2010 – 2014 , بالجزائر في 24 ماي 2010 , ص 2 .

- ✓ 337 عيادة متعددة الخدمات؛
- ✓ يؤدي 1000 قاعة للعلاج؛
- ✓ 17 مدرسة لتكوين الشبه الطبي .

3- مساهمة الرعاية الصحية الأولية في تحسين الخدمات وتخفيض الإنفاق الصحي:

إن تغيير الخارطة الصحية و الذي صاحبه رفع معدل الإنفاق على القطاع لم يأت بثماره ،كما أن درجة استجابة النظام الصحي بالوطن لتغيير الخارطة الوبائية تبقى دون المستوى سواء من حيث تقسيم الخدمات أو من حيث نوعية العلاج .إن الرجوع إلى النظام الصحي الذي أوصت به المنظمة العالمية للصحة سنة 1978 و الذي صادقت عليه الجزائر في نفس السنة مهم جدا في خلق التوازن في الرعاية الصحية ،و هو النظام الذي ينص على مشاركة الجماعات المحلية في العلاجات الصحية القاعدية الأساسية ،أي مشاركة البلدية و الدائرة و الولاية في ميزانية نفقات الصحة غير المباشرة (السكن اللائق،توفير مياه الشرب،العناية بقتوات الصرف الصحي...)

و الجزائر تحصي 13 مركزا استشفائي جامعي في 13 ولاية فقط و حرمان أل 38 ولاية و المتبقية من مستشفى جامعي يقدم علاجا نوعيا ،و حرمانها أيضا من تكوين متخصص للأطباء ،ضف إلى ذلك أن هذه المراكز الثلاثة عشر يستهلكون لوحدهم ثلث ميزانية الصحة بالإضافة إلى عامل الاكتظاظ في هذه المراكز الذي يؤثر سلبا على عامل التكوين.¹⁴

إن المؤسسات الجوارية لم تلعب دورها مثلما يقتضيه نظام السلمية، ما يفسر نفور المريض منها طلبا للراحة، و الملاحظ كذلك أن بعض قاعات العلاج لا يتوفر فيها طبيب بشكل يومي و البعض الآخر يفتح في الفترة الصباحية ويغلق في الفترة المسائية و أخرى حولت إلى سكن بسبب غياب التأتير الطبي و بعض قاعات العلاج حولت إلى عيادات متعددة الخدمات رغم افتقارها للتجهيزات الطبية و كذا المؤطرين ولى قسم الأشعة و المناوبة الليلية و قاعة للولادة، و كذلك أغلقت العديد من قاعات العلاج خلال العشرية السوداء ، نتساءل عن الجدوى من إنشاء مؤسسات جوارية لا تقوم بالعمل الجوارى.

تحاول وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات من خلال قانون الصحة الجديد إخراج الكثير من الفحوصات من المستشفيات ليستفيد منها المرضى بالعيادات متعددة الخدمات و بقاعات العلاج ،حيث تم فتح منذ أكثر من سنة أزيد من 85% من قاعات العلاج على المستوى الوطني التي كانت تعاني من إهمال و لا مبالاة خلال العشرية السوداء ،و كذلك خصصت أزيد من 20 مليار دولار للمشاريع المتعلقة بالرعاية الصحية في أفق 2025 و الموجهة لتطوير 700 مركز طبي و لإنشاء عيادات متعددة الخدمات في القرى و الأرياف ،بالإضافة إلى 200 عيادة متنقلة لفائدة البدو و الرحل لضمان تغطية صحية تصل إلى آخر نقطة من التراب الوطني.¹⁵، إلا أن غياب البحث عن تطور الوعي الصحي للأفراد بأنهم مسؤولون على صحتهم قبل أي طرف آخر ،كما أن الدولة و تحاول توفير العلاج دون التفكير في الوقاية و

¹⁴ حنان س تغيير الخارطة الصحية لم يفد في تعزيز العلاج الجوارى،جريدة المساء،17، مارس 2015.

¹⁵ قانون الصحة الجديد سيعرض قريبا على مجلس الوزراء ،وكالة الأنباء الجزائرية ،18، جانفي 2016، على الموقع www.aps.dz/ar.

التربية الصحية بصورة منتظمة ، و التربية الصحية كما يعرفها البعض هي الفعل الذي يبحث إعلام الناس من اجل فهم الهدف أولا ، ثم الإرادة و الوسائل ثانيا ، لحماية و تحسين صحتهم و صحة تجمعاتهم، وان علاج الأمراض دون علاج المحيط الصحي و البيئي لا جدوى منه ،بل يزيد في النفقات و المشكلات.¹⁶

النتائج والتوصيات:

1-النتائج: مما تقدم يمكن استخلاص النتائج التالية:
- موضوع الصحة بشكل عام و كلفتها بشكل خاص باتا مصدر قلق لدى كل الدول و خصوصا بالنسبة للبلدان النامية المحدودة الدخل.

- أن الاستخدام الأمثل للموارد يبدأ بالرعاية الصحية الأولية و بذلك يقل العبء على مستويات الرعاية الصحية الأعلى و تليي الرعاية الصحية الأولية الاحتياجات الأساسية لأغلبية السكان عن طريق التوزيع العادل للخدمات الصحية بغية الحصول على أقصى فائدة و بأقل تكلفة.

-إن اعتماد المجتمع على ذاته في التنمية الصحية من شأنه التخفيض في التكلفة الصحية.

-يساهم تركيز الإنفاق الحكومي على التعليم القاعدي والرعاية الصحية الأولية في تجنب ضغط تكاليف الإنفاق الصحي على المدى البعيد.

- إن المؤسسات الجوارية(قاعات العلاج و العيادات) في الجزائر لم تلعب دورها مثلما يقتضيه نظام السلمية.نتساءل عن الجدوى من إنشاء مؤسسات جوارية لا تقوم بالعمل الجوارى.

2-التوصيات: يمكن الخروج من البحث بالتوصيات التالية:

-على الدول النامية منها الجزائر الاهتمام بتوفير بنية تحتية ملائمة لمباشرة رعاية صحية ناجحة.

-على الجزائر خاصة والبلدان النامية عامة الاهتمام ببناء منظومة تربية متينة ضرورية لتعبيد طريق التغذية العكسية بين الصحة والتعليم.
-أهمية التركيز الجيد على الوقاية، الذي من شأنه أن يساعد في تخفيض فاتورة الصحة، و التقليل من حدة انتشار الأمراض المزمنة و المتنقلة، التي أثقلت اليوم كاهل المواطن الجزائري و خزينة الدولة.

-نحو التوجهات القائمة في الجزائر نحو تخصيص القطاع الصحي و الاهتمام المتزايد بترشيد استخدام المرافق الصحية ، و في ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية ، يتنامى دور الرعاية الصحية الأولية في منظومة الخدمات الصحية بالجزائر.

-إعادة تنظيم قطاع الصحة الجوارية الذي يهدف إلى تخفيف الضغط الكبير الذي تشهده المستشفيات الجامعية و العيادات العمومية، و في نفس الوقت، تقديم خدمات أفضل بالهياكل الصحية الجوارية في إطار سياسة تقريب الصحة من المواطن، فضلا عن تخفيف الأعباء عن

¹⁶ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر

المستشفيات بتوزيع التخصصات من ضمنها الاستعجالات الطبية على العيادات متعددة الخدمات الخاضعة لتسيير المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

المراجع:

- 1- الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي على الموقع: www.eljazeera.net/.../healthmedicine le 22/05/2015
- 2- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، (دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014)، الجزء الأول، ص: 47-48.
- 3- كليمنس بنديت، غوبتا سنجيف، فاتورة الصحة: التباطؤ الأخير في نمو الإنفاق على الصحة العامة لا يرجح أن يدوم 2012، مجلة التمويل والتنمية، صندوق النقد الدولي، العدد 51، الرقم 4، ديسمبر 2014.
- 4- السعيد قاسمي، واقع الإنفاق الصحي في الجزائر والسبل الكفيلة لترشيدها، الملتقى الوطني سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والأفاق، المسيلة، يومي 24-25 نوفمبر 2015، ص 11.
- 5- علي دبي، عادل سلطاني، طبيعة العلاقة بين حجم الإنفاق الصحي و المخرجات الصحية، دراسة تحليلية تقييمية لواقع الإنفاق الصحي بين الدول المتقدمة و الدول النامية على غرار الجزائر، الملتقى الوطني سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر الواقع والأفاق، المسيلة، يومي 24-25 نوفمبر 2015، ص 16.
- 6- Sanjeev. Gupta, Marijn. Vehoeven, Erwin. Tiongson, (Does higher government spending buy better results in education and health care?), IMF working paper, IMF publishing, Washington, Feb 1999.
- 7- مارغريت تشان، المديرية العامة للمنظمة العالمية للصحة، سبتمبر 2008.
- 8- تعريف الرعاية الصحية الأولية على الموقع www.who.int/topics/primary-health تاريخ التحميل 20 مارس 2016 .
- 9- حنان بنت عبد الرحيم الاحمدي، محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية، دورية الإدارة العامة، العدد الثالث، أوت 2006، ص 454.
- 10- خالد عبيد باواكد، الرعاية الصحية الأولية و دورها في الحفاظ على صحة المجتمع، ص 3 على الموقع www.ssfcm.org تاريخ التحميل 25 مارس 2016.
- 11- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في ماي 2007.
- 12- عدمان مريزق، عدمان محمد، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، الملتقى الدولي التاسع الإبداع و التغيير التنظيمي في منظمات الأعمال الحديثة، جامعة سعد دحلب البليدة، 18/19 ماي 2011، ص 9 .
- 13- البيان الصادر عن اجتماع مجلس الوزراء والخاص ببرنامج التنمية الخماسي 2010 – 2014 ، بالجزائر في 24 ماي 2010، ص 2 .
- 14- حنان س تغيير الخارطة الصحية لم يفد في تعزيز العلاج الجوارية، جريدة المساء، 17 مارس 2015.
- 15- قانون الصحة الجديد سيعرض قريبا على مجلس الوزراء، وكالة الأنباء الجزائرية، 18 جانفي 2016، على الموقع www.aps.dz/ar
- 16- نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 285.