

أهمية النمط التعاقدى في تفعيل أنظمة التأمين الصحي

د/ عديلة العلواني

جامعة بسكرة

Résumé:

المخلص:

En matière de prestation des systèmes sanitaires mondiaux, nous constatons une médiocrité des services sanitaires dans nombre de pays contre une augmentation importante des frais médicaux qui connaissent d'année en année une hausse remarquable, source d'inquiétude de nombreuses autorités sanitaires vu la pesanteur du fardeau économique et l'importance du secteur de sante du point de vue social, grandissantes, d'une autre part.

Pour cela, plusieurs pays ont pris la responsabilité de reformer leur système sanitaire à l'effet de réaliser l'équation de maîtrise des coûts avec une efficacité des prestations et ont opté pour La contractualisation comme solution à cette équation qui a inquiété les chercheurs dans ce domaine

La contractualisation est, de nos jours la solution radicale aux divers problèmes qui pourraient toucher les systèmes de santé et surtout le système d'assurance maladie.

إن المعايين لأداء أنظمة الصحة في العالم، يلاحظ تدني مستوى الخدمات الصحية في العديد من الدول، وهذا يقابله ارتفاع هائل ومتزايد للنفقات الصحية سنويا، مما شكل مصدر قلق بالنسبة للعديد من السلطات الصحية بالنظر إلى تزايد الثقل الاقتصادي والأهمية الاجتماعية لقطاع الصحة، لهذا أخذت العديد من الدول على عاتقها إصلاح أنظمتها الصحية من أجل تحقيق معادلة التحكم في التكاليف مع تحقيق فعالية الأداء، واختارت التعاقد كحل لهذه المعادلة التي حيرت الباحثين في هذا المجال، حيث أصبح التعاقد في الوقت الراهن هو الحل الناجع للعديد من المعضلات التي قد تصيب الأنظمة الصحية وخاصة أنظمة التأمين الصحي.

تمهيد:

إن زيادة النفقات الصحية مقارنة بالنتائج القومي الخام أصبح محط إنشغال و إهتمام أغلبية الدول التي أدركت أهمية تبني مبادئ إقتصاد الصحة من أجل التحكم في التكاليف. إلا أن تطبيق المبادئ الإقتصادية على الصحة ليس بالأمر السهل بإعتبار أن الصحة لها خصائص تميزها عن غيرها من السلع فهي حق مكفول للجميع بغض النظر عن قدرتهم على الدفع، لذا كان هناك إهتمام حقيقيا بهذا العلم الذي يوضح الحلول المقترحة من طرف الإقتصاديين للمشاكل التمويلية التي تواجه قطاع الصحة. وكنتيجة ظهور عدة أنظمة صحية في العالم تسعى إلى تحقيق أهداف الصحة، أهمها نظام التأمين الصحي القائم على التضامن فيما بين المواطنين لضمان خطر قد يصيب احد من بينهم، والذي أعتد بدوره على عدة اساليب جديدة تضمن فعاليته بشكل أكبر أهمها تطبيق النمط التعاقد يوفوق إستراتيجية شراء الخدمات المطبق في العديد من الأنظمة الصحية في العالم. فماهي قدرة النمط التعاقد على تحقيق أهداف الصحة على أنظمة التأمين الصحي؟.

و سوف تتبع الخطوات التالية لمعالجة هذا الإشكال:

- I. أهمية مبادئ الإقتصاد على الصحة
- II. أهداف الأنظمة العالمية لتمويل الصحة.
- III. دور تطبيق النمط التعاقد في تفعيل نظام التأمين الصحي.

1. أهمية تطبيق مبادئ الاقتصاد على الصحة: منذ الخمسينيات أخذ الاقتصاد يقترب من النشاطات الاجتماعية المنعزلة، حيث برزت جهود الاقتصاديين للمقابلة بينه وبين العلوم الأخرى فظهر "اقتصاد التعليم" في محاولة لتطبيق التحليل الاقتصادي على قطاع التعليم، ثم إستمرت التجديدات حتى ظهر اقتصاد الصحة كعلم منفصل من أجل ترشيد أكثر للنفقات الصحية، التي شهدت نموا بشكل متزايد وغير مراقب أدى إلى عدم القدرة على التحكم في التكاليف، وسوء تسيير الخدمات الصحية.

وسنتناول أهم ظروف نشأة اقتصاد الصحة فيمايلي:

1.نشأة إقتصاد الصحة: إن الظروف التي سبقت ظهور "اقتصاد الصحة" تميزت

بوجود تجاهل فضيع بين كل من الاقتصاد والصحة، ويرجع هذا التجاهل لعدة عوامل منها:¹

- أن الطب يهتم أساسا بالمريض وشفائه، وبالتالي يهمل المحاسبة وأمور التسيير.
- أن الهدف الطبي يبحث عن تقديم أحسن طرق العلاج وتسخير كل المعارف العلمية للحد من الإصابات والوفيات وتحسن كمية ونوعية الحياة.
- أن الاقتصاد يحث على العقلانية والفعالية والسهر أن يكون النشاط الصحي مربوطا بالأسس الاقتصادية، كأمر التمويل والإدارة وغيرها.
- أن هناك من المبادئ الاقتصادية ما يناقض أخلاق مهنة الطب وأهدافها، وهذا لا يستطيع أن يجعل الصحة موضوعا خصباً لتجارب الاقتصاديين.

ورغم هذا التباين إلا أن الظروف الاقتصادية التي سادت آنذاك، جعلت من المستحيل تغطية الطلب الإجتماعي على العلاج، فبدأت محاولة الربط والإقتراب بين الصحة و الإقتصاد، وهذا بسبب عاملين رئيسيين² هما:

1.النقل الإقتصادي لنفقات الصحة: ويعد من أهم العوامل التي ساعدت على

ظهور إقتصاد ، حيث ان الإستهلاك الطبي العام كان ينمو بنمو أسي ، مما أدى بكثير من الباحثين في الإقتصاد وكثير من الحكومات المدعمة و الممولة للباحثين إما فردياً أو عن طريق مكتب دراسات للبحث عن إيجاد حلول لهذه الظاهرة، حيث أصبحت نفقات الصحة تنمو بنسبة أكبر من نمو الإنتاج الداخلي الخام.

2.البحث عن أكبر إقتصادية: وهو عامل ينجر عن سابقه، حيث أن الزيادة في نمو

النفقات الصحية أصبح يشغل فكر الحكومات والمفكرين والمختصين، وأصبح من

الضروري محاولة تطبيق معايير إقتصادية في ميدان الصحة، ومن ثم التفكير في تسيير جديد وأكثر عقلانية للموارد والوسائل المقدمة لقطاع الصحة.
ومن أجل المقاربة بين المفهومين، وملاحظة تأثير إدخال مبادئ علم الاقتصاد على الصحة، سيتطرق إلى تعريف كلا من الصحة العمومية والاقتصاد ومنه دراسة إمكانية التقارب بينهم.

2. تعريف الصحة العمومية: يمكن تعريفها حسب المنظمة العالمية للصحة بأنها: "مجموع الوسائل التي تهدف إلى تحسين الحالة الصحية داخل مجتمع ما، وهي العلم الذي يمنع ظهور الأمراض ويمدد أمل الحياة ويحسن الصحة والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع".³

ومن بين الوظائف الأساسية للصحة العمومية⁴:

- ✓ تحري المشاكل ومكافحة الأخطار التي تهدد الصحة العمومية.
- ✓ بحوث حول الصحة العمومية.
- ✓ تحليل وتقييم الحالة الصحية.
- ✓ برامج تعزيز الصحة والوقاية.
- ✓ التخطيط والإدارة.
- ✓ الحد من تأثيرات الكوارث على الصحة.
- ✓ ضمان الجودة في الخدمات الصحية للفرد والسكان.
- ✓ تقييم وتعزيز تغطية الخدمات الصحية لتسهيل عملية الوصول إليها.

3. تعريف الاقتصاد: يعرف الاقتصاد من حيث⁵:

مجال اهتمامه: أنه نظام يهتم بدراسة الإنتاج والتوزيع والاستهلاك للسلع والخدمات فهو يقوم بإنتاج منافع ومنتجات (output)، وهذا نظير استخدامه لعوامل إنتاجية متمثلة في رأسمال، العمل والعامل التقني (input).
من خلال طريقته: "هو العلم الذي يقوم على ترشيد استخدام الموارد النادرة للحصول على أكبر نفع ممكن".

4. تعريف إقتصاد الصحة: بالمقاربة بين كل من الاقتصاد والصحة العمومية يظهر مصطلح جديد هو "اقتصاد الصحة" والذي يدمج بين المفهومين السابقين. وبالتالي يعرف اقتصاد الصحة على أنه:

❖ **التعريف الأول:** "العلم الذي يهتم بالحصول واستخدام الوسائل الوقائية والعلاجية،

حيث يعتبر إنتاج المنفعة المتمثل في حالة الصحة الجيدة بعد الوقاية والعلاج هما المخرجات "output"، وأن الوسائل المستخدمة لذلك من تشغيل المستشفيات وإنتاج الأدوية هم؛ عوامل الإنتاج مدخلات "Input"⁶.

❖ **التعريف الثاني:** "العلم الذي يبحث في الحصول على أحسن حالة صحية فردية "

أو "جماعية"، وذلك باستخدام وسائل مالية وتقنية وبشرية مع أقصى ترشيد للتكاليف"⁷.

ومن خلال مقارنة مبادئ الاقتصاد مع الصحة، يمكن ملاحظة أن الاقتصاد يصبو إلى عقلنة استعمال الموارد الجماعية في مجال الصحة بالاعتماد على أنماط وطرق تحليل اقتصادية للوصول إلى تحقيق منفعة فردية وجماعية وهي تحسين حالة الصحة للفرد والجماعة " بأقل تكلفة ممكنة.

وباعتبار أن الصحة ليست سلعة كغيرها من السلع، فهذا يجعلها غير خاضعة كلياً لجميع المقاربات الاقتصادية، لهذا ومن أجل تعريف اقتصاد الصحة، يجب الموازنة بين ما يندرج فعلاً ضمن اقتصاد الصحة، وبين ما هو ليس كذلك. ويظهر هذا في الجدول التالي⁸:

الجدول رقم: (1)**ما يندرج ولا يندرج في إقتصاد الصحة**

اقتصاد الصحة هو	إقتصاد الصحة ليس
- تحضير معطيات ملائمة (تكلفة- ربح).	- محاسبة للتكاليف.
- إيضاح للقرارات بشكل جماعي من أجل خفض التكاليف.	- الوسيلة التي أوجدها الضمان الاجتماعي للقيام بالاقتصاديات.
- نتائج مستعملة وجمع معلومات لتحسين نظام الصحة.	- وسيلة حصرية في خدمة الإدارة.
- أخذ في الحسبان الآداب الطبية.	- ممارسات متعارضة مع أخلاق مهنة الطب.

المصدر: Didier Castel, **Economie et santé quel avenir ?**. édition Mangement, Paris, 1999, p11.

5. مشكلة اقتصاد الصحة: إن اقتصاد الصحة لكونه نظاماً جديداً واتجاهاً مفروضاً عالمياً، كان هناك اهتماماً حقيقياً به، باعتباره العلم الذي يوضح الحلول المقترحة من طرف

الاقتصاديين لحل المشاكل الاقتصادية والتمويلية المطروحة في الوقت الحالي في مجال الصحة، نتيجة للارتفاع المثير للقلق لنفقات الصحة التي تنمو بسرعة تفوق نمو ثروة الأمة، فالمشكلة الأساسية لاقتصاد الصحة تكمن في ندرة الموارد، مقارنة بالأهداف التنافسية والحاجات الجماعية المتزايدة المتمثلة في⁹:

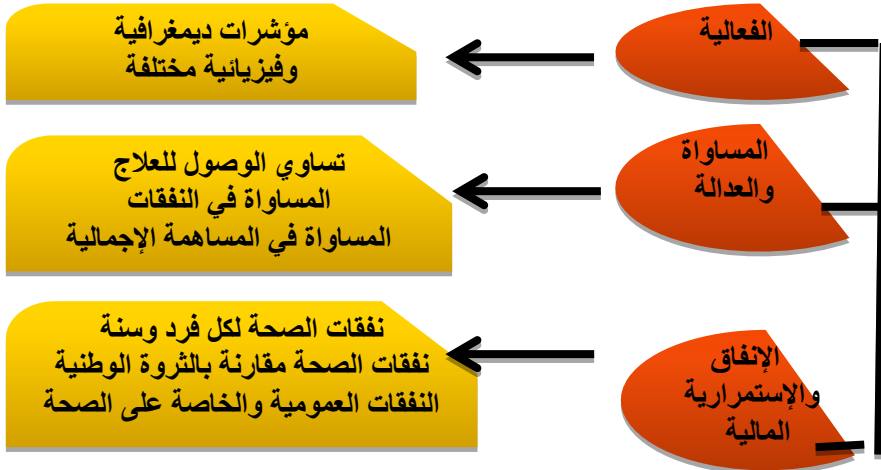
- طرقات، مستشفيات، منشآت صحية، مراكز علاج.
- معاهد للتكوين الصحي، تكوين الأطباء، الشبه الطبي.
- خدمات العلاج المتخصص والعام ومكافحة الأمراض المتنقلة.
- برامج الوقاية والتلقيحات، برامج تباعد الولادات.

II. أهداف الأنظمة العالمية لتمويل الصحة: ويمكن إبراز أهداف الصحة ومدى تحققها

في مختلف الأنظمة الصحية العالمية فيما يلي:

1. أهداف أنظمة الصحة: * وقد تم الإعتماد على عدة معايير من أجل تقييم مدى تحقق أهداف الصحة المتمثلة في الفعالية، العدالة والمساواة، والإنفاق كما يوضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (01): معايير تحقق أهداف أنظمة الصحة



المصدر: إعداد الباحث

وتشرح هذه المعايير فيما يلي¹⁰:

1.1.1.الفعالية:وهنا تم التركيز على المؤشرات المتعلقة بـ:أمل الحياة بصحة جيدة، عدد الوفيات حسب العمر والجنس،وكذا الأمراض المتفشية والموت المبكر للأطفال....إلخ.

2.1.تساوي الوصول إلى العلاج والعدالة:تعد العدالة والتساوي في الوصول للعلاج بالنسبة للمرضى المعيار الثاني للحكم على أنظمة الصحة، ويمكن أن يقاس التساوي في مجال الحصول على الصحة بإعتماد ثلاثة معايير رئيسية هي:

1/المساهمة المالية: وتقوم على مبدأ العدالة العمودي حيث أنه عند وجود قدرات مالية غير متساوية "مشاركة غير متساوية" فإن الأكثر غناء يمولون الأكثر فقرا أي إعادة توزيع عمودي.

2/النفقات المستخدمة:الملاحظ أن النفقات المستخدمة لكل واحد هي حسب مبدأ "العدالة الأفقي" حاجات متساوية مع معالجة متساوية" والمراد هنا إعادة توزيع للنفقات على المستوى الأفقي من الأصحاء جدا نحو الأكثر مرضا.

3/صعوبة الوصول إلى العلاج:والمقصود هنا التساوي في الوصول إلى العلاج والتساوي في حالات الصحة هو الأمر الأكثر صعوبة من حيث التقييم، هذا التساوي يمكن أن يكون على المستوى الفردي أو على مستوى مجموعة إجتماعية أو على مستوى مناطق محددة.

3.1.النفقات:من أجل الحكم على الكفاءة الكلية لنظام الصحة فإن علاقة الفعالية ترتبط بالنفقات المستخدمة، وفي المقابل يجب أخذ الكثير من الحيطة والحذر في إستعمال الأرقام من أجل إنجاز مقارنات موثوقة،ومقارنة النفقات المستخدمة عن طريق أنظمة الصحة يظهر مشكلتين منهجيتين¹¹:

- **الأولى:** يجب وضع معطيات تدمج نفس العناصر المحدثة في كل الدول فمثلا "نفقات الإستشفاء قد تحوي المصاريف المستخدمة في المنازل للمتقاعدين المصابين، نفقات الوقاية، في حين أنها ليست محسوبة بنفس الطريقة في جميع الدول.

- **الثانية:** يجب إختيار وحدة نقدية مناسبة ويستخدم هنا في الغالب الدولار،وإلا ستكون نسب التبادل في السوق متقلبة وتؤدي إلى ظهور إنحرافات.

توجد عدة مؤشرات تستخدم من أجل مقارنة نفقات الصحة هي:

1/ نفقات الصحة لكل فرد ولكل سنة: إن الإختلاف في النفقات المعايين من دولة إلى أخرى يوضح في الأساس مستوى الغنى في الدول بالنسبة لـ (الناتج المحلي الخام لكل ساكن)، وأنه كلما قدمت الدولة مستوى معيشي مرتفع لسكانها، قدمت نفقات أكثر لعلاجهم وهي واحدة من القوانين الأساسية لإقتصاد الصحة.

2/ نفقات الصحة الإجمالية مقارنة بالثروة الوطنية: وهذا المؤشر يعكس أولوية النفقات المرتبطة بالصحة مقارنة بالنفقات الأخرى المتعلقة بالتعليم، العدالة..... إلخ.

3/ النفقات العمومية والنفقات الخاصة للصحة: إن جزء من النفقات الصحية هو على شكل أموال عمومية ممثلة في: (الضرائب والإشتراكات)، أما الأموال الخاصة والتي تكون على شكل (دفع مباشر للمرضى أو أقساط تأمين) يلاحظ إختلافها بالنسبة لكل دولة حسب نظامها الصحي.

4/ نفقات الصحة حسب الدورات الإقتصادية: إن الملاحظ إختلاف بين النفقات حسب الدورات الإقتصادية طويلة المدى والدورات قصيرة المدى التي تمتد من 5 إلى 6 سنوات وتسمى بدورات الأعمال، كما يميز بين النفقات في مراحل الإنتعاش والنفقات أثناء فترة الأزمات.

III. دور النمط التعاقدى في تفعيل أنظمة التأمين الصحي: يمكن إبراز هذا الدور من خلال تأثير النمط التعاقدى بإعتباره يلعب دور إستراتيجية شراء الخدمات في أنظمة التأمين الصحي وقدرته على تفعيل أدائها.

III.1. أهمية النمط التعاقدى: وسيتطرق أولاً لتعريف النمط التعاقدى:

1. تعريف النمط التعاقدى: إن النمط التعاقدى بمفهومه الموضوعى، يعني إبرام المؤسسة الصحية مع مموليها لعقد بأداء خدمة وبذل عناية، مقابل تعويض مالي يساوي إلى مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة وهذا في إطار الأصول المتعارف عليها.¹² كما تعرف المنظمة العالمية للصحة النمط التعاقدى على أنه: "عقد بين كيانين اقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على ترك، أو حيازة أو القيام أولاً ببعض الأشياء" فهو إذن إنفاق بين شركاء مستقبلين.

فبعد أداء الخدمة بهذا المفهوم يتطلب عدة شروط.

2. شروط صحة النمط التعاقدى: وتتمثل في:

1.2. مبدأ سلطان الإرادة للنمط التعاقدى: إذا كان العقد وليد إرادتين أو أكثر وكان هدفه ترتيب أثر قانوني، فإنه يتضح لنا أن العقد المزمع إبرامه بهذا المفهوم هو عقد محله تأدية عمل أو أداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع تكاليف الخدمة المقدمة وأطرافه هم¹³:

« المستهلك أو المريض: وهم المرضى أو من زاوية التسيير الحديث "زبائن قطاع الصحة "»

« القائم بإنتاج الخدمة الصحية: وهي مجمل الهيئات الإستشفائية من مؤسسات إستشفائية، ومؤسسات الصحة الجوارية و مؤسسات العلاج الخاصة..... إلخ .»

« ممول العملية الإنتاجية: الذي يتمثل في صندوق التأمينات الاجتماعية من جهة والدولة بالمفهوم الضيق من جهة أخرى.»

2.2. محل الإلتزام: يشكل محل الإلتزام جوهر العقد ولبه، حيث يعتبر بمثابة الأثر القانوني الذي قصد أطراف العقد إحداثه، أي بمعنى آخر العنصر المادي في العقد ويصنف محل الإلتزام إلى صنفين أساسيين هما (الإلتزام التعاقدى، والإلتزام غير التعاقدى)

3.2. مبدأ الرضائية: إن العقد حسب مفهوم النمط التعاقدى هو عقد إحتمالي ورضائي ملزم للأطراف المعنية بالعقد فالرضاء هو حجر الزاوية التي تقوم عليها العلاقة التعاقدية في المؤسسات الصحية من حيث:

1. إرضاء المستهلك.
2. إرضاء الطبيب أو المرفق الصحي.
3. إرضاء ممول العملية الإنتاجية.

4.2. مبدأ السبب في النمط التعاقدى: المقصود به السبب أو الدافع للتعاقد، فالمشرع يشترط أن يكون السبب مشروع ويتماشى مع متطلبات النظام العام فمثلا لا يحق لأي طبيب منح أدوية مخدرة أو منومة قصد إستعمالها لغرض الإدمان.

وعليه فالسبب من منظور النهج التعاقدى يكمن خاصة في ضبط الأموال التي تمنحها كل من الدولة وصناديق الضمان الإجتماعي على أساس الإحصائيات والحسابات التي تقدمها الهيئات الصحية، كما يكمن السبب في الخدمة الاجتماعية التي يتعين على الدولة ضمانها عبر ما يعرف بالمرفق العام.

وحسب المنظمة العالمية للصحة فإن هناك نوعين رئيسيين من التعاقد هما التعاقد الداخلي والخارجي.

3. أنواعه: وأهم أنواعه¹⁴:

1.3. التعاقد الداخلي: هو منح المدير تفويض لرؤساء المصالح، ويتم هذا على أساس عقد تفاوضي مابين رئيس المصلحة والمدير، كما تحدد في هذا الأخير الأهداف ووسائل المتابعة، وكيفية حشدها وإستخدامها، والإهتمام بنتائج تسييرها ودراسة الآثار الناتجة عن عدم تنفيذ هذا العقد.

كما أن نجاح النمط التعاقدية هنا يجب أن يهتم حتما بالإرادة المشتركة في تطوير وسائل تحليل الأنشطة (المحاسبة التحليلية..) وعناصر التكاليف.

هذا العقد في حالة وضعه حيز التطبيق، يمكنه تغيير توزيع السلطات والمسؤوليات على مستوى المصالح، كما يمكنه الذهاب إلى حد إمكانية القيام بعقود مباشرة مابين المصالح وصندوق الضمان الإجتماعي على حساب إستقلالية المؤسسات العمومية.

2.3. التعاقد الخارجي: يجب إعتقاد أسلوب تسيير يكون مؤسس على أساس نظام (مقدم، دافع)، حيث أن هذا الأسلوب من شأنه إلغاء النظام التقليدي السابق الذي كان يعتمد على المساهمة السنوية المحددة للمؤسسات الصحية. وعليه تصبح العلاجات تغطي في حينها على أساس النشاطات؛ أي أن المستشفى يتحصل على إعتقادات أكبر كلما قدم علاجات وخدمات أكبر للمرضى، وهو الشيء الذي من شأنه خلق نوع من المنافسة ما بين المؤسسات الصحية ومنه إلى تحسين نوعية الخدمة وخفض سعرها.

و تعتمد هذه السياسة في كون المرضى يكونون أحرار في إختيار المؤسسات الصحية، وهذا سيدفع بهذه الأخيرة إلى المنافسة عن طريق تحسين نوعية خدماتها العلاجية وتسهيل عملية الحصول عليها.

وعليه يصبح النظام الصحي خاضع لمعايير السوق المبنية على العلاقات التعاقدية ما بين المؤسسات الصحية (كمنتج للعلاجات)، وصناديق الضمان الإجتماعي (كمشتري للعلاجات).

III.2. مدى تحقق أهداف الصحة في نظام التأمين الصحي المرتكز على التعاقد:

وسيتم التعرض إلى نظام التأمين الصحي وقدرته على تحقيق أهداف نظام الصحة وعن أهم العوامل المتحكمة في أدائه فيمايلي:

1. نشأة التأمين الصحي: إن التغطية الصحية أصبح حق تنادي به جميع المنظمات والهيئات العالمية التي إعتبرت التأمين على المرض هو الحل الكفيل بضمان تغطية صحية للسكان.

1.1. تعريف التأمين الصحي: هو آلية تضمن تخفيض تكلفة الوصول للعلاجات بما أن الأفراد سيشاركون في تقسيم التكلفة فيما بينهم لخطر سيقع على واحد من بينهم، وهذا عن طريق دفع أقساط أو إشتراكات منتظمة تضمن لصاحبها حق الإستفادة من تغطية مرضية وتقاسم الخطر بين مجموعة واسعة من المؤمنين¹⁵.

2.1. أنواع التأمينات الصحية: من أبرز هذه الأنواع¹⁶:

1.2.1. التأمين الصحي العمومي: ويضم؛

1/ التأمينات الصحية العمومية الشاملة: والتي تغطي كل السكان في منطقة أو إقليم محدد وهي تقوم على التضامن الوطني والمحلي بين المواطنين حسب مبدأ التساوي المأخوذ من أنظمة "بيفردج"، وهو يسمح بالوصول للعلاج للفقراء وغير المؤمنين بتغطية متساوية، وهذه الصيغة لها بعض السلبيات من حيث ضعف جودة الخدمات، وضعف الإستجابة لرغبات المؤمن، والبيروقراطية وعدم التكيف مع التطورات التقنية. وتمويل هذا النظام يعتمد بالأخص على دافعي الضرائب ويكون هذا تحت سلطة الدولة.

2/ التأمينات الخاصة شبكة الحماية الإيجابية: وهذه التغطية تمول عن طريق إشتراكات إجبارية على أساس المداخيل، وهي القائمة على مبادئ بسمارك ويرتكز هذا النظام على ثلاثة مبادئ رئيسية:

✓ الإلزام

✓ مساهمات متناسبة مع الأجر وليس الأخطار.

✓ مصاريف مالية موزعة بين المؤمنين وأصحاب العمل مع احتمال إعانة من طرف الدولة.

2.2.1. التأمين الصحي الخاص: يوجد ثلاثة أنواع من التأمينات الخاصة هي:

1/ التأمينات الخاصة الإختيارية: وهي غالبا موجهة للعمال ذوي الدخل المرتفعة، والذين يفضلون إختيار نظام التأمين الخاص الذي ينتسبون إليه وهذا من شأنه أن يحرم الأنظمة الإلزامية من المؤمنين ذوي القدرة الإسهامية الكبيرة.

2/ التأمينات الإضافية: تسمح بإكمال العجز في النظام العام، ومن أجل الهروب من شبكة الإنتظار أثناء إجراء العمليات الجراحية، وقليلون من الأفراد من ينظمون إلى هذا النوع من التأمينات.

3/ التأمينات المكملة: وجد هذا النوع من التأمينات من أجل تغطية جميع النفقات التي تركت على عاتق المريض، ويبقى طلب هذا النوع من التأمين ضعيف في الدول أين التغطية العمومية تبدو كافية ونسبة الدفع للمريض ضئيلة، في حين يتزايد الطلب على مثل هذا النوع من التأمينات بإرتفاع نسبة الدفع التي تقع على عاتق المريض وزيادة المداخل والمستوى التعليمي للأفراد، وتسمح هذه التأمينات بالتعويض الكلي للنفقات الصحية وتسمى بالتعاضديات، وتمنح غالبا إيجابيات وميزات خاصة تجعل عملائها يسعون للحفاظ على صحتهم من خلال عرض برامج وقائية.¹⁷

إن هذا التأمين قد يؤدي إلى أثر سلبي بحيث يرفع الإستهلاك الكلي للعلاج ومنه يؤدي إلى وجود خطر على التأمين الأساسي بزيادة المصاريف المرضية المعوضة.

ويوضح الجدول التالي أهم الاختلافات ما بين التأمينات الصحية العمومية والخاصة

الجدول رقم: (2)

الفرق بين خصائص التأمينات المرضية العمومية الخاصة

تأمينات مرضية خاصة	تأمينات مرضية عمومية
تكلفة تسيير ومصاريف عالية	تكلفة تسيير ضعيفة
ملفات قليلة وباهضة التسيير	وفورات الحجم
خدمات مختلفة	خدمة موحدة
إبداع وحسن التسيير	تسيير مع ترشيد
حرية الإختيار والمنافسة	بيروقراطية - إحتكار

: 315. Béatrice Manjoni d'Intignono, **Economie de la sante**, المصدر :

وتشترك التأمينات الخاصة والعمومية في عدة خصوصيات منها:

- 1- الشك في حدوث خطر صحي معين والتكلفة المتوقعة غير القابلة للتقدير.
- 2- عن طريق إرتفاع النفقات الذي يجعل العلاج المكلف لا يمكن الوصول إليه حتى من أصحاب الدخل المتوسطة.
- 3- عن طريق الرغبة في التضامن والمساواة في الوصول للعلاج حتى للأكثر فقرا.

2. تحليل أداء أنظمة التأمين الصحي : إنه لا يمكن تطوير نظام تمويل الصحة وخصوصا نظام التأمين الصحي من دون الأخذ في عين الاعتبار أن تضمن هذه الأنظمة تحقيق الأهداف المسطرة لنظام الصحة، وذلك من حيث اللجوء العادل لخدمات الصحة والفعالية وضمان الإستمرارية المالية لهذا النظام، وسيتم التعرف على قدرة أنظمة التأمين الصحي على تحقيق هذه الأهداف من خلال الوظائف الفرعية الخاصة بالتمويل في صيغة التأمين الصحي وهي: 18

1/ جمع الإسهامات: وهو السياق الذي من خلاله يستقبل نظام الصحة الإسهامات المالية للأسر، والمؤسسات والمنظمات الأخرى ... ، ويتم إدارة هذه الإسهامات من أجل تقسيم خطر الدفع للعلاج بين جميع أعضاء المجموعة.

2/ الإنخراط: يشمل عدد الأفراد المنظمين في صناديق التأمين الصحي، طريقة الإنضمام وشروط الانضمام ... الخ.

3/ إستراتيجية الشراء: وهو السياق الذي من خلاله تستخدم الإسهامات الموضوعة من طرف المنخرطين في التأمين لدفع ثمن الخدمات الصحية للعارضين، وهنا غالبا ما تستخدم آليات التعاقد من أجل ضمان أكبر فعالية وجودة للخدمات الصحية، فإستراتيجية الشراء تعتبر وسيلة تضمن الوصول للعلاجات بشكل عقلاني وبأفضل تكلفة وفعالية.

ومن أجل أن تقوم الوظائف الفرعية الخاصة بتمويل الصحة في نظام التأمين الصحي بمهامها على أكمل وجه لتحقيق أهداف أنظمة الصحة، يجب أن نتطرق إلى أهم العوامل المؤثرة على أداء وظائف التمويل فيما يلي:

3. قدرة أنظمة التأمين الصحي في تحقيق أهداف نظام الصحة: إن التأمين الصحي يمكن أن يسهم في تحقيق أهداف نظام الصحة الخاصة؛ بالعدالة والفعالية والإستمرار من خلال وظائف التمويل الفرعية كما يلي:

1/ درجة الحماية المالية (الفعالية المالية): لكي تدرس عدالة الإسهامات المالية يجب معرفة نفقات الصحة للأسر سواء المباشرة وهي تلك المتأتية عن طريق الدفع المباشر (الحصة الباقية على عاتق المريض)، أو من خلال اشتراكات التأمين الصحي، وهذا يكفي لوضع معطيات عينية متمثلة في درجة الحماية المالية للأسر إتجاه تكاليف الصحة والذي يشكل مؤشر بديل للعدالة المالية، وهذا سيسمح بإعطاء صورة عن عدد

الأسر التي ستواجه نفقات الصحة المفرطة ومعرفة درجة حمايتها المالية، وأثار ذلك على وسائلها المعيشية¹⁹.

2/ **اللجوء العادل لخدمات الصحة:** الملاحظ فيما يخص عدالة الوصول للعلاجات أنه كلما كان هناك إسهام للدولة والجماعات المحلية في التمويل المسبق للعلاجات؛ يكون هناك عدالة في اللجوء إلى الخدمات الصحية، ويعتقد البعض أن الوضعية الجغرافية والبعد عن منشأة العلاج للأسر يؤثر على عدالة الوصول للعلاج، لذلك قامت بعض التنظيمات في الهند بتأسيس نظام الدفع المتناقص بدلالة البعد عن مؤسسات العلاج وقد كان له أثر بزيادة الإنضمام للسكان الأكثر بعد في هذا التأمين²⁰.

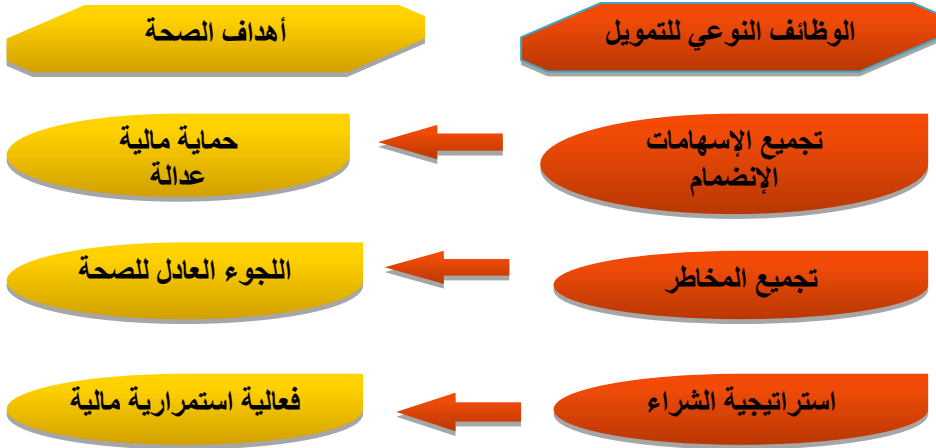
كذلك هناك بعض العوامل التي حدثت من اللجوء لمقدمي الخدمات وهي العوامل المرتبطة بالمداخل، العمر، الثقافة، وحجم الأسرة، لذا فإن الإنضمام إلى التأمين الصحي له تأثير إيجابي في اللجوء للعلاجات، وهذا من دون أخذ العوامل الأخرى في الاعتبار، وقد بينت دراسة أن لجوء الأفراد المنخرطين في التأمين الصحي للعلاج هو أكبر بحوالي 6 مرات من الأعضاء غير المنظمين لهذه التأمينات.

3/ **الإستمرارية المالية (الإنفاق):** والمقصود بها الجانب المالي أو التسييري؛ وهناك عدد من الدوافع تبرر مشاكل الديمومة المالية يذكر من بينها تواجد تأمينات بحجم صغير وبتكاليف أكثر إرتفاع، مما يهدد إستمرارية التنظيم المالي، فالديمومة المالية ليست بالضرورة هي مرادف للتمويل الذاتي؛ وترتكز على أن شركاء كثيرون يقومون بالمساهمة في تمويل الصحة؛ وهم السلطات المحلية والمركزية والمتبرعين الرسميين. وبالتالي يمكن دراسة هذه الإسهامات النوعية وأثرها على الديمومة المالية لتنظيم التأمين الصحي.

وقد سطرت الدراسات مجموعة من الإحتياجات الادارية والتسييرية التي تؤثر على ديمومة النظام مثل: الإستقرار، الجمع والدفع الفعلي للإسهامات، تحديد الخدمات المتكفل بها، التسويق والإتصال، وأهم العوامل التي تضمن هذه الديمومة هو وجود إتفاقات تعاقدية مع مقدم الخدمات تضمن التقديم المستمر لخدمات العلاج للمستخدمين مع ضمان أحسن تكفل²¹.

وهذه رؤية لمجموعة من النتائج حول أثر أداء الوظائف الفرعية لتمويل الصحة (التأمين الصحي) على أهداف نظام الصحة المتمثلة في الحماية المالية، اللجوء العادل للعلاج، الإستمرار والفعالية، ملخصة في الشكل التالي:

الشكل رقم (02): أثر وظائف التمويل الفرعية لنظام التأمين الصحي على أهداف الصحة



المصدر : Oms, Rapport sur les « Régimes d'assurance maladie commentaires dans les pays en développement ». Op.cit, p:28.

ويبين الشكل السابق دور النمط التعاقدى بإعتباره إستراتيجية لشراء الخدمات في تحقيق فعالية واستمرارية مالية في النظام الصحي، والأسباب التي قد تقود المنخرط لهذا الإختيار عديدة نذكر منها:
 *يعتبر المنخرط أن التأمين الصحي هو أكثر منه قدرة على شراء أحسن الخدمات وبأحسن سعر.
 * يعتبر المنخرط أن التأمين الصحي يعرف بشكل أحسن حاجاته الصحية.
 * يعتبر المنخرط أن النشاطات القائمة بشكل فردي لا تستطيع أن تؤدى بشكل فعال، كما قد تكون عليه من خلال فعل جماعي عن طريق التأمين الصحي.

الخاتمة:

إن أنظمة التأمين الصحي تعد أقدر أنظمة التمويل العالمية على تحقيق أهداف الصحة المتمثلة في المساواة والعدالة، الفعالية، وكذا الإستمرارية المالية، إلا أن إستخدام النمط التعاقدى وفق آلية استراتيجية شراء الخدمات من شأنه زيادة فعالية هذا النظام في تحقيق هذه الأهداف، ومنه كنتيجة تحسين أداء المنظومة الصحية ومستوى الخدمة المقدمة للمواطنين مع ضمان في آن واحد رقابة وتحكم في التكاليف وهو الهدف المنشود من تطبيق مبادئ الإقتصاد على الصحة.

الهوامش:

- ¹ - العلواني عديلة، تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر، مذكرة ماجستير (غير منشورة)، جامعة بسكرة، 2005، ص: 3.
- ² - العلواني عديلة، تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر، مرجع سابق، ص: 3، 4.
- ³ - Rachele Poignant, **Santé Publique**. édition Estem, Paris, 2003, p :13.
- ⁴ - منظمة الصحة العالمية، تقرير حول الصحة في العالم، جنيف، 2010، ص: 85.
- ⁵ - العلواني عديلة، أسس إقتصاد الصحة، دار هومة للنشر والتوزيع، ج1، الجزائر 2014، ص: 15.
- ⁶ - العلواني عديلة، أسس إقتصاد الصحة، مرجع سابق، ص: 16.
- ⁷ - Béatrice Manjoni d'Intignono, **Economie de la santé**. Presses universitaire de France, Paris, 2001, p :4.
- ⁸ - Didier Castiel, **Economie et santé quel avenir ?** édition Mangement, Paris, 1999, pp :11,12.
- ⁹ - العلواني عديلة، تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر، مرجع سابق، ص: 5.
- ⁸ - Béatrice Majnoni d'Intignano, **Economie de la sante**. Op.cit, pp:122-137.
- ¹¹ - Ibid, pp: 143-147.
- ¹² - Jean-Paul ségade, **La contractualisation A 'L'hôpital** . Masson, Paris, 2000, p : 01.
- ¹³ - عبد الحق سايجي وأخرون، نظام التعاقد في تمويل قطاع الصحة، حلقة دراسية، المدرسة الوطنية للإدارة، 1998/1999، ص: 31.
- ¹⁴ - Marc-Olivier Cléry, **Délégation de gestion et contractualisation interne**. les études hospitalière éditions, Bordeaux, 2005, p:17.
- ¹⁵ - Béatrice Manjoni d'Intignono, **Economie de la sante**. Op.cit, p: 298.
- ¹⁶ - العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار هومة للنشر والتوزيع، ج2، الجزائر، 2014، ص: 84-86.
- ¹⁷ - Jean Françoise Lacronique, **Santé Publique**. édition LAMARRE, Paris, 2002, p :67.
- ¹⁸ - Oms, Rapport sur les « Régimes d'assurance maladie commentaires dans les pays en développement ». Genève, 2003, pp : 16-18.
- ¹⁹ - Béatrice Manjoni d'Intignono, **Op.cit**, p : 245.
- ²⁰ - Martine Audibert, Jacky Mathonnat et Eric de Roadenbeke. « **Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu** », édition Karthla, Paris, 2003, p:19.