

اعمال الاسبوع العلمي الدولي بسوسة -تونس-
من 01 إلى 06 مارس 2020
يتضمن
المؤتمر العلمي الدولي حول:
الصحة والأنظمة الصحية في الدول النامية -الواقعة والتطلعات-
يومي 02/01 مارس 2020

الصحة و الأنظمة الصحية في الدول النامية

الواقع و التطلعات الجزء الثالث

اعداد و تحرير

أ.د باركة محمد الزين

د. جليل زين العابدين

أ. خلاصي عبد الاله



اعمال الأسبوع العلمي الدولي بسوسة - تونس -

من 01 إلى 06 مارس 2020

يتضمن

المؤتمر العلمي الدولي حول:

الصحة والأنظمة الصحية في الدول النامية - الواقع والتطلعات -

يومي 01 / 02 مارس 2020

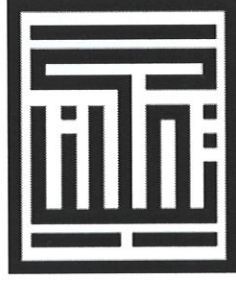
ISBN:978- 9931- 787- 17- 4



9 789931 787174

دار تمكين للطباعة والنشر





دار تمكين للطباعة والنشر

الأمراء الوارثة في هذا الكتاب لا تعبر بالضرة عن اتجاهات تبنهاها الدار. وينحمل مسؤوليتها صاحبها.

العنوان: حي ولاد عمران حاسي نخيج - الجلفة - الجزائر.

الهاتف: 002137.77.77.94.70

فيسبوك: fb.com/dartamkiin دار تمكين للطباعة والنشر

صدر عام 1440هـ/2020 عن دار تمكين للطباعة والنشر.

جميع الحقوق محفوظة.

لا يجوز نسخ أو نسخ أو استعمال أي جزء من هذا الكتاب، بأي شكل من الأشكال أو بأية وسيلة من الوسائل.

الصحة والأنظمة الصحية في الدول النامية الواقع والتطلعات (الجزء الثالث)

من إعداد وتخزين:

أ. د. باركتة محمد الزين

د. جليل زين العابدين

أ. خلاصي عبد الله

الطبعة الأولى.

المطبع العام: لصوسي محمد نايل.

الإيداع القانوني ماي 2020

ISBN:978-9931-787-17-4

المعهد العالي للدراسات التطبيقية في الإنسانيات

بتوزر

جامعة قفصة - تونس -



المؤتمر العلمي الدولي حول:

الصحة والأنظمة الصحية في الدول النامية-

الواقع والتطلعات -

يومي 01 - 02 مارس 2020

ديباجة المؤتمر

في سبتمبر من عام 1978 عقدت منظمة الصحة العالمية واليونسيف مؤتمرا دوليا تاريخيا بشأن الصحة في "أما آتا" عاصمة كازاخستان آنذاك، والذي نص على ضرورة تطوير العلاج الوقائي، والترقية الخاصة بحياة الأسر، وتحسين الصحة للجميع باعتبارها من متطلبات التنمية المستدامة، والحاجة للعمل السريع والعاجل لحماية وتنمية منظومة الصحة العامة لسكان الدول النامية وباقي دول العالم، كما أدرجت الصحة ضمن الأهداف الأساسية لمؤتمر القمة العالمي للأهداف الإنمائية للألفية التي تبنته 191 دولة سنة 2000 فالأهداف "4.5,6" كلها تركز بصراحة على الصحة أما الأهداف الأخرى فكلها ذات صلة بالصحة،

لذلك سعت كل الدول على اختلاف مستوياتها بإصلاح أنظمتها الصحية بما يسمح بتقديم خدمات بكفاءة وجودة عالية، وقد أبرزت الدراسات والتقارير الدولية والإقليمية على أن معظم الدول حققت إنجازات هائلة في الوقاية من الأمراض ومكافحتها، ومن مؤشرات التقدم في هذا المجال خصوصا تراجع معدل وفيات الأطفال،

والأطفال الرضع، و الأمهات الحوامل، وانتشار وسائل تنظيم الأسرة، كما أصبح الأفراد ينعمون بصحة جيدة و بهذا يكون قد ارتفع العمر المتوقع عند الولادة. رغم كل هذه النتائج و الجهود المبذولة من قبل الحكومات لتحسين أنظمتها الصحية إلا ان الدول النامية لا تزال دون المستوى المطلوب فالتقارير الحديثة لمنظمة الصحة العالمية قد كشفت بأن الدول النامية تعاني من حوالي 24% من عبء الأمراض العالمية، ويتوفر فيها فقط 03% من قوة العمل في مجال الرعاية الصحية لاسيما في ظل استيراد الدول الغنية للكفاءات 57 دولة تعاني من نقص حاد في الكوادر والخدمات الطبية بما فيها المنطقة العربية، وتنفق الدول النامية أقل من 01% من إجمالي الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية ناهيك عن مشاكل أخرى مرتبة عن سوء التسيير والحاجة للموارد التمويلية للمنظمات الصحية. على العكس من ذلك الأمريكيتان اللتان تعانيان من 10% فقط من عبء الأمراض العالمية، فإنهما تمتلكان 37% من إجمالي العاملين في الرعاية الصحية في العالم وتنفقان ما يزيد على 50% من ميزانية الرعاية الصحية العالمية. وعلى هذا الأساس لا يمكن الحديث عن فعالية المنظومة الصحية على مستوى الدول النامية إذا لم يتم رفع ميزانياتها السنوية إلى 43 دولارا على الأقل للفرد خلال السنوات العشرين المقبلة.

أهداف المؤتمر

- ✓ الإمام بواقع الصحة والأنظمة الصحية في الدول النامية.
- ✓ وضع استراتيجيات وبرامج من أجل تعزيز الصحة وتحسين أداء الأنظمة الصحية.
- ✓ إيجاد الحلول لمواجهة مشكل تمويل التزايد المستمر للإنفاق على الأنظمة الصحية.
- ✓ تسليط الضوء على واقع البحث العلمي في العلوم الصحية وإيجاد الحلول اللازمة للترقي به، والتخلص من مشكل هجرة الكوادر والكفاءات في الدول النامية.
- ✓ محاولة ربط الجامعة بالمرافق الصحية.

المحور الرابع: واقع البحث الطبي والعلوم الصحية في الدول النامية.

- ✓ البحث والتطوير لتلبية الاحتياجات الصحية.
- ✓ إمكانات البحث الطبي في الدول النامية.
- ✓ السياسات الصناعية للأدوية والمواد الطبية والصيدلانية.
- ✓ البحث الطبي للحد من الأمراض (المزمنة، المعدية، الأمراض المهنية، علاج الأورام السرطانية وأمراض الدم...).
- ✓ إشكالية هجرة الكفاءات والكوادر الطبية في الدول النامية.

محاورة المؤتمر

المحور الأول: الإطار المفاهيمي والنظري.

- ✓ المفاهيم الأولية للصحة والخدمات الصحية.
- ✓ ماهية الأنظمة الصحية (الظهور والنشأة، الوظائف والأهداف، المكونات...).
- ✓ الصحة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- ✓ الحق في الرعاية الصحية في ضوء التشريعات والقوانين الوطنية والدولية.

المحور الثاني: الصحة والاقتصاد.

- ✓ أسس اقتصاد الصحة على المستوى الجزئي والكلّي.
- ✓ إدارة وتسيير المستشفيات والرعاية الصحية والعلاجية (المناجمت الصحي).
- ✓ الإنفاق على الصحة وتحديات التمويل في الدول النامية.
- ✓ أفاق إصلاح الأنظمة الصحية في الدول النامية.
- ✓ العلاقات التعاقدية في المجال الصحي كآلية لتحسين أداء الأنظمة الصحية.
- ✓ الصحة من خلال (الاستثمار، التسويق، السياحة، رقمنة النظام الصحي...).

المحور الثالث: الصحة والمجتمع.

- ✓ صحة الأمومة والطفولة في الدول النامية.
- ✓ الصحة المدرسية.
- ✓ الرياضة والصحة.
- ✓ البيئة والصحة.
- ✓ الصحة النفسية والتطبيقات العلاجية.
- ✓ الإعلام والثقافة الصحية.

، وانتشار وسائل
ب بصحة جيدة و
الولادة. رغم كل
قبل الحكومات
النامية لا تزال
منظمة الصحة
تعاني من حوالي
ر فيها فقط 03%
ية لاسيما في ظل
تعاني من نقص
ما فيها المنطقة
01% من إجمالي
ميك عن مشاكل
للموارد التمويلية
ذلك الأمريكيتان
لأمراض العالمية،
ملين في الرعاية
50% من ميزانية
أساس لا يمكن
ة على مستوى
السنوات إلى 43
شهرين المقبلة.
صحية في الدول
تعزيز الصحة
تمويل التزايد
ية.
علمي في العلوم
ة للرقى به،
والكفاءات في
صحة.

فهرس المحتويات

18-1	علاقة الإنفاق على الصحة بالنمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة (1990-2018) أ.د. فيصل بوطيبة د. سعاد قاسمي جامعة سعيدة، الجزائر.
36-19	الآليات القانونية لضمان الحق في الرعاية الصحية في الجزائر د. امير ضريف أسية د. جديلي نوال جامعة يحيى فارس بالمدينة -الجزائر-
46-37	المفاهيم الأولية للصحة والخدمات الصحية د. درامشية سارة ط.د. سيد علي موسى ط.د فاطمة ملياني مخبر الجريمة والانحراف بين الثقافة والتمثلات الاجتماعية جامعة البلدية 2 لونييسي علي-
60-47	الاتصال الرقمي والتربية الصحية في الوطن العربي دراسة تحليلية لمنصة ويب طب الرقمية د. غنية شافعي ط.د. منية قواسمي جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة -الجزائر معهد الصحافة وعلوم الأخبار -منوبة- تونس
76-61	الإعلام وترقية الصحة العمومية الثقافة الصحية عبر التلفزيون الجزائري، الواقع والرهنات د. فطومة بن مكي د. نسيمة مقبل جامعة الجزائر 3
94-77	تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية -جودة الحياة كمثال- ط.د حورية لحامة ط.د حسينة خنشول ط.د حنان قهيري جامعة لونييسي علي البلدية 2 -الجزائر
114-105	الحق في الرعاية الصحية ضمن الدساتير المغاربية د. محمد لمين سلخ ط.د ربيحة باشي جامعة الوادي -الجزائر كلية القانون بسوسة تونس
130-115	التلوث الهوائي وانعكاساته على صحة الإنسان د. شاطر باش أحمد د. نسيمة جرود ط.د. إيمان قاسمي جامعة الجزائر 3 جامعة البلدية 2
144-131	المهنة الطبية وتحدي إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية ط.د فضيل مريم بتول مخبر إدارة التغيير في المؤسسة الجزائرية جامعة الجزائر 3- أ. د جنوحات فضيلة مخبر الاقتصاد والتنمية جامعة -تيزابزة- جامعة الجزائر 3-
162-145	عناية نصوص القران والسنة بصحة الفرد والمجتمع د. عز الدين عبد الدائم جامعة البويرة - الجزائر
170-163	Natural products in the prevention and treatment of cancer and reduced side effect of radiation therapy and chemotherapy أ. دليلة الختروشي أ. زينب اللافي كلية الصحة العامة العجيلات -جامعة الزاوية
186-171	أثر السياحة العلاجية في تحقيق التنمية الاقتصادية - التجربة الإماراتية نموذجا- د. شريفة بو الشعور د. إلهام شيلي جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة -الجزائر-
220-203	تقييم وتشخيص الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر وتحديات تمويله دراسة حالة الجزائر خلال الفترة (2008-2017) Evaluating and diagnosing spending on the health sector in Algeria and its financing challenges : case of Algeria over the period 2008-2017 ط.د بوخاري فاطنة جامعة الجيلالي ليابس - سيدي بلعباس- الجزائر
220-203	ثنائية الصحة والبيئة دافع لتحقيق تنمية مستدامة في مجتمع المخاطر العالمي. د. جمال بوري د. كاف موسى جامعة تزي وزو الجزائر جامعة برج بوعرييج الجزائر
238-225	العلاج بالفن بوابة الصحة النفسية ط.د. مباركة خليفة ط.د سهام فدان ط.د فتيحة بغداددي جامعة لونييسي علي -البلدية 2
250-239	الحق في الصحة في القانون الدولي د. حسين حياة د. بن عيشوش عمر مركز البحث في العلوم الإسلامية والحضارة (الأغواط) - الجزائر
268-251	مظاهر النمو في مرحلة الطفولة المبكرة د. سميرة أحمد الزيود المملكة الأردنية الهاشمية
286-269	تبني المسؤولية الاجتماعية لتحقيق الأداء الاجتماعي وحكومة المؤسسات الصحية في الجزائر د. عديسة شهرة د. برني لطيفة جامعة بسكرة -الجزائر

300-287	وفيات الأطفال في الجزائر بين الأهداف الإنمائية للألفية وأهداف التنمية المستدامة. د. فيصل معاش جامعة فرحات عباس - سطيف 1
312-301	التربية الصحية في التعليم الابتدائي: نحو أنموذج منهج تربوي صحي - قراءة في كتاب: المنهج المدرسي الصحي ذي المردود العلمي مرشد المعلم "للمدارس الابتدائية" د. لكلل صليحة د. محمودي رقية د. قاسم سعاد المركز الجامعي تيسمسيلت، الجزائر جامعة يحيى فارس المدينة - الجزائر المركز الجامعي الأغواط، الجزائر
330-313	أثر العمل العلاجي الشبكي على الكفالة النفسية للأطفال ذوي القدرات الخاصة في المجتمع الجزائري من وجهة نظر المختصين في التربية الخاصة. The effect of network therapeutic work on the psychological guarantee of children with special abilities in Algerian society from the viewpoint of specialists in special education ط.د حفصة رزيق ط.د تفاعلة بوتلجة ط.د قنتيت فضية جامعة المسيلة جامعة الجزائر 02.
342-331	التسويق الصحي في ظل سلوك المستهلك الخدمة الصحية - مدخل لتطور الأنظمة الصحية - ط.د بن ناصر سيد أحمد د. بن زيدان ياسين د. بن زيدان حاج جامعة مستغانم - الجزائر
360-343	دراسة وصفية للفوارق بين العوامل المحددة للحصول على الدواء في تصور المستهلك. دراسة مقارنة بين الجزائر والأردن د. ليلي شيخة د. احمد شكيب كاهية جامعة باتنة 1، الجزائر
374-361	الإعلام الصحي ودوره في صناعة الوعي وترسيخ الثقافة الصحية في المجتمع أ. درشيدة سبتي جامعة الجزائر 3-كلية علوم الإعلام والاتصال - قسم: علوم الاتصال
377-375	توصيات المؤتمر Conference recommendations

دراسة وصفية للفوارق بين
العوامل المحددة للحصول على
الدواء في تصور المستهلك، دراسة
مقارنة بين الجزائر والأردن

د. ليلي شيخة د. أحمد شكيب كاهية

جامعة باتنة1، الجزائر

دراسة وصفية للفوارق بين العوامل المحددة للحصول على الدواء في تصور المستهلك، دراسة مقارنة بين الجزائر والأردن

د. ليلى شيخة د. أحمد شكيب كاهية

جامعة باتنة1، الجزائر

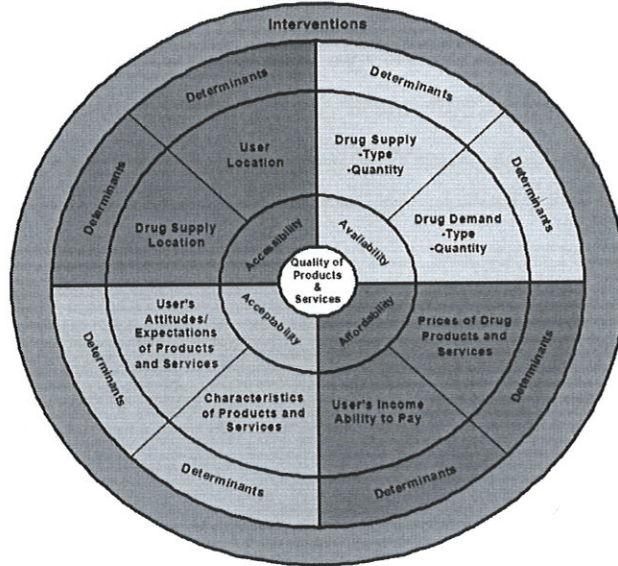
الملخص: تتناول هذه الدراسة العوامل المحددة للحصول على الدواء من وجهة نظر المستهلك. وتهدف إلى اثبات أهمية تلك العوامل مجتمعة في توجيه تصور المستهلك حول الحصول على الدواء في ظل عدد من المتغيرات الضابطة. جمعت الدراسة إجابات عن المستهلكين الأردنيين والجزائريين خلال الفترة 2011-2013. واستخدمت البرمجة SPSS لوصف وتحليل النتائج وتوصلت الدراسة إلى أن جميع العوامل التي تضمنها الاستبيان تعد مهمة في تكوين المستهلك لتصوره حول الحصول على الدواء مع بعض الاختلافات البسيطة بين البلدين.

Abstract : The Present paper discusses the main factors the determine access to medicines in the point of views of the consumer. It aims to prove the importance of all the factors together in shaping the perception of the consumer about access to medicines in the presence of other control variables. A survey has been conducted amongst Algerian and Jordan consumers using a questionnaire between 2011 and 2013. We used SPSS software to analyze and describe results. The paper argues that all the factors were important to guide the consumer's perception about access to medicines with neglected differences between the two countries.

1. السياق العام للدراسة:

يعتبر الحصول على الدواء من أهم مكونات الحصول على الرعاية الصحية التي تعتبر من الحقوق التي أقرتها الأمم المتحدة في ميثاقها. وقد احتلت مسألة الحصول على الدواء حيزاً مهماً من المناقشات في المحافل الدولية سيما منها المهمة تضايًا التنمية البشرية. وهي أيضاً من المسائل الشائكة التي تبنتها المنظمات الدولية باهتمام (UN, WHO)، وقد تأكدت تلك أهمية في العديد من المناسبات الدولية أهمها الاجتماع التاسع والأربعون للمنظمة العالمية للصحة (1996) الذي عكف على تمييز بين الأبعاد المختلفة للحصول على الدواء بالإضافة إلى أعداد قائمة بمختلف المتغيرات المحددة لكل واحد من تلك الأبعاد. وكان أكثر عمل مكتمل في هذا السياق الاجتماع الاستشاري المشترك سنة 2003 بين المنظمة العالمية للصحة ومؤسسة العلوم الإدارية من أجل الصحة MHS، والذي اعتمد على الوثيقة الختامية الصادرة عن ورشة العمل التي شرفت عليها الجهتان سنة 2000 بفرنسا، حيث خلص الاجتماع الذي ضم أهم الباحثين في المجال، إلى أن الحصول على دواء يتكون من أربعة أبعاد، كما يبينه الشكل الآتي:

الشكل 1: أبعاد ومحددات الحصول على الدواء وفق نموذج المنظمة العالمية للصحة



Source: Roy Penchansky & al., **Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities**, Report for WHO-MSH Consultative Meeting (Freny-Voltaire, France, December 11-13, 2000), p.26

يبين الشكل أن قياس محددات الحصول على الدواء يكون بإيجاد الفروقات بين العرض والطلب في كل بعد من الأبعاد الأربعة، كما يبين أن هناك بعداً إضافياً يتعلق بالتنوع كبعد مشترك بينها. وبعد هذا الانجاز، عادت مسألة الحصول على الدواء لتستقطب اهتمام المجتمع الدولي بشكل جدي في الأهداف الإنمائية للألفية الثالثة التي تسهر على دارتها منظمة الأمم المتحدة، إذ نص المرمى 17 من الهدف 8 على ضرورة التعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية

للحصول على الأدوية الأساسية بأسعار مناسبة في البلدان النامية.¹ ولقياس تحقق هذه الغاية من عدمه، استخدم التنقيح على أهداف الألفية كـمقياس "نسبة المواطنين الذين يحصلون على الدواء الضروري بثمن مناسب بصفة مستدامة".² وعلى الرغم مما قدمه المجتمع الدولي من مساعدات ومما سطره من برامج لتحسين الحصول على الدواء إلا أن هذا الأخير يبقى غير متاح لمواطني البلدان النامية الذين هم بحاجة إليه. وحتى مع توفر الأدوية الفعالة إلا أنها نادراً ما تكون طريقها إلى من يحتاجها فعلاً، بل إن دراسات أجريت على مستوى الجامعات حول أدوية الإيدز بينت أنه يمكن للبلدان النامية أن يكون غير متاح حتى في أكثر الأنظمة الصحية قوة، مما يدل على أن مشكلة الحصول على الدواء ليست حكراً على البلدان الفقيرة.³ ويؤكد هذه الحقيقة الدراسة التي أنجزها *Norbert Reich* حول تأثير براءات المواد الصيدلانية على الحصول على الدواء في دول الجماعة الأوروبية.⁴

غير أن الأهمية الأكبر عند دراسة الحصول على الدواء لا تكمن في ضبط أبعاده بل تتجسد في ضبط العوامل الحاصلة لتلك الأبعاد والمتحكممة فيها. ومن ثم فإن أبعاد الحصول على الدواء كمتغيرات جديدة بالدراسة ما هي في الواقع إلا جلة من المتغيرات الفرعية المكونة لكل بعد على حدة. وهو ما سيتم التطرق إليه فيما يلي.

2. العوامل المحددة للحصول على الدواء في الدراسات السابقة:

وفي دراسة شملت موزنبيق ونيكاراغوا وفيتنام وزمبيا تبين أن مسألة عدم القدرة على الحصول على الدواء مرتبطة بقضايا التوزيع والسياسة الحكومية أكثر من كونها مرتبطة ببعدي *Accessibility & affordability* (Haltanen, Ragupathy et al. 2010) الواردين في نموذج المنظمة العالمية للصحة، ونفس النتيجة توصل إليها (Garg 2011) و (Beran, Ewen et al. 2016) ومن الدراسات التي كانت أكثر دقة في تحديد عوامل الحصول على الدواء دراسة (Hagerzeil, Liberman et al. 2013) حيث أكدت أن الحصول على الدواء يتم في ظل الاختيار الأمثل للأدوية التي يتم تزويد السوق بها بالإضافة إلى مستوى التمويين الجيد وتفضيل الأدوية الجنيسة. مشيراً في ذلك إلى مسألة الاهتمام بقائمة الأدوية الواجب توفيرها والضرورية للمجتمع.

وأكدت دراسة (Rushworth, Diack et al. 2015) أن بعد المسافة بين إقامة المريض ومكان تواجد الدواء تقلل من تصوراته حول قدرته على الحصول على الدواء حيث يقل اعتقاده بالحصول على الدواء كلما زادت المسافة عن حصة أميال. وقد قدرتها دراسة بريطانية (Rushworth, Cunningham et al. 2018) بمعيار الزمن مقدرة بالمشي 20 دقيقة أو الذهاب راكبا 10 دقائق للوصول إلى مكان تواجد الدواء، مما يؤكد مرة أخرى أن مشكلة الحصول على الدواء لا تتعلق فقط بالبلدان النامية.

¹. اللجنة المعنية بحقوق الملكية الفكرية والابتكار والصحة العمومية. الصحة العمومية والابتكار وحقوق الملكية الفكرية. جنيف: منظمة الصحة العالمية، أبريل 2006، ص. 7.

². *Proportion of population with access to affordable drugs on a sustainable basis (WHO)*. See: United Nation, Millennium Project, Goals, Targets and Indicators, www.unmillenniumproject.org/goals/gti.htm#goal8, Last Visited: November 13, 2015

³. IPI-International Intellectual Property Institute, **Patent Protection And Access to HIV/AIDS Pharmaceuticals In Sub-Saharan Africa**, A Report Prepared for The World Intellectual Property Organization (WIPO) (Washington, DC/ IPI, 2000), p.12,

⁴. Gouyette, Alain. "The Scientific Context: Where is the Current Evolution of Science Taking us Regard to Drugs, and More Broadly, Public Health?". *Revue Internationale de Droit Economique*, Special Edition. Bruxelles: De Back & Lancier: 2001, pp.82-95

ما يستنتج من الدراسات المعروضة ودراسات أخرى تم الاطلاع عليها (يبلغ عددها 35 دراسة) أنها إما أن تتحدث عن أبعاد الحصول على الدواء على أنها محددات أو أنها تتحدث عن المحددات دون إلحاقها بالبعد الذي تؤثر عليه، ويستثنى من ذلك دراسة Beran, Ewen et al. 2016 التي تحدثت عن أن Availability تتأثر بتواجد الدواء في القائمة الوطنية للأدوية الضرورية، ويؤخذ عليها فقط أنها خصت بالدراسة الانسولين دون بقية الادوية.

وأضافت دراسة (Garg 2011) أن التبرعات تعد مهمة كمحدد من محددات الحصول على الدواء في المجتمعات الفقيرة ويمكن أن يحل محل التبرعات الاعتماد على الآخرين (دخل أفراد الأسرة أو مساعدة الأصدقاء) في الحصول على الدواء (Norris, Tordoff et al. 2016). وأضاف (Morgan, McMahon et al. 2008) محمداً آخر يتعلق بطريقة الدفع بحث كلما كان هناك مجال لاستخدام البطاقة التامين الصحي بدل الدفع مباشرة بالنقود كلما أحس المريض بقدرته على الحصول على الدواء ومثله (Tetteh 2008) و (Wirtz, Santa-Ana-Tellez et al. 2012). وهناك عامل آخر يكمل طريقة الدفع يتمثل في نظام التامين الصحي ككل مثلما أشار إليه (Gleeson, Lopert et al. 2013) و (Wirtz, Santa-Ana-Tellez et al. 2012).

ومن المحددات الشهيرة التي لا تكاد تخلو منها دراسة مسألة سعر الدواء. وقد وردت في العديد من الأبحاث منها (Tetteh 2008) و (Coulton, Annemans et al. 2012) و (Bertoldi, de Barros et al. 2009) وتؤكد دراسات أخرى أن مسألة السعر يمكن التغلب عليها بمحدد آخر يتعلق بتشجيع استهلاك الدواء الجنييس (Hoffman, So et al. 2014). وحتى الدراسات النوعية القليلة التي تناولت الموضوع، فإنها تتحدث عن الجوانب المادية كمحدد مهم وحساس في تحقيق الحصول على الدواء (Norris, Tordoff et al. 2016) بل اضافت دراسة (Petrou and Vandoros 2016) أن السعر هو المؤثر الوحيد على affordability.

وقد لاحظ الباحثان أن أيًا من الدراسات التي تم الاطلاع عليها لم تتطرق إلى مسألة النوعية كبعد من الأبعاد كما أقرته المنظمة العالمية للصحة، ولم تتطرق أيضا إلى العوامل المحددة لجودة الدواء وعلاقتها بالحصول عليه. وتجدر الإشارة إلى أن العديد من الدراسات تناولت براءات الاختراع على أنها من العوامل المحددة لـ Affordability مثل (Lieberman 2011) و (Fatokun, Mohamed Ibrahim et al. 2013) و (Smith, Correa et al. 2009)، لكن لا يمكن الاعتماد عليه في هذه الدراسة لأن قضايا براءات الاختراع بعيدة عن تصور المواطن البسيط، وبالتالي فإنه لا يحس بتأثيرها على ثمن الدواء مع أن هذا التأثير موجود فعلا بشكل غير مباشر.

3. العوامل المحددة للحصول على الدواء، حالات خاصة:

لقد تجسدت أهمية إطار العمل الذي قامت به (2003) WHO-MSH في تعرض العديد من الدراسات إلى دول بعينها محاولة تحديد العوامل المتحكممة في الحصول على الدواء حسب خصوصية كل بلد، منها الدراسة التي أنجزها Kamaruzaman Saleh and Mohamed I. M. Ibrahim حيث اهتموا بالبحث فيما إذا كان المواطن الماليزي يحصل على الأدوية الضرورية المحددة في القائمة الوطنية. واستخلص الباحثان عدة عوامل تساهم في تحقيق الحصول على الدواء (في أبعاده: الحصول المالي والفيزيائي والجغرافي) يمكن تلخيصها في التوزيع المجاني للدواء وكفاءة سلسلة التوزيع (من حيث عدد المتدخلين ووسائل النقل والبنى التحتية) والرقابة على الأسعار في القطاع الخاص وعدد نقاط الخدمات الصحية مقارنة بعدد السكان (توازن العرض والطلب).⁵

⁵. Kamaruzaman Saleh and Mohamed I.M. Ibrahim, "Are Essential Medicines in Malaysia Accessible, Affordable and Available?", *Pharmacy World and Science*, volume 27, Issue 6, (Springer, 2005), p.442

أما دراسة *Nguyen et al.* فقد توصلت إلى أن عدم الحصول على الدواء في فييتنام محكوم بانخفاض انفاق الدولة على الصحة العامة ووقوع ثلاثة أرباع تكاليف العلاج على عاتق المواطن، بالإضافة إلى ارتفاع سعر الأدوية المنتجة محليا، حيث تبقى أسعار أدوية الإيدز مثلا، أعلى من أقل الأسعار الدولية بحوالي 7 أو 8 مرات.⁶

وخلصت دراسة *Gavaza et al.* حول زيمبابوي أن الحصول على الدواء يتجسد فعليا في سعره حيث يعتبر سعر الدواء في زيمبابوي، سيما في القطاع الخاص، أعلى منه في عشر دول افريقية على الأقل استخدمت للمقارنة.⁷ بينما توصل *Gallo et al.* في دراسة حول بلدان الإتحاد الأوروبي قبل 2001.⁸ أن الاختلافات الظاهرة في مستوى الحصول على الدواء في دول المجموعة يخضع للعديد من العوامل منها الاختلافات الثقافية والتاريخية التي تتعلق بتشجيع وصف الأدوية الجنية في بعض الدول دون غيرها⁹ وغياب قاعدة بيانات توافقية للأدوية المتاحة، أو غياب قائمة وطنية للأدوية في بلدان الصحة المدروسة.¹⁰

تكشف الدراسات المعروضة في العنصر الثاني والدراسات الخاصة المعروضة أعلاه عن العديد من الملاحظات:

- إن أوضاع الدول حيال الحصول على الدواء تختلف، حتى بين تلك التي تتشابه أنظمتها الصحية فهذه الصفة لا يبر بالضرورة أنها تتمتع بنفس المستوى من الحصول على الدواء ويدعم ذلك دراسة (Naltonen, Ragupathy et al. 2010).
- أقرت دراسة WIPO أن الدول النامية دون استثناء تبقى بعيدة عن الحصول على الأدوية الضرورية رغم التحسينات الحديثة من قبل العديد من الجهات الفاعلة؛
- إن الدراسات السابقة وحتى غير المعروضة في هذه المقدمة لم تتعرض إلى عوامل الحصول على الدواء مع بعض البعض في نفس الدراسة، إذ أن كل دراسة اهتمت ببعض العوامل وأهملت أخرى؛
- معظم الدراسات تركز على الجانب المالي للحصول على الدواء سيما في شقه المتعلق بسعر الدواء أو بتمتته، بينما الموجودة في الصيدليات مع أن هناك عوامل مرافقة أكثر أهمية، كما أن بعض الدول لا يهتمها عامل المعرفة بسعر ارتفاع مستوى الدخل؛
- لم تتعرض جميع تلك الدراسات إلى تصور المستهلك حول حصوله على الدواء وانما اعتمدت على تطوير كميته اختبارها، في حين أنه يمكن للمستهلك أن يعتقد بأنه لا يمكنه الحصول على الدواء حتى في ظل مستوى منخفض من سعر الدواء مثلا، باستثناء الدراسة النوعية الفريدة لـ (Rushworth, Diack et al. 2015).

Gavaza, T. Simoyi, B. Makunike & CC. Maponga, "The Prices People Pay for Medicines in Zimbabwe", *The African Journal of Medicine*, 2009 ;55 (1/4), p.14, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21977842, Last Visited: November 13, 2015

Gallo, T. Walley, J.C. Frolich, A. Carvajal, I.R. Edward, "Availability of Medicines in the European Union: Results from the EURO-Medicines Project", *European Journal of Clinical Pharmacology*, Volume 57, Issue 6-7, pp. 441-446, Springer-Verlag, 2001, p.441, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21977842, Last Visited: November 13, 2015

Gallo et al., Op. Cit., p.446

من منطلق ما سبق، ولغرض سد الفجوات في الدراسات السابقة، ارتأى الباحثان أن يتناولوا من خلال بحثهما دولتين ناميتين لغرض المقارنة، متمثلتين في الجزائر والأردن، مع محاولة تضمين أكبر عدد ممكن من العوامل المحددة للحصول على الدواء للإجابة على الإشكالية الآتية:

ما هي حقيقة تصور المستهلك الأردني والجزائري حول حصوله على الدواء من عدمه؟

هل تعتبر محددات الحصول على الدواء مهمة مع بعضها البعض في توجيه ذلك التصور؟

وبالنسبة لكل محدد من المحددات، ما هي المتغيرات التي تضبطه وفق تصور المستهلك وما هي معايير قياسه؟

4. تصور المستهلك حول العوامل المحددة للحصول على الدواء، حالة الجزائر والأردن

1-4. البيانات والأدوات: تم جمع البيانات المتعلقة بتصوير المستهلك حول محددات الحصول على الدواء بالاعتماد على استبيان تم اعداده بثلاث لغات (العربية والانجليزية والفرنسية)، وتم توزيعه على طول السنوات 2011-2012-2013 في كل من الأردن والجزائر بعدة طرق:

- بالنسبة للدراسة الميدانية في الأردن تم توزيع الاستبيان على المواطنين في المستشفيات (مستشفى الاسراء والمستشفى التخصصي ومستشفى الجزيرة) والعيادات الخاصة والجامعات (الجامعة الاردنية وجامعة الزرقاء الخاصة وجامعة الزيتونة) ووزارة الصناعة وعمامة الناس (في الأسواق والمحلات والصيدليات والفنادق)؛
- النسخة الالكترونية للاستبيان تم نشرها عبر شبكة التواصل الاجتماعي facebook في مجموعات الصيادلة والأطباء الأردنيين؛

- بالنسبة للدراسة الميدانية في الجزائر تم توزيع الاستبيان على الطلبة والأساتذة في الجامعات يدا بيد وعن طريق البريد الالكتروني حيث تمت توصية المجيبين ببحث معارفهم على المشاركة؛

- تم نشر النسخة الالكترونية عبر موقع التواصل الاجتماعي facebook مع الحرص على اختيار مجموعات الجزائريين من شرائح اجتماعية مختلفة الأعمار والاهتمامات لضمان التنوع؛

- وبالنسبة للجزائريين والأردنيين معا، تم نشر الاستبيان بثلاث لغات (العربية والانجليزية والفرنسية) على الموقع الشخصي leilachikha.univbatna.com (متوقف حاليا) أعد خصيصا لهذا الغرض، كما تم نشر الاستبيان عن طريق الترويج للموقع باستخدام بطاقات وزعت على الباحثين في مختلف المناسبات والملتقيات العلمية.
يتألف الاستبيان من ثلاث مكونات أساسية:

- البيانات العامة: وتتعلق بكل من دولة المستجوب والنوع والسن وعدد أفراد الأسرة ونوع الدخل. بالإضافة إلى بيانات حول الدخل الفردي ودخل الأسرة

- الأسئلة: حيث كان مطلوباً من المستجوب أن يفصح من البداية عن تصوره بشأن حصوله على الدواء أو عدم حصوله عليه، ليجيب بعد ذلك عن أسئلة تتعلق بظروف الحصول على الدواء أو عدم الحصول عليه، حيث يختار العوامل التي استند إليها للتعبير عن اختيار تصوره في البداية. ويبلغ عدد تلك العوامل ثلاثة عشر عاملاً تم تنظيمها في شكل ست مجموعات متباينة تتطابق بعضها مع أبعاد الحصول على الدواء كما وردت في نموذج المنظمة العالمية للصحة، وتتمثل تلك المجموعات في: العامل الجغرافي والعامل المادي ونوع الدواء ومصدر الدواء وعامل الوقت وإمكانية التأمين. وتم في كل مجموعة إضافة خيار يمكن المستجوب من التعبير عن عدم أهمية تلك المجموعة في تحديد تصوره حول الحصول على الدواء.

3-4. تحليل
 الرئيسيت يت
 بأنهم يحص
 أنهم يحصا

4-3. تحليل
 الرئيسيت يت
 بأنهم يحص
 أنهم يحصا

الأسئلة الضابطة: وهي مجموعة أخرى من الأسئلة تتعلق مباشرة بعوامل الحصول على الدواء بحيث تكون
 فهم أعمق للخلفيات التي جعلت المستجوب يختار أحد العوامل المعروضة عليه ليفسر بها تصوره حول الحصول
 على الدواء من عدمه. منها نوع الدواء المستهلك والمفضل والوقت المستغرق للحصول على الدواء.¹¹
 من الجدير بالذكر أن الاستبيان لم يتضمن جميع أبعاد الحصول على الدواء لأن بعضها لا يمكن قياسه
 بالاستبيان، كما أن بعض المحددات تتعلق بوجهة نظر المنتج أو تناقش من وجهة نظر واضعي السياسات الصحية
 وليس من وجهة نظر المستهلك (كالقائمة الوطنية للأدوية الضرورية).
 بعد جمع الاستبيانات تم تفرغ جميع الاجابات في جدول Excel. ثم تم حذف الإجابات غير المكتملة بشكل مبالغ فيه
 وتم تعديل بعض الإجابات وفق الأسئلة الضابطة المستخدمة لمراقبة مدى تناسق إجابات المشاركين. وتم في النهاية تجميع
 الإجابات المحتفظ بها (عددها 688) ثم ترحيلها إلى البرمجية SPSS التي استخدمت فيما بعد في التحليل.
 2-4. التحليل الوصفي للعينة: قبل تحليل أهمية العوامل المحددة للحصول على الدواء تم القاء نظرة على خصائص
 العينة. وهي معروضة في الجدول الآتي:

الجدول 1: وصف خصائص العينة

الخاصة	السمات	التكرار	النسبة ¹²
سنة الاستبيان	2011	343	49.9
	2012	266	38.7
	2013	79	11.5
الدولة	البحرين	542	78.8
	الأردن	146	21.2
النوع	أنثى	355	51.6
	ذكر	331	48.1
السن	من 20 إلى 35 سنة	536	77.9
	من 36 إلى 45 سنة	85	12.4
	من 46 إلى 55 سنة	48	7
	من 56 إلى 65 سنة	17	2.5
	أكثر من 65 سنة	1	0.1

يبين الجدول أن نسبة المشاركة الأكبر كانت في السنة الأولى من نشر الاستبيان وعرفت بقية السنوات تدرجا في
 انخفاض الاستجابة. كما أن النسبة الأكبر من الإجابات كانت من طرف الجزائريين، والفرق بين عددهم وعدد المجيبين من
 الأردن يفوق الثلاثة أضعاف، غير أن ذلك لا يؤثر سلبا على نتائج الدراسة بما أنها لا تدرس معنوية الفروقات بين المجموعتين
 وتكتفي بالوصف عن طريق التكرارات والنسب.
 ومن الناحية الديمغرافية يبين الجدول أن هناك توازنا بين نسب الجنسين في الإجابة فهي تكاد تكون منصفة. وعلى
 الرغم من أن الغالبية الساحقة لأعمار المشاركين كانت محصورة بين 20 و35 سنة، إلى أن جميع الشرائح العمرية ممثلة في
 الإجابات، مما يدعم قدرة تمثيل العينة للمجتمع.

¹¹. تمت استنباط محددات الحصول على الدواء لصياغة عبارات الاستبيان بالاعتماد على المحددات الواردة في نتائج دراسة (2003) WHO-MSH بالإضافة إلى أطروحة دكتوراه حول ذات الموضوع. انظر: ليلي شيخة، تأثير حماية براءات الاختراع على صناعة الدواء والحصول عليه، دراسة مقارنة بين
 الجزائر والأردن، أطروحة دكتوراه في الاقتصاد الدولي، بائنة: الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية، 2015-2016، الملحق 3-1- تمت الاستعانة بنتائج هذه
 الدراسة قبل مناقشتها أمام اللجنة) ومن الدراسات السابقة المعروضة في الورقة البحثية

¹². النسب هنا لا تشمل البيانات المفقودة، وهي أقل من 0.5% في البيانات الديمغرافية

3-4. تحليل العوامل المحددة للحصول على الدواء حسب تصور المستهلك: من خلال تحليل الإجابات حول السؤال الرئيسي يتبين من الجدول 2 أن الشريحة الأكبر من المستجوبين بنسبة تقارب 90%، بغض النظر عن جنسياتهم، يتصورون بأنهم يحصلون على الدواء الذي هم بحاجة إليه. وإذا أخذت الجنسية بعين الاعتبار فإن النسبة الأكبر من الذين يعتقدون أنهم يحصلون على الدواء كانوا جزائريين والملاحظة نفسها بالنسبة للذين يتصورون أنهم لا يحصلون على الدواء.

الجدول 2: تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

الأردن		الجزائر		الحصول على الدواء		
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
25	18	75	54	10,5	72	لا
20.78	128	79.22	488	89,5	616	نعم

من خلال الجدول السابق، يتبادر إلى الذهن سؤال يتعلق بالأسباب التي جعلت الأردنيين والجزائريين يعتقدون بأنهم يحصلون على الدواء أو لا يحصلون عليه، وهذا ما سيتم رصده من خلال العوامل المحددة للحصول على الدواء فيما يلي:

1-3-4. البعد الجغرافي: يتكون البعد الجغرافي من ثلاث عوامل يختار منها المجيب عاملاً واحداً فقط. يبين الجدول 3 أن أقل من ثلث المشاركين يعتقدون أن البعد الجغرافي غير مهم في تصورهم حول الحصول على الدواء، غير أن هذا البعد يكتسي أهمية بالغة في بناء تصور المستهلك حول مسألة حصوله على الدواء أو عدمه، إذ أن 70% يعتقدون أن هذا الجانب مهم، حيث يأمل المستهلك أن تكون الصيدلية التي يقتني منها الدواء قريبة منه فتكون متواجدة في الحي الذي يسكن فيه أو المدينة التي يقيم فيها وعلى أقصى تقدير أن يكون الدواء متوفراً في البلد الذي ينتهي إليه. لكن العامل الذي حظي بنصيب الأسد من بين العوامل الثلاثة المعبرة عن البعد الجغرافي يتمثل في توفر الدواء قريباً جداً في الحي الذي يسكن فيه المريض. وبقيّة العوامل مرتبة ترتيباً منطقياً يتوافق مع رغبة المستهلك في تحقيق السهولة في الحصول على الدواء من وجهة نظر المسافة. وإذا أخذنا كلا من البلدين على حدة فإن هذه الملاحظات السابقة تبقى صحيحة.

الجدول 3: أهمية العامل الجغرافي في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

الأردن	الجزائر	النسبة	التكرار	البعد الجغرافي
التكرار	التكرار			توفر الدواء في الحي
57	202	37,6	259	توفر الدواء في المدينة
20	147	24,3	167	توفر الدواء في البلد
26	72	14,2	98	المجموع
-	-	76.1	524	لا توجد أسباب جغرافية
41	104	21,1	145	

¹. نسبة إلى إجمالي الإجابة ب "لا"

¹. نسبة إلى إجمالي الإجابة ب "نعم"

تختلف أهمية الموقع كمحدد من محددات الحصول على الدواء في هذه الدراسة مع دراسة (*Nunworth Diack et al.* 2015) حيث أن 5 اميال المستخدمة كمعيار والمساوية لثمانى كيلومترات تجعل المعيار بعيدا عن رغبة المستهلكين في الدراسة لأن تكون الصيدلية ومتواجدة في الحي الذي يسكنون فيه، كما أن معيار الركوب 10 دقائق في دراسة *Nunworth* 20 *Cunninghal* (18) تتعارض أيضا مع المعيار الذي توصلت إليه الدراسة الحالية.

2-3-4. البعد المالي: يتكون البعد المالي من أربعة عوامل مختلفة، طلب من المجيب اختيار عامل واحد فقط يراه أكثر أهمية وتأثيرا على تصوره بشأن الحصول على الدواء.

الجدول 4: أهمية البعد المالي في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

الاردن	الجزائر	النسب	التكرار	البعد المالي
				التكرار
40	136	25,6	176	علاقة الدخل بالدواء
29	128	22,8	157	علاقة دخل الأسرة بالدواء
21	83	15,1	104	مجانية الدواء
22	35	8,3	57	تمن الدواء
-	-	71,8	494	المجموع
32	147	26,0	179	لا توجد أسباب مادية

كما هو الحال بالنسبة للبعد الجغرافي، فإن القلة فقط تعتقد أن البعد المالي غير ذي أهمية بأقل من الثلث في الوقت الذي يعتقد أن 72% أن العامل المالي مهم في توجيه تصورهم حول الحصول على الدواء من عدمه، لكن العنصر الأكثر أهمية في هذا البعد من وجهة نظر المستجوبين يتمثل في دخلهم الشخصي وغير بعيد عنه دخل الأسرة، حيث يتصور المستهلك أنه يحصل على الدواء إذا استطاع أن يعتمد على نفسه في المقام الأول وفي حالة تعذر ذلك يلجأ إلى مساعدة أفراد أسرته، وبالمقابل فإن المستهلك يتصور بأنه لم يتمكن من الحصول على الدواء إذا لم يتح له دخله شراء الدواء أو أنه يستطيع أفراد الأسرة تحمل تكلفة الدواء معه. تتطابق هذه النتائج جزئيا من حيث اظهار أهمية دخل الأسرة مع دراسة (*Norris, Tordoff et al.* 2016).

والغريب في الأمر في الجدول 4 أن يحتل ثمن الدواء المرتبة الأخير في الأهمية على الرغم من أن جل الدراسات تصور سعر الدواء من أهم محددات الحصول على الدواء، كما سبقت الإشارة إليه في بداية البحث في دراسة *Petrou and Vandoros* 2016 ودراسة *Nguyen et al.* في فيتنام و *Gavaza et al.* في زمبابوي و *Gallo et al.* في الاتحاد الأوروبي وعند فصل بيانات البلدين يلاحظ أن أهم عامل يسيطر على تصور المستهلك حيال الحصول على الدواء أو عدمه هو ذاته عند تناول البيانات مجتمعة. ويتعارض عدم بروز مجانية الدواء كعامل مهم مع ما توصلت إليه دراسة *Kamaruzaman Saleh and Mohamed I.M. Ibrahim* حول ماليزيا.

الجدول 5: أهمية الدخل الفردي في ضبط في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء (الوحدة: تكرارات)

		تصور الحصول على الدواء										الدخل الفردي للشخص ي	
		نعم					لا						
لا توجد أسباب مادية	مجانبة الدواء	أسباب مادية				أسباب مادية				علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	تمن الدواء	
		علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالدواء				
59	40	81	26	18	12	5	3	5	9	5	9	200\$ من أقل	
40	24	35	54	6	9	1	2	1	6	0	6	من \$ 200 إلى 500\$	
29	23	26	56	13	5	2	0	1	2	1	2	من \$ 501 إلى 1000\$	
15	5	5	24	2	0	0	0	0	0	0	0	من \$ 1001 إلى 2000\$	
5	1	1	7	0	1	1	0	0	1	0	1	من \$ 2001 إلى 3000\$	
4	2	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	أكثر من 3000\$	

Rushwort
كين في هند
Rushwort
أكثر أهمية
من الثلث في
ه، لكن العامل
ة، حيث يتصور
مساعدة أفراد
راء الدواء أولم
أسرة مع دراسة
الدراسات تعتبر
(Petrou and
اد الأوروبي. وعند
مه هو ذاته عند
Kamaruzaman.

المسؤولية الاجتماعية للشركات: دور المستهلك على الدواء (الوقاية، العلاج، التوزيع)
المسؤولية الاجتماعية للشركات: دور المستهلك على الدواء (الوقاية، العلاج، التوزيع)

لا		لا								الدخل الشهري للأسرة
لا		أسباب مادية				أسباب مادية				
لا توجد أسباب مادية	لا توجد أسباب مادية	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالأسرة بالدواء	مجانبة الدواء	علاقة دخل الأسرة بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالأسرة بالدواء	علاقة الدخل بالدواء	علاقة الدخل بالأسرة بالدواء	الدخل الشهري للأسرة
11	6	4	6	2	1	1	1	2	2	أقل من 200\$
24	23	32	32	3	8	3	3	4	7	من 200\$ إلى 500\$
58	32	65	57	2	8	0	0	1	7	من 501\$ إلى 1000\$
30	21	37	38	1	6	0	0	0	1	من 1001\$ إلى 2000\$
13	7	15	10	1	3	0	0	1	1	من 2001\$ إلى 3000\$
16	6	16	9	0	1	1	1	0	0	أكثر من 3000\$

يربط الجدول 5 المحددات الخاصة بالبعد المالي بمستوى الدخل الفردي الشهري، مع التمييز بين أولئك الذين يتصورون أنهم حصلوا على الدواء وأولئك الذين يتصورون أنهم لم يحصلوا عليه. والهدف من ذلك معرفة الأسباب الدقيقة التي تقف وراء اختيار المستجوبين للدخل الفردي كأهم عامل في البعد المالي. وبحساب النسب، يبين هذا الجدول أن 83% من المستهلكين الذين اعتقدوا أنهم يحصلون على الدواء وأنهم يعتمدون أكثر على الدخل الفردي هم في الواقع أشخاص دخولهم الفردية الشهرية محصورة بين 500 دولار و3000 دولار. مما يثبت صحة ادعائهم بأن الدخل الفردي فعلا مهم مقارنة ببقية العوامل، أما أولئك الذين تصوروا أنهم لم يحصلوا على الدواء لأسباب تعود إلى الدخل الفردي فإن جميعهم (100%) دخولهم الشهرية الفردية فعلا أقل أو تساوي 500 دولار، مما يعيقهم عن شراء الدواء.

يربط هذا الجدول المحددات الخاصة بالبعد المالي بمستوى الدخل الشهري للأسرة، مع التمييز بين أولئك الذين يتصورون أنهم حصلوا على الدواء وأولئك الذين يتصورون أنهم لم يحصلوا عليه. والهدف من ذلك معرفة الأسباب الدقيقة التي تقف وراء اختيار المستجوبين للدخل الأسري كثاني أهم عامل في البعد المالي. وبحساب النسب، يبين هذا الجدول أن 69% من المستهلكين الذين اعتقدوا أنهم يحصلون على الدواء وأنهم يعتمدون أكثر على الدخل الأسري هم في الواقع أشخاص دخولهم الأسرية الشهرية محصورة بين 500 دولار و3000 دولار. مما يثبت صحة ادعائهم بأن الدخل الأسري فعلا مهم مقارنة ببقية العوامل، أما أولئك الذين تصوروا أنهم لم يحصلوا على الدواء لأسباب تعود إلى الدخل الأسري فإن 80% دخولهم الشهرية الأسرية فعلا أقل من 500 دولار، مما يعيقهم عن إيجاد الدعم في شراء الدواء من أشخاص آخرين.

3-3-4. عامل الوقت: كان على المجيب ان يختار فقط بين أهمية وعدم أهمية الوقت بالنسبة له. يبين الجدول 7 أن الوقت المستغرق في البحث عن الدواء مهم جدا في تكوين تصور عن التمكن من الحصول على الدواء من عدمه، وذلك بنسبة تفوق 60%.

الجدول 7: أهمية عامل الوقت في تصور المستهلكين حول الحصول على الدواء

الاردن	الجزائر			
التكرار	التكرار	النسبة	التكرار	عامل الوقت
95	330	61,8	425	زمن البحث عن الدواء مهم
49	195	35,5	244	الوقت غير مهم

بين الجدول 7 أيضا أنه في كلا البلدين على حدة، يعد عامل الزمن مهما في تكوين تصور لدى المستهلكين.

الجدول 8: أهمية مدة البحث عن الدواء في ضبط عامل الوقت في تصور المستهلكين حول الحصول على الدواء

عامل الوقت			
زمن البحث عن الدواء مهم	الوقت غير مهم		
258	142	من 1 إلى 3 أيام	مدة البحث
93	50	من 4 إلى 7 أيام	
74	52	أكثر من 7 أيام	

في أحد الأسئلة الضابطة طلب من المستجوبين التعبير عن المدة التي يمكنهم بعدها القول بأنهم لم يتمكنوا من الحصول على الدواء، وقد تبين أن 59.4% منهم يعتقد أن هذه المدة تتراوح بين يوم وثلاثة أيام. كما يبينه الجدول 8 أعلاه الجدول 9: الفروقات بين المتحصلين على الدواء وغير المتحصلين عليه في ظل أهمية مدة البحث عن الدواء في ضبط عامل الوقت في تصور المستهلكين حول الحصول على الدواء

الحصول على الدواء				مدة البحث
نعم		لا		
عامل الوقت		عامل الوقت		
زمن البحث عن الدواء	الوقت غير مهم	زمن البحث عن الدواء	الوقت غير مهم	
مهم	مهم	مهم	مهم	من 1 إلى 3 أيام
248	119	10	23	من 4 إلى 7 أيام
85	43	8	7	أكثر من 7 أيام
64	47	10	5	

عند جمع السؤال الضابط حول مدة البحث مع عامل الوقت في الجدول 9 وتصنيف الاجابات حسب تصورات الأشخاص حول الحصول على الدواء يلاحظ أن النسبة الأكبر من المستجوبين، دون استثناء ومهما كان تصورهم حول الحصول على الدواء من عدمه أو تصورهم حول أهمية الوقت من عدمه، فإنهم متفقون على أنهم لا يستطيعون الانتظار أكثر من ثلاثة أيام عند بحثهم عن الدواء. وبالتالي يمكن القول أن المدة المثالية للبحث عن الدواء حتى يتصف المستهلك بأنه قد حصل على الدواء في تتراوح بين يوم على أقل تقدير وثلاث أيام على أقصى تقدير، وبالتالي فهي تبلغ يومين في المتوسط.

4-3-4 نوع الدواء: كان على المستجوب أن يختار بين الدواء الجنييس والدواء الأصلي إن كانا يوجهان تصوره حول الحصول على الدواء. وقد بين الجدول 10 أن 40% من المستهلكين لا يعني نوع الدواء بالنسبة لهم شيئاً، بينما عبر 56% عن اهتمامه بنوع الدواء في تكوين تصورهم حول الحصول على الدواء من عدمه. غير أن العامل الأكثر أهمية بالنسبة للأغلبية يتمثل في توفر الدواء الجنييس في الصيدليات بالنسبة للذين يتصورون أنهم حصلوا على الدواء، وفي عدم توفره في الصيدليات عند الحاجة إليه بالنسبة للذين يعتقدون أنهم لم يحصلوا عليه. تتوافق هذه النتيجة مع دراسة (Hoffman, So et al. 2014).

الجدول 10: أهمية نوع الدواء في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

الأردن	الجزائر	النسبة	التكرار	نوع الدواء
	التكرار			
52	126	25,9	178	توفر الدواء الاصيلي
24	183	30,1	207	توفر الدواء الجنييس
		56	385	المجموع
68	213	40,8	281	نوع الدواء لا مهم

وبخلاف بقية العوامل التي تم تناولها سابقا، يبين الجدول 10 أن الأردنيين بنوا تصورهم حول الحصول على الدواء على توفر الدواء الأصلي. وبالتعمق في تفاصيل الاجابات تبين أن 35% اعتقدوا انهم حصلوا على الدواء بفضل توفر الدواء الأصلي في الصيدليات و80% من الذين اعتقدوا أنهم لا يحصلون عليه يرجعون ذلك إلى عدم وجود الدواء الأصلي في الصيدليات.

الجدول 11: دور الطبيب والصيدلي في ضبط أهمية نوع الدواء في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

نوع الدواء لا يهم	توفر الدواء الجنييس	توفر الدواء الأصلي	الطبيب وصف الدواء الأصلي
173	154	138	الطبيب وصف الدواء الجنييس
154	165	127	الصيدلي اقترح الدواء الأصلي
147	123	126	الصيدلي اقترح الدواء الجنييس
167	159	146	

عند جمع تصورات المستهلكين حول الحصول على الدواء بعامل نوع الدواء وربطه ببعض الأسئلة الضابطة حول سلوك الأطباء والصيدال مع المريض، يلاحظ أن تفوق نوع الدواء الجنييس في توجيه تصور المستهلكين يعود إلى أن معظمهم أثار برأي الطبيب، حيث أن جل المستهلكين وصف لهم الأطباء الدواء الجنييس (154<165) أو أن الصيدلي هو من اقترح عليهم الدواء الجنييس (123<159).

الجدول 12: دور الدواء المفضل في ضبط أهمية نوع الدواء في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

نوع الدواء			الدواء الجنييس (البديل)	الدواء المفضل
نوع الدواء لا يهم	توفر الدواء الجنييس	توفر الدواء الاصيل		
16	33	10	الدواء الأصلي	
198	157	154	لا أعرف الفرق بينهما	
67	17	14		

عند ربط تصور المستهلكين حول نوع الدواء بسؤال ضابط آخر حول الدواء المفضل تحدث مفارقة غريبة، حيث أن ثل الذين أجابوا بأن توفر الدواء الجنييس هو من يوجه تصورهم حول الحصول على الدواء (76%) كانوا من الأشخاص الذين يفضلون الدواء الأصلي، قد يبدو ذلك دليلا على أن المبحوثين لم يكونوا صادقين في إجاباتهم. لكن إعادة تصنيف اجابات في الجدول 12 وفقا للدخل الفردي يتبين بأن جل هؤلاء الذين يفضلون الدواء الأصلي لكنهم يبحثون عن الدواء جنييس في الصيدليات هم من أصحاب الدخل الفردية الضعيفة (74%) من ذوي الدخل أقل من 200 دولار و74% من بين ذوي الدخل المحصور بين 200 و501 دولار.

3-5. مصدر الدواء: يتعلق مصدر الدواء بجنسية المخبر الذي صنع الدواء المبحوث عنه من طرف المستهلك. وقد بين جدول 13 أن غالبية المستجوبين يهتمون بكون الدواء من صنع مخبر وطني أو أجنبي في بناء تصورهم حول الحصول على

الدواء من عدمه. وعند التعمق في تفاصيل الإجابات تبين أن الذين يعتقدون بأنهم يحصلون على الدواء يهتمون بأن يكون الدواء الموجود في الصيدليات من صنع مخبر وطني (59.6% كنسبة من تكرارات المهتمين بمصدر الدواء)، وتصور الذين يعتقدون أنهم لم يحصلوا على الدواء مبني على عدم توفر الدواء الوطني في الصيدليات بنسبة 52.8% كنسبة من التكرار بمصدر الدواء.

الجدول 13: أهمية مصدر الدواء في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

مصدر الدواء	التكرار	النسبة	الجزائر	الأردن
			التكرار	التكرار
أصل المخبر غير مهم	297	43,2	221	76
أصل المخبر مهم	375	54,5	307	68

وبخلاف الحالة العامة فإن فصل البلدين يكشف عن أن الأردنيين لا يهتمون بأصل المخبر الذي يوفر الدواء إن كان وطنياً أو أجنبياً.

4-3-6. بعد التأمين الصحي: في الواقع أن بعد التأمين الصحي لا يعد بعداً مستقلاً بذاته في نموذج الحصول على الدواء التابع للمنظمة العالمية للصحة، لكن الباحثين فضلاً تناوله بمفرده لعلاقته بعدد من العوامل المنفردة الممثلة في الحصول. 14. يبين الجدول أدناه أن أكثر من ثلث المستجوبين بقليل لا تهمهم مسألة التأمين غير أن أكثر من ستين بالمئة يعتقدون أن بعد التأمين يحظى بالأهمية. لكن استفادة الشخص من التأمين الصحي أكثر أهمية في تكوين تصور عن الحصول على الدواء من عدمه.

الجدول 14: أهمية التأمين الصحي في تصور المستهلك حول الحصول على الدواء

التأمين الصحي	التكرار	النسبة	الجزائر	الأردن
التأمين الشخصي	233	33,9	157	76
تعويض الدواء	189	27,5	181	8
المجموع	422	61,4	--	-
لا توجد أسباب متعلقة بالتأمين	247	35,9	188	59

عند تصنيف أهمية التأمين الصحي حسب جنسية المستجوبين، يتضح أن هذا البعد يوجه التصور حول الحصول على الدواء، غير أن اهتمام الجزائريين بقابلية الدواء للتعويض أكثر من أهمية كونهم مؤمنين كأشخاص، وهذا يعكس فعلاً واقع المشكلة التي يعاني منها الجزائريون حيث أن الكثير من الأدوية أصبحت غير قابلة للتعويض سيما بعد انتشار استخدام بطاقة الشفاء. بينما ما لوحظ من قبل الباحثين عند القيام بالدراسة الميدانية في مستشفيات الأردن هو تمسكهم باستخدام بطاقة العلاج. وأهمية هذه البطاقة مثبتة في دراسة

(Morgan, McMahon et al. 2008) و (Tetteh 2008) و (Wirtz, Santa-Ana-Tellez et al. 2012).

5. مناقشة النتائج والتوصيات: لقد جمعت هذه الدراسة العوامل المحدد للحصول على الدواء في عمل واحد للتحقق من كونها جميعاً تساهم في توجه تصور المستهلك حول الحصول على الدواء أم أن أحد العوامل أو الأبعاد له أهمية دن البقية وبتلخيص النتائج حسب أهمية العوامل تم الحصول على الجدول الآتي:

الجدول 15: ملخص أهمية العوامل المحددة للحصول على الدواء في تصور المستهلك

الرتبة	نسبة الأهمية	العامل	البعد	الرتبة	نسبة الأهمية	العامل	البعد
3	54,5	أصل المخبر	التامين	1	61.8	عامل الوقت	
5	33,9	التأمين الشخصي		2	56	نوع الدواء	
6	27,5	تعويض الدواء		8	24,3	توفر الدواء في المدينة	
9	22,8	علاقة دخل الاسرة بالدواء	المالي	11	14,2	توفر الدواء في البلد	الجغرا في
7	25,6	علاقة الدخل بالدواء		4	37,6	توفر الدواء في الحي	
10	15,1	مجانية الدواء					
12	8,3	ثمن الدواء					

يستخلص من الجدول 15 بالإضافة إلى الاستعانة بالأسئلة الضابطة ما يلي:

- جميع العوامل كانت ذات أهمية بالنسبة للمستجوبين في تصورهم حول الحصول على الدواء لكن درجات الأهمية تختلف فحسب ترتيبها:

- تحتل مدة البحث عن الدواء المرتبة الأولى ويساوي الزمن المثالي للحصول على الدواء يومين في المتوسط؛
- يحتل نوع الدواء (أصلي/جنيس) المرتبة الثانية مع اختلاف بين الجزائريين والاردنيين في هذا العامل، لكن المجتمعين يتساويان في تفضيلهما للدواء الأصلي؛
- يحتل أصل المخبر المرتبة الثالثة مع اختلاف بين البلدين؛
- يحتل البعد الجغرافي المرتبة الرابعة ممثلاً في تموقع الصيدلية في الحي السكني، لذلك يوصى على مستوى السياسة الصحية وسياسة التوزيع بتحسين كثافة الصيدليات في الأحياء حسب المساحة وفقاً لتصور المستهلك؛
- يحتل التامين المرتبة الخامسة والسادسة ممثلاً في استفادة المريض من التامين الصحي وإمكانية تعويض الدواء، حيث أن تقوية هذين العاملين سيمنح المستهلك إحساساً بتخفيف عبء نفقات العلاج، ومن ثم يوصى بتعميم التامين على الفئات الهشة من المجتمع مع توسيع قائمة الأدوية القابلة للتعويض؛
- يحتل البعد المالي المرتبة السابعة ممثلاً في اعتماد الشخص على نفسه في شراء الدواء

خلاصة النتائج

الرتبة	العامل المحدد	المعيار
1	مدة البحث عن الدواء	2 في المتوسط
2	نوع الدواء (أصلي/جنيس)	تدخل الفاعلين
3	أصل المخبر	

4	البعد الجغرافي	تموقع الصيدلية في الحي السكني
5	التأمين الشخصي	
6	تعويضات الدواء	

- إن احتلال ثمن الدواء لأقل أهمية في تصور المستهلك ليس غريبا في هذه الدراسة حيث أن 54% من الاشخاص الذين أجابوا بأن ثمن الدواء لا يهتمهم هم في الواقع أشخاص ينتمون إلى أسر دخلها الشهري يتراوح بين 500 دولار و3000 دولار، حيث أن الحد الأدنى لدخل تلك الشريحة يعد معقولا نسبيا. ومن ثم يمكن تصور أن الحد الأدنى من الدخل الذي يمكن المواطن من الإحساس بقدرته على الحصول على الدواء يعادل 500 دولار شهريا للشخص الواحد، وهو مبلغ ليس هينا قياسا إلى متوسط الدخل الشهري السائد في البلدين محل الدراسة. وبالتالي فإن معيار الحصول على الدواء بثمن مناسب الذي اقتره أهداف الألفية يعتبر غير دقيق، ويفترض ان يحدد قياسا إلى مستوى الدخل الذي يحصل عليه المستهلك في كل بلد على حدة، ولا يمكن تحديد معيار عالمي توافقي.
- 6. آفاق الدراسة: لقد كانت الدراسة الحالية دراسة وصفية لكن نتائجها مهمة ومختلفة عن الدراسات السابقة. ولإيضفاء أهمية أكثر عليها يتطلع الباحثان في الاعمال القادمة إلى:
 - دراس معنوية الفروق الموجودة في تصورات كل من الأردنيين والجزائريين حول عوامل الحصول على الدواء باستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة وذلك لاختبار النتيجة التي تفيد بأن الدول المتشابهة في الأنظمة الصحية ليس بالضرورة أن تتمتع بنفس مستوى الحصول على الدواء كما توصلت إليه دراسة altonen, Ragupathy et al. (2010).
 - دراسة الارتباط وفق معامل الارتباط الجزئي والكلي بين العوامل المحددة للحصول على الدواء وتصور المستهلكين حول الحصول على الدواء من عدمه بغرض التأكد من أهمية تلك العوامل مجتمعة ومنفردة مثلما أثبتته الدراسة الحالية.



المعهد العالي للدراسات التطبيقية في الإنسانيات بتوزر _ تونس _
مخبر الأمن القومي الجزائري " الرهانات والتحديات " _ الجزائر _



شهادة مشاركة

تشرف هيئة المؤتمر العلمي الدولي حول " الصحة والأنظمة الصحية في الدول النامية - الواقع والتطلعات - "

والذي تم تنظيمه يومي 01-02 مارس 2020 بمدينة سوسة، تونس

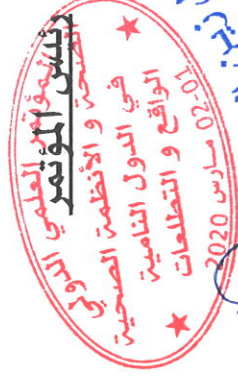
بمنح هذه الشهادة إلى الأستاذ (ة): **د. أحمد شكيب كاهية**

وذلك لمشاركته بالمداخلة الموسومة بـ : **دراسة وصفية للفوارق بين العوامل المحددة للحصول على الدواء في تصور المستهلك، دراسة مقارنة بين الجزائر والأردن**

مدير المخبر



مدير المعهد



رئيس المؤتمر العلمي
الطبيقي في الإنسانيات بتوزر
جامعة الجزائر