

## دور النظام الصحي في تعزيز الأمن الصحي المجتمعي

## The role of the health system in promoting the health security of the community

عبد القادر بلخضر أستاذ محاضر قسم - أ

جامعة عمار تليجي بالأغواط

بوعلام مسعودي طالب دكتوراه

المدرسة العليا للتجارة

bellakhdar.aek@gmail.com

## الملخص:

تهدف الدراسة أساسا الى محاولة عرض أهم المقاربات والتوجهات الحديثة في مجال اصلاح قطاع الرعاية الصحية في العديد من دول العالم، وذلك بالتركيز على الرعاية الصحية المقدمة لفئات خاصة من المجتمع على غرار الأطفال والأمهات، وذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك من أجل تعزيز اندماج هؤلاء أكثر في الأنشطة الحياتية المختلفة، والعمل على محاولة خلق منظومة صحية أكثر جودة وعدالة.

الكلمات المفتاحية: اصلاح قطاع الرعاية الصحية؛ الصحة المجتمعية؛ القيم الصحية والأمن الصحي.

## Abstract:

The main objective of the study is to try to present the most important approaches and trends in reforming the health care sector in many countries of the world by focusing on the health care provided to special groups of society such as children, mothers and people with special needs in order to enhance their integration in activities Life, and trying to create a healthier and more equitable health system.

**Key words:** Reform of the health care sector; - Community health; - Health values and health security.

**Jel classification:** M 10.

## مقدمة:

تسعى دول العالم المختلفة سواء أكانت متقدمة أم نامية الى العمل على الوصول الى بناء قطاع صحي قوي وكفاء، يسمح له بالمساهمة في تحقيق متطلبات التنمية الاقتصادية وكذا بناء مجتمع حيوي وذو صحة، وتتصف تلك الجهود الدولية بمميزات وخصائص مختلفة ومتنوعة على حسب قدرات وإمكانيات كل دولة على حدى، وتتوزع جهودها على العديد من فئات المجتمع، وذلك من أجل تعزيز اندماج هذه الفئات، وتفعيل دور جميع الفاعلين الصحيين في تحقيق الأمن الصحي؛

ومن خلال ما سبق نطرح الإشكالية التالية:

ما هي أبرز المقاربات الحديثة المستخدمة في اصلاح قطاع الرعاية الصحية في الدول؟  
وللإجابة على هذه الإشكالية، يمكن طرح الاسئلة الفرعية التالية:

- ما هو القطاع الصحي؟
- ما هي أبرز التوجهات المعتمدة في اصلاح وتطوير القطاعات الصحية؟
- ما هي أبرز الفئات المستهدفة من طرح الاصلاحات الصحية المختلفة؟
- كيف يمكن للإصلاحات الصحية أن تسهم في توفير الأمن الصحي؟

**أهمية الدراسة:**

تكمن أهمية الدراسة أساسا الى لقاء الضوء على أبرز المقاربات الحديثة المستخدمة في اصلاح القطاعات الصحية من طرف بعض دول العالم، وكذا دورها في تعزيز اندماج بعض فئات المجتمع بشكل عادل ضمن قطاع الصحة الوطني، مما يساهم في بناء مجتمع صحي سليم.

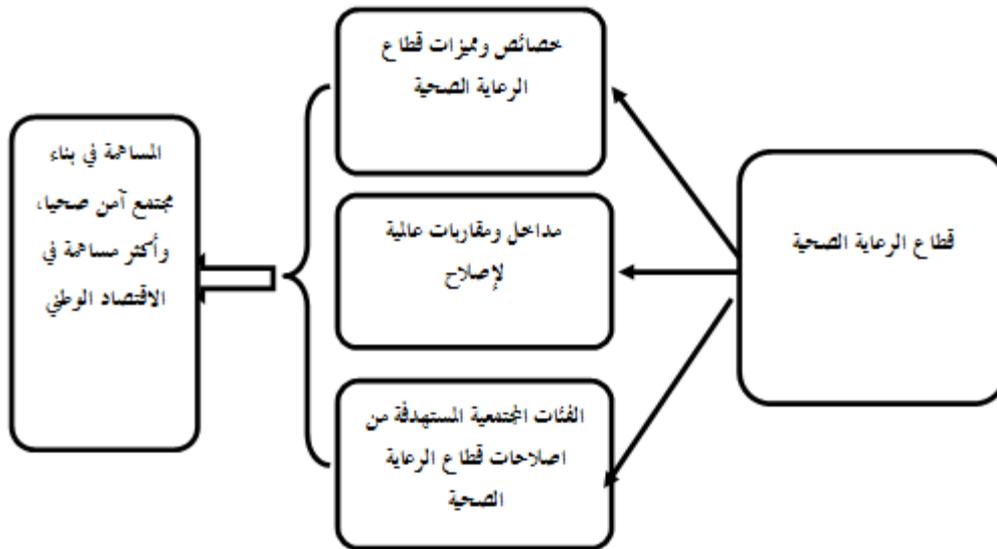
**أهداف الدراسة:**

تكمن أهداف الدراسة في التطرق الى النقاط الأساسية التالية:

- محاولة عرض لأهم الاصلاحات المستخدمة من طرف بعض الدول في مجال الرعاية الصحية؛
- كيف يتم القيام باستهداف بعض الفئات الخاصة من المجتمع مثل "الأطفال، وذوي الاحتياجات الخاصة" من خلال التغطية الصحية السليمة؛
- مدى مساهمة برامج اصلاح قطاعات الرعاية الصحية في بناء مجتمع آمن صحيا.

**- نموذج الدراسة:**

يتمثل نموذج الدراسة في الشكل الموالي:



المصدر: من اعداد الباحثين

**1- قطاع الرعاية الصحية:**

إصلاح الرعاية الصحية هو عنوان عام يستخدم لمناقشة السياسات الصحية الرئيسية أو إحداث تغييرات في معظمها، والتي تشمل كذلك محاولة التأثير على السياسة الحكومية التي تؤثر على تقديم الرعاية الصحية في مكان معين، وعادة ما يحاول إصلاح الرعاية الصحية القيام بتوسيع نطاق السكان الذين يحصلون على تغطية الرعاية الصحية من خلال برامج التأمين في القطاع العمومية أو شركات التأمين في القطاع الخاص، وتوسيع نطاق مجموعة من مقدمي الرعاية الصحية لتشجيع المستهلكين على اختيار الطرق المناسبة للوصول إلى المتخصصين في الرعاية الصحية بغرض تحسين نوعية الرعاية الصحية، وإعطاء امكانية الحصول على الرعاية للمواطنين بتكلفة منخفضة أو على الأقل مناسبة<sup>1</sup>.

كما يعد تحسين أنظمة الرعاية الصحية سياسة رئيسية وذات تحدي كبير في معظم دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بسبب احتوائها على ضغوط التكلفة العالية، ولقد أثرت الأزمة الاقتصادية والمالية الأخيرة بشكل

كبير على المواقف المالية مع الدين الحكومي الإجمالي المتوقع أن يتجاوز 100 % من الناتج المحلي الإجمالي في منطقة منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بحلول عام 2011 ، وعززت الحاجة إلى تحسين الإنفاق العام من نجاعته، كما يعتبر الإنفاق العام على الرعاية الصحية هو واحد من أكبر الإنفاقات العمومية، التي تمثل في المتوسط 6 % من الناتج المحلي الإجمالي، علاوة على ذلك تتزايد تكاليف الرعاية الصحية بسرعة بسبب شيخوخة السكان، وارتفاع الأسعار النسبية والتطورات المكلفة في التكنولوجيا الطبية، من المتوقع زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية العامة بنسبة 3.5 إلى 6 نقاط مئوية من الناتج المحلي الإجمالي بحلول عام 2050 في منطقة OECD، بحيث تعتبر الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية حاسمة لتلبية الطلب المتزايد بسرعة على الرعاية الصحية، دون وضع المالية العامة على المسار الغير مستدام<sup>2</sup>.

قامت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بتجميع بيانات مقارنة جديدة حول أداء نظام الرعاية الصحية والسياسات الصحية، كما أنها تسمح بتحديد نقاط القوة والضعف لكل منها، ونظام الرعاية الصحية للبلد والسياسات التي من شأنها تعزيز الكفاءة، كما أن الدول جميعها سواء أكانت متقدمة أو نامية تحاول تقديم التدابير التي من شأنها مساندة التطورات الأخيرة في مجال الرعاية الصحية مثل النتائج والإنفاق، كما وتسعى إلى اشتقاق المقارنات بين الدول من كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية ومقارنة هذه المؤشرات مع مؤشرات الأداء الحالية، وتعمل كذلك الدول إلى محاولة تقديم موجز ونظرة عامة على أدوات السياسة الصحية الرئيسية والميزات المؤسسية التي تؤثر على كفاءة نظام الرعاية الصحية، وتقدم مؤشرات مبنية على أساس الاستبيان استكملت من قبل 29 منظمة OECD، والعمل على التركيز على الناحية التجريبية لأنواع أنظمة الرعاية الصحية، ثم يتحقق الارتباطات بين إعدادات المناهج الصحية المختلفة وكفاءة نظام الرعاية الصحية.

ارتفع الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد بنسبة تزيد عن 70 % بالقيمة الحقيقية في منطقة منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية منذ أوائل التسعينات، إلى مدى ساهم هذا في تحسين نتائج الرعاية الصحية، يعد تعريف نتائج الرعاية الصحية تحدياً نظراً لسياسة الرعاية الصحية المتعددة الأهداف، ولا سيما الحد من معدل الوفيات، وانتشار الأمراض والإعاقة وكذلك تعزيز العدالة الصحية، كما يمكن قياس نتائج الرعاية الصحية على مستوى النظام (على سبيل المثال طول معدل العمر)، على مستوى المرض (على سبيل المثال معدلات البقاء على قيد الحياة مثل مرضى السرطان) أو على مستوى القطاع الفرعي (على سبيل المثال عدد عمليات تصريف المستشفيات)، والعديد من العوامل التي تؤثر على الحالة الصحية للسكان بما في ذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأسلوب الحياة.

وينبغي أن يؤخذ بعين الاعتبار عند تقييم كفاءة الرعاية الصحية الإنفاق العمومي، يوضح هذا البحث ما يلي:

- ازداد تحسن وضع صحة السكان بشكل كبير خلال العقود الماضية في منطقة OECD، والتوضيح هو الزيادة في متوسط العمر المتوقع للفرد الواحد كل أربع سنوات منذ أوائل التسعينات، التقليل من معدل وفيات الرضع سريعاً، كما أن هناك استنتاج مماثل يحدث عند استخدامه معدلات الوفيات بعد تشخيصات محددة مثل السرطان أو جلطه عضلة القلب الحادة.
- لا يزال هناك اختلاف كبير بين الدول في الوضع الصحي، ومع ذلك فإن البلدان التي تتفق أكثر من غيرها ليست بالضرورة تلك التي تحقق أفضل النتائج، فعلى سبيل المثال تتفق اليابان أقل على الرعاية الصحية للفرد الواحد من غالبية الدول التي تتمتع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) مثل تمتع اليابانيين بحالة صحية عالية جداً، هذه يشير إلى أن هناك مجال لتحسين فعالية التكلفة في الإنفاق.

- لا توجد عموماً مقايضة بين تحقيق نتائج صحية أكثر مساواة ورفع متوسط الحالة الصحية للسكان، ففي الواقع فإن البلدان مع أدنى حالات عدم المساواة في الوضع الصحي تميل أيضاً إلى التمتع بأعلى متوسط الحالة الصحية، مثل آيسلندا والسويد وإيطاليا<sup>3</sup>.

## 2- تجارب عالمية حول إصلاح قطاع الرعاية الصحية:

### 2-1- تجربة الولايات المتحدة الأمريكية:

في الولايات المتحدة تشمل المناقشات المتعلقة بإصلاح الرعاية الصحية مسائل الحق في الحصول على الرعاية الصحية، بإنصاف واستدامة وجودة معينة، وتحديد المبالغ التي تنفقها الحكومة، كما أن نظام الرعاية الصحية المختلطة بين القطاعين العام والخاص في الولايات المتحدة هو أعلى نظام في العالم، حيث أن الرعاية الصحية تكلف أكثر للشخص الواحد مما هي عليه في أي دولة أخرى، وينفق عليه جزء أكبر من الناتج المحلي الإجمالي منه في أي دولة أخرى من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة باستثناء دولة تيمور الشرقية (تيمور - ليشتي)، ووجدت دراسة أن مستويات الإنفاق على الرعاية الصحية الدولية في عام 2000، والتي نشرت في مجلة الصحة، أنه في حين أن الولايات المتحدة تتفق أكثر على الرعاية الصحية من البلدان الأخرى في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فإن استخدام خدمات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة أقل من متوسط منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، وخلص أصحاب الدراسة إلى أن الأسعار المدفوعة لخدمات الرعاية الصحية أعلى بكثير في الولايات المتحدة<sup>4</sup>.

على الرغم من المبالغ التي أنفقت على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة، وفقاً لتقرير صندوق الكومنولث لعام 2008، فإن الولايات المتحدة في المرتبة الأخيرة في نوعية الرعاية الصحية بين البلدان المتقدمة، بحيث صنفت منظمة الصحة العالمية في عام 2000 نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة 37 في الأداء العام و 72 في المستوى العام للصحة (من بين 191 دولة عضواً مدرجة في الدراسة)، المقارنات الدولية التي يمكن أن تؤدي إلى استنتاجات حول نوعية الرعاية الصحية التي يتلقاها الأميركيون تخضع للنقاش دائماً في دوائر صنع القرار، كما وتدفع الولايات المتحدة ضعف ما تبقى من الدول الغنية في ظروف مثل وفيات الرضع ومتوسط العمر المتوقع، وهي من بين أكثر الإحصاءات التي تم جمعها على نطاق واسع، كما أن الإحصاءات الدولية ذكرت أن كثير من الناس يعانون من نقص في التأمين، على سبيل المثال، في ولاية كولورادو الأمريكية "الذين لديهم تأمين لمدة عام كامل هم حوالي 36.3% والباقي يعانون من نقص في التأمين"، وحوالي حوالي 10.7 مليون مؤمن تأمين كامل، وينفق الأميركيين أكثر من ربع رواتبهم السنوية على الرعاية الصحية لأنها من السياسات العالية الاستقطاع.

كما وقع الرئيس باراك أوباما على قانون حماية المرضى والرعاية بأسعار معقولة (القانون العام 111-148) في 23 مارس 2010، وإلى جانب قانون المصالحة والرعاية الصحية لعام 2010 (الذي تم توقيعه في 30 مارس)، أصبح القانون ثمرة مهمة من جهود إصلاح الرعاية الصحية للمؤتمر الـ 111 الديمقراطي وإدارة أوباما، ويشمل القانون الأحكام المتعلقة بالصحة التي تدخل حيز النفاذ خلال السنوات الأربع المقبلة، بما في ذلك توسيع أهلية المعونة الطبية للأشخاص الذين يصلون إلى 133% من مستوى الفقر في الولايات المتحدة، ودعم أقساط التأمين للأشخاص الذين يصل عددهم إلى 400% من نسبة الفئات التي لا تملك تأمين صحي (88 000 دولار لأسرة مكونة من 4 أفراد في عام 2010)، بحيث تكون أقساطهم "الجيبية" القصوى من الأقساط السنوية من 2% إلى 9.5% من الدخل، وهي توفر حوافز للشركات لتوفير الرعاية الصحية وتحمي من حظر الحرمان من التغطية والحرمان من المطالبات القائمة على الظروف القائمة من قبل ظواهر تتعلق بالفقر والعوز، وإنشاء مبادلات التأمين الصحي، ومنع شركات التأمين من وضع

سقف التغطية السنوي، وتقديم الدعم للبحوث الطبية، وطبقاً لأرقام مكتب البيت الأبيض والكونغرس، فإن الحد الأقصى لحصة الدخل التي يدفعها المواطنون والتي يتعين عليهم أن يدفعوها ثمناً لخطة الرعاية الصحية تختلف تبعاً لدخلهم بالنسبة لمستوى الفقر المحدد في البلاد، والتي هي على النحو التالي: بالنسبة للأسر التي يكون دخلها 133-150 % من الدخل الأدنى سوف يكون 3-4 % من الدخل، للعائلات ذات الدخل من 150-200 % سوف تكون 4-6.3% مساهمة، وللأسر ذات الدخل 200-250 % من الدخل الأدنى 6.3-8.1 % مساهمة، وبالنسبة للأسر التي يكون دخلها 250-300 % تكون مساهمة بنسبة 8.1-9.5 % من الدخل، وللعائلات التي لديها دخل من 300 إلى 400 % سوف المساهمة تكون 9.5 % من الدخل.

تقابل تكاليف هذه المخصصات مجموعة متنوعة من الضرائب والرسوم وتدابير توفير التكاليف، مثل ضرائب "الميديكير، وهي برامج الرعاية الصحية في الولاية المتحدة الأمريكية" الجديدة لمن يركزون على فئات الدخل المرتفع والضرائب والتخفيضات المختلفة الأخرى في برنامج "ميديكار أدفانتيج الجديد" لصالح برنامج "ميديكار التقليدي"، والرسوم المفروضة على الأجهزة الطبية وشركات الأدوية، كما تفرض عقوبة ضريبية على من لا يحصلون على التأمين الصحي، إلا إذا كانوا معفيين بسبب الدخل المنخفض أو لأسباب أخرى، ويقدر مكتب ميزانية الكونغرس أن الأثر الصافي لكلا القانونين سيكون تخفيض العجز الاتحادي بمقدار 143 مليار دولار على مدى العقد الأول.

ويطلق على مقترح الرعاية الصحية الشاملة في الكونغرس الأمريكي قانون الرعاية الصحية الوطني للولايات المتحدة (الذي كان يسمى سابقاً "قانون الرعاية الصحية للجميع")، وسجل مكتب الميزانية في الكونغرس والوكالات الحكومية ذات الصلة زيادة تكلفة نظام الرعاية الصحية الشاملة عدة مرات منذ عام 1991، وتتبعاً بشكل موحد بالفوروات في التكاليف، والتي ارتفعت هذه التكاليف بنسبة 40 % كونها مرتبطة بالرعاية الوقائية الشاملة والحد من التكاليف العامة لشركات التأمين.

في عام 2009 قدم قانون تكنولوجيا المعلومات الصحية والاقتصادية والاستشفائية حوافز نقدية في سنة 2011 إلى 2015 لاعتماد تكنولوجيا متقدمة لتقليل المدة الزمنية للمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية للانتقال من السجلات الورقية إلى نظام السجلات الصحية الإلكترونية، على الرغم من أن هذه التقنية لا تخلو من بعض العيوب، إلا أنها تتيح سهولة التوثيق والتخزين، والقدرة على الوصول إلى المعلومات من الجانب العلاجي، والقدرة على مزامنة الوصفات الطبية مع الرمز الشريطي الحديث<sup>5</sup>.

وقد تم سن قانون الرعاية بأسعار معقولة بهدف زيادة جودة التأمين الصحي وقابلية تحمله، وتخفيض المعدل غير المؤمن عليه من خلال توسيع تغطية التأمين العمومي والخاص، وخفض تكاليف الرعاية الصحية للأفراد والحكومة، ويتلقى مقدمو الرعاية الصحية مدفوعات أكثر مع زيادة عدد المؤمن عليهم وعدد المرضى غير المؤمن عليهم غير القادرين على الدفع، وقد أدت المنافسة بين شركات التأمين في سوق التأمين الصحي الجديد إلى زيادة الضغط على شركات التأمين من أجل تخفيض معدلات الأقساط، مما أدى إلى تخفيض معدلات التعويض لمقدمي الخدمات في بعض الخطط.

فالكثير من مرافق الرعاية الصحية تكافح من أجل تقديم أعلى خدمات ممكنة، حيث أن تكلفة توفير الخدمات الصحية قد ازدادت بسبب الأجور والتكنولوجيا والموارد المستخدمة المختلفة، وتراجعت مدفوعات الرعاية الطبية لمقدمي الرعاية الصحية لإجراءات تقويم العظام على سبيل المثال "مثل تقويم مفاصل الركبة الكلي وإصلاح العمود الفقري القطني وإصلاح الكفة المدورة المفتوحة وإصلاح الكاحل المفتوح من 1992-2010"، مما يعني أن مقدمي الخدمات يجب أن يعتمدوا على مرضى الدفع الذاتي، المرضى الذين يعانون من التأمينات التجارية لتعويض

الفرق والتي تكون مرتفعة غالباً، كما ساهمت التغيرات في اللوائح المتعلقة بتقييم المخاطر الصحية، وإدراج 10 فوائد صحية أساسية لكل خطة تأمين في ارتفاع تكلفة أقساط التأمين<sup>6</sup>.

### 2-1-2- اصلاحات الرعاية الصحية في ولايتي هاواي وماساتشوستس "الولايات المتحدة":

وقد نفذت كل من هاواي وماساتشوستس بعض الإصلاحات الإضافية في مجال الرعاية الصحية، ولكن ورغم هذا وجب التذكير بأنه لا توجد دولة لديها تغطية كاملة لمواطنيها، على سبيل المثال تظهر بيانات مؤسسة "كايزر فاميلي فوندايشون" أن 5% من سكان ماساتشوستس و 8% من سكان هاواي غير مؤمن عليهم، وحتى الآن لم تقدم لجنة القانون الموحد للولايات المتحدة برعاية المؤتمر الوطني للمفوضين المعنيين بقوانين الدولة الموحدة، قانوننا موحداً أو تشريع نموذجي بشأن تأمين الرعاية الصحية أو إصلاح الرعاية الصحية.

**2-1-3- تكاليف الرعاية الصحية:** فالولايات المتحدة تتفق أكثر على الرعاية الصحية أكثر من أي بلد آخر في العالم، ومع ذلك تعاني من حالة صحية أضعف من جراء عوامل كثيرة مختلفة، ففي عام 2007 أنفقت الولايات المتحدة 7,290 دولاراً للفرد على الرعاية الصحية، أي أكثر من المتوسط بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي والذي هو 3075 دولار، والذي يقدر بحوالي 42% من الإنفاق في الولايات المتحدة، كما ويتركز الإنفاق على الصحة على عدد قليل من المستهلكين، ففي عام 2006 كان نصف الإنفاق على الرعاية الصحية يستخدم لعلاج 5% فقط من السكان، وفقاً لمؤسسة "عائلة كايزر"، كما ويرتبط أكثر من نصف إبداعات الإفلاس بسبب نفقات الرعاية الصحية، والتي تكون 88% من هذه الحالات من قبل أشخاص لديهم تأمين صحي، ووفقاً لمجلس المستشارين الاقتصاديين في البيت الأبيض، فإن متوسط دخل الأسرة سيكون أقل بمقدار 2 600 دولار بحلول عام 2020، إذا لم يتباطأ نمو تكلفة الرعاية الصحية بنسبة 1.5% على الأقل، كما وتضاعفت تكلفة أقساط التأمين الصحي أكثر من الضعف بين عامي 1999 و 2008، في حين ظلت رواتب العمال في حالة ركود، وفي عام 2008 بلغ متوسط التكلفة السنوية لتغطية التأمين الأسري 12 700 دولار<sup>7</sup>.

على الرغم من أن الولايات المتحدة تتفق أكثر على الرعاية الصحية من أي بلد آخر في العالم، إلا أنه في عام 2015 ذكرت "منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي" حوالي 38.2% من البالغين في الولايات المتحدة يعانون من السمنة المفرطة، فمعدلات السمنة بين البالغين الأمريكيين هو تقريباً ثلاثة أضعاف أي بلد آخر على قائمة العشرة الأوائل من البلدان التي تتفق أكبر قدر من المال على الرعاية الصحية في العالم، كما أن الولايات المتحدة هي أيضاً البلد الوحيد في المراكز العشرة الأولى من الإنفاق على الرعاية الصحية مع متوسط عمر أقل من 80 عاماً من العمر، وتتجم نفقات الرعاية الصحية المرتفعة بشكل لا يصدق في الولايات المتحدة عن مجموعة من العوامل المختلفة منها، أجور الممارسين الطبيين، والإجراءات الطبية المكلفة، وتكاليف المستشفيات، والأهم من ذلك كله المنتجات الصيدلانية، ويضع مصنعو الأدوية في الولايات المتحدة أسعارهم الخاصة، بينما يسمحون أيضاً "باحتكارات حكومية معينة" لبعض مصنعي الأدوية عن طريق منح براءات اختراع لمصنعي الأدوية الوحيدين لمدة 20 عاماً أو أكثر.

كما أن ما يقدر ب 52 مليون شخص أي أكثر من 15% من سكان الولايات المتحدة هم حالياً بدون تأمين صحي أو لا يحصل على مزايا برنامج الرعاية الصحية الحكومية، وعلى الصعيد الوطني، فإن 77% من الأشخاص غير المؤمن عليهم هم من العمال أو المعالين لشخص يعمل، كما أنه في عام 2008 ساهم موظفو المشاريع الصغيرة بمبلغ 4,101 دولار في المتوسط لتغطية الأسرة، مقارنة بمبلغ 2,982 دولار يدفعه الموظفون في الشركات الكبيرة، وحوالي 59% من الموظفين ذوي الدخل دون مستوى الفقر وهم يستفيدون من (18,310 دولار لأسرة مكونة من ثلاثة

أفراد) وليس لديهم تأمين صحي، وفي مستويات الدخل ضعف أو ثلاثة أضعاف مستوى الفقر، يفقر نحو 34 % إلى التأمين، ونصف ما يفقر إلى التأمين هم أربعة أضعاف مستوى الفقر المحدد في الولايات المتحدة الأمريكية<sup>8</sup>.

## 2-2- تجربة بريطانيا:

تم في بريطانيا إصلاح الرعاية الصحية في عام 1948 بعد الحرب العالمية الثانية، على نطاق واسع على غرار تقرير "بيفيريدج 1942"، مع إنشاء دائرة الصحة الوطنية لمتابعتها، وقد أنشئت في الأصل كجزء من إصلاح أوسع نطاقا للخدمات الاجتماعية ومولها نظام للتأمين الوطني البريطاني، على الرغم من أن تلقي الرعاية الصحية لم يتوقف أبدا على تقديم مساهمات لصندوق التأمين الوطني، لم يتم إلغاء الرعاية الصحية الخاصة ولكن كان عليها بمجهودات أكبر من أجل مواجهة التحديات الصحية المختلفة، كما ولا يزال حوالي 15% من مجموع الإنفاق على الصحة في المملكة المتحدة ممولا من القطاع الخاص، ولكن هذا يشمل مساهمات المرضى في خدمات الصحة الوطنية المقدمة للخدمات الطبية، ولذلك فإن الرعاية الصحية في القطاع الخاص في المملكة المتحدة صغيرة جدا، وكجزء من عملية إصلاح أوسع نطاقا لتوفير الرعاية الاجتماعية، كان يعتقد أصلا أن التركيز سيكون على الوقاية من سوء الصحة كما هو الحال بالنسبة لعلاج الأمراض، فعلى سبيل المثال تقوم مؤسسة الصحة الوطنية بتوزيع حليب الأطفال المعزز بالفيتامينات والمعادن في محاولة لتحسين صحة الأطفال المولودين في سنوات ما بعد الحرب، فضلا عن المكملات الغذائية الأخرى مثل زيت كبد سمك والشعير، كما وتم القضاء على العديد من أمراض الطفولة الشائعة مثل الحصبة والنكاف والجدي مع برنامج وطني للتلقيح<sup>9</sup>.

وقد قامت وزارة الصحة الوطنية بإصلاحات عديدة منذ عام 1974، حاولت إدارة "مارغريت تاتشر" رئيسة الوزراء البريطانية المحافظة القيام بالإصلاحات اللازمة في قطاع الرعاية الصحية، وذلك من خلال تطوير دور المستشفيات والسلطات الصحية، وقد استدعى ذلك تحديد التكاليف المفصلة للأنشطة، وهو أمر لم يكن على دائرة الصحة الوطنية أن تفعله بمثل هذه التفاصيل، ورأى البعض أنه لا لزوم لذلك، كما وقد عارض حزب العمل عموما هذه التغييرات، على الرغم من أن حكومة "بليس" بعد أن أصبحت حزب العمل الجديد، احتفظت بنظام الصحة السائر بل وسعت نطاقه، مما سمح لمقدمي الرعاية الصحية الخاصة بتقديم عطاءات للعمل في خدمات الصحة الوطنية، وتقوم بعض المشاريع الخاصة بتشخيص بعض مراكز العلاج وتمويلها بموجب عقد، ومع ذلك فإن نطاق هذه الخصخصة من العمل لا يزال صغيرا، على الرغم من انه لا يزال مثيرا للجدل لحد الآن، وقد التزمت الإدارة بمزيد من الأموال إلى الهيئة الوطنية للصحة العمومية، مما رفعها إلى نفس المستوى تقريبا من التمويل الذي بلغه المتوسط الأوروبي، ونتيجة لذلك كان هناك برنامج كبير للتوسع والتحديث كما وأن أوقات الانتظار للحصول على العلاج تحسنت.

واقترحت حكومة "غوردون براون" إصلاحات جديدة للرعاية في إنجلترا، واحد منها هو أن يتم التركيز على الوقاية الصحية من خلال معالجة القضايا التي من المعروف أنها تسبب سوء الصحة على المدى الطويل، ومن أبرزها هي السمنة والأمراض ذات الصلة مثل مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية، والإصلاح الثاني هو جعل الخدمة الصحية الوطنية خدمة أكثر شخصية، وذلك من خلال تعزيز التفاوض مع الأطباء لتقديم المزيد من الخدمات في بعض الأحيان والتي تكون أكثر ملاءمة للمريض، كما هو الحال في المساء وفي عطلة نهاية الأسبوع، وستقدم فكرة الخدمة الشخصية هذه فحوصات طبية منتظمة بحيث يتم فحص السكان بشكل أكثر انتظاما، كما تجعل الأطباء يقدمون المزيد من النصائح حول الوقاية من الصحة (على سبيل المثال تشجيع ومساعدة المرضى للسيطرة على وزنهم، والتحكم في النظام الغذائي، وممارسة الرياضة أكثر، والتوقف عن التدخين وما إلى ذلك)، وبالتالي معالجة المشاكل قبل أن تصبح أكثر خطورة، أما فترات الانتظار التي انخفضت بشكل ملحوظ تحت حكومة "بليس" (متوسط وقت الانتظار

حوالي 6 أسابيع للجراحة الاختيارية غير العاجلة)، هي أيضا في احتلت قمة التركيز، وتم تحديد هدف في ديسمبر 2008 لضمان ألا ينتظر أي شخص مدة تزيد عن 18 أسبوعا من تاريخ إحالة المريض إلى المستشفى إلى وقت العملية أو العلاج، ومن ثم فإن فترة الـ 18 أسبوعا تشمل الوقت اللازم لترتيب موعد أول، ووقت إجراء أي تحقيقات أو اختبارات لتحديد سبب المشكلة وكيفية معالجتها، ومن ثم تم نشر قانون الصحة المعدل الذي يحدد الحقوق القانونية للمرضى وكذلك الوعود (غير قابلة للتطبيق قانونيا) والتي تسعى جاهدة للحفاظ على أعلى خدمات رعاية صحية في انكلترا<sup>10</sup>.

### 2-3- تجربة ألمانيا:

كانت العديد من الإصلاحات الصحية في ألمانيا نتيجة تدخلات تشريعية لتحقيق الاستقرار في التأمين الصحي العام منذ عام 1983، بحيث أن 9 من أصل 10 مواطنين مؤمن عليهم علنا، 8 % فقط من القطاع الخاص يساهم الرعاية الصحية في ألمانيا، بما في ذلك صناعاتها وجميع الخدمات، بالرغم من أنها واحدة من أكبر قطاعات الاقتصاد الألماني، كما ويبلغ إجمالي الإنفاق في الاقتصاد الصحي في ألمانيا نحو 287.3 مليار يورو في عام 2010، أي ما يعادل 11.6 % من الناتج المحلي الإجمالي أي بحوالي 3,510 يورو للفرد الواحد، الرعاية المباشرة للمرضى الداخليين والخارجيين تساوي تقريبا ربع الإنفاق بأكمله، كما وتبلغ النفقات على الأدوية الصيدلانية ما يقرب من ضعف نفقات قطاع المستشفيات بأكمله، وارتفعت نفقات الأدوية بمعدل سنوي قدره 4.1 % بين عامي 2004 و 2010.

وقد تسببت هذه التطورات في إصلاحات عديدة في مجال الرعاية الصحية منذ الثمانينات، مثال في عامي 2010 و 2011، انخفضت نفقات الأدوية للمرة الأولى منذ عام 2004 من 30.2 مليار يورو عام 2010 إلى 29.1 مليار يورو عام 2011، أي بانخفاض 1.1 مليار يورو أو ناقص 3.6 %، وقد نجم ذلك عن إعادة هيكلة قانون الضمان الاجتماعي، والذي يخصم من الشركة نسبة 16 % بدلا من 6 %، والتحكم في الأسعار المتعلقة خصوصا بالأدوية، وزيادة عقود الخصم، وزيادة الخصم من تجارة الجملة والصيدليات<sup>11</sup>.

### 2-4- تجربة هولندا:

أدخلت هولندا نظاما جديدا للتأمين على الرعاية الصحية يقوم على معادلة المخاطر من خلال تجميع للمخاطر، وبهذه الطريقة تتوفر حزمة تأمين إلزامية لجميع المواطنين بتكلفة معقولة دون الحاجة إلى تقييم المؤمن عليه للمخاطر من قبل شركة التأمين، وعلاوة على ذلك فإن شركات التأمين الصحي هي الآن على استعداد لاتخاذ الأفراد المعرضين لخطر كبير لأنها تتلقى تعويضا عن المخاطر الأعلى.

كما وأظهر مقال في عام 2008 في مجلة الشؤون الصحية، أن النظام الصحي الهولندي يجمع بين التغطية الشاملة الإلزامية والخطط الصحية الخاصة المتنافسة، والذي يمكن بذلك أن يكون نموذجا للإصلاح في الولايات المتحدة<sup>12</sup>.

### 2-5- تجربة روسيا:

بعد انهيار الاتحاد السوفيتي شرعت روسيا في سلسلة من الإصلاحات التي تهدف إلى تقديم رعاية صحية أفضل من خلال التأمين الطبي الإلزامي مع مقدمي الخدمات المملوكة للقطاع الخاص بالإضافة إلى المؤسسات التي تديرها الدولة، ووفقا لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، لم تجر أي إصلاحات في الفترة 1991-1993 على النحو المخطط له، وأدت الإصلاحات في كثير من النواحي إلى جعل النظام أسوأ، فروسيا لديها عدد أكبر من الأطباء والمستشفيات والعاملين في مجال الرعاية الصحية من أي بلد آخر تقريبا في العالم على أساس نصيب الفرد، ولكن منذ انهيار الاتحاد السوفيتي انخفضت صحة السكان الروس بشكل كبير نتيجة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، ونمط

الحياة، ومع ذلك بعد أن أصبح "بوتين" رئيسا في عام 2000 كان هناك نمو كبير في الإنفاق على الرعاية الصحية العامة، وفي عام 2006 تجاوز مستوى ما قبل عام 1991 من حيث القيمة الحقيقية، كما ارتفع متوسط العمر المتوقع من مستويات 1991-1993، وانخفضت معدل وفيات الرضع من 18.1 % في عام 1995 إلى 8.4 % عام 2008، كما أعلن رئيس الوزراء الروسي آن ذاك "فلاديمير بوتين" إصلاح الرعاية الصحية على نطاق واسع في عام 2011، وتعهد بتخصيص أكثر من 300 مليار روبل (10 مليار دولار) في السنوات القليلة المقبلة لتحسين الرعاية الصحية في البلاد<sup>13</sup>.

#### خاتمة:

تدرك جميع دول العالم في عصرنا الحالي أهمية قطاع الرعاية الصحية، وتسعى جاهدة من خلال اصلاحات متنوعة ومجهودات مستمرة من أجل تطور هذا القطاع الحساس والنهوض بها، وفقا لمتطلبات العصر الحديث، فلا شك أنه لا يمكن تحقيق اقتصاد قوي ومؤهل الا إذا كان هناك مستوى رعاية صحية جيد، يكون وفق مبدئين، الأول وهو أن تكون الخدمات الصحية ذات جودة، والثاني أن تكون بأسعار منخفضة أو على الأقل مناسبة لجميع شرائح المجتمع، على مختلف أجزورهم وخلفياتهم الثقافية، وهذا كله من أجل بناء مجتمع منسجم وسليم.

#### - توصيات:

من خلال ما سبق يمكن استخلاص التوصيات التالية:

- اعطاء أهمية استراتيجية لقطاع الصحية، وذلك من خلال زيادة الاهتمام بها، وبالأخص في الدول النامية؛
- العمل على اصلاح والتأهيل المستشفيات بجميع أنواعها وتخصصاتها؛
- ترشيد النفقات بالشكل الذي يسمح بالتوزيع العادل للإعانات المالية الصحية؛
- التركيز على زيادة اسهامات المراكز الطبية المختلفة في البحوث الطبية؛
- اقامة شركة ما بين القطاعين العمومي والخاص من أجل دعم جهود تطوير قطاع الصحة؛
- زيادة الاهتمام بالجانب التكنولوجي في سبيل دعم اصلاح قطاع الرعاية الصحية؛
- تعزيز الشراكة ما بين الدول خصوصا بين الدول المتقدمة والنامية، من أجل تبادل الخبرات والتجارب في مجال اصلاح الرعاية الصحية؛
- التركيز على المرضى في عملية اصلاح قطاع الرعاية الصحية، ودعم اشراكهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بدعم جهود اصلاح البرامج الصحية المختلفة؛
- التركيز على البرامج الوقائية، بدلا من البرامج العلاجية.

## قائمة المراجع:

- <sup>1</sup>- WHO , "World Health Statistics 2009.
- <sup>2</sup>Charles, D., Gabriel, M., Searcy, T. **Adoption of Electronic Health Record Systems among U.S. Non Federal Acute Care Hospitals**, 2014, p 15.
- <sup>3</sup>Collins, S. R., **Americans' Experiences with Marketplace and Medicaid Coverage—Findings from the Commonwealth Fund Affordable Care Act Tracking Survey, March–May 2015**. New York: The Commonwealth Fund, 2015, p 22.
- <sup>4</sup>- Murray CJ, "The State of US Health, 1990–2010: Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors" , *Journal of the American Medical Association*, p 06.
- <sup>5</sup>- Kenneth C. Land, **2008 Special Focus Report: Trends in Infancy/Early Childhood and Middle Childhood Well-Being, 1994–2006**," The Foundation for Child Development Child and Youth Well-Being Index (CWI) Project, Foundation for Child Development, 2008, p 18.
- <sup>6</sup>- Robert Pear, **Doctor Shortage Likely to Worsen With Health Law**, the New York Times, 2012, p 25.
- <sup>7</sup>- Gill, P.S., **Application of Value Stream Mapping to Eliminate Waste in an Emergency Room**, *Global Journal of Medical Research*, 2012, p 56.
- <sup>8</sup>-Peter S. Hussey, It's The Prices, Stupid: Why The United States Is So Different From Other Countries, *Health Affairs*, Volume 22, Number 3, 2008, p 30.
- <sup>9</sup>-Triggle, Nick, **Call for dentists' NHS-work quota**, *BBC News*. London. Retrieved 5 January 2010, p 29.
- <sup>10</sup>- Martin, Paul, **No NHS 111 line before April 2015**, says Mark Drakeford,*BBC News*. Retrieved 26 July 2014, p 20.
- <sup>11</sup>- Smith S, **Health spending projections through 2015: changes on the horizon**, *Health Aff (Millwood)*, 2015, p 73.
- <sup>12</sup>-*Office of health Economics, International Comparison of Medicines Usage: Quantitative Analysis"* *Association of the British Pharmaceutical Industry*. Archived from the original ,2012, p 14.
- <sup>13</sup>- Ballas Dimitris, **The Human Atlas of Europe**, Bristol: Policy Press, 2017, p79.