

اصلاح نظام تمويل وإدارة القطاع الصحي: افكار للمناقشة

د. كمال البصري
kamal@field.net

2008/06/27
V 4

المقترح نموذج اداري مالي لاصلاح القطاع الصحي يرتكز على اطلاق المبادرات الذاتية للعاملين باعتماد اللامركزية الادارية، ويؤكد على رفع كفاءة انتاج الخدمات الصحية من خلال المنافسة بين الوحدات المنتجة، ويشدد على الشفافية والمسؤولية من خلال تفعيل نظام الكتروني معلوماتي متكامل عن كافة المنتجين والمستهلكين للخدمات الصحية، ويسعى على تحقيق عدالة توزيع الخدمات الصحية. النموذج المقترح يمثل هدف مستقبلي، اذ لا تتوفر حاليا البنى التحتية الضرورية لقيامه.

1. المقدمة:

يواجه القطاع الصحي في العراق تحديات كبيرة بسبب التدهور الذي تعرض له خلال السنوات السابقة نتيجة لضعف الاتفاق المالي وغيرها من العوامل. لقد أصبحت نسبة التمويل الصحي للفرد الواحد في العراق منخفضة مقارنة مع معظم الدول العربية، وفقا لاحصائيات 2005 تشكل نسبة الاتفاق على الصحة بالنسبة الى الاتفاق الحكومي 3.4% في حين نفس النسبة تساوي 9.2% في ايران، 9.5% في الاردن، 6.8% في سوريا. وللوقوف على مدى تخلف العراق عن اقرانه من الدول الاخرى يمكن مراجعة الجدول التالي:

مؤشرات الموارد البشرية الصحية العالمية وحسب التقرير الاحصائي لمنظمة الصحة العالمية 2008

الدولة	عدد طبيب لكل 10.000 من السكان	عدد صيدلي لكل 10.000 من السكان	عدد طبيب اسنان لكل 10.000 من السكان	السعة السريرية لكل 10.000 من السكان	نسبة مرضى الى طبيب	عدد ملاكات تمريضية لكل 10.000 من السكان
العراق	7	1	1	13	2	13
البحرين	27	6	4	27	2.2	61
مصر	24	13	3	22	1.4	34
ايران	9	2	2	17	1.8	16
الاردن	24	13	8	19	1.4	32

يتصف النظام الصحي بمركزية التمويل، ولكن في عام 1983 تم استحداث دار التمريض الخاص في دائرة مدينة الطب حيث تم تقاضي رسوم على الخدمات الصحية. وتم تبني نظام التمويل الذاتي عام 1997 وحسب قانون (124) في 7 مستشفيات تخصصية كمرحلة اولي. عام 1999 تم شمول جميع المستشفيات والمراكز الصحية بنظام التمويل الذاتي وحسب قانون (132). بعد عام 2003 قامت وزارة الصحة بالغاء قوانين التمويل الذاتي واعتماد مجانية الخدمات.

2. تمويل الخدمات الصحية:

عالميا هناك اسلوبان لادارة المرافق، الاول يعتمد على مؤشرات السوق (الاسعار)، والثاني يعتمد على مؤشرا التخطيط الحكومي. لقد اصبح لمؤشرات السوق رواج عالميا، اذ تحولت كثير من الدول من موضوع التخطيط المركزي الشامل الى نظم تعتمد الادارة الخاصة، والعراق ماض بهذا الاتجاه. بشكل عام ان الادارة الناجحة للقطاع الصحي هي الادارة التي تضمن تحقيق الاهداف التالية: أولا انتاج الخدمات الصحية بدرجة عالية من الكفاءة، وثانيا وبدرجة لا تقل عن الاولى ضمان عدالة توزيع تلك الخدمات بشكل يصل الى الجميع. ومن المفيد هنا ان نستعرض امكانية الاستفادة من البيات الادارة والتمويل الخاص والعام.

اولا: الادارة الخاصة

بشكل عام ان كفاءة ومصداقية هذا النمط من الادارة يتوقف على مدى توفر شروط محددة، وسوف نكشف بالتحليل عدم انطباق تلك الشروط على انتاج واستهلاك الخدمات الصحية ثم عدم كفاءة الية السوق او النظام الذي يعتمد بشكل صرف على الادارة الخاصة في تحقيق المصلحة العامة. فيما يلي شروط عمل الية السوق:

أ. غياب حالة الاحتكار في ممارسة العمل الطبي:

والمقصود به انعدام وجود الحواجز التي تحد من الدخول في سوق العمل الطبي. دوليا ان تقديم الخدمات الطبية يتوقف على توفر العديد من الشروط في الافراد الذين يرغبون في المشاركة بتقديم الخدمات الطبية. فلا يكفي للفرد ان يكمل دراسة الطب لكي يكون مرخصا لدخول مجال تقديم الخدمات الطبية. فالترخيص عادة يتم من خلال لجان طبية قد لا يكون من مصلحتها زيادة عدد الاطباء، بل من مصلحتها تكريس حالة الاحتكار لتدعيم مصلحتها الخاصة. في ظل الاحتكار يكون من مصلحة المنتج تحديد عرض الخدمات ومن ثم زيادة الاسعار، لا شك ان هذه الحالة تقلل من الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية للأفراد.

ب. معرفة المستهلك بانواع الخدمات الصحية المتوفرة وقدرته على التمييز بينها :

في الواقع ان المعرفة بالطب هي معرفة علمية محضة، وهذه المعرفة غير متيسرة للمستهلكين. فالمستهلك عادة يعتمد في حصوله للعلاج على الطبيب نفسه. وعليه فليس له حرية اختيار نوع الخدمات الصحية المناسبة. هناك مشاهدات وأدلة على ان الاطباء ينصحون باستهلاك الخدمات التي لهم بها مصلحة.

ج. غياب الوفورات (Externality):

هناك افعال لها تأثير ايجابي او سلبي على الاخرين الذين ليس لهم دور بالفعل نفسه. على سبيل المثال: المناعة التي يحصل عليها الفرد من اخر استخدم اللقاحات الطبية، او التلوث الذي يحصل للأفراد من من ممارسة طرف اخر. ضمن معايير الية السوق (حسابات الادارة الخاصة وليس العامة) ان يترتب على الحالة الاولى ان يكون مستوى انتاج الخدمات المرغوبة اجتماعيا اقل، وفي الحالة الثانية اكثر.

د. معرفة المستهلك بنوع ومقدار و وقت الحاجة للخدمات الصحية :

يختلف استهلاك الخدمات الطبية عن استهلاك السلع والخدمات الاخرى، فالمستهلك لا يعرف نوع الخدمات الصحية التي سيضطر لاستخدامها بالمستقبل ولا يعرف مقدارها ولا زمانها، فالمشكلة تتجسد بعنصر المفاجئة. كما ان تكاليف سد الحاجة الصحية عادة يكون عاليا ومضنيا. وعليه ظهرت الحاجة الى التأمين الصحي لتأمين حاجة الانسان، من خلال شراء " عقود التأمين " التي بموجبها يدفع الفرد دفعات شهرية أو سنوية مقابل ان تقوم الشركة المتعاقد معها بتحمل الاعباء المالية للعلاج الطبي. بوجود شركات التأمين ظهرت المشاكل التالية:

1. مشكلة عدم شمولية خدمات التأمين الصحي (Adverse Selection):

تحدد شركة التأمين عقد التأمين من خلال دراسة احتمالية حاجة الافراد للعلاج ومن ثم كلف العلاج الكلية. وفي ضوء هذه الكلف تحدد سعر العقد (بما يضمن لها الربح المطلوب). المشكلة هي ان بعض الافراد في المجتمع (من اصحاب الصحة الجيدة والخطورة الاقل) يجدون سعر عقد التأمين عاليا بالنسبة لحاجتهم. وبسبب امتناع وانسحاب هذه الشريحة من شراء عقد التأمين يرتفع متوسط الاحتمالية الاجتماعية للحاجة الطبية، وينجم عن ذلك رغبة شركة التأمين في رفع سعر عقد التأمين بشكل يتناسب مع الحاجة الجديدة. وقد تتكرر الحالة مرة ثانية وثالثة... الخ. في النهاية يجد اصحاب الاخطار الصحية العالية انفسهم عاجزين عن شراء عقد التأمين. وهكذا تبقى مجموعة من افراد المجتمع دون غطاء صحي.

2. عدم القدرة على الاستفادة من الوفورات الاقتصادية للانتاج الواسع (Economies of Scale):

ان الحاجة الى التأمين في ظل الية السوق تدفع عدد من الشركات للقيام ببيع عقود التأمين. ان ظهور عدد من الشركات المتنافسة يؤدي الى غياب اقتصاديات الانتاج الواسع. ان وجود مؤسسة (حكومية) كبيرة واحدة تتولى اقامة الابحاث الضرورية لتقييم الاخطار التي يواجهها افراد المجتمع (كما هو الحال في كثير من البلدان) واقتطاع مساهمات الافراد بشكل مباشر من الاجور والرواتب، هو أفضل من حالة وجود شركات خاصة متعددة.

3. في حالة تأمين الخدمات الصحية للأفراد ينجم عنها نوعين من الاستغلال (بشكل عام):

● الاستغلال الناجم من المستهلك للخدمات الصحية: في هذه الحالة وبحكم مجانية العلاج يقوم المستهلك باستغلال التأمين بالطلب على الخدمات الطبية أكثر من حالة عدم مجانية العلاج.

● الاستغلال الناجم من المنتج للخدمات الصحية: بسبب جهل المستهلك للجانب العلمي للخدمات الصحية، وبسبب غياب كلفة العلاج (بالنسبة للمستهلك) وبسبب المصلحة الاقتصادية المتحققة من قيام المنتج للخدمة الصحية، من الممكن ان يقوم المنتج بتقديم خدماته للمستهلك بشكل أكثر مما يتطلب الامر.

ما تقدم نجد ان فرضيات السوق لا تنطبق على انتاج واستهلاك الخدمات الصحية، وعليه لا بد من البحث عن الية اخرى لادارة الخدمات الصحية.

ثانيا: الادارة العامة

بسبب ماتقدم تبنت معظم الدول مبدأ تدخل الدولة حيث تقوم الدولة بتأمين الاحتياجات الصحية من خلال جمع مساهمات الافراد المالية (الضرائب)، واستخدامها وفق خطط مركزية ومحلية. في بريطانيا وفي عام 1948 تم تأسيس نظام التأمين الصحي، حيث تولت الحكومة تأمين احتياجات الافراد الصحية. ويتألف النظام الصحي اداريا من السلطات الصحية واحدة لكل وحدة جغرافية، وتتولى هذه الوحدات الاشراف على المرافق الصحية ويرتبط

الجميع بوزارة الصحة. واجهت حكومة المحافظين (في الثمانينات) مشكلة عدم كفاءة الادارة الصحية وضرورة توفير التخصيصات المالية. فبسبب غياب المنافسة بين الوحدات المنتجة للخدمات الصحية ودافع الشعور بالمسؤولية، نجم عن ذلك ارتفاع في تكاليف الانتاج وضعف نوعية الخدمات، وأدت هذه العوامل الى ارتفاع في متطلبات القطاع الصحي. وفي مواجهة هذا الوضع المتأزم عمدت الحكومة انذاك اجراء اصلاحات جذرية. تتلخص في:

تعميق ممارسة الادارة اللامركزية بتقسيم المؤسسات الصحية الى مشترية للخدمات الصحية (مراكز الرعاية الصحية الاولية) ومنتجة للخدمات الصحية المستوى الثانوي والثالثي (المستشفيات)، واعطاء المؤسسات المشترية الحرية في شراء الخدمات الصحية من أي منتج لها. اتاحة المجال للمؤسسات المنتجة للخدمات بالمنافسة فيما بينها واعطائهم الحرية في اختيار نوع الخدمات التي يمكن انتاجها، منح السلطات الصحية المحلية وبعض الاطباء ميزانية محددة يتحدد مقدارها بعدد المواطنين ووفق التركيب العمري لهم. والمستوى الاجتماعي-الاقتصادي للمنطقة.

اما النظام الصحي في العراق فيتميز بالمركزية العالية حيث يرتبط الجميع بوزارة الصحة كجهة مقدمة للخدمات. وبسبب ضعف التخصيصات المالية وغياب عوامل الضرورية لرفع مستوى الاداء، نجم عن ذلك ضعف في نوعية الخدمات الصحية وهدر في الامكانيات، غير النظام حقق عدالة نسبية في تقديم الخدمات. من هنا تأتي اهمية البحث عن منهجية اصلاحية ادارية-اقتصادية تتجاوز مشكلات الهدر وقادرة على التصدي للمشكلات الادارية.

ثالثا: اصلاح النظام الصحي في العراق

يرتكز الاصلاح المقترح على ركيزتين هما: الاولى ضرورة تحديد الفجوة الاستثمارية (بين ما هو متاح وبين ما هو مطلوب من مستلزمات)، والثانية: وضع الية لرفع كفاءة استخدام المرافق الصحية الحالية. انه من العيب ان نهتم بالامر الاول دون الثاني، اذ ان المرافق الصحية في القطاع العام تعاني من هدر الموارد بسبب سوء الادارة وما يصاحبها من روتين وبيروقراطية، ومن غياب الشفافية والشعور بالمسؤولية، وعدم وجود الحوافز الضرورية. ان نموذج الاصلاح المقترح معني برفع درجة المسؤولية والانضباط وفتح باب المنافسة لتطوير نوعية الخدمات الصحية والاستخدام الامثل للموارد المتاحة. ولبلوغ تلك الاهداف لا بد ان يتبنى الاصلاح المقترح بعض من اليات السوق وبالاخص المعايير التجارية وادارة الاعمال.

فيما يتصل بالركيزة الاولى، يجب البدء بتحديد المبالغ الاستثمارية المطلوبة في الموازنة، وجمع البيانات الضرورية وتشكيل القوة التفاوضية مع وزارة المالية.

وفيما يخص الركيزة الثانية: نقترح تبني الاصلاحات التالية:

1. ان تقوم وزارة الصحة باعتماد منهج اللامركزية وبمنح الادارات الصحية بالمحافظات صلاحيات للادارة والتنفيذ وتوفير المستلزمات، وان ينحصر دور الوزارة بالتوجيه والرقابة.
2. ان الدائرة الصحية في كل محافظة مسؤولة عن انتاج الخدمات الصحية بالكمية والنوعية المطلوبة وبما يحقق طموحات السلطات المحلية في ضوء التوجهات العامة للدولة، وفي ذلك ينبغي اعداد الموازنة الضرورية لدعم التوجه الجديد.
3. يلزم جميع المواطنين بالتسجيل في العيادات الطبية، والتي تكون مسؤولة عن الرعاية الصحية. ولغرض ترشيد استخدام الخدمات الصحية، يلزم المواطنين بدفع رسوم اسمية.
4. يتم اعتماد نظام الكتروني للمعلومات عن كل من المستهلكين والمنتجين للخدمات الصحية. لكي يكون مصدراً رئيساً لتخطيط تخصيصات الموارد المالية ومراقبة الانفاق وضبط نوعية الاداء.
5. يكون الطبيب العائلي المحطة الاولى في العلاج الاولي، ويكون المستشفى المحطة الثانية للعلاج الثانوي، بمعنى ان دخول المستشفيات العامة يكون باذن من الطبيب العائلي. وتدار الوحدات المنتجة للخدمات الصحية على اسس المؤسسات التجارية.
6. يقسم الجهاز الصحي اداريا الى وحدات منتجة ووحدات مستهلكة للخدمات الصحية بما يضمن الاستفادة من اليات السوق في رفع مستوى الاداء من خلال تمكين الوحدات المنتجة بالمنافسة في جودة وكلفة الخدمات. اما الوحدات المستفيدة فعليها اشباع احياجاتها ضمن التخصيصات المالية التي تتمتع بها.

7. الرصيد المالي السنوي لكل عيادة يتحدد بمقدار الخدمات (الوقائية والعلاجية) المتوقع تقديمها للمواطنين. اما الرصيد المالي للمستشفيات فيقدر بقية الخدمات التي تقدم للعيادات الصحية. ويمكن بنهاية السنة المالية ان يكون الرصيد الفعلي اكثر او اقل مما تم تقديره، اذ يعتمد على الاداء الفعلي. وعلى النحو التالي:

أ. في حالة العلاج الاولي: يكون انتاج الخدمات الصحية خلال العيادات الطبية، ويكون الطلب متمثلا بالمستهلكين للخدمات الطبية (المواطنين). ويتم تمويل هذه الخدمات من التخصيصات المالية الخاصة برصيد كل مواطن.

ب. اما في العلاج الثانوي: فتكون جهة العرض متمثلة بالمنتجين للخدمات الصحية كالمستشفيات العامة او الخاصة، وجهة الطلب متمثلة بطلبات الطبيب العائلي (نيابة عن المواطن المريض). ويتم تمويلها من رصيد العيادة الطبية التي ترعى الشؤون الصحية للمواطن.

8. تخصص الادارة الصحية المحلية رصيد سنوي لكل موطن في العلاج الاولي (يمول من الموازنة العامة للادارة المحلية، ورصيد اخر لكل عيادة طبية لاغراض العلاج الثانوي للمواطنين المسجلين بالعيادات الصحية. يتحدد رصيد كل عيادة طبية بعدد المسجلين من المواطنين والحالة العمرية ... الخ

9. يتم تحديد سلم الرواتب وفق القانون الفدرالي ، اما المخصصات المهنية فيجب ربطها بانتاجية العاملين في مختلف الوحدات الصحية. يتحدد دخل الوحدات المنتجة بقيمة الخدمات المقدمة، وينعكس ايجابيا على مخصصات العاملين فيها. كما من الممكن التعاقد مع القطاع الخاص لاغراض العلاج الاولي والثانوي. وتعتمد الادارات الصحية الاستفتاء السنوي للمستخدمين في تحديد المخصصات المالية.

10. في مجال تمويل الطلب على الخدمات الاولية، وتحقيقا للعدالة في توزيع الخدمات الصحية تقوم الادارة الصحية باصدار بطاقات مراجعة لاستهلاك الخدمات الصحية الاولية (عددتها يتوقف على الحالة الخاصة للفرد). ما لم يستهلك من خدمات متاحة للفرد يمكن استرداد نسبة من قيمتها عند نهاية كل عام (كحافز للحد من الطلب غير الضروري). في حالة تجاوز العدد المحدد للخدمة (وذلك لحاجة بعض المرضى للعلاج الاضافي) يقوم الطبيب في العيادة الصحية بالتوصية للسلطة الصحية بتخصيص عدد اضافي من الكابونات.

11. لرفع درجة المنافسة وتحسين نوعية الخدمات، من الممكن استخدام الكابونات في كلا من القطاع الخاص والعام على السواء. عند اختيار المريض العيادات الخاصة، يتوقع ان يتحمل الفرد التكاليف الاضافية اذا تطلب الامر. وتستطيع العيادات الخاصة استرداد القيمة النقدية للكابونات من السلطات الصحية المحلية. كما يجوز للعيادات الطبية والمستشفيات العامة التعاقد مع القطاع الخاص لاغراض انجاز الخدمات الضرورية.

12. توضع تخصيصات مالية لكل عيادة طبية عامة لتغطية تكاليف علاج في المستشفيات ولجميع المواطنين المسجلين بالعيادة ، وفي حالة كون الاحالة عن طريق عيادة خاصة لا بد من رجوع المريض الى العيادة العامة التي تقوم بدورها بالاحالة الى المستشفيات العامة.

13. التخصيص المالي لكل عيادة عامة محدود، وعندما لا يتم التجاوز على التخصيص عند نهاية العام يتم تبني آلية بموجبها تكافى العيادة بنسبة من المبلغ المالي لغرض تطوير وتحديث العلاج .

14. يتم تحديد اجور العاملين بالصحة عن طريق السلطات الصحية، اما الحوافز والمخصصات فتمول على اساس نتائج استطلاعات اراء المواطنين في الخدمات الطبية وعلى اساس الوفورات المالية المتحققة في موازنة العيادات الطبية.

15. العمل على الاستفادة من قانون الاستثمار لاغراض تشجيع القطاع الخاص بتقديم الخدمات الاولية والثانوية،

أخيراً إن النظام المقترح هو أفكار أولية تحتاج إلى مداخلات المعنيين، وهو يمتلك من المرونة ما يجعله يحتضن مبادرات مثل مشاركة القطاع الخاص الوطني والأجنبي والمبادرات الداعمة للمجتمع المدني.