مجلة جامعة تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية

اسم المقال: دراسة وتحليل دور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عموما وفي المنطقة العربية خصوصاً (1995 - 2005)
اسم الكاتب: د. نزار قنوع
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/4084
تاريخ الاسترداد: 2026/11/03 07:08 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية – ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (30) العدد (1)2008
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies -Economic and Legal Sciences Series Vol. (30) No. (1) 2008

دراسة وتحليل دور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عموماً وفي المنطقة العربية خصوصاً (1995-2005)

الدكتور نزار قنوع*

(تاريخ الإيداع 10 / 10 / 2007. قُبِل للنشر في 2008/1/20)

□ الملخّص □

إذا كان لدور الحكومة في الحياة الاقتصادية بشكل عام، ما يبرره فهو بكل تأكيد في سوق الخدمات الصحية أقوى حجة وأكثر وجاهة لاعتبارات كثيرة. أهمها حساسية خدمة الصحة، وصلتها الوثيقة بكل الاعتبارات الاقتصادية، والاجتماعية على حد سواء. وعليه فان هذا البحث سوف يتناول بالدراسة والتحليل المبررات الموضوعية لتدخل الدولة في أسواق الخدمات الصحية. ويعرض لكيفية تدخل الحكومة لمعالجة أوجه القصور في قواعد السوق الحر في أسواق الخدمات الصحية. ويتناول شكل الإعانات الحكومية لجانبي الطلب والعرض في سوق الخدمات الصحية. لنخلص في نهاية المطاف إلى عرض جملة النتائج والتوصيات التي يمكن أن تكون مفيدة في هذا الإطار.

كلمات مفتاحية:

سوق الخدمات الصحية- دالة إنتاج الصحة- الوفورات الخارجية- المنافع الحدية- التكلفة الاجتماعية- التكاليف الخارجية والآثار الخارجية.

* أستاذ في قسم الاقتصاد والتخطيط- كلية الاقتصاد- جامعة تشرين- اللاذقية- سورية.

مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية _ سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد (30) العدد (1)2008
Tishreen University Journal for Research and Scientific Studies -Economic and Legal Sciences Series Vol. (30) No. (1) 2008

Studying and Analyzing the Government Role in the Health Service Markets

Dr. Nizar Kanouh*

(Received 10 / 10 / 2007. Accepted 20/1/2008)

□ ABSTRACT □

Generally, if there is a justification for a governmental role in the economic life, it must be in the health service market for many considerations. The most important consideration is the sensitiveness of health service and its relevance to all economic and social considerations.

Accordingly, the research studies and analyzes the objective justifications of government intervene in health service market. It presents an approach based on free market rules of government intervention to deal with the insufficiencies of health services market. Mainly, the research focuses on the forms of government grants of that market sides: supply and demand. Finally, it has concludes with a few results and recommendations that could be helpful in this dimension.

Keywords:

Health services market, health production function, external surplus, marginal utilities, social cost, and external costs and effects.

* **Professor, Department of Economic Planning, Faculty of Economics, Tishreen University, Lattakia, Syria.**

المقدمة:

تزايد تدخل الحكومات في القطاع الصحي والطبي بسرعة كبيرة منذ منتصف ستينات القرن العشرين وقد أخذ هذا التدخل أشكال ومستويات مختلفة من أهمها نظام المستشفيات الحكومية والخدمات الصحية المقدمة لأسر العسكريين في الجهات التي تتبع وزارة الدفاع كما أن هناك جهات حكومية مختلفة تقدم الخدمات الصحية للمنتسبين إليها سواء من خلال مشافي مملوكة لها أو من خلال نظم للتامين الصحي والرعاية الصحية هذا بالإضافة إلى الإعانات التي تقدمها الدولة لتعليم المهن الصحية ويأتي على نفس القدر من الأهمية دور الحكومة الأقل وضوحاً في وضع القواعد التي تحدد دفع مقابل الخدمات الصحية، وتنظيمها، وتوفيرها، والحماية التي توفرها للمرضى من خلال بعض الآليات مثل التراخيص لمزاولة المهنة، وبالرغم من أن الحكومة كانت تتدخل منذ فترة طويلة في وضع القواعد المهنية في الخدمات الصحية، فان دورها الأحدث والأكثر وضوحاً في تمويل الخدمات الصحية هو الذي أثار المزيد من الجدل، خاصة فيما يتعلق بتمويل التأمين الصحي الحكومي وكذلك الجدل في إمكانية الاستمرار في تأمين التمويل والانفاق الأخذ بالتوسع والنمو وخاصة في ظل توجيهات الدولة الأبوية، وما ينجم عن ذلك من عبء ثقيل على كاهل الموازنة الحكومية المتعثرة في مجالات ونواح أخرى.

إشكالية الدراسة وعينة البحث:

تتجلى الإشكالية التي يعالجها هذا البحث بأمرين أثنين:

أولهما: إشكالية إنتاج الخدمات الصحية في ضوء المشكلة الاقتصادية العامة المتمثلة بتفسير مشكلة القدرة والاختبار ة التنافس على الموارد بين قطاع الخدمات الصحية والقطاعات الأخرى داخل الاقتصادات الوطنية.

و ثانيهما: إجلاء الصورة فيما يتعلق بالجدل الدائر حول دور الدولة و حتمية تدخلها في سوق الخدمات الصحية كمنتج وداعم مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية الخدمات الصحية باعتبارها سلع وخدمات عامة وذات أثر كبير على التنمية الاجتماعية عموماً والتنمية البشرية باعتبارها حقاً لازماً على الدول والحكومات خصوصاً. وبالتالي فإن هذا البحث يناقش هذه القضايا في بعدها النظري بشكل عام مع التركيز على حالة البلدان العربية في العقد المنصرم.

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع نفسه إذ إن هذا الموضوع يحتل موقفاً متقدماً في الجدل الدائر في مختلف دوائر صنع القرار الاقتصادي والتنموي على المستوى الوطني بحجة عدم الكفاءة فالبعض يرى أن تزايد تدخل الحكومة في القطاع الصحي أمر حتمي ومفيد بينما يرى البعض الآخر أنه غير مناسب ويؤدي إلى عدم الرشادة في الانفاق وأولوية هذا الانفاق ولتوضيح طبيعة الجدل حول تزايد تدخل الحكومة في سوق الخدمات الصحية، تذهب هذه الدراسة إلى مراجعة المعايير التقليدية لدور الحكومة في نظام سوق الخدمات الصحية وكيفية تطبيق هذه المعايير على الرعاية الصحية وتوظيفها في إطار العمل التنموي الشامل.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف مرتبطة بطبيعة البحث نفسه ومن أهم هذه الأهداف:

1- تسليط الضوء على هذا الموضوع الحيوي وعلى الجدل الدائر حوله وإظهار خلفياته وخلفيات المؤيدين والمعارضين له وبيان حجج كل من الفريقين.
2- تقييم دور الحكومة وتفحص اعتباراتها للتدخل في سوق الخدمات الطبية وترسيم معايير التدخل.
3- إبراز المبررات والاعتبارات التي تجيز للدولة التدخل من عدمه.
4- تفحص البدائل التي يمكن أن تكون أكثر ملائمة للمعايير التقليدية للتدخل الحكومي وإمكانية تطبيق هذه المعايير على سوق الخدمات الصحية.
5- تحليل دور الحكومة في تعديل آثار الانتشار الخارجية وكذلك مدى فعالية نظام الدعم الحكومي في مجال الخدمات الصحية.

فرضيات الدراسة:

تنطلق هذه الدراسة من تفحص وتحليل فرضيات أساسية متعلقة بهذا الموضوع من أهمها:

1- التدخل الحكومي في سوق الخدمات الصحية لازمة حتمية ولا مهرب منها وهي مفيدة.
2- المعايير التقليدية لتدخل الحكومة هي معايير مناسبة.
3- هذه المعايير لها من الوجاهة الاجتماعية والاقتصادية ما يجيز للحكومة التدخل.

منهجية البحث:

ابتغاء تحقيق الأهداف التي حددتها الدراسة وإثباتاً لفرضيات الدراسة من عدمه فإننا سوف نقوم باعتماد المنهج التحليلي الاستنتاجي لأهم ما ورد في الكتب والمراجع العربية والأجنبية والدوريات والتقارير الرسمية المتعلقة بأدبيات هذا البحث وكذلك أسلوب مقارنة النظم للخروج بأفضل النتائج والتوصيات التي من شأنها أن تساعد في إجلاء الصورة العامة لهذا البحث.

أولاً: مبررات تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية:

هناك ثلاثة مبررات لقيام الحكومة بدور كبير في القطاع الصحي ينبغي الاهتداء بها في إصلاح النظم الصحية.

1-الخدمات الصحية سلع عامة:

تعتبر كثير من الخدمات المرتبطة بالصحة سلع عامة، مثل المعلومات الصحية ومكافحة الأمراض المعدية، فاستخدام شخص ما للمعلومات الصحية ليس من شأنه أن يبقى قدراً أقل من المعلومات للآخرين كي يستهلكوها كما لا يسع شخصاً معيناً أن يستفيد من مكافحة البعوض الناقل للملاريا في حين يستبعد شخص آخر يقيم في نفس المنطقة من هذه الاستفادة، ونظراً لأن أسواق القطاع الخاص وحدها لا توفر إلا قدراً قليلاً جداً من السلع العامة ذات الدور الحاسم في الصحة فان مشاركة الحكومة ضرورية لزيادة المعروض من هذه السلع وللخدمات الصحية الأخرى وفورات خارجية هامة شأنها في ذلك شأن جميع السلع العامة فالاستهلاك من جانب فرد يؤثر في الغير. وتحصين طفل من شأنه أن يبطئ من انتقال عدوى الحصبة وغيرها من الأمراض، ويتيح وفراً خارجياً ايجابياً والذين يلوثون البيئة

والسائقون المخمورون يحققون وفورات خارجية سلبية ويتطلب الأمر أن تشجع الحكومات أنواع السلوك التي تنطوي على وفورات خارجية ايجابية، وألا تشجع تلك الأنواع ذات الوفورات الخارجية السلبية. [1]

2-عدم قدرة الفقراء على تحمل تكاليف الخدمات الصحية:

وأن توفير الخدمات الصحية المردودة التكاليف للفقراء هو نهج فعال ومقبول اجتماعياً للإقلال من الفقر ويرى معظم البلدان أن الحصول على الرعاية الصحية الأساسية حق من حقوق الإنسان، وهو المنظور الذي انطوى عليه هدف، الصحة للجميع بحلول عام 2000 ، الذي تبناه المؤتمر الذي عقدته منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسيف) في الماانا في عام 1978، وهو الذي انطلقت منه حركة اليوم المتعقلة بالرعاية الصحية الأولية، وأسواق القطاع الخاص لن تهيئ فرصة كافية للفقراء لكي يحصلوا على الخدمات الإكلينيكية الضرورية أو على التأمين الذي تدعو إليه الحاجة في كثير من الأحيان لدفع مقابل هذه الخدمات، [2] ومن هنا كان للتمويل الحكومي للرعاية الإكلينيكية الجوهرية ما يبرزه للتخفيف من حدة الفقر، وهو تمويل يمكن أن يتخذ أشكالاً شتى مثل: دعم القطاع الخاص الذي يقدم خدمات الفقراء هو والمنظمات غير الحكومية، وإعطاء الفقراء مستندات قيد يستطيعون تقديمها إلى من يختارونهم من مقدمي الخدمات، وتقديم خدمات حكومية للفقراء بالمجان أو بأقل من التكلفة.

3-تنظيم التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص:

قد يدعو الأمر إلى إجراء من جانب الحكومة للتعويض عن مشكلات ناشئة عن عدم اليقين وعن تقصير سوق التأمين فأوجه عدم اليقين الكبيرة التي تكتنف احتمال حدوث المرض، وكفاءة الرعاية من شأنها أن تخلق طلباً قوياً على التأمين وتخلق كذلك أوجهاً للقصور في إدارة أسواق القطاع الخاص، ويرجع ذلك لعدة أسباب:

1- أن التباين في المخاطر الصحية قد يهيئ لشركات التأمين حوافز تحدوها إلى رفض التأمين على من هم في أشد الحاجة إلى التأمين الصحي.
2- أن التأمين يقلل من الحوافز التي تحدو الأفراد إلى تفادي المخاطر والتكاليف، وذلك بسلوكهم سلوكاً يتصف بالحرص والرؤية، كما أنه يوفر للأطباء والمستشفيات حوافز وفرصاً تحدوهم إلى إعطاء المرضى من أسباب الرعاية ما يفوق احتياجهم إليه.
3- عدم التماثل في المعلومات بين مقدمي الخدمات وبين المرضى بشأن النتائج التي يسفر عنها التدخل فمقدمو الخدمات يقدمون النصح للمرضى بشأن اختيار العلاج ومتى ارتبط دخل مقدمي الخدمة بهذه النصيحة فقد ينتج عن ذلك إسراف في العلاج.

ونتيجة لهذين الاعتبارين الأخيرين في أسواق القطاع الخاص غير المنظمة بلوائح، فان التكاليف تتصاعد دون تحقيق مكاسب صحية ملموسة بالنسبة للمرضى ويقع على عاتق الحكومات دور هام ينبغي لها الاضطلاع به في تنظيم التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص أو في التعويض ببدائل مثل التأمين الاجتماعي، للتأكد من تغطيته الواسعة ولابقاء تكاليفه منخفضة. [3]

ويجب أن يكون تدخل الحكومة من خلال سياسات مخططة لتلائم الواقع والموارد المتاحة، وإلا خاطرت بأن تفاقم نفس المشكلات التي تجتهد في حلها ولذلك فإن راسمي السياسة الصحية يواجهون قرارات صعبة تتعلق بتخصيص الموارد الحكومية متى صارت ضلعاً مباشراً في القطاع الصحي- بتقديم برامج الصحة العامة أو بتمويل الخدمات

الاكلينيكية الأساسية للفقراء وذلك لان دافعي الضرائب والمتبرعين في بعض البلدان، يريدون أن يروا أقصى حداً من المكاسب الصحية المتولدة عن الأموال التي أنفقت. [4]

ثانياً: تدخل الحكومة لمعالجة أوجه القصور في قواعد السوق الحر في أسواق الخدمات الصحية:

في نظام السوق التنافسي، نجد أن الكفاءة الاقتصادية في جانبي الطلب والعرض لا تتحقق عند تراجع شروط السوق التنافسية وهي: أن المستهلكين لديهم معلومات كاملة وأن قدرة الموارد على التحرك كاملة، وأن المرضى ومقدمي الخدمات لديهم حافز لتخفيض تكاليف شراء وتقديم الخدمات الصحية، وتتمثل أهم الشروط التنافسية التي لا تتوافر في الخدمات الصحية في:

أ-أن المستهلكين تنقصهم المعلومات المتعلقة بالتشخيص وحاجات العلاج ونوعية مختلف مقدمي الخدمات والأسعار التي يطلبها مختلف مقدمي الخدمات.

ب- توجد حواجز انتقال الموارد ممثلة في القيود المفروضة على المهام المسموح بأدائها لكل مهنة طبية والدخول إلى المهن الصحية ودخول المؤسسات في الأسواق المؤسسية المختلفة.

وهناك أمثلة على انتشار وجود الحواجز في تقديم الخدمات الصحية مثل الفائض المستمر في الطلب على التعليم الطبي (وطب الأسنان) واستمرار ارتفاع معدلات العودة إلى المهن الطبية مع الانخفاض النسبي في الدخول إلى المهنة ورغبة الطلاب في تحمل تكاليف أعلى والدراسة لفترات أطول في الخارج من أجل ممارسة مهنة الطب.

جـ- انخفاض حوافز المرضى ومقدمي الخدمة لتخفيض تكاليف الخدمات الصحية وبسبب شراء غطاء تأميني زائد نتيجة الاستقطاع الضريبي لعلاوات التأمين الصحي، وشراء أصحاب الأعمال للتأمين كمنفعة إضافية غير خاضعة للضرائب بالنسبة للعاملين لديهم، واعتماد مقدمي الخدمة على السداد بناءً على التكاليف من خلال طرف ثالث مثل الحكومة. [5]

ويتمثل أثر حواجز دخول المهنة ونقص المنافسة السعرية في أن الأسعار التي يدفعها المرضى مقابل الخدمات الصحية لا تعكس التقييم الحدي لاستخدام هذه الخدمات ويزيد استخدام المرضى للخدمات الصحية عندما يكون التأمين مدعماً (سواءً من الحكومة أو من خلال الاستقطاع الضريبي) على ما كان يمكن أن يرغبوا في دفعه مقابل هذه الرعاية إذا كانوا سيدفعون الثمن كاملاً وكذلك فإن السعر المدفوع للخدمات الصحية عن طريق طرف ثالث، أو الحكومة، أو المرضى (سواء من خلال الدفع المباشر أو من خلال الضرائب) يزيد على أدنى تكلفة لتقديم هذه الخدمات الصحية (ويعتقد أن مستوى الجودة يكون أعلى مما كان يرغب المرضى في دفع مقابلة لو كانوا سيدفعون التكلفة الكاملة لتلك الخدمات الصحية).

وفي القطاع المؤسسي يؤدي نقص معلومات المستهلكين وموانع الدخول إلى زيادة الأسعار عن التكلفة المتوسطة. وتستطيع المستشفيات تسعير خدماتها بحيث تدعم مختلف الخدمات والمرضى. وتشير قدرتها على التسعير حسب مرونة طلب المرضى (مثل الطبيب) على نقص المنافسة السعرية وأدى التأمين الزائد على المرضى والسداد لمقدمي الخدمات بناءً على التكاليف إلى انتفاع غير مناسب وقلق على الكفاءة والإفراط في تضاعف التسهيلات وسرعة ارتفاع التكاليف الطبية.

وهكذا يتضح أن هناك قصوراً في سوق الخدمات الصحية. وكان بعضها ناتجاً عن تدخل الحكومة ولمناقشة الدور المناسب الحكومة في مواجهة هذا القصور يجب أولاً تفسير لماذا ظهر هذا القصور أصلاً حيث يتمثل السبب الظاهري لوضع القيود على دخول المهنة وتقديم المعلومات والمنافسة السعرية في توفير الحماية للمستهلك. [6]

ولكن كيف يمكن إشباع الطلب والعمل على حماية المستهلك، مع التخلص من أوجه القصور التي تؤدي إلى عدم الكفاءة في القطاع الصحي؟ هناك عدة سياسات ممكنة لإزالة هذا القصور وتحسين كفاءة القطاع الصحي فمن ناحية تستطيع الحكومة التخلص من الحواجز التي تحد من دخول المهن الصحية. ويعتمد هذا الاتجاه على تطوير آليات خاصة، مثل سوء الممارسة وتحسين اختيار المستهلكين. لضمان تحقيق أهداف حماية المستهلكين. وإلا فان الحكومة يمكن أن تحتفظ بمسؤوليتها عن حماية المستهلكين، وإلا تفوضها للجمعيات المهنية والتخلص من قصور السوق الذي سيختفي بمجرد إثبات الكفاءة والجودة مباشرة للحكومة.

ويمكن أن يكون مثال هذا الاتجاه الأخير في قيام الحكومة بالتصريح للمؤسسات وليس للأفراد بتقديم الخدمات الصحية ويمكن أن تنخفض تكلفة مراقبة الجودة عند مراقبة المؤسسات وليس الأفراد الممارسين بصورة دورية.

وإذا كانت الحوافز السابقة تهدف إلى ضمان نوعية الرعاية فعلاً، فان هذا الهدف يمكن تحقيقه بصورة مباشرة وأكثر كفاءة من خلال اتجاه يراقب جودة الخدامات الصحية المقدمة فعلاً ولن تكون هناك حاجة إلى الاعتماد على الأساليب البديلة لتحقيق هذه الهدف.

ويساعد التخلص من أوجه القصور المذكورة آليات السوق على تخصيص الموارد الطبية بكفاءة. إذا إنّ تقديم الإعانات الحكومية لتجنب نتائج هذا القصور، بدلاً من التخلص من هذا القصور ذاته، لا يمكن تبريره على أسس نظرية، وإذا كانت حواجز دخول وممارسة المهنة تحد من توافر الخدمات الصحية بزيادة سعرها فان نظام الإنشاءات الحكومية أو إعانات القوى العاملة، الذي يهدف إلى زيادة توافر الموارد الطبية لا يمكن تبريره على أسس الكفاءة الاقتصادية ويجب تبرير هذه الإعانات على أسس أخرى خلاف كونها وسيلة لتحسين كفاءة السوق ويجب أن يتمثل الدور الحكومي المناسب، عند مواجهة القصور في السوق، في التخلص من الممارسات المفيدة ومواجهة الحاجات التي يقال أن هذه القيود فرضت بسببها بصورة مباشرة (أي حماية المستهلك) ولا يمكن تبرير الإعانات الحكومية كوسيلة لتحسين كفاءة السوق عندما يكون هناك قصور من النوع.

ومع ذلك يعارض البعض التخلص من القيود المفروضة على المعلومات والممارسة الطبية إذ يرون أن التخلص من قصور السوق لن يحقق وضعاً أفضل من النظام الحالي ويعارض هؤلاء الأشخاص اتجاه السوق في تحديد كم وكيف الخدمات الصحية التي يجب تقديمها، وتحديد أكفأ طريقة لتقديم هذه الخدمات الصحية. ولا تعتمد معارضتهم للمنافسة في اتجاه السوق على أسس الكفاءة الاقتصادية الأكبر إذ أنها ناتجة عن حكم قيمي بأن هذه المعايير غير مناسبة للخدمات الصحية ويرون أن المرضى ليس لديهم معلومات كافية ولا يتمتعون بالرشادة الكافية للاختيار السليم لمقدمي الخدمة المناسبين. والمقدار الصحيح من الخدمات الصحية عندما يكونون مرضى بل أنهم يشعرون أن هذا القرار يجب ألا يتدخل فيه المستهلك مطلقاً وأنه يجب اتخاذ هذا القرار مهنياً فقط ويجب أن يعتمد التحديد أو التخصيص المهني للخدمات الصحية على الحاجة الطبية وليس اختيار المستهلك. [7]

ويتمثل أحد معايير الكفاءة الاقتصادية في الطلب على الخدمة في أن المستهلك سيستخدم الخدمة حتى يساوي السعر الذي يدفعه لأخر وحدة منها القيمة الإضافية التي يتلقاها منها وعندما تساوي المنفعة الحدية للوحدة الأخيرة المستهلكة السعر المدفوع يعظم المستهلك منفعة. ونظراً لان السعر الذي يجب أن يدفعه يمثل المنفعة المضحى بها

التي يمكن تحقيقها من سلع أو خدمات أخرى، فان المستهلك يعدل منفعته عندما تتغير الأسعار بحيث تتساوى المنفعة الحدية لآخر وحدة مع السعر الجديد. ويستخدم المستهلكون كميات مختلفة من الخدمات بالرغم من أنهم يواجهون نفس الأسعار وذلك لاختلاف المنافع الحدية من الوحدات الإضافية بالنسبة لكل منهم ومع ذلك، يوفق كل مستهلك المنفعة الحدية لهذه الوحدة الأخيرة مع المضحى بها من السلع والخدمات الأخرى وبالإضافة إلى ذلك فانه عندما يكون المستهلك هو المستفيد الوحيد من مشترياته، فانه يقال أن منفعته الحدية الخاصة تساوي المنفعة الحدية الاجتماعية.

وإذا افترضنا أن المستهلك غير رشيد، أو إذا كان الأشخاص لا يعتقدون أن اختيار المستهلك يجب أن يسود، فان منحنى الطلب التقليدي لا يمثل المنفعة الحدية الاجتماعية. وفي ظل هذه الظروف، فان السياسة الاقتصادية التقليدية التي تفضل إزالة القصور من أجل إشباع حاجات المستهلك لن تحقق أهداف هؤلاء الأشخاص الذين لا يؤمنون باختيار وسيادة المستهلك في تحديد مقدار الخدمات الصحية التي يجب تقديمها.

ولكن ما هي المعايير التي يقترحها من يعارضون سيادة المستهلك في الخدمات الصحية لتحديد كمية الخدمات الصحية في المجتمع؟ إن تحديد الحاجات أو الأولويات الصحية للمستهلكين عملية صعبة التنفيذ وقد تظهر الحاجة إلى الجهات الحكومية لتحديد مستويات الموارد. ولكن لا توجد معايير تستخدمها هذه الجهات للمنفعة الحدية المكتسبة لتخصيص المزيد من الموارد بما يسمح بزيادة المنفعة، أو تخفيض الحاجة بنسبة معينة ولن يوافق أحد على أن الشخص لا يسمح له باستهلاك شيء يرغب في دفع مقابلة (طالما أنه ليس له آثار سلبية على أشخاص آخرين) وبناءً على تقييم بعض الأشخاص لوقتهم، فإنهم يفضلون دفع سعراً أعلى بدلاً من الانتظار طويلاً للحصول على الخدمة. ويمثل إحلال القرار الجماعي محل القرار الفردي لتحديد مقدار الخدمات الصحية التي يجب توفيرها اختلافاً في القيم، ولا يرتبط بما إذا كان نظام السوق سيكون أكثر كفاءة من نظام بديل لتحقيق نفس المجموعة من القيم. [8]

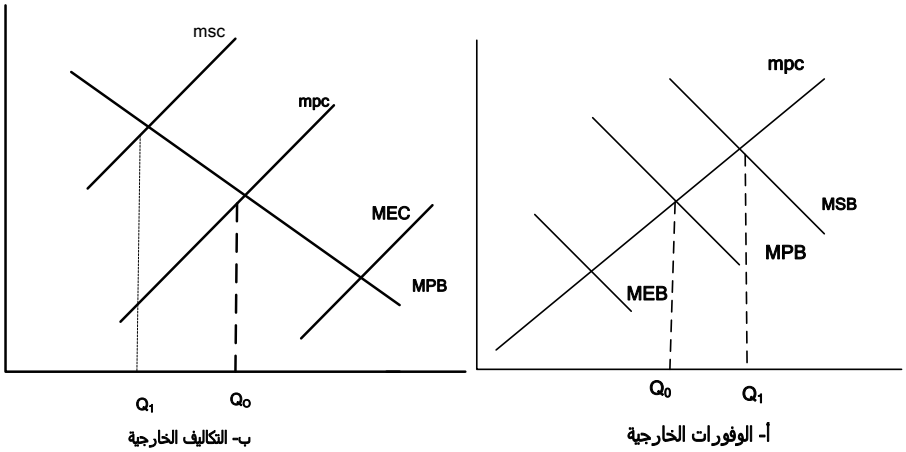
وينعكس هذا الاختلاف في القيم بشأن من يجب تحقيق إشباعهم في معارضة هؤلاء الأشخاص لاستخدام المنافسة في جانب العرض. حيث تعتمد المنافسة في العرض بين مجموعات مقدمي الخدمات على افتراض أن الحياة والنمو يتطلبان من مقدمي الخدمات التنافس على المستهلكين، ويؤدي ذلك بهم إلى تقليل تكاليفهم (مما من بيع خدماتهم بسعر أقل) ومحاولة تقديم الخدمات، التي يرغبها المستهلكون. والأشخاص الذين لا يؤمنون بأن المستهلكين يجب أن يحددوا الذي يجب أن ينتجه مقدمو الخدمات يعبرون أيضاً عن عدم إيمانهم بقدرة مقدمي الخدمات على المنافسة فيما بينهم بدون الإضرار بالمرضى وغالباً ما نجد أن هؤلاء الأشخاص يريدون إحلال التنظيم والاحتكار محل المنافسة في جانب العرض.

ثالثاً: دور الحكومة في تعديل آثار الانتشار الخارجية للخدمات الصحية:

وهناك سبب آخر محتمل لفشل السوق في الخدمات الصحية وهو وجود آثار خارجية Externalities وتتحقق هذه الآثار الخارجية عندما يؤدي العمل الذي يقوم به فرد (أو مشروع) إلى آثار ثانوية على الآخرين وقد تكون هذه الآثار مواتية أو غير مواتية وتؤدي هذه الآثار الخارجية إلى إنتاج كمية من الناتج غير مثلى لأن الفرد أو المشروع بحسب منافعه وتكاليفه الخاصة به هو فقط عند اتخاذ قرار الإنتاج أو الاستهلاك فإذا تحققت تكاليف أو منافع للآخرين نتيجة لقرار خاص لشخص ما، فان مستوى الناتج المنتج في السوق سيعتمد إما على قدر صغير من المنافع (أي المنافع الخارجية الموجبة) أو على مستوى منخفض لتكلفة الإنتاج (أي تكاليف خارجية موجبة) وعلى سبيل المثال يوضح الشكل (1) أنه عند وجود منافع خارجية (MEB) فان نتيجة اهتمام الفرد بمنافعه (الحدية الخاصة) فقط (MBP) والتي يتوقعها من هذا الشراء ستتمثل في مستوى ناتج يتحدد بتقاطع جدول المنفعة الحدية الخاصة (MEB)

والتكاليف الحدية الخاصة (MBC) لإنتاج تلك الخدمة وسيكون مستوى الناتج المحقق Q_o أقل مما لو حسبنا المنافع الخارجية التي تحققت للآخرين (MEB) فاذا أضفنا المنافع الحدية الخاصة والمنافع الحدية الخارجية معاً (لنحصل على منحنى المنافع الحدية الاجتماعية (MSB) فان مستوى الناتج المحقق سيصبح Q_1 وهذا أكبر من المستوى Q_o. [9]

وتتشابه حالة فرض التكاليف الخارجية على الآخرين في الاتجاه، بالرغم من أن الأثر عكسي، من حيث تحديد مستوى الناتج الأمثل إذ أن المشروع الذي يحدد مقدار الناتج الذي سينتجه سيهتم بمنافعه وتكاليفه الحدية الخاصة به فقط ولن يأخذ في حسبانه أية تكاليف يفرضها على الآخرين كما يحدث من تلوث الهواء فإذا أضيفت التكاليف الحدية المفروضة على الآخرين (MEC) إلى تكلفة إنتاج المشروع، فان التكلفة الناجمة عن إنتاج هذا الناتج منحنى التكلفة الاجتماعية الحدية (MSC) سيمثل التكلفة الكاملة للإنتاج، وسيكون مستوى الناتج الذي سينتج في حالة الأخيرة أصغر (Q_1) عما في حالة استبعاد التكاليف الخارجية (Q_o).



الشكل رقم (1) آثار الانتشار الخارجية

وعادة مالا يهتم المستهلكون أو المنتجون الأفراد في السوق التنافسي بالمنافع أو التكاليف الخارجية المفروضة على الآخرين نتيجة لقراراتهم. وعندما لا تدخل هذه المنافع والتكاليف الخارجية في عملية اتخاذ القرار الخاص، فإن مستوى الناتج المحقق لا يكون الأمثل. إذ أن بعض الأشخاص يتلقون منافع يرغبون في دفع مقابلها ولكنهم لا يدفعون، بينما يتحمل الآخرون تكاليف إضافية لم يتلقوا أية منافع مقابلها (وفي الحالة الأخيرة نجد أن الأشخاص الذين يشترون السلعة أو الخدمة التي تؤدي إلى تكلفة خارجية يدفعون سعراً يقل عن التكلفة الكاملة لإنتاج تلك الخدمة). ولذلك يوجد لهذه الوفورات أثران. يتمثل الأول في التأثير على الكفاءة الاقتصادية: إذ إنه عندما تتساوى كل المنافع الحدية (MSB) مع كل التكاليف الحدية (MSC) يتحدد مستوى الناتج الأمثل. ويتمثل الأثر الثاني في إعادة التوزيع: إذ أن بعض الأشخاص يتلقون منافع خارجية بدون دفع مقابل لمن يقدمها، أو يتحملون تكلفة لا يتم تعويضهم عنها.

وتتطلب عملية إدخال التكاليف والمنافع الخارجية في حسابات اتخاذ القرار الخاص، في حالة وجود عدد كبير من الأفراد، قدراً من اتخاذ القرار الجماعي غير السوقي. فعندما يكون هناك عدد كبير من الأفراد، يصعب الوصول إلى ترتيبات تطوعية تكون مرضية لجميع الأطراف. وهنا تظهر الحاجة إلى اتخاذ القرار الجماعي الذي يلتزم به جميع الأطراف، وذلك لتحديد كل من مستوى الناتج الأمثل، ولمن يدفع التعويض (وعلى من تفرض الضرائب). وهذا الدور لن يستطيع القيام به إلا الحكومة، لتعمل كنائب عن الجماعة في وضع غير سوقي،ويضفى وجود الوفورات الخارجية

المشروعية على دور الحكومة في تقديم الخدمات الصحية، ولكن مما يجب أن يتكون هذا الدور؟ فلا يكفى أن ندعي أن هذه الوفورات موجودة، ثم نبرر كل أنواع التدخل الحكومي في مجال الخدمات الصحية.

ولا تتطلب المواقف التي تتضمن الوفورات الخارجية قيام الحكومة بإنتاج أو تقديم خدمة معينة بالضرورة. فإذا كانت خدمة معينة لا تتمتع بخصائص الاحتكار الطبيعي، لن يكون هناك مبرر لعدم وجود المنافسة في تقديم تلك الخدمة. حيث يمكن أن تتنافس المدارس الطبية والمؤسسات البحثية الأخرى على إعداد البحوث. إذ أن البحوث لن تتم بصورة أكثر كفاءة بالضرورة إذا قام بها باحثون حكوميون فقط. لأن معيار تحديد ما إذا كانت الخدمة ستقدم من خلال الحكومة أو القطاع الخاص هو الكفاءة، فليس هناك شيء كامن في طبيعة الوفورات الخارجية يشير إلى وجوب تقديم الخدمات عن طريق القطاع العام.

وهناك عدة أنواع للحالات التي تظهر فيها الوفورات الخارجية في المجالات الصحية والطبية. ويمكن أن نشير إلى النوع الأول بحجة "حماية المستهلك"، التي ناقشناها سلفاً. ففي ظل الطبيعة الفنية للخدمات الصحية، ونقص معلومات المريض المتعلقة بالتشخيص، حاجات العلاج، وكفاءة مقدم الخدمة، قد يستفيد المستهلكون من وضع حد ادنى من المعايير وتقديم المعلومات. فإذا لم يقدم السوق الخاص هذه المعايير (من خلال سوء الممارسة) أو المعلومات الضرورية التي يحتاجها المستهلكون أو إذا رغب كل المستهلكين في قيام الحكومة بضمان بعض الحدود الدنيا من المعايير، فإن حماية المستهلك ستصبح نوعاً من الوفورات الخارجية، ومن ثم يظهر دور شرعي للحكومة.

وهناك وفورات خارجية أخرى تتعلق بالخدمات الصحية الشخصية، وهي ما يطلق عليها "وفورات الاستهلاك". فإذا كان الأفراد الأكثر صحة وثروة لا يريدون رؤية الأفراد الأقل منهم حظاً يعيشون بدون الخدمات الصحية اللازمة، ويرغبون في المساهمة في رعايتهم الطبية، يقال إن هناك وفورات في الاستهلاك. ويرجع هذا إلى أن منفعة الأفراد لا تقتصر على كمية السلع والخدمات التي يشترونها لأنفسهم، ولكنها تعتمد أيضاً على مقدار بعض السلع والخدمات (مثل الخدمات الصحية) التي يشتريها الآخرون. وفي ظل هذه الظروف، إذا ساهم بعض الأشخاص في تمويل تقديم الخدمات الصحية لمن هم أقل حظاً منهم، فإن أشخاصاً آخرين كانوا يرغبون في المساهمة يحققون منفعة خارجية أيضاً، حيث يتمتع كل فرد بمنفعة رؤية الأقل حظاً يتلقون الخدمات الصحية، بالرغم من أن كل فرد لم يساهم في ذلك بالضرورة. [10]

ومن الناحية النظرية، يجب على كل شخص يتلقى منفعة خارجية أن يساهم حسب حجم المنفعة الخارجية التي تلقاها. وما لم يكن هناك شكل ما من اتخاذ القرار الجماعي (غير السوقي)، يستحيل أن نحّصل الإسهامات من كل الأشخاص الذين يتلقون منافع خارجية.

وتعتبر مضامين المناقشة السابقة مزدوجة. فأولاً، يجب على الحكومة التي تعمل نيابة عن الرغبات الجماعية للراغبين في المساهمة، أن تفرض ضرائب على هؤلاء الأشخاص (بافتراض أن الحكومة تعرف دوال منفعة كل فرد بالضبط) بالمبالغ التي يرغبون في دفعها، وتقديم الإعانات لمستحقيها بما يعادل حجم الضرائب المحصلة. وثانياً، يجب أن يمثل شكل هذه الإعانة (أي الخدمات الصحية) وتحديد طريقة توزيعها (مثل تحديد المستحقين بناءً على دخولهم(رغبات "المانحين" وليس المستحقين. وذلك لأن بعض المانحين قد يرغبون في المساهمة، وبالتالي يحصلون على منفعة خارجية، إذا كانت إسهاماتهم ستذهب إلى مجموعة دخلية معينة فقط، ومقابل نوع معين من الخدمات، وستوزع بأسلوب معين. [11] وهناك عدد من الطرق لتقديم الإعانات لمساعدة المرضى أو أصحاب الدخول المنخفضة. حيث يمكن

منح هؤلاء الأشخاص زيادة في دخولهم، وليس مجرد زيادة في خدماتهم الصحية، فعندما يحصلون على زيادة في دخولهم، يمكنهم إنفاق هذه الزيادة على الإسكان، أو الغذاء، أو الخدمات الصحية.

فإذا كان عدم الحصول على الخدمات الصحية هو الذي يثير اهتمام الأكثر حظاً، فإنه سيصبح من غير المناسب من منظور هؤلاء المانحين السماح بإنفاق هذه الأموال على سلع وخدمات خلاف الخدمات الصحية. ففي ظل ظروف الوفورات الخارجية في الاستهلاك، نجد أن الإعانات العينية أكثر كفاءة.

رابعاً: الإعانات الحكومية العينية في مجال الخدمات الصحية:

هناك أنواع عديدة من الإعانات العينية في الخدمات الصحية. وبعضها عبارة عن إعانات طلب، والبعض الآخر إعانات عرض، وهناك إعانات غير مباشرة بالنسبة للمجموعات المستفيدة المطلوب التأثير عليها، وهناك إعانات مباشرة. ويصنف التأمين الصحي الحكومي على أنه دعم مباشر للطلب. وقبل مناقشة التأمين الصحي الحكومي، يفضل أولاً مناقشة الأنواع المختلفة من الإعانات العينية في الخدمات الصحية، أحجامها، آثارها المحتملة، والمستفيدين المحتملين. وعندما نتوصل إلى فهم أفضل للإعانات العينية، فإن الأهداف الحقيقية والأهداف المقررة تصبح أكثر وضوحاً، ويمكن توفير السياق الذي يمكن في إطاره تحليل التأمين الصحي الحكومي. فإذا صدر تشريع التأمين الصحي الحكومي، سيظهر التساؤل حول ما إذا كانت الإعانات العينية الحالية ستستمر. وإذا كان التأمين الصحي الحكومي يمثل إعانة عينية أكثر كفاءة، فإن الإعانات العينية الحالية قد يجب استخدامها للمساعدة في تمويل برنامج تأمين صحي وطني.

وتتمثل الإعانات العينية الرئيسة في جانب الطلب مثل رعاية صحة الأم والطفل، وبرامج التغذية المدرسية.

وعلى جانب العرض هناك برامج دعم لتعليم القوى العاملة الصحية، على المستوى القومي ومستوى المحافظات، مثل الإعانات لبناء المستشفيات، وتقديم الخدمات الصحية من خلال المستشفيات الحكومية على مستوى المحافظة والمستوى المحلي. وهناك أيضاً برامج دعم غير مباشر لجانب العرض، مثل تلك التي تمنح الإعفاء الضريبي لمقدمي الخدمات غير الهادفين للربح مثل المستشفيات غير الهادفة للربح من الجمعيات الخيرية وغيرها....[12]

وفي وضوء أهمية دور الحكومة في الخدمات الصحية الشخصية، يجب تحديد من هم المستفيدون من هذه الإعانات، ومدى كفاءة توزيعها. وهاتان القضيتان متشابكتان، فكما ذكرنا سلفاً، تعتمد حجة الإعانات العينية على الوفورات الخارجية في الاستهلاك. وبالتالي فإن المستفيدين الأساسيين يجب أن يكونوا من ذوي الدخول المنخفضة و/أو الصحة السيئة (بالإضافة إلى من يفضلون هذه البرامج بصورة غير مباشرة). وإذا كانت الإعانات موزعة بطريقة تفيد أصحاب الدخول المرتفعة، أو توفر لهم نصيباً نسبياً أكبر من الإعانة، يصبح توزيعها غير كفء، أي من المجموعة المستفيدة المستهدفة (ذوي الدخول المنخفضة) كان يمكن أن تتلقى قدراً أكبر من الإعانات لو تم توزيعها بأسلوب مباشر مختلف.

- الإعانات الحكومية لجانب الطلب في الخدمات الصحية:

ويسهل حساب المجموعات المستهدفة في ظل إعانات الطلب عنه في ظل إعانات العرض مثلاً، كان المستفيدون يمثلون المحتاجين طبياً. يذهب أساساً إلى الفقراء وشبه الفقراء. وهذه العلاقة بين مستوى الدخل وانفاق هذا البرنامج قائمة بالنسبة لكل من الإنفاق الرأسمالي والإجمالي للبرنامج. وعند دراسة برامج الإعانات غير المباشرة لجانب

العرض، لا يتضح أن الإعانات تذهب إلى الأشخاص ذوي الدخل الأقل و/أو الاحتياجات الطبية الأكبر، ويمكن أن تتحدد المجموعة المستفيدة حسب السن وليس مستوى الدخل، فليس كل المسنين أصحاب دخول منخفضة أو حالات صحية سيئة بالمقارنة بغير المسنين، فإن نسبة الإنفاق التي تذهب إلى كل مستوى دخل موزعة بصورة أكثر عدالة.

وعند دراسة برامج الإعانات الضريبية، مثل استبعاد أقساط التأمين الصحي التي يدفعها صاحب العمل من الدخل الخاضع للضريبة، واستقطاع التكاليف الطبية التي تزيد عن 3% من الدخل الإجمالي المعدل، نجد أن المنافع تحصل عليها المجموعات مرتفعة الدخول. حيث تتلقى المجموعات ذات الدخل المرتفع والمتوسط معاً حوالي 94% من قيمة هذه الإعانات. [13]

وهكذا يبدو أنه كلما كانت إعانة الطلب موجهة بصورة مباشرة إلى مجموعة سكانية معينة، كلما زاد احتمال تزويد المستفيدين المستهدفين بنسبة أكبر من تلك الإعانة. وتتفق برامج الإعانات المباشرة التي من هذا النوع مع الهدف التشريعي، ولكن برامج إعانات الطلب غير المباشرة تعتبر وسيلة أقل كفاءة لدعم مجموعة مستفيدين معينين. ولم يوافق المشرعون على زيادة الضرائب لتقديم إعانات للأشخاص ذوي الدخل المرتفع إلا إذا كان هناك شك في أن هذه الإعانات ستذهب إلى أشخاص ذوي دخل مرتفع، أو إذا لم يكن ذلك واضحاً للناخبين. وإذا أردنا تبرير الإعانات الطبية العينية، يجب أن يكون المستفيدون من أصحاب الدخول الأقل و/أو الحاجة الأكبر للخدمات الصحية مقارنة بالأشخاص الذين يفضلون هذه الإعانات. وتعتبر إعانات الطلب المباشرة أداة أكثر وضوحاً ومباشرة للتأكد من تحقق هذا الهدف. [14]

- الإعانات الحكومية لجانب العرض في الخدمات الصحية:

ويمكن تصنيف إعانات العرض طبقاً لما إذا كانت موجهة مباشرة إلى مجموعة مستفيدة أو ما إذا كانت منافعها تنتشر بين عدد من المجموعات السكانية. وتتمثل إعانة العرض الموجهة إلى مجموعة مستفيدين معينين في تقديم الأموال لإقامة عيادة في منطقة منخفضة الدخل. وحتى إذا لم تكن هناك إعانة طلب مقابلة، فإن العيادة الجديدة ستؤدي إلى زيادة استخدام الخدمات الصحية، وذلك لأنها ستقلل تكلفة سفر المرضى للاستفادة بهذه الخدمة ولكن معظم إعانات العرض المباشرة ليست من هذا النوع، حيث تتمثل إعانات العرض المباشرة الرئيسة في المستشفيات الحكومية سواء المركزية أو المحلية.

وتتمثل إعانات العرض غير المباشرة – وهي النوع الرئيسي الآخر من إعانات العرض العينية– في الأموال التي تقدم لتدريب عمالة صحية إضافية والمنح الرأسمالية للمستشفيات، وتؤثر هذه الإعانات على سوق طبية معينة. فلكي تحقق هذه الإعانة زيادة الخدمات الصحية، يجب أن تنتقل آثارها من خلال عدة أسواق طبية. فعندما تقدم هذه الإعانات للمدارس الطبية لزيادة عدد الأطباء، تمر عدة سنوات قبل حدوث زيادة في عدد الخريجين الإضافيين. ويبدأ هؤلاء الخريجون في العمل في ظروف مختلفة، تتراوح ما بين المستشفيات وعيادات الأطباء. وتعتمد الزيادة في كمية الخدمات التي يتلقاها أعضاء مجموعة معينة من المستفيدين على مرونة طلبها على هذه الخدمات (إذ أن زيادة عرض الخدمات يمثل تحركاً لأسفل على منحنى طلب المرضى على تلك الخدمة) وإذا كان طلب أعضاء المجموعة المستفيدة غير مرن نسبياً، أي غير مستجيب للتغير في سعر الخدمة، ستحدث زيادة طفيفة نسبياً في استخدامهم للخدمات الصحية. ونظراً لأن إعانات العرض غير المباشرة لا توجه بصفة عامة إلى مجموعات مستفيدين معينة، فإن المستفيدين سيشملون كل الأشخاص الذين يستخدمون الخدمة، وسيدفعون سعراً أقل مما كانوا يدفعونه قبل الإعانة.

ونظراً لأن الأشخاص ذوي الدخل المنخفض لا يستخدمون الخدمات الصحية كثيراً، فإنهم يتلقون منفعة أقل من هذه الإعانات بالمقارنة بمن يستخدمون هذه الخدمات كثيراً والذين قد يتمتعون بدخول أعلى أيضاً. [15]

وبالإضافة إلى أن إعانات العرض العامة لا تتمتع بالكفاءة، إذ إن النسبة الأكبر منها لا تذهب إلى الأشخاص منخفضي الدخل، فإنها تسبب مشاكل أخرى. وعند تقديم الإعانة لواحد فقط من مدخلات عملية إنتاج الخدمات الصحية، فإن المدير الذي يحاول استخدام توليفة المدخلات الأقل تكلفة سيميل إلى استخدام المزيد من المدخلات المدعمة، لأن تكلفتها أصبحت أقل بسبب التدخل الحكومي، وعلى سبيل المثال، فإن إعانة تدريب ممرضات مسجلات إضافيات، إذا كانت ناجحة، ستؤدي إلى زيادة كبيرة في عرض الممرضات وانخفاض أجورهن نسبياً. ونظراً لانخفاض أجور الممرضات بسبب الإعانة، فإن المستشفيات ستبتعد عن فئات التمريض الأخرى وتتجه نحو الممرضات المسجلات في تقديم رعاية المرضى. ويعتبر هذا الأسلوب أعلى تكلفة لتوفير رعاية المرضى، بالمقارنة بحالة منح المستشفى إعانة مماثلة غير مقيدة، ففي الحالة الأخيرة تستطيع المستشفى استخدام توليفة من الممرضات المسجلات وغير المسجلات وغير ذلك من المدخلات الأخرى بناءً على أسعارها وإنتاجياتها النسبية، وبالتالي ستستخدم المستشفى عدداً أقل من الممرضات المسجلات بالمقارنة بحالة انخفاض الأجور فقط بسبب الإعانة. أي أن الإعانات التي تزيد عرض مدخل معين تعتبر أقل كفاءة (أعلى تكلفة) بالمقارنة بالإعانة النقدية المماثلة، ولفهم الأثر الحقيقي لإعانات العرض على زيادة الانتفاع بالخدمات، وتحديد المجموعات المستفيدة، يجب استخدام نموذج قياس اقتصادي معقد للقطاع الطبي، وعلى سبيل المثال، فإن تقديم إعانة لزيادة عدد الممرضات المسجلات سيؤثر مبدئياً على سوق تعليم الممرضات. ولكن عدد الممرضات الإضافيات اللائي سيتخرجن نتيجة لهذه الإعانة سيعتمد على أهداف الأنواع المختلفة من مدارس التمريض، وعلى المدارس التي تتلقى هذه الإعانات. وسيعتمد عدد الممرضات أيضاً على مرونة الطلب على تعليم التمريض من الممرضات المتوقعات، لأن الإعانة ستخفض تكاليف تعليمهن. وسوف تؤثر زيادة عدد الممرضات على أجورهن، ومعدلات مشاركتهن، وعلى تشغيلهن. ويعتمد عدد الممرضات الإضافيات اللائي سيتم تشغيلهن في الأطر المؤسسية المختلفة على مرونة الطلب على الممرضات في كل إطار وعلى الأجور الجديدة للممرضات (وبالطبع فإن تحديد الأجور والتشغيل سيكون عملية آنية). وكلما ارتفعت إمكانية إحلال الممرضات المسجلات محل الأنواع الأخرى من الأشخاص القائمين بالتمريض، كلما ارتفعت مرونة الطلب، وارتفع النقص في الطلب على الممرضات غير المسجلات. وسيحظى كل إطار مؤسسي يستخدم ممرضات مسجلات بتكلفة أقل قليلاً بالنسبة للقائمين بالتمريض، وبالتالي ستنخفض تكاليف الرعاية في كل إطار مؤسسي. ولكن مقدار هذا الانخفاض سيعتمد على عدد الممرضات اللائي سيتم استخدامهن، ومرونة الطلب عليهن (أي ما إذا تم تشغيل عدد كبير من الممرضات نتيجة انخفاض أجورهن). ويختلف تأثير إعانة الممرضات على تكلفة الرعاية بالنسبة لكل إطار مؤسسي على حدة، إذ أن المستشفيات التي تستخدم معظم الممرضات ستحقق أكبر انخفاض في التكلفة. ونظراً لتغير التكلفة النسبية للأطر المؤسسية المختلفة، فإن مقدار انخفاض سعر الخدمات الصحية في كل إطار نتيجة لانخفاض التكاليف سيعتمد على مرونة الطلب على الخدمات والبنية التي تتنافس فيها مختلف المؤسسات. فإذا لم تكن ضغوط هناك تنافسية على المؤسسة، وإذا كان يتم إعادة سداد مصروفات المؤسسة على أساس التكاليف، فإنه يقل احتمال انتقال وفر التكاليف إلى المرضى أو إلى الطرف الثالث الذي يدفعها. وهكذا فإن الأثر النهائي لإعانات العرض على عرض الخدمات الصحيحة، بالمقارنة بأثر إعانات الطلب، يواجه صعوبات أكبر في تحديده. ويصعب أيضاً تحديد مجموعة المستهلكين أو الدافعين التي ستتلقى المنفعة الأكبر من الإعانة، إذا كان أي منها سيتلقى أية فائدة أصلاً.

الدور الحكومي في التمويل وأنماط الاتفاق على الصحة في المنطقة العربية:

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة والخاصة والخبيرية، وبالرغم من أن المعدلات تختلف كثيراً، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر. فان الخصائص المحددة للخدمات الصحية، وطبيعة وإدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، وعدم التأكد، والتكاليف المرتبطة بالخدمات الصحية، تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق فقط أمراً غير مرغوب. ومما لا شك فيه أن الأساليب المتبعة لتمويل أنظمة الصحة وطرق إنفاق الأموال على عمق التدخل الحكومي وعلى مدى عدالة النظام والقدرة على الاستفادة منه، كما تؤثر على كفاءته الاقتصادية لاقتصادية واستدامته المالية كما هو مبين في الجدولين (1) (2).

الجدول (1) الإنفاق العام على الصحة

	كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق على الصحة				كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي			
	1997	1999	2001	متوسط (1)	1997	1999	2001	متوسط (1)
البحرين	70.5	69.3	69.0	69.5	3.4	3.3	2.9	3.2
مصر	46.3	46.3	49.0	46.6	1.8	1.8	1.9	1.8
الاردن	54.5	50.9	47.1	51.2	4.4	4.4	4.5	4.4
الكويت	79.5	78.8	87.8	78.9	2.9	3.1	3.0	3.0
لبنان	31.2	26.7	28.1	28.5	3.7	3.2	3.4	3.5
عمان	81.9	82.4	80.8	81.6	2.8	2.9	2.4	2.7
قطر	76.8	76.1	73.4	75.4	3.0	2.9	2.2	2.7
المملكة العربية السعودية	77.4	73.8	74.6	75.3	4.1	3.3	3.4	3.6
الجمهورية العربية السورية	59.8	57.1	53.0	55.9	1.5	1.6	1.8	1.6
الامارات العربية المتحدة	76.8	75.8	75.8	76.2	2.8	2.8	2.6	2.8
اليمن	30.8	32.8	34.8	34.7	1.2	1.3	1.6	1.4
المنطقة العربية(ب)	52.4	51.6	52.7	52.2	2.3	2.2	2.3	2.2
النرويج	84.3	85.2	85.5	85.0	6.6	7.3	6.8	6.9
الولايات المتحدة الامريكية	45.3	44.2	44.4	44.5	1.4	1.5	1.3	1.5
سنغافورا	39.0	38.3	33.5	37.5	2.1	2.1	2.1	2.2
تايلند	57.2	57.6	57.1	58.0	5.9	5.7	6.2	5.9

المصدر: حسابات اللجنة الاقتصادية لغرب آسيا مستندة إلى بيانات منظمة الصحة العالمية

(أ) المتوسط الحسابي من عام 1997-2001 (يشمل السنوات الخمس بكاملها)

(ب) متوسطات الدول العربية هي متوسط الأرقام الوطنية المفردة المتوفرة معدلاً حسب عدد السكان

الجدول (2) الإنفاق على الصحة

	كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي				نصيب الفرد بالدولار على أساس معادلات القوة الشرائية			
	1997	1999	2001	متوسط (1)	1997	1999	2001	متوسط (1)

البحرين	4.8	4.8	4.1	4.6	7.2	670	664	664
مصر	3.9	3.9	3.9	3.9	121	134	153	134
الاردن	8.2	8.6	9.5	8.7	323	350	412	358
الكويت	3.7	3.9	3.9	3.9	638	617	612	631
لبنان	11.8	12.1	12.2	12.2	642	719	673	706
عمان	3.4	3.5	3.0	3.3	348	357	343	351
قطر	3.9	3.8	3.1	3.6	842	874	782	845
المملكة العربية السعودية	5.3	4.5	4.6	4.8	680	583	591	620
الجمهورية العربية السورية	2.5	2.8	3.4	2.9	194	233	266	232
الامارات العربية المتحدة	3.6	3.7	3.5	3.7	727	710	921	779
اليمن	3.8	4.0	4.5	4.1	52	58	69	60
المنطقة العربية(ب)	4.3	4.3	4.5	4.4	260	261	283	268
النرويج	7.8	8.5	8.0	8.1	2193	2550	2920	2571
الولايات المتحدة الامريكية	13.0	13.0	13.9	13.2	3939	4287	4887	4350
سنغافورا	3.7	4.0	3.9	3.9	834	947	993	925
تايلند	3.7	3.7	3.7	3.7	247	233	254	242

المصدر: حسابات اللجنة الاقتصادية لغرب آسيا مستندة إلى بيانات منظمة الصحة العالمية

(ت) المتوسط الحسابي من عام 1997–2001 (يشمل السنوات الخمس بكاملها)

(ث) متوسطات الدول العربية هي متوسط الأرقام الوطنية المفردة المتوفرة معدلاً حسب عدد السكان

من الجدولين السابقتين نجد:

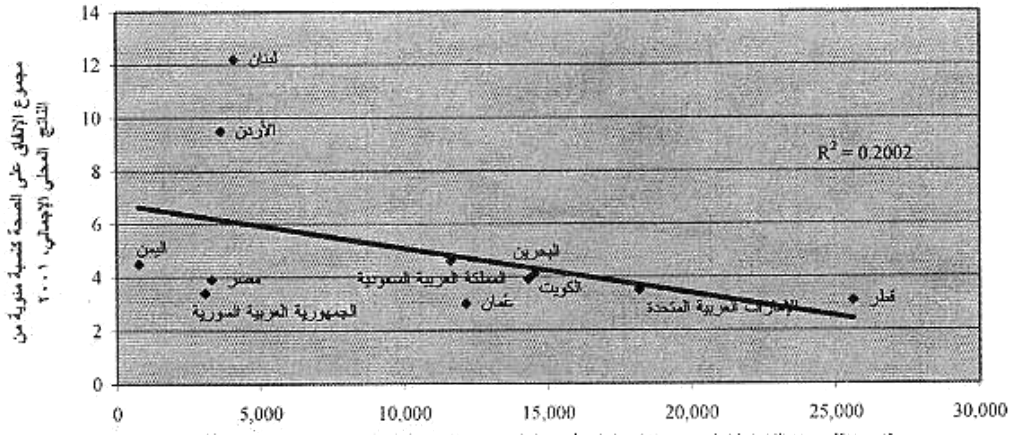
1- تنعكس الأهمية التي يعطيها بلد ما للعناية الصحية في مقدار الموارد التي يخصصها هذا البلد للعناية الصحية، فمثلاً بالنسبة للإنفاق على العناية الصحية من الناتج المحلي الإجمالي. فقد حققت البلدان العربية في عام 2001 حوالي 4.5 في المائة من ناتجها المحلي لإجمالي لقطاع الصحة مقابل 8 في المائة في الترويج م13.9 في أمريكا 3.7 في تايلند. [16]

2- هناك تفاوت كبير بين متوسط ما يستهلكه القطاع الصحي من الناتج المحلي الإجمالي في الدول العربية وهذا التفاوت مرده الانخفاض بين مستويات الناتج المحلي الإجمالي.

3- يشير الجدول رقم (2) إلى أن متوسط حصة الإنفاق العام المرجح بعدد السكان في المنطقة العربية ككل بلغ 52.2 في المائة في الفترة 1997 –2001 وهذا يدل على أن الإنفاق الخاص على الصحة مصدر هام جداً للإنفاق.

4- هناك علاقة ايجابية (تناسب طردي)، على المستوى العالمي، بين مجموع الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي وبين نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (كلما ارتفع الدخل ازدادت الموارد المخصصة للقطاعات الصحية بشكل نسبي ومطلق). لكن البيانات المتوفرة عن البلدان العربية في الفترة 1997-2001 تبين وجود تناسب عكسي بين مجموع الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي ومستوى نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي كما هو مبين بالشكل رقم (2).

الشكل رقم (2) مجموع الأنفاق على العناية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي 2001.



الشكل رقم (2) نصيب الفرد من الناتج الإجمالي، 2001 (بالدولار الدولي لعام 1995 حسب معدلات القوة الشرائية)

المصدر : حسابات اللجنة الاقتصادية لغرب أسيا مستنداتاً مؤشرات التنمية العالمية. البنك الدولي

5- هناك تنوع في طرق تمويل الرعاية في المنطقة العربية، مما يدل على التفاوت في الأنظمة السياسية والبنى الاقتصادية. فالأنظمة المبينة على المبادئ الاشتراكية كما في سورية ومصر واليمن يرتفع فيها نسبياً الإنفاق العام على الصحة أكثر من البلدان التي تميل بشكل متزايد نحو اقتصادات السوق مثل الأردن ولبنان.

النتائج والتوصيات:

1- بغض النظر عن اختلافات القيم بشأن من يجب عليه أن يقوم بتحديد كم وكيف الخدمات الصحية يجب السماح بوجود أنظمة مختلفة منافسة لتقديم الخدمة في جانب العرض وبالرغم من إمكانية وجود شك في قدرة المنافسة على تحقيق الكفاءة إلا أن السماح بوجود هذه المنافسة ولتكون بديلاً عن النظام المقيد لتقديم الخدمة سيمثل اختياراً عادلاً لتحديد الأسلوب الأكثر كفاءة في تحقيق مستوى الناتج الذي تحدده الجهات الحكومية.

2- ويمكننا الانتهاء إلى أن الدور المناسب للحكومة في مجال الخدمات الصحية يتحدد في ضوء القيم والمعايير التي تحكم نظام السوق ولا يعتمد الكثير من انتقاد نظام السوق هنا على قدرة هذا النظام على تحقيق المعايير

الاقتصادية الخاصة ونظراً لأن معظم هذا الخلاف ناتج عن اختلافات في القيم والمعايير غير المحددة فان مناقشة دور الحكومة وبدائل السياسات العامة ستكون أكثر حدة لو كانت هذه الفروق أكثر وضوحاً.

3- إن المواقف التي يوجد فيها احتكار طبيعي في الخدمات الصحية نادرة حيث توجد بدائل جيدة نسبياً لمعظم الخدمات الصحية على المستوى المحلي كذلك فان اقتصاديات الحجم في المستشفيات بسيطة وخدمات المستشفيات الفردية مثل وحدات العلاج بالكوبالت قد تخضع لاقتصاديات كبيرة نسبياً ومع ذلك تخدم مثل هذه الخدمات سوقاً كبيرة جداً عن تلك التي تخدمها المستشفى التي تقع فيها وهكذا يكون السوق الذي تخدمه هذه الخدمات والتسهيلات المتخصصة كبيراً بما يكفي لوجود المنافسة فيما بين العديد منها ونظراً لقلة خدمات الخدمات الصحية ذات خصائص الاحتكار الطبيعي تمثل مبرراً هاماً لتدخل الحكومة أو إعاناتها في الخدمات الصحية.

4- إن الدور السليم للحكومة دور مزدوج. فأولاً، يجب أن تحدد الطبيعة والحجم الحقيقي للمنافع والتكاليف الخارجية، إذا كان هناك اعتقاد في وجود الوفورات الخارجية. ولكن قياس هذه الوفورات عملية صعبة، من ناحية المفهوم والتطبيق،. وتعتبر الدراسات غير السوقية، التي يشار إليها بتحليل المنفعة/ العائد، ولكن هناك مشكلة في دراسات المنفعة/ العائد التي أجريت في مجال الخدمات الصحية، وهي أنها تقترح أنه من المناسب للحكومة أن تقوم "بأي" برنامج له معدلات منفعة/ عائد "مواتية". ولكن يجب تحديد ما إذا كان لمثل هذه البرامج أية آثار خارجية: فإذا لم تكن هناك آثار خارجية، فإن دور الحكومة، إذا كان موجوداً، يجب تبريره على أسس أخرى. ومثال عدم ملاءمة تحليل المنفعة/ العائد يتجسد في تطبيقه على برامج الصحة الشخصية التي ليس لها آثار خارجية. وقد يقترح المحلل نظاماً للإعانات الحكومية يعتمد على وجود معدل منفعة/ عائد مواتٍ فقط. فإذا لم تكن هناك آثار خارجية، وكان الأفراد المعنيون لا يرغبون في إنفاق أموالهم الخاصة على البرنامج، فإنه لن يكون من المناسب أن تتدخل الحكومة، ما لم تكن هناك رغبة في إعلان أن الأفراد الذين يتخذون القرار لا يتمتعون بالرشاوى، أو أن الأفراد ليست لديهم نفس القيم التي لدى المحلل، وهذا هو الأكثر احتمالاً.

5- يتمثل الدور الثاني المناسب للحكومة في حالة وجود الوفورات الخارجية، في تحديد كيفية تمويل هذه الوفورات– أي من الذي يجب تعويضه، ومن الذي يجب أن تفرض عليه الضرائب. وعندما نستخدم مثال تلوث الهواء للتعبير عن حالة فرض تكاليف خارجية على الآخرين، يجب أن تحدد الحكومة حجم التكاليف الخارجية وفرض وحدة ضريبية (تعادل حجم التكاليف الخارجية) على من ينتجون ذلك المنتج الذي يسبب التلوث. وسوف تؤدي ضريبة الوحدة إلى زيادة تكاليف الملوث، مما يترتب عليه انخفاض إنتاجه والتلوث الصادر عنه ويمكن استخدام حصيلة الضرائب لتعويض من يتحملون هذه التكاليف الخارجية. وكذلك فإنه عندما توجد منافع خارجية، كما في حالة البحث الطبي، فإن من يتلقون هذه المنافع يجب أن تفرض عليهم ضرائب، حيث تستخدم حصيلتها في دعم التوسع في البحث الطبي. ويجب أن يحاول المبدأ المالي ربط الضرائب والإعانات بمن يحققون التكاليف والمنافع الخارجية. أما نظام التمويل القائم على القدرة على الدفع، فلن يكون مناسباً، مالم يعكس هذا النظام مدى المنافع والتكاليف الخارجية. ومع ذلك، لا يجب أن يعتمد كل اتخاذ القرارات غير السوقية على المستوى القومي. فبالنسبة لبعض البرامج الصحية، نجد أن المنافع والتكاليف تكون محلية بحتة بطبيعتها. مثل تنقية المياه، ولذلك يكون المستوى المناسب للتمويل في هذه الحالة محلياً.

الخاتمة:

بصفة عامة، تكون إعانات العرض في الخدمات الصحية ذات تأثير مباشر في الأشخاص منخفضي الدخل، عندما كانت الحكومة ذاتها تعمل كمورد للخدمة. وعندما كانت إعانات العرض غير مباشرة، قدمت الإعانات العينية المنافع لكل من يستخدم الخدمات الصحية، وتستغرق إعانات العرض العينية وقتاً أطول من إعانات الطلب المباشرة لتسهيل الوصول للخدمات الصحية بالنسبة لمجموعة معينة من المستفيدين. وهي أيضاً غير كفوءة اقتصادياً، إما لأن المرضى ليس لديهم من اختيار مقدم الخدمة الذي يذهبون إليه، كما في حالة التأمين الصحي، أو لأن التكاليف النسبية للمدخلات مشوهة. وأخيراً، هناك مبالغة في تقدير منافع إعانات العرض غير المباشرة، لأن معدلات مشاركة العاملين وزيادة الإنتاجية يمكن أن تكون أقل مما كان يمكن تخفيضه.

وبالرغم من أن إعانات الطلب المباشرة تبدو أسلوباً أكثر كفاءة لتقديم الإعانات العينية، فإن إعانات العرض مشهورة تشريعياً، وقد لا يرجع ذلك إلى أن المشرعين لايدركون بالضرورة أي اسلوبي الإعانة أكثر كفاءة، ولكنه قد يرجع إلى أن مقدمي الخدمات الصحية ومؤسسات تعليم العمالة الصحية هم المستفيدون من مثل هذه المقترحات. ويحتمل أن يخضع المشرعون لضغوط هذه المجموعات، لأن إعانات العرض أكثر وضوحاً للناخبين وتحظى بقبول أفضل، وذلك كما في حالة زيادة عدد الأطباء والممرضات، أو ظهور مبنى مستشفى جديد في المجتمع.

استهدفت المناقشات السابقة لإعانات العينية المقدمة للخدمات الصحية تقديم توضيح لحجم الإعانات المقدمة لدعمها، وبعض معايير الحكم على كفاءة أنواع الإعانات العينية البديلة. فإذا أردنا نشر التأمين الصحي الحكومي، يجب أن نحدد ما هي إعانات الطلب والعرض (المباشرة وغير المباشرة) التي يجب أن تستمر، والأموال التي يمكن توفيرها لاستخدامها في تحمل جزء من تكلفة التأمين الصحي الحكومي.

المراجع:

1- أ.ب. ماخ، ب. آبيل-سميث. *تخطيط مالية القطاع الصحي*،منظمة الصحة العلمية، الإسكندرية، 2002،30-35.

2- الغدري، عزة عمر. *الأمن الاجتماعي والصحة*. مؤتمر الأمن الاجتماعي للتنمية 12-13 أكتوبر ،القاهرة ،100، 1999-105.

3- البنك الدولي: تقرير عن التنمية في العالم 2003: *الاستثمار في الصحة*. واشنطن البنك الدولي 62،2003-68.

4- HAMMER. J. S. *Economic Analysis for Health Projects*. *The World Bank Research Observer*,no.1world bank,Washington,1997,47-71.

5- FELDSTEIN. P. J. *Health Care Economics*. Second Edition, John Willey &, Sons, New York, 1983,95-100

6- مجلس الشورى المصري:*مستقبل الرعاية الصحية في مصر والتوجه القومي للتأمين الصحي الاجتماعي*. القاهرة ،75، 1996-80.

7- نصار، هبه. *أثر سياسات التحرير الاقتصادي على الصحة في مصر*. كلية الاقتصاد والعلوم السياسية،القاهرة ،1991، 8-14.

8- بريل آبيل – سميث، السير اليسيرسون. *الفقر والتنمية والسياسة الصحية*.جنيف منطقة الصحة العالمية،1999،60-65.

9- MAYNARD. *A.Developing the Health Care Markets*. Economic Journal,Oxford Blackwell,1991,1277-1286.

10- CLEWER,A ; PERKINS,D. *Economics for Health Care Management.* Prentice Hall, London, 1998, 22-45.

11-عطية ،هشام أحمد; عبد ربه،محمد محمد. *النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية*. الدار الجامعية،الاسكندرية، 105،2004-110.

12- DONALDSON ; GERARD , K. *Economics of Health Financing The Visible Hand.* MaCmillan, London ,1993,118-123.

13-نذير، حسان محمد. *إدارة المستشفيات*. الرياض، 80،1990 -90.

14-توماس فولوب، ملتون. س. رومر. *التنمية الدولية لسياسة القوى العاملة الصحية*. جنيف منظمة الصحة العالمية، 45،1982-50.

15- MONNEY. G, *Key Issues in Health Economics*. Harvester Wheatsheaf ,New York, 1994,66-71..

16-علي حنفي زهير.*الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات*، القاهرة،70،1998-75.