



مجلة جامعة تشرين - سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية

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

اسم الكاتب: د. نزار قنوع

رابط ثابت: <https://political-encyclopedia.org/library/4084>

تاريخ الاسترداد: 2025/05/15 15:47 +03

الموسوعة السياسية هي مبادرة أكademie 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 لاغناء المحتوى العربي على الإنترنت. لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسية – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسية – 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 السياسية مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكرية ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.



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

الدكتور نزار قطوع*

(تاریخ الإیادع 10 / 10 / 2007. قُبِل للنشر في 20/1/2008)

□ الملخص □

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 لجانيي 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.

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 ستينيات 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 للتأمين الصحي والرعاية الصحية هذا بالإضافة إلى الإعانات التي تقدمها الدولة لتعليم المهن الصحية وب يأتي 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، فإن 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 والاتفاق الأخذ بالتوجه والنمو وخاصة في ظل توجيهات الدولة الأبوية، وما ينجم عن ذلك من عبء ثقيل على كاهل الموازنة الحكومية المتغيرة في مجالات ونواح أخرى.

إشكالية الدراسة وعينة البحث:

تجلى الإشكالية التي يعالجها هذا البحث بأمرتين أثنتين:

أولهما: إشكالية إنتاج الخدمات الصحية في ضوء المشكلة الاقتصادية العامة المتمثلة بتفسير مشكلة القدرة والاختبارة التناقض 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 القضية في بعدها النظري بشكل عام مع التركيز على حالة البلدان العربية في العقد المنصرم.

أهمية الدراسة:

تبعد أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع نفسه إذ إن هذا الموضوع يحتل موقفاً متقدماً في الجدل الدائر في مختلف دول الرأي الاقتصادي والتنموي على المستوى الوطني بحجة عدم الكفاءة 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 الإنفاق وأولوية هذا الإنفاق ولتوسيع 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- تسلیط الضوء على هذا الموضوع الحيوي وعلى الجدل الدائر حوله وإظهار خلفياته وخلفيات المؤيدین والمعارضین له وبيان حجج كل من الفریقین.
 - 2- تقییم دور الحكومة وتقحص اعتباراتها للتدخل في سوق الخدمات الطبییة وترسیم معايیر التدخل.
 - 3- إبراز المبررات والاعتبارات التي تجیز للدولة التدخل من عدمه.
 - 4- تقحص البدایل التي يمكن أن تكون أكثر ملائمة للمعايیر التقليدية للتدخل الحكومي وإمكانیة تطبیق هذه المعايیر على سوق الخدمات الصحية.
 - 5- تحلیل دور الحكومة في تعديل آثار الانتشار الخارجیة وكذلك مدى فعالية نظام الدعم الحكومي في مجال الخدمات الصحية.

فرضیات الدراسة:

تطلق هذه الدراسة من تقحص وتحليل فرضیات أساسیة متعلقة بهاذا الموضوع من أهمها:

- 1- التدخل الحكومي في سوق الخدمات الصحية لازمة حتمية ولا مهرب منها وهي مفيدة.
- 2- المعايیر التقليدية لتدخل الحكومة هي معايیر مناسبة.
- 3- هذه المعايیر لها من الواجهة الاجتماعیة والاقتصادیة ما يجیز للحكومة التدخل.

منهجیة البحث:

ابتعاد تحقيق الأهداف التي حدّتها الدراسة وإثباتاً لفرضیات الدراسة من عدمه فإننا سوف نقوم باعتماد المنهج التحلیلي الاستنتاجی لأهم ما ورد في الكتب والمراجع العربية والأجنبیة والدوریات والتقاریر الرسمیة المتعلقة بأدبیات هذا البحث وكذلك أسلوب مقارنة النظم للخروج بأفضل النتائج والتوصیات التي من شأنها أن تساعده 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 الالهـاء 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 قدرًا أقل من المعلومات لآخرين 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، ونظرًا لأن أسواق القطاع الخاص وحدها لا توفر إلا قدرًا 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 وفرًا خارجيًا إيجابيًا والذين يلوثون البيئة

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

2- عدم قدرة القراء على تحمل تكاليف الخدمات الصحية:

وأن توفير الخدمات الصحية المردودة التكاليف للقراء هو نهج فعال ومحبوب اجتماعياً للإقلال من الفقر وبرىء 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 (اليونيسف) في الماتا في عام 1978 ، وهو الذي انطلقت منه حركة اليوم المتعلق بالرعاية الصحية الأولية، وأسوق القطاع الخاص لن تهيئ فرصة كافية للقراء 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 يتخد أشكالاً شتى مثل: دعم القطاع الخاص الذي يقدم خدمات القراء هو والمنظمات غير الحكومية، وإعطاء القراء مستدات قيد يستطيعون تقديمها إلى من يختارونهم من مقدمي الخدمات، وتقديم خدمات حكومية للقراء بالمجان أو بأقل من التكالفة.

3-تنظيم التأمين الصحي الذي يوفر القطاع الخاص:

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

1- أن التباين في المخاطر الصحية قد يهيئ لشركات التأمين حواجز تحدوها إلى رفض التأمين على من هم في أشد الحاجة إلى التأمين الصحي.

2- أن التأمين يقلل من الحواجز التي تحدو الأفراد إلى تقاديم المخاطر والتکالیف، وذلك بسلوكهم سلوكاً يتصف بالحرص والرؤى، كما أنه يوفر للأطباء والمستشفيات حواجز وفرصاً تحدوه إلى إعطاء المرضى من أسباب الرعاية ما يفوق احتياجهم إليه.

3- عدم التمايز في المعلومات بين مقدمي الخدمات وبين المرضى بشأن النتائج التي يسفر عنها التدخل فمقدمو الخدمات يقدمون النصائح للمرضى بشأن اختيار العلاج ومتى ارتبط دخل مقدمي الخدمة بهذه النصيحة فقد ينتج عن ذلك إسراف في العلاج.

ونتيجة لهذين الاعتبارين الآخرين في أسواق القطاع الخاص غير المنظمة بلوائح، فإن التكاليف تتضاعد دون تحقيق مكاسب صحية ملموسة بالنسبة للمرضى ويقع على عائق الحكومات دور هام ينبغي لها الاضطلاع به في تنظيم التأمين الصحي الذي يوفر القطاع الخاص أو في التوعيشه 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 تجدها ولذلك فإن رسمي 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 لأن دافعي الضرائب والمتربيين 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 التافسي، نجد أن الكفاءة الاقتصادية في جانبي الطلب والعرض لا تتحقق عند تراجع شروط السوق التافسية وهي: أن المستهلكين لديهم معلومات كاملة وأن قدرة الموارد على التحرك كاملة، وأن المرضي ومقدمي الخدمات لديهم حافز لتخفيف تكاليف شراء وتقديم الخدمات الصحية، وتتمثل أهم الشروط التافسية التي لا تتوفر في الخدمات الصحية في:

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

ب- توج حواجز انتقال الموارد ممثلة في القيود المفروضة على المهام المسموح بادائتها 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.

ج- انخفاض حواجز المرضي ومقدمي الخدمة لتخفيف 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 المرضي مقابل الخدمات الصحية لا تعكس التقييم الحدي لاستخدام هذه الخدمات ويزيد استخدام المرضي للخدمات الصحية عندما يكون التأمين مدعماً (سواءً من الحكومة أو من خلال الاستقطاع الضريبي) على ما كان يمكن أن يرغبو في دفعه مقابل هذه الرعاية إذا كانوا سيدفعون الثمن كاملاً وكذلك فإن السعر المدفوع للخدمات الصحية عن طريق طرف ثالث، أو الحكومة، أو المرضي (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 المرضي في دفع مقابلة لو كانوا سيدفعون التكلفة الكاملة لذاته).

وفي القطاع المؤسسي يؤدي نقص معلومات المستهلكين وموانع الدخول إلى زيادة الأسعار عن التكلفة المتوسطة. و تستطيع المستشفيات تسعير خدماتها بحيث تدعم مختلف الخدمات والممرضى. وتشير قدرتها على التسعير حسب مرونة طلب المرضي (مثل الطبيب) على نقص المنافسة السعرية وأدى التأمين الزائد على المرضي 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 للحكومة 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 الحاجة التي تحد من دخول المهن الصحية. ويعتمد هذا الاتجاه على تطوير آليات خاصة، مثل سوء الممارسة وتحسين اختيار المستهلكين. لضمان تحقيق أهداف حماية المستهلكين. وإنما الحكومة يمكن أن تحفظ بمسؤوليتها عن حماية المستهلكين، وإنما تفاصيلها 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 تتحفظ تكلفة مراقبة الجودة عند مراقبة المؤسسات وليس الأفراد الممارسين بصورة دورية. فإذا كانت الحواجز السابقة تهدف إلى ضمان نوعية الرعاية فعلاً، فإن هذا الهدف يمكن تحقيقه بصورة مباشرة وأكثر كفاءة من خلال اتجاه يرافق جودة الخدمات 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 إن تقديم الإعلانات الحكومية لتجنب نتائج هذا القصور، بدلاً من التخلص من هذا القصور ذاته، لا يمكن تبريره على أساس نظرية، وإذا كانت حواجز دخول وممارسة المهنة تحد من توافر الخدمات الصحية بزيادة سعرها فإن نظام الإنشاءات الحكومية أو إعلانات القوى العاملة، الذي يهدف إلى زيادة توافر الموارد الطبية لا يمكن تبريره على أساس الكفاءة الاقتصادية ويجب تبرير هذه الإعلانات على أساس 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 الإعلانات 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 أكفاً طريقة لتقديم هذه الخدمات الصحية. ولا تعتمد معارضتهم للمنافسة في اتجاه السوق على أساس الكفاءة الاقتصادية الأكبر إذ أنها ناتجة عن حكم قيمي بأن هذه المعايير غير مناسبة للخدمات الصحية ويررون 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 لأن السعر الذي يجب أن يدفعه يمثل المنفعة المضحة 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 المضحي بها من السلع والخدمات الأخرى وبالإضافة إلى ذلك فإنه عندما يكون المستهلك هو المستفيد الوحيد من مشترياته، فإنه 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، فإن منحنى الطلب التقليدي لا يمثل المنفعة الحدية الاجتماعية. وفي ظل هذه الظروف، فإن السياسة الاقتصادية التقليدية التي تقضي إزالة الفصور 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 تستخدمنها 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]

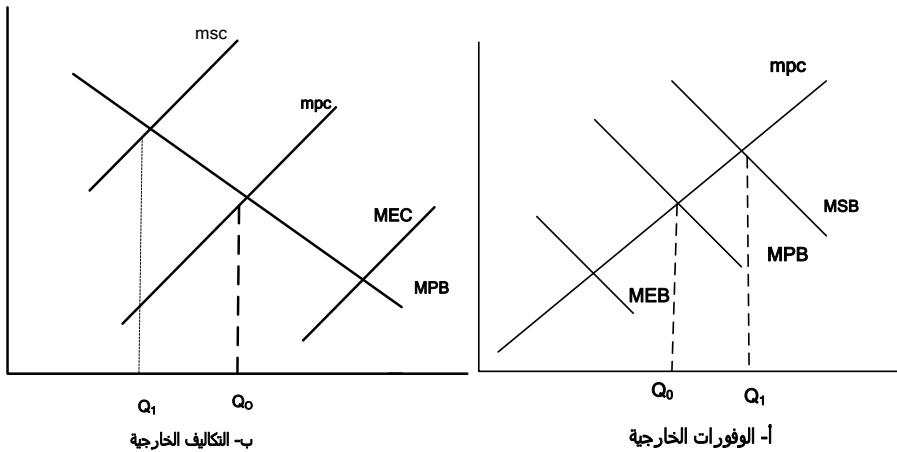
وينعكس هذا الاختلاف في القيم بشأن من يجب تحقيق إشباعهم في معارضه هؤلاء الأشخاص لاستخدام المنافسة في جانب العرض. حيث تعتمد المنافسة في العرض بين مجموعات مقدمي الخدمات على افتراض أن الحياة والنموا يتطلبان من مقدمي الخدمات التنافس على المستهلكين، وبؤدي ذلك بهم إلى تقليل تكاليفهم (مما من بيع خدماتهم بسعر أقل) ومحاولة تقديم الخدمات، التي يرغبهما 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 غالباً 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 وتحقق 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 وتكليفه الخاصة به هو فقط عند اتخاذ قرار الإنتاج أو الاستهلاك فإذا تحققت تكاليف أو منافع لآخرين نتيجة لقرار خاص لشخص ما، فإن 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) فإن 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_0 أقل مما لو حسبنا المنافع الخارجية التي تحققت للآخرين (MEB) فإذا أضفنا المنافع الحدية الخاصة والمنافع الحدية الخارجية معاً (لنحصل على منحنى المنافع الحدية الاجتماعية (MSB)) فإن مستوى الناتج المتحقق سيصبح Q_1 وهذا أكبر من المستوى Q_0 . [9]

وتشابه 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 سيئتم به منافعه وتكليفه الحدية الخاصة به فقط ولن يأخذ في حسابه أية تكاليف يفرضها على الآخرين كما يحدث من تلوث الهواء فإذا أضفيف التكاليف الحدية المفروضة على الآخرين (MEC) إلى تكلفة إنتاج المشروع، فإن التكلفة الناجمة عن إنتاج هذا الناتج منحنى التكلفة الاجتماعية الحدية (MSC) سيمثل التكلفة الكاملة للإنتاج، وسيكون مستوى الناتج الذي سيئتم به منavnع في حالة الأخيرة أصغر (Q_1) مما في حالة استبعاد التكاليف الخارجية (Q_0).)



الشكل رقم (1) آثار الانتشار الخارجية

وعادة ما لا يهتم المستهلكون أو المنتجون الأفراد في السوق التناصي بالمنافع أو التكاليف الخارجية المفروضة على الآخرين نتيجة لقراراتهم. وعندما لا تدخل هذه المنافع والتكاليف الخارجية في عملية اتخاذ القرار الخاص، فإن مستوى الناتج المتحقق 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 يشترين السلعة أو الخدمة التي تؤدي إلى تكلفة خارجية يدفعون سعراً يقل عن التكلفة الكاملة للإنتاج تلك الخدمة). ولذلك يوجد لهذه الوفورات أثaran. يتمثل الأول في التأثير على الكفاءة الاقتصادية: إذ إنه عندما تتساوى كل المنافع الحدية مع كل التكاليف الحدية (MSC) يتحدد مستوى الناتج الأمثل. ويتمثل الأثر الثاني في إعادة التوزيع: إذ أن بعض الأشخاص يتلقون منافع خارجية بدون دفع مقابلها، 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، فدراً من اتخاذ القرار الجماعي غير السوفي. فعندما يكون هناك عدد كبير من الأفراد، يصعب الوصول إلى ترتيبات تطوعية تكون مرضية لجميع الأطراف. وهنا تظهر الحاجة إلى اتخاذ القرار الجماعي الذي يتلزم 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، وبصفى وجود الوفورات الخارجية

المشروعية على دور الحكومة في تقديم الخدمات الصحية، ولكن مما يجب أن يتكون هذا الدور؟ فلا يكفي أن ندعى 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 الاحتياط الطبيعي، لن يكون هناك مبرر لعدم وجود المنافسة في تقديم تلك الخدمة. حيث يمكن أن تتنافس المدارس الطبية والمؤسسات البحثية الأخرى على إعداد البحث. إذ أن البحث 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، وليس 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 أدنى 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 بضممان 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 يشتريونها 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 السوقى)، يستحيل أن نحصل 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) بالمال الغير رغبون في دفعها، وتقدم الإعانات لمستحقها 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 ستدبر إلى مجموعة داخلية معينة فقط، مقابل 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.

إذا 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 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، والمستفيدون المحتملين. وعندما نتوصل إلى فهم أفضل للإعانات العينية، فإن الأهداف الحقيقة 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 الرئيسية 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 الهاهدين للربح مثل المستشفيات غير الهاهدة 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 القضيةتان متشابكتان، فكما ذكرنا سلفاً، تعتمد حجة الإعانات العينية على الوفورات الخارجية في الاستهلاك. وبالتالي فإن المستفيدون الأساسيين يجب أن يكونوا من ذوي الدخول المنخفضة وأو الصحة السيئة (بالإضافة إلى من يفضلون هذه البرامج بصورة غير مباشرة). وإذا كانت الإعانات موزعة بطريقة تقييد أصحاب الدخول المرتفعة، أو توفر لهم نصيباً نسبياً أكبر من الإعانة، يصبح توزيعها غير كفاءة، أي من المجموعة المستفيدة المستهدفة (ذوي الدخول المنخفضة) كان يمكن أن تتلقى قدرًا 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 طيباً. يذهب أساساً إلى القراء وشبه القراء. وهذه العلاقة بين مستوى الدخل وإنفاق 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 تتقى المجموعات ذات الدخل المرتفع والمتوسط معًا 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 يوفق المشرعون على زيادة الضرائب لتقديم إعانات للأشخاص ذوي الدخل المرتفع إلا إذا كان هناك شك في أن هذه الإعانات ستذهب إلىأشخاص ذوي دخل مرتفع، أو إذا لم يكن ذلك واضحاً للناخبين. وإذا أردنا تبرير الإعانات الطبية العينية، يجب أن يكون المستفيدين من أصحاب الدخول الأقل و/أو الحاجة الأكبر للخدمات الصحية مقارنة بالأشخاص الذين يفضلون هذه الإعانات. وتعتبر إعانات الطلب المباشرة أداة أكثر وضوحاً ومبشرة 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. وتمثل 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 الرئيسية 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 عماله صحية إضافية والمنح الرأسمالية للمستشفيات، وتؤثر هذه الإعانات على سوق طيبة معينة. فلكي تتحقق هذه الإعانة زيادة الخدمات الصحية، يجب أن تنتقل آثارها من خلال عدة أسواق طيبة. فعندما تقدم هذه الإعانات للمدارس الطبية لزيادة عدد الأطباء، تمر عدة سنوات قبل حدوث زيادة في عدد الخريجين الإضافيين. ويببدأ 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) وإنما كان طلب أعضاء المجموعة المستفيدة غير من نسبياً، أي غير مستجيب للتغير في سعر الخدمة، ستحدث زيادة طفيفة نسبياً في استخدامهم للخدمات الصحية. ونظرًا 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 بالكافأة، 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 الأول تكلفة سيميل إلى استخدام المزيد من المدخلات المدعمة، لأن تكلفتها أصبحت أقل بسبب التدخل الحكومي، وعلى سبيل المثال، فإن إعانة تدريب ممرضات مسجلاتإضافيات، 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 من 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 وإنجابيتها 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 الانقطاع 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 سيخرجن 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 ستختفي 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 ستختفي تكاليف الرعاية في كل إطار مؤسسي. ولكن مقدار هذا الانخفاض سيعتمد على عدد الممرضات اللائي سيتم استخدامهن، ومرنة 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 مرنة 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. وهذا في الأثر النهائي لإعانات العرض على عرض الخدمات الصحية، بالمقارنة بأثر إعانات الطلب، بوجهه صعوبات أكبر في تحديده. وبصعب أيضاً تحديد مجموعة المستهلكين أو الدافعين التي ستلتقي المنفعة الأكبر من الإعانة، إذا كان أي منها سيتلقى أية فائدة أصلاً.

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

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة والخاصة والخيرية، وبالرغم من أن المعدلات تختلف كثيراً، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر. فان الخصائص المحددة للخدمات الصحية، وطبيعة إدراك 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 المتبقية لتمويل أنظمة الصحة وطرق إنفاق الأموال على عمق التدخل الحكومي وعلى مدى عدالة النظام والقدرة على الاستفادة منه، كما تؤثر على كفاءته الاقتصادية لاقتصادية واستدامتها المالية كما هو مبين في الجدولين (1) (2).

الجدول (1) الإنفاق العام على الصحة

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

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

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

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

الجدول (2) الإنفاق على الصحة

| (1) متوسط | نصيب الفرد بالدولار على أساس معدلات القوة الشرائية | | | نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي | | | | |
|--------------|--|------|------|--------------------------------------|------|------|------|--|
| | 2001 | 1999 | 1997 | (1) متوسط | 2001 | 1999 | 1997 | |
| | | | | | | | | |

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

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

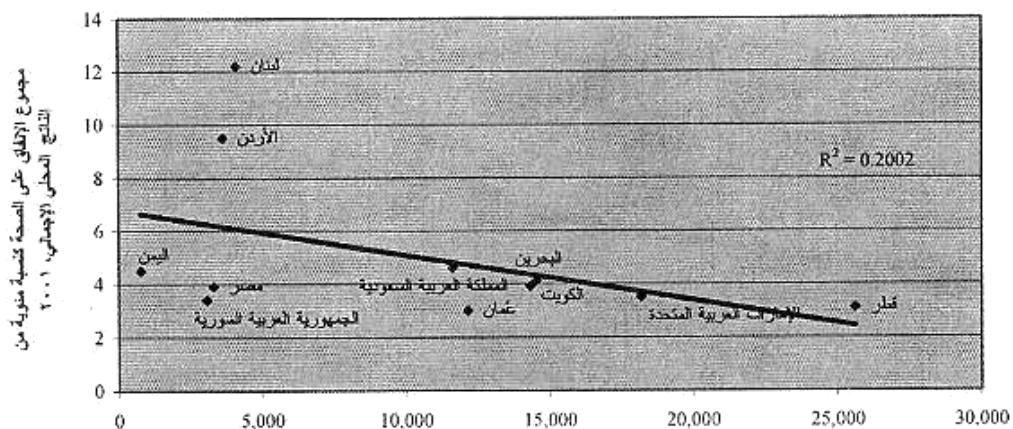
(ث) متوسطات الدول العربية هي متوسط الأرقام الوطنية المفرودة معدلاً حسب عدد السكان
 (ت) المتوسط الحسابي من عام 1997-2001 (يشمل السنوات الخمس بكمالها)

من الجدولين السابقتين نجد:

- 1- تتعكس الأهمية التي يعطيها بلد ما للعناية الصحية في مقدار الموارد التي يخصصها هذا البلد للرعاية 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 قطاع الصحة مقابل 8 في المائة في الترويج م 13.9 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 مردود 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.

- 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 الإنفاق 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 آسيا مستنداتاً مؤشرات التنمية العالمية. البنك الدولي

- هناك تنويع في طرق تمويل الرعاية في المنطقة العربية، مما يدل على التفاوت في الأنظمة السياسية والبني الاقتصادية. فالأنظمة المبنية على المبادئ الاشتراكية كما في سوريا ومصر واليمن يرتفع فيها نسبياً الإنفاق العام على الصحة أكثر من البلدان التي تمثل بشكل متزايد نحو اقتصادات السوق مثل الأردن ولبنان.

النتائج والتوصيات:

- 1- بعض النظر عن اختلافات القيم بشأن من يجب عليه أن يقوم بتحديد كم وكيف الخدمات الصحية يجب السماح بوجود أنظمة مختلفة لتقديم الخدمة في جانب العرض وبالرغم من إمكانية وجود شك في قدرة المنافسة على تحقيق الكفاءة إلا أن السماح بوجود هذه المنافسة وتكون بدليلاً عن النظام المقيد لتقديم الخدمة سيتمثل 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 ونظرًا لأن معظم هذا الخلاف ناتج عن اختلافات في القيم والمعايير غير المحددة فإن 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 ونظرًا لقلة خدمات الخدمات الصحية ذات خصائص الاحتكار الطبيعي تمثل مبرراً هاماً لتدخل الحكومة أو إعانتها 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 آثار خارجية؛ فإذا لم تكن هناك آثار خارجية، فإن دور الحكومة، إذا كان موجوداً، يجب تبريره على أساس أخرى. ومثال عدم ملائمة 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 موافٍ 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 يتربّط 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 التوسيع 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. بالنسبة لبعض البرامج الصحية، نجد أن المنافع والتكاليف تكون محلية بحثة 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 كفؤة 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 تخيشه.

وبالرغم من أن إعانات الطلب المباشرة تبدو أسلوباً أكثر كفاءة لتقديم الإعانات العينية، فإن إعانات العرض مشهورة شرعاً، وقد لا يرجع ذلك إلى أن المشرعين لا يدركون بالضرورة أي اسلوب بالإعانة أكثر كفاءة، ولكنه قد يرجع إلى أن مقدمي الخدمات الصحية ومؤسسات تعليم العمالة الصحية هم المستفيدون من مثل هذه المقترنات. ويحتمل أن يخضع المشرعون لضغط هذه المجموعات، لأن إعانات العرض أكثروضواحاً للناخبين وتحظى بقبول أفضل، وذلك كما في حالة زيادة عدد الأطباء والممرضات، أو ظهور مبني على 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 العالمية، الإسكندرية، 2002، 30-35.
- 2- الغوري، عزة عمر. الأمان الاجتماعي والصحة. مؤتمر الأمان الاجتماعي للتنمية 12-13 أكتوبر ،القاهرة .100-105، 1999.
- 3- البنك الدولي: تقرير عن التنمية في العالم 2003: الاستثمار في الصحة. وشنطن البنك الدولي 62، 68-69.
- 4- HAMMER. J. S. *Economic Analysis for Health Projects. The World Bank Research Observer*, no.1 world bank, Washington, 1997, 47-71.
- 5- FELDSTEIN. P. J. *Health Care Economics*. Second Edition, John Wiley & Sons, New York, 1983, 95-100.
- 6- مجلس الشورى المصري: مستقبل الرعاية الصحية في مصر والتوجه القومي للتأمين الصحي الاجتماعي. القاهرة .75-80، 1996.
- 7- نصار، هبه. أثر سياسات التحرير الاقتصادي على الصحة في مصر. كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة .8-14، 1991.
- 8- بربيل آبيل - سميث، السير بيرسون. *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، الإسكندرية، 2004، 105-110.
- 12- DONALDSON ; GERARD , K. *Economics of Health Financing The Visible Hand*. MaCmillan, London , 1993, 118-123.
- 13- نذير، حسان محمد. إدارة المستشفيات. الرياض، 1990، 80-90.
- 14- توماس فولوب، ملدون. س. رومر. *التنمية الدولية لسياسة القوى العاملة الصحية*. جنيف منظمة الصحة العالمية، 1982، 45-50.
- 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، 70-75، 1998.