

العنوان:	إدارة تكلفة الخدمة الصحية كوسيلة للتحكم وترشيد النفقات الصحية
المصدر:	مجلة المقار للدراسات الاقتصادية
الناشر:	المركز الجامعي علي كافي بتندوف - معهد العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير
المؤلف الرئيسي:	خدير، نسيمة
المجلد/العدد:	ع2
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2018
الشهر:	جوان
الصفحات:	172 - 191
رقم MD:	1014708
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	الإنفاق الصحي، الخدمة الصحية، المعالجة الطبية، إدارة تكلفة الخدمة الصحية، الجزائر
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1014708

د / خدير نسيمه جامعة امحمد بوقرة بومرداس

إدارة تكلفة الخدمة الصحية كوسيلة للتحكم وترشيد النفقات الصحية.

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على أبعاد مشكلة تفاقم الإنفاق الصحي بما تتضمنه تكاليف الخدمات الصحية في الجزائر وذلك من خلال محاولة تشخيص الأسباب و اقتراح المجالات التي يتم فيها إجراء الحلول المناسبة على مستوى الوحدات التي يتم فيها تقديم هذه الخدمة الملحة للمريض.

الكلمات المفتاحية

الإنفاق الصحي، الخدمة الصحية، تكلفة الخدمات الصحية، المعالجة الطبية، إدارة تكلفة الخدمة الصحية.

Résumé

Le but de cette étude est de mettre en évidence les dimensions du problème de l'aggravation des dépenses de santé, y compris les coûts des services de santé en Algérie, en essayant de diagnostiquer les causes et proposer des domaines des solutions appropriées au niveau des unités qui fournissent ce service pour patient urgent.

Mots clés

Dépenses sanitaires, le service sanitaire, coûts des services sanitaires , traitements médicaux, gestion des coûts des services sanitaires.

المقدمة.

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية. وتعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى، ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها، الأمر الذي جعل من المنظومة الصحية في البلدان النامية تواجه عدة مشاكل راجعة لعدة أسباب أهمها الزيادة في عدد السكان، التطورات التكنولوجية الحاصلة في المعدات والأجهزة الطبية المستعملة لعلاج بعض الأمراض مما أدى إلى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية مقارنة بالخدمات الأخرى وبالتالي الزيادة في نسبة الانفاق الصحي بسبب ارتفاع قيمة الواردات من الأدوية والمواد الصيدلانية و الطبية. مما جعل من موضوع الانفاق الصحي في الجزائر محطة اهتمام وتركيز مسيري القطاع الصحي. ولغرض السيطرة على تكاليف الخدمات الصحية المتصاعدة باستمرار مقابل محدودية الموارد المتاحة وبمأن عملية تقديم الخدمات الصحية تتم على مستوى المستشفيات العيادات الجوارية فلا بد من محاولة التحكم و ضبط التكاليف على مستوى هذه الأخيرة. ومنه تتبلور إشكالية هذه الورقة البحثية فيما يلي:

ما مدى مساهمة إدارة تكلفة الخدمة الصحية في ترشيد وتخفيض قيمة النفقات الصحية في الجزائر؟

و من أجل الاجابة على هذه الاشكالية تطرقنا إلى النقاط الآتية:

● المقدمة

- I. الانفاق الصحي و الخدمة الصحية في الجزائر؛
- II. أسباب الضعف في تقديم الخدمات الصحية؛
- III. أسباب تضخم تكلفة الانفاق الصحي في الجزائر،
- IV. إدارة تكلفة الخدمة الصحية ودورها في التخفيض من الانفاق الصحي؛

● خاتمة مع بعض الحلول و الاقتراحات

I. الانفاق الصحي والخدمة الصحية في الجزائر.

1. تعريف الانفاق الصحي: إن الإنفاق بصفة عامة هو المرآة التي تعكس نشاط الدولة في واقع الحياة الاقتصادية؛

لذلك يعرف الإنفاق بأنه مجموع ما تدفعه الدولة من نفقات من مختلف هيئاتها قصد الحصول على الموارد

اللازمة للقيام بالخدمات المشبعة للحاجات العامة.¹

يتضح لنا من هذا التعريف أن النفقة التي تدفعها الدولة تتكون من ثلاث عناصر، وهي: المبلغ النقدي، الهيئة القائمة بعملية

الإنفاق، والهدف المتمثل في إشباع حاجة عامة. وتنقسم النفقات العامة إلى عدّة أقسام حسب عدّة معايير، فكل تقسيم يستند

إلى معيار معين.

▪ وفقاً لمعيار الأثر المباشر على الإنتاج الوطني: وتنقسم النفقات العامة وفقاً لهذا المعيار إلى:

- النفقات الحقيقية: وهي تلك التي تؤدي إلى زيادة مباشرة في الإنتاج الوطني، لذلك فهي تعرف بالنفقة المنتجة. وهي تتم مقابل خدمة مثل الخدمات الصحية.

- النفقات التحويلية: وهي التي تستعمل من طرف الأفراد، فهي لا تؤدي إلى استهلاك الدولة للموارد العينية، بل تؤدي إلى تحويل قوة شرائية من القطاع العام إلى القطاع الخاص؛ معنى ذلك أن الإنفاق هنا يقوم به القطاع المستفيد من النفقات التحويلية. وتنقسم هذه النفقات إلى: نفقات تحويلية اجتماعية، نفقات تحويلية اقتصادية، ونفقات تحويلية مالية.

▪ وفقاً لمعيار إمكانية تغطية النفقة بالقرض أو الإصدار النقدي: و تنقسم إلى:

- النفقات العادية: هي تلك التي لا تؤدي إلى زيادة الأموال، بعبارة أخرى لا تدر دخلاً.

- النفقات غير العادية: هي تلك التي تدر دخلاً، والتي تؤدي إلى زيادة الأموال المالية وزيادة الخدمات الشخصية.

▪ وفقاً للوظائف التي تؤديها الدولة :

- التقسيم الإداري: وتنقسم النفقات تبعاً للهيئات الإدارية التي تقوم بها بغض النظر عن أوجه النشاط لهذه الهيئة.

- التقسيم الوظيفي: ينصف إلى تقسيم النفقات العامة تبعاً إلى الوظائف التي تقوم بها الدولة.²

ومنه يمكن القول أن الانفاق الصحي عبارة عن نفقة حقيقية تقدم من طرف الدولة و مسيرة من طرف وزارة الصحة، السكان و إصلاح المستشفيات (MSPRH)، و التي تقوم بدورها بإدارة مؤسسات العلاج الاستشفائي والقطاع الصحي العمومي، بهدف ضمان الخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع.³

وقبل التطرق إلى تفاقم الانفاق الصحي في الجزائر وأسبابه من المفيد التعرف على مفهوم الخدمة الصحية في العنصر الموالي:

2. تعريف الخدمة الصحية: تعرف الخدمة الصحية بأنها" عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على

مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية".⁴

يتضح من التعريف أعلاه أن كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة يعتبر ضمن الخدمات الصحية. ولغرض التوضيح أكثر رأينا أنه من الضروري التفريق بين مفهومين وهما:

- **الرعاية الطبية:** ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية كالخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يرتبط بها من خدمات طبية متخصصة مكاملة كالفحوص المخبرية والتحليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الأشعة، الإسعاف، التمريض، والخدمات الصيدلانية والغذائية وغيرها.

- **الرعاية الصحية:** فيقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره، بهدف توفير الصحة للجميع، كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية، رعاية المسنين وغيرها.⁵ وانطلاقا مما سبق، يمكن أن نميز الخدمات الصحي عن غيرها من خلال الخصائص الآتية:

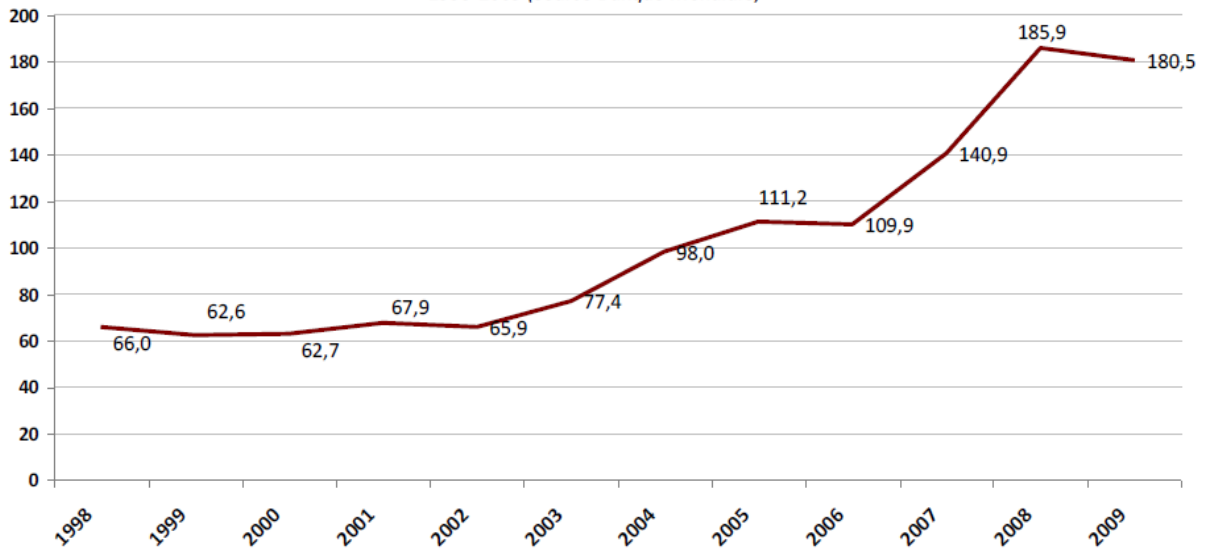
- **خصائص الخدمات الصحية:** تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى الى خصوصية تلك الخدمات، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به الخدمة للجمهور. ويمكن تحديد هيه الخصائص بالاتي (-: البكر ، مصدر ساب ، ص59 :

- تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها الى تحفي منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراد أو منظمات أو هيئات؛

- الخدمة الطبية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الانسان وشفائه؛
- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عم المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها؛
- في منظمات الأعمال عموما تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الادارة. بينما المنظمات الصحية (المستشفى) تكون قوة القرار موزعة الى حد ما بين الادارة ومجموعة الأطباء.
- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمة الصحية إي أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراء التحاليل؛
- نظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء، فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطب في خدمات أخرى على عملها؛
- نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، فإن الأمر يستوجب تقديم الخدمة الصحية لطالبيها، لأنه لا يمكن الاعتذار عن تقديمها لمن يحتاجها⁶.

3. الانفاق الصحي في الجزائر: لقد تفاقمت نسبة الانفاق الصحي في الجزائر منذ سنة 2005 حيث وصلت إلى 7% من الناتج المحلي الخام، خاصة وأن هذا الارتفاع لا يعني التحس و الجودة في الخدمات الصحية المقدمة للأفراد. الشكل الآتي يوضح ذلك.

الشكل رقم (1): تطور الإنفاق الصحي في الجزائر (1995-2009) (Source Banque Mondiale)



Source: Rapport du cinquantenaire de l'indépendance, enseignements et vision pour l'Algérie 2020, P31.

يبين الشكل أعلاه تفاقم قيمة الانفاق الصحي في الجزائر منذ سنة 2005 بقيمة 98.0 مليار \$ ، واصل الارتفاع في قيمة النفقات الصحية إلى 185.9 مليار \$ في سنة 2008 ليشهد بعد ذلك انخفاضا طفيفا سنة 2009 بقيمة 180.5 مليار \$. ويتضمن الانفاق الصحي في الجزائر كل من الأدوية و المواد الصيدلانية ومجانبة الخدمات الاستشفائية، وتكاليف الأدوية لذوي الأمراض المزمنة... وغيرها من الخدمات التي تدخل ضمن الإطار الصحي. و بذلك تنقسم نفقات كل فرد على الصحة إلى 80% من الأعباء تتكفل بها الدولة و 20% يتحملها الفرد.⁷ الأرقام الآتية توضح ذلك بشيء من التفصيل .

■ **الأدوية:** إن السوق الوطنية للأدوية بالجزائر محدودة بنسبة صغيرة من قائمة الأدوية، حيث بلغ حجم هذه السوق 9,2 مليار دولار منها 1,73 مليار دولار من واردات الأدوية في عام 2011 مقابل 0,46 في عام 2001 و 1,17 مليار دولار من الإنتاج المحلي حيث تعود 84 % من الإنتاج المحلي للقطاع الخاص و 16% للقطاع العام. وهو ما أدى إلى ارتفاع أسعار بعض الأدوية و ندرة البعض الآخر من جهة وإلى تدخل الدولة عن طريق صندوق الضمان الاجتماعي لحماية الأفراد من تكاليف الأدوية من جهة أخرى.

و الجدول الآتي يبين قيمة الواردات من الأدوية في السوق الجزائرية.

الجدول رقم (1): واردات الأدوية من 2001 إلى غاية نوفمبر 2012

السنة	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
واردات الأدوية	461,62	583,31	693,03	913,91	1002,41	1119,38	1335,42	1695,20	1575,32	1498,29	1730,31	1499,61

الوحدة: مليون دولار.

المصدر: www.ANDI.dz

تُظهر الأرقام في الجدول أعلاه الارتفاع المتواصل في فاتورة الدولة من الواردات الخاصة بالأدوية من سنة 2001 إلى غاية سنة 2012.

و لا يقتصر الانفاق الحكومي على الأدوية فقط بل يتضمن المواد الصيدلانية كذلك و الجدول الآتي يبين الواردات من المواد الصيدلانية في السوق الجزائرية.

الجدول رقم (2): واردات المواد الصيدلانية من 2001 إلى غاية نوفمبر 2012

السنة	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
واردات الأدوية	461,62	583,31	693,03	913,91	1002,41	1119,38	1335,42	1695,20	1575,32	1498,29	1730,31	1499,61

الوحدة: مليون دولار.

المصدر: www.ANDI.dz

من خلال الجدول نلاحظ أن واردات الجزائر في مجال المواد الصيدلانية بلغت 1 967 مليون دولار لعام 2011 مقابل 492,53 مليون دولار خلال عام 2001. وهو يثبت كذلك الارتفاع نفقات الدولة على القطاع الصحي.

4. السياسات المتخذة من طرف الدولة لتقليل قيمة الواردات والنفقات الصحية: ومن نفس المصدر تتمثل الإجراءات و السياسات المتخذة من طرف الدولة بهدف التقليل من قيمة الواردات من الأدوية فيما يلي:

- يتوقع المخطط التوجيهي للصحة للفترة 2009-2025 إستثمارات تقدر ب 20 مليار أورو لبناء مرافق صحية جديدة وكذا تحديث المستشفيات الموجودة. في هذا الصدد تم الشروع في الإصلاحات المتعلقة على تفريد وظيفة صيانة البنى التحتية ومعدات المستشفيات وتدريب الهيئات الصحية.
- في إطار برنامج الإستثمارات العمومية للفترة الممتدة ما بين 2010-2014، إستفاد قطاع الصحة من غلاف مالي قدر ب 619 مليار دينار جزائري. تعتم الخطة العريضة لهذا لبرنامج إنجاز 172 مستشفى، 45 مجمع صحي متخصص، 377 مستوصف، 1.000 قاعة علاج، 17 مدرسة للتدريب شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسات متخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة.
- تقدر عدد المشاريع المسجلة لفترة 2002-2012 في مجال الصناعة الصيدلانية ب 130 مشروع بمبلغ قدره 73 213 مليون دج.
- تعتبر الجزائر أول سوق للمواد الصيدلانية في جنوب حوض البحر الأبيض المتوسط، ب 1967,75 مليون دولار من الواردات في عام 2011.
- حددت الصناعة الصيدلانية في الجزائر لنفسها هدف تحسين آلياتها من أجل تحقيق جلب للاستثمار المحلي والأجنبي بهدف ضمان تغطية السوق من الإنتاج المحلي لتصل إلى 70% في عام 2014، و الذي عرف معدل نمو قوي سريع و ثابت.
- إضافة إلى ذلك، وضعت وزارة الصحة نظاما جديدا لتمويل المؤسسات بالمواد الصيدلانية الموجهة لضمان التوفر "الكامل والدائم" للأدوية. يضاف هذا النظام إلى التدابير التي اتخذتها الدولة لتصفية قطاع توزيع الأدوية وتطوير وتحديث المنتجات "الحساسة".⁸

رغم المحاولات و الجهود التي قامت بها الدولة الجزائرية للنهوض بقطاع الصحة و ما قدمته من امتيازات للمستثمرين الخواص في هذا القطاع وما تضخه من موارد و معدات طبية في المستشفيات العمومية لتغطية تكاليف العلاج وكل الإصلاحات التي تقوم بها لترقية الخدمات الصحية، إلا أنها لم تتمكن من تحقيق الهدف بالشكل المطلوب، إذ يزال أفراد المجتمع يعانون من نقص في التكفل بأبسط الحالات في بعض المستشفيات وسوء المعاملة والاستقبال في بعض الأحيان، و الإنفاق على قطاع الصحة لا يزال يتقل

ميزانية الدولة حسب الأرقام الموضحة في الجدولين السابقين 1 و 2 . ومن هنا يطرح السؤال نفسه ما هو السبب النقص وسوء الاستفادة من الخدمات الصحية التي يعاني منها الفرد في الجزائر رغم ارتفاع وتيرة الانفاق الصحي؟

II. أسباب الضعف في تقديم الخدمات الصحية في الجزائر:

ترجع أسباب العجز و القصور في تقديم الخدمات الصحية إلى الأسباب الأتية:

- **القيادة والإدارة الصحية :** وفقا لإطار منظمة الصحة العالمية لتقييم إدارة النظام الصحي يستند الإطار التحليلي إلى مبادئ الإدارة التالية: الرؤية الاستراتيجية، وتوجيه المشاركة والتوافق؛ وسلطة القانون، والشفافية؛ والاستجابة؛ والإنصاف والشمولية؛ والفعالية والكفاءة والمساءلة، والمعلومات والذكاء؛ والأخلاق .و هو غائب في معظم المؤسسات الصحية بالإضافة إلى عدم التحديث وترك التشريعات القديمة، وتتضمن أسباب ذلك ما يلي: تذبذب الالتزام السياسي، ومقاومة من أعلى المستويات لإعادة توزيع السلطة والمسؤولية، وعدم الوضوح في مساحة اتخاذ القرارات التي منحت للمستوى الهامشي، ونقص البرامج تدريبية، مما أدى إلى سوء إدارة تكلفة الخدمات الصحية و الاستشفائية؛
- **الرعاية الصحية الأولية:** تستهلك المستشفيات أكثر من 50 ٪ من إجمالي النفقات الحكومية الصحية ورغم التكاليف المالية الضخمة إلا أن نوعية الخدمات الصحية تعرف بعض التدهور في المناطق الجنوبية والناحية. بالإضافة إلى عدم تنظيم المصالح الصحية فبالرغم من عددها المعتبر لا تستجيب الهياكل الصحية العمومية إلى جزئيا للطلب الصحي، حيث يعرف التكفل بالأمراض نقصا متزايدا؛ التوزيع السيئ لمهنيي الصحة، حيث تشهد المنطقة الجنوبية تغطية سيئة بخصوص الأطباء المختصين، فضلا عن اتجاه هؤلاء إلى المؤسسات الخاصة؛
- **التمويل الصحي:** رغم ارتفاع الثقل التمويلي الذي تسببه المؤسسات الصحية على كاهل ميزانية الدولة تتمثل الأسباب الرئيسية لعدم كفاءة التمويل الصحي في الجزائر إلى الكفاءات غير الملائمة، واستخدام تكنولوجيا غير ملائمة في تقديم الخدمات الصحية، و الاختلاسات و الانحرافات التي يقوم بها بعض مسيري القطاع بسبب ضعف النظام الرقابي على النفقات و التكاليف؛
- **ضعف نظم المعلومات الصحية:** يشكل تعزيز نظم المعلومات الصحية، بما في ذلك السجل المدني، ورصد عوامل الخطر ونسبة انتشار المرض وأداء النظام الصحي تحديا آخر يجب أن تنظر فيه السلطات الصحية الوطنية. وبشكل عام، فنظم المعلومات الصحية هي غير كافية من حيث تقرير الجودة وحسن التوقيت، حيث هناك ازدواجية وتشتت في جمع البيانات بالإضافة إلى عدم وجود تصديق دقيق في إطار ب ا رمج مختلفة. وليس جميع البلدان الأعضاء تتوفر على تسجيل موثوق للمواليد والوفيات، ومعظمها لا يقدم الأسباب الكاملة والدقيقة حول الوفاة والمعلومات المصنفة حسب العمر، ونوع الجنس والمكان و/أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية. والتي تنتج في نهاية المطاف جودة منخفضة لمنتجات المعلومات المرتبطة بالمخاطر الصحية ونسبة انتشار المرض والوفيات وتغطية التدخل.
- **القوى العاملة الصحية:** لا تزال الجزائر تعاني من نقص في تنوع وكمية وكفاءة القوى العاملة الصحية وعدم كفاية أداء القوى العاملة بسبب ضعف ممارسات الإدارة في القطاعين العام والخاص، ومشاكل في الخروج، وخاصة غياب سياسات

- لإدارة الهجرة والاستنزاف للحد من فقدان الموارد البشرية و عدم رضا الكادر البشري بسبب غياب التحفيز وانخفاض الأجور؛⁹
- سياسة التكنولوجيا الصحية: لا تزال الاجراءات الاستشفائية في المؤسسات الصحية تتم بطرق تقليدية رغم وجود برامج متطورة لحفظ المعلومات الخاصة بكل مريض أو ما يسمى بنظام المعلومات الصحي الالكتروني والذي له دور بالغ الأهمية في تخفيض من حجم الانفاق الصحي.¹⁰
- المساواة والشفافية والمساءلة: وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية، المساواة هو عدم وجود اختلافات يمكن تجنبها أو إصلاحها بين مجموعات من الأفراد، سواء تم تعريف تلك الجماعات اجتماعيا أو اقتصاديا أو ديموغرافيا، أو جغرافيا. و يمثل الحصول على الخدمات الصحية المحلية تحديا كبيرا في العديد من المدن، حيث الإنفاق كبير من خارج الجيب على الخدمات الصحية و/أو عدم كفاية القوى العاملة الصحية. رغم أن الانفاق الصحي يشمل الفئات الضعيفة من السكان، مثل النساء الحوامل والأطفال حديثي الولادة، أو مجموعات من السكان ذوي الاحتياجات الخاصة، الأشخاص الذين يعانون من إعاقات جسدية، وكبار السن، والأطفال، إلا أن التمويل الصحي يعتمد بشكل كبير على الإنفاق من خارج الجيب، وبالتالي فهو مصدر هام للإنفاق الصحي الكارثي والافتقار مما سيؤدي إلى عدم المساواة بين الفئات المختلفة في المجتمع. وكانت هذه واحدة من العقبات الرئيسية في توفير الخدمات الصحية للفئات الفقيرة ذات الدخل المنخفض في المجتمع.
- الأمن الصحي واللوائح الصحية الدولية: تعرف العديد من المؤسسات الصحية صعوبة في مواجهة حالات الطوارئ المعقدة، ومعظم النظم الصحية هي غير معدة إعدادا جيدا للاستجابة لهذه الحالات. و توجد أوجه القصور في التنسيق، والتعاون والتخطيط، والاتصالات وتبادل المعلومات، والتعليم والتدريب، والتشريعات و الأنظمة، والقدرة على التدخل السريع
- عدم وجود نظم إدارة الجودة في المختبرات فيما يتعلق بأهمية هذه النظم من جانب السلطات الوطنية، وأدوات والاحراءات اللازمة لذلك.¹¹
- إن التمويل العادل يمثل أحد أهم عناصر الانفاق العام و الانفاق الصحي بصفة خاصة. وحسب منظمة الصحة العالمية التمويل العادل في الأنظمة الصحية يعنى أن المخاطر التي تواجهها الأسرة نتيجة لتكاليف الخدمات الصحية توزع حسب القدرة على الدفع وليس حسب توزيع المرض. كما أن الانفاق الصحي العادل يشمل جميع أفراد المجتمع بغض النظر عن دخلهم و عن انتمائهم الاجتماعي و الطبقي. حيث لا يزال جزء كبير من السكان في الدول النامية عاجزا عن الاستفادة من الخدمات الصحية بسبب التكاليف المرتفعة على اعتبار أن ذلك سيجرهم إلى الفقر ومما لا شك فيه أنه لا يوجد حد أدنى من النفقات المطلوبة حتى يتمكن أي بلد من تقديم كل الخدمات الصحية الضرورية المناسبة لسكانه مع تفاوت ذلك ممن بلد لأخر فقد ينفق بلد ما الكثير من الأموال في قطاع الصحة ويقتى العائد أقل بكثير من المستوى المطلوب، وقد لا تتناسب المزايا مع التكاليف على الرغم من أن بعض الخدمات الصحية غير مكلفة أساسا

فعلى سبيل المثال لا يزال الكثير من مقدمي الخدمات الصحية يقدمون المضادات الحيوية لعلاج الأمراض الفيروسية على الرغم من ثبوت عدم جدوى ذلك.

ويعتبر تمويل الخدمات الصحية عادلا تماما إذا كانت نسبة إجمالي الانفاق على الغذاء إلى إجمالي الانفاق على غير الغذاء هي نفسها لدى كافة الأسر في البلد الواحد حسب المنظمة العالمية للصحة. وبعبارة أخرى فإن النظام الصحي العادل يضمن عدم اضطرار الفئات الفقيرة إلى حص أكبر من دخلها غير الغذائي لشراء الخدمات الصحية أكثر من الفئات الغنية. و تشير الإحصائيات إلى أن الفئات التي تنفق 50% أو أكثر من دخلها غير الغذائي على الصحة معرضة للفقر؛

- نقص المعلومات الخاصة بالتشخيص الطبي وحالة العلاج ونوعيته والأسعار الخاصة بهذه الخدمات؛
- وجود حواجز على انتقال عناصر الإنتاج في سوق الخدمات الصحية مثل القيود المفروضة على ممارسة المهن الصحية؛
- انخفاض حوافز المرضى ومقدمي الخدمات الصحية على تخفيض التكاليف؛
- تقديم خدمات صحية ذات جودة متردية بسبب عدم تأهيل الكادر البشري وعدم توافق التجهيزات الطبية الموجودة مع ما يعرفه المجال الصحي من تطورات.¹²

III. أسباب تضخم تكلفة الانفاق الصحي في الجزائر:

1. مكن ارجاع أسباب تصاعد التكلفة إلى:

- التغير الكبير في طبيعة مخرجات المؤسسات الصحية بسبب المدى المتزايد للخدمة الصحية وكثافتها؛
- الدرجة العالية من التقدم التكنولوجي وتعقيد الخدمات الصحية؛
- النوعية العالية للخدمة الصحية و التي تتطلب توظيف عناصر بشرية أكبر وأفضل تدريباً ومهارة مع توظيف عدد أكبر من المدخلات المادية
- زيادة نصيب الفرد في استعمالية الخدمات الصحية؛
- التضخم الاقتصادي العام الذي يؤثر على أسعار كافة السلع والخدمات؛
- النمو السكاني وتزايد معدلات توقع الحياة؛
- ضرورة زيادة انشاء المؤسسات الاستشفائية لا ستعاب الزيادة في عدد السكان؛
- التقدم في المعرفة الطبية والابداع التكنولوجي لتشخيص الأمراض و معالجتها جيداً؛
- تدريب الأطباء وخاصة مع التطورات التي تعرفها الأجهزة الطبية و التي تتميز بدرجة عالية من التعقيد؛

- التغيير في التركيب العمراني للسكان حيث أن الزيادة في عدد كبار السن الأكثر من 65 سنة وصغار السن الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و16 سنة حيث تحتاج هذه الأخيرة إلى خدمات صحية أكثر من الفئات الأخرى بنسبة 3.5 مرة؛
 - الهجرة المتزايدة من الريف إلى المدينة وتحسين طرق ووسائل المواصلات مما أدى إلى سهولة الوصول للمؤسسات الصحية؛
 - زيادة قدرة الفرد واستعداده لطلب الخدمة الصحية بسبب تحسن الدخل الأسري و الفردي، تحسن مستوى التعليم و الثقافة العامة و الصحية، وجود برامج التأمين الصحي العام والخاص.
- إن مجموع هذه العوامل أدى إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية وهو ما أدى إلى زيادة كلفة هذه الأخيرة بسبب زيادة حجم المدخلات في المؤسسات للاستشفائية وهو ما يعرف بتضخم تكلفة الخدمات الصحية.

2. المدى المتزايد للخدمة الصحية: لقد كانت الخدمات التي تقدمها المستشفيات أمس محدودة و بسيطة كما

وكيفا وهو ما تميزت المؤسسات الصحية و الموارد البشرية والمعدات الطبية، عكس السنوات الأخيرة التي عرفت تقدما كبيرا في مجال الطب ومن أمثلة ذلك نجد: مراقبة تطور الأجنة، التخطيط الطبقي بالكمبيوتر، جراحة القلب المفتوح، زراعة الأعضاء، الجراحة المجهرية، المعالجة بالأشعة، تنقية الدم. وكل هذه الخدمات تتطلب تصميم بنايات ملائمة وكلفة عالية وعناصر بشرية مدربة. ويعمل الأفراد على الضغط على الدولة لتوفير هذه الخدمات في المستشفيات والقرب من مناطق إقامتهم؛

3. تزايد كثافة الخدمات الصحية: إن طبيعة العملية التدريبية والتكوينية التي يتلقاها الأطباء والتي تتم عادة في

مستشفيات متقدمة، يدفعهم إلى طلب فحوصات وإجراءات أكثر.

خوفا من المقاضاة الحقوقية من قبل المرضى ومبدأ عدم التيقن الطبي يلجأ الأطباء إلى ممارسة ما يسمى بالطب الدفاعي، ويميل الأطباء كذلك إلى استعمال التكنولوجيا المتقدمة لارتباط ذلك الاستعمال بالمركز الاجتماعي للطبيب وشهرته في المجتمع وأما زملائه ولزيادة دخله، وعادة ما لا يتأثر الأطباء ماديا بسبب الاجراءات و الخدمات التي يطلبونها ويقدمونها لمرضاهم. كما أن وجود التأمين الصحي يحفز المرضى على طلب الأفضل بغض النظر على التكلفة، كما يحفز المستشفيات على توفير خدمات متقدمة ومعقدة ومكلفة طالما أن التأمين الصحي سيدفع الكلفة.¹³

IV. ضبط تكلفة الخدمة الصحية كسبيل لترشيد الإنفاق الصحي في الجزائر:

هناك العديد من العناصر الواجب مراعاتها عند الاهتمام باحتواء النفقات الصحية في ا في برامج التمويل وهي:

- الوعي بالتكلفة وكيفية احتسابها؛
- مراقبة التكلفة؛
- إدارة التكلفة.¹⁴

وقبل البدء بمعالجة هذه العناصر تطرقنا إلى بعض المفاهيم الأساسية الخاصة بالتكاليف فيما يلي:

تعرف محاسبة التكاليف الصحية على أنها عبارة عن أداة تحليلية تحكمها مجموعة من المبادئ و الأصول العلمية و يطبقها المختصون بحسابات التكاليف لتتبع و تسجيل و تحليل عناصر التكاليف من مواد وعمال و خدمات و محاولة خفضها ما أمكن.

شريطة أن لا تؤثر على طبيعة و سير العمل و ربطها بمراكز الكلفة و إحكام عملية الرقابة عليها؛ و مساندة الإدارات في عمليات اتخاذ القرارات المناسبة من بين البدائل المتاحة للتوصل لأقصى درجات الكفاية من خلال تجميع و تسجيل و توزيع وتحليل وتفسير كافة البيانات المتعلقة بالكلفة سواء المباشرة أو غير المباشرة و الثابتة و غير الثابتة و شبه الثابتة وشبه المتغيرة ؛

بالإضافة إلى احتساب تكاليف العامل الزمني : كالتكاليف المعيارية و الفعلية و الإيرادية و الرأسمالية والتكاليف الخاصة بجزئيات عمل المؤسسة الصحية (أقسامها) من إنتاج الخدمات و صيانتها و الخدمات الفندقية و الإدارية الفنية و التصميمية و التخطيطية وضبط الإنتاجية و الجودة و إدارات البحوث و الدراسات و التي جميعها تتعلق بإنتاج و تقديم الخدمات الصحية .

1. العوامل التي تؤثر على التكاليف :

حجم الخدمات الصحية، و حجم الإنفاق المبدئي، و الكفاءة في العمل، و القرارات الإدارية.

القيم لوحدة التكلفة : هي تلك القيمة التي يمكن تقسيمها لاستخدامها في كل بند من بنود التكاليف وأقل إمكانات عمل ممكنة ، وهي ضرورية أيضا لحفظ كافة السجلات الرئيسية والفرعية التفصيلية .

مركز التكلفة المالية : هو القسم الذي تحسب تكاليفه المباشرة و غير المباشرة .

عملية توزيع التكاليف: بمعنى تخصيص التكاليف غير المباشرة لقسم معين، و تتطلب قرار إداري مقيد بتكلفة جمع البيانات و الغرض الذي تجمع من أجله هذه البيانات.

عوامل الترجيح: تعطى للتمييز و للتمييز بين الاختلافات النسبية في الخدمات الصحية المقدمة وذلك باستخدام وحدات التكاليف في اتجاهين.

مثال ذلك كحساب تكاليف الصور الشعاعية في العيادات الخارجية و الأقسام السريرية حيث يلاحظ أنها قد تستغرق وقتا أطول لتجهيزها و إعدادها و التعليق عليها و إعداد التقارير الطبية المفصلة من الأخصائيين بينما يلاحظ أن صور الأشعة في العيادات وخصوصا بانوراما الأسنان فلا تحتاج لشروحات و تقارير طبية و وقتها أقصر و كلفتها أقل و قد تبلغ مقدار العشر للصورة السريرية ، و عليه فإن عامل الترجيح في هذه الحالة هو عشرة تقريبا .

2. **كيفية وضع التصاميم لنظم تكاليف الخدمات الصحية:** يلاحظ أن مثل هذه التصاميم تختلف من مشروع لآخر

و من نوعية خدمة لأخرى و ذلك تبعا لحجم النشاط و الظروف المحيطة بها و يعتمد كل ذلك على عدة عوامل أهمها :

▪ **الحجم فإنه يؤثر على اختيار نوعية الخدمة (المؤسسة) :** فكلما زاد الحجم زاد العبء و توسعت الإدارة ،

و عليه فلا بد من تفويض الصلاحيات و السلطات لأن التنظيم الفعال يتطلب تقسيم العمل حسب التخصصات

لاستغلال كافة المهارات المتوفرة و السعي لتحقيق الأهداف بكفاءة عالية . لذا فإن نظم التكاليف تقوم بعملية

قياس كافة النشاطات الوظيفية ؛ و لبيان و توضيح أعباء إدارة التكاليف و بياناتها المطلوبة لكل مؤسسة

صحية أو خدمة فالبيانات الناجمة عن نظم التكاليف تعتمد على الغرض الذي صممت من أجله نظم التكاليف

المتكاملة لتزويد المشروع (الصحي) بالبيانات اللازمة و أهمها :

- تكلفة إنتاج الوحدة الإنتاجية للمؤسسة مستخدما تحديد تكلفة إنتاج الخدمة الصحية الواحدة من حيث تحديد سعرها و ربحها ، ثم تحديد المخزون السلعي للوازنها التشغيلية في نهاية الفترة المحاسبية .

- إعداد التقارير التي تبين درجة النجاح أو الفشل في تنفيذ الأعمال المرسومة مسبقا مبينة مقادير و نسب الانحرافات الفعلية للبيانات عن نظيرتها المقدرة و الهادفة لمعالجة هذه الانحرافات السلبية ، كما و تقيس مدى الكفاءة في استغلال عوامل إنتاجها .

- بيان التقارير الخاصة بعمليات التوسعات في إنتاج الخدمات الصحية أو تقليصها حسب مقدار الطلب عليها مع تقييم ربحتها ؛ فهي ترشد الإدارة العليا عما يجري في المشروع أو المنشأة الصحية من أجل تحسين و رفع كفاءة العمل .

▪ **طبيعة العمليات الإنتاجية للخدمات الصحية :** يلاحظ بأنها متنوّعة و مختلفة ، فالصناعة الصحية تحدد نظم

التكاليف بالكيفية التي تقدّم فيها هذه الخدمات مما يؤدي إلى عملية اختلاف طريقة احتساب تكاليفها و يتم

ذلك من خلال :

- طريقة محاسبة تكاليف أوامر التشغيل ومحاسبة تكاليف مراحل هذا التشغيل : إن مراكز التكلفة و هي العملية التي تحدد مراكز التكاليف و تطبيق التقسيمات الإدارية التي تتحكم في الإجراءات المحاسبية و الإدارية لها ، ويتأتى ذلك من خلال إحكام الرقابة على كفاءة التنفيذ و تقديم الخدمات داخل المؤسسات الصحية مما يسهل من تحديد نسب الانحرافات و تصحيح مساراتها و إتباع الأسس الكفيلة لتوزيع هذه الخدمات بعدالة مع مقارنة تكاليف إنتاجها و تقديمها بالكلف الخارجية و الإجمالية ، و كل ذلك مع تحديد الفترات الزمنية التي يتم فيها تقديم الخدمات الصحية الوقائية و العلاجية المباشرة و غير المباشرة مع الأخذ بعين الاعتبار الجهات المقدمة للتأمينات الصحية و احتسابها على الأسس السنوية أو للفترات الخدمية الدورية (ربع أو نصف السنوية) لإعداد الميزانيات التقديرية و القوائم التكاليفية لمعرفة اتجاهات النشاطات المستقبلية المتعاقبة ، و الكشف عن الأخطاء و الانحرافات و تعديل المسارات المنهجية عمل الخدمات الصحية لضمان إستمراريتها ، و ذلك لتحقيق الأهداف المرجوة و المرسومة و إمكانية تعديل المسار عند اللزوم مع التميز بالمرونة ضمن المعايير المعتمدة ، مع إمكانية استخدام كافة و سائل التسويات و الحسابات المالية و حسابات الكميات و التكاليف بكفاءة و اقتدار .

■ أبرز عناصر التكاليف : تتكوّن أي مؤسسة صحية من عدة عناصر أساسية أهمها :

- **المواد :** و تشمل أثمان شرائها و مصاريف نقلها (شحنها) و التأمين عليها ، عمليات الخصم و الحسم التجاري عند تحديد كلف المواد الداخلة و المستخدمة في المؤسسة الصحية منذ مراحل الإنشاء و حتى بدء مراحل التشغيل و شراء العلاجات و ما شابه من مواد لازمة لسير عملها ، ضمان تغطية أعباء التمويل كالقروض و الفوائد و تعتبر عبئا يحمّل للأرباح و الخسائر ، و هي تكاليف مباشرة كالعلاجات و الأجهزة الطبية ، و غير مباشرة كالوقود و الخدمات الفندقية و أمور التنظيف و الغسيل ...

هذا و يتم تسجيل هذه المواد بناء على طلبات و أوامر الشراء و التعاقدات سواء المحلية أو الخارجية ، و شروط استلام المواد و التجهيزات و تصنيفها و تسجيلها بأرقام و رموز و على بطاقات خاصة و بعدة نسخ تحفظ لدى جهات مختلفة مع بيان شروط التخزين و الاستلام و التسليم و ضرورة أن يكون هناك رقابة دورية على جميع المواد إداريا و محاسبيا ، مع عدم إغفال العمل بسياسات و طرق التسعير الفعلية ، و عمل المتوسطات للكلف المرجحة والمتحركة .

ويمكن احتساب متوسط التكلفة = تكلفة الكمية الموجودة بالمخازن + تكلفة الكميات الواردة للمخازن مقسومة على الكميات الموجودة بالمخازن + الكميات الواردة للمخازن.

هذا المتوسط يمكن احتسابه عند ورود كميات جديدة وتسعيها للإنتاج (لإنتاج الخدمات الصحية المطلوبة بالمواصفة الفنية) .

وعليه فيمكن أن يحسب متوسط التكلفة لإجمالي تكاليف الكميات الواردة أو الخدمات المقدمة و لا يحسب متوسط التكلفة لتكلفة الوحدة الواحدة من الكميات الموجودة أو الخدمات المتوفرة لتقديمها ؛ و تستعمل هذه الطريقة غالبا عند تقلبات الأسعار السريع الناجم عن بعض الضغوط سواء السياسية أو النقابية أو العمالية ... (الضغوط السوقية) . لذلك يكون الصرف بكميات صغيرة أو تقديم الخدمات الصحية لفترات محددة قصيرة تحدد أسعارها حسب تقلبات السوق كأسعار المواد الخام للأدوية أو تكلفة التصنيع للعقاقير الدوائية والمواد والتجهيزات الطبية والعلاجية وضغوط شركات الأدوية و المصانع و النقابات لرفع الأجور العمالية أو قد تكون ضغوط حكومية لسن قوانين الضرائب أو رفع المعدلات الضريبية كما هو حاصل في البلدان النامية .

- **التكاليف غير المباشرة :** و تنقسم إلى : تكاليف صناعية (الصناعة الصحية) غير مباشرة و تكاليف بيعية (كلفة تقديم الخدمات الصحية) . بالإضافة إلى التكاليف الإدارية ، كلفة إدارة المنشآت و المؤسسات الصحية .

ولإيجاد معدلات التحميل لكلف المواد المباشرة = التكاليف الصناعية غير المباشرة لمركز الإنتاج مقسومة على تكاليف المواد المباشرة لهذا المركز مضروبا في 100 % . أي أن كل أمر تشغيلي لأي عنصر أو مادة يجب أن يمرر من خلال هذا المركز و يتحمل تكاليف صناعية غير مباشرة من كلفة المواد المباشرة الصادرة لهذا الأمر نفسه ، و على نفس الأسس فإن :

معدل التحميل = الكلف الصناعية غير المباشرة لمركز الإنتاج تكون مقسومة على كلف العمل المباشر لنفس المركز (المنشأة) مضروبا في 100 % . و بنفس المبدأ أو القانون أعلاه يمكن احتساب معدل التحميل بعد القسمة على عدد ساعات العمل المباشرة ، أو من خلال عدد ساعات عمل المنشأة أو الآلات فيها ، أو من خلال عدد الوحدات المنتجة أيضا و هكذا...¹⁵

3. **كفاءة التخصيص :** تتحقق كفاءة تخصيص الموارد في المؤسسات الصحية عندما يتم توزيع الموارد بين الأقسام والأنشطة على أساس الاحتياجات التي يفرزها حجم النشاط ، والطبيعة المتداخلة لهذه الأنشطة واعتمادها على بعضها، وبمعنى أبسط فإن كفاءة التخصيص عندما لا يمكن لإدارة المستشفى أن تحسن وضع فرد ما أو قسم أو نشاط ما دون أن تؤثر سلبا على طرف آخر.

■ تحسين كفاءة التشغيل: بالنسبة للكفاءة الفنية الانتاجية تتمثل في:

- تخفيض حجم المدخلات إلى النقطة التي لا يمكن بعدها خفض المدخلات و بنفس الوقت إنتاج نفس المنتجات السابقة يحقق الحد الأعلى من الكفاءة الفنية؛

- تخفيض المدخلات بنسبة أكبر من خفض المخرجات؛
 - زيادة المدخلات بنسبة أقل من زيادة المخرجات، حيث تقاس المدخلات بعدد القوى العمالية المتفرغة، وأما المخرجات فتقاس بأيام الرعاية الاستشفائية المقدمة للمرضى.
 - الكفاءة الاقتصادية: يتحقق الحد الأعلى من الكفاءة الاقتصادية عندما يتمكن من تقديم يوم استشفائي بأقل تكلفة ممكنة، حيث تقاس هذه الأخيرة بتكلفة إنتاج الوحدة الواحدة: تكلفة يوم استشفاء، تكلفة فحص المختبر، تكلفة فحص الأشعة، كلفة وجبة الطعام... إلخ.¹⁶
4. الطرق الرقابية المتبعة في إدارة المؤسسات الصحية: من بين الطرق الرقابية على تكاليف و جودة الخدمات الصحية نجد:

- الإدارة الخطرة (إدارة المخاطر) - Risk Management
- لجان تحسين الجودة و النوعية - Quality Assurance
- عملية احتساب الكلف الكاملة لعلاج المرضى - Case. Mix. Account
- عملية التحليل النسبي - Ratio Analysis
- عمليات البرمجة لشبكات العمل و تسلسلها - Work Programming Net
- عملية تقييم الأداء حسب نظام بيرت مثلا - PERT
- خطة أو شبكة العمل المتداخلة الحرجة - Critical Path Method - CPM
- الموازنات - Budgeting

5. التحليل النهائي لمحاسبة التكاليف : و يتم من خلال الخطوات :

- عملية تجميع البيانات و الإحصائيات الضرورية و الوثائق و التراخيص و تنظيمها و تبويبها في جداول توضيحية خاصة؛
- عملية تدقيق هذه البيانات لتعكس بدقة و شفافية حجم و صورة التكاليف المباشرة التي قد لا تكون قد حُمّلت لقسم آخر غير قسمها المعني؛
- تحميل التكاليف برمتها للنشاطات المتنوعة و على ضوء الأسس الموضوعية و المعمول بها؛

- ثم المباشرة بعملية تسجيل البيانات و ترتيبها تمهيدا لتحليلها سواء يدويا أو بواسطة الحاسوب للخروج بالنتائج المتوخاة.

17

من خلال ما سبق يمكن القول أن الأداء الجيد لكل وظيفة من وظائف الإدارة على مستوى المؤسسات الصحية بداية من التخطيط والتنظيم و احتساب التكاليف الوحدوية والتمويل على أساسها مع الرقابة عليها حتما سيؤدي ذلك إلى تخفيض وترشيد الانفاق الصحي وتقليل العبء على ميزانية الدولة ولو بجزء بسيط.

الخاتمة

نستخلص مما تقدم أن مشكلة التزايد الكبير والمستمر في تكلفة الخدمات الصحية من المشاكل المعقدة جدا كون أن فعالية تقديم الخدمات الصحية مرتبط بعدة متغيرات منها ما هو مادي و ما هو متعلق بالعنصر البشري و ما هو مالي وما هو متعلق بنظم المعلومات و لاتصال. وطرق الخدمات المنظمة و طرق إدارة التكاليف هي أيضا عامل رئيسي، لذل ينبغي اتخاذ إجراءات خاصة وإعطاء الأولوية لإعادة النظر في آليات التمويل نظرا لارتفاع فاتورتها مقابل تدهور الخدمات الصحية التي يعرفها الفرد . ولا بد كذلك من زيادة الاهتمام بعامل الجودة كونها مصدر آخر لتدنية التكاليف والذي تم اقتراحه من قبل منظمة الصحة العالمية على البلدان النامية. و من جهة أخرى يعاني المديرون الذين يحاولون الرفع من مستوى خدماتهم في الظروف غير المستقرة، من مشاكل أساسية مثل المهارات المحدودة في مجال المحاسبة الأساسية، وإدارة مخزون الأدوية، وإدارة الأفراد الأساسيين .ولذلك من المهم جدا إعادة النظر في الأفراد الذين يتم وضعهم على رأس المؤسسات الصحية.

الحلول والاقتراحات: تعتبر الخدمات الصحية من السلع الغالية في أي دولة بغض النظر عن من يدفع ثمنها، وكثيراً ما

ترتبط كفاءة استخدام الموارد بتخفيض النفقات غير أن هناك أشياء كثيرة ترتبط بمفهوم الكفاءة وإذا أردنا أن لا يتصف توزيع موارد الخدمات الصحية بالعشوائية وعدم العدالة فإنه يجب أن يعتمد على نظام واضح كما يجب توفير التكنولوجيات مرتفعة التكلفة للجميع وأن تكون قرارات الترشيد في أيدي الأطباء وليس المديرين و السياسيين و الحكومات كما يجب أن تؤخذ آراء المجتمع في الحسبان. وهناك عدة اتجاهات للسيطرة على التكاليف منها:

■ من المنطقي عند التفكير في أي حل أن نركز أولاً على الاستعمال الأمثل والاقتصادي بشكل لا يتعارض مع

الممارسة الطبية الجيدة، حيث أشارت الإحصائيات إلى أن 25% من الأيام الاستشفائية غير ضرورية كنتيجة

لبعض الحالات الاجتماعية، و 20% من العمليات الجراحية غير ضرورية لأسباب تجارية، و 40% من الحالات

التي يتم إدخالها إلى العناية المركزة بدون فائدة حقيقية.¹⁸

- ضبط تكاليف الخدمة الصحية
 - إدخال مقياس المنافسة بين مقدمي الخدمة الصحية العامة محاولة لتحقيق الكفاءة؛
 - السماح لمقدمي الخدمة العامة بمزيد من الاستقلالية لتحقيق الابتكار في عملهم؛
 - إدخال نظم معلومات ومدفوعات جديدة تغير نمط حوافز مقدمي الخدمة؛
 - إدخال نظم المدفوعات المشتركة (التأمين المشترك) التي تحاول تخفيض الطلب على الخدمات؛
 - ضبط وترشيد التزايد في استعمال الخدمات عن طريق إدخال بنود جديدة في استعمال خدمات المستشفى كالمبالغ المتقطعة من الفاتورة التي يتحملها المستهلك والمشاركة في دفع فاتورة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى التقليل من الخدمات الصحية المجانية؛
 - تبني بدائل أقل تكلفة لتقديم بعض الخدمات الصحية مثل الجراحة النهارية والخدمات الخارجية والمنزلية يمكن أن تغني عن الكثير من الأيام الاستشفائية للمرضى؛
 - الرقابة والتقييم الخارجي على حسن استعمال موارد المستشفيات؛
 - تشجيع التخطيط للمزيد من الخدمات الخارجية البديلة؛
 - تبني طريقة الدفع القبلي بواسطة الطرف الدافع للكلفة بدلا من الدع المرتكز على أساس المخرجات؛
 - تعويض جزء من الميزانية في حالة تمويل المستشفيات العامة من الدولة؛
 - تشجيع الطب الوقائي والثقيف الصحي، فتزايد عدد الأطباء لا يعني تحسن مماثل في صحة الفرد، وبسبب الموارد الاستشفائية المكلفة ومردوديتها على تحسين صحة الفرد ركز الباحثون على الوقاية كحل لمشكلة النفقات المتصاعدة خصوصا ان المشكلة الحقيقية تكمن في القصور في التوزيع الموارد؛
- **العدالة** : بمعنى محاولة تحقيق المساواة أو تقليل عدم المساواة في توزيع الخدمات وللإدارة دور في ذلك لهذا السبب فإن هناك محاولات لزيادة كفاءة الإدارة كوسيلة لتحسين متطلبات العدالة والكفاءة والتكلفة للخدمات الصحية ؛
- **كفاءة مقدم الخدمة** : محاولة تحقيق الكفاءة الاقتصادية الجزئية داخل نظم تمويل مقدمي الخدمة الصحية علماً بأنه يمكن زيادة الكفاءة الجزئية مع زيادة التكاليف كما أن محاولة خفض التكاليف قد تضر مقدم الخدمة الكفاء وغير الكفاء ، وهذا يبذل حوافز الكفاءة ؛
 - تغيير ميول الأطباء عن الاستعمال المكثف لموارد المستشفى عن طريق تغيير الحوافز المادية لهم؛
 - الأطباء هم متخذو القرار فيما يتعلق بخدمات التشخيص و العلاج للمرضى وليس المستشفى؛
 - إدخال مقياس اقتصاديات الرعاية الطبية عند تكوين الأطباء في الجامعات والمعاهد؛

الهوامش

- 1 حياة بن اسماعين، "محاضرات في المالية العامة" غير منشورة، جامعة محمد خيضر- بسكرة، 2003/2002.
- 2 حياة بن اسماعين، نفس المرجع.
- 3 من إعداد الباحث بالاعتماد على الموقع الرسمي للوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار. www.ANDI.dz
- 4 محمد محمد إبراهيم، "طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية"، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع. جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر، 1983، ص 23.
- 5 مكرم عبد المسيح باسيلي، "المحاسبة في المنشآت الفندقية: رؤية إدارية الفنادق-المستشفيات"، المكتبة العصرية، المنصورة، 2006، ص 153.
- 6 تامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، دار اليازور العلمية للنشر و التوزي، عمان، سنة 2005، ص 59.
- 7 Rapport du cinquantenaire de l'indépendance, enseignements et vision pour l'Algérie 2020, P30.
- 8 الموقع الرسمي للوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار. www.ANDI.dz
- 9 منظمة التعاون الاسلامي وآخرون، "برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الاسلامي في مجال الصحة 2014-2023"، ص ص 16،24، بتصرف من الباحثين.
- 10 مروان الزبيبي، "نظام المعلومات الصحي الإلكتروني ودوره في تنظيم و تخفيض النفقات الصحية"، مجلة دراسات ومواضيع تأمينية، العدد الرابع، تشرين الثاني، سنة 2005، ص3.
- 11 منظمة التعاون الاسلامي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص25، بتصرف من الباحثين.
- 12 أنور هافان قوناش، "الصحة وقضايا الصحة العامة"، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الاسلامية، سنة 2004، ص ص 109،110.
- 13 فريد توفيق نصيرات، "إدارة المستشفيات"، الطبعة 1، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، سنة 2008، ص ص 327، 332.
- 14 مضر زهران، "إدارة المستشفيات والرعاية الصحية"، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن، 2007، ص396.
- 15 مهند حلوش، محاضرة بعنوان "تحليل التكاليف المالية للمؤسسات الصحية"، ص ص 6،8، ملف الكتروني.
- 16 فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص ص 334،335.
- 17 مهند حلوش، مرجع سبق ذكره، ص 9.
- 18 فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص 335.

قائمة المراجع

الكتب:

- تامر ياسر البكري، "تسويق الخدمات الصحية"، دار اليازور العلمية للنشر و التوزي ، عمان، سنة 2005.
- فريد توفيق نصيرات، "إدارة المستشفيات"، الطبعة 1، دار إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، سنة 2008.
- مضر زهران، "إدارة المستشفيات والرعاية الصحية"، دار زهران للنشر و التوزيع، الأردن، 2007.

مجلات علمية:

- محمد محمد إبراهيم، "طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية"، المجلة العلمية لكلية التجارة، العدد الرابع . جامعة أسيوط، القاهرة، ديسمبر، 1983 .
- مروان الزبيبي، " نظام المعلومات الصحي الإلكتروني ودوره في تنظيم و تخفيض النفقات الصحية"، مجلة دراسات ومواضيع تأمينية، العدد الرابع، تشرين الثاني، سنة 2005.
- أنور هافان قوناش، " الصحة وقضايا الصحة العامة"، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الاسلامية، سنة 2004.

محاضرات وتقارير:

- حياة بن اسماعين، "محاضرات في المالية العامة". غير منشورة، جامعة محمد خيضر - بسكرة، 200/2002
- منظمة التعاون الاسلامي وآخرون، " برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الاسلامي في مجال الصحة 2014-2023"، ملف الكتروني.
- مهند حلوش، محاضرة بعنوان " تحليل التكاليف المالية للمؤسسات الصحية" ، ملف الكتروني.
- Rapport du cinquantenaire de l'indépendance, enseignements et vision pour l'Algérie 2020.

مواقع على شبكة الانترنت:

- الموقع الرسمي للوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار . www.ANDI.dz