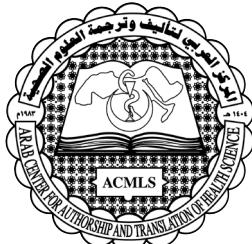


الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

— دولة الكويت ACMLS

مدخل إلى الاقتصاد الصحي

تحرير

فيرجينيا وايزمان

لورنا جينيس

ترجمة

د. سارة سيد الحارتي

د. دينا محمد صبري

د. مروه سعد الرخ

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

المحتويات

ج	:	المقدمة
هـ	:	التمهيد
ز	:	المحرران
ط	:	المترجمون
كـ	:	إهداء الكتاب
لـ	:	الشكر
1	:	المقدمة
7	:	الباب الأول
9	:	الفصل الأول
31	:	الفصل الثاني
53	:	الباب الثاني
55	:	الفصل الثالث
81	:	الفصل الرابع
101	:	الفصل الخامس
123	:	الفصل السادس
145	:	الباب الثالث
147	:	الفصل السابع
169	:	الفصل الثامن
191	:	الباب الرابع
193	:	الفصل التاسع
211	:	الفصل العاشر
227	:	الفصل الحادي عشر
245	:	الفصل الثاني عشر
261	:	الباب الخامس
	:	التقييم الاقتصادي

الفصل الثالث عشر : ما التقييم الاقتصادي، وما الأسئلة التي من

263 الممكن أن تساعد في الإجابة عليه؟

283 حساب التكاليف.....

307 تحديد، وقياس وتقييم النتائج.....

331 التقييم الاقتصادي واتخاذ القرار.....

355 العدالة.....

357 تعزيز العدالة ودور الحكومة.....

377 مسرد المصطلحات.....

401 المراجع والقراءات.....

الفصل الرابع عشر :

الفصل الخامس عشر :

الفصل السادس عشر :

الباب السادس :

الفصل السابع عشر :

مسرد المصطلحات :

المراجع والقراءات :

الإضافية

المقدمة

هناك إدراك متزايد لأهمية الصحة العامة للوصول إلى مجتمع صحي وآمن في كل أنحاء العالم، حيث إن أهم التحسينات لصحة المجتمع تأتي من خلال السيطرة على الأمراض السارية والتخلص من المخاطر البيئية، وتحسين النظام الغذائي للناس، ومن خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، وتطوير نوعية الرعاية الصحية، وللوصول إلى ذلك تحتاج كل دولة إلى كادر من ممارسي الصحة العامة الذين يملكون مهارات سياسية واجتماعية.

أُعد هذا الكتاب بأسلوب سهل وبسيط للتعلم الذاتي المستقل، حيث يبين كل فصل الأهداف التعليمية والمفاهيم الرئيسية، ويدرك العديد من الأنشطة التي تسمح للقارئ اختبار نفسه، كما يوضح كيفية تطبيق علم الاقتصاد على قضايا الرعاية الصحية، حيث تصبح أكثر قابلية للتحليل. كما يقدم قاعدة لهؤلاء الأشخاص الذين يرغبون في الانضمام والمساهمة بتحديد الصحة العامة، ويساعد في وضع الاهتمامات ووجهات النظر في مجال صنع القرار وتوفير الخدمات، ويقدم الكتاب أيضاً خلفيّة يمكن من خلالها تحليل القضايا والمشكلات الخاصة بقطاع الخدمات الطبية، ويسهم في تقييم السياسات الصحية المختلفة التي تسعى لتحقيق الكفاءة والعدالة في الرعاية الصحية، ويحدد التكاليف والمنافع لختلف الخيارات في قطاع الرعاية الصحية، فهو خير رفيق لكل طالب، أو ممارس للصحة العامة، أو صانع سياسة، أو باحث يسعى لفهم مبادئ الاقتصاد الصحي.

نأمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً طبياً حديثاً يضاف إلى المكتبة الطبية العربية من خلال ما تضمنته فصوله من معلومات هامة عن الاقتصاد الصحي ومبادئه، وما اشتمل عليه من شرح تفصيلي لفهم تلك المبادئ.

والله ولي التوفيق،

الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضي
الأمين العام
المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

التمهيد

هذا الكتاب سيكون خيار مناسب لأي شخص يريد الدخول إلى مجال الاقتصاد الصحي وهو بلا شك من أفضل المؤلفات في هذا المجال حاليًا. وهناك العديد من الكتب في الأسواق التي تدور حول الاقتصاد الصحي ولكن يتميز هذا الكتاب بتناوله للموضوع بطريقة تميزه عن غيره.

يتضمن هذا الكتاب ستة أبواب، حيث يتناول الباب الأول منها المفاهيم الأساسية للاقتصاد الصحي، والاقتصاديات والمشكلات التي نسعى لحلها، والاقتصاديات الكبرى والرعاية الصحية. ويستعرض الباب الثاني موضوع العرض والطلب، وكيف يؤثر كل منهما على السعر وكمية البضائع التي نمد بها الأسواق وتأثيرها على الإنتاج على المدى القريب والبعيد، كما يناقش الكتاب اقتصاديات الميزان ومنحنيات العرض. بينما يوضح الباب الثالث نماذج السوق وكيفية التفاعل بين العرض والطلب، وبين ذلك طبيعة القوى الاحتكارية، والعوامل الخارجية وعدم تناول المعلومات في أسواق الرعاية الصحية. أما الباب الرابع فيتناول تمويل الرعاية الصحية من حيث مصادره وكيف يتم إنفاقه، كما يتحدث عن الحوافز، والمدفوعات ودورهما في القطاع الصحي، ويتناول موضوع التأمين في القطاع الصحي وتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي، والتغطية الشاملة. ويعرض الباب الخامس التقييم الاقتصادي والأسئلة التي يجب عليها ويتناول طرق القياس والتقويم، وتقييم التكاليف والعواقب وتحديد وقياس النتائج، كما يناقش طرق تقديم وتفسير المعلومات وكيفية صنع واتخاذ القرار. ويُختتم الكتاب بالباب السادس الذي يتناول موضوع عدالة التوزيع والمساهمة موضحًا طرق تعزيز العدالة دور الحكومة في ذلك.

والله ولي التوفيق،

**الدكتور/ يعقوب أحمد الشراب
الأمين العام المساعد
المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية**

المرaran

لورنا جينيس (Lorna Guinness)

- مُدرسة محاضرة في الاقتصاد الصحي في مدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية.
- عملت في التعليم والبحث منذ عام 2001.
- كانت تعمل سابقاً لهذا كعالمة اقتصادية في برنامج الأمم المتحدة المشترك؛ لفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في جينيف.
- عملت أيضاً في اقتصadiات الرعاية الصحية في الدول ذات الدخل المنخفض في التعاقد بين الخدمات الصحية، واقتصاديات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- حالياً تعمل كزميلة زائرة في المركز الإسترالي للبحوث الاقتصادية في الصحة في الجامعة الاسترالية الوطنية، كانبيرا.

فيرجينيا وايزمان (Virginia Wiseman)

- محاضرة كبيرة في مدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية.
- تقود بحوث في مجال التقييم الاقتصادي، وتحليل الطلبات والعدالة في الحصول على الخدمات الصحية، معظم هذه البحوث جرت في مناطق السيطرة على الملاريا في الدول الإفريقية جنوب الصحراء الكبرى.
- لديها 20 عام خبرة كبيرة اقتصادية.
- مسؤولة عن تعليم الاقتصاد الصحي في برنامج التعليم عن بعد لمدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية منذ عام 2001.

المترجمون

د/سارة سيد الحارتي.

- مصرية الجنسية - مواليد عام 1980 .
- حاصلة على بكالوريوس طب الفم والأسنان - جامعة طنطا - عام 2001.
- دبلوم طب الفم والأسنان - جامعة طنطا - عام 2005 .
- تعمل اختصاصية طب أسنان .

د/مروه سعد عبد اللطيف الرخ.

- مصرية الجنسية - مواليد عام 1974 .
- حاصلة على بكالوريوس الصيدلة - جامعة المنصورة - عام 1997 .
- تعمل حالياً دكتورة صيدلانية.

د/دينا محمد صبرى.

- مصرية الجنسية.
- حاصلة على بكالوريوس الصيدلة - جامعة القاهرة.
- حاصلة على بكالوريوس الطب البيطري - جامعة القاهرة - عام 2001.
- تعمل صيدلانية بدولة الكويت.

إهداء الكتاب

إلى چون، توماس، وثيو
وسام شرف.

أود أن أهدي هذا الكتاب إلى والدائي، كاي ودون، لدعمهما الثابت لي، وأهدي هذا الكتاب أيضاً إلى أبنائي، فرانكلين، مارتل، وروز الذين هم دائماً يذكرونني بأن لله أهمية مثل العمل تماماً. أهدي زوجتي التي كان لديها صبر القديس.

الشكر

الطبعة الثانية تم تحريرها ومراجعتها بشكل تام بواسطة لورنا جينيس وفيرجينيا وايزمان. حيث ت يريد مطبوعات الجامعة المفتوحة، ومدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية شكر المساهمة الثمينة لمؤلفي الطبعة السابقة من هذا الكتاب، دافيد وندرلنج، نيك بلاك، رينهولد جروين مثلهم مثل الآخرين الذين وضعوا أساس هذا العمل الجديد. رينهولد جروين كتب الفصل التاسع "التغير في عالم تمويل الرعاية الصحية" (الذي تم تحريره حالياً قبل لورنا جينيس)، والفصل الحادي عشر "التأمين الصحي الخاص" (حدث من قبل ساشيكو اوزارا). العديد من أنشطة الرسوم البيانية، والمقطوع القصيرة من النصوص تم ابقاءها من الطبعة الأولى.

يريد المؤلفون والكتاب شكر الياس ماينرز، تازيو فاني، ارناب اشاريا، روزا ليجود وسيتفان جان لمراجعتهم الشاملة لالفصول والتمارين، وريتشارد سميث لمراجعته كامل الكتاب، ونيكي ثوروخود وروز بلاومان لمراجعتهما ودعمهما لإعداد هذا الكتاب، دومينيك فوريست وفريقه لبحثهم عن ترخيص الحقوق، وميلين لاجارد، ساكى اوزواوا، جو بورجهي، شونيعاي يونج، كريستيان هانسن وداميان والكر لتأليف الفصول المفردة.

ونود أيضاً شكر اليونيسيف لموافقتهم الكريمة على نشر مقتطفات وتمارين طورت مدرسة لندن للنظافة وطب المناطق المدارية / اليونيسيف المختصرة والمختصة بالسياسة الصحية والتمويل: النتائج المنجزة للأطفال.

بذل مطبوعات الجامعة المفتوحة ومدرسة لندن للصحة وطب المناطق المدارية قصار جهدها للحصول على ترخيص من صاحبي الحقوق لإعادة انتاجها في هذا الكتاب وشكر هذه المصادر. كما أن أي أهمال ترك عن غير علم سيتم معالجته في الطبعات المستقبلية.

نريد أن نعبر عن شكرنا العظيم لأصحاب الحقوق لمنحنا التصريح لإعادة إنتاج المواد في هذا الكتاب من المصادر اللاحقة والواردة في نهاية الكتاب باللغة الإنجليزية.

المقدمة

Introduction

إن الاستهلاك الزائد للسجائر والتدخين بين الشباب، والتعرض للعلاج المضاد للفيروسات لدى مرضى الإيدز، وزيادة انتشار السمنة، أو البدانة، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، والنقص العالمي في العاملين الأساسيين في مجال الرعاية الصحية؛ كل ذلك يعتبر بعضاً من التحديات التي تواجه صانعي سياسات الصحة العامة والذين يمارسونها في بداية القرن الحادي والعشرين، فالاقتصاد له دور رئيسي في حل هذه المشكلات.

وسوف يقدم لك هذا الكتاب التقنيات الاقتصادية، والتي يمكن استخدامها في مجال الصحة العامة، والتي سوف تساعدك على فهم الملامح الخاصة التي تميز الطلب بالنسبة للرعاية الصحية بالمقارنة بالطلب الخاص بالسلع الأخرى والخدمات، وسوف يقدم نوع من الحدس وال بصيرة في طرق البحث الاقتصادية والتي تستخدم حتى الآن في رفع وتحسين مستوى سياسات الصحة العامة وتحليل عملية توصيل الصحة، أو تشكيل الإصلاحات في القطاع الصحي، وسوف تصبح قادراً بشكل أفضل على استخدام المعلومات في التقييم الاقتصادي للتدخلات الخاصة بالرعاية الصحية، وفهم أفضل للمناقشات أو الاستراتيجية الخاصة باستخدام عناصر السوق في تحسين الأداء الخاص بالخدمة الصحية واستخدام الإستراتيجيات المالية في رفع وتحسين مستوى الصحة لدى العامة.

ومن خلال قراءتك لهذا الكتاب، فسوف تكتشف في الحال أن الاقتصاديين يحبون لهجتهم الخاصة، وأنهم لا يتقدون دائمًا! وسوف تكتشف أيضاً أن هناك دائمًا فجوة بين المفاهيم النظرية والتنفيذات السياسية، وأكثر من ذلك، فإن السياسات الاقتصادية المعول بها في دولة معينة لا تعمل بالضرورة في سياق ثقافي مختلف، وهذا الكتاب لا يتعارض مع هذه القضايا والموضوعات، وبدلًا من ذلك فهو يؤكد ويشدد على إظهار نوع من الفهم النقدي للموضوعات عن طريق وصف وجهات النظر المختلفة بالنسبة للموضوع، بدلاً من فرض وجهة نظر واحدة، وخلال هذا الكتاب تم وضع الكثير من الجهد الخاصة بتقديم الأدلة التجريبية الواقعية لكل موضوع وتقديم دراسات الحالة وأمثلة تساعد على إيضاح الكيفية التي تعمل بها النصيحة الاقتصادية في التطبيق والممارسة في البلاد ذات المدخل المنخفض، والمتوسط، والمرتفع.

وإذا لم تكن لديك خلفية عن الاقتصاد، فقد تجد صعوبة في فهم اللغة التي يتحدث بها الاقتصاديون والطريقة التي يفسرون بها نظرياتهم، ولكن لا تخشى ذلك، فإن هذا الكتاب يتعرض للموضوعات الاقتصادية بالمبادئ الأولية وقد تم تصميمه من أجل الطلبة من ليس لديهم معلومات سابقة عن الاقتصاد، وهناك قدر معين من نظرية الاقتصاد يعتبر أساس ولا مفر منه من أجل فهم مناطق القوة والتقصير في المفاهيم الاقتصادية كما يتم تطبيقها في مجالى الصحة، والرعاية الصحية، وحيثما كان ذلك ممكنا، حاولنا إلقاء الضوء على المفاهيم الاقتصادية المعقدة عن طريق استخدام الرسوم البيانية بدلاً من المعادلات، وعن طريق تقديم أمثلة من مناطق كثيرة وكذلك من مرافق الرعاية الصحية، كذلك فإن تدوين المصطلحات الأساسية يساعد أيضاً على توضيح مفاهيم جديدة وتعريفات، وإذا كنت لا تفهم شيئاً، فلا تخشى من ذلك في يمكنك الرجوع إلى المشكلة بعد ذلك، وسوف تجد الكثير من دراسات الحالة وبعض تمارين التقييم الذاتي لإرشادك في فهم المفاهيم الصعبة، كما تسمح لك بالمقارنة، والمقابلة بين ما تعلمته، وبين خبراتك الخاصة.

لماذا يتم دراسة اقتصadiات الصحة؟

قد تسؤال نفسك ماذا يفعل الاقتصاد بالنسبة للصحة والرعاية الصحية، ألا يجب أن يكون للصحة والرعاية الصحية اهتمامات أساسية، وأولوية مطلقة؟ إنك مع ذلك قد تكون لديك الإجابة فالموارد نادرة ولذلك فإن الاختيارات يجب أن توضع في المكان الصحيح والملازم، واقتصاديات الصحة، كما سوف ترى في هذا الكتاب هي عن الوصول بالصحة إلى المستوى الأمثل بالنسبة للنشاطات الأخرى، وعمل الاختيارات في سبيل توظيف الموارد بطريقة يتم بها تحسين الحالة الصحية وتوزيع الخدمات الصحية من خلال الموارد القليلة المتاحة، وبالرغم من أن الاقتصاد يعتبر علم قديم نسبياً، فإن التطبيق المنظم له في قطاع الصحة يعتبر حديث تماماً، لقد كان ذلك فقط خلال الثلاثين أو الأربعين عاماً الماضية، والتي تأسست فيها اقتصadiات الصحية كعلم فرعي من الاقتصاد، واكتسب تأثيراً في القطاع الصحي.

ويعتمد المديرون وصانعوا السياسة بشكل متزايد على التحليل الاقتصادي، وقد اكتسب التفكير الاقتصادي في تأثيره على صناعة القرار وأمدت الأفكار الاقتصادية القطاع الصحي بالإصلاحات، وهذه التغييرات تعتبر جزءاً من عمليات أكبر خاصة بإصلاح القطاع العام منذ الثمانينيات 1980s، والتي قد تمت صياغتها بواسطة أفكار اقتصادية، ومن خلال متابعة هذه الإصلاحات فإن الوكالات المتعددة الأطراف مثل البنك العالمي، قد اتجهت في أهدافها إلى إعادة تعريف العلاقة بين الحكومة والقطاع

الخاص، من أجل رفع مستوى الخدمات الحكومية الأصغر وكذلك زيادة الارتباط مع القطاع الخاص، وهناك عدد متزايد من الدول التي تستخدم التقنيات الاقتصادية من أجل وضع الخدمات الصحية في الأولويات وتقدير أنواع جديدة من تقنيات الرعاية الصحية، وقد بدأت صناعة الدواء في تقديم المعلومات عن تأثير أو فاعلية التكلفة بما أن ذلك قد يقدم فائدة التنافس من أجل رفع مستوى المنتجات الخاصة بهم، ولكن يجب أن تكون على علم أنه بالنسبة لمعظم التدخلات الخاصة بالرعاية الصحية، لا توجد معلومات متاحة عن الفاعلية، والكفاءة، فاقتراحات الصحة لا تزال علمًا في دور التطوير والذي يكتسب شيئاً فشيئاً نوع من القبول لطرق البحث الخاصة به.

وتعتبر العدالة والإنصاف جانب آخر مهم من جوانب التحليل الاقتصادي وذلك بسبب أهميته و شأنه كهدف موضوعي للسياسة، ومقارنة بالأهداف الموضوعية للكفاءة، والمتضمنات التي تحتويها بالنسبة لتخفيض الموارد في أماكنها، فعلى سبيل المثال، فإن الاقتصاديين، شأنهم في ذلك مثل الآخرين قد أوضحوا أنه بينما يتم فرض ضرائب على الاستعمال فإن ذلك يمكن أن يحد مشكلة الخطر الأخلاقي على المستهلك عن طريق منع العبث في استخدام الخدمات الصحية، وهذا غالباً ما يأتي من خلال أسعار مرتفعة عن طريق فرض أعباء ثقيلة على الجماعات الأكثر فقرًا، وهناك مثلاً آخر وهو استخدام الأوزان من خلال معادلة تخفيض الموارد لإظهار الحاجات الصحية الأعلى بالنسبة لجماعات معينة من الناس مثل الجماعات الفطرية التي تعيش على طبيعتها، أو الجماعات التي تسكن الريف في مقابل المدن، ومعظم فصول هذا الكتاب سوف يكون فيها ما يقال عن العدالة، والإنصاف.

الهيكل البناءي للكتاب:

إن هذا الكتاب يتبع الحدود الخاصة بمفهوم «المدخل إلى موضوع اقتصاديات الصحة» الذي يتم تدريسه في مدرسة لندن لعلوم الصحة وطب المناطق الاستوائية، وقد اعتمدت على المواد التي يتم تقديمها في المحاضرات، والمؤتمرات المصغرة التي يتم استخدامها في تدريس هذه الدورة التعليمية، والتي تم إعدادها للتدريس بطريقة التعليم عن بعد، وهذه الطبيعة المنفتحة تضع المزيد من التأكيد على التطبيق العلمي للنظريات الاقتصادية والمفاهيم الخاصة بتركيبة السياسة الصحية والتخطيط، وهذا يتم تحقيقه بشكل أساسي من خلال الاستخدام الموسع للأمثلة الجديدة، ودراسة الحالة ومزاولة الأنشطة المختلفة، وعلى سبيل المثال في الفصل السابع عشر [رفع مستوى العدالة والإنصاف ودور الحكومة]، نجد أن دراسات الحالة قد تم تقديمها من جنوب إفريقيا، وكمبوديا، من أجل إيضاح كيفية تصميم السياسات لتحديد

الاهتمامات الخاصة بالعدالة العمودية في هذه البلاد، وبالمثل في الفصل السادس عشر (16) [التقييم الاقتصادي وصناعة القرار] هناك أمثلة جديدة لتوضيح كيف تم استخدام نتائج التقييمات الاقتصادية بواسطة مجموعات مثل المعهد القومي للصحة والامتياز الإكلينيكي في المملكة المتحدة، ومشروع الإجماع في كوبنهاغن لوضع أولويات الاتفاق في الرعاية الصحية، كذلك فإن الكتاب يقدم عملية تحديث حتى تاريخه في ضوء التفكير الحالي، وبعض التقلبات السياسية المهمة التي حدثت هنا منذ أن تم نشر الطبعة الأولى في 2005: نشأة التمويل الذي يعتمد على رفع تحسين مستوى الأداء في الرعاية الصحية، وهناك دليل متزايد على تأثير وتكلفة انجاز رعاية صحية عالمية، ذلك التأثير أو العائد المتنامي للعولمة والتجارة العالمية على القطاع الصحي هو مجرد القليل من الأمثلة على ذلك، ويقدم هذا الكتاب بعض الفضول الجديدة تماماً والتي تغطي موضوعات مثل الاقتصاديات الكبرى والصحة، ومدفوعات مقدم الخدمة ومعادلة أو معاكسة الفشل السوقي.

وهذا الكتاب مبني على أساس إطار عملي لمفهوم بسيط، فهو يبدأ بتقديم مدخلاً للاقتصاديات ثم يستمر في تقديم مفاهيم مثل العرض والطلب، والأسواق، وسوف تعلم عندئذ كيف يمكن للأنظمة الصحية أن يتم تمويلها، ثم بعد ذلك نضع في الاعتبار كيف يمكن للتدخلات الصحية أن يتم تقييمها باستخدام أسلوب التحليل الاقتصادي، وكيف أن المعلومات الاقتصادية يمكن استخدامها في صناعة السياسات، وأخيراً، سوف تنظر إلى موضوع العدالة والإنصاف، والجدل الاقتصادي عن دور الحكومة في الخدمات الصحية.

والأساس ستة (6) لهذا الكتاب، والسبعين عشر (17) فصلاً الموجودة خلالها، معروضة في صفحة المحتويات، وكل فصل فيها يحتوي على الآتي:

- نظرة عامة.

- قائمة بالأهداف التعليمية.
 - قائمة بالمصطلحات الرئيسية.
 - مجموعة من الأنشطة.
 - التغذية الراجعة عن تلك الأنشطة.
 - الملخص.
 - المراجع، وقائمة بالقراءات الإضافية المقترحة.
- وفيما يلي مختصر موجز عن الكتاب ككل:

الاقتصاد والاقتصاديات الصحية:

يعرف الفصل الأول الاقتصاديات وكذلك عدد من المفاهيم الرئيسية التي يستخدمها الاقتصاديون بشكل عام، وعندئذ يتم تقديم الاقتصاديات مع أمثلة عن الأسئلة التي يمكن عن طريقها تحديد ذلك التخصص، أو الفرع، وفي الفصل الثاني، سوف تعرف عن الاقتصاديات الكبرى الصحية بالنسبة للصحة والرعاية الصحية بما في ذلك العلاقة بين التجارة والصحة، والأنظمة الصحية.

العرض والطلب:

يتم في هذا القسم عرض أساس استكشاف الكيفية التي تعمل بها الأسواق الفردية وكيف يتم تشغيل قوى السوق في الرعاية الصحية وكيف تؤثر في الناتج، والسعر الخاص بالخدمات الصحية، وبينماً هذا الجزء بوضع مفهوم الطلب الموجود في الفصل الثالث في الاعتبار، ثم يستمر لاستكشاف عملية قياس الطلب ونظرية (مرونة السعر) في الطلب في الفصل الرابع، وسوف تبدأ في استكشاف مفهوم العرض في الفصل الخامس عن طريق متابعة النظر إلى عملية الإنتاج والمدخلات الخاصة بها، وفي الفصل السادس سوف تنتظار إلى التكاليف الخاصة بالإنتاج.

الأسواق:

سوف يتجه انتباهك عندئذ إلى التفاعل بين العرض، والطلب، ومفهوم السوق في الفصل السابع حيث يركز هذا الفصل على الأسواق والظروف التي بموجبها يتم تحديد أي الأسواق يتم تشغيلها بطريقة جيدة، ثم تستمر في تعلم أسباب فشل أو هبوط الأسواق في مجال الرعاية الصحية في الفصل الثامن.

التمويل المالي للرعاية الصحية «أنظمة التمويل المالي»:

يقدم الفصل التاسع إطار عمل لتقييم الرعاية الصحية، أنظمة التمويل، وهو ينظر إلى الموارد المختلفة، واستخدام الاعتمادات المالية وت تقديم تاريخ مختصر بالنسبة لتطور الأنظمة الصحية، وفي الفصل العاشر سوف تكتشف الطرق المختلفة للدفع لمولين الرعاية الصحية وكيف أن ذلك يؤثر في توصيل الرعاية الصحية، ثم تذهب إلى رؤية التأمين الصحيّ الخاص (الفصل الحادي عشر) وموضوع تحقيق التغطية العالمية للتأمين (الفصل الثاني عشر).

التقييم الاقتصادي:

في هذا القسم يبدأ بعملية استكشاف للمفاهيم الأساسية التي تختص عملية التقييم الاقتصادي، والتقنيات المختلفة الممكنة للتقييم الاقتصادي واستخداماتها (الفصل الثالث عشر)، وطرق تحديد تكاليف التدخلات في الرعاية الصحية تمت مناقشتها في (الفصل الرابع عشر) وطرق تحديد الفوائد الخاصة بتدخلات الرعاية الصحية موضحة في (الفصل الخامس عشر)، ويقدم الفصل الأخير في هذا القسم نظرة عامة عن كيفية تطبيق التقييم الاقتصادي في الممارسة.

العدالة والإنصاف ودور الحكومة:

يبدأ الفصل الأخير بوصف العلاقات بين العدالة والإنصاف واكتشاف عدد من الحلول المختلفة التي يوجد فيها تطبيق لمفهوم العدالة والإنصاف في الرعاية الصحية، ويوضع في الاعتبار المقايسة بين العدالة والكافأة، جنباً إلى جنب مع محسن ومساوي تدخلات الحكومة في قطاع الرعاية الصحية.

وهناك عدداً من الأنشطة التي تم توظيفها لمساعدتك على فهم وتعلم الموضوعات والأفكار التي تمت تغطيتها، وهي تتضمن الآتي:

- الانعكاس على كل من معلوماتك وخبراتك.
- أسئلة تعتمد على قراءة مقالات مفتاحية أو أوراقاً بحثية متعلقة بالموضوع.
- تحليل البيانات الكمية والتوعية.
- مصطلحات خاصة لكل موضوع موضوعة في بداية كل فصل من أجل المراجعة السهلة.



البَابُ الْأَوَّلُ

الاقتصاد واقتصاديات الصحة

Economics and health economics

الفصل الأول

مفاهيم مفتاحية في اقتصadiات الصحة

Key concepts in health economics

نظرة عامة:

إن هذا الفصل يقدم لمدخل لعلم الاقتصاد، والعلم الفرعي الخاص باقتصadiات الصحة، وسوف تتنوع فيه الأسئلة التي تتعلق بالاقتصاد مع بعض المفاهيم الأساسية المستخدمة، والتي تستخدم خاصة في مجال الصحة والرعاية الصحية، وإذا كنت لم تدرس الاقتصاد من قبل، فإن هذا الفصل سوف يقدم الكثير من التعبيرات والمفاهيم التي قد تكون جديدة بالنسبة لك، وإذا كانت لديك مشكلة في فهم هذه المصطلحات بالشكل الكامل فلا تخشى من ذلك فسوف تجد أنها موجودة في أنحاء هذا الكتاب، ومستخدمة في سياقات مختلفة وفي العلاقة مع أنواع مختلفة من المشكلات، وفي النهاية وبشكل جوهري فنحن نتوقع أن من خلال التقدم في قراءة هذا الكتاب، فإن ذلك التقدم سينطبق أيضاً على فهمك لهذه المفاهيم ومدى قابليتها للتطبيق في الحياة الواقعية بالنسبة للموضوعات والقضايا الصحية.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادرًا على الآتي:

- شرح وتفسير ما هو الاقتصاد، والمشكلات التي تتطلع إلى وجود حلول لها.
- تحديد وتطبيق عدد من المفاهيم الاقتصادية الأساسية.
- شرح وتفسير لماذا تكون الاقتصاديات قابلة للتطبيق في مجال الصحة والرعاية الصحية.

المصطلحات الأساسية:

الكافية أو الفعالية: هو مصطلح عام يستخدم في وصف العلاقة بين الداخل والخارج أو الدخل والإنتاج، وهو يتعلق برفع مستوى الفائدة من الموارد المتاحة، أو خفض التكاليف بالنسبة لمستوى معين من الفائدة.

السلع: وتعني الناتج أو الخارج (مثل الرعاية الصحية) من عملية الإنتاج، والتي تتضمن الجمع بين موارد مختلفة مثل العمالة والتجهيزات، والسلع (بما في ذلك الخدمات) التي لها قيمتها بمعنى أنها تعطي بعض المنفعة (انظر أدناه) للمستهلكين من الأفراد، ويطلق عليها اصطلاحاً «الأشياء الجيدة» (Goods) لأنها مرغوبة وذلك لتمييزها عن مصطلح (Bads)، والذي ستقرأ عنه فيما بعد!

قطاع الصحة: ويكون من نظام الخدمات الصحية العام والخاص، والسياسات والأنشطة للأقسام الصحية والوزارات، والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة بالصحة، والمجموعات الاجتماعية، والجمعيات المتخصصة.

الخدمات الصحية: مجال الخدمات التي يتم اتخاذها بشكل مبدئي لأسباب صحية والتي لها تأثيراً مباشراً على الصحة، بما في ذلك برامج الرعاية الصحية مثل تحسين الصحة، والوقاية والعلاج لبعض الأمراض المحددة.

التحليل الهامشي: عبارة عن اختبار لفوائد الإضافية أو التكاليف الناتجة عن وحدة زائدة من الاستهلاك أو إنتاج سلعة.

السوق: موقف يجتمع فيه الناس الذين لديهم طلب على سلعة مع الذين يقدمون لهم هذه السلعة، ويوافقون على سعر سوف يتم بناءً على تجارة هذه السلعة، والشرط الضروري للأسواق ذات الوظيفية الجيدة هو نظام حقوق الملكية من أجل تأكيد أن الناس يمكن لها المشاركة بثقة تامة.

تكاليف الفرصة (التكاليف الاقتصادية): نظراً لندرة الموارد، فإن الفرد في اختياره لاستهلاك سلعة بشكل أساسي يختار السلعة التي تعطى له أكبر قدر من الفائدة، وبالتالي يحجم عن استهلاك عدد من السلع البديلة ذات القيمة الأقل، و«تكاليف الفرصة» هي قيمة الفائدة الخاصة بالبديل الأفضل القائم.

الموارد: تمثل الداخل في عملية إنتاج السلع، ويمكن تصنيفها إلى ثلاثة عناصر أساسية وهي: العمالة، ورأس المال، والأرض، والسلع المختلفة تحتاج بصفة عامة

إلى تركيبات متنوعة ما بين هذه العناصر، والموارد عادة ما يتم تقييمها باستخدام مصطلحات (النقدية المالية).

المنفعة: السعادة أو الرضا الذي يحصل عليه الفرد من استهلاك سلعة، وكلما زادت المنفعة التي يستمدها الفرد من استهلاك سلعة، فإن الجميع بعد ذلك يتساوى، وكلما زادت الرغبة في إنفاق مدخولهم على ذلك.

الرفاهية (أو الرفاهية الاجتماعية): المحك الاقتصادي الذي على أساسه يحسب لأي تغيير سياسي أو نوع من التدخل، أنه يؤثر في عافية المجتمع، وبصفة عامة، فإن ذلك يفترض أنه يتحدد بمجموعة المنافع التي لدى كل فرد في المجتمع.

أنواع المشكلات الاقتصادية في القطاع الصحي:

يتكون القطاع الصحي من الخدمات الصحية المجمعة العامة والخاصة المنظمة (من الجراحة إلى برامج تحسين الصحة وطب الأسنان) والسياسات والأنشطة الخاصة بالأقسام والوزارات، والمنظمات غير الحكومية ذات الصلة بالصحة والمجموعات الاجتماعية والجمعيات المتخصصة (منظمة الصحة العالمية 1998) وهؤلاء مسؤولون عن إدارة وتحديد العمل في جوانب أو مناطق مختلفة من القطاع الصحي، وهم مجبرون أصلاً على أن يضعوا في الاعتبار أسئلة مثل الآتية:

- في أي مستوى يجب وضع قائمة الأتعاب الخاصة بالمستشفى؟
- هل فرض الضرائب على السجائر يعتبر طريقة مفيدة لتحسين الصحة عن طريق الحد من انتشار التدخين؟
- ما هي الطريقة الأكثر فاعلية في زيادة رفع الخدمات الصحية، وضبط الأسعار أو الهبوط بها؟
- كيف يمكن أن يتم الدفع للأطباء؟
- ما هي العلاجات الأكثر فاعلية في التكاليف بالنسبة للأفراد المصابين بمرض نقص المناعة المكتسب؟

من المحتمل الاتفاق على أن كل ما تم ذكره أعلاه يمكن النظر إليه على أنه مشاكل صحية، ولكن ما هي الاقتصاديات وكيف يمكن لك أن تحددها؟

إن الاقتصاد يعني دراسة «الندرة» والوسائل التي بواسطتها يمكننا التعامل مع هذه المشكلة، ولأن الموارد محدودة بالضرورة، فإن الاختيار يحتاج إلى كشف الكيفية التي سيتم بها استخدامها، والاقتصاد كعلم، يهتم أو يركز بدرجة كبيرة على الكيفية التي تقوم بواسطتها بالاختيار في سياق ندرة الموارد، وأحد الافتراضات أو المسئلmatas الأساسية التي يتم العمل بها في الاقتصاد بصفة عامة هو أن الأفراد سوف يصنعنون هذه القرارات منطقياً، وهذا يعني وجود معلومات جدية سوف يختارونها لعمل الأشياء مثل منفعة الخدمات الصحية والتي ستكون في مقام أفضل الاهتمامات لديهم، حيث إن أفضل الاهتمامات يتم تعريفها على أنها تنظيم وزيادة منفعتهم حيث الموارد الموجودة في استطاعتهم.

وهناك أربعة أسئلة محددة ذات الشأن الرئيسي في الاقتصاديات:

- ما هي السلع المنتجة وبأي كميات؟ (على سبيل المثال ما هي إجراءات الوقاية من مرض الملاريا التي وضعت في الاعتبار وكم عددها في كل نوع؟).
- كيف يتم إنتاج هذه السلع؟ (ما هي الموارد المطلوبة لإنتاج هذه الإجراءات الوقائية؟).
- كيف يتم تقسيم منتجات المجتمع من السلع بين أفراده؟ (من الذي يصل إلى هذه الإجراءات؟).
- إلى أي حد تصل كفاءة الإنتاج والتوزيع في المجتمع؟ (هل يمكن لنا أن نحصل على نفس الكم من الوقاية من الملاريا باستخدام موارد أقل؟ وهل حملات التوعية بمرض الإيدز ذات استخدام أكثر فاعلية مقارنة بمرض الملاريا؟).

ما هو الاقتصاد؟

يشير معنى الاقتصاد إلى كل الأنشطة الاقتصادية ومؤسساتها في منطقة محددة (عادة تحديداً جغرافياً، يرتبط بالحدود السياسية لدولة معينة)، وعلى ذلك فإنه يمكن أن تشير إلى الأداء الخاص بالاقتصاد القومي لدولة معينة، أو الاقتصاد العالمي، أو ربما الاقتصاد الإقليمي.

والموارد عبارة عن مواد خلال الاقتصاد حيث يمكن استخدامها في إنتاج وتوزيع السلع، كما أن الموارد يمكن تصنيفها طبقاً للعمالة ورأس المال والأرض:

- تشير العمالة إلى الموارد البشرية، اليدوية وغير اليدوية، الماهرة وغير الماهرة.
- يشير رأس المال إلى السلع المستخدمة في إنتاج سلع أخرى - مثل الماكينات والمباني والأدوات.
- تشير الأرض بصفة عامة إلى كل الموارد الطبيعية، مثل البترول والحديد الخام والذهب.

ومعظم الموارد ليست مفيدة في حد ذاتها لنا كأفراد، ولكنها يمكن أن تتجمع معاً لتصنع شيئاً مفيدة، هذه العملية يطلق عليها «الإنتاج»، والسلع تكون نتيجة الجمع بين الموارد في عملية الإنتاج، والسلع إما أن تكون استهلاكية، تستخدم بشكل مباشر في إشباع حاجات الناس، أو السلع الوسيطة وهي عبارة عن سلع تستخدم في صناعة سلع أخرى، ومصطلح «المنفعة» في الاقتصاد يستخدم في وصف حالة الرضاء أو الإشباع التي تنتج عن استهلاك السلع بين الأفراد بينما مصطلح «الرفاهية» فإنه يشير إلى المجموع الكلي للمنفعة التي يشعر بها كل الأفراد الذين يعيشون في المجتمع.

السلع إما أن تكون على شكل منتجات يمكنك الإمساك بها أو لمسها (مثل الدواء) أو تكون على شكل خدمات يتم تقديمها لك (مثل الاستشارة)، ويوجد نوعان ضروريان من الخصائص التي تميز السلع المختلفة:

1. خواص طبيعية: الآيس كريم، وكوب الشاي، سلعتان مختلفتان بشكل واضح، لأن كل منها تحتاج إلى صناعة مختلفة، ولأنهما تشبعان رغبات مختلفة.

2. السياق الذي يتم فيها استهلاك السلعة، على سبيل المثال:

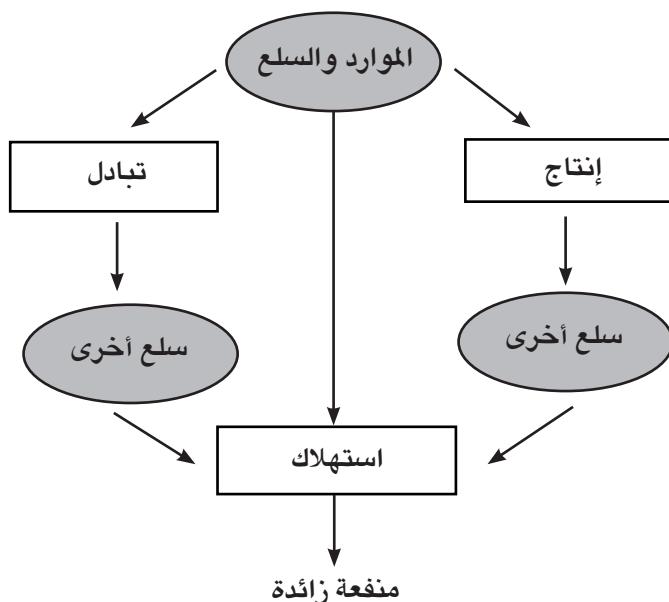
(أ) الوقت الذي تكون فيه السلعة متاحة - الآيس كريم الذي يكون متاحاً في أيام الصيف الحارة، سلعة مختلفة عن تلك المتاحة في أيام الشتاء.

(ب) المكان الذي تكون فيه السلعة متاحة - كوب الشاي متاح في مقهى عصري يكون مختلفاً عن الشاي الذي يباع أحياناً في محطة الوقود.

هناك ثلاثة طرق يستطيع من خلالها الأفراد الاستفادة من امتلاك سلعة، أقربها في الحال أنه يمكن استهلاكها (أو استخدامها) ومن ثم تأتي منها المنفعة مباشرة، وتناول دواء الباراسيتامول (Paracetamol) مثال على هذا الاستهلاك لأنه يزيد من المنفعة عن طريق الشفاء من الألم الذي يأتي به الصداع، وبالمثل، استخدام السلع غير المتاحة أو المعدة للطرح بعد الاستعمال مثل العصارة التي تستخدم في المشي، يقدم منفعة مباشرة للفرد في ضوء تسخن الحالة الحركية.

أما الفائدة الثانية فيستطيع الأفراد أن يستمدوها من بعض السلع، هي القيمة الاستثمارية لهذه السلع، وبالرغم من أن السلع تقدم المنفعة عند استخدامها، فإن السلع نفسها يمكن استخدامها كدخلات أو عناصر في عملية الإنتاج، على سبيل المثال التفاح يمكن أن يكون منتج من منتجات المزرعة ويستهلك فوراً، وكذلك فيمكن استخدامه كدخلات في إنتاج فطيرة التفاح أو عصير التفاح، والناس تستثمر لأنهم يتوقعون أن تكون للسلعة قيمة أكبر عندما تساهم في إخراج المنتج النهائي أكثر من المنفعة الفورية لها، غالباً، فإن عملية الاستثمار تحمل مخاطرات مثل أن يكون العائد النهائي قليل أكثر مما كان متوقعاً في وقت الاستثمار.

والفائدة الثالثة مستمدّة من أن السلعة لها قيمة في التبادل، فإذا لم تستثمر أو تستهلك سلعة، فأنت يمكن أن تبيعها وبذلك تكون هناك إمكانية شراء أخرى، (والشكل 1-1) يوضح الطرق المختلفة لاستخدام الموارد (الاستهلاك، الاستثمار، والتبادل أو المقابلة)، وأيما كان الطريق الذي تأخذه، فإن النتيجة ستكون المزيد من المنفعة لمالك الموارد، والطريق المختار بواسطة المالك يجب أن يعتمد على الجوانب التي تعتمد على الزيادة الأكبر في المنفعة بالنسبة له.



(الشكل 1-1): الاستخدامات البديلة للموارد.

ما هو السوق؟

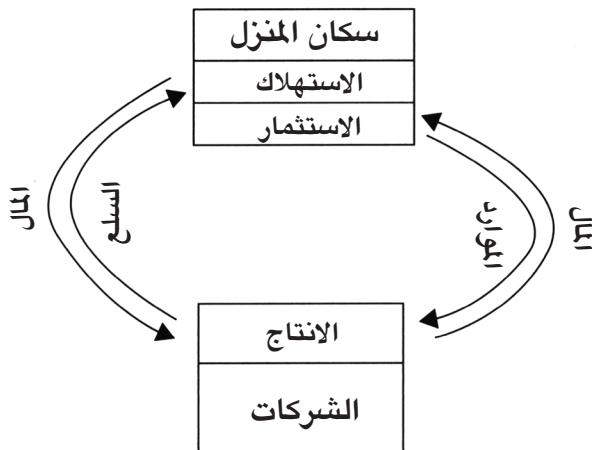
يستخدم مصطلح «السوق» في الاقتصاد لوصف أي موقف يتقابل فيه الشخص الذي يطلب السلعة مع الذين يعرضونها، وحتى يكون السوق فليس على البائع والمشتري أن يتقابلَا معاً بأجسامهم، فعلى سبيل المثال، وبشكل واضح وجلي، تجارة الإنترنت التي يمكن أن تشمل شبكة أعمال للأفراد في كل أنحاء العالم والذين لا يتقابلون أبداً، وبشكل أكثر أهمية، فإن الشرط الضروري للأسواق التي تؤدي وظائفها بالشكل الصحيح، هو وجود نظام من حقوق الملكية لتأكيد أن الناس تستطيع أن تشارك بنوع من الثقة والوفاء، وهذا يعني أن الصفقات المتداولة بين الأطراف قابلة للتنفيذ بطريقة ما، وأن هناك قواعد معينة مفهومة عن الكيفية التي يتصرف بها الناس في ضوء تقديم معلومات، ومدفوّعات وتوصيل البضائع.

وكمية المال التي يتم تبادلها بالنسبة للسلعة، وهو ما يسمى بالسعر، وسوف تجد في هذا الكتاب أن السعر يتأثر بعدد البائعين في السوق وكمية المال التي أعدوها للقبول، والسعر يتأثر بعدد المشترين في السوق وكمية المال التي أعدوها للدفع، والمستهلكون الأفراد أو سكان المنازل يتم التفكير فيهم على أنهم من المشترين، أما الشركات (أو رجال الأعمال) فهم يرتبطون بعملية العرض، ومع ذلك فإن ذلك غير صحيح في حالات أسواق الموارد والأسواق الخاصة بالسلع الوسطية، فعلى سبيل المثال، في سوق العمالة، فإن سكان المنزل هم العرض والشركات يكون لديها الطلب على العاملين.

يوضح (الشكل 1-2) نموذجاً مبسطاً لتدفق السلع، والموارد، والمالي بين سكان المنزل والشركات أو المؤسسات، والموارد المنزليّة الخاصة (العمالة - الأرض - المشاركة في رأس المال) وتعرضهم وبالتالي على المؤسسات والشركات مقابل المال (أجور - إيجار - فائدة) والشركات تحول الموارد إلى سلع وتعرضها للبيع على سكان المنزل، مرة أخرى مقابل المال، وسكان المنزل الذين يعرضون المزيد من الموارد سوف يستقبلون المزيد ولذلك يصبحون قادرين على استهلاك المزيد من البضائع.

إن الوصف الضروري للأسواق، ويجب أن يقال، إنها الأسواق التي تحتوي فقط على شركات وأفراد يشترون ويبيعون البضائع، وفي الحقيقة، فإن معظم الأسواق أيضاً لديها نوع من التدخل الحكومي، مثل هذه التدخلات قد تتضمن فرض الضرائب، وتثبيت الأسعار والترخيص للبائعين أو ضبط الجودة في السوق، وبدلاً من ذلك، فإن الحكومة ينبغي أن تقرر اتخاذ إجراءات رقابية على الطلب الخاص بالسلعة ومنع الطلب الخاص، أو أنها تتولى مسؤولية العرض بالكامل وتمنع العرض الخاص، ومن

ناحية أخرى، ينبغي على الحكومة أن تضع القوانين التي تؤيد تحرير قوى السوق وأن تجعل الأسواق أكثر سهولة في التناول والوصول، وبشكل نهائي، كما ذكرنا من قبل، فإن الأسواق بصفة عامة ترتكز على بعض أشكال التدخل الحكومي من خلال النظام القانوني من أجل تدعيم وتأييد نظام حقوق الملكية.



(الشكل 1-2): تدفق المال، والموارد، والسلع.

تلعب الحكومة دوراً في بعض الاقتصاديات حيث يندر وجود الأسواق كثيراً، وهذه الأنظمة يشار إليها على أنها أنظمة اقتصادية قيادية أو مركبة، وبسبب الصعوبات الموجودة في تحطيط اقتصاد بالكامل، ومشكلة محاولة تحفيز العاملين والمديرين، فإن اقتصادات السيطرة قد تضاءلت بسرعة خلال الخمسين عام السابقة أو مثل ذلك، وكل دولة في العالم تقريباً لها اليوم اقتصاداً مختلطًا، وهو نظام من خلاله تلعب كل من قوى السوق والتخطيط المركزي دوراً في ذلك، وسوف نعود إلى موضوع الأسواق في الفصل السابع والثامن، أما الآن، سنحاول تنشيط ذاكرتك بعمل النشاط الآتي:

نشاط 1-1

1. ما هو المورد؟ وكيف يتم تصنیف الموارد وما هي الطرق الثلاث لتوظیف الموارد؟
2. في (الجدول 1-1) زاوج بين المصطلحات وتعريفها.

(الجدول 1 - 1): بعض المصطلحات الاقتصادية وتعريفها.

(أ) نظام يحدث فيه التبادل أو المقايسة دون استخدام المال	1. اقتصاد العيش
(ب) النشاطات الاقتصادية والمؤسسات حول العالم	2. اقتصاد عالمي
(ج) اقتصاد مقايضة مع تدخل حكومي قليل	3. اقتصاد المقايسة
(د) اقتصاد لا توجد به مقايضة أو مبادلة	4. اقتصاد مختلط
(هـ) اقتصاد سوق مع وجود تدخل حكومي جوهرى	5. اقتصاد السيطرة
(و) نظام اقتصادي حيث يتم إدارة قرارات وضع الموارد، بواسطة الحكومة	6. اقتصاد السوق

التغذية الراجعة:

- الموارد عبارة عن مدخلات في عملية إنتاج السلع، ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة فئات: الأرض (بما في ذلك كل الموارد الطبيعية والمعادن)، والعمالة (كل الموارد البشرية) ورأس المال (موارد من صنع الإنسان تستخدمن كمساعدات في إنتاج منتجات أو سلع أخرى، مثل المعدّات). ويمكن توظيف الموارد في واحد من ثلاثة طرق: الاستهلاك، والاستثمار، والمقايضة أو المبادلة.
- وهذه المصطلحات يمكن التزوج بينها للوصول إلى تعريفات كما هو موضح في (الجدول 1-2).

(الجدول 1 - 2): بعض المصطلحات الاقتصادية وتعريفها (حلول).

(د) اقتصاد لا توجد به مقايضة أو مبادلة	1. اقتصاد العيش
(ب) النشاطات الاقتصادية والمؤسسات حول العالم	2. اقتصاد عالمي
(أ) نظام يحدث فيه التبادل أو المقايسة دون استخدام المال	3. اقتصاد المقايسة
(هـ) اقتصاد سوق مع وجود تدخل حكومي جوهرى	4. اقتصاد مختلط
(و) نظام اقتصادي حيث يتم إدارة قرارات وضع الموارد، بواسطة الحكومة	5. اقتصاد السيطرة
(ج) اقتصاد مقايضة مع تدخل حكومي قليل	6. اقتصاد السوق

وحدات بناء الاقتصاد:

الآن وقد أصبح لديك بعض الأفكار عن المشكلات التي يبحث الاقتصاديون عن وجود حل لها، والطرق التي تعمل بها الاقتصاديات المختلفة، وسوف تتعلم الآن بعض أهم المفاهيم التي يستخدمها الاقتصاديون، ومع ذلك، قبل التقدم في قراءة هذا الفصل ينبغي أن تضع في ذهنك عبارة قالها البروفيسور «جافين مووني» (Gavin Mooney)، وهو رائد من رواد الاقتصاديات الصحية:

كنت أقترح أحياً عند تدريسي المادة «اقتصاديات الصحة» أنه إذا غالب أحد المشاركين النعاس واستيقظ ووعيه يشير إلى أنني قد وجهت سؤالاً ولكنه لم يسمعه، فإن أفضل استجابة لذلك أن يعمم بقول أي شيء عن «تكاليف الفرصة» (Opportunity Cost) والهامش (Margin)، وهذا يحتوي على 50% من الفرصة أو أكثر في أن يكون على حق ولو جزئياً.



(Mooney 1994:27)

الندرة:

الاقتصاد كنظام باقي لأن الموارد نادرة، ولأن مطالب الإنسان ترتبط بوجود الموارد المتاحة الآن أو في أي وقت متوقع أو قريب لا تكون كافية للوفاء بكل احتياجاتنا أو مطالعنا.

ولأن الموارد قليلة أو نادرة، فإن الاختيار ينعقد على كلٌّ من الإنتاج أو الاستهلاك، فإذا كان لدينا موارد لبناء المستشفيات فعندئذ تكون الموارد متاحة لإنتاج سلع أخرى مرغوبية مثل مستشفيات الصحة العامة، وإذا استخدمنا الكثير من الدخل في شراء تأمين صحي، فعندئذ يكون لدينا دخل أقل لشراء التعليم، فعمليات الإنتاج والاستهلاك عندئذ تأتي معاً لتأكيد أننا نقوم بإنتاج «مستوى صحيح» من المستشفيات والعيادات حتى أننا لا نقوم بزيادة عدد المستشفيات العامة ونترك حاجات لم تلبَ بعد في بناء العيادات أو المستشفيات الخاصة، وبمعنى آخر، نحن نريد لكمية العرض أن تتناسب مع كمية الطلب، وأهمية مصطلح الندرة يتضح من خلال الاقتباس الآتي:

إن الاقتصاديات ليست كحقيقة أدوات، ولكنها أيضًا قائمة من الأفكار (علم ونظام) والذان يمثلان معاً جسماً متماسكاً من المعرفة والتفكير، فالاقتصاديات كنظامٍ تأخذ دماء حياتها من حقيقة أن الموارد نادرة حيث أنها لا تبدو أبداً كافية ل حاجات ومطالب كل الناس، وهذه حقيقة واضحة في كثير من جوانب الحياة، وهي بالتأكيد واضحة في مجال الصحة والرعاية الصحية.



(Mooney and Shiell 1996:1)

الاختيار وتكلفة الفرصة:

هذا المفهومان هما الأهم في الاقتصاديات، فطالما أنتا لا تستطيع أن تحصل على كل ما تريده، فإنه يجب أن يتم الاختيار، ونحن جميعاً يجب علينا أن نختار في الأساسيةات اليومية، وقد يكون هذا الاختيار يمثل الكيفية التي ننفق بها ودخولنا، وكيف نكسب هذا الدخل، وكيف نستهلك الوقت، إلى غير ذلك...، ولكن لماذا يجب علينا بالمرة أن نقوم باتخاذ هذه الاختيارات؟ هناك سببان رئيسيان في ذلك، الأول أن يكون دخلنا محدود الثاني أن كل السلع التي نريد استهلاكها، فإن دخلنا غير كاف للتمويل المالي الخاص بشرائها، ويجب أن نأخذ اختيار عن الكيفية الأفضل لإنفاق دخلنا المحدود، وكلمة «أفضل» هنا تشير إلى الطريقة التي سوف تعطي للفرد أكثر درجة من الرضا، أو المنفعة أو زيادة مكسب الناس من الرفاهية الاجتماعية (أو الرفاهية ببساطة).

يتضمن الاختيار عمليات المقايسة، فالكثير من المستشفيات يعني عدداً أقل من العيادات، وقضاء الكثير من العطلات يعني القليل من امتلاك السيارات والملابس، و«تكلفة الفرصة» (وتعرف أيضاً بالتكلفة الاقتصادية) الخاصة بأي سلعة (بما في ذلك الخدمات) هي الرضا أو الفائدة الضائعة كونك لا تكون قادرًا على استخدام الموارد الموجودة للحصول على سلعة أخرى مرغوبة تؤدي إلى الرضا أيضاً، (والجدول 3-1) يوضح علاقة هذا المفهوم بالنسبة للقطاع الصحي بالنظر إلى تأثير زيادة عدد مرضى المقيمين بالمشفى على مرض العيادة الخارجية الذي يمكن علاجه أو التعامل معه - وبالمثل «تكلف الفرصة» الخاصة بعلاج مرضى المقيمين بالمشفى في ضوء عدد مرضى أقسام العيادات الخارجية، على سبيل المثال، تكلفة الفرصة الخاصة بعلاج خمسة آلاف (5000) مريض إقامة داخلية هو ما يعادل خمسين ألفاً (50000) من مرضى العيادات الخارجية.

(الجدول 1 - 3): إيضاح تكاليف الفرصة: اختيارات الإنفاق في عام واحد.

تكلفة الفرصة لعلاج المرضى المقيمين بالمشفى في مقابل الفرص الخبائث لمرضى العيادات الخارجية	مرضى العيادات الخارجية الذين تم علاجهم ('000s)	المرضى المقيمين بالمشفى الذين تم علاجهم ('000s)
0	50	0
5	45	1
8	42	2
30	20	3
35	15	4
50	0	5

من المهم أن نلاحظ أن تكاليف الفرصة قد تتضمن شيئاً آخر غير السلع ذات السعر الذي يقدر بـ ٥٠، فقضاء يوم في غرفة انتظار في مستشفى قد يتضمن ضياع يوم من أيام العمل (مقاساً بأجر اليوم الذي فقد)، ولكنه قد يتضمن أيضاً قضاء يوم في المنتزه مع الأسرة، فالوقت نادر وتكلفته يمكن قياسها في ضوء كل من الدخل الضائع وكذلك بالنسبة لأوقات الفراغ، أو المنفعة بالفعل، ولجرد أنه لا يوجد هناك سعر مالي في هذه الحالات (كما في حالة وقت الفراغ)، فإن ذلك لا يعني أن الوقت لا قيمة له، أو أنه لا يوجد في هذه الحالة تكاليف جانبية.

المنفعة الحدية:

تشير الحدودية إلى «الوحدة التالية» فقد يكون هناك خدمة صحية تقرر عمل توسيع في برنامج للتطعيم أو اختيار طبيباً للعمل ليوم إضافي، ويتبين ذلك من خلال صناع القرار، بحيث ينصب الاهتمام بأكثرية على الفوائد والتكاليف ذات الصلة أكثر منه على الإجمالي العام (الحصيلة الكلية)، فالقرارات نادراً ما يتم صنعها على أساس «الكل أو لا شيء»، وبدلاً من ذلك فإنها تميل إلى أن تكون على الهاشم: فإذا كانت الفائدة الحدية (التغيير في الفائدة) أكبر من التكلفة الحدية (التغيير في التكلفة)، فإننا نستمر، أما إذا كانت الفائدة الحدية أقل من التكلفة الحدية، فإننا نتوقف.

وهناك ظاهرة ملحوظة بشكل عام، إلا وهي أن الفوائد الحدية ل معظم السلع تميل إلى التضاؤل كلما ازداد استهلاك هذه السلع، وهذا معروف بأنه «المنفعة الحدية المتضائلة» وهو أمر بديهي - فقطعة الآيس كريم الأولى ستكون أكثر متعة من الثانية، والتي بدورها تكون أكثر متعة من الثالثة، وهكذا دواليك، كذلك فإن برامج الصحة

تميل لأن يكون بها فوائد حدية متضائلة كما سوف نرى في النشاط التالي، وبعد اكمال هذا النشاط، فإن أهمية مفهوم التحليل الحدي (بما في ذلك الفوائد الحدية المتضائلة)، وعلاقته بمفهوم الكفاية يجب أن يكون أكثر وضوحا.

نشاط 1 - 2:

- انظر (الجدول 4-1) والذي يتضمن بيانات عن عرض أشعة خاصة بسرطان القولون، وأكمل بيانات العمود رقم 3 (حالات إضافية يتم الكشف عنها) والعمود رقم 6 (التكلفة الحدية للحالة)، وقد وضعنا البداية في العمود من لدينا.
- الحديث بشكل عام موسّع لما أظهرت نتائج عرض الأشعة تضاؤل الفوائد الحدية كما هو في هذه الحالة؟
- ما هو الرقم الأكثر كفاءة في الإرشاد بالنسبة لهذه الاختبارات؟

(الجدول 4-1): المسح لسرطان القولون.

التكلفة الهامشية لكل حالة بالدولار	متوسط التكلفة لكل حالة بالدولار	التكلفة الكلية بالدولار	حالات إضافية تم الكشف عنها	العدد الكلي لحالات تم الكشف عنها	عدد الاختبارات
1.175	1.175	77.511	65.95	65.946	1
5.492	1.507	107.69	5.4956	71.442	2
	1.810	130.199		71.90	3
	2.059	148.116		71.938	4
	2.268	163.141		71.94172	5
	2.451	176.331		71.942	6

Source: Neuhauser and Lewicki (1976)

التغذية الراجعة:

- الجدول 1-5) يقدم الجدول الكامل، الكشف عن حالات إضافية 71.9004 = 0.4580 بالنسبة للاختبار الثالث، وناتج 0.0028، وبالنسبة للاختبار السادس حيث جاءت التكلفة الهامشية بالنسبة للحالة الواحدة أكثر من 47 مليون دولار [0.00028 = 163.141 – 176.331] بالنسبة للاختبار السادس.

الجدول 1 - 5): المسح لسرطان القولون.

العدد الكلي لحالات تم الكشف عنها	حالات إضافية تم الكشف عنها	التكلفة الإجمالية بالدولار	متوسط التكلفة لكل حالة بالدولار	التكلفة الهامشية لكل حالة بالدولار	عدد الاختبارات
65.946	65.95	77.511	1.175	1.175	1
71.442	5.4956	107.690	1.507	5.492	2
71.90	0.458	130.199	1.810	49.146	3
71.938	0.038	148.116	2.059	471.500	4
71.94172	0.00372	163.141	2.268	4.038.978	5
71.942	0.00028	176.331	2.541	47.107.143	6

Source: Neuhauser and Lewicki (1976)

ملاحظة: النتائج مختلفة بشكل بسيط عن المقالة الأصلية نظراً لوجود أخطاء عابرة.

2. إن عمل الأشعة على سبيل المثال مرتين لكل حالة ممكن من الناحية النظرية كونه يضاعف عدد الحالات التي تم فيها الكشف عن المرض ولكن هذا نادراً ما يلاحظ من خلال الممارسة، ولكن ببساطة، إذا قمت بتوسيع عملية الأشعة، فإنه يكون من الأصعب اكتشاف حالات إضافية، ومن الممكن أيضاً - إذا كانت أدوات الكشف تسبب الألم أو غير مرية أو ترتبط بزيادة الخطورة المؤدية للموت - فإن تلك التغطية الموسعة والتي تتضمن بالمثل أشخاصاً أصحاء يمكن أن تحتوي على تأثير ضار بالصحة.

3. يوضح المثال أن التكلفة لكل حالة إضافية تزيد بسرعة مع زيادة الاختبارات الإضافية، وبشكل نهائي، فإنه من المنطقى بالنسبة لصانع السياسة أن يستمر في تمويل برنامج عندما تتخلى الفائدة الحدية (التكلفة الحدية) ولكنه يتوقف عندما يتساوىان معاً، وفي هذه الحالة عندما تتضاعل الفائدة الحدية، هذا يعني التوقف عند اختبارين لأن الاستمرار في مثل هذا البرنامج للكشف الإشعاعي إلى الدرجة الأخيرة من الكمال يعتبر غير كافياً». (Shepard and Thompson 1979: 540).

وباختصار، فإن التحليل الحدي يحقق تقريباً أكبر قدر من الموارد المستخدمة، وفي المصطلحات العملية يتضمن قياس التكاليف والفوائد الخاصة بأي من توسيعة أو تقليل نشاط معين، أو برنامج، أو خدمة.

الكفاءة والعدالة:

عند وضع أهداف اقتصادية فإن معظم أنظمة الرعاية الصحية تريد أن تواصل تحقيق كل من الكفاية والعدالة أو الإنفاق، والكفاية مصطلح عام يستخدم في وصف العلاقة بين المدخلات والمخرجات أو الناتج، والتي وبالتالي يمكن تقديرها في ضوء كل من التكلفة والأرباح، أو الفائدة، ومصطلح «الكفاءة» يتعلق بزيادة الأرباح، أو الفوائد من الوارد المتاحة، أو الحد من التكاليف من أجل الوصول لمستوى فائدة معين، وفي الرعاية الصحية، يمكن تفسير الفائدة على أنها مكاسب صحية، بالرغم من أن الخدمات الصحية تنتج مجالاً من الفوائد يتضمن الأشياء ذات الطابع الملموس الأقل وضوحاً، مثل المعلومات، والتأمينات، وهناك أنواعاً مختلفة من الكفاية، وسوف نقوم بتوضيح كل منها بالتفصيل في الفصول (5, 6, 7)؛ وفيما يلي ملخص قصير لها:

- **الكفاءة الفنية:** حيث يتم إنتاج المخرجات بأقل المدخلات (التقليل من الإسراف)، وهي تعرف أيضاً باسم: الكفاءة التشغيلية.
- **الكفاءة الاقتصادية:** عندما يتم إنتاج معين بأقل التكاليف، ويعرف أيضاً بالكفاءة الإنتاجية.
- **كفاءة التخصص:** حيث يتم التزامن ما بين نمط الخارج أو المنتج وبين نمط الطلب.
- **كفاءة باريتو:** وهي النقطة التي لا يستطيع عندها أن يكسب أي فرد بدون كون شخص آخر في حال أسوأ.

وكل مستوى للنظام الصحي يواجه أسئلة عن الكفاية، على سبيل المثال، هناك العديد من الطرق التي ينبغي على المستشفيات أن تعمل من خلالها على تحسين كفاءة عمليات التشغيل الخاصة بها، وهي تتضمن الآتي:

- إمكانية الحد من طول البقاء في المستشفى.
- إمكانية رفع مستوى إنتاجية العاملين.
- إمكانية التشغيل والاستفادة الكاملة من الأجهزة والمعدات مع الصيانة الدورية لها.
- يمكن الحد من وصف العدد الكبير من الأدوية للمرضى.
- صرف وتخزين الدواء بإدارة ملائمة لتجنب الإسراف أو السرقة.
- يمكن إحلال المرضسين محل الأطباء في الظروف الملائمة.
- الأجهزة ذات الأسعار المنخفضة يمكن أن تحل محل بعض العاملين في الظروف الملائمة.

• الجراحة اليومية (جراحة اليوم الواحد) يمكن أن تحل محل إقامة طويلة للمرضى في المستشفى.

وإذا كنت تعمل في مستشفى فربما كانت لديك خبرة سابقة أو حاولت استخدام بعض من هذه المقاييس، والسؤال هنا هل كانت الأنظمة ناجحة؟ إن التنفيذ قد يكون صعباً، بالرغم من أن بعض المقاييس سوف تكون أصعب في التنفيذ من الأخرى، ولتشجيع الاستخدام الأكفاء للموارد، فإن على المستشفيات جمع بيانات مالية ويجب على المديرين أن يتدرّبوا على كيفية إنجاز التحليل الخاص بالتكلفة، ويجب على العاملين أن يكونوا على اطلاع على القيود المالية للمستشفى في حال فعالية التنفيذ.

إن العدالة أو الإنصاف هي اهتمام آخر ذو أهمية لدى الاقتصاديين وكذلك الخدمات الصحية، فالعدالة تتحدث عن توزيع الفوائد في مقابل الوصول بها إلى الحد الأقصى (كما هو الحال في الكفاية أو الكفاءة)، وفي الفصل السابع عشر سوف تدخل في تفاصيل أكثر عن الكيفية التي يتم بها تحديد العدالة وتطبيقها في قطاع الصحة، وعند هذه النقطة فمن الأفضل أن نلاحظ ثلاثة أشياء، الأولى: أن العدالة لها صلة وارتباط بكل من الحق والعدالة بالمعنى القانوني، إنها هدف موضوعي، لأنها تعني أشياء مختلفة لأشخاص مختلفين ومجتمعات مختلفة كذلك، والثانية: أن العدالة بمعنى الإنصاف غير العدالة بمعنى المساواة أو التوازن، فالإنصاف يكمن عن الحق، ولكن ذلك قد يعني، أو لا يعني المشاركة بمساواة في السلعة أو الخدمات، فقد تكون نوع من العدالة التي يكون الرأي فيها أن تستولي جماعة غير ذات مميزات في المجتمع على نصيب أكبر من الموارد، وثالثاً: العدالة والكافية عبارة عن موضوعين متضارعين فعلى سبيل المثال، قد يكون من الكافية تمويل خدمات صحية مركزة في عدد صغير من المراكز الكبيرة، ولكنها أكثر مساواة في ضوء تفعيل ووصل الخدمات للعدد الأكبر من خدمات أصغر ومنتشرة.

نشاط 3-1:

حاول الإجابة عن الأسئلة الآتية دون الرجوع إلى النص:

1. ما هي المصطلحات المستخدمة في وصف الرضا المكتسب من استهلاك سلعة؟
2. اشرح مفهوم «تكلفة الفرصة» وعلاقته بالصحة العامة؟

التغذية الراجعة:

1. «المنفعة» هي الكلمة التي يستخدمها الاقتصاديون دائمًا للإشارة إلى السعادة، أو الرضا المكتسب من استهلاك سلعة، أو خدمة، ومصطلحات، مثل الرفاهية، أو «الرفاهية الاجتماعية» هي وبالتالي مجموعة المنفعة لدى السكان، و«جودة الحياة» والحالة الجيدة، هي أيضًا مصطلحات مستخدمة بشكل شائع كبير من المعنى نفسه، ومن المهم أن نلاحظ أن جوهر النظرية الاقتصادية يعتمد على افتراض أن الناس يمكن أن تختلف ما بين الدول التي تحصل على قدر أقل، أو أكبر من المنفعة (وليس من الضروري أن تكون قادرًا على قياس المنفعة).
2. لأن الموارد محدودة فيجب أن تكون هناك اختيارات لكيفية تقسيم هذه الموارد المحدودة في عمليات الاستثمار، وبالنسبة للحكومات، فإن اختيار الاستثمار يجب أن يُصنع بين خيار الخدمات العامة وعلى سبيل المثال الوقاية من الملاريا، وبرامج علاج الملاريا، أو بشكل أوسع الاختيار ما بين برامج مكافحة السل والملاريا، وفيروس نقص المناعة، أو قد يكون ذلك بشكل أكثر اتساعًا ما بين برامج التعليم والإسكان، والاختيارات تتضمن «تكليف الفرصة»، وهذه التكاليف تشير إلى فوائد أفضل ثانٍ لاستثمار والتي ضاعت كنتيجة لاستخدام الموارد في أفضل أول استثمار، على سبيل المثال، إذا كان الاستثمار البديل في الملاريا قد تم العمل به طبقاً للفائدة التي سوف تتولد عنه، من الأعلى إلى الأدنى، فإن البديل الأول يجب أن يكون هو علاج الملاريا والثاني يجب أن يكون الوقاية من الملاريا، وإذا كانت كل الموارد المتاحة قد خُصّصت أو خضعت لبرنامج علاج الملاريا، فإن «تكلفة الفرصة» ستكون هي فوائد برنامج الوقاية من الملاريا.

تصنيف علوم أو فروع علم الاقتصاد:

مثل أي مجال أكاديمي، فإن للاقتصاد عدداً من التخصصات الفرعية، يتم تحديدها بنمط الأسئلة التي يتم اختبارها، أو الطرق التي يتم استخدامها، وطالما أن «اقتصاديات الصحة» واحدة منها، إلا أن هناك تصنيفات مهمان للفكر الاقتصادي، كما هو مبين أدناه:

الاقتصاديات الصغرى والكبرى:

تتعلق الاقتصاديات الصغرى بالقرارات التي يتخذها المستهلكون الأفراد وسكان المنزل والشركات والطريقة التي تساهم بها هذه القرارات في وضع الأسعار

والخرجات أو المنتجات في أشكال مختلفة من السوق (كلمة الصغرى تتضمن ميزان أو تدرج صغير)، وبمعنى آخر، وحدات صناعة قرار فردية، وهذا هو التركيز في معظم أجزاء هذا الكتاب.

والاقتصاديات الكبرى تتعلق بالتفاعل الخاص بالمجتمعات الاقتصادية الواسعة (مثل التضخم العام في الأسعار، وعدم توظيف الموارد في الاقتصاد، ونمو الناتج القومي)، وهي تتعلق كذلك بالتفاعل بين قطاعات مختلفة من الاقتصاد (كلمة كبرى تتضمن ميزان أو تدرج كبير)، وسوف تتعلم الكثير عن الاقتصاديات الكبرى في الفصل الثاني.

الاقتصاديات الإيجابية والمعيارية:

يشير معنى الاقتصاديات الإيجابية إلى البيانات التي تصف كيفية تكون الأشياء، ومثل هذه البيانات يمكن لها أن تكون صحيحة، أو حقيقة عالمياً، أو حقيقة في ظروف معينة، أو خاطئة بشكل عالمي، وهذا يمكن التوصل إليه من خلال البحث التجريبية الواقعية.

وتشير الاقتصاديات المعيارية إلى بيانات اقتصادية تصف كيف يجب أن تكون الأشياء، ومثل هذه البيانات يمكن أن تتنقلها الاقتصاديات الإيجابية ولكنه لا يمكن أبداً التحقق من كونها حقيقة أو كاذبة طالما أنها تعتمد على أحكام القيمة، على سبيل المثال، نجد أن البيانات التالية إيجابية:

وجود براءة التسجيل للأدوية يؤدي إلى إنفاق كبير على البحث والتطور في صناعة الأدوية

وأساساً فإن براءة اختراع الدواء يمكن أن تلاحظ وكذلك بالنسبة للإنفاق على البحث، وبوساطة استخدام الأساليب الإحصائية الملائمة فإننا قد نجد أو لا نجد أن هذه هي الحالة، أو ربما تكون كذلك في بعض الدول، أو تحت ظروف معينة، ونجد أن العبارة التالية، عبارة سلبية:

براءة اختراع الدواء يجب أن تنفذ في الصناعات الدوائية.

وحتى يكون الأمر ومنفياً بالنسبة لصانعي السياسة، فإن الاقتصاديون يستخدمون كل من الاقتصاديات المعيارية والإيجابية، فالعبارات الإيجابية يمكن أن تصف ما الذي سوف يحدث (أو لن يحدث) إذا تم تنفيذ سياسة معينة، ولكن حتى يمكن تقديم توصية، فإننا نحتاج إلى تقييم السياسة طبقاً لمعيار أو أكثر، والمعايير

اللذان سبق وأن عرض عليك هما الكفاية، والعدالة، والعوایر الأخرى التي توضع في حسبان الاقتصاديات هي النمو الاقتصادي والاستقرار في الاقتصاديات الكبرى (والتي سوف تقرأ عنها في الفصل الثاني)، واعلم أن الدراسات غالباً ما تحتوي على كل من العبارات الإيجابية والمعيارية، وفي أي شيء تقرأ، يجب أن تحاول أن تلقي الضوء على العبارات التي تتجاوز الوصف (مثل هذه العبارة!).

يشتهر الاقتصاديون بوجود الاختلافات بينهم، ويصبح الأمر مفهوماً عندما نضع الآتي في الاعتبار:

- الاقتصاديون توافقن إلى التأثير في السياسة.
- التوصيات السياسية تكون معيارية وداعمة لأحكام القيمة.
- أحكام القيمة تتتنوع وتختلف من فرد لآخر.

بناء على هذه الأسس فإن الفرد يجب أن يتوقع وجود قدر كبير من الخلافات بين الاقتصاديين مما يعكس معه عدم الاتفاق في العالم على اتساعه، وعلى نحو مطمئن، فإن البحوث المسحية مثل تلك التي قدمها «الستون» وآخرين (Alston et al. 1993)، أو «فولر» (Fuller) و«جيد - ستيفنسون» (Geide-Stevenson 2003) يبدو أنها تؤكد على أن هناك اتفاقاً أكثر بين الاقتصاديين على الموضوعات أو القضايا الإيجابية مقارنة بالموضوعات أو القضايا المعيارية، والاقتصاديات بطيئة في الوصول إلى إجماع على أفكار معينة، وذلك يعود إلى طبيعة الموضوعات تحت الدراسة، فهي إما أن تكون مستحيلة، أو صعبة من حيث تنفيذ تجارب يمكن عن طريقها مراقبة التغييرات في التغيرات الخاصة بالاهتمامات، وفي الوقت نفسه، إمكانية تثبيت العوامل الكامنة الأخرى ذات التأثير.

هل يمكن تطبيق الاقتصاد على القطاع الصحي؟

أي فرد يعمل في قطاع الصحة يعرف جيداً ندرة الموارد في هذا القطاع، وهناك أسباب متعددة، لاستمرار الطلب بالنسبة للخدمات الصحية في الزيادة عن العرض:

- نسبة كبار السن في المجتمع، حيث أن الأكبر سنًا يحتاج لخدمات صحية أكثر من الشباب.
- التقنيات الصحية الجديدة، والتي تعني زيادة الحالات القابلة للعلاج.
- ارتفاع معدل التوقعات لدى الناس.

يتم اتخاذ الاختيارات بشكل حتمي عن أنواع العلاج المقدمة، ومن سوف يتلقى العلاج، ذلك أن هناك شكلاً معيناً من أشكال المنطق في ذلك، والاقتصاديون يدافعون عن جعل هذه القرارات المنطقية واضحة وجليّة، والأهم في سياق الموارد المحدودة القسم الخاص بالخدمة (X) والذي يعني بالضرورة أن خدمة ثانية (Y). المكسب الصحي الذي نحصل عليه من الخدمة (Y). هي تكلفة الفرصة لقرارنا الخاص بتقديم الخدمة (X) وما يحاول الاقتصاديون تأكيد أن تكلفة الفرصة الخاصة بتقديم الخدمة (X) [المكتسبات الصحية من Y] لا تتعدي المكتسبات الصحية من X.

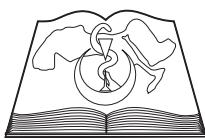
وبما أن الاقتصاد هو دراسة الفرصة، والندرة فإن ذلك يستتبع إذا كانت النواحي الاقتصادية ذات صلة بأي شكل، فإنها ستكون أيضاً مترابطة وذات صلة في مجال الصحة، ومع ذلك، فإن الخدمات الصحية لها بعض الخصائص المهمة والتي تعني أن النماذج الاقتصادية البسيطة أو الخام يجب استخدامها بحرص (Arrow 1963). ولا يوجد من بين هذه الخصائص ما هو فريد بالنسبة للقطاع الصحي، ولكن الجمع بين الخصائص مع الرقم المطلق الخاص بها قد ساهم أن تصبح الاقتصاديات الصحية فرعاً مميزاً من فروع الاقتصاد، وأحد هذه الصفات الموجودة في كثير من اقتصاديات الصحة والتي تحول بها بشكل ما بعيداً عن المجرى الرئيسي للاقتصاديات، هو تركيزها على الناحية الصحية أو ارتباطها بالمنفعة ذات العلاقة بالناحية الصحية كطلب رئيسي أو هدف للخدمات الصحية، وهذا الأسلوب يشار إليه غالباً «بالرفاهية الزائد» وهو مميز عن الرفاهية التي تركز على هدف مضاعفة المنفعة أو الرفاهية، وفي سياق تقييم الخدمات الصحية فإن «الرفاهية» تحتمل وجود هدف أوسع حيث يمكن أن يحتوي على مجال واسع من الفوائد غير الصحية مثل الاختيار والتأمين.

وغالباً ما يكون هدف الاقتصاديات الصحية هو إعلام صانعي القرار حتى تصبح القرارات التي يتخذونها تضاعف من الفوائد الصحية للسكان، واقتصاديات الصحة لا تتعلق بتوفير المال ولكن بتحسين مستوى وتوزيع الصحة للسكان على قدر الموارد المتاحة، وعبر الدورة الدراسية الخاصة بهذا الكتاب فسوف تكون قادراً على تقرير المدى الذي تصل إليه الطرق والمناهج المحددة للاقتصاديات الصحية، في تقديم النظرة المفيدة للسياسة الصحية.

الملخص:

قرأت في هذا الفصل عن بعض المفاهيم الرئيسية للاقتصاد، وليس قليلاً عن موضوع الندرة وتكلفة الفرصة، والمقدمة المنطقية الخاصة بالتحليل الاقتصادي حيث

إنه لا يوجد أبداً موارد كافية لعمل كل شيء يعجبنا وهو ما يسمى بالندرة، وعلى ذلك فطالما نقوم بعمل الاختيار مثل كيفية استخدام مورد معين، فإن هناك شيء آخر يجب التخلص منه (تكلفة الفرصة)، والاقتصاديات تقدم لنا ما هو عبارة عن إطار عمل للتحديد المنطقي لهذه المشكلة، كذلك فإنك في هذا الفصل قد اكتسبت الفهم لأنواع الأسئلة التي يساعد بها الاقتصاديون على التحديد في قطاع الصحة ووجهات النظر الأخرى التي يتذمرونها، على سبيل المثال، فإن الاقتصاديات يمكن أن تبني أسلوب الاقتصاديات الضخمة أو الاقتصاديات الكبرى، أو أن تكون إيجابية أو معيارية، واقتصاديات الصحة هي عبارة عن علم أو تخصص فرعي داخل علم الاقتصاد، والذي يتم بموجبه تطبيق النظريات والطرق الاقتصادية على كل جوانب الصحة والرعاية الصحية.



الفصل الثاني

الاقتصاديات الكبرى، العولمة والصحة

Macroeconomics, globalization and health

نظرة عامة:

إن الهدف من هذا الفصل أن نقدم الاقتصاديات في مجال الصحة والرعاية الصحية، مركّزين على ملامح الأنظمة الصحية، وذلك في مقابل الباقي من هذا الكتاب، واقتصاديات الصحة بشكل عام أكثر، والتي تميل إلى أن تكون اقتصادات صغرى مرکزة على وحدة التحليل سواء بالنسبة للأفراد أو سكان المنزل، أو الشركات مثل المستشفيات، وسوف يتم في هذا الفصل تحديد ملامح ماذا تعني الاقتصاديات الضخمة أو الكبيرة، ثم نعطي نوعاً من التبصر في العلاقة بين الاقتصاديات الكبرى والصحة، كذلك سوف يتم مناقشة الموضوعات الرئيسية، والقضايا التي تواجه الصحة وأنظمة الصحية من الناحية التجارية.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل على قراءة هذا الفصل، سوف تكون قادراً على الآتي:

- تحديد ما هي الاقتصاديات الكبرى، وتمييزها عن الاقتصاديات الصغيرة.
- تفسير المصطلحات الخاصة بالاقتصاديات الكبرى، بما في ذلك مصطلح «الناتج المحلي الإجمالي» والناتج القومي المحلي، والدخل القومي، والتضخم، والنمو الاقتصادي، والتجارة، وانخفاض قيمة التداول وميزان المدفوعات.
- تحديد الصلة بين نشاط الاقتصاديات الكبرى والصحة، والرعاية الصحية.

• وصف العلاقة بين الإنفاق على الرعاية الصحية، والنتائج المحلي الإجمالي، السكان والصحة.

• وصف الطرق التي من خلالها قد يؤثر التكامل الأكبر في الاقتصاديات الكبرى على المستوى العالمي في الصحة والرعاية الصحية من خلال التجارة العالمية.

المصطلحات الأساسية:

زيادة القيمة: عندما يرتفع تداول العملة نسبياً بالمقارنة بتداولات عملات أخرى، فإنه يكون مقبولاً بزيادة القيمة.

ميزان المدفوعات: قياس تدفق التداول بين الدول المختلفة.

استقرار أو ثبات الدولار: يقابل القيم التي تم ضبطها بالنسبة للتضخم، والتي تعكس القوة الشرائية الحقيقة أو الفعلية.

تداول الدولار: الإنفاق الفعلي للدولار، دون ضبط التضخم.

انخفاض القيمة: عند هبوط العملة أمام عملات أخرى، فإن ذلك يسمى انخفاضاً في القيمة.

الأزمة الاقتصادية: الهبوط المستمر طويلاً المدى في النشاط الاقتصادي وهو أكثر شدةً من الفتور الاقتصادي.

الناتج المحلي الإجمالي: مؤشر يستخدم في قياس إنتاج اقتصاد معين، وهو القيمة الإجمالية للسلع والخدمات التي أنتجت خلال عام واحد في دولة معينة، والناتج المحلي الإجمالي يتعلق بالإنتاج الذي تم في موقع جغرافي معين، بصرف النظر عن جنسية المنتجين (مثل شركة مملوكة لجهة أو جهات أجنبية).

إجمالي الناتج القومي: قياس النشاط الاقتصادي الذي قام به المواطنين والشركات في هذا البلد أو الدولة بصرف النظر أين تم هذا الإنتاج، وإجمالي الناتج القومي هو عبارة عن إجمالي الناتج المحلي بالإضافة إلى دخل العاملين أو المواطنين العاملين في الخارج، مخصوصاً منه الدخل الذي اكتسبه العاملون الأجانب في هذا البلد.

التضخم: ارتفاع عام في الأسعار بمرور الوقت، وهذا يعني أن المال يفقد قيمته بمرور الوقت.

تعادل القوى الشرائية: معدل التبادل في العملات والذي يعادل أسعار سلة السلع التجارية المتطابقة أو المتشابهة، والخدمات الموجودة في عدد من البلدان المختلفة.

ما هي الاقتصاديات الكبرى؟

ببساطة، الاقتصاديات الكبيرة تلاحظ في الأداء والتوظيف الخاص بالاقتصاد كل - والعلاقة بين النمو الاقتصادي، والإنتاج، والعمالة، أو التوظيف، والتضخم، كل هذه المصطلحات تعودنا أن نراها كل يوم، ولكن ماذا تعني هذه المصطلحات؟

النمو الاقتصادي:

من أجل التبسيط، النمو الاقتصادي هو عبارة عن تغيير إيجابي في مستوى الإنتاج للسلع والخدمات في بلد أو دولة عبر فترة معينة من الزمن، وإجمالي الناتج المحلي هو المؤشر الرئيسي الذي يستخدم لقياس حجم الناتج لاقتصاد معين، فهي القيمة الكلية للسلع والخدمات التي تم إنتاجها خلال عام واحد في دولة معينة.

وفي المقابل نجد أن إجمالي الناتج القومي والذي يطلق عليه «إجمالي المنتج القومي» يقيس أيضا الناتج أو الخارج الاقتصادي، وهو خاص بقياس نواتج الأنشطة الاقتصادية التي تم القيام بها بواسطة المواطنين والشركات الموجودة في هذا البلد، بصرف النظر أين يتم هذا النشاط (في الوطن أو خارجه).

يستخدم إجمالي الناتج القومي لكل فرد بشكل عالمي في تصنيف البلاد إلى مراتب من النمو، وكل عام يقوم البنك الدولي بمراجعة المعايير القياسية الخاصة بإجمالي الناتج القومي لكل فرد التي تستخدم في تصنيف الدول، (والجدول 1-2) يوضح تصنيف البنك الدولي للدول المختلفة عام 2011 اعتماداً على الناتج القومي لعام 2009.

إن أحد مشكلات مقارنة إجمالي الإنتاج المحلي عبر الدول، هو أن الأسعار تختلف باختلاف الدول، وهذا يؤثر في القيمة الكلية لإجمالي الإنتاج المحلي، فعلى سبيل المثال نجد أن إجمالي الإنتاج المحلي في الهند والولايات المتحدة يتم حسابه على

أساس الأسعار الموجودة في هذه البلاد، وحتى متوسط التكلفة لنفس السلعة قد يكون أكثر انخفاضاً في الهند، وعلى ذلك فإنه في عام 2006 كان إجمالي الإنتاج المحلي في الولايات المتحدة لكل فرد 37.767 دولار، وبالنسبة للهند 27.251 روبيه وكان معدل تبادل العملة في عام 2006 سعر الدولار الواحد = 45.31 روبيه، وباستخدام هذا المعدل في تبادل العملة بالنسبة لتحويل الروبية إلى دولارات، تجد أن إجمالي الناتج المحلي لكل فرد في الهند كان 601 دولار، وهذا يمكن أن يعطي صورة مضللة عن الثروة النسبية للبلدين، فالسلع في الهند ذات تكلفة أقل مما هو موجود في الولايات المتحدة لذلك فإن قيمة الدولار في الهند أعلى من قيمة الولايات المتحدة الأمريكية وعلى ذلك فإنك إذا استبدلت الأسعار الهندية بالأسعار الأمريكية في تقييم السلع والخدمات المنتجة في الهند، تكون لديك مقارنة أكثر مصداقية لإجمالي الناتج المحلي، وهذا الضبط للأسعار يسمى «تعادل، أو توازن القوى الشرائية»، وباستخدام البيانات الخاصة بتعادل القوى الشرائية فإن معايير صندوق النقد الدولي قدرت أن إجمالي الناتج القومي لكل فرد في الهند (4183) دولار في عام 2006، وعادة فإن المقارنات الدولية للناتج المحلي تستخدم تعادل القوى الشرائية ذات القيم المعدلة للحصول على نتائج أكثر صدقاً.

(الجدول 1-2): تصنيف البنك العالمي للدول.

عدد الدول	إجمالي الناتج القومي لكل فرد، 2009	
40	995 دولار أو أقل	الدول ذات الدخل المنخفض
56	996 دولار أو أقل	الدول ذات الدخل تحت المتوسط
48	12.195 - 3,945 دولار	الدول ذات الدخل فوق المتوسط
69	12,196 دولار أو أكثر	الدول ذات الدخل المرتفع

Source:World Bank (2011)

التضخم:

التضخم هو أحد مفاهيم الاقتصاديات الكبرى، حيث إنه يشير إلى الارتفاع العام في الأسعار بمرور الوقت، والذي يتسبب في هبوط قيمة العملة، على سبيل المثال، إذا زاد السعر 5 % خلال سنة، مما كنت تستطيع شراؤه بدولار واحدٍ في

العام السابق سوف يُكلف الآن 1.05 دولار، وهكذا فإن دولار اليوم يساوي أقل من دولار العام السابق وذلك في ضوء قوته الشرائية، والاقتصاديون يقيسون التضخم باستخدام مؤشر الأسعار.

ومؤشر الأسعار يتم تكوينه بواسطة تحديد أي السلع التي يتم شراؤها بشكل متكرر من سكان المنزل مثل السلع الغذائية، وهذه السلع توضع في سلة (افتراضية!) وسعرها كان موضع الرقابة، والتغيير في السعر الإجمالي للسلع الموجودة في هذه السلة هي التي تقيس التضخم، ومؤشر الأسعار يتم وضعه عند 100 بالنسبة لسنة معينة (السنة الأساس) والتغيرات المتتالية التي تحدث بعد ذلك في الأسعار توضع في نسبة أمام السنة الأساس، ومن ثم، إذا كان مؤشر الأسعار قد تم وضعه عند 100 للعام 2000، وكان مؤشر الأسعار 112.4 في 2001، فإن التضخم في 2001 سيكون 12.4 %.

وغالباً ما نشير إلى أن الدولار الجاري والدولار الثابت أو المستقر عند مناقشة التضخم، والدولارات الجارية، أو المتدولة تشير إلى الإنفاق الفعلي للدولار، أما الدولارات الثابتة أو المستقرة التداول فتشير إلى القيم التي تم ضبطها بالنسبة للتضخم، وعلى ذلك فإنها تعكس القوة الشرائية الحقيقة أو الفعلية في التحليل الاقتصادي فإنه من الشائع استخدام قيم ثابتة حتى أن الاتجاهات الحقيقة يمكن تحليلها بمرور الوقت بعد استبعاد التأثير الخاص بالتضخم.

معدلات التبادل وميزان المدفوعات:

تشير معدلات التبادل إلى أي حد يكون العملة الخاصة بدولة معينة قيمة بالنسبة للعملة المتدولة في دول أخرى، فإذا كانت قيمة العملة المتدولة هابطة بالنسبة لعملة أخرى، فإن هذا يمثل انخفاضاً في قيمة العملة الشرائية، وإذا كان هناك ارتفاعاً بالنسبة إلى العملات المتدولة الأخرى، فيقال أنه ارتفاع في قيمة العملة الشرائية، والتبذبذب في معدلات التبادل أو تغير العملة مهم جداً، لأن كل دولة تستورد وتورد السلع والخدمات، وهناك أيضاً تدفق في المال بين الدول، وميزان المدفوعات يستخدم في قياس هذا التدفق بين الدول والبلاد، وعادة فإن المدفوعات يتم قياسها بالعملة المتدولة للدولة التي تدفع المدفوعات التي يتم عملها للدول الأخرى يُنظر إليها على أنها الجانب المدين (الاستيراد مثلاً) أما المدفوعات التي تستقبلها من دول أخرى توضع في جانب الدائن (ال الصادر)، وعلى ذلك فإن هناك مؤشر مهم للأداء الخاص بدولة معينة في التجارة العالمية، والاستثمار هو مستوى الفائض، أو العجز في ميزان مدفوعاتها.

التجارة العالمية:

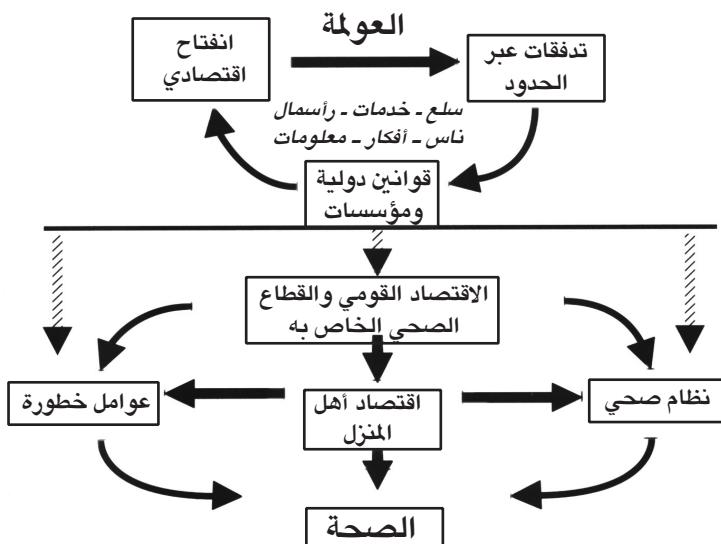
هناك عنصراً آخر مهم في الاقتصاديات الكبيرة هي «التجارة العالمية»، وطبقاً لقانون «الأفضلية النسبية» (Comparative Advantage) فإن التجارة الحرة بين الدول تكون مبررة لأنها تشجع الدول على تصدير السلع الأفضل في الإنتاج، بمعنى التخصص، والسبب في ذلك أن دولة معينة تكون الأفضل في إنتاج نوع معين من السلع بالمقارنة بدولة أخرى، يكون ببساطة أنها موقوف عليها الجمع بين الموارد التي هي الأكثر صلاحية وملائمة لإنتاج هذه السلعة، على سبيل المثال، الدولة التي تتمتع بقدر كبير من إشراق الشمس ومساحات واسعة من الأرض يمكن النظر إليها على أن لها «الأفضلية النسبية» في الزراعة، وكل تاجر ينشغل في إنتاج سلعة تتلائم بشكل أفضل مع مواهبهم الطبيعية من المهارات والموارد كأنهم يستطيعون التخصص في إنتاجها ومن ثم تجارة هذه السلعة أمام سلع أخرى من الآخرين، من الذين يكونوا بالمثل أكثر كفاءة في إنتاج هذه السلع الأخرى، وعلى ذلك، فإنه من خلال التخصص فإن التجارة الحرة ترفع من الإنتاج العالمي والذي بدوره يزيد من تنوع الإنتاج، ويقلل من تكلفة البضائع بشكل عام حتى أن الثروة العامة تكون في ازدياد، وهذه الدول التي تشتراك في التجارة سوف تشارك بذلك زيادة في الناتج المحلي الإجمالي، و اختيار أوسع للسلع المتاحة والخدمات، ومعدلات عالية من التوظيف للعمال، وعائدات حكومية أكثر (نظراً للمدخل الأعلى)، والمشكلة بالطبع هي من ناحية الممارسة، فإن كثير من الدول تخضع حواجز أمام التجارة من أجل حماية الصناعات المحلية، وحواجز مثل التعريفات الجمركية وتقييد وحظر الاستيراد، وتتأثير هذه الحماية هي أنها تعطي الإمكانيات للدولة أن تستمر في إنتاج السلع والتي لا توجد فيها أفضلية نسبية بالنسبة لهم، ولكن في نفس الوقت لا تشجع تلك الدول التي تملك بالفعل أفضلية نسبية في هذه المنتجات، فلماذا تفعل بعض الدول ذلك؟ إن ذلك لحماية مصالح جماعية معينة (اتحاد مزارعين، اتحادات خاصة، مجموعات صناعية.. إلخ).

ما هي الجوانب التي تؤثر فيها الاقتصاديات الكبرى في الصحة؟

هناك مدى معين من المحددات والصلات الدانية والقاصية بين الأحداث على مستوى الاقتصاديات الكبرى (والتي تكون فيما وراء الرعاية الصحية) والصحة، والأنواع الرئيسية منها موضحة في (الشكل 1-2)، والنصف الأدنى من الشكل يمثل الدولة الفردية تحت الاعتبار، والنصف الأعلى يوضح الجوانب الخاصة بالنظام العالمي، والذي تم التوسيع فيه بطريقة واضحة في العقود الأخيرة من خلال العولمة،

وتشير الأسهم الموجودة بين المكونات المختلفة إلى ما يسمى «بالوصلات الرئيسية»، وهذه صورة مبسطة إلى حد كبير لتقديم إطاراً مرجعياً ومفهوماً واعياً.

وهكذا، دعنا نفكر قليلاً في هذه العناصر الرئيسية والوصلات، فالصحة يلقي عليها الضوء على أنها العنصر الرئيسي في أدنى الشكل، مع التسليم بأنها التركيز الرئيسي لدى هؤلاء الذين يقرأون هذا الفصل، وهناك مجال من التأثير على الصحة (بما في ذلك القطاع الصحي بالطبع)، وعندما نأخذ بالنصف الأسفل من الشكل أولاً، فما هو الذي نطلق عليه مصطلح «المؤثرات المعيارية» على الصحة والبيئة فيه، وهذا يتضمن عوامل الخطورة، والتي تمثل الميل الوراثي المسبق للمرض، والمؤثرات البيئية، والأمراض المعدية أو التي تنتقل بالعدوى، والجزء الثاني هو ما يطلق عليه اصطلاحاً «اقتصاديات أهل المنزل»، والذي يمثل العناصر ذات الصلة بالكيفية التي يتصرف بها الناس، أو السلوك، وبمعنى أوضح استثمار أو عدم استثمار الناحية الصحية عن طريق الذي يستهلكونه والنشاطات التي يقومون بها، وعندئذ يكون لدينا القطاع الصحي، والذي كما تكلمنا في الفصل الأول يضم تلك السلع والخدمات أساساً لتحسين الحالة الصحية. وإنما لما سبق، نجد أن الاقتصاد القومي يمثل ما وراء تأثير الهياكل الحكومية، والأسواق وتأثيرها على الحالة الاقتصادية الجيدة.



(الشكل 2-1): العناصر الرئيسية والوصلات بينها على مستوى الاقتصاديات الكبرى قومياً ودولياً.

Source: Smith (2006).

وفي النصف الأعلى من الشكل، نلاحظ تأثير العناصر التي تكون عادة خارج نطاق الصلاحيات الحكومية الموضحة، فعلى سبيل المثال، هناك تنوعاً واسعاً للمؤثرات الدولية مباشرة في اتجاه عوامل الخطورة بالنسبة للصحة، بما في ذلك التعرض المتزايد للأمراض المعدية من خلال الانتقالات عبر الحدود للأمراض التي تنتقل بالاتصال واستخدام المنتجات غير الصحية وكذلك السلوكيات غير الصحية، الانحلال البيئي، تلك المؤثرات غالباً ما لا تكون موجودة داخل حدود البلد، والتفاعل المتزايد في نظام الاقتصاد العالمي سوف يؤثر أيضاً في الصحة من خلال تأثير الاقتصاد القومي والثروة (Sachs 2001, Blouin et al 2009). ومن الثابت على سبيل المثال أن الرخاء الاقتصادي يرتبط إيجابياً بصفة عامة بالتوقعات المتزايدة في الحياة، بالرغم من أن الثروة المتزايدة غالباً ما تجلب معها المزيد من الأمراض المزمنة، وأخيراً، فإن الرعاية الصحية سوف تتأثر مباشرة من خلال الاحتياطي الموجود، وتوزيع السلع المرتبطة بالصحة، والخدمات والناس، مثل الوصول إلى منتجات الأدوية، والمعلومات الصحية والتكنولوجيات (مثل التطورات الجديدة في مجال الجينات الوراثية) وحركة المرضى والمهنيون (Smith et al., 2009)، كذلك نلاحظ أنه في النصف الأعلى من هذا الشكل، نرى أهمية أطر العمل القانونية والسياسية الدولية التي تعزز الكثير من هذه الأنشطة، مثل اتفاقات التجارة الثنائية والإقليمية والمتعددة الأطراف.

وفي ضوء الربط بين هذه المؤثرات، نرى أن الأسهم السوداء تشير إلى ما بين العناصر على المستوى العالمي والقومي، وتشير الأسهم المقلمة إلى أشكال معينة من الارتباطات، أو التوصيات بين الظروف العالمية، والمحلي، ويشير السهم المقلم الأول إلى كيف يمكن للاقتصاديات الكبرى المتزايد أن يجلب تغيرات مصاحبة في عوامل الخطورة المرتبطة بالمرض، وهذا سوف يتضمن كل من الأمراض السارية لأن التجارة تشجع الناس والسلع على عبور الحدود، وأن الأمراض غير السارية، كتغير في أنماط استهلاك الطعام على سبيل المثال، تتأثر بالتغير في الدخل والإعلانات الصناعية، وثانياً: فإن التفاعل المتزايد على مستوى الاقتصاديات الضخمة سوف يؤثر على الاقتصاد المحلي خلال التغيرات التي تحدث في الدخل وتوزيع هذا الدخل، كما تؤثر في إيرادات الضريبي، وهذا سوف يؤثر على الاقتصاد المنزلي وكذلك قدرة الحكومة على الاندماج في التمويل العام وكذلك في الجزء الخاص بالإنفاق على الرعاية الصحية، وأخيراً السهم الثالث يشير إلى أنه سوف يكون هناك تفاعلات فيما بين السلع الصحية، والخدمات، مثل الأدوية وما يرتبط بها من تكنولوجيات، والعاملين في الرعاية الصحية وكذلك المرضى.

ومن المهم أن نلاحظ أن هذا الفصل يركز على تأثير الاقتصاديات الكبرى على الصحة، ومن أجل مناقشة تأثير الصحة على الاقتصاديات الكبرى، فقد أوصينا بقراءة الأوراق والتقارير العلمية التي ساهمت في اجتماعات منظمة الصحة العالمية عن الاقتصاديات الكبرى والصحة، بما في ذلك التي قدمها ساش (Sachs 2001) وتلك الورقة الخاصة بصندوق النقد الدولي (Hsiao and Heller, 2007).

الاقتصاديات الكبرى، وسكان المنزل:

إن الكثير من سياسات الاقتصاديات الكبرى متعلقة بالنماوي الاقتصادي - المستويات المتزايدة من إجمالي الناتج المحلي، وذلك لأن الناتج المحلي الأعلى يؤدي إلى وجود فرص أعظم للاستهلاك، والتي سوف تتسبب، في هذا السياق الموجود هنا الآن مع تساوي الجوانب الأخرى، في تحسن الصحة، وبهذا الخصوص، فإن العمل على تكامل الاقتصاديات الكبرى عالمياً - أو التجارة العالمية - هو المفتاح إلى النمو الاقتصادي من خلال التخصص، أو «قانون الأفضلية النسبية».

الثروة والصحة:

بصفة عامة، فإن التحليلات توضح أن «البلاد الأغنى هي البلد الأكثر صحة» (Pritchett and Summers, 1996)، والعوامل ذات الصلة في هذه العلاقة هو تحسين التغذية، وتعزيز الصحة، والمياه والتعليم (Smith 1999). وفي ضوء النمو الاقتصادي، وبينما تشير بعض الأدلة إلى أن تحرير التجارة سوف يخفف من الفقر على المدى الطويل، فإن الأمر لا يُنظر إليه دائمًا في ضوء هذه النظرية الإيجابية، على الأقل على المستوى القريب، فإن الآثار العكسية وخاصة لدى الناس الأكثر فقراً، هي التي نلاحظ وجودها (مثل الزيادة في تكاليف المعيشة، وزيادة الأحياء الفقيرة، والأمراض المزمنة، والتلوث، وظروف العمل غير الآمنة).

تأثيرات التوزيع:

إن أحد أوجه النقد الموجهة إلى الأساليب أو المناحي الخاصة بالاقتصاديات الكبرى، هو قلة الانتباه إلى تأثيرات التوزيع أو الانتشار - معظمها يعتمد على مؤشرات تكميلية مثل «الدخل الكلي»، وحجم التجارة، والتوظيف... الخ، وهذا يعكس التركيز على النمو والكفاءة في العدالة والإنصاف، وعلى ذلك فإنه بالرغم من أن

تحرير التجارة قد يحمل مميزات، فإن العامل الحاسم في مدى هذه المميزات وإلى من تتجه، يعتمد على كيفية تعامل الدول مع عملية التكامل في الاقتصاديات العالمية (Lall 2004:79)، على سبيل المثال، فإن التوظيف والعملة المكتفة خلال عمليات التصنيع والنمو الاقتصادي يصاحبها دائمًا انهدام في العمل عند تحرك العمالة من قطاع أو صناعة معينة إلى أخرى (Ghose 2003)، وفي غياب شبكات الأمان الاجتماعية، فإنه في مثل هذا الوضع ليس فقط عدم الاستقرار هو الذي يدفع الأشخاص نحو الفقر، وإنما يمكن أيضًا أن يؤثر بشكل غير مباشر على الصحة من خلال الضغوط الناتجة عن هذا الاختلال الاجتماعي والاقتصادي (Wilkinson and Marmot 2003).

الاستقرار الاقتصادي:

جانب آخر مهم في النمو والصحة بالنسبة للاقتصاديات الضخمة، هو الاستقرار الخاص بعملية النمو، وعدم الثبات الاقتصادي يمكن في الأسواق المتقلبة، وتكرار الصدمات الخارجية والتغيرات المتزايدة لهذه الصدمات، وهذا يترجم إلى عدم الأمان الاقتصادي بالنسبة للفرد، الذي يرتبط بشكل كبير بالضغوط المرتبطة بالمرض (Wilkinson and Marmot 2003). كذلك فسوف يؤثر على كفاءة التخطيط المالي للصحة المرضية بالنسبة لسكان المنزل وكذلك قطاعي الصحة العام والخاص، ويؤدي إلى نوع من النفور لدى المستثمر (بما في ذلك من خلال قطاع الصحة نفسه).

والثبات الاقتصادي يتأثر بأشياء أخرى، مثل الحصة الخاصة بالدخل / والنمو المعتمد على التجارة، مع النظرة العامة بأن تحرير التجارة، وخاصة في الخدمات المالية، وحركة رأس المال، مما يسبب في تقلب الأسواق، وعدم استقرارها، وبالطبع، فإن كون الاقتصاد مفتوحًا، فإن ذلك لا يؤدي بشكل آلي إلى عدم الثبات أو الصدمات الاقتصادية - تحذير مهم يرتبط بحجم الاقتصاد، وعلى ذلك بالرغم من أن المستويات المطلقة للتجارة قد تكون مرتفعة، فإن المشاركة التجارية لإجمالي الناتج المحلي في الدول الغنية يميل لأن يكون صغيراً (10%) وعلى ذلك فهم يميلون إلى أن تكون لديهم القدرة على استيعاب أو امتصاص الصدمات التي تفرض عليهم من الأسواق الخارجية، وبالنسبة للدول الأصغر، وغالباً ما تكون من الدول النامية، تساهمن التجارة بحصة أكبر بكثير من إجمالي الناتج المحلي لأنهم يعتمدون أكثر على الاستيراد والتصدير لتأمين المدخلات واقتصاديات الميزان، وعلى ذلك، فإن الاقتصاديات الأكثر اعتماداً على التجارة، سيكون غير ثابتًا بشكل متصل - غير قادر على امتصاص الصدمات الاقتصادية الخارجية مثل نقص البترول وتذبذب معدلات تداول العملة والمنافسة العالمية.

الاقتصاديات الكبرى وعوامل الخطورة بالنسبة للأمراض:

من المعروف والموثق جيداً، أن هناك تنوعاً في المحددات الاجتماعية للصحة، والتي تشير إلى الظروف العامة التي يعيشها الناس ويعملون فيها، والتي تؤثر في قدراتهم على أن يستمروا في حياة صحية أم لا، وهذا يتضمن عوامل مثل التوظيف، والتغذية، وظروف البيئة والتعليم (Sachs 2001). وهذه المحددات الاجتماعية تسهم في خطورة أمراض مختلفة وينظر إليها غالباً على أنها تختلف من حيث دورها في التأثير على إمكانية الانتقال أو عدم انتقال الأمراض.

الأمراض القابلة للانتقال:

إن مساهمة الاقتصاديات الكبرى في انتشار الأمراض القابلة للانتقال (المعدية) تأخذ طريقها في شكلين، الأول: في البيئة بصفة عامة التي يعيش فيها الناس (فيما يتعلق بالتلوث، والعوامل الصحية..إلخ) والتي يتم تحديدها - حيث الجزء الأكبر - بسبب الدخل والثروة، وثانياً: الحركة العالمية المتزايدة بالنسبة للبشر والحيوانات والسلع، والمرتبطة بزيادة التجارة، سوف تؤثر في حركة المرض، وهذا يتم أيضاً بشكل أفضل عند عرض مثال عن متلازمة الإصابة التنفسية الحادة الوخيمة.

متلازمة الإصابة التنفسية الوخيمة:

متلازمة الإصابة التنفسية الوخيمة هو عبارة عن: مرض معدى والذي يمكن انتشاره بين البشر، وقد ظهر هذا المرض أواخر عام 2002، وكان ينتقل بنفس الطريقة التي ينتقل بها فيروس البرد (الزكام)، وظهر بداية في إقليم جواندونج في الصين، وأخذ المرض ينتقل بسرعة كبيرة إلى أستراليا، البرازيل، وكندا والصين وهونج كونج، وجنوب أفريقيا، وأسبانيا، والولايات المتحدة الأمريكية، وقد أدى ذلك إلى تبعات صحية خطيرة، وقد لوحظ تفشي هذا المرض خلال الربع الثاني من 2003 وأعلن عن ذلك في يوليو 2003، وبالرغم من إصابة 10.000 حالة، مات منها 10 % فإن العائد، أو التأثير على الصحة كان أقل تدميراً مما يتوقع، ومع ذلك، فإن العائد الاقتصادي المحتمل لهذا المرض كان كذلك محل التركيز، وخلال فترة انتشار المرض كان هناك انخفاض ملحوظ في دخل الرحلات والسياحة في الكثير من البلاد التي أصابتها عدوى المرض، فقد كان من المتوقع أن الخوف من المرض سوف يؤثر على تلك الصناعات التي يتجمع فيها الناس في أماكن عامة مثل المطاعم، والسينما أو منشآت التجزئة، وكان التوقع العام في أعباء الاقتصاد العالمي ما بين 30-100 بليون دولار (نحو 3-10 مليون للحالة). المصدر: كيرو - براون وسميث (2008).

Source: Keogh-Brown and Smith (2008)

الأمراض غير السارية:

ربما تكون العلاقة بين نشاط الاقتصاديات الكبرى وبين الأمراض غير السارية، علاقة أقل وضوحاً، ورغم أن نماء الاقتصاديات الكبرى يمكن أن يكون مفيداً عندما يؤدي إلى توسيع في استهلاك السلع التي تؤدي إلى تحسين الصحة مثل المياه النظيفة، والطعام الآمن والتعليم، فإنه يسهل أيضاً من الاستهلاك المتزايد من السلع التي قد تكون غير مفيدة، أو تسبب أخطاراً للصحة، والتي يطلق عليها اصطلاحاً بالأشياء السيئة، وتحرير التجارة يؤدي إلى الحد من سعر هذه السلع السيئة من خلال تقليل التعريفة الجمركية، وعدم وجود عوائق جمركية على الاستيراد وزيادة تسويق مثل هذه السلع التبغ والكحوليات والوجبات الجاهزة، وفي حالة الكحوليات والتبغ فإن تطور ونمو اتفاقيات التجارة الإقليمية قد ساعدت بطريقة مميزة على الحد من الحاجز والعوائق الخاصة بتجارة هذه المنتجات، وذلك عن طريق تحطيم الأسواق التي تتمتع بالحماية حتى الآن، والتي تساهم في تعزيز، وتدعم الاستهلاك (Onzivu 2002; OECD 2003).

وفي ضوء ما يتعلق بمنتجات الطعام، فإن التفاعل المتزايد للاقتصاديات الكبرى سوف يؤثر في حلقة الإمدادات الكلية للطعام (مستويات تصدير واستيراد الطعام) والاستثمار الأجنبي المباشر في الصناعات الغذائية والتناغم، أو التوافق في التنظيمات التي تؤثر في الطعام)، والتي وبالتالي تؤثر فيما هو متاح عن أي سعر، مع أي مستوى من الأمان، وكيف يتم تسويقه، على سبيل المثال، فيما يسمى اصطلاحاً «الانتقال الغذائي» (Nutrition Transi) فإن الناس في الدول النامية ينتقلون ما بين الحمية المرتفعة في الحبوب والنشويات المركبة، إلى السعرات المرتفعة، الحمية ذات التغذية الخصيفة والمليئة بالدهون أو الشحوم، والحلويات، والأغذية المصنوعة (Popkin. 1998)، والتحرير المتزايد للتجارة هو أحد دوافع الانتقال الغذائي لأن له تأثير زيادة إمكانية الإتاحة وتخفيض سعر الأغذية المرتبطة بنمو الأمراض المزمنة المرتبطة بالحمية، وكذلك زيادة كمية الإعلان عن الأغذية ذات السعرات الحرارية العالية حول العالم. (Hawkes 2006). وأكثر من ذلك، فإن التجارة والنمو الاقتصادي يشجعان على استخدام التكنولوجيا بدلاً من الإنسان مثل صناعة السيارات ويؤدي ذلك إلى وجود أوقات فراغ أكثر، مما يمكن لكلاهما وبالتالي تشجيع نمط الحياة الذي يستمر فيه الإنسان كثيراً.

الاقتصاديات الكبرى وقطاع الصحة:

الإنفاق على الرعاية الصحية:

إن أكثر العلاقات المرئية بين الاقتصاديات الكبرى والصحة على المستوى العام هو مستوى الإنفاق في الرعاية الصحية، وقد تعلمنا في الفصل الأول أن معظم الدول، غنية كانت أو فقيرة، تواجه مشكلة ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية وتواجه سؤالان أساسيان: هما كيف يتم تمويل هذه الأعباء المتزايدة؟ وكيفية احتواء الضغوط الخاصة بنمو وتزايد الإنفاق على الصحة.

ومعظم الدول تنفق أقل من 10 % من إجمالي الناتج المحلي، وهذا يُنظر إليه على أنه ربما يكون الحد الأعلى الثابت بالطبع، وبالنسبة للدول ذات الدخل المنخفض، وبعض الدول ذات الدخل المتوسط تكون مستويات إجمالي الناتج المحلي منخفض بشكل كبير، حتى أن هذا المستوى ينتج عنه رعاية صحية ضعيفة جداً، وهكذا يكون من المطلوب تقديم المساعدات لها، والدخل الحكومي، ومن ثم القدرة على تمويل، أو تقديم خدمات عامة، ينتج بشكل أساسي من الضرائب، وضريرية الدخل يتم تقسيمها بشكل واسع إلى ضرائب السهلة الجمع (مثل التعريفات الجمركية الخاصة بالاستيراد) وتلك التي تكون صعبة في التجميع (مثل ضرائب الاستهلاك والدخل) (Aizenman 2009) and Jinjrank 2009)، والعائدات من التعريفات الجمركية مصدر مهم للعائد العام في كثير من الدول النامية، يتراوح ما بين أقل من 1 % في عدد من الدول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (Organisation for Economic Cooperation and Development; OECD) إلى حوالي 8 % في كينيا، مع أمثلة أخرى في الكاميرون (De Cordoba et al. 2006) وفي الهند (28 %).

وتحrir التجارة، بهذا التعريف، يحد من حصة الحكومة من الدخل القائم من المصادر السهلة التجميع، وبالرغم من أنه من الناحية النظرية يجب أن تكون الحكومة قادرة على تحويل القواعد الضريبية من تعريفات إلى ضرائب محلية، مثل ضرائب المبيعات، أو ضرائب الدخل، فإنه بالمارسة في الدول النامية وخاصة الدول ذات الدخل المنخفض، فإن ذلك يكون من الصعب بدرجة كبيرة بسبب الطبيعة غير الرسمية للاقتصاديات الخاصة بها مع وجود قطاعات حياة معيشية كبيرة، والدول ذات الدخل المنخفض عادة ما تستطيع تغطية حوالي 30 % فقط من العائد الضريبي الضائع مقارنة بالدول ذات الدخل المرتفع والتي تصل التغطية فيها إلى 100 % (Bounsgaard and Keen 2005)، مما يتسبب ذلك في هبوط الدخل القومي المتاح

للاستمرار في السياسات العامة، يكون الأمر كذلك بالنسبة للرعاية الصحية، والتعليم، والمياه، والإجراءات الصحية، أو شبكة الخدمات الاجتماعية.

معدّلات التغيير أو التبادل (الإصحاح):

تعلّمت من قبل أن معدّل التغيير هو أحد المحددات الرئيسيّة للأسعار النسبية للسلع المستوردة وتلك المنتجة محلياً وكذلك الخدمات، وبالنسبة لكثير من الدول، فإنّ منتجات مثل الأدوية، وكذلك عناصر متنوعة من التقنيات مثل أجهزة أو معدات الحاسوب الآلي، وأدوات الجراحة وحتى المصابيح الكهربائية التي تستخدم في تقديم الرعاية الصحية تكون مستوردة، والتغييرات التي تحدث في معدلات عمليات تبادل أو تداول العملة كنتيجة للتطورات التي تحدث في الاقتصاديات الكبرى، قد تطول أيضاً السعر، ومن ثم التكالفة سواء بالزيادة أو النقص، وبالعكس، فإن التغيير في الطلب بالنسبة للسلع المنتجة محلياً من المستوردين عبر البحار قد تشهد تغييرات في أسعار هذه السلع محلياً في المقابل (ازدياد الطلب الأجنبي قد يدفع بالسعر المحلي لأعلى)، والارتباط المتزايد بين الاقتصاديات على مستوى الاقتصاديات الكبرى من شأنه كذلك توليد مستويات أكبر من التأثيرات الخارجية (تلك التي تكون بعيدة عن متناول رقابة القطاع الصحي المحلي) بارتفاع الأسعار، ومن ثم زيادة تكلفة الرعاية الصحية، وفي النشاط 2-1 يتضح كيف أن معدّلات التغييرات والتضخم يمكن أن يؤثّر في ميزانية الأدوية.

نشاط 2-1 أين تذهب ميزانية دواعك؟

أنت مسؤول عن تدبير الأدوية في بلدك، وزارة الصحة تقوم بدور رئيسي في تحسين الإمدادات الدوائية، وقد ضاعفت ميزانية الدواء تقريباً خلال الخمسة أعوام الماضية، ومع ذلك، فإن الجهود الإضافية لم يكن لها أي تأثير، فما الذي يحدث بطريق الخطأ، وهناك جزئين متعلقين بهذا السؤال.

الجزء الأول: التحويل لعملة أجنبية:

الصف الأول في (الجدول 2) يوضح ميزانية الدواء بعملة الكواشا (KW)، العملة المحلية الخاصة بك، وطالما كانت هناك ضرورة لاستيراد الدواء، فأنت تحتاج إلى تحويل عملة الكواشا إلى دولارات أمريكية باستخدام معدّلات التغيير أو التداول الموجودة في الصف الثاني من الجدول:

1. احسب المجموع الكلّي في ميزانية الدواء عند تحويله إلى دولارات في حساب الأعوام 2005-2002، واتكتب اجابتك لكل عام في المساحات الفارغة في الصف الثالث من الجدول.

2. ماذا حدث للقوة الشرائية لعملة الكواشا بالنسبة للدولار الأمريكي؟ على سبيل المثال، في عام 2000، كانت عملة الكواشا توازي 1.23 دولار، وعلى ذلك فإن $3.265.793 \text{ كواشا} = 1.23 \times 3.265.793 = 4.016.925$ دولار.

(الجدول 2-2): ميزانية الدواء القومية.

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1. ميزانية الدواء (بالكواشا)	3.265.793	4.021.997	3.355.807	3.453.768	5.731.221	7.500.000
2. معدل التغيير أو التداول (الكواشا = دولار)	1.0	1.12	0.91	0.83	0.67	0.59
3. الإجمالي بالدولار الأمريكي	4.016.925	4.504.637				

التغذية الراجعة:

1. انظر النتائج الموجودة في (الجدول 3-2).

2. لاحظ اتجاه القيمة في عملة الكواشا (KW) في مقابل الدولار، فيبينما أصبحت ميزانية الدواء أكثر من الضعف بحساب هذه العملة، تجد أنه بالنسبة للدولار فقد زادت زيادة بسيطة (الصف 3 في الجدول 2-3)، وهذا بسبب أن الكواشا أصبحت تجني عدد أقل من الدولارات في كل سنة، فقد انخفضت قيمة عملة الكواشا مقابل الدولار الأمريكي، مما يعني أن قيمتها قد انخفضت بالنسبة للدولار.

(الجدول 2-3): تأثير انخفاض معدل تغيير أو تداول العملة على ميزانية الدواء القومية.

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1. ميزانية الدواء (بالكواتشا)	3.265.793	4.021.997	3.355.807	3.453.768	5.731.221	7.500.000
2. معدل التغيير أو التداول (1كواتشا = دولار)	1.23	1.12	0.91	0.83	0.67	0.95
3. القيمة الكلية بالدولار	4.016.925	4.504.637	3.053.784	2.866.627	3.839.918	4.425.000

الجزء الثاني ضبط الزيادة في الأسعار:

إن معظم السلع التي تستوردها تأتي من بلد جار لكم، ويتم الدفع بالدولار الأمريكي، ومع ذلك فإنه كل سنة ترتفع الأسعار في هذه البلد المجاورة، حتى أن الدولار الأمريكي الواحد عام 2000 يشتري أقل من نظيره في عام 2005، وأنت تريد حساب القوة الشرائية الفعلية لميزانية الدواء لديكم، واضعا في الحسبان زيادة الأسعار في هذا البلد المجاور لكم، ويعطي لك أحد الاقتصاديين فكرة عن مستوى الأسعار في هذا البلد على شكل مؤشر للسعر (الصف 4 في الجدول 2-4)، على سبيل المثال، بين 2000-2001 ارتفعت الأسعار 12.4 % في هذا البلد، وهكذا تغير مؤشر السعر من 100 نقطة إلى 112.4.

أنت تريد أن تحسب القوة الشرائية الفعلية لميزانية الدواء لديكم، وتضع في الحسبان زيادة الأسعار في هذا البلد المجاور، وقال لك الرجل الاقتصادي أنه يمكنك حساب القوة الشرائية الحقيقة بإتباع الخطوات التالية:

1. احسب معامل الانكماش - الكمية التي تناقصت من سعر الشراء بسبب ارتفاع الأسعار.
2. احسب القوة الشرائية الحقيقة للميزانية الخاصة بكم.
3. راقب ماذا حدث لميزانية الدواء عندما وضعت في الحسبان التغييرات العامة في الأسعار؟

الجدول 4-2: الميزانية القومية للدواء، والتضخم.

السنة	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1. ميزانية الدواء (بالكواشا)	3.265.793	4.021.997	3.355.807	3.453.768	5.731.221	7.500.000
2. معدل التغيير - اكتواشا = دولار	1.23	1.12	0.91	0.83	0.67	0.59
3. الإجمالي بالدولار	4.016.925	4.504.637	3.053.784	2.866.627	3.839.918	4.425.000
4. مؤشر الأسعار في الدولة التي يستورد الدواء منها (100=2000)	100	112.4	126.3	142	159.6	179.4
5. معامل الانكماش /Deflator (100 مؤشر الأسعار)	1	0.89				
6. الإجمالي بالدولار الأمريكي (بالسعر الثابت)	4.016.925	4.009.127				

التغذية الراجعة:

1. لمقارنة الفرق في القوة الشرائية بين عامي 2000، 2001 أنت تحتاج إلى تقسيم مؤشر الأسعار لسنة 2000 مؤشر الأسعار الخاص بعام 2001، وبما أن مؤشر أسعار 2000 هو 100، فإن معامل الانكماش يساوي 100 مقسومة على سجل أسعار 2001 $0.89 = \frac{100}{112.4}$ (الصف رقم 5)، وهكذا فإن الدولار الواحد في 2001 يساوي فقط 0.89 دولار، ولا يستطيع شراء ما كان الدولار الواحد يشتريه في عام 2000.
2. احسب القيمة الشرائية الحقيقة لميزانية الدواء المحسوبة بالدولار عن طريق مضاعفة (ضرب) كميات الدولار (الموجودة في الصف رقم 3 من الجدول) في معامل الانكمash، وهكذا تجد أنه بالنسبة للمثال الخاص لعام 2001 تكون القيمة الشرائية الحقيقة $4.009.127 = 0.89 \times 4.504.637$ الموضحة في الصف رقم 6.

وأكمل الصف رقم 6 بوضع القيمة التي تحسبها بهذه الطريقة في المكان الفارغ بكل خلية من خلايا الجدول، ويمكنك أن تراجعها في مقابل (الجدول رقم 5-2).

3. طلما وضعت في الاعتبار الزيادة (التضخم) فإن قيمة ميزانية الدواء لديك في عام 2005 تكون فقط 60 % من قيمة ميزانية عام 2000، وهكذا، فإنه بالرغم من حقيقة أن الحكومة قد ضاعفت ميزانية الأدوية بعملة الكواتشا (Kwacha)، فإن هذه الميزانية قد تأكّلت بفعل التضخم، وانخفاض قيمة العملة الشرائية.

تجارة السلع والخدمات المرتبطة بالصحة:

أخيراً أصبح قطاع الصحة هو المسؤول بشكل كبير عن التجارة المباشرة للسلع والخدمات الصحية حيث نجد أن الإنفاق على قطاع الأدوية تمثل حصة بارزة في الإنفاق الصحي في كل بلاد العالم، وهي يمثل أيضاً أهم المنتجات المرتبطة بالصحة والتي تمثل قيمتها ما يقرب من 55 % من إجمالي التجارة الصحية من حيث القيمة (المشاركة التي تأتي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية في تجارة السلع ذات العلاقة بالصحة هي الأجهزة الصغيرة، والمعدات والتي تمثل 19 % من إجمالي الإنفاق الصحي)، ويركز السوق بشكل متزايد على شمال أميركا، وأوروبا، واليابان، والذي يحسب له حوالي 75 % من المبيعات (بالقيمة) (Smith et al 2009).

وبصفة عامة، فإن الدول ذات الدخل المرتفع تنتج، وتورد، أو تصدر قيمة كبيرة من الصناعات الدوائية، أما الدول ذات الدخل المتوسط، أو ذات الدخل المنخفض فهي تستورد هذه المنتجات بالرغم من أن هناك من ينتج، ويصدر مستويات منخفضة من هذه المنتجات، وهذا يؤدي بكثير من الدول النامية إلى وجود عجز تجاري في المنتجات الطبية الحديثة، والتي غالباً ما تؤدي إلى وجود عجز عام في القطاع الصحي لهذه الدول، ومع ذلك فإن ما يثير الاهتمام حتى بين الدول ذات الدخل المرتفع، وجود عجز ملحوظ في تجارة الدواء وذلك بسبب المستويات المرتفعة من استهلاك الأدوية، والتجارة في الخدمات الصحية، فقد توسيع أيضاً بشكل كبير في العقد الماضي بسبب الدفعات التي قدمتها منظمة التجارة العالمية للتجارة في الخدمات وبشكل أكبر من خلال الاتفاقية العامة للتعريفات الجمركية والتجارة والتي تسمى (General Agreement on Tariffs and Trade ; GATTs).

وأصبحت العولمة لها جانب من الإمكان بفضل التحسينات الطارئة على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات (Yach 1998)، وقد ساهمت هذه التحسينات أيضاً في التحكم عن بعد في نطاق الخدمة الصحية من بلد آخر، والتي تعرف وهي ممارسة الرعاية

الصحية المدعمة بالعمليات الإلكترونية (E.Health) على سبيل المثال التشخيص/
الأشعة/الفحوص المخبرية والاتصال واختبارات المعامل، والجراحات التي تجري عن
بعد، وكذلك الاستشارات.

وهناك نوع آخر من التجارة في الخدمات الصحية نشأ عن طريق استهلاك
الخدمات الصحية في الخدمات، وهو يعرف أيضاً باسم «السياحة الصحية» وهو
يتعلق بالأفراد الذين يختارون السفر إلى الخارج للحصول على علاج طبي، وهذا
يجلب تقريباً 4 مليون مريض كل عام، مما يجلب من 40-60 مليون دولار (بيان
وكريشنان، 2003).

(الجدول 2-5): تأثير انخفاض قيمة العملة والتضخم على الميزانية القومية للدواء.

السنة	1. ميزانية الدواء (بالكواشا)	2. معدل التغير- كواشا = دولار	3. الإجمالي بالدولار	4. مؤشر الأسعار في الدولة التي يستورد فيها الدواء (100=2000)	5. معامل الانكمash (100/مؤشر أسعار)	6. الإجمالي بالدولار الأمريكي (بالسعر الثابت)	2005	2004	2003	2002	2001	2000
7.500.000	5.731.221	3.453.768	3.355.807	4.021.997	3.265.793							
0.59	0.67	0.83	0.91	1.12	1.23							
4.425.000	3.839.918	2.866.627	3.053.784	4.504.637	4.016.925							
179.4	159.6	142	126.3	112.4	100							
0.557	0.627	0.704	0.792	0.89	1							
2.464.725	2.407.629	2.018.105	2.418.597	4.009.127	4.016.925							

الصحة والسياحة الطبية: حالة الأردن

إن سبب الجودة المرتفعة للخدمات الصحية المقدمة، بدأ المرضى العرب في زيارة الأردن طلباً للعلاج الطبي منذ بداية السبعينيات 1970، وفي التسعينيات 1990 بدأت الأردن في الاهتمام برفع مستوى الخدمات الصحية من أجل التصدير، وفي عام 1998 أنشأت وزارة الصحة مكتباً في مطار الملكة عالية لتسهيل دخول المرضى الأجانب، وبينما كانت الأردن تستثمر في رفع مستوى وتحديث مستشفياتها العامة وكليات الطب الموجودة بها ومدارسها، فإن مستشفيات القطاع الخاص هي التي سيطرت على السوق الخاص بالسياحة العلاجية، أو السياحة الطبية، ويتبغ أو يُحسب للقطاع الخاص 54% من المستشفيات الموجودة بالبلاد ونسبة 46% من عدد الأسرّة المتاحة، وهذه المستشفيات الخاصة تتبع التقدم العالمي، وعلى اتصال بالمستشفيات والمراكم الطبية المعروفة في أوروبا وأمريكا الشمالية.

وقدر الدخل الناتج عن السياحة الطبية في الأردن بأنه تعدى البليون دولاراً أمريكيّاً في عام 2003، والغالبية العظمى كانوا من السائحين لأغراض العلاج في الأردن يأتون من العالم العربي، وخاصة من اليمن، والسودان، والبحرين وسوريا، ولبنان، وفلسطين، والمملكة العربية السعودية، ودول أخرى، ومعظم المرضى يأتون للعلاج من أمراض القلب، والأعصاب، والعظام، وأمراض أخرى داخلية.

وكما زاد التحرر وأصبحت الهجرة أسهل، فإن حركة الناس عبر الحدود تزداد أيضاً، ولذلك فإن الكثير من المهنيين المحترفين في الصحة يختارون السفر من بلادهم إلى البلاد الغنية والأكثر تطويراً، وهذه هي الحال بالنسبة للأطباء، والتمريض، والصيادلة ومساعدي الأطباء، وأطباء الأسنان، والمختصين في المعامل الفنية، هذا ويقدر في إنجلترا أن العدد الإجمالي للأطباء الأجانب قد زاد من 20.923 في عام 1970 إلى 69.813 في عام 2003 (Connele et al. 2007) (Connele et al. 2007). وقد لا تبدو هذه الأرقام ذات دلالة، ولكنها غالباً تمثل مشاركة كبيرة للأطباء الأجانب في أصحاب هذه البلاد، ففي غانا على سبيل المثال، عدد الأطباء الذين يغادرون يصل إلى 30% من عدد الأطباء الموجودين (Connele et al. 2007).

الملخص:

تزايد أهمية الاقتصاديات الكبرى بالنسبة لكل من الصحة والرعاية الصحية، وخاصة أن الاقتصاديات تصبح أكثر تكاملاً من خلال التجارة العالمية والأنظمة المالية، وفي هذا الفصل تم شرح المفاهيم الأساسية من خلال الاقتصاديات الكبرى وتطبيق هذه المصطلحات فيما يتعلق بالصحة والرعاية الصحية، والصحة ضرورية ليس فقط لنمو وتطور الإنسان، ولكن أيضاً للنمو والتطور الاقتصادي بالمثل، وقد رأيت أن المؤثرات الخارجية والخاصة بالاقتصاديات كبيرة في الصحة وكيف يمكن أن تكون هذه التأثيرات عميقة وعكسيّة، والارتباطات المتكاملة بين الدول تعني أن القطاعات الصحية أكثر قابلية وتعرضها للصدمات بسبب تلك الأحداث التي تقع هنا وهناك في جميع أنحاء العالم.



الباب الثاني

العرض والطلب

Demand and supply

الفصل الثالث

نموذج مبسط من الطلب

A simple model of demand

نظرة عامة:

في هذا الفصل وفي الثلاثة فصول التالية، سوف نعرض عليك موضوع العرض والطلب، وكيف يؤثران في السعر، وكمية السلع المقدمة من خلال الأسواق، وبوجه خاص فإنك سوف تفكر في الكيفية التي يؤثران بها على النشاط والسعر في الرعاية الصحية، وسوف يبدأ هذا الفصل بالنظر إلى النموذج البسيط للطلب مع تحديد المتغيرات الأساسية التي تحدد الطلب، ثم بعد ذلك في الفصل نفسه، سوف تنتقل إلى تحليل لماذا يكون الطلب بالنسبة للرعاية الصحية أكثر تعقيداً، وما الذي يميشه عن الطلب في المنتجات الأخرى، وسوف ترى كيف يمكن للمعلومات الخاصة بالطلب أن يتم استخدامها كمساعد في التخطيط في القطاع الصحي.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل في هذا الفصل، سوف تكون قادرًا على الآتي:

- تعريف مصطلح الطلب.
- التوضيح بالرسم عن العلاقة بين الطلب والسعر من خلال منحنى الطلب.
- عمل قائمة بالعوامل التي تؤثر في الطلب في الرعاية الصحية.
- تعريف فائض المستهلك وتفسير لماذا يمكن استخدامه كمقياس للفائدة؟
- وصف كيفية استخدام نظرية الطلب في تخطيط القطاع الصحي.

المصطلحات الأساسية:

السلعة المكملة: هي السلعة التي غالباً ما نحتاج إليها عند استهلاك سلعة أخرى، فعلى سبيل المثال، يمكن النظر إلى السكر على أنه سلعة مكملة للشاي.

فائض الاستهلاك: الفرق بين ما يدفعه المستهلك بالفعل لشراء سلعة معينة، وبين أقصى سعر يرغب أن يدفعه في هذه السلعة، بمعنى أنها تمثل فائدة للمستهلك، وبالتحديد إذا كان المستهلك منطقياً، فسوف يشتري فقط السلعة التي يشعر بأنها تساوي أكثر مما يجب عليه أن يدفعه في شرائها.

الطلب: يعكس اختيارات المستهلكين في استهلاك سلع معينة، وفي معظم الأحيان إن السعر إذا تحرك لأعلى، مع تساوي المتغيرات الأخرى، فإن الكميات المطلوبة من سلعة معينة سوف تتجه إلى الانخفاض.

منحنى الطلب: هو رسم بياني يوضح العلاقة بين الكميات المطلوبة من سلعة معينة، وسعر هذه السلعة عندما لا يحدث تغيير في كل المتغيرات الأخرى.

السلعة الرديئة: السلع التي يقل عليها الطلب مع تزايد الدخل.

قانون تناقض، أو تضاؤل المنفعة الحدية: هناك فرض ينص على أنه كلما كانت هناك زيادة في استهلاك سلعة معينة (أقصى فائدة تم الحصول عليها) فإن المنفعة الحدية تتناقض.

طلب السوق: مجموع كل الطلبات الفردية لسلعة معينة في السوق.

السلع العاديّة: السلع التي يزداد عليها الطلب كلما ارتفع الدخل.

السلع البديلة: السلع التي يمكن استخدامها مكان سلع أخرى (القهوة والشاي يمكن النظر إليها على أنها من السلع البديلة).

المنفعة: الرضا الذي يحصل عليه شخص من استهلاك سلعة معينة.

مفهوم الطلب:

يُستخدم مفهوم الطلب في وصف العلاقة بين كمية السلع التي يرغب فيها المستهلكون، وقدرون على دفع ثمنها مع التغيير الذي يحدث فيه، ويوجد سببان

واضحان عن سبب تحليل الطلب، الأول: أن ذلك يمكن أن يستخدم في المساعدة على التنبؤ بما قد يحدث من ردود أفعال، وكذلك بالنسبة لسلوك المستهلك، فعلى سبيل المثال، إذا تم فرض رسم بالنسبة لدواء، أو اختبار، فماذا سيكون تأثير ذلك على عدد الأفراد الذين يستخدمون ذلك الدواء، أو الاختبار؟ والثاني: معرفة شيء ما عن طلب الناس بالنسبة للرعاية الصحية قد يقول شيئاً عن مدى تقديرهم لسلعة معينة، وهذا يمكن وبالتالي أن يشير إلى قرارات سياسية مثل كم من السلع التي يجب تدعيمها مالياً؟ وهنا سوف نبدأ باختبار نموذج بسيط للطلب وتحديد المتغيرات التي تؤثر في الطلب على السلعة.

الاحتياجات والطلب:

نحن كمستهلكين لنا جميعاً احتياجات مختلفة من السلع والتي نكتسب من خلالها بعض الإحساس بالرضا، وكما هو موضح في الفصل الأول، بافتراض وجود الدخل المحدود، فنحن لا نستطيع استهلاك كل ما نريد من سلع، ونتيجة لذلك يجب أن تكون لدينا اختيارات.

ولاحظ أنه من أجل إيجاد الطلب وليس من الضروري أن يكون هناك شراء فعلى لشيء ما، فعلى سبيل المثال، رغبتي في أن أدفع لشراء علبة باراسيتامول خمسة جنيهات وفي حالة بيعه حالياً بسبعة جنيهات، فإنه بالرغم من أن لدى طلب عليه، فلن يحدث نوع من التفاعل المتبادل عن طريق شرائه، وإذا كان الباراسيتامول متوفراً مع ذلك بسعر (5) جنيهات (أو أقل) فعندئذ سوف يتم التفاعل المتبادل، وعلى ذلك فإن الكمية المطلوبة هي ذلك الكم الذي يريده وقدر على دفعه وهذا ليس بالضرورة المبلغ نفسه الذي يشترون به.

محددات الطلب:

الكمية المطلوبة يتم التعبير عنها اصطلاحياً باستخدام المعادلة التالية:

الطلب = $F = P(Y, P_c, P_s, T)$ حيث:

F = التدوين (التنويط) الرياضي المعياري وتعني: وظيفة لكذا.

P = سعر السلعة.

Y = الدخل.

P_c = سعر السلع المكملة.

P_s = سعر السلع البديلة

T = التذوق أو التفضيل.

وكل رمز من هذه الرموز سوف يتم شرحه الآن:

إن كمية سلعة معينة التي يريد أهل المنزل شرائها، هي وظيفة للسعر (P) الخاص بهذه السلعة، فإذا كان سعر الباراسيتامول جنيهًا واحدًا، فقد تستعد لشراء كمية في السنة الواحدة أكبر مما إذا كان السعر 10 جنيهات للعلبة، وبالنسبة لمعظم السلع، كلما ارتفع السعر كلما قل طلب الناس على شرائها، وكلما هبط السعر كلما ازداد الطلب على شراء كميات منها.

إن الكمية المطلوبة ترتبط أيضًا بحجم دخل المستهلكين (Y)، فكلما زاد دخلك، كلما زاد الطلب على السلع تحت أي سعر، وبعد ذلك، فإنه إذا هبط الدخل، فإنك سوف تستخدم قدرًا أقل من الباراسيتامول في سنة واحدة.

إن الطلب على سلعة معينة يتأثر أيضًا بالأسعار النسبية للسلع الأخرى (Ps, P_c)، فعلى سبيل المثال، إذا ظل سعر الباراسيتامول ثابتًا عند 5 جنيهات للعلبة الواحدة، ولكن سعر السلعة البديلة مثل الأسبرين قد هبط، فربما أنت الآن تشتري باراسيتامول بكمية أقل في السنة الواحدة كما كان يحدث من قبل، لأنه أصبح الآن أقل جاذبية.

ومن المهم عمل تمييز بين السلع المكملة والبديلة، فالسلع المكملة هي تلك التي تم شراؤها في اقتران مع الإنتاج الخاص أو الموجود لديك (مثل سرنجات وإبر الحقن)، أما السلع البديلة هي تلك السلع التي تستطيع استخدامها بدلاً من السلعة التي لديك (إذا كنت تشتري الباراسيتامول من أجل علاج الصداع فإن البديل يمكن أن يكون الأسبرين)، وإذا ارتفعت أسعار السلع المكملة فعندئذ قد يهبط الطلب على سلعتك وإذا زاد سعر السلع البديلة، فإن الطلب على سلعتك قد يزيد.

والسعر الذي تتطلع به إلى شراء الباراسيتامول هو أيضًا وظيفة للتذوق أو التفضيل لديك، فإذا حدث تغيير في التذوق (عندما تحدث لك حساسية من استخدام الباراسيتامول) عندئذ سوف يتغير الطلب لديك بالنسبة لهذا الدواء بالذات، وسوف تكون جاهزاً لشراء أقل (أو لا شيء) من الباراسيتامول لاحظ أن طلبك على الباراسيتامول ليس فقط وظيفة تذوقك لهذا الدواء المعين، بل أيضاً تذوقك لسلع أخرى.

ومحددات الطلب يمكن أن تكون معقدة، كما هو موجود في المقتبس العلمي التالي بواسطة وايزمان وأخرين (Wiseman et al. 2007) والذي يوضح الآتي:



التدابير الاحتياطية لشبكة المبيدات الحشرية المعالجة في مناطق الملاريا، مقبولة بشكل واسع كنوع من الخدمة الصحية العامة الضرورية، وأحد الأسباب الرئيسية لذلك، أنه عند استخدامها بالطريقة الصحيحة، فإن تأثيرها يؤدي إلى وجود حماية كاملة من لدغات البعوض، تنتشر بشكل واسع الكفاءة وفاعلية التكلفة الخاصة بهذه الشبكة في التراث الأدبي للعلم، فإن القليل هو الذي تمت معرفته عن مدى وقوف التفاعل بين العوامل المختلفة التي تؤثر في الطلب على المستوى المنزلي، وهذه الدراسة تتبع نموذجاً للشبكات أو الستاير (ناموسيات) التي تتوضع على السرائر أو الأسرّة في إقليم فارافيني في جامبيا.

لقد أوضحت النتائج أن حجم سكان المنازل، والإنفاق على المنتجات الخاصة يمنع الملاريا وكذلك الإجراءات، وال السن، والتعليم، والأصول العرقية، ووظيفة، وسكان (رب الأسرة) المنزل، وعمّا إذا كان الطريق إلى الجماعات متعدّر، أو يصعب اجتيازه في أوقات معينة من السنة، كل ذلك محددات ذات دلالة لامتلاك الشبكات التي تتوضع على الأسرّة، (ناموسيات) على الأرجح فقد ينقص الطلب على هذه الشبكات مع ارتفاع عدد أفراد الأسرة، أو المنزل من سن 20 إلى 29 وتزايد الأعداد التي يتراوح أفرادها من 5-9 سنوات، وكلما زاد إنفاق المنزل على أشكال أخرى من وسائل الوقاية من الملاريا، مثل استخدام الأسلاك الشبكية وطارد البعوض، وبذلك يقل احتمال امتلاكم لشبكة (ناموسيات) تتوضع على السرير، وكلما كان رب الأسرة أكبر سنًا، وكلما زاد تعليمه أو تعليمها، كلما زاد احتمال استخدام شبكات السرير، والبيوت التي يكون فيها العائل رجل أعمال تكون أقرب أيضاً إلى امتلاك هذه الشبكة، وكلما زاد عدد أفراد المنزل من ذوي القرابة المباشرة لصاحب المنزل، تزايدت كذلك فرص امتلاك شبكات السرير (عند مستوى 10 %)، وتميل قبائل «الولوف» (Wollof) والفو لا (Fula) أن تكون الأقل في امتلاك شبكات الأسرة مقارنة بالمنازل المملوكة للماندينيكا المزارعين، وفي الفترة الأخيرة، فإن المنازل الموجودة في المجتمعات التي تسكن خارج الطرق الرئيسية في أوقات مختلفة من السنة بسبب الفيضانات ولأسباب أخرى، أقل في امتلاك هذه الشبكات.

* الولف (Wollof). والفو لا (Fula). والماندينيكا (Mandinka). هي جماعات قبلية مختلفة تعيش في إقليم فارافيني (Farafenni) في جامبيا.

منحنى الطلب:

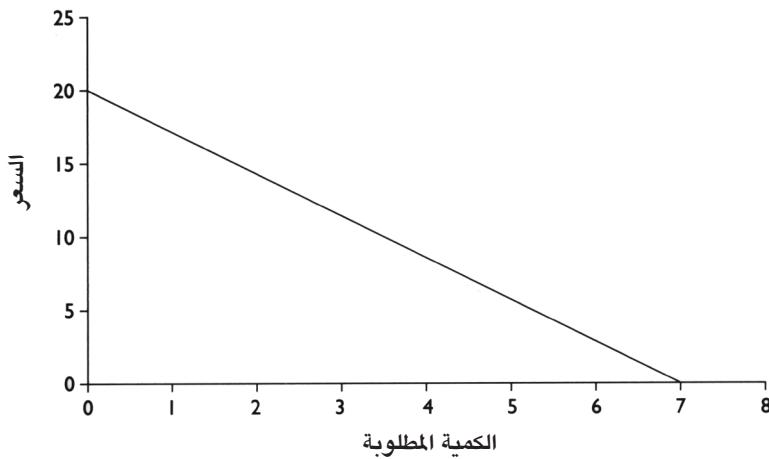
دعنا نبدأ بالنظر إلى العلاقة بين السعر والكمية المطلوبة، ومن هناك سوف نستقر منحنى الطلب، وكمستهلك محتمل للباراسيتامول، فإنه إذا كان سعر العلبة محدداً بعشرين جنيهاً، فإنني قد لا أشتري ولو علبة واحدة طوال العام، أما إذا كان السعر 15 جنيهاً، فقد اشتري علبة واحدة طوال العام وهكذا حتى يصل السعر إلى 5 جنيهات فقد استعد لشراء 5 علب في العام، وحتى إذا كانت علبة الباراسيتامول تباع مجاناً، فإنني قد لا أستعمل سوى 7 علب في العام الواحد. (الجدول 1-3) يوضح هذه العلاقة.

(الجدول 1-3): العلاقة بين السعر وبين الكمية المطلوبة.

الكمية المطلوبة في عام واحد	سعر الباراسيتامول (بالعلبة)
صفر	20 جنيه استرليني
1	15 جنيه استرليني
3	10 جنيه استرليني
5	5 جنيه استرليني
7	صفر (جنيه استرليني)

من خلال المعلومات السابقة يمكننا اشتاق منحنى الطلب (ويسمى أيضاً جدول الطلب) كما هو مقدم في (الشكل 1-3)، ومنحنى الطلب عبارة عن تمثيل بياني للعلاقة بين السعر، والكمية المطلوبة، مع ثبات كل المتغيرات الأخرى، وينذكر أن «قانون الطلب» ينص على أن سعر السلعة عندما يزيد فإن الطلب عليها ينخفض، مع بقاء كل المتغيرات الأخرى في حالة ثبات، وكل نقطة على هذا المنحنى ترتبط بالكميات المطلوبة عند أسعار مختلفة، ومنحنى الطلب عادة ما يتوجه لأسفل، وذلك بسبب أن السلع الطبيعية، والمستهلكين يميلون إلى شراء كميات أكبر كلما اتجهت الأسعار إلى الانخفاض، وبالرغم من أنه يشار إليه على أنه منحنى إلا أنه يمثل خطًا مستقيماً لأغراض إيضاحية، وشكله الفعلي بالطبع هو سؤال تجريبي واقعي.

ومن خلال هذا المنحنى للطلب، نستطيع أن نحسب كم عدد علب الباراسيتامول التي ستكون مطلوبة عند مستوى سعر معين، أو بدلاً من ذلك، ما هو السعر الذي عنده يتتأكد طلب كمية معينة.



(الشكل 1-3) منحنى الطلب لدواء الباراسيتامول.

انحدار منحنى الطلب:

لقد تحدثنا أعلاه عن أن منحنى الطلب عادة ما ينحدر نحو الأسفل –ولكن لماذا؟ إن هناك مؤشران مهمان يساعدان على فهم أسباب انحدار منحنى الطلب إلى أسفل– الكلمات من اليسار إلى اليمين (لماذا تنخفض الكمية المطلوبة عند ارتفاع السعر)، فعلى سبيل المثال إذا ارتفع سعر القهوة، ينخفض استهلاكها، ويزداد استهلاك مشروبات أخرى مثل الكاكاو، أو الشاي، ولا يوجد هناك سبباً للاعتقاد بأن الرضا الذي يحصل عليه المستهلكون من تناول كوب من القهوة أو من الشاي، قد تغير، ومع ذلك، فإن التحول في الطلب يحدث بسبب أن الرضا الذي يحصل عليه في مقابل الجنيه الواحد الذي نفقه على القهوة ينخفض في مقابل الجنيه الذي تم إنفاقه على الشاي، والاقتصاديون يسمون ذلك بـمصطلح (أثر الإحلال) أنه محاولة من جانب المستهلكين لضبط عملية الاستهلاك في ضوء التغيير في الأسعار، وهذا يفسر جزئياً لماذا ينحدر منحنى الطلب إلى أسفل.

أما التأثير الثاني المهم هو «تأثير الدخل»، فأهم محددات الكمية الكلية للسلع التي تستهلكها، هي دخلك، والأسعار، فعندما يرتفع سعر سلعة معينة (مثل البنزين)، إذا داومت على شراء الكمية نفسها التي كنت تشتريها من قبل، فسوف يكون لديك دخل متاح أقل لشراء سلع أخرى، وهكذا فإن الارتفاع في سعر البنزين يساوي، أو يماثل الهبوط، أو الانخفاض في الدخل، وتأثير الدخل هذا يعني أنك سوف تشتري

سلعاً أقل عندما ترتفع أسعارها وذلك حتى يكون هناك دخلاً كافياً متاحاً لشراء سلع أخرى.

ومنجاً إلى جنب، فإن «تأثير الدخل» (الميزانية المحدودة تعني أنك تستطيع أن تشتري فقط كميات أقل من السلعة) والتأثير البديل (أن تعمل مقايضة مع سلع بديلة أقل سعراً) يعطي منحني الطلب انحداراً إلى الأسفل.

طلب السوق:

حتى هذه النقطة كنا نركز على المستهلك الفرد، وقد تتعجب ما هي المقتضيات الخاصة بقياس الطلب عندما يكون هناك أكثر من مستهلك، إن هذا يُعرف «بطلب السوق»، وهو ببساطة حاصل جمع الكميات المطلوبة بواسطة كل مشترٍ أو منزل. عند أسعار مختلفة، فعلى سبيل المثال، نفترض أن هناك اثنان من المستهلكين فقط، عندئذ فإن طلب السوق يستمد من طلب الأفراد كما هو موضح في (الشكل 2-3).

(الجدول 2-3): طلب السوق من الباراسيتامول.

الكمية المطلوبة بواسطة كل من أ، ب في السنة	الكمية المطلوبة بواسطة المستهلك ب في السنة	الكمية المطلوبة بواسطة المستهلك أ في السنة	سعر الباراسيتامول
2	2	صفر	20 جنيه استرليني
6	5	1	15 جنيه استرليني
9	6	3	10 جنيه استرليني
13	8	5	5 جنيه استرليني
16	9	7	صفر (جنيه استرليني)

وحتى هذا القدر فإننا قد عرضنا الأشياء بشكل مبسط، مستخدمين أمثلة مثل دواء الباراسيتامول، ومع ذلك، فسوف نرى في المثالين القادمين أن هناك الكثير من الأمثلة ذات الصلة بتمويل الرعاية الصحية والتي تحتوي على تحليل الطلب.



تجربة (RAND) في الولايات المتحدة (Manning et al. 1987)

كانت تجربة التأمين الصحي (RAND) في الولايات المتحدة علامة رئيسية في اقتصاديات الصحة، وهذه التجربة استخدمت عينات عشوائية من الأفراد الذين تم توزيعهم على خطط أو مشروعات تأمين صحي مختلفة، كل منها تفرض تكلفة مختلفة بالدولار على استخدام الخدمات الطبية، وقد تضمنت تغطية الإنفاق معظم الخدمات الطبية، وأوضحت النتائج أن المنفعة تتجه للاستجابة للمبالغ المدفوعة من خارج الجيب الخاص، وقد تسببت الخطط ذات التكاليف المرتفعة في وجود عدد أقل من الزيارات وجهاً لوجه، مما يقترح وجود علاقة سلبية بين السعر وكم الخدمات الطبية المطلوبة في السنة، وهذا يقترح أن استخدام الخدمات الصحية يكون حساساً بالنسبة للأسعار التي تتبع بها نظرية الطلب.

إلغاء رسوم مستعملي الخدمات في زامبيا (Masiye et al. 2010)

المدخل لسياسات المشاركة في التكاليف، مع تركيز محدد على مدفوعات رسوم علاج مستعمل الخدمة، أصبح ملماً رئيسياً في إصلاح التمويل المالي في الصحة في بلاد كثيرة في أفريقيا، وببلاد أخرى ذات دخول متوسطة وضعيفة وذلك في فترة الثمانينيات والتسعينيات، وسرعان ما ألقى البحث أصواتها على ذلك التأثير الدرامي السلبي للرسوم، أو نفقات العلاج على المنفعة من الخدمة، ففي 13 يناير 2006، أعلن رئيس زامبيا قانوناً بإلغاء رسوم استخدام الرعاية الصحية الأولية، والتسهيلات الخاصة بها، وذلك في أقاليم محددة بالريف، وكان هذا نقلة رئيسية في سياسة الإعفاء الذي يهدف إلى رعاية صحية أولية مجانية عبر البلاد، وقد تمت في هذه الدراسة مراجعة أداء الرعاية الصحية الأولية في زامبيا، بعد مرور 15 شهر من تنفيذ هذا القانون، وباستخدام قائمة من البيانات الخاصة بالتسهيلات القومية، وجد أن المنفعة قد تزايدت لدى سكان الريف في الأعمار عند 5 سنوات على الأقل بنسبة 55 %، وبشكل مهم، فإن تزايد المنفعة كان أكبر في المقاطعات ذات المستويات الأعلى من الفقر والحرمان.

وسوف نعود إلى الموضوع الخاص برسوم مستعمل الخدمة في الفصل 8 والفصل 13، وكذلك المتضمنات الخاصة بالعدالة والإنصاف في الفصل 17.

التغيير في الطلب:

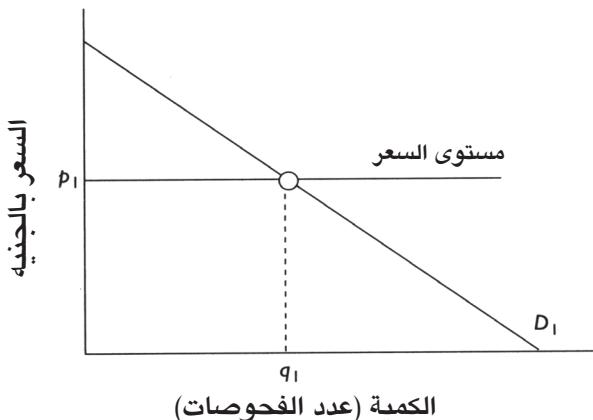
عندما نتحدث عن تغيير في الطلب، فإن ذلك يُظهر بوضوح في وجود نقلة أو حركة على امتداد منحنى الطلب (Shift).

إن الحركة على امتداد منحنى الطلب تكون نتيجة تغيير يحدث في سعر السلعة، وكما هو موضح من قبل، عندما ينخفض سعر علبة الباراسيتامول من 15 إلى 10 جنيهات ويرتفع بذلك الطلب عليها من علبة واحدة إلى ثلاثة علب في السنة الواحدة.

إن النقلة أو التغيير الذي يحدث في المنحنى يكون نتيجة تغيير يحدث في متغيرات أخرى (التنوّق والتفضيل، الدخل، وأسعار السلع الأخرى، إلخ) وعلى سبيل المثال، أن نضع في الاعتبار ما الذي تحدث للطلب إذا ارتفع الدخل، وإذا لم تحدث تغييرات أخرى، فإن الكمية المطلوبة بالنسبة لمعظم السلع سوف ترتفع مع زيادة الدخل.

نشاط 1-3:

1. نفترض أنه توجد حملة تعليم صحي من أجل أن تلقي الضوء بالنسبة للمجموع العام من السكان على فوائد الفحص الدوري للأنسنان (والذي يجب أن يدفع الناس له مباشرة)، فماذا تعتقد أن يكون التأثير على الكمية المطلوبة من خدمات الأنسنان ضع علامة على هذا التأثير في (الشكل 3-2)، وضع لها عنواناً واضحاً.



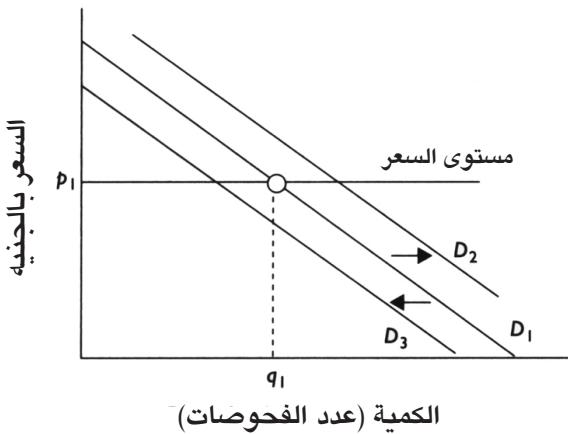
(الشكل 3-2): الطلب بالنسبة للفحوصات الخاصة بصحة الأسنان.

حيث أن p_1 = السعر، q_1 = الكمية، D_1 = الطلب للفحوصات الخاصة بصحة الأسنان.

2. افترض أن عيادة الأسنان قد تم نقلها إلى منطقة خارج المدينة حيث تكون بعيدة عن معظم السكان، وذلك يمنع الناس من استعمال هذه الخدمة، ضع علامة لهذا المؤثر على (الشكل 3-2)، ووضع عليها علامة واضحة.

التغذية الراجعة:

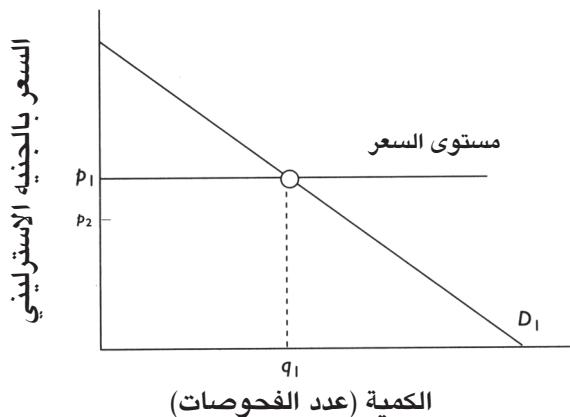
- إذا كان برنامج تحسين الصحة فعالاً فسوف يتسبب ذلك في زيادة التفضيل لعملية فحص الأسنان وهذا يعني زيادة كمية الطلب عند كل سعر، وذلك يعني انتقال المنحنى في اتجاه اليمين (من D_1 إلى D_2 في الشكل 3-3).
- إذا أصبحت المستشفى أكثر بُعداً عن الناس فإن ذلك يعني أن الانتقال أو السفر إليها يصبح أكثر تكلفة في ضوء الزمن اللازم وتكاليف الانتقال، ويمكن اعتبار السفر إلى المستشفى على أنه تكميلة لعملية الفحص، والتكلفة الزائدة في السفر سوف تتسبب في نقص الكمية المطلوبة لعملية الفحص عند كل الأسعار، وينتقل منحنى الطلب هنا إلى ناحية اليسار (من D_1 إلى D_3 في الشكل 3-3).



(الشكل 3-3): تغيرات في الطلب بالنسبة للفحوصات الصحية للأسنان.

نشاط 2-3

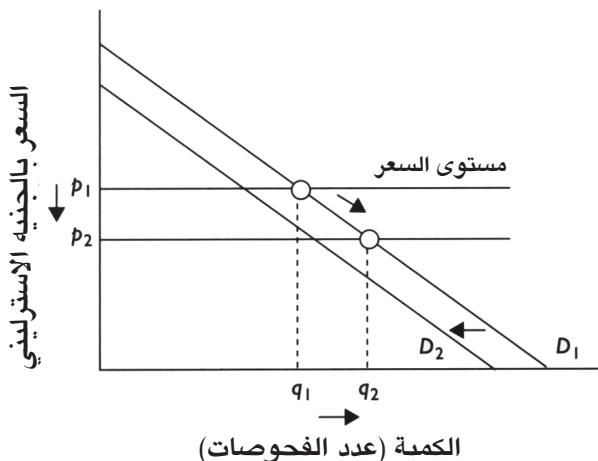
- نفترض أن سعر التكلفة لفحص الأسنان انخفض من p_1 إلى p_2 ، ضع علامة بالتأثير على (الشكل 4-3).
- إذا انخفضت دخول الأفراد، ماذا يكون التأثير على طلب الفحص الطبي للأسنان؟ مرّة أخرى، ضع علامة التغيير على (الشكل 4-3).



(الشكل 4-3): طلب الفحص الطبي للأستان.

التغذية الراجعة:

1. هذا الانخفاض في السعر يمكن تمثيله بالحركة على طول منحنى الطلب، وبما أن منحنى الطلب ينحدر لأسفل، فإن الكميات المطلوبة تزيد (من q_1 إلى q_2) في الشكل 5-3.
2. إذا كان فحص الأسنان جيد بطريقة طبيعية (وليس لديك سبب للاعتقاد بغير ذلك) فإن الهبوط، أو انخفاض الدخل سوف يؤدي إلى نقص في الكمية المطلوبة عند كل الأسعار، ومن ثم سيتجه، أو ينتقل منحنى الطلب إلى ناحية اليسار (من D_1 إلى D_2) في الشكل 5-3.



(الشكل 5-3): التغييرات في الطلب بالنسبة للفحوصات الطبية للأستان.

الطلب والمنفعة:

الآن، دعنا ندخل بشكل أعمق قليلاً في العلاقة بين تفضيلات الناس وبين الطلب لديهم، وفي هذا النموذج من الاستهلاك الفردي، فإن التفضيلات وتقيد وبالدخل وبالأسعار السلع، وسوف نفترض أن كل فرد لديه كم معين من الدخل الذي ينفق منه، ذلك أن كل الأفراد يستهلكون كل السلع التي يشترونها خلال فترة زمنية نسبية، وأن الأفراد لا يستطيعون التأثير في أسعار السلع التي يشترونها.

والطريقة التي يوزع بها الأفراد الدخل الخاص بهم على شراء السلع سوف تعتمد على مدى الرغبة وعدم الرغبة (الفضائل)، وطبقاً للاقتصاديون، فإن الطريقة التي نضع أو نقسم بها دخولنا عبر المدى الواسع من السلع المتاحة، تشير إلى بعض المحاولة أو التطلع إلى مضاعفة المنفعة التي نحصل عليها وهي بذلك تعكس تفضيلاتنا.

والمفعة الكلية هي المجموع الكلي للرضا الذي يحصل عليه الفرد من استهلاك السلع، وتعتمد المنفعة الكلية على مستوى الاستهلاك لدى الفرد - فالزيادة في الاستهلاك بصفة عامة تعطي المزيد من الرضا الكلي، والمنفعة الحدية هي التغيير في المنفعة الكلية الناتجة عن زيادة في وحدة واحدة في كمية استهلاك سلعة معينة، وسوف نذكر من الفصل الأول أن تقليل، أو تلاشي المنفعة الحدية يعني أننا عندما يكون استهلاكتنا أكثر، وأكثر من سلعة معينة، فإن المنفعة التي نحصل عليها من كل وحدة زيادة في الاستهلاك سوف تتجه إلى الهبوط، أو النقص.

والأشياء تصبح أكثر تعقيداً عندما يتم إدخال أسعار وسلع عديدة، ومن أجل مضاعفة المنفعة فإن ما نريد أن نؤكد هو أن الجنية الأخير (أو أي وحدة عملة أخرى) قد تم إنفاقه على كل سلعة تحمل المنفعة نفسها بالنسبة لك مثل الجنية الأول، وطبقاً لنظرية المنفعة، عند تقريرك لتوزيع دخلك على سلع مختلفة، فإن المنفعة تتضاعف عندما:

$$\frac{\text{المنفعة الحدية للسلعة ج}}{\text{سعر السلعة ج}} = \frac{\text{المنفعة الحدية للسلعة ب}}{\text{سعر السلعة ب}} = \frac{\text{المنفعة الحدية للسلعة أ}}{\text{سعر السلعة أ}}$$

والمستهلكون عندئذ أيضاً يضارعون منفعتهم عندما يكون معدل المنفعة الحدية

للسعر تتساوى بين كل السلع، وعند هذه النقطة ربما تفكك كالاتي «أنا لم أوزع أو أخصص دخلي مثل ذلك»، إن هذه نظرية، ولكنها مع ذلك فهي نظرية قوية في الاقتصاد، وبالنسبة لعدد من الأسواق، يتضح أنها تصف بدقة تماماً كيف أن الناس على الرغم من حالة اللاشعور يوزعون الإنفاق لديهم، ولكن ربما تكون قيمتها بقيمة الافتراض المعياري أكثر من كونها ملاحظات إيجابية - فمثلاً إذا اعتقדنا أن مضاعفة المنفعة نتيجة سياسة مرغوبية، عندئذ فإن هذا النموذج يقدم قاعدة عن الكيفية التي يمكن بها انجازها أو تحقيقها.

اقرأ هذا القطعة من تأليف «باركن» وأخرين (Parkin et al. 2008)، حيث يشرحون نظرية المنفعة الحدية بتفاصيل أكثر ويقدمون مسوّقات استخدامها.

الماء ضرورة للحياة نفسها، بينما الجوادر مجرد نوع من الترف غير الضروري، وهكذا فإن الماء له قيمة أكثر من المجوهرات، ومع ذلك، فإن سعر الماء يعتبر جزءاً ضعيفاً، عن سعر الجوادر، فلماذا؟ إن هذا السؤال عبارة عن مفارقة، أو تناقض القيمة والتي احتار فيها الفلاسفة لعدة قرون، وقد حاول آدم سميث (Adam Smith) ولكنه فشل في حل هذا التناقض، ولم يستطع أي شخص، حتى قبل ظهور نظرية المنفعة الحدية، أن يعطي إجابة مرضية، أو قطعية لهذا السؤال.



يمكنك أن تحل اللغز الذي قدمه آدم سميث عن طريق التمييز بين المنفعة الكلية والمنفعة الحدية، فالمنفعة الكلية التي يمكن أن نأخذها من الماء منفعة هائلة، ولكن لا بد من ذكر، أنه كلما استمررنا في استهلاك شيء معين، فإن المنفعة الحدية له تتجه إلى الهبوط، ونحن نستعمل كميات كبيرة من الماء حتى أن المنفعة الحدية - أو الفائدة التي نأخذها من الكوب الثاني من الماء - تتلاشى أو تنخفض إلى قيمة أقل، والجوادر من ناحية أخرى لها منفعة كلية صغيرة بالنسبة للماء، ولكن لأننا نشتري عدداً قليلاً منها، فإنها تحتوي على منفعة حدية عالية.

فعندما يضاعف الفرد المنفعة الحدية، فهو يضع، أو يوزع ميزانيته بطريقة تجعل من المنفعة الحدية للجنيه الواحد الذي يتم إنفاقه متساوية

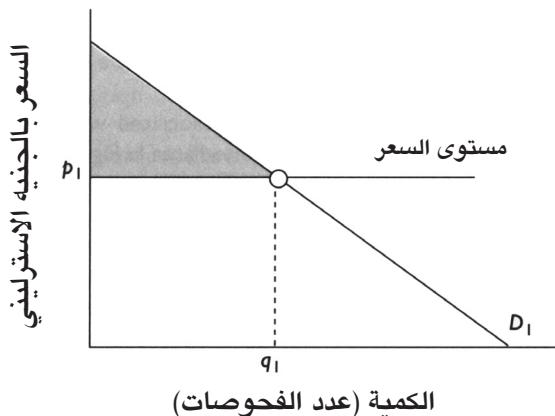
بالنسبة لكل السلع، وهذه المساواة في المنفعة الحدية للجنيه الواحد المنصرف تصدق على كل من الماء والمجوهرات، فالمجوهرات أسعارها مرتفعة ولها أيضاً منفعة حدية مرتفعة، والماء سعره منخفض وكذلك منفعة حدية منخفضة، وعندما يتم تقسيم المنفعة الحدية العالية للمجوهرات على الأسعار المرتفعة للمجوهرات، فإن النتيجة تكون رقماً مساوياً للمنفعة الحدية المنخفضة للماء مقسماً على السعر المنخفض للماء، والمنفعة الحدية لكل جنيه واحد يتم إنفاقه هي نفسها بالنسبة للمجوهرات أو الماء.

طريقة أخرى للتفكير بتناقص القيمة هو من خلال مفهوم فائض المستهلك.

فائض المستهلك:

ما زلنا نتعلم أن منحنى الطلب يوضح تطلعات المستهلك أو رغباته في الدفع، فهو يخبرنا عن المنفعة الحدية الخاصة - بالسعر الأقصى، أو الأعلى الذي يتطلع المستهلك لدفعه للحصول على وحدة زيادة من سلعة عندما تكون المنفعة مضاعفة، والآن، وقد حصلت على فهم لمصطلح المنفعة الحدية، فمن المهم أن تكون قادراً على التمييز بين القيمة (التي يحددها المستهلك) والسعر (الذي يتحدد بواسطة السوق).

وفائض المستهلك هو الفرق بين الكمية الإجمالية التي يرغب فيها المستهلك ويكون قادرًا على دفع ثمنها بالنسبة لسلعة معينة (ويشار إليها بمصطلح منحنى الطلب) والكمية الكلية التي اشتراها بالفعل (أو سعر السوق بالنسبة للمنتج)، وباستخدام مصطلحات منحنى الطلب بالنسبة لفحوصات الأسنان، نرى أن المنقطة الموجودة تحت منحنى الطلب، تمثل القيمة الموضوعة للسلعة بواسطة المستهلكين، والمنقطة أسفل خط السعر تمثل التكاليف بالنسبة للمستهلكين، ومن ثم، فإن فائض المستهلك هو المنطقة الموجودة بين منحنى الطلب، وخط السعر، وبمعنى أنها الفائدة التي يصنعها المستهلك عندما يتخذ قراراً بشراء شيء، ويقارن بالفرق بين السعر المدفوع، وأقصى ما يتطلع أن يدفعه المستهلك، والمنقطة المظللة في (الشكل 3-6) تشير إلى فائض المستهلك.



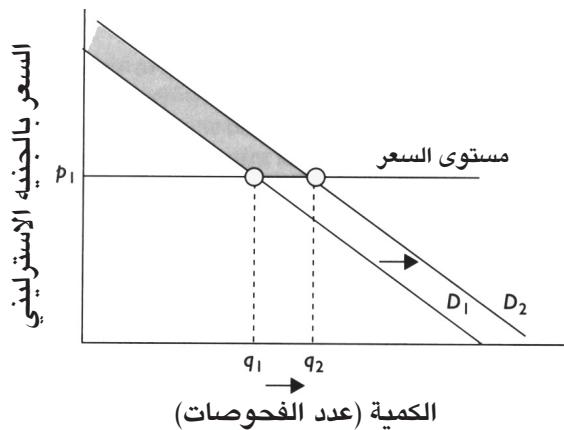
(الشكل 3-6): الطلب على الفحوصات الطبية للأسنان موضحاً فائض المستهلك

واستمراراً مع المثال السابق القديم في (النشاط 1-3)، والمكسب في فائض المستهلك بعد حملة التعليم الصحي يشار إليه في (الشكل 3-7) في المنطقة المظللة على اليمين عند الطلب 1 (D_1)، منحنى الطلب الأصلي.

نشاط 4-3:

ارجع إلى (الشكلين 3-3، 5-3) وظلل الممناطق التي تمثل التغيرات في فائض المستهلك كنتيجة للآتي:

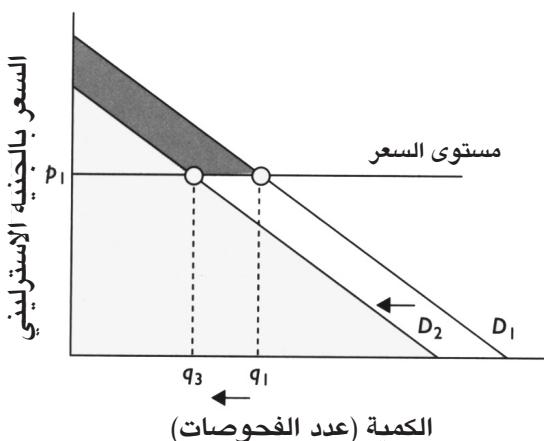
1. إعادة وضع مستشفى الأسنان في منطقة خارج المدينة (ضع علامة بذلك في الشكل 3-3).
2. هبوط سعر تكلفة فحص الأسنان - إذا تساوت سائر الأحوال - من P_1 إلى P_2 (ضع علامة على هذا التأثير في الشكل 3-5).
3. مرة أخرى في (الشكل 5-3)، ضع علامة عن التغيير في فائض المستهلك إذا هبط الدخل لدى الناس.



(الشكل 3-7): الطلب على الفحوصات الطبية للأسنان بعد حملة من التعليم الصحي.

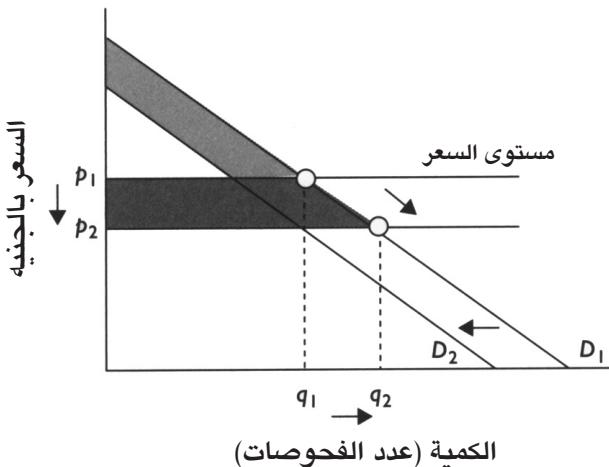
التغذية الراجعة:

1. يرتبط فقدان، أو خسارة فائض المستهلك بتغيير الموضع (الشكل 3-3)، ويشار إليه في المنطقة المظللة تظليلًا خفيفاً في (الشكل 3-8).
2. و 3. يرتبط المكسب بالنسبة لفائض المستهلك بالهبوط في السعر، الموضح في (الشكل 3-5) والمشار إليه في منطقة التظليل المعتم في (الشكل 3-9)، بينما التظليل الخفيف يشير إلى فقدان فائض المستهلك المرتبط بهبوط أو انخفاض الدخل.



(الشكل 3-8): التغييرات في فائض المستهلك الناتجة عن التغيير في الطلب.

سوف نعود إلى مفهوم فائض الاستهلاك في الفصل القادم عندما ننظر إلى مرونة سعر الطلب، وفي الفصل الثامن عند مقارنة أنماطاً مختلفة من الأسواق...، مفهوم فائض المستهلك يعتبر أساسياً أيضاً في تحليل التكلفة - الفائدة حيث يتم تحديد الفائدة كزيادة صافية في فائض المستهلك، (Fox-Rushby and Cairns, 2005).



(الشكل 3-3): تغيرات في فائض المستهلك ناتجة عن تغيير في الطلب.

الطلب على الرعاية الصحية:

يفترض الاقتصاد أن الأفراد يخصصون ميزانياتهم المحدودة لمحاولة ومضاعفة منفعتهم، وأنه عندما يفعل الأفراد هذا فإنهم يستخدمون مواردهم بكفاءة مختلفة، (يتصرف الأفراد بشكل منطقي)، ويوضح منحنى الطلب هذه الظاهرة، أنه عبارة عن خطط للكمية المطلوبة عند كل سعر عندما تكون المنفعة مضاعفة، أو في حدتها الأقصى.

وعندما نترجم هذا التفكير إلى الرعاية الصحية، تظهر المشاكل، فعلى سبيل المثال، ومثلاً لا يحدث بالنسبة لمعظم السلع الأخرى، فإن الرعاية الصحية لا ترتكن مباشرة إلى المنفعة، فالقليل من الناس هم الذين يستمتعون بالرعاية الصحية، وقيمتها تأتي من التأثير الإيجابي الذي يأمل الفرد أن يعود على صحته، وفي المقابل، فإن الرضا الذي نأخذه من الأنشطة التي نستطيع القيام بها عندما نكون في صحة جيدة

(مثل العمل، وقضاء أوقات الفراغ). فإن الطلب على الخدمات الصحية يصبح لذلك طلباً مشتقاً.

وصحة وملائمة وقابلية تطبيق مفهوم الطلب بالنسبة للرعاية الصحية، قد تمت مناقشته على اتساع، ومنذ وقت ليس قريباً ظن باولي (Pauly 1998) أن ثلاثة أربع الأسواق الطبية لا تتفق مع النموذج التقليدي للاقتصاد!

نشاط 3-5:

هل يمكنك التفكير في طرق أخرى يختلف فيها الطلب في الرعاية الصحية عن الطلب في سلع أخرى؟

التغذية الراجعة:

فيما يلي بعض الطرق التي يكون فيها الطلب على الرعاية الصحية أكثر تعقيداً من النموذج البسيط للطلب الذي تم تقديمها في هذا الفصل:

1. أن يكون الطلب على الرعاية الصحية غالباً حالة تدخل واحدة بدلاً من مطالب متكررة وعديدة كما يحدث غالباً في استهلاك الصابون أو القرص الرقمي متعدد الاستعمالات.

2. من المفترض بصفة عامة في الاقتصاديات أن المستهلكين قادرون على اتخاذ أو وضع قرارات بالنسبة لأنواع، أو أنماط الاستهلاك الخاصة بهم، ويقال هنا أن المستهلك صاحب السلطة، أو المسيطر، ومع ذلك، فإنه في حالة الرعاية الصحية، فإن المستهلكين يخولون سلطة اتخاذ القرار إلى المختصين في المجال الصحي والذين لديهم خبرة ومعلومات أكثر.

3. إدراك المرضى لما يحتاجون إليه، وقدرتهم على الاستفادة منه، والذان يكونان معًا حالة الطلب، قد تتأثر بشكل قوي بالطبيب المعالج - مقدم الرعاية الصحية.

4. هناك مشكلة أخرى ترتبط بحقيقة أن الرعاية الصحية متغيرة، إلى حد بعيد، وكل مريض لديه تركيبة مرضية تختلف بشكل بسيط من حيث الأعراض، والاعتلالات الجسدية وعلى ذلك، فإن كل مريض يحتاج لشراء رعاية طبية مختلفة قليلاً، وأكثر من ذلك، فإن الأفراد يختلفون إلى حد ما في استجابتهم للعلاج.

5. هناك فرق رئيسي، وهو أن الدفع، أو الأتعاب الخاصة بكثير من الخدمات الصحية، إما يتم بطريقة جزئية، أو بالكامل، ومن ناحية الطرف الثالث (إما شركات التأمين

أو الحكومة) والذي يعني أن الأفراد من مستعملين الخدمة قد لا تكون لديهم حساسية بالنسبة لأسعار هذه الخدمات.

وبعض أوجه الرعاية الصحية قد تتلاعماً مع نموذج الطلب البسيط بشكل أفضل من الأخرى، فعلى سبيل المثال، ما نجده في المثال السابق الخاص بدواء الباراسيتامول - فالفرد الذي لديه صداع يعرف بدرجة كبيرة تأثير استهلاك هذا الدواء، فهم يستطيعون شراء الباراسيتامول طبقاً لتفضيلاتهم ودون الذهاب إلى طرف ثالث، وفي الفصل التالي سوف تكتشف بعض من النماذج المعقدة للطلب.

إطار قراءة متقدمة: تحليل «منحنى السواء»

إن أحد الأساليب التي أطلقنا بسببها على النموذج السابق بأنه «النموذج البسيط» لطلب المستهلك هو أننا نعالج قرار المستهلك بشراء كل سلعة على أنه حادث، أو واقعة منفصلة، ولقد حددنا الجوانب الخاصة بمشكلة شراء سلعة معينة، وأنه يحتوي على المقاييس، فإذا أنفقنا المزيد من المال على السلعة Y ف بذلك سيكون لدينا مالاً أقل لننفقه على السلعة X ، وهنا يأتي دور تحليل المنحنى السواء، فهذا النوع من التحليل يمكن استخدامه في اختبار كيف سيقوم المستهلك بتغيير الربط أو التركيبة الخاصة بين سلعتين، وتحليل المنحنى أو السواء - يجمع أو ربط ما بين مفهومين: منحنيات السواء وخطوط الميزانية.

منحنى السواء:

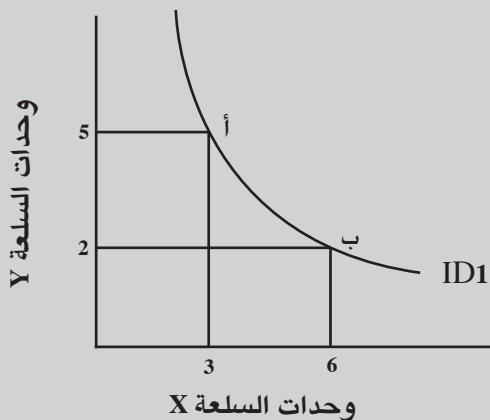
منحنى السواء عبارة عن خط يوضح كل الارتباطات، أو التركيبات الممكنة بين سلعتين لدى أي شخص غير مختلف) ولذلك، بالنسبة لكل نقطة على منحنى السواء، فإن المفقة التي يتلقاها الشخص من استهلاك تركيبات مختلفة من سلعتين هي ذاتها، وعلى سبيل المثال، في (الشكل 3-10) فإن منحنى السواء هو ID1، والمستهلك هنا سوف يستقبل نفس المفقة من استهلاك 3 وحدات من السلعة X وخمس وحدات من Y والتي كانت تأتي من استهلاك 6 وحدات من السلعة X وعدد 2 وحدة من السلعة Y.

شكل منحنى السواء:

(الشكل 3-10) يوضح أن منحنى السواء ليس خطأً مستقيماً، وأنه ينحني

إلى الداخل بسبب مفهوم «معدل الهبوط الحدي» الخاص بالتبديل أو الإحلال بين سلعتين

إن المعدل الحدي للإحلال هو كمية السلعة (X مثلاً) التي يجب التخلي عنها إذا كان الفرد يسعى إلى الحصول على وحدة زيادة من سلعة أخرى (مثلاً Y).



(الشكل 3-10): منحنى السواء (The Indifference Curve)

= The marginal rate of substitution (MRS) (المعدل الحدي للإحلال)
 التغير في السلعة X / التغير في السلعة Y = انحدار منحنى السواء.
 وباستخدام (الشكل 3-10) فإن المعدل الحدي للإحلال بين النقطتين أ، ب هو:

$\text{المعدل الحدي للإحلال} = \frac{1}{3}$ - 1 = $\frac{1}{3}$ - 1 (الاصطلاح جرى على تجاهل العلامة + أو -، مما يجعل الإجابة 1 وليس -1).

إن السبب في تناقض، أو تلاشي المعدل الحدي للإحلال يرجع إلى القاعدة، أو المبدأ الخاص بتلاشي المنفعة الحدية، وسوف تتذكر أن هذا المبدأ ينص على أنه كلما زاد استهلاك وحدة من سلعة معينة كلما قل الرضا الاجتماعي المأخوذ من استهلاك المزيد من الوحدات، ومن الممكن أن نرسم أكثر من منحنى للسواء على نفس الشكل البياني - وهذا يسمى بخطة أو خريطة منحنى السواء، والقاعدة

العامة تقول أنه إذا اتجه منحنى السواء أكثر إلى ناحية اليمين فإن ذلك يوضح أن الجمع بين السلعتين يتحمل منفعة أعلى، والعكس هو الصحيح.

خط الميزانية:

إن خط الميزانية له أهمية في تحليل سلوك المستهلك، ذلك لأنه يوضح كل التجمعات، أو التركيبات الممكنة بين سلعتين واللتين يمكن شراؤهما بسعر معين مع ميزانية موضوعة بذلك، وتنذر أن الكميات التي يمكن لشخص أن يشتريها من سلعة معينة، سوف تعتمد على دخل هؤلاء وكذلك سعر السلعة، و (الشكل 3-11) يوجد به خط الميزانية في ميزانية قدرها 40 جنيه استرليني، 4 جنيهات استرلينية للوحدة الواحدة من السلعة X، وجيهاً استرلينيان للوحدة الواحدة من السلعة Y، وبوجود ميزانية محدودة فإن المستهلك لا يمكنه سوى استهلاك مجموعة محدودة تجمع بين السلعتين X ، Y (الحد الأقصى للجمع بينهما موجود على خط الميزانية الفعلي). وأي تغيير في الدخل سوف يسبب تحركاً أو نقلة في خط الميزانية ولكن انحداره سوف يظل كما هو، والارتفاع في الدخل سوف يسبب أن انتقال خط الميزانية إلى الخارج، بينما أي هبوط في الدخل يسبب تحرك أو انتقاله إلى الداخل.

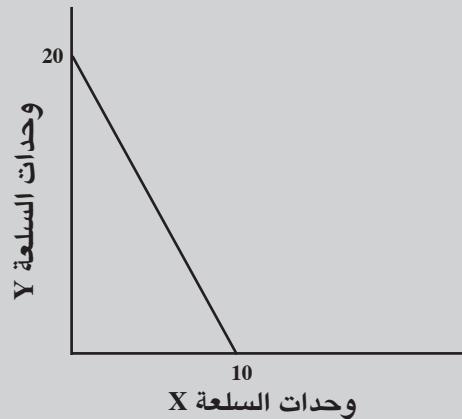
الجمع بين منحنىات السواء وبين خطوط الميزانية:

عن طريق الجمع بين منحنى التساوي وخط الميزانية، فإنه يمكن تحديد نقطة الاستهلاك بين سلعتين سوف يشتريهما المستهلك الطبيعي ذو الدخل المعين، والمستهلك المنطقي ذو الأهمية القصوى للسلع سوف يفضل أن يكون على أعلى نقطة ممكنة من منحنى السواء، مع افتراض وجود قيود اضطرارية في ميزانيته، وهذا يحدث عندما يحدث تلامس بين منحنى السواء وخط الميزانية، وفي (الشكل 3-12) توجد نقطة الاستهلاك الأمثل للإحلال عند النقطة O على منحنى السواء حيث المعدل الحدي للإحلال (MRS) يساوي نسبة الأسعار.

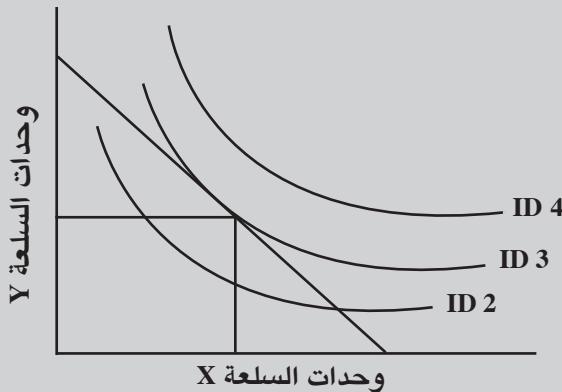
استخراج أو اشتقاق منحنى الطلب:

بالنسبة للتغير في السعر، فإن منحنى الطلب يمكن استخراجه باستخدام تحليل منحنى السواء، والقيد الأصلي للميزانية التي لدينا (حيث X تتكلف 4 جنيهات استرلينية، وتكلفة Y 2 جنيه استرليني، والدخل 40 جنيه استرليني) موضحة بالخط غير المتقطع، فإذا هبط سعر السلعة X إلى 2 جنيه استرليني، فإن

خط الميزانية الجديد يتضح من خلال الخط المنقط، فالمستهلك هنا يستطيع شراء ضعف ما يشتريه من السلعة X بالمقارنة بما كان يحدث من قبل، وتمثل النقطة A والنقطة B أفضل ما يستطيع المستهلك أن يفعل عندما يكون السعر 4 جنيهات استرلينية وعندما يكون 2 جنيه استرليني على التوالي، وهكذا، فإنه عند السعر 2 جنيه استرلينية نستطيع أن نرى أن 6 وحدات هي المطلوبة وعند السعر 4 جنيه استرليني يكون المطلوب 10 وحدات، وهذا يوضح نقاط التماس في (الشكل رقم 3-13) (أ)، وهذه النقاط يمكن أن تستخدم في بداية اشتقاء منحنى طلب المستهلك إلى السلعة X في (الشكل 3-13) (ب).

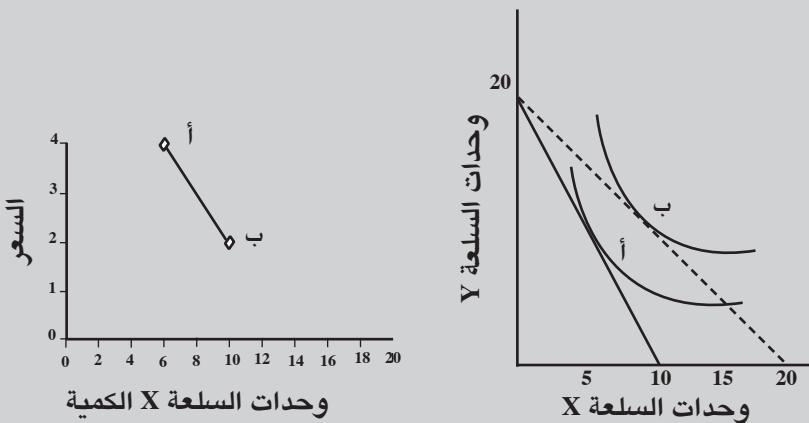


(الشكل 3-11): تقييد الميزانية.



(الشكل 3-12): الاستهلاك الأمثل.

إن التغيير في الدخل يمكن أن يؤدي أيضاً إلى تغيير في الطلب، وكما رأينا من قبل، إذا زاد الدخل، فإن خط الميزانية يتجه إلى الخارج (ناحية اليمين) وسوف يتجه إلى التماس مع منحنى السواء الجديد، وأعلى، وهذا بدوره سيؤدي إلى انتقاله في منحنى الطلب، لأن هناك وحدات أكثر مطلوبة من السلعة عند كل سعر، ونقص الدخل سوف يتسبب في الانتقال نحو الداخل بالنسبة لمنحنى الطلب.

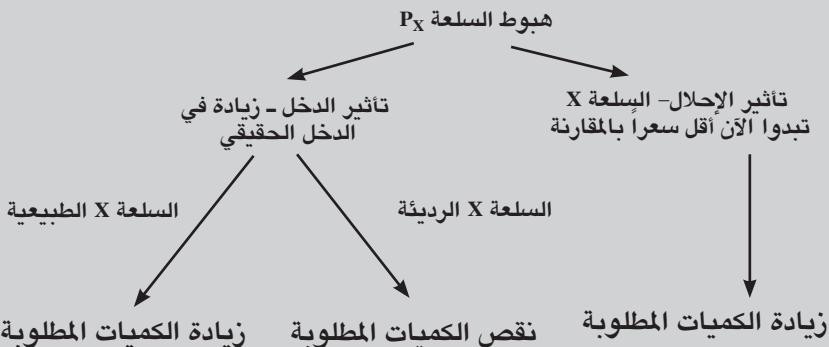


(الشكل 3-13 أ): تغير في سعر (X). (الشكل 3-13 ب): منحنى الطلب للسلعة (X).

عودة مؤثرات الدخل والإحلال:

لوحظ من قبل أن الاقتصاديين يفصلون بين تأثير التغيير في السعر عن الكمية المطلوبة من خلال دخل معين، وبين تأثير الإحلال، أو التبديل، فعلى سبيل المثال، عندما يهبط سعر سلعة، يرتفع مستوى الكميات المطلوبة منها وذلك لسبعين: الأول، أن الدخل الحقيقي يكون أعلى لأن كمية المال نفسه تشتري أكثر عند هبوط الأسعار (تأثير الدخل)، وبالنسبة للسلع الطبيعية (زيادة الطلب بزيادة الدخل)، وتتأثر الدخل الخاص بهبوط السعر يكون إيجابياً، وثانياً فإن المستهلكين يستبدلون السلعة الحالية الأرخص بالنسبة للسلع التي لم يهبط سعرها، حيث يحقق الدخل الحقيقي نوعاً من الثبات، وهذه الزيادة في الطلب تسمى تأثير الإحلال الخاص بانحدار السعر.

والتأثير الكلي لتعتير السعر هو مع ذلك تأثير الإحلال، وتتأثر الدخل يعمل في الوقت نفسه، وبالنسبة للسلع العادي، فإن تأثير الدخل والإحلال يدعم كل منهما الآخر (يسبان حدوث تغيير في الاتجاه نفسه)، وبالنسبة للسلع الناقصة (تناقص الطلب بزيادة الدخل)، ويعمل التأثيران في اتجاه معاكس كما هو موضح في (الشكل 3-14)، ولاحظ أن تأثير الإحلال يميل إلى السيطرة بما يؤكد قانون الطلب.



(الشكل 3-14): التأثير العام لهبوط السعر.

الملخص:

تعلمت في هذا الفصل أن الطلب هو وصف للعلاقة بين كمية السلعة التي يتطلع المستهلكون إلى شراؤها عند سعر معين (مع ثبات كل الأشياء الأخرى على حالتها)، والمستهلكون يشترون هذه السلع، والتي تخضع لقيود الدخل الذي يحصل عليه كل منهم، ورفع درجة المنفعة إلى حدودها القصوى، وتتحدد الكمية المطلوبة عن طريق متغيرات مختلفة بما في ذلك السعر، والدخل، والتفضيل (أو التذوق) والأسعار النسبية للسلع الأخرى، وتتنفس العلاقة بين السعر والكمية المطلوبة بواسطة منحنى الطلب والذي ينحدر أصلاً إلى أسفل من اليسار إلى اليمين، والفصل القادم يتم فيه تقديم أدوات خاصة بقياس الطلب.

الفصل الرابع

قياس الطلب

Measuring demand

نظرة عامة:

نظرنا في الفصل السابق إلى تحديد مفهوم الطلب، كما أنك قد اكتسبت فهماً عن كيفية تمثيل التغيرات التي تحدث في الطلب بطريقة الرسم البياني، في هذا الفصل سوف ننظر بمزيد من العمق إلى مفهوم الطلب، أولاً ستجد ما يشير إلى مدى استجابة الطلب للتغيير في الأسعار، ثم سوف ترى إلى أي مدى يمكن استخدام هذه المقاييس في الممارسة العملية.

الأهداف التعليمية:

بعد انتهاء العمل والقراءة لهذا الفصل، سوف تكون قادراً على الآتي:

- وصف كيفية قياس الطلب عملياً.
- تعريف وتحديد مرونة السعر في الطلب.
- حساب مرونة سعر الطلب على قسم من منحنى الطلب.
- وصف العلاقة بين مرونة سعر الطلب والريع، أو الدخل.
- مناقشة موضوعات تتعلق بفرض (أو زيادة) ضرائب، أو تكاليف خدمات صحية.
- وصف كيف يمكن استخدام نظرية الطلب في تخطيط الخدمات الصحية.

المصطلحات الأساسية:

المرونة المتبادلة في أسعار الطلب: النسبة المئوية للتغيير في الكمية المطلوبة من سلعة مقسومة على نسبة التغيير في سعر سلعة أخرى مرتبطة بها.

مرونة الدخل في الطلب: التغيير في نسبة الكمية المطلوبة من سلعة، مقسمة على نسبة التغيير في دخل السكان.

مرونة السعر: تغيير في السعر ينتج عنه أكثر من تغيير في حصة الكمية المطلوبة.

مرونة السعر في الطلب: نسبة التغيير في الكمية المطلوبة مقسوماً على نسبة التغيير المرتبطة بها في السعر.

مرونة السعر في العرض: نسبة التغيير في الكمية المعروضة من السلعة، مقسمة على نسبة التغيير في السعر الخاص بالسلعة.

عدم مرونة الأسعار: تغيير في السعر ينتج عنه تغيير أقل للنسبة النسبية في الكمية المطلوبة.

المرونة واستجابة الطلب:

من المهم أن نعرف استجابة الطلب للتغيير من خلال تغيرات معينة، وذلك حتى يمكن تصميم السياسات الملائمة لاستبدالها إذا لزم الأمر، وتقاس الاستجابة أو قابلية الاستجابة بواسطة الاقتصاديين ويشار إلى هذه العملية باسم «مرونة الطلب» وهي تعكس شكل وانحدار منحنى الطلب».

والاستجابة للكمية المطلوبة للتغيير في السعر تسمى «مرونة السعر»، وقد تكون أيضاً على دراية بأن المرونة يمكن أيضاً قياسها بالنسبة للتغيرات التي تحدث في الدخل (مرونة الدخل) وكذلك للتغيرات التي تحدث في أسعار السلع الأخرى (مرونة الأسعار المتبادلة).

وهناك الكثير من دراسات تقييم، أو تقدير مرونة الطلب، ويمكن لنتائج هذه الدراسات أن تفيد صانعي السياسة، والذين يخططون لمعرفة ما الذي سوف يحدث إذا حدث ارتفاع، أو انخفاض في الأسعار، وهل سيكون هناك تغيير كبير، أو قليل في

الكميات المطلوبة في الاستجابة في تغييرات الأسعار؟ وأحياناً يتم قياس كمية الرعاية الصحية المطلوبة بواسطة كمية الخدمات التي تم استخدامها، مثل عدد أيام إقامة المريض داخل المستشفى، أو عدد الزيارات الخارجية لها، وغالباً يتم القياس بإجمالي تكاليف الخدمات، وأي من هذه المقاييس يمكن استخدامها في تقييم مرونة الطلب.

الطلب المرن وغير المرن:

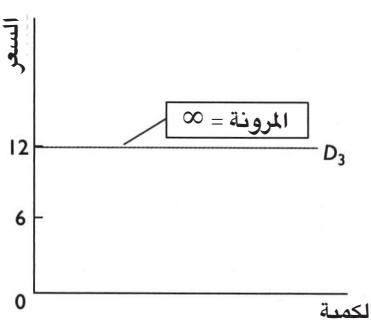
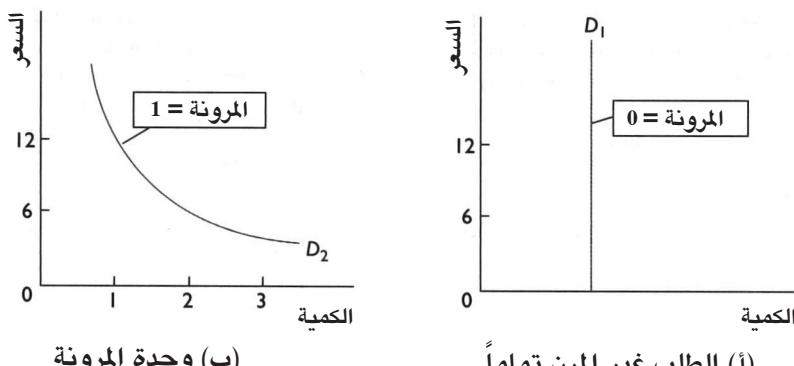
المرونة تقدم طريقة لقياس مدى حساسية الطلب (أو العرض) لعناصر معينة مثل التغيير في السعر، وبالنسبة لكتير من السلع والخدمات فإن زيادة السعر تعني أن الناس تشتري أقل، ولكن في بعض الحالات فإن ارتفاع السعر يكون له تأثير قليل جداً على الكميات المستهلكة، وتسمح مرونة السعر في الطلب أن نحسب إلى أي حد حدث تغيير في الطلب كنتيجة للتغيير في الأسعار.

يوضح (الشكل 1-4) ثلاثة أشكال من منحنيات الطلب والتي تغطي المدى الأوسع من أنواع المرونة في الطلب، وفي (الشكل 1-4 أ) نجد أن الكمية المطلوبة ثابتة بغض النظر عن السعر، وإذا ظلت الكمية المطلوبة ثابتة بينما السعر يتغير، فعندئذ تكون مرونة الطلب عند الحالة (0)، أو صفر، ويقال عن الطلب هنا أنه غير مرن تماماً، والسلعة التي لها مرونة ضعيفة في الطلب مثل الأنسولين، هذا الدواء يمثل هذه أهمية بالنسبة لبعض مرضى السكري، ذلك أن التغيير في سعر هذا الدواء لا يميل لأن يكون له تأثيراً كبيراً على الكميات التي سوف يشتريها المرضى، وإذا كان التغيير في النسبة المئوية للكميات المطلوبة، يعادل التغيير في النسبة المئوية في السعر فإن مرونة الطلب يعبر عنها بالرقم 1 ويسمى الطلب بالوحدة المرن، أو وحدة المرونة، ومنحنى الطلب في (الشكل 1-4 ب) مثال لوحدة مرونة الطلب.

ومن بين الأمثلة الموضحة في الجزء (أ) والجزء (ب) في (الشكل 1-4)، الحالات العامة بشكل أكبر، عندما يكون التغيير في النسبة المئوية في الكمية المطلوبة أقل من التغيير في النسبة المئوية للأسعار، وفي مثل هذه الحالات، فإن مرونة السعر في الطلب تكون أقل من 1 صحيح، ويقال عن الطلب هنا أنه غير مرن، والبترول، والتبغ مثالان على السلع غير المرنة الطلب.

ويعرض للإيضاح، فإذا كانت الكمية المطلوبة تستجيب بشكل لا محدود بالنسبة للتغيير في الأسعار، فإن مرونة السعر في الطلب تكون لا محدودة ويقال عن الطلب هنا أنه «مرن تماماً»، ومنحنى الطلب في (الشكل 1-4 ج) مثالاً على الطلب المرن تماماً.

ومن بين الأمثلة الموضحة في الجزء (ب) والجزء (ج) في (الشكل 1-4)، الحالات العامة التي يكون فيها تغيير النسبة المئوية في الكميات المطلوبة يتعدى النسبة المئوية للتغيير في السعر، وفي هذه الحالات تكون مرونة السعر في الطلب أكبر من 1 صحيح، ويقال عن الطلب هنا أنه مرن، والحبوب، والشامبو أمثلة على السلع ذات المرونة في الطلب، وفي الرعاية الصحية، فإن الطلب على بعض أشكال جراحات التجميل يكون مرناً.



(الشكل 1-4): الطلب المرن وغير المرن، حيث $D = \text{الطلب}$.

Source: Parkin et al. (2008).

حساب مرونة السعر:

هناك 3 نقاط يجب ملاحظتها قبل أن نحسب مرونة السعر وهي:

أولاًً: أن مرونة السعر في الطلب يتم حسابها بقسمة التغيير في الكمية المطلوبة على التغيير في النسبة الخاصة بالسعر، ولاحظ أن المرونة تختلف بالنسبة لمنحنى

الطلب من حيث شكل الانحدار الذي يقيس التغيير المطلق في متغير معين في مقابل التغيير المطلق في متغير آخر (التغيير في الكميات المطلوبة مقسوماً على التغيير المبدئي في السعر)، والمرونة لا تعتمد على أنواع المقاييس المستخدمة، وهي تكون أكثر فائدة عندما تريد مقارنة استجابة الطلب في أسواق مختلفة، والانحدارات من ناحية أخرى تعتمد على الوحدة التي تقاس على أساسها السلعة، وضع في الاعتبار منحنى الطلب الخاص بدواء الباراسيتامول الذي تقاس السلعة على أساسها، وضع في الاعتبار منحنى الطلب الخاص بدواء الباراسيتامول الذي تقاس الكمية له في ضوء عدد جرامات الباراسيتامول، وهذا سيكون أكثر حدة من منحنى طلب مماثل والذي تحسب وحداته بالطن من دواء الباراسيتامول، ومع ذلك، فإن لكل مستوى من مستويات الأسعار ستكون المرونة واحدة بالنسبة لكلا المنحنين.

ثانياً: مرؤنة السعر في الطلب تظل دائماً سلبية، وهذا يشير إلى أنه بارتفاع سعر السلعة، وفي ثبات جميع العناصر الأخرى، فإن طلب المستهلك يكون أقل من تلك السلعة، وعندما نقوم بتحليل مرؤنة الأسعار، فنحن نهتم بالقيمة المطلقة لها، وبالتالي نتجاهل القيمة السلبية.

ثالثاً: فإن تقدير حجم المرؤنة يقدم مقياساً لدى استجابة الطلب، فإذا كان تقدير قيمة مرؤنة السعر أكثر من 1 صحيح في القيمة المطلقة، عندئذ يقال عن الطلب أنه مرن، وعندما يكون الطلب مرنًا، يكون المستهلك أكثر استجابة للتغيير في السعر، وكمثل ذلك، فإن تغييراً بسيطاً في السعر سيؤدي إلى تغييراً كبيراً في الكميات المطلوبة، وعلى العكس، إذا كانت قيمة مرؤنة الطلب أقل من 1 صحيح بالقيمة المطلقة، عندئذ يقال على الطلب بأنه غير مرن ويكون المستهلكون أقل استجابة للتغيير في الأسعار، وهذا ملخص أدناه (حيث مرؤنة السعر في الطلب = PED):

إذا كانت PED أكبر من 1 صحيح عندئذ يكون الطلب ذو سعر مرن (الطلب حساس للتغيير في السعر).

إذا كانت $PED = 1$ صحيح، عندئذ يكون الطلب وحدة مرنة.

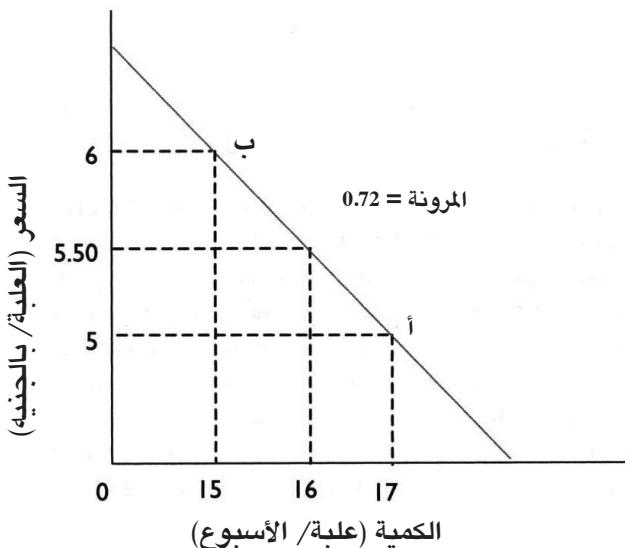
إذا كانت PED أصغر من 1 صحيح، عندئذ الطلب يكون سعر غير مرن (الطلب غير حساس للتغييرات في السعر).

وعندما نضع في الأذهان المعادلات السابقة، ودعنا الآن نقوم ببعض الحسابات.

وفيما يلي المعادلة المستخدمة في تقدير مرؤنة السعر في الطلب:

$$\text{مرؤنة السعر في الطلب} = \frac{\text{النسبة المئوية في تغيير الكميات المطلوبة}}{\text{النسبة المئوية للتغيير في السعر}}$$

ولاستخدام هذه المعادلة فنحتاج إلى معرفة الكميات المطلوبة عند أسعار مختلفة، وهذه المعلومات مجسدة (في الشكل 4-2) والتي يتضح منها الطلب على الباراسيتامول الذي تم بيعه في إحدى الصيدليات.



(الشكل 4-2): منحنى الطلب لدواء الباراسيتامول.

(الشكل 4-2) يوضح مقطعاً على منحنى الطلب لدواء الباراسيتامول، وكيف تستجيب الكمية المطلوبة للتغيير بسيط في السعر، والسعر مبدئياً 5 جنيهات استرلينية للعلبة، وتم بيع 17 علبة في الأسبوع، وهذا موضح في المنطقة أ على الشكل، وحدثت زيادة في سعر العلبة لتصبح 6 جنيهات استرلينية، ثم تناقصت الكمية المطلوبة إلى 15 علبة في الأسبوع (النقطة ب في الشكل 4-2)، وعندما يزيد السعر بواقع جنيه استرليني واحد للعلبة، فإن الكمية المطلوبة تتناقص بمعدل 2 علبة في الأسبوع.

ولتقدير مدى المرونة في الطلب، فإننا نعبر عن التغييرات في السعر والكمية المطلوبة بالنسبة المئوية لمتوسط الأسعار، ومتوسط الكمية، وباستخدام متوسط الأسعار والكميات، تكون قادرين على حساب المرونة بوضع نقطة على منحنى الطلب في موقع متوسط بين النقطة الأصلية والنقطة الجديدة، والسعر الأصلي 5 جنيهات استرلينية، والسعر الجديد 6 جنيهات استرلينية، وهكذا فإن متوسط السعر = جنيه استرليني.

التغيير في السعر / التغيير في متوسط السعر $(\Delta P/P_{ave}) = 1$ جنيه استرليني / 5.50 جنيه استرليني = 18 % (حيث Δ تشير إلى التغيير في السعر). وذلك يشير إلى أن زيادة 1 جنيه استرليني تعادل 18 % من متوسط السعر.

الكمية الأصلية المطلوبة هي 17 علبة في الأسبوع، والكمية المطلوبة الجديدة 15 علبة في الأسبوع، وهكذا فإن متوسط الكمية المطلوبة هو 16 علبة في الأسبوع وعلبتين في الأسبوع تنقص الكمية المطلوبة تقريباً 13 % من متوسط الكمية، وهذا يتضح من المعادلة:

$$\text{التغيير في الكمية} / \text{التغيير في متوسط الكمية} = 2 / 16 \text{ جنيه استرليني} = -13\%$$

$$\Delta Q/Q_{ave} = (\£2 / \£16) = -13\%$$

هكذا فإن مرونة السعر في الطلب، والتي هي التغيير في النسبة المئوية في الكمية المطلوبة (13 %) مقسومة على التغيير في النسبة المئوية في السعر (18 %) تكون 0.72 والتي تتضح من خلال المعادلة الآتية:

$$\begin{aligned} \text{مرونة السعر في الطلب} &= \frac{\text{النسبة المئوية للتغيير}}{\text{النسبة المئوية للتغيير}} \\ &\quad \text{في الكمية} \qquad \qquad \qquad \text{في السعر} \\ &= \% 18 / \% 13 = \\ &= 0.72 = \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Price elasticity of demand} &= \% \Delta Q / \% \Delta P \\ &= -13\% / 18\% \\ &= -0.72 \end{aligned}$$

الآن وبعد أن حسبنا قيمة المرونة في السعر في الطلب، فنحن نحتاج لأن نفهم تمثل: أولاً: تذكر أننا نهتم بالقيمة المطلقة وعلى ذلك نتجاهل علامات السلبية، وقد حسبنا مرونة السعر في الطلب على أنها 0.72 وعلى ذلك فإن السلعة تمثل سعراً غير منز (PED) وعلى ذلك فإن الطلب ليس حساساً بدرجة كبيرة للتغيرات التي تحدث في السعر، وأكثر من ذلك، فإن قيمة -0.72 لمرونة السعر بالنسبة لدواء الباراسيتامول تخبرنا بأن 1 % ارتفاع في سعر الباراسيتامول سوف يؤدي إلى 0.72 انخفاض في الكمية المطلوبة، وبالتبادل، فإن 1 % انخفاض في السعر سوف يؤدي إلى 0.72 ارتفاع في الكمية المطلوبة.

هناك عدد من العوامل التي يمكن أن تؤثر في مرونة الطلب الخاصة بالسلعة، وفيما يلي بعض الأمثلة، ولكن دون شك ستكون قادراً على التفكير في أخرى:

- قابلية استبدال السلع: كلما زادت، واقتربت إمكانية التبادل بين السلع، كلما كانت

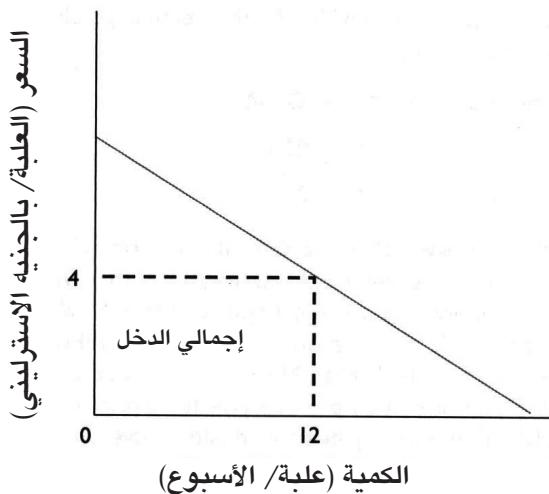
- المرونة أقرب إلى الارتفاع، لأن الناس يمكنها التحرك، أو الانتقال بسهولة من سلعة إلى أخرى حتى في حالة وجود انخفاض بسيط في أسعار السلع، ولاحظ أن عدد الإبدادات بين السلع يعتمد على أي نطاق يتم تحديد السلعة المطلوبة.
- النسبة المئوية للدخل: السلع التي تستحوذ على نصيب كبير من دخل المستهلك، تميل لأن يكون لها درجة أكبر من المرونة.
 - الفترة الزمنية: تميل المرونة لأن تكون أكبر على المدى الزمني الطويل، لأن المستهلكين يكون لديهم وقت أطول لتكيف سلوكهم والبحث عن بدائل.
 - الضرورة: كلما كانت الحاجة للسلعة أكثر ضرورة، كلما نقصت المرونة، لأن الناس سيحاولون شراءها بصرف النظر عن السعر، كما هو الحال في دواء الأنسولين لهؤلاء الذين يحتاجون إليه.
 - من يدفع: لا يقوم المشتري بالدفع بطريقة مباشرة لشراء السلعة التي يستهلكها، مثلاً في حالة التأمين الصحي على الموظفين، فإن الطلب يميل لأن يكون أقل مرونة.
 - الولاء للعلاقة التجارية (أو الصنف): إن الارتباط بصنف، أو ماركة معينة غالباً ما يجعل المستهلكين غير حساسين للتغير في السعر، مما ينتج عنه المزيد من عدم المرونة في الطلب.

إن الطلب العام على خدمات الرعاية الصحية يتوقع أن يكون غير مرن نسبياً، وذلك بدرجة كبيرة، لأن الاستبدادات، أو الاختيارات البديلة تكون قليلة في الخدمات الصحية، فإذا كنت مريضاً فلن تكون حساساً جداً بالنسبة للأسعار، ومع ذلك، لاحظنا من قبل أن هناك استثناءات لهذه القاعدة (مثل الجراحات الاختيارية كجراحات التجميل، وشراء النظارات) ولكن معظم الدراسات تفيد أن المرضى غير حساسين تماماً لتغيير الأسعار بالنسبة للرعاية الصحية.

الدخل والمرونة:

مرونة الأسعار مفيدة أيضاً بسبب علاقتها بالدخل، (والشكل 3-4) يوضح أن دخل الممولين يمكنه تمثيل مرونة الأسعار بالرسم البياني.

إن الدخل الإجمالي هو عدد وحدات السلعة المباعة (المحور الأفقي) مضروبة في سعر الوحدة (المحور الرأسي)، والكمية المباعة هنا 12 علبة وسعر السوق 4 جنيه للعلبة، وعلى ذلك فإن إجمالي الدخل = $12 \times 4 = 48$ جنيه استرليني، وهذا موضع في منطقة الصندوق المستطيل.



(الشكل 4-3): الدخل أو الربح.

وبارتفاع الأسعار نجد أن بعض المدخلات سوف يتم كسبها في كل وحدة مباعة، ولكن بعضها سوف يكون بالخسارة لأن ما سيتم بيعه وحدات قليلة فقط، ويمكننا الآن أن نضع هذين المفهومين للدخل والمرونة معاً، فإذا كان الطلب فيه مرونة في السعر عندئذ سوف يتناقص الدخل إذا زاد السعر، وإذا كان الطلب فيه عدم مرونة للسعر، سيزيد الدخل عندئذ إذا اتجهت الأسعار لزيادة.

واستكمالاً لما سبق، فقد قلنا من قبل أن إجمالي الدخل يساوي السعر مضربه في الكمية المطلوبة، وهكذا إذا زاد السعر فإن إجمالي الدخل يمكن أن يهبط فقط إذا كان هناك نسبة نقص أكبر في الكميات المطلوبة، وهذا ما يحدث عندما تكون هناك مرونة في سعر الطلبارتفاع في الدخل في كل وحدة مباعة أكثر من متعادل في طريق حق الدخل المرتبط بنقص الكميات المباعة، من جهة أخرى إذا كانت مرونة السعر للطلب غير المرنة فإن الزيادة في السعر ستؤدي إلى نقص متناسب صغير في كمية الطلب، والزيادة في الدخل في كل وحدة مباعة لا يتعادل تماماً مع النقص في الدخل المرتبط بالهبوط في الوحدات المباعة، والعلاقة بين الدخل والمرونة قد تأخذ قليلاً من الوقت حتى يمكن إحكامها، ولكن يمكن تلخيصها في الآتي:

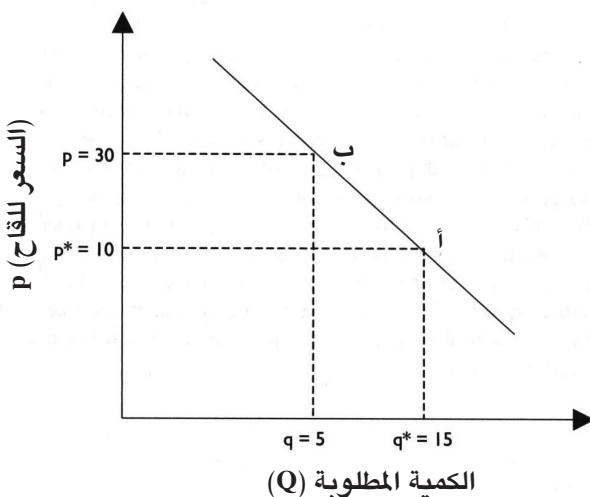
- التغيير في إجمالي الدخل يعتمد على مرونة الطلب.
- إذا كان الطلب مرنة فإن ارتفاع 1% يقلل من الكمية المباعة أكثر من 1% وهذا فإن إجمالي الدخل ينقص.
- إذا كان الطلب به وحدة مرنة، فإن الارتفاع 1% من السعر يقلل الكمية المباعة بمقدار 1%， وبالتالي فإن إجمالي الدخل لا يتغير.

- إذا كان الطلب غير منن، فإن الارتفاع 1% في السعر يقلل من الكمية المباعة بأقل من 1% ويزداد إجمالي الدخل.

نشاط 1-4:

اعتماداً على قرائتك عن المرونة، حاول الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- دون الرجوع إلى نص الكتاب، انظر إذا كنت تستطيع تحديد مرونة سعر الطلب.
- كونك مدير أحد عيادات التطعيم، وتريد زيادة سعر تطعيم الأنفلونزا، (فالشكل 4-4) يوضح منحنى الطلب الخاص بتطعيم الأنفلونزا، والطلب الحالي ($p \times q$) والسعر (p) موضوعان على النقطة (أ) على منحنى الطلب، والنقطة (ب) توضح الطلب الجديد (q)، والسعر (p)، فهل سعر الطلب فيه مرونة أم أنه غير منن، أو وحدة مرونة؟ وهل يمكنك أن تفسر لماذا؟
- ماذا سيكون التأثير على إجمالي الدخل باعتبار زيادة هذا السعر؟



(الشكل 4-4): منحنى الطلب الخاص بلقاح الأنفلونزا.

التغذية الراجعة:

- إن مرونة سعر الطلب تعني مقياس الاستجابة للكمية المطلوبة بالنسبة للتغيير في السعر:

$$\frac{\text{النسبة المئوية للتغيير في الكمية المطلوبة}}{\text{النسبة المئوية في تغيير السعر}} = \frac{\text{مرونة سعر الطلب}}{\text{مرونة سعر الطلب}}$$

2. احسب مرونة سعر الطلب كما يأتي:

(التغيير في الكمية/التغيير في متوسط الكمية)/ (التغيير في السعر/ التغيير في متوسط السعر)

$$\frac{20}{20} - \frac{10}{10} = \frac{30-10}{20} \div \frac{10}{10} \quad (5-15)$$

مرونة سعر الطلب تساوي عندئذ وحدة مرونة (النسبة المئوية للتغيير في الكمية
= النسبة المئوية للتغيير في السعر).

3. لا يوجد هناك تأثير على الدخل الإجمالي لأن الطلب عبارة عن وحدة مرونة،
والتغيير في الكمية المطلوبة هو في النسبة نفسها، أو الحصة كتغغير في السعر،
والتغيير في السعر في أي الاتجاهين سوف يتسبب في عدم وجود تغيير في
الدخل.

أنواع أخرى من المرونة:

المرونة لا تستخدم فقط في قياس استجابة الكمية المطلوبة للسعر، بل يمكن أن
تستخدم أيضاً في قياس استجابة أي متغيرٍ بالنسبة لأي متغيرٍ آخر، وإضافة إلى
المرونة في سعر الطلب، هناك أنواعاً أخرى من المرونة يتم حسابها كما في الآتي:

1. مرونة تقاطع الأسعار في الطلب: وهي النسبة المئوية للتغيير في الكميات المطلوبة
من السلعة مقسومة على النسبة المئوية للتغيير في سعر سلعة أخرى ذات صلة،
أو ارتباط بها، فإذا كانت هذه السلعة ذات الارتباط من السلع المكملة فإن تقاطع
المرونة في الطلب يكون أقل من صفر، لأن التغيير الإيجابي في السعر يحقق نوعاً
من التغيير السلبي في الكمية المطلوبة، وإذا كانت السلعة ذات الارتباط سلعة
بديلة، وعندئذ يكون تقاطع المرونة في الطلب أكثر من الصفر، لأن التغيير الإيجابي
في السعر يصل إلى حد التغيير الموجب في الكمية المطلوبة، وكلما اقترب البديل،
كلما ارتفعت مرونة تقاطع الأسعار في الطلب.

2. مرونة الدخل في الطلب: النسبة المئوية للتغيير في الكميات المطلوبة من السلعة
مقسومة على النسبة المئوية للتغيير في دخل الأفراد أو السكان، فإذا كانت
الزيادة في الدخل تحقق زيادة في الكمية المطلوبة، فإن مرونة الطلب هنا تكون

إيجابية وتوصف السلعة هنا بأنها «سلعة عادية، أو طبيعية»، أما إذا كانت الزيادة في الدخل تحقق نقصاً في الكمية المطلوبة فإن مرونة الدخل في الطلب تكون عندئذ سلبية وتوصف السلعة بأنها «ناقصة».

3. إن مرونة السعر في العرض: هي النسبة المئوية للتغيير في كمية العرض مقسومة على النسبة المئوية للتغيير في أسعار السلعة، والعرض غالباً ما يكون أكثر استجابة للسعر على المدى الطويل، مقارنةً بالمدى القريب، على سبيل المثال، على مدى الفترات الزمنية القصيرة، فإن الشركات لا تستطيع بسهولة تغيير حجم المصنع الخاصة بها (أو في حالة الرعاية الصحية، لا يمكن بناء مرافق جديدة) من أجل إنتاج كميات أكبر أو أقل من السلعة أو الخدمات.

دراسة حالة 1: رسوم استعمال الخدمة

عندما يتم وضع أو رفع قيمة رسوم الاستعمال للخدمات بواسطة مشروع أو خدمة صحية، فإن العائد من مثل تلك التغييرات على حالة الطلب يمكن تحليلها باستخدام التقديرات الخاصة بمرونة الأسعار، والمثال التالي مأخوذًا من كتاب أو المرجع الخاص بالتحليل الاقتصادي لقطاع الصحة بواسطة بنك التنمية الآسيوي والذي أخرجه عام 2000 وتستخدم فيه بيانات مأخوذة عن (جرتلر Gertler ومولينيووكس Molyneaux 1996).

تم في هذه الدراسة استخدام أكثر الطرق صرامة في تقدير «مرونة السعر»، وتم استخدام البيانات المأخوذة من الاختبارات العشوائية المضبوطة والتي تسمح للتکاليف الخاصة بمستعملى الخدمات أن تتتنوع بطريقة تجريبية، بينما يتم الوقوف على التأثيرات الأخرى ومنعها من التدخل، أو التأثير على ثبات الطلب، وقد تم تطبيق التجربة في إندونيسيا في إقليم كلمantan تيمور (Kalimantan) وكذلك في إقليم نوسا تنجار ابارات (Nusa Tengara Barat)، وكان هناك تكامل في تصميم هذه الدراسة بين الجزء الخاص باتخاذ القرار محلياً، والآخر عن رفع الأسعار في كل مكان، وكانت التغييرات التي تحدث في الرسوم، أو الأتعاب تتارجح وينتتج عنها تباين أو تغيير في الأسعار ويتم حساب ذلك من خلال تصميم التجربة. كانت الرسوم تزيد في



المراكز الصحية الموجودة في بعض المناطق دون الأخرى. لقد تم في هذه الدراسة تقييم، أو حساب تأثير الرسوم الأعلى سعراً على الطلب في المراكز الصحية الشعبية (العامة) في إندونيسيا، وكذلك حساب تأثير أشياء أخرى، وجاءت تقديرات مرونة الأسعار بالنسبة للمراكز الصحية الشعبية (العامة) كما هي موضحة في (الجدول 1-4) أدناه:

(الجدول 1-4): مرونة سعر الطلب في زيادة المراكز الصحية الشعبية (العامة).

الراشدين		الأطفال		زيارة المراكز الصحية
أرياف	مدن	أرياف	مدن	
0.01-	1.04-	0.63-	1.07-	

Source: Asian Development Bank (2000).

نشاط 2-4:

- ماذا تتضمن الأرقام 0.01- 1.07 عن نسبة 10 % تغير في رسوم الخدمات؟
- كما تعلمنا من قبل، مرونة الوحدات أعلى تشير إلى أن الرسوم المرتفعة لن تجلب دخلاً إضافياً طالما أن الكمية سوف تنحدر نسبتها أيضاً، فإلى أي حد تتوقع (في المدينة أو الريف) أن ارتفاع الأسعار سوف يجلب دخلاً إضافياً؟ ولماذا؟

التغذية الراجعة:

- الرقم 1.07 يتضمن أن نسبة التغيير 10 % في الرسوم يرتبط بانحدار قدره 10.7 في استخدام المراقب الصحي للأطفال من سكان المدن (وحدة مرونة)، بدلاً من ذلك فإن الرقم 1.01 يعني أن ارتفاع 10 % في الرسوم، يؤدي إلى 0.1 فقط من الانحدار في استخدام بواسطة الراشدين في مناطق الريف (عدم مرونة).
- رفع الرسوم في المراكز الصحية سوف يجلب دخلاً إضافياً في الأماكن الريفية فقط، وذلك بسبب أن الطلب هنا على سعر غير من، وعلى ذلك، فإن الزيادة في

الدخل التي تم تحقيقها من ارتفاع السعر، أكبر من الخسارة في الدخل بسبب النقص في الكمية المطلوبة، ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أنه بالرغم من أن الدراسة وجدت (بالرغم من أنه غير موضح هنا) أن الحد، أو التقليل من المنفعة في المراكز الصحية لم يكن تماماً بسبب ظروف أقل، طالما أنه بعد زيادة الرسوم كان هناك دليلاً على حدوث عدوى من مرض معين، مع وجود مدى زمني طويل من المرض.

دراسة الحال 2: ضرائب على السجائر:

يستخدم فرض الضرائب على السجائر أحياناً للحد من ظاهرة التدخين، ومن ثم تحسين الصحة ورفع الدخل الحكومي، وسوف نختبر هنا بعض التوابع أو النتائج الأخرى لفرض الضرائب على السجائر، وبصفة خاصة عن مدى تأثير فرض الضرائب على مجموعات اجتماعية مختلفة، وهناك اعتبار خاص ألا وهو تجنب الضريبة التنازيلية (التراجعية) (Regressive Taxation) وهي ضريبة تتناقص كلما تعاظم الدخل، وفي مقالة لكل من بورين (Borren) وسوتون (Sutton) 1992 قاما فيها بتقدير الطلب على السجائر كوظيفة بالنسبة لخمسة من الطبقات الاجتماعية في المملكة المتحدة من حيث الارتفاع في ضريبة السجائر، ومن ثم رؤية في أي من هذه الطبقات الاجتماعية يقع العبء الضريبي بشكل أكبر، وقد أردنا الوقوف على ما إذا كانت سياسة زيادة الضرائب تكون تراجعية أو تنازيلية (من عدمه)، ونظام الطبقة الاجتماعية الموجود في هذا النص، تم تحديده كما يلي:

طبقة اجتماعية I: المهنيون (غير اليدويون).

طبقة اجتماعية II: المديرون (غير اليدويون).

طبقة اجتماعية III: العمال الماهرين (الحرفيين) (اليدويون وغير اليدويون).

طبقة اجتماعية IV: العمال شبه الماهرين (اليدويون).

طبقة اجتماعية V: العمال غير الماهرين (اليدويون).

ثم قام الباحثان ببناء نموذج للطلب باستخدام بيانات متسلسلة زمنياً مأخوذة من مصادر في المملكة المتحدة بما في ذلك بيانات عن الكميات المطلوبة، والسعر (بالنسبة لأسعار أخرى في الاقتصاد) وكذلك الدخل، وقاما بتقدير منحنيات طلب مختلفة لكل مجموعة من السكان وما يرتبط بها من مرونة السعر، وقد تم حساب العبء الخاص بالضرائب لدى كل مجموعة.

نشاط 3-4:

انظر الآن إلى النتائج التي حصل عليها كل من (بورن Borren، وساتون Sutton) (الجدول 4-2، والشكل 4-5) وضع في الاعتبار مدى تضمنها للسياسة، وحافل الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ماذا تعني الأرقام الموجودة في (الجدول 4-2)؟
2. ما هي المجموعات الأقرب للحد من التدخين بشكل أكثر؟
3. ومن هم الأقرب لتحمل عبء المستويات الأعلى من الضرائب؟

التغذية الراجعة:

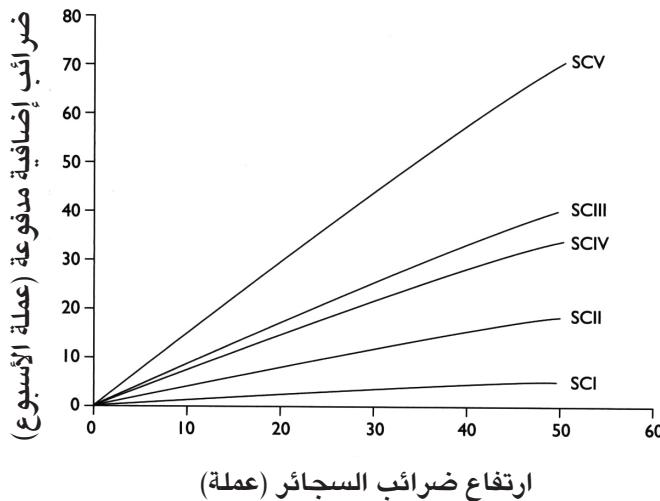
1. فيما يلي مرونة الأسعار الخاصة بالطلب لكل مجموعة طبقة/جنس، وبالنسبة لكل مجموعة هناك ثبات في مرونة سعر الطلب خلال منحنى الطلب لأن هذا هو الشكل الوظيفي الذي افترضه الباحثان.

(الجدول 4-2): مرونة سعر الطلب للرجال (من 1961 - 1985) والنساء (من 1958 - 1987).

طبقة V	طبقة IV	طبقة III	طبقة II	طبقة I	
0.31-	0.89-	0.84-	0.48-	0.69-	رجال
0.45-	0.85-	0.65-	0.93-	1.04-	نساء

Source: Borren and Sutton (1992).

نجد أن الأرقام الموجودة في الجدول التي تشير إلى نسبة المرونة، موضوع أمامها علامة السالب (-)، وهذا طبيعي تماماً حيث إنها تعكس حقيقة أن التغيير في الكمية المطلوبة يوجد في اتجاه معاكس للتغيير في الأسعار (ذلك أن انحدار منحنى الطلب يتجه إلى أسفل)، ومع ذلك، تذكر أنه طالما أن مرونة سعر الطلب دائماً ما تحمل علامة السالب، فقد طور الاقتصاديون عرضاً لإمكانية حذف هذه العلامة، وبالنسبة للأنواع الأخرى من المرونة، فإن العلامات يجب أن تشير دائماً بشكل ملائم لإيضاح اتجاه التغيير (وكذلك حجم التغيير).



(الشكل 5-4): العبء الإضافي للضريبة التي تواجهها النساء في كل طبقة اجتماعية كنتيجة لزيادة الضريبة على السجائر.

ملاحظة: SC = الطبقة الاجتماعية.

Source: Borren and Sutton (1992).

2. لقد حصلت على هذه الإجابة مباشرة عن طريق «مرونة السعر»، وهذه المرونة مع الحجم الكبير، تشيران إلى النسبة المئوية الكبيرة للحد من التدخين المرتبطة بتغيير السعر كما إنها تشير إلى أن الرجال من الطبقات الاجتماعية 3، 4 والنساء من الطبقة 1، 2، 4 يكونون أكثر استجابة فيما يتعلق بالبنود، أو الشروط ذات الصلة، ومع ذلك، فإن هذه المجموعات لها نقاط بداية مختلفة في ضوء الاستهلاك المبدئي للتدخين، والنسبة المئوية الكبيرة للتغير في مجموعة التدخين الأقل قد تشير إلى تغيير مطلق أقل في الاستهلاك مقارنة بنسبة مئوية صغيرة للتغير في جماعة ذات نسبة تدخين أعلى.

3. تم استخدام هذا النموذج في التنبؤ بتزايد الأعباء الضريبية في المستويات الضريبية المختلفة بالنسبة لكل مجموعة، وفي (الشكل 5-4) التقديم لهذه التنبؤات بالرسم البياني بالنسبة للنساء، ويبدو أن الزيادة في مستوى الضريبة بالنسبة للسجائر سوف يزيد من الأعباء الضريبية في الطبقة الاجتماعية 5 أكثر من الطبقة الاجتماعية 1، وقد توصل الباحثان إلى نتيجة ختامية أن سياسة فرض الضرائب على السجائر سياسة ضريبة تنازيلية (تراجعية).

دراسة الحالة 3: الضرائب والتعريفات الجمركية على شبكات منع الحشرات:

المقالة الموجودة أدناه مأخوذة عن سيمون وأخرين (Simon et al 2002)، وتوضح كيفية استخدام مرونة السعر في الطلب لتقدير، أو تقييم تأثير الخضر في الضريبة، والتعريفة الجمركية على شبكات منع الحشرات المشتراء، ولوحظ أنه بسبب نقص الدليل على وجود مرونة في سعر الطلب بالنسبة لهذه السلعة، فإن الباحثان قد وضعوا نموذجين يمثلان موقفين، الموقف الأول، وفيه يستجيب الطلب بشكل ضعيف للتغيرات التي تحدث في السعر (مرونة السعر في الطلب = 0.5) والآخر، حيث تكون الاستجابة أعلى (مرونة السعر في الطلب = 1.5).

إحدى الخطوات التي تم استخدامها في محاربة الملاريا هي إلغاء الضرائب والتعريفات الجمركية على استيراد شبكات السرائر المضادة للحشرات الطائرة مثل البعوض، أو الناموس، والبيادات الحشرية، والشباك وأدواتها، مع وجود نظرة تخفيض أسعار تجارة التجزئة لشبكات السرائر المضادة للحشرات وبالتالي زيادة المنفعة منها، وفي هذا التقرير العلمي، تقوم بتطوير أسلوب لتحليل المدى الذي يصل إليه إصلاح التعريفات الجمركية والسياسة الضريبية المتوقع لزيادة شراء هذه الشبكات..



وفي عام 2001، تم تخفيض التعريفات والجماركية والضرائب على المواد الخاصة بالشبكات من 40 % إلى 5 % والتعريفات الجمركية والضرائب على المبيدات الحشرية للاستخدام في الصحة العامة، والتي كانت 42 % قد أزيلت تماماً، وباستخدام التوليفة بين بيانات التكلفة الفعلية المقدمة من زملاء في نيجيريا، والتكاليف الاستدلالية اعتماداً على أسعار تجارة التجزئة المعروفة والهوماش، قدرنا أن التخفيض في التعريفات والضرائب على المواد الخاصة بالشباك والمبيدات الحشرية سوف يؤدي إلى انخفاض 18 % في أسعار تجارة التجزئة، من 5.61 دولار إلى 4.61 دولار للشبكة الواحدة (الجدول 5). عند المرونة في سعر الطلب -0.5 سيكون هناك زيادة 9 % في مشتريات التجزئة، ومن

ناحية أخرى، إذا كانت مرونة السعر في الطلب 1.5، فإن مشتريات التجزئة سوف ترتفع بنسبة 27%.

لقد وصلنا إلى نتيجة ختامية وهي أن إلغاء التعريفة الجمركية والضرائب يجب أن يؤدي إلى خفض سعر التجزئة وأن التغيير في السعر يجب أن يحدث ارتفاعاً بسيطاً في سعر شراء الشبكة الواحدة في الدول النامية على المدى القصير، ومع ذلك، فإن ارتفاع النسبة المئوية في الطلب أقرب لأن تكون أصغر مقارنة بالنسبة المئوية لـإلغاء التعريفات الجمركية والضرائب.

إن تغيير السياسة الذي تمت مناقشته هنا، له مقتضيات خاصة بالتمويل العام مثلها مثل الصحة العامة، فالإلغاء، أو النزول بالتعريفات الجمركية والضرائب يقلل من الدخل الحكومي، وإلغاء 25% تعرفة جمركية على مبلغ 5 دولارات أمريكية لشبكة واحدة مستوردة على سبيل المثال، يكلف الحكومة وبالتالي 1.25 دولاراً من دخل الضرائب لكل شبكة مستوردة، ومع ذلك فإن هذه الخسارة يمكن معادلتها بالتخفيض في تكلفة إدارة حالة الملاريا في المرافق الخاصة بالصحة العامة بسبب استخدام هذه الشبكات، وبشكل غير مباشر بالدخل الأعلى من الضرائب الذي يتم تحصيله من الأفراد الأكثر صحة، والمواطنين من ذوي الإنتاج الأعلى (26 سنة)، واهتمام الدولة مثل تغيير السياسة يجب أن يتم فيه تقييم المعاملات، أو المكافآت المالية الخاصة بالتمويل المالي العام.

لاحظ أن تخفيض التعريفات الجمركية والضرائب يمكن أن تساهم في توسيعة استخدام هذه الشبكات المقاومة للحشرات، ومن الواضح بالنسبة للمثال القائم من نيجيريا أن عوائق استخدام هذه الشبكات تعتبر متنوعة، وكما تعلمنا من الفصل السابق، فإن الأسعار هي أحد محددات الطلب، وهناك عوامل أخرى تؤثر على استجابة سكان المنزل على المدى القريب بالنسبة لتخفيض أسعار هذه الشبكات، وهي تتضمن كل من المعتقدات الثقافية، والوقت من السنة، ووقت سفر الموردين، وما إلى ذلك.

(الجدول 3-4): مثال للنموذجين 1 و 2 يوضح تأثير إصلاح سياسة التعرفة الجمركية والضرائب على شراء شبكات منع الحشرات في نيجيريا.

		سعر التجزئة لشبكة واحدة (بالدولار الأمريكي)
المعدل الجديد	المعدل السابق	تكلفة الشبكة الواحدة
3.74	4.74	سعر التوريد للشبكة (شبكة + إصلاح)
0.10	0.10	تكلفة الشحن المحلي
0.24	0.24	هامش سعر الموزع
0.25	0.25	هامش سعر تاجر الجملة
0.27	0.27	هامش سعر تاجر التجزئة
4.61	5.61	سعر التجزئة
		النتائج :
%17.9 -		التغيير في سعر التجزئة المرتبط بإصلاح التعرفة الجمركية والضريبة
%8.9		التغيير في مشتريات التجزئة المرتبط بإصلاح التعرفة الجمركية والضريبة عندما تكون $E=0.5$ -c
%26.9		التغيير في مشتريات التجزئة المرتبط بإصلاح التعرفة والضريبة عندما تكون $E=1.5$ -c

حيث a تمثل التكلفة، أجرة الشحن، التأمين.

b تمثل قيمة الضريبة المضافة.

c مرونة السعر في الطلب.

Source: Simon et al. 2000.

الملخص:

تعلمت في هذا الفصل ماذا تعني «مرونة السعر في الطلب» وكيف تحسيها، كذلك تعلمت العلاقة بين المرونة وإجمالي الدخل، والعوامل التي تؤثر في مرونة الطلب، مثل الاقتراب من البدائل، وسعر التكملة، وحصة، أو نسبة الدخل الذي تم إنفاقه على السلعة، وأخيراً، رأيت بعض التطبيقات العملية لمفهوم المرونة وفائتها في صنع القرار.



الفصل الخامس

العرض: الإنتاج في المدى البعيد والقريب

Supply: production in the long and short run

نظرة عامة:

تعلّمت الآن عن النظرية الاقتصادية للطلب، والطلب بالنسبة للرعاية الصحية، ففي هذا الفصل، والذي يليه، سوف تستمر في تعلم النظرية الاقتصادية عن العرض وتطبيق هذه النظرية على العرض في الرعاية الصحية. فهذا الفصل يركز على العوائق التي يخضع لها المستهلك والعلاقة بين الدخل والإنتاج، وسوف تستخدم هذه النظرية عندئذ للنظر إلى الموضوعات الخاصة بالقياس في القسم الخاص باحتياجات الرعاية الصحية.

الأهداف التعليمية:

- بعد انتهاء العمل والقراءة في هذا الفصل، سوف تصبح قادراً على الآتي:
- تعريف مصطلح «الكمية المعروضة» (Quantity Supplied).
 - تفسير متى يكون الإحلال أو التبديل هو الأفضل بين مدخلات الإنتاج.
 - تعريف ما هو «الإنتاج الكافي» والإنتاج غير الكافي.

المصطلحات الأساسية:

النقص العائد (الغاية) للميزان: الوضع الذي تكون عنده الزيادة النسبية في كل المدخلات، أقل من الزيادة النسبية للمخرجات (منتجات).

المدخلات الثابتة: أحد مدخلات الإنتاج والتي لا تختلف على المدى القصير،

والزمن الذي لا يستطيع عنده مدخل واحد أن يتغير بشكل فعلي، هو الذي يحدد المدى القصير لهذا المدخل.

المدى الطويل: هو إطار زمني لصناعة القرار، والذي خلاله يمكن أن تتغير جميع مدخلات الإنتاج.

الناتج أو النتاج: السلعة، أو الخدمة التي تأتي نتيجة عملية الإنتاج (في حالة الرعاية الصحية، أو هي الخدمات التي تم توزيعها).

النتيجة: هي تغيير في الحالة الصحية بسبب عمليات النظام (وفي سياق الخدمات الصحية، التغيير في الحالة الصحية كنتيجة للرعاية).

وظيفة الإنتاج: العلاقة الوظيفية التي تشير إلى الكيفية التي تحول، بها المدخلات إلى ناتج، أو نتاج بأكمل الطرق الممكنة.

إمكانيات الإنتاج: الحدود هي الجمع بين السلع التي يمكن إنتاجها وتلك التي لا يمكن إنتاجها بالموارد المتاحة.

الرجوع إلى عامل: مقياس الإضافة للناتج عند ارتفاع أحد عوامل الإنتاج.

العودة إلى ميزان: وهذا يقيس الإضافة للناتج كمقياس للعمليات التي تزيد على المدى الطويل حتى يمكن لكل المدخلات أن تتنوع.

المدى القصير: هو إطار زمني لصناعة القرار، والذي من خلاله لا يمكن لمدخل واحد على الأقل أن يتغير (المدخل الثابت - انظر أعلاه).

الكافية أو الكفاءة التقنية (الميدانية): هي النقطة التي عندها لا يستطيع المنتج إنتاج ناتج، أو نتاج أكثر دون استخدام مدخل واحد على الأقل.

مدخول المتغير: هي مدخلات إلى العملية الإنتاجية التي تتنوع مباشرة مع مستوى الناتج.

تحليل العرض:

يستخدم تحليل العرض في اختبار سلوك الشركات (أو المنتجين) التي تترافق بين الشركات الكبيرة إلى المورّد الوحيد سواء في القطاع العام، أو الخاص والعرض هو الرغبة والقدرة على بيع أي سلعة وكل سعر خلال فترة زمنية محددة، وتعتمد على

عدد من العوامل التي تؤثر في العلاقة بين المدخلات والناتج، أو الناتج (وظيفة الإنتاج) والتكلفة الخاصة بإنتاج هذا الناتج.

حدود وإمكانيات الإنتاج:

يعرف الناتج أو الناتج على أنه السلع التي تم إنتاجها من خلال عمليات الإنتاج، وحيثما كان الهدف النهائي من الرعاية الصحية هو الصحة الجيدة، فإنه يكون من الصعب تعريفه وقياسه، والخلط بين الناتج والنتيجة المتوقعة من عملية الرعاية الصحية، تعني أن العلاقة بين المدخلات والنتيجة علاقة معقدة. وبشكل تقليدي، فإن المخرجات الوسيطة تستخدم في الكشف عن الإنتاج والعرض في الرعاية الصحية (عمليات التطعيم التي تم تنفيذها، عمليات تبديل المفاصل أو زراعة الكل، التي تم إجراؤها)، ورغم أن هذه المقاييس لا تقدم النتيجة الصحية، ولا حتى تستطيع تحديد مخرجات، أو نتائج مثل الدعم الذي يقدمه العاملون المهنيون في المهمة الطبية، فإنها لاتزال مهمة في المساعدة على فهم موضوع الكفاية، أو الكفاءة في علاقتها بمجال الخدمات الصحية.

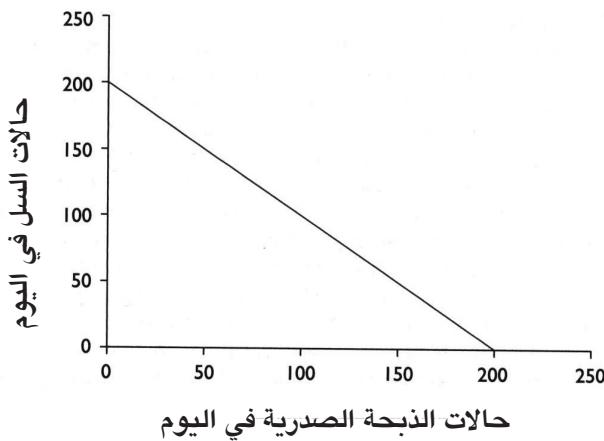
في الفصل الأول، تعلمت بعض مفاهيم الاقتصاد الأساسية مثل، تكلفة الفرصة، والندرة، وهذه المفاهيم لها أهمية في اتخاذ قرارات التخصيص للموارد، ومتى يتخذ المنتجين ومقدمي الخدمات الصحية القرارات الخاصة بالتزوييد، وحدود إمكانيات الإنتاج هي وسيلة، أو أداة يستخدمها الاقتصاديون في إيضاح التركيبات الخاصة بالناتج، والتي تكون ممكنة التحقيق باستخدام قائمة محددة من الموارد.

ولنضع في الاعتبار أن هناك مستشفى تقدم نوع من الرعاية الجُّوَالَة للمرضى المصابين بمرض السل، أو الذبحة الصدرية، فدعنا نفترض الآتي:

- المدخل الوحيد هو وقت التمريض.
- الاستشارات الخاصة بكل من السل والذبحة الصدرية لها المدة الزمنية نفسها.
- من خلال قوة العاملين الموجودة حالياً، فإن الحد الأقصى لعدد الاستشارات في اليوم يصل إلى 200.

(الشكل 1-5) يوضح كيف يمكن أن يكون شكل حدود إمكانيات الإنتاج في المستشفى التي تتحدث عنها، وفي هذا المثال فإن الخط المستقيم يمثل حدود إمكانيات الإنتاج ونجد أقصى نستطيع القيام به 200 استشارة في اليوم بغض النظر عن كيفية إعطاء الأولوية لأي من الشرطين، والعلاقة الخطية المستقيمة تتضمن أن نقل

ممرضة من الإشراف على مرض معين إلى مرض آخر ليس له تأثير على الرقم الكلي للاستشارات، وبحد أقصى يوضح الرسم أنه يمكن إجراء عدد 200 استشارة سواء لمرض السل، أو الذبحة الصدرية.

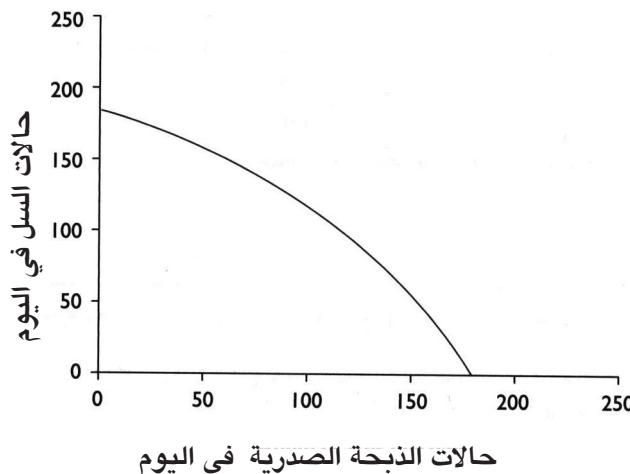


(الشكل 5-1): حدود إمكانيات الإنتاج في مستشفى (الخط المستقيم).

ولنفترض أنه، بدلاً من أن بعض المرضات لديهن مهارات تؤكد أن أفضل في الاستشارات بمرض السل TB (يسطعن الانجاز بشكل أفضل خلال مدة زمنية معينة) وأن الآخريات أفضل في إنجاز ذلك مع الذبحة الصدرية، وفي مثل هذه الظروف، فإن تحويل ممرضة متخصصة في علاج الذبحة الصدرية من مجموعة السل إلى مجموعة الذبحة الصدرية يزيد من الناتج، أو المحصلة، وحدود إمكانيات الإنتاج في هذه الحالة، نجد موضحاً في (الشكل 5-2)، والحد نجده الآن في شكل مُقعر بالنسبة للأصل، بدلاً من أن يكون مستقيماً.

ذلك هو الشكل الذي نتوقعه أصلاً لحدود إمكانيات الإنتاج، طالما أن هذه هي الحال التي تكون فيها الموارد غير منتجة بشكل متعادل في كل الأنشطة، وعندما نقوم بالزيادة التدريجية في مستوى ناتج معين، ففي كل علاوة إضافية يجب علينا أن نستخدم الموارد الأقل والأقل ملائمة (الأقل إنتاجية)، وفي ضوء (الشكل 5-2)، فإن هذا يعني أنه إذا تم وضع المرضات طبقاً للتخصص فسوف يصبحن قادرات على إنتاج أكثر من 200 استشارة، على سبيل المثال، في كل ما يقرب من 100 حالة استشارة للذبحة الصدرية، يمكن إنجاز 120 حالة استشارة في مرض السل، بما

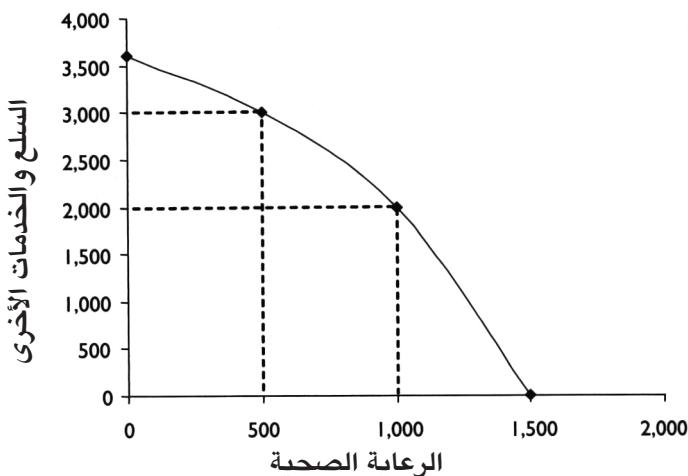
يعني إنجاز عدد 220 حالة استشارة تقريباً في اليوم الواحد، ومع ذلك، فإن وضع كل المرضيات في استشارات مرض السل، يعني أن بعض المرضيات المتخصصات في الذبحة الصدرية لن يصبحن قادرات على إنتاج حالات تتميز بالكفاءة كما هو الحال بالنسبة لاستشارات مرضى السل، وبذلك سيكون عدد الاستشارات الطبية لديهن أقل في اليوم الواحد، وهذا يؤدي إلى إنجاز حالات أقل من 200 حالة في اليوم.



(الشكل 5-2): حدود إمكانيات الإنتاج في مستشفى (الخط المقعر).

(والشكل 5-3) يوضح «حدود إمكانية الإنتاج» في اقتصاد مفترض، ويوضح الشكل البياني الإنتاج في الرعاية الصحية نسبة لكل الأشياء الأخرى في الاقتصاد، والكفاءة التقنية (كما قرأت في الفصل الأول، حيث يتم إنجاز ناتج معين بأقل المدخلات، يحتاج لأن تكون عند نقطة لا تستطيع عندها زيادة ناتج معين دون أن نقل، أو نحدّ من ناتج آخر - طالما أن «حدود إمكانية الإنتاج» تمثل نقاط الكفاءة التقنية بالتعريف)، وكما في (الشكل 5-2)، فإن كل نقطة على حدود إمكانيات الإنتاج في (الشكل 5-3) تمثل مستوى كفاءة تقنية الإنتاج. بدلاً من إيضاح عملية المقابلة بين الاستشارات الخاصة بكل من السل والذبحة الصدرية، كما في (الشكل 5-2)، نجد أن (الشكل 5-3) يوضح المقابلة بين إنتاج الرعاية الصحية في مقابل أي شيء آخر في الاقتصاد (مثل تكلفة الفرصة للرعاية الصحية)، وهكذا فإنه في ضوء (الشكل 5-3) نجد إن تكلفة الفرصة

– الخاصة بالرعاية الصحية من صفر – 500 وحدة والفائدة من 600 وحدة (3600) لـ 3000 للسلع الأخرى (الطعام – التعليم – النقل) التي يجب أن نستغنى عنها لكي نحققها، ولاحظ من (الشكل 3-5) أنه كلما استمررنا في زيادة كمية الرعاية الصحية فإن تكلفة الزيادة في كل 500 وحدة تصبح أكبر وأكبر.



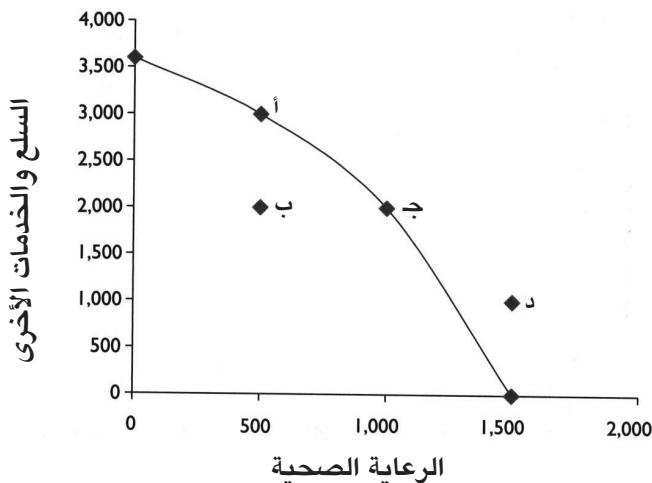
(الشكل 3-5): حدود وإمكانيات الإنتاج بالنسبة للاقتصاد.

نشاط 1-5

من أجل زيادة المعرفة بالمفاهيم التي تم شرحها الآن، حاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. أي النقاط الموجودة في (الشكل 4-5) (أ، ب، ج) تشير إلى الآتي:
 - (أ) الكفاءة التقنية؟
 - (ب) عدم الكفاءة التقنية؟
 - (ج) غير عملي؟
2. ما هي تكلفة الفرصة في زيادة الرعاية الصحية من 500 إلى 1000 وحدة؟
 - (أ) البداية من النقطة أ؟

- (ب) البداية من النقطة ب؟ (هذا ليس سؤالاً سهلاً!).
3. وضح على (الشكل 4-5) أشياء أخرى تظل كما هي، ماذا تعتقد سوف يحدث بالنسبة لحدود إمكانية الإنتاج (PPF) إذا:
- كان هناك نقص في حجم السكان أو
 - كان هناك تحسن في التقنيات الصحية.



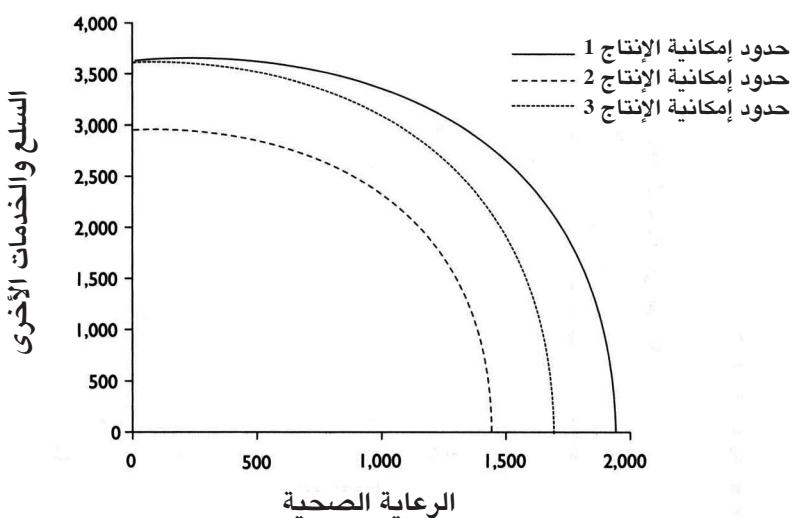
(الشكل 4-5): حدود وإمكانيات الإنتاج بالنسبة للاقتصاد. مع الكفاءة التقنية والكفاءة غير التقنية والإنتاج غير العملي.

التغذية الراجعة:

- تمثل النقطتان أ و ب كفاءة تقنية لأنهما تقعان تماماً على حدود إمكانيات الإنتاج، بحيث أنه لا تستطيع زيادة أحد المخرجات، أو النواتج دون أن تقلل من أخرى.
- النقطة ب تمثل عدم كفاءة تقنية لأنها تقع خلال حدود إمكانيات الإنتاج وهذا يعني وجود سعة زائدة، وإذا كانت هناك زيادة في ناتج الرعاية الصحية، فلن تكون هناك حاجة لوجود نقص، أو تخفيض في ناتج السلع والخدمات الأخرى.

(ج) النقطة ج ليست عملية أو ملائمة في وجود التقنيات الحالية حيث إنها تقع خارج نطاق حدود إمكانيات الإنتاج.

2. تكلفة الفرصة بالنسبة لزيادة 500 وحدة من الرعاية الصحية من النقطة أ هي الفائدة المرتبطة بـ 1000 وحدة من السلع والخدمات الأخرى التي يجب التخلي عنها من أجل تحقيقها، وإذا كان هناك تحرك من النقطة ب إلى النقطة ج فإن التكلفة تكون صفرًا طالما أن إنتاج سلع وخدمات أخرى لا يحتاج للتخفيف، ومع ذلك، فإن تكلفة الفرصة مازالت في الحقيقة تبلغ 1000 وحدة من السلع والخدمات الأخرى، وذلك لأن التحرك من ب إلى ج يجعل المجتمع يفتقد الفوائد التي كان يمكن أن يجنيها بواسطة التحرك من ب إلى أ بدلاً من ذلك (بافتراض أن النقطة أ هي البديل الأفضل للنقطة ج).



(الشكل 5-5): حدود إمكانيات الإنتاج بالنسبة للاقتصاد - تحركات إمكانية الإنتاج.

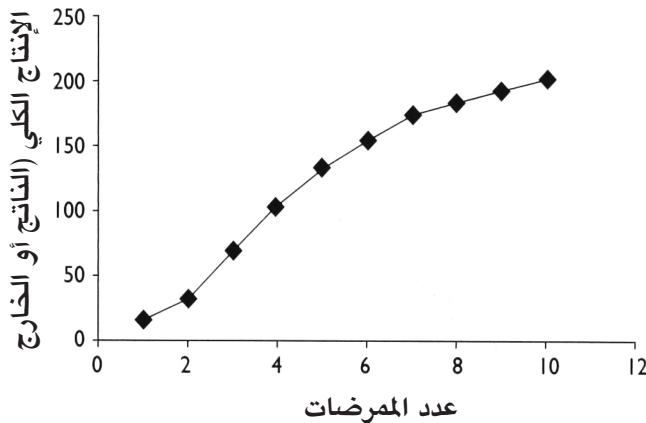
3. تعتبر العمالة مدخلًا مهمًا في إنتاج جميع السلع والخدمات، وخاصة الصحة، وإن نقص حجم العمالة سوف ينتج عنه انخفاض كمية الإنتاج العملي، ومن ثم فإن حدود إمكانيات الإنتاج تتجه نحو الأصل (انظر حدود إمكانيات الإنتاج 2 في الشكل 5-5). إن التحسن في تكنولوجيات الصحة يعني أن هناك الكثير الذي

يمكن إنتاجه من خلال قائمة معينة من الموارد، ومن ثم، فإن ذلك سوف يتحرك بمؤشر حدود إمكانيات الإنتاج نحو الخارج (انظر حدود إمكانيات الإنتاج 3 في الشكل 5-5)، لاحظ أنه بتطبيق تحسينات تكنولوجية على الرعاية الصحية فقط، فإن أقصى مستوى للمنتجات غير الصحية لا تتغير، حتى أن حدود إمكانيات الإنتاج تخترق وتنعدى المحور Y عند نفس النقطة الموجودة فيها حدود إمكانيات الإنتاج.

والمتضمنات المهمة في هذا التحليل هي:

- إذا كان هناك نظام لا يتميز بالكفاءة التقنية، عندئذ يكون من الممكن إنتاج سلع وخدمات أكثر، ومن ثم تكون هناك رفاهية أكثر مع الموارد الحالية.
- إذا كان النظام يتم تشغيله على مستوى من الكفاءة التقنية وعندئذ لكي تزيد من الكمية المنتجة من سلعة واحدة، فعليك أن تخفض الكمية المنتجة من سلعة أخرى. هذه المقابلة هي تكاليف الفرصة.
- والطريقة الأخرى الوحيدة التي يمكن من خلالها إنتاج سلع أكثر من كل منتج، إذا كان هناك تحسن في التقنية مثل إمكانية زيادة الناتج بنفس كمية الموارد، أو إذا كانت هناك زيادة في كمية الموارد المتاحة (مثل أن يكون هناك زيادة في حجم السكان).

الآن دعونا ننظر إلى عملية الإنتاج في الرعاية الصحية بمزيد من التفاصيل، وسوف تنظر إلى هذا من خلال إطارين مختلفين لصنع القرار، مميزة بواسطة التنوع في المدخل إلى عملية الإنتاج، وعلى المدى الطويل فإن كل الداخلي إلى عملية الإنتاج يمكن أن يتتنوع، وعلى المدى القصير هناك حدود لهذا، لأن الداخلي يكون ثابتاً، على سبيل المثال، فإن الدوافع الثابتة تتضمن استثمارات مثل مباني المستشفيات أو أجهزة الأشعة، وهذه الدوافع ثابتة لا تتتنوع مع مستوى الناتج. أما الدخول المتغيرة، على العكس من ذلك، تتتنوع مع تنوع مستوى الناتج أو الخارج (مثل الأفلام الخاصة بالأشعة السينية، والسرنجات، والأبر الخاصة بالحقن، والوقت الخاص بعمل الموظفين)، وعلى المدى القصير، فإن التغييرات الخاصة بالدوافع فقط هي التي يمكن استبدالها.



(الشكل 5-6): وظيفة الإنتاج للخدمات التمريضية في المجتمع (مشكلة).

الإنتاج على المدى القصير:

لنفترض أنك مدير لأحد أجهزة خدمة التمريض في منطقة ريفية، وتقوم بتنفيذ دراسة مسحية للوقوف على الكيفية التي يتغير بها الناتج بالنسبة لعدد المرضات العاملات، وأنت لهذا تقوم بحساب الناتج المرتبط بكل مستوى تمريض وتحطّه في رسم بياني (الشكل 5-6)، وفي هذا الرسم يتم وضع الداخل في مقابل الخارج، أو الناتج وهو ما يعرف بوظيفة الإنتاج، والمرضات ليست هي المدخل الوحيد في هذه الوظيفة الإنتاجية، وأنت كمدير لديك كذلك سياراتان للسفر عبر البلدان داخل الوطن وهي تحت تصرفك، وفي نهاية العام، فإن وزير الصحة قد يقدم أو يزوركم بالزيادة من السيارات، أو إعادة تعين، السياراتتين اللتين لديك من قبل.

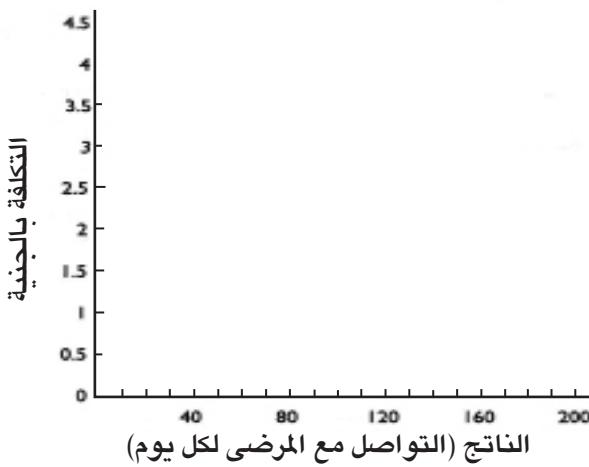
أنت الآن تستطيع التأثير فقط في عدد المرضى الذين تم التعامل معهم بواسطة تنويع أوقات عمل التمريض، ومن ثم فإن السيارات تمثل تكلفة ثابتة وتمثل المرضات تكلفة متغيرة، ويوضح (الجدول 5-1) وظيفة الإنتاج الكلي على المدى الزمني القصير للخدمة الخاصة بك، إنها توضح إجمالي المنتج (في ضوء التواصيل مع المرضى كل يوم العمود رقم 2) الممكن تحقيقه باستخدام السياراتتين (إجمالي التكلفة الثابتة - العمود رقم 5). بالنسبة لأعداد مختلفة من المرضات (العمود رقم 1)، وكذلك فإنها توضح المنتج الحدي (الهامشي) (العمود رقم 3)، وذلك هو الناتج الإضافي الذي تم تحقيقه لكل مدخل إضافي (كل ممرضة إضافية).

(الجدول 1-5): وظيفة الإنتاج على المدى القصير في مجتمع لخدمات التمريض.

متوسط التكلفة الكلية	تكلفة إجمالية	إجمالي تكلفة ثابتة (تكلفة السيارات)	إجمالي تكلفة التغيير	المنتج الحدي	المنتج الإجمالي	عدد المرضيات
5.33	80	50	30	15	15	1
3.67	110	50	60	15	30	2
2	140	50	90	40	70	3
1.7	170	50	120	30	100	4
1.54	200	50	150	30	130	5
					150	6
					170	7
					180	8
					190	9
					200	10

نشاط 2-5:

- أكمل عمود المنتج الحدي في (الجدول 1-1)، فقد تم البدء في الجدول من أجلك، هل هناك عوائد متناقصة مرتبطة بزيادة عدد المرضيات؟ (هل العدد الحدي للتواصل مع المرضى يومياً بالنسبة لكل ممرضة يتناقص مع زيادة عدد المرضيات؟) وما الذي يمكن أن يفسر هذه العلاقة؟
- فترض أن ممرضة تتلقاضى 30 جنيه استرليني عن اليوم الواحد وأن تكاليف السيارة الواحدة في اليوم 25 جنيه استرليني، ونفترض أنه لا توجد تكاليف أخرى، احسب إجمالي تكاليف المتغير (عدد المرضيات × تكلفة كل ممرضة)، وإجمالي التكاليف الثابتة (عدد السيارات × تكلفة السيارة الواحدة) والتكلفة الإجمالية (إجمالي تكلفة المتغير + إجمالي التكلفة الثابتة) والموجودة في أعمدة الجدول، وقد وضعنا البدايات لهذه الحسابات لإجلك في الجدول.
- انتهى من حساب متوسط التكلفة الإجمالية (التكلفه الإجمالية / المنتج الإجمالي)، وضع مكاناً لمتوسط التكلفة في مقابل إجمالي الناتج في (الشكل 7-5).
- اشرح الشكل الموجود عليه منحنى متوسط التكلفة على المدى القصير.



(الشكل 5-7): منحنى متوسط التكلفة على المدى الزمني القصير (مشكلة).

التغذية الراجعة:

1. المنتج الحديّ هو المنتج الإجمالي ذو الصلة مع العدد \times من المرضات ناقص المنتج الإجمالي مع ممرضة واحدة أقل، وبالنسبة للممرضة الثالثة يكون $= 30 - 70 = 40$ ، والباقي موضح في (الجدول 2-5).

يبدأ المنتج الحدي من 15 ويزيد إلى 40 ثم يتناقص بالتدرج إلى عدد 10 زيارات إضافية في اليوم، ومن هذا، فإنك تستطيع القول بأن هناك زيادة في العوائد الحدية بما أن عدد المرضات قد زاد إلى 3، ومع وجود زيادة في عدد المرضات أكثر من 3، يكون هناك تناقص في العوائد الحدية مع ذلك، وهذا يعطينا إشارة عن إنتاجية كل ممرضة زيادة تم توظيفها في مجال التواصل مع المرضى يومياً، ولكنه لا يخبرنا بشيء عن عدد المرضات اللاتي يجب توظيفهن، وهذا يعتمد على العلاقة بين متوسط وحدّ أو هامش المنتج مثله في ذلك مثل باقي العوامل بما في ذلك التكلفة، ويمكن تفسير العوائد المتزايدة بسبب تخصص التمريض، فربما بواسطة 3 ممرضات، كل واحدة منهم تستطيع زيارة قرية، أو ربما كل ممرضة يمكن أن تتخصص في المجال الخاص بمرض معين، وتراجع العائد يمكن تفسيره عن طريق الانتشار الجغرافي، وكل مرة يتم فيها إضافة ممرضة يكون عليهم أن يسافروا بعيداً أكثر وأكثر لعلاج المزيد من المرضى وعليهم قضاء مزيداً من الوقت في السفر فيكون لديهم وقت أقل لمقابلة المرضى ومن ثم يتلاشى المنتج الحدي.

(الجدول 5-2): وظيفة الإنتاج على المدى القصير في مجتمع لخدمات التمريض (حل).

متوسط التكاليف (إجمالي)	التكلفة الإجمالية	إجمالي التكاليف الثابتة (تكاليف السيارات)	إجمالي التكاليف المتحركة	المنتج الحدّي	المنتج الإجمالي	عدد المرضى
5.33	80	50	30	15	15	1
3.67	110	50	60	15	30	2
2	140	50	90	40	70	3
1.7	170	50	120	30	100	4
1.54	200	50	150	30	130	5
1.53	230	50	180	20	150	6
1.53	260	50	210	20	170	7
1.61	290	50	240	10	180	8
1.68	320	50	270	10	190	9
1.75	350	50	300	10	200	10

2. التكلفة المتحركة عبارة عن عدد المرضى مضربوها في 30 جنيه وبالنسبة لعدد مريضة (2×30) جنيهها استرلينياً = 60 جنيهها استرلينياً، والتكلفة الثابتة هي عدد السيارات 2×25 جنيهها استرلينياً = 50 جنيهها استرلينياً، والتكلفة الإجمالية هي التكلفة الثابتة + التكلفة المتحركة، وبالنسبة لعدد 2 من المرضى فإن التكلفة الإجمالية $= 60 + 50 = 110$ جنيهها استرلينياً، وأنواع التكلفة الأخرى موجودة في (الجدول 5-2).

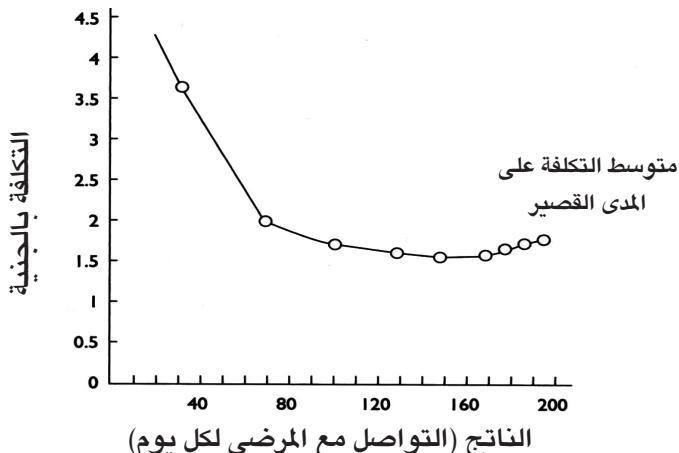
3. متوسط التكلفة هو التكلفة الإجمالية مقسمة على المنتج الإجمالي، وبالنسبة لعدد 2 من المرضى فإن متوسط التكلفة $110 \div 30 = 3.67$ جنيه استرليني، والنتائج الأخرى موجودة في (الجدول 5-8)، والمنحنى مرسوم في (الشكل 5-8).

4. المنحنى الخاص بمتوسط التكلفة على المدى القصير يأخذ شكل حرف U (وهذا المنحنى ينحدر في البداية ثم يأخذ تدريجياً شكل متساوٍ وبعدها يبدأ في الارتفاع)، ومنحنى متوسط التكلفة الهابط في البداية يمكن تفسيره بواسطة عاملين:

- زيادة العوائد بالنسبة للمرضى (وهذا يتضمن انخفاض في متوسط التكاليف المتحركة عندما يرتفع الناتج).

انتشار التكاليف الثابتة على ناتج أكبر - على سبيل المثال، عندما يكون متوسط التكلفة الثابتة 1.67 جنيه استرليني ويكون الناتج 30، ولكنه يكون فقط 0.50 جنيه استرليني عندما يكون الناتج 100 جنيه استرليني .

ويتناقص متوسط التكلفة الثابتة باستمرار كلما ارتفع الخارج، أو الناتج، ومع ذلك، فإن العوائد المتزايدة للمرضات تعطي طريقة للعوائد المتلاشية أو المتناقصة، وهذا يتضمن زيادة في متوسط التكاليف المتغيرة، وفي الواقع، فإن الزيادة في التكلفة المتغيرة تتعدي أو تزيد عن النقص في متوسط التكاليف الثابتة، وعند هذه النقطة يبدأ منحنى متوسط التكلفة في الارتفاع.



(الشكل 5-8): متوسط التكلفة على المدى القصير.

الإنتاج على المدى الطويل:

سوف تتعرف الآن على «الإنتاج على المدى الطويل»، تخيل أنك الآن في نهاية السنة المالية، وكمدير لإدارة خدمات التمريض فأنت مطالب بتقييم إمكانياتك من أجل زيادة المنتج الإجمالي. وذلك حتى تتمكن وزارة الصحة من تقييم المطلبات الرأسمالية للسنة التالية، وأنت تقوم مع العاملين في جهاز التمريض الذي تديره، بتقييم إمكانيات الإنتاج لديك حتى تكون كما هو موضح في (الجدول 5-3).

ويوضح الجدول أقصى إنتاج تم تحقيقه بالنسبة لمجموعة متكاملة من المدخلات، وسيوف ترى على سبيل المثال أن الصف الثالث (2 سيارة) يوضح نفس المعلومات التي هي موجودة في العامود الثاني في (الجدول 1-5)، وتركيز هنا سوف يكون تأكيداً أن الخدمة « ذات كفاءة من الناحية التقنية» مما يعني أنه لن توجد أحد المدخلات التي ستتعرض للنقص دون نقص، أو هبوط أيضاً في الناتج أو المخرجات.

(الجدول 5-3): المنتج الإجمالي (التواصل مع المرضى في اليوم الواحد مشكلة).

ممرضة										سيارة
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
30	29	28	26	24	22	20	15	10	5	صفر
100	90	75	60	45	35	30	25	20	15	1
200	190	180	170	150	130	100	70	30	15	2
200	200	200	200	200	180	150	100	30	15	3
200	200	200	200	200	195	180	100	30	15	4
200	200	200	200	200	200	180	100	30	15	5

:3-5 نشاط

ظلل البنود غير ذات الكفاءة التقنية الموجودة في (الجدول 5-3).

التغذية الراجعة:

هنا تركيبات، أو تجمعات متعددة من السيارات، والمرضات والتي تعتبر بغير كفاءة من الناحية التقنية، على سبيل المثال، وجود 7 ممرضات مع 3 سيارات غير كفء من الناحية التقنية، لأنك تستطيع تقليل عدد الممرضات إلى 6 ممرضات، وما يزال لديك إجمالي إنتاج بمعدل 200 زيارة للمرضى في يوم واحد، فإن الجمع بين 6 ممرضات، وعدد 4 سيارات يعتبر غير كفء من الناحية التقنية لأنك يمكنك تقليل عدد السيارات إلى 3 وما يزال عندك إجمالي منتج 200 زيارة في اليوم، والتركيبات أو التجمعات غير ذات الكفاءة التقنية، تجدها في المربعات المظللة في (الجدول 5-4). وهناك اعتباراً آخر سوف يكون لديك كونك مديرًا، ألا وهو الدخل الذي اكتسبته بالنسبة لكل زيادة متعاقبة في المدخلات، هل العائد ثابت أم أنه يتتنوع بالنسبة للحجم العام للخدمة؟

(الجدول 5-4): المنتج الإجمالي (التواصل مع المرضى في اليوم الواحد) (حل).

ممرضة										سيارة
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
30	29	28	26	24	22	20	15	10	5	سفر
100	90	75	60	45	35	30	25	20	15	1
200	190	180	170	150	130	100	70	30	15	2
200	200	200	200	200	180	150	100	30	15	3
200	200	200	200	200	195	180	100	30	15	4
200	200	200	200	200	200	180	100	30	15	5

يشير مصطلح «الرجوع إلى عامل» إلى الإضافة للناتج بواسطة زيادة عامل واحد، وعلى الجانب الآخر، يشير مصطلح العودة إلى الميزان (الميزان) إلى الإضافة إلى الناتج أو المخرجات التي تم الحصول عليها عن طريق زيادة كل العوامل بالنسبة نفسها، ويتحدث الناس عن الرجوع إلى العامل في المدى الزمني القصير، لأنه على الأقل يكون هناك عامل واحد ثابت، والعائد إلى ميزان ظاهرة على المدى الطويل لأنه فقط في حالة المدى الزمني الطويل يمكن لكل العوامل أن تزيد بالتناسب.

إن زيادة العوائد لميزان يمكن تفسيرها بنفس الطريقة الموجودة في زيادة أو ارتفاع العوائد بالنسبة لعامل واحد - بواسطة تحسين أقسام العمالة وزيادة التخصص، وعلى المدى الطويل توجد عوائق وحواجز أقل على التخصص لأن كمية من العوامل تكون متغيرة، ومن ثم قد يكون هناك عوائد متزايدة للميزان على مختلف المستويات حيث يكون هناك عوائد منخفضة بالنسبة لعامل معين. وانخفاض العوائد بالنسبة لميزان فيتم تفسيرها غالباً بواسطة الصعوبات الموجودة في إدارة وتناسق كل القرارات التي في حاجة إلى اتخاذها لإدارة مؤسسة أو منظمة كبيرة.

نشاط 4-5:

(الجدول 5-5) فيه مقارنة بين إجمالي الناتج المرتبط بسيارة واحدة وممرضة واحدة، مع ذلك الخاص بسيارتين واشنطين من المرضيات، وهكذا، هل هناك عائد ثابت للقياس؟ وماذا يفسر الإطار الذي لاحظته؟

الجدول 5-5): عوائد الميزان.

منتج إضافي	المنتج الإجمالي	تجمعات المدخلات
15	15	1.5
15	30	2.2
70	100	3.3
80	180	4.4
20	200	5.5

التغذية الراجعة:

الناتج المضاف بواسطة ممرضة واحدة، وسيارة واحدة 15 زيارة (انظر الجدول 5-5) فإذا أضفنا ممرضة أخرى، وسيارة أخرى فسوف تحصل على 15 زيارة أخرى، وأعلى من ذلك المدى يمكنك أن تقول أن هناك عوائد ثابتة للقياس، وعندما تضيف ممرضة أخرى وسيارة أخرى، يمكنك الحصول على عدد 70 زيارة إضافية، فالزيادة في الناتج أكبر في النسبة من الزيادة في المدخلات، وهذا يعني وجود زيادة في العوائد للميزان، وإذا فعلت ذلك مرة ثانية قد تحصل على المزيد (80 زيارة)، ولكن فيما بعد، فإن الناتج الإضافي من ممرضة واحدة وسيارة واحدة 20 زيارة، وعلى ذلك فإن هناك نقص، أو انخفاض في العائد إلى الميزان، وهذا يمكن تفسيره بالانتشار الجغرافي للسكان، وحقيقة أن السكان وبالتالي الناتج يكون محدوداً.

نشاط 5-5:

الآن انظر إلى الشكل البياني الموجود في (الشكل 10-5) والمأخوذ عن «ونسنج وآخرين، (Wensing et al 2006)، والمدخلات (عبارة عن الساعات التي يقضيها الممارس العام مع المرضى) موضوعة في الرسم البياني في مقابل حجم الممارسة (عدد المرضى المسجلين). بماذا يخبرنا الرسم البياني عن عوائد القياس الخاصة بمارسات الممارس العام؟

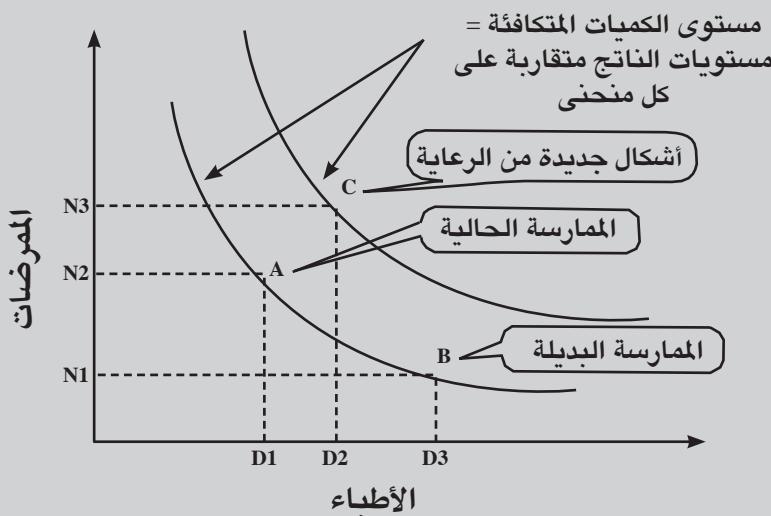
إطار للقراءة المتقدمة: استبدال المدخلات ومستوى الكميات المتكافئة

كما رأيت من قبل، فإن حدود إمكانيات الإنتاج يمكن استخدامها لتحديد مواضع الكفاءة بين الناتج، أو المخرجات المختلفة، ولكن كيف تختار الشركات من بين أكثر أنواع هذه الترتكيبات، أو التجمعات من حيث الكفاءة؟ والشركات (التي تقدم الرعاية الصحية) لديها عدد من الاختيارات التي من خلالها تختار تلك التركيبة من المدخلات والتي من شأنها مخاضعة الناتج، أو الخارج، ومن الناحية النظرية، عندما يتم اتخاذ هذه القرارات يضعون في الحسبان هامشًا أو حداً لإنتاج كل مدخل (التغيير في الناتج لكل وحدة زيادة في المدخلات). والعلاقة بين هامش، أو حد المنتجات بالنسبة للمدخلات المختلفة يمكن أيضًا استخدام مستوى الكميات المتكافئة، والتي تمثل كل علامة منه مستوى الناتج نفسه الذي تم إنتاجه من خلال عملية تكوينات أو توليفات مختلفة من المدخلات.

دعنا نقول أنتا ننظر إلى تغيير الأطباء: المرضات في مستشفى معين من أجل عمل يوم للجراحة، النقطة A في (الشكل 9-5) توضح طريقة الممارسة الحالية باستخدام طبيب واحد واثنتين من المرضات، وهناك طرificeً بديلاً لتحقيق المستوى نفسه من الإنتاج موجود عند النقطة B في الشكل، والذي يحتوي على 3 أطباء وممرضة واحدة، وبسبب نقص، أو هبوط المنتج الحدي أو الهامش لكل مدخل، فإن مؤشر مستوى الكميات المتكافئة يأخذ شكلاً محدباً: عندما تتحرك من اليسار إلى اليمين يزيد عدد الأطباء المستخدمين (ويقل عدد المرضات) وكل طبيب إضافي (وحدة مدخلات) يسبب زيادة أصغر في الناتج الإجمالي.

يسمى انحدار مؤشر مستوى الكميات المتكافئة بـ «المعدل الحدي لإحلال التقنية» الذي يشير إلى المعدل الذي عنده لأحد المدخلات أن تدخل مع أخرى مع الاستمرار في الناتج نفسه، إنها مساوية للمنتج الحدي أو الهامشي للمرضات \div المنتج الهامشي أو الحدي للأطباء، وعلى سبيل المثال، إذا كان 4 من المرضات وعدد 2 من الأطباء يتتجون نفس الناتج الذي تقدمها 2 من المرضات وعدد 3 من الأطباء، عندئذ يكون المنتج الحدي أو الهامشي الخاص بطبيب واحد يعادل 2 من المرضات، وعلى ذلك، فإن المعدل الحدي لإحلال

التقنية يكون 2 (على طول هذا الجزء من مؤشر مستوى الكميات المتكافئة يكون الناتج الخاص بطبيب واحد مساوياً لضعف الناتج الخاص بمرضة واحدة)، وسوف تقرأ المزيد عن تطبيق مؤشر مستوى الكميات المتكافئة «الأيزوكوان» في إطار قراءة متقدمة في الفصل السادس.



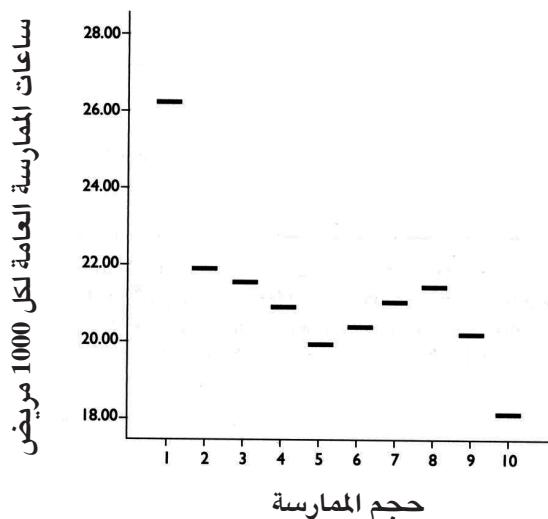
(الشكل 5-9): مستوى الكميات المتكافئة.

N مرضية، D طبيب.

التغذية الراجعة:

يشير (ونسنج Wensing) إلى أن تحويل العمل للطبيب في كل 1000 مريض يختلف من حيث مستويات حجم الممارسة، ففي الطبقة 1 (الممارسات الصغرى) يعمل الأطباء بمتوسط 26.2 ساعة لكل 1000 مريض، وفي الطبقة رقم 10 (أكبر الممارسات) يعمل الطبيب بمعدل 18.1 ساعة، وكلما زاد حجم الممارسة من الطبقة 1 إلى الطبقة 5 تكون هناك زيادة في عائد العامل في وقت الممارسة العامة، وحتى المستوى أو الطبقة رقم 8، هناك اقتراح بوجود منحنى على شكل حرف U، والذي يشير إلى وجود نقص في عائد العامل إلى ما بعد وراء الحجم 5، ومع ذلك، فإن متوسط مدخلات الطبيب تكون الأدنى في حجم الممارسة الأكبر رقم 10.

يتضمن هذا الشكل أن حجم الممارسة له تأثيراً هاماً على الكفاءة التقنية للممارسات الخاصة بأطباء الممارسة العامة، وبالرغم من أنه قد يكون هناك عوامل أخرى تؤثر في الكفاءة مثل مجال الخدمات المقدمة، فإن الممارسات العامة الأكبر تبدو أكثر كفاءة من الممارسات الأصغر في هذه الجهات.



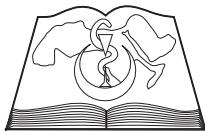
(الشكل 5-10): العلاقة بين حجم الممارسة العامة ومدخلات الممارسة العامة لـ 1.188 ممارسة في هولندا وحجم الممارسة (عدد المرضى المسجلين): الصنف 1: 2,292-1,400؛ الصنف 2: 2,480-2,300؛ الصنف 3: 2,899-2,750؛ الصنف 4: 2,630-2,635؛ الصنف 5: 3,170-2,990؛ الصنف 6: 5,340-4,200؛ الصنف 7: 4,169-3,200؛ الصنف 8: 7,200-5,400؛ الصنف 9: 15,365-7,206؛ الصنف 10: 10,200-

Source: Wensing et al. (2006)

الملخص:

تم في هذا الفصل تقديم المفاتيح الخاصة التي يستخدمها رجال الاقتصاد لفهم عملية الإنتاج، وقد تعلمت كيف تفسر وظيفة الإنتاج، والعلاقة بين المدخلات، والناتج أو المخرجات، وطبيعة هذه العلاقات، وقد تقدمت في طريق تعلم النتاج الحدي، أو الهامش والعائد للمقياس، وعلى المدى القصير، فإن عوائد الميزان تكون بسبب زيادة

العائد للعامل (تبعاً لزيادة التخصص) وكذلك انتشار التكاليف الثابتة، وعلى المدى الطويل ترجع لزيادة العوائد إلى ميزان (طبقاً لزيادة التخصص)، وهذه العلاقات عندما تلقي الضوء على كفاءة العمليات الإنتاجية المختلفة، أو الخدمات، فإن هذه المفاهيم تكون حاسمة في القرارات الخاصة بإدخال العمليات التقنية الجديدة وقياس النشاط وتخصيص الموارد البشرية.



الفصل السادس

العرض: التكاليف، اقتصاديات الميزان ومنحنى العرض

Supply: Costs, economies of scale
and the supply curve

نظرة عامة:

بدأت في الفصل السابق استكشاف النظرية وراء العرض ومنحنى العرض، حتى الآن، فأنت تنظر إلى وظيفة الإنتاج، وربما تتساءل: كيف تلائم التكلفة ذلك؟ فهذا الفصل ينظر إلى العلاقة بين الناتج والتكلفة، وعندئذ سوف تستخدم هذه النظرية مزايا وعيوب الإنتاج ذو المستوى الضخم في الرعاية الصحية، وأخيراً كيفية عمل منحنى العرض.

الأهداف التعليمية:

- بعد انتهاء العمل والقراءة في هذا الفصل، سوف تصبح قادرًا على الآتي:
- التقييم والرسم البياني لوظائف التكلفة البسيطة.
 - وصف العلاقة بين ميزان الإنتاج والتكلفة.
 - تشخيص الاقتصاديات وغير الاقتصاديات في الميزان.
 - مناقشة مزايا وعيوب الخدمات الصحية ذات الميزان الكبير.
 - وصف كيفية استخراج منحنيات العرض.
 - عمل قائمة بالعوامل التي تؤثر في العروض الخاصة بسلعة معينة.

المصطلحات الأساسية:

الكفاءة الاقتصادية (الإنتاجية): الموقف الذي لا يستطيع فيه المنتج تقديم المزيد دون زيادة التكلفة.

الفائدة الاقتصادية: العائد الإجمالي ناقص التكلفة الإجمالية مفصولاً عن الفائدة الطبيعية.

اقتصاديات الميزان: الشروط، أو الظروف التي بموجبها يحدث نقص في متوسط التكلفة على المدى الطويل بزيادة الناتج، أو المخرجات.

التكلفة الثابتة: تكلفة الإنتاج التي لا تتتنوع مع تنوع مستوى الناتج.

الفائدة الطبيعية: العائد الذي تستلمه الشركة، أو المؤسسة من المدخلات، مثل دور المدير في المؤسسة، وإدارة الأعمال وهذا جزء من تكلفة الفرصة الخاصة بالمؤسسة.

فائض المنتج: الفرق بين الكمية التي يتسلّمها المنتج من المبيعات الخاصة بالسلع، وأقل كمية يتطلع المنتج إلى قبولها بالنسبة لهذه السلعة.

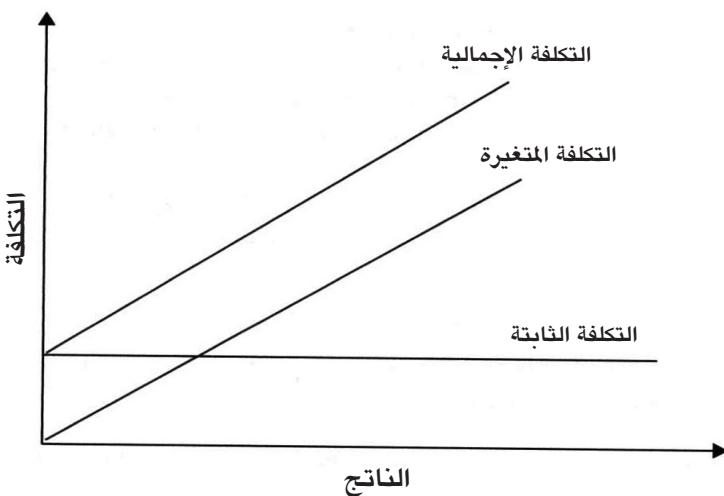
كفاءة الميزان: الموقف الذي يكون فيه إنتاج الممول يصل إلى مستوى ناتج معين حيث يقل معدل التكلفة إلى الحد الأدنى.

التكلفة المتغيرة: تكلفة إنتاج تتتنوع بشكل مباشر مع تنوع مستوى الناتج.

وظائف التكلفة:

دعنا نبدأ دراستك للتکالیف بالنظر إلى وظيفة التکلفة، ووظائف التکلفة توضح العلاقة بين إجمالي التکالیف والناتج، وعلى المدى القصير، تظل التکالیف الثابتة في حالة من السکون، وتكون مستهدفة حتى عندما يكون الناتج صفر، والتکالیف المتغيرة تزيد مع مستوى الناتج فكر الآخر في قسم الطوارئ في مستشفى خلال مدة 24 ساعة، والناتج (المرضى الذين تمت رؤيتهم) يختلفون بشكل ملحوظ، وعند نقطة معينة قد لا يكون هناك مرضى على الإطلاق (الناتج = صفر)، وتکالیف مثل رواتب العاملین، والأسرة والتجهیزات الأخرى، والمعدات، وحتى التأمينات، هي تکالیف غير متغيرة، وهذه هي التکالیف الثابتة وما تزال مستهدفة عند المستوى نفسه سواء كان الناتج

صفرأً أو عند أقصى حد له، ومن ناحية أخرى، فإن التكاليف المرتبطة بكل مريض مثل السرنجات وأبر الحقن، والملابس والأدوية، كلها تتتنوع مع مستوى أعداد المرضى، وهذه هي التكاليف المتغيرة، والعلاقة بين الإجمالي لكل من التكاليف الثابتة والمتغيرة موضح في (الشكل 1-6).



(الشكل 1-6): المدى الزمني القصير لوظائف إجمالي التكلفة الثابتة والمتغيرة.

الآن سوف نستمر مع التحليلات التي قمنا بها في الفصل الخامس عند الاختيارات ذات المدى الطويل لدى جماعة خدمات التمريض.

نشاط 1-6:

- في (الجدول 1-6) أكمل الفراغات الموجودة في التكلفة الإجمالية والمرتبط بكل تركيبة مدخلات باستخدام أسعار عامل الإنتاج المذكورة في النشاط 2-5 وتجاهل التركيبات غير ذات الكفاءة من الناحية الإجرائية، كذلك احسب متوسط التكلفة لكل تركيبة وضعها بين قوسين.
- ما هي أدنى تكلفة لمستويات الناتج التالية: 20، 30، 100، 180، 200؟

**(الجدول 1-6): إجمالي التكلفة (متوسط التكلفة) بالجنيه الاسترليني /
ليوم الواحد.**

ممرضات											سيارة
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
300			210	180	150	120	90	60	30	صفر	
(10)	(0)	(0)	(8.08)	(7.5)	(6.82)	(6)	(6)	(6)	(6)		
325			235	205	175	145	115	85	55	1	
(3.25)	(0)	(0)	(3.92)	(4.56)	(5)	(4.83)	(4.6)	(4.25)	(3.67)		
350	320	290	260	230	200	170	140	110		2	
(1.75)	(1.68)	(1.61)	(1.53)	(1.54)	(1.54)	(1.7)	(2)	(3.67)			
			255	225	195	165				3	
			(1.28)	(1.25)	(1.3)	(1.65)					
			250	220						4	
				(1.28)	(1.22)						
			275							5	
			(1.38)								

التغذية الراجعة:

1. التكلفة الإجمالية تعادل عدد الممرضات مضروباً في 30 جنيه + عدد السيارات مضروباً في 25 جنيه، وبالنسبة لعدد 2 ممرضة وعدد 2 سيارة $(30 \times 6) + (25 \times 2) = 250$ جنيهات، ومتوسط التكلفة هو إجمالي التكلفة مقسوماً على الناتج، أو الخارج (الناتج موجود في الجدول 5-3)، وبالنسبة لعدد 2 ممرضة وعدد 2 سيارة يكون كالتالي $110 \div 30 = 3.67$ جنيه، والقائمة الكاملة من إجمالي ومتوسط التكلفة موضحة في (الجدول 6-2).
2. هناك 3 تجمعات من المدخلات التي تعطي ناتج واحد 30 وهي: 2 ممرضة وسيارتان وعدد 4 ممرضات وسيارة واحدة، وهي تتکلف على التوالي 110 جنيه، 145 جنيه، 300 جنيه، وعلى ذلك فإن التي تتحقق التكلفة الأقل لإنتاج عدد 30 زيارة أن يكون هناك عدد 2 ممرضة وعدد 2 سيارة، والنقطات الأخرى ذات الحد الأدنى للتكلفة موجودة في الجدول 6-3، وكل نقطة في هذا الجدول تعتبر ذات كفاءة اقتصادية لأنها عند هذه النقطات فإن الناتج لا يمكن أن يزيد دون استهلاك تكاليف زائدة، أو بشكل آخر، هي موافق لا يمكن فيها تخفيض التكلفة دون تخفيض المنتج الإجمالي.

**(الجدول 6-2): إجمالي التكلفة (متوسط التكلفة) بالجنيه الاسترليني /
ليوم الواحد (حل Solution).**

ممرضات											سيارة
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1		
300	270	240	210	180	150	120	90	60	30	صفر	
(10)	(9.31)	(8.75)	(8.18)	(7.5)	(6.82)	(6)	(6)	(6)	(6)		
325	295	265	235	205	175	145	115	85	55	1	
(3.25)	(3.28)	(3.53)	(3.92)	(4.56)	(5)	(4.83)	(4.6)	(4.25)	(3.67)		
350	320	290	260	230	200	170	140	110		2	
(1.75)	(1.68)	(1.61)	(1.53)	(1.54)	(1.53)	(1.7)	(2)	(3.67)			
				255	225	195	165			3	
				(1.28)	(1.25)	(1.3)	(1.65)				
				250	220					4	
				(1.28)	(1.22)						
				275						5	
				(1.38)							

(الجدول 6-3): التكاليف على المدى الطويل.

متوسط التكلفة (بالجنيه الاسترليني)	التكلفة الإجمالية (بالجنيه الاسترليني)	توافق المدخلات	إجمالي الناتج
4.25	85	2 ممرضة و سيارة واحدة	20
3.67	100	2 ممرضة و سياراتان	30
1.65	165	3 ممرضات، 3 سيارات	100
1.22	220	4 ممرضات، 4 سيارات	180
1.28	255	6 ممرضات، 3 سيارات	200

مديراً، سيكون لديك اعتباراً آخر، ألا وهو كيف يتغير متوسط التكلفة الخاص بزيارة ممرضة واحدة مع تنوع حجم الخدمة، وبمعنى آخر، هل هناك اقتصاديات، أو غير اقتصاديات خاصة بالميزان؟ وبصفة عامة فإن اقتصاديات الميزان (هبوط متوسط التكلفة مع ارتفاع الناتج) يمكن شرحها بواسطة استخدام 3 عوامل:

- ارتفاع عوائد الميزان (التي عرفت عنها في الفصل رقم 5).
- أسعار ذات عامل هبوط مع ارتفاع في الميزان (عادة ما ترتبط بالقدرة على شراء الشحنات المتراكمة).
- انتشار التكاليف الثابتة على إنتاج أكبر.

وبالمثل، فإن عدم الاقتصادية في الميزان (زيادة متوسط التكلفة بالنسبة للناتج) يمكن شرحها بالآتي:

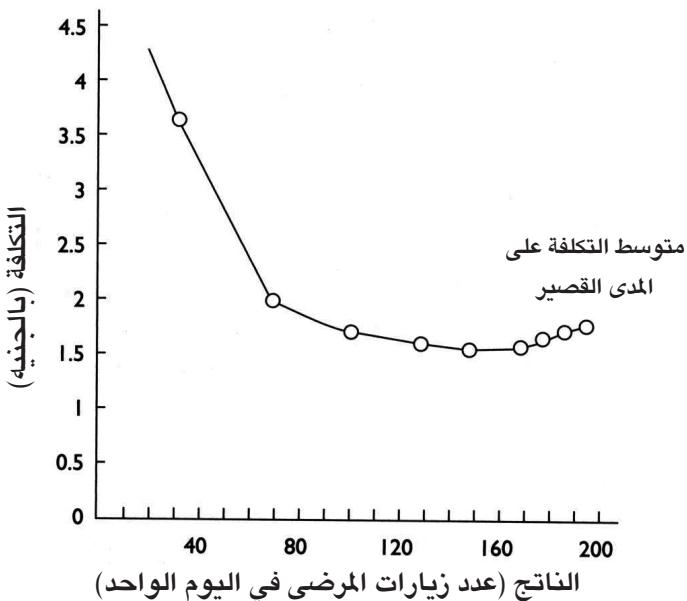
- نقص العوائد إلى الميزان.

ارتفاع أسعار عامل الإنتاج مع ارتفاع الميزان (وقد يكون هذا نتيجة ندرة عوامل الإنتاج، على سبيل المثال، جلب أطباء للعمل في أماكن بعيدة، أو معزولة، غالباً ما يتطلب زيادة في الحوافز المالية).

وفي (الجدول 4-6): ملخص للعلاقة بين التكلفة والناتج على المدى الطويل، مقارنة على المدى القصير، و(الشكل 2-2) يوضح أيضاً هذه العلاقة، ومع ذلك، في هذه الحالة، فإن أسعار عامل الإنتاج يفترض أن تكون ثابتة، والعلاقة بين التكلفة والناتج تكون بسبب العودة إلى الميزان وحده.

(الجدول 4-6): أسباب التوجه في متوسط التكلفة بالنسبة للناتج الإجمالي.

المدى الطويل	المدى القصير	
1. زيادة تعود إلى ميزان (مثل التخصص)	1. زيادة تعود إلى عامل (مثل عامل التخصص)	انخفاض في متوسط التكلفة مع ارتفاع الناتج (اقتصاديات الميزان)
2. انخفاض أسعار العامل	2. انتشار التكاليف الثابتة	
3. انتشار التكاليف الثابتة		
1. انخفاض يعود إلى الميزان (بيروقراطية)	1. انخفاض يعود إلى العامل	ارتفاع متوسط التكلفة بارتفاع الناتج (غير اقتصاديات في الميزان)
2. ارتفاع أسعار العامل		



(الشكل 6-2): متوسط التكلفة على المدى القصير.

نشاط :2-6

- في (الجدول 6-3) لأيهما يعود انخفاض متوسط التكلفة للحد الأدنى، المدخلات أم الناتج؟
- في (الشكل 6-2) ارسم منحنى متوسط التكلفة على المدى الطويل من النشاط 5 على طول منحنى المدى القصير، وهل يوضح ذلك اقتصاديات الميزان؟ ولماذا؟
- ضع في الاعتبار ما الذي كان سيحدث إن كان سعر عامل الإنتاج مثل سعر السيارات أو بالنسبة للممرضات، سوف يتغير؟

التغذية الراجعة:

مستوى الناتج بالنسبة للحد الأدنى للتكاليف (في الجدول 6-3) يساوي 180 زيارة في اليوم باستخدام 4 سيارات، و4 ممرضات، وهذا يوصف بأنه كفاءة الميزان لأنّه عند هذا المستوى من الناتج فإن تكلفة الزيارة الواحدة تنزل إلى الحد الأدنى لها، وعلى ذلك فإن حجم العمليّة يكون مثاليّاً.

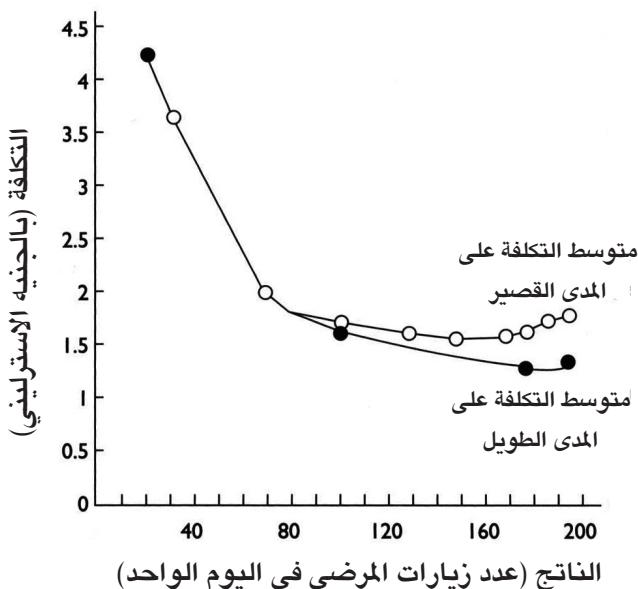
يوضح (الشكل 6-3) متوسط التكلفة على المدى الطويل والموضوع في الشكل بعد منحني متوسط التكلفة على المدى القصير الذي تم رسمه في (النماط 2-5)، ومنحني المدى الطويل له شكل منحني المدى القصير نفسه - شكل حرف U، وفي المستويات الأعلى من الناتج نجد أن منحني التكلفة على المدى الطويل يوجد تحت منحني المدى القصير، وذلك بسبب أن استخدام 2 سيارة يعتبر تقنية غير كافية لإخراج هذا المستوى من الإنتاج، ومنحني التكلفة على المدى الطويل في شكل حرف U يتضمن اقتصاديات الميزان المتبوعة مبدئياً بالعمليات غير الاقتصادية للميزان للمستويات الأعلى من الناتج.

إذاً ارتفعت تكاليف السيارة إلى 35 جنيه في اليوم مثلاً، فإن كل تركيبات المدخلات عندئذ مع سيارة واحدة، أو أكثر سوف تكون أكثر تكلفة، وكلما زاد عدد السيارات كلما ارتفعت قيمة التكلفة الإضافية، والارتفاع في تكلفة السيارات، إذا كان الارتفاع كبيراً بشكل كاف، سوف يسبب كفاية في السعر حيث يقوم الممول بالتبديل من سيارات إلى ممرضات، على سبيل المثال، يوضح (الجدول 5-6) تكلفة إنتاج 180 زيارة في اليوم باستخدام مدخلات مختلفة التركيبات. إنها توضيح لزيادة معينة في سعر السيارات من 25 جنيه استرليني إلى 35 جنيه استرليني، وعند سعر 25 جنيه استرليني فإن وجود 4 ممرضات مع أربع سيارات ستكون الطريقة الأقل تكلفة لإنتاج 180 زيارة، ومع ذلك، فإنه عند سعر 35 جنيه فإن 5 ممرضات وتلاث سيارات ستكون الطريقة الأقل تكلفة لإنتاج 180 زيارة، ومن ثم، فإن الزيادة في سعر السيارة يؤدي إلى وجود تبديل، أو إحلال من السيارات إلى الممرضات، والانتقال بالسعر من 25 جنيه استرليني إلى 35 جنيه استرليني انتقل بممؤشر منحني متوسط التكلفة على المدى الطويل إلى الأعلى، والإحلال (الاستبدال) يعني أن التكلفة لا تزيد بالقدر الذي يجب أن تتغير عليه إذا كانت مستويات المدخلات قد ظلت دون تغيير.

إن الارتفاع في الأسعار الخاصة بالممرضات من ناحية أخرى، سوف يؤدي إلى كفاءة السعر لدى الممول لإحلال الممرضات محل السيارات، وفي البلاد التي يكون فيها سعر العمالة البشرية مرتفعاً بالنسبة لسعر رأس المال، فإنه أقرب أن يكون إنتاج رأسمالي مكثف، أما البلاد التي يكون فيها سعر العمالة منخفضاً بالنسبة لسعر رأس المال فهذا أقرب لأن يكون لديها إنتاج مكثف للعمالة.

ماذا تعتقد أن تكون متضمنات تحليل التكلفة أعلى بالنسبة للمجتمع الخاص بخدمات التمريض من حيث تخصيص الموارد؟ يمكن النظر إلى هذا السؤال من خلال وجهتي نظر، أولاً: وجهة نظر المنتج (أو الممول)، وثانياً: وجهة نظر الخدمة بوجه عام. وعلى قدر ما يذهب المنتج بعيداً، فإن التحليل لا يقدم لنا الكثير عن المستوى الملائم للمخرجات، بالرغم من أنه يقدم لنا معلومات عن أي تركيبات المدخلات ذات

الكافأة الاقتصادية بالنسبة لكل مستوى من الناتج - فحيث لا يكون المنتج قادراً على إنتاج المزيد دون زيادة في التكلفة، ومستوى الناتج الفعلي يجب أن يعتمد على الميزانية (Budget) كما يعتمد على التكلفة، فإذا كانت الميزانية الخاصة بخدمات التمريض 110 جنيهًا في اليوم، عندئذ فإنهن يصبحن قادرات على عمل 30 زيارة في اليوم - انظر (الجدول 6-3)، وبالتبادل، إذا كانت الميزانية 275 جنيه استرليني في اليوم الواحد فعندئذ يصبحن قادرات على إنتاج 200 زيارة للمرضى كل يوم.



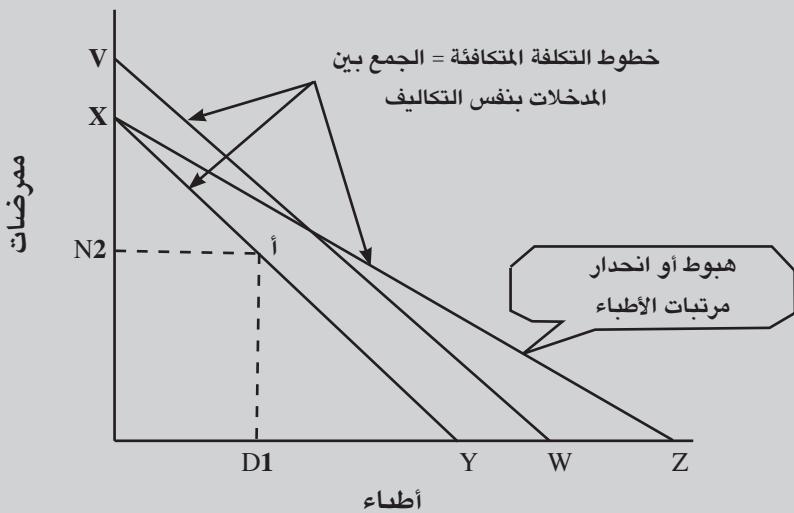
(الشكل 6-6): متوسط التكلفة على المدى القصير والطويل.

(الجدول 6-5): التكلفة الإجمالية لعدد 180 زيارة للمرضى.

التكلفة إذا كان السعر للسيارة 35 جنيه استرليني	التكلفة إذا كان السعر للسيارة 25 جنيه استرليني	تركيبة المدخلات
260	220	4 ممرضات، 4 سيارات
255	225	4 ممرضات، 3 سيارات
300	300	10 ممرضات

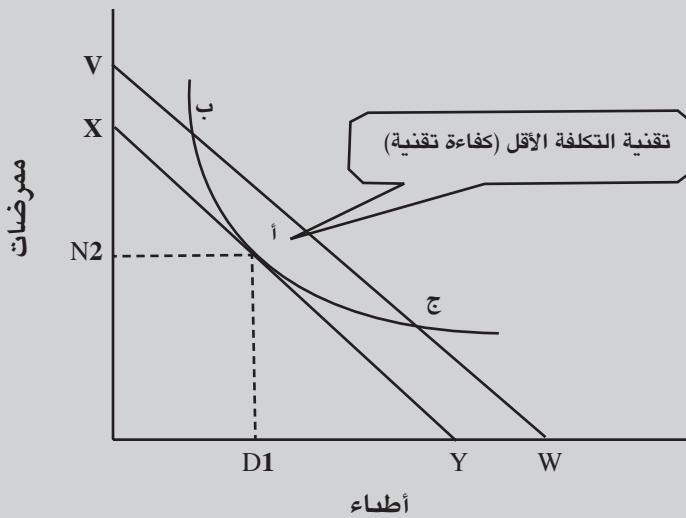
إطار للقراءة المتقدمة: خطوط التكلفة المتكافئة والكفاءة

من أجل تحديد الطريقة الأقل تكلفة في الإنتاج، فإن المعلومات الخاصة بالنتاج الحدي والمعدل الحدي للإحلال تحتاج لأن يتم ربطها بالمعلومات التي تتعلق بتكليف المدخلات المختلفة، وخط التكلفة المتكافئة يوضح الترابطات الموجودة بين المدخلات، والتي يمكن الحصول عليها عند تكلفة معينة، وفي (الشكل 6-4) تقع النقطة A (الممارسة الحالية) على خط التكلفة المتكافئة XY ودعنا نقول أن هذا يمثل تكلفة تبلغ 1000 جنيه، وكل هذه التركيبات بين عناصر المدخلات على طول هذا الخط سوف تؤدي إلى إجمالي نفسه التكلفة 1000 جنيه، وهناك خط تكلفة متكافئة آخر VW والذي يمثل كل التركيبات للمدخلات عند إجمالي قدره 1500 جنيه، وانحدار خط التكلفة المتساوية يعتمد على الأسعار النسبية لكل مدخل، وعلى ذلك إذا تغير سعر أحد المدخلات بالنسبة لآخر، فإن خط المتكافئة سوف يتغير، على سبيل المثال، إذا هبطت أجور الأطباء عندئذ سيصبح خط التكلفة المتكافئة XY أقل شدة في الانحدار، XZ، وبالتالي إذا انخفضت أجور الممرضات فإن خط التكلفة المتكافئة سيكون أكثر انحداراً.



(الشكل 6-4): خطوط التكلفة المتكافئة.

إن أسلوب، أو تقنية التكلفة الأقل هو الجمع بين المدخلات التي تقلل من التكلفة الإجمالية لإنتاج منتج معين إلى الحد الأدنى لها، وهذا سوف يحدث حيث يكون منحنى التكلفة المتكافئة عند خط التماس الخاص بمنحنى التكلفة المتكافئة، فإذا وقع الإنتاج عند أي نقطة أخرى من منحنى التكلفة المتكافئة فإن التكلفة الإجمالية ستكون أكبر (عند النقطة ب، ج في الشكل 5-6 مستوى الناتج يعادل ذلك الموجود عند النقطة أ ولكن التكلفة الإجمالية ستكون أكبر من تلك الموجودة عند النقطة أ، وتقع النقطة أ على خط التساوي في التكلفة XY (1000 جنيه) بينما تقع النقطتان ب، ج على خط تساوي التكلفة (1500 جنيه).



(الشكل 6-5): خطوط التكلفة المتكافئة، مستوى الكميات المتكافئة والكافأة الاقتصادية.

خطوط التكلفة المتكافئة ومستوى الكميات المتكافئة تقدم لنا طريقةً آخر للنظر إلى الكفاءة، وقد تم تعريف الكفاءة التقنية من قبل على أنها الحالة التي لا يمكن فيها إيقاف أي من المدخلات دون نقص أيضاً في الناتج. وهي كذلك نقطة على مستوى الكميات المتكافئة، والنقطة التي يوجد عندها تماس بين مستوى الكميات المتكافئة، والتكلفة المتكافئة (عندما يكون المنحدر في كلاهما متساوياً)

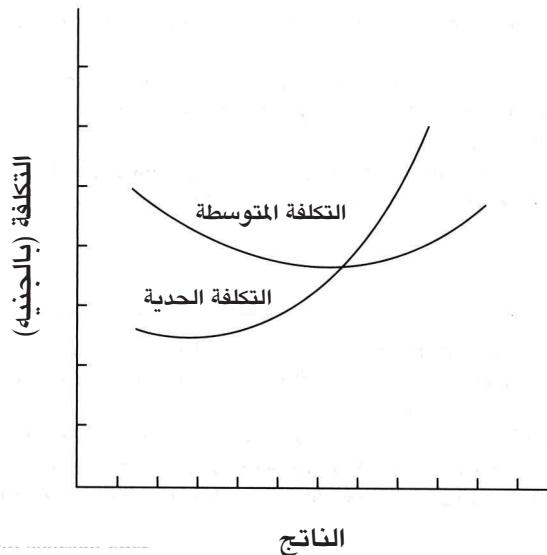
وتعزف هذه بنقطة الكفاءة الاقتصادية، حيث يكون المنتج غير قادر على إنتاج المزيد دون زيادة في التكلفة، إنها الحد الأدنى من تكلفة إنتاج ناتج معين، أو الحد الأقصى للناتج في الميزانية يمكن تنفيذها.

تشخيص اقتصاديات الميزان:

يستخدم الاقتصاديون وظائف التكلفة للكشف عن العلاقة بين التكلفة والناتج، بمعنى كفاءة الخدمات الصحية - والفهم الأفضل عن ما يمكن أن يؤثر في هذه العلاقة، ويقدرون وظائف التكلفة بواسطة تطبيق تركيبة من التحليلات الإحصائية والنظرية الاقتصادية على البيانات الخاصة بالخدمات الصحية والمعروفة باسم «تحليل القياس الاقتصادي» (Guinness et al. 2007)، وهذا النوع من التحليل له أهمية في تشخيص اقتصاديات الميزان.

لقد علمت عن «منحنى متوسط التكلفة» (الشكل 3-6) ونقطة كفاءة الميزان، حيث متوسط التكلفة يكون في الحد الأدنى له، وبالمثل فإنك يمكن أن تحدد على الرسم المنحنى الخاص بالتكلفة الحدية، أو الهامشية، ومنحنى التكلفة الحدية A دائمًا ما يتقطع مع منحنى متوسط التكلفة عند الحد الأدنى له، وهناك مثال على ذلك في (الشكل 6)، فإذا كانت التكلفة الحدية أدنى من متوسط التكلفة فإن متوسط التكلفة يجب أن يكون هابطًا (هناك اقتصاديات ميزان)، وعلى العكس، إذا كانت التكلفة الحدية أكبر من متوسط التكلفة، فإن التكلفة المتوسطة عندئذ يجب أن يكون مرتفعاً (هناك عوامل غير اقتصادية للميزان)، وإذا أضفت وحدة واحدة من الناتج وكانت تكلفة هذه الوحدة أكبر من متوسط التكلفة الخاصة بكل الوحدات الأخرى، فهنا سيحدث بالطبع زيادة، أو ارتفاع في متوسط التكلفة، وعلى العكس، إذا أضفت وحدة واحدة من الناتج وكانت تكلفة هذه الوحدة الزيادة أقل من متوسط التكلفة الخاصة بكل الوحدات الأخرى، عندئذ سيهبط متوسط التكلفة.

وما يتضمن كل ذلك هو أنه عن طريق استخدام وظيفة تكلفة، فإن التكلفة الحدية يمكن تقديرها لمستويات مختلفة من الناتج، وبمقارنة هذه التقديرات للتكليف الحدية أو الهامشية مع تقديرات متوسط التكلفة من قائمة البيانات نفسها، يسمح بتشخيص الاقتصاديات وغير الاقتصاديات الخاصة بالميزان.



(الشكل 6-6): التكلفة المتوسطة والتكلفة الحدية.

نشاط 3-6:

والآن دعنا نستمر مع تحليل خدمات مجتمع التمريض، نفترض أنك المدير الإقليمي لخدمات مجتمع التمريض، ولديك 50 مركز تمريض منتشر في الإقليم، وكل مركز فيها قام بعمل وتقديم تحليل في تقرير نهاية السنة المالية، وعليك الآن أن تقرر عمّا إذا كان إعادة توزيع السيارات بين الوحدات المختلفة يجب عمله، كذلك فأنت لديك السلطة لتكوين وحدات إضافية أو دمج الوحدات الموجودة، والموقف حالياً هو أن كان مريض يحتاج للعلاج قد تم علاجه - وإذا لم يحدث أن تمت زياره مريض بواسطة أحد الوحدات فقد تمت زيارته بواسطة وحدة مجاورة بدلاً من ذلك، وهذا يقدر بعدد 5000 زيارة مريض في اليوم، ومع ذلك، فإن الحكومة تقطع الميزانية، وعلى ذلك فإن توفير التكلفة أمر محتم، وأنت تريد أن تقطع، أو توقف التكلفة دون تقنين الرعاية، وهناك إمكانيةان لعمل مدخلات التكلفة:

- تشجيع المولين أن يكونوا أكفاء عن طريق مراجعة اختيارهم للمدخلات ووضع بدائل بين العوامل إذا كان الأمر ضرورياً.
- تغيير ميزان وحدات الممول من أجل استغلال اقتصاديات الميزان.

لقد أنجزت الآن الإستراتيجية الأولى، ولكنك مازالت بحاجة إلى عمل المزيد من المدخرات، أو التوفير في عملية التكلفة، وبذلك فعليك الآن تنفيذ الإستراتيجية الثانية، ونفترض أن كل ممول لديه وظيفة التكلفة الموجودة في (الجدول 3-6)، وأن كل وحدة فيها تنتج عدد 100 زيارة تكلفة، وأنت بذلك يمكنك أن تحسب مقدار التكلفة التي يمكن توفيرها عن طريق تغيير ميزان التمويل كالتالي: هناك طلب يبلغ 5000 زيارة مريض في اليوم عبر أنحاء الإقليم والتي يبلغ إجمالي التكلفة لها 8250 جنيه في اليوم (5000×1.56 جنيه استرليني)، ولكن إذا كانت كل وحدة كافية - الميزان وأنتجت 180 زيارة في اليوم فعندئذ تحتاج فقط إلى 28 وحدة لتقديم 5000 زيارة، وإجمالي التكلفة الخاص بعدد 28 وحدة سيكون 6100 جنيه استرليني (5000×1.22 جنيه استرليني)، وعلى ذلك يكون توفير التكلفة $8250 - 6100 = 2150$ كل يوم.

والآن انظر إذا كنت تستطيع تقدير إذا كان السيناريو مختلفاً قليلاً:

- نفترض مرة أخرى أن كل ممول لديه وظيفة التكلفة نفسها ولكن بدلاً من أن تكون لديه 50 وحدة كل وحدة تنتج 100 زيارة في اليوم، هناك 25 وحدة تنتج 200 زيارة في اليوم، ما هو التوفير في التكاليف الذي يمكن إنجازه في هذه الحالة؟
- نفترض أنه في ذلك الوقت الذي تنتج فيه 100 وحدات 200 زيارة في اليوم وأن 30 وحدة تنتج 100 زيارة في اليوم، فما هو التوفير في التكاليف الذي يمكن إنجازه؟

التغذية الراجعة:

1. تبلغ تكلفة الإنتاج الحالي 5000×1.28 جنيه استرليني = 6400 جنيه استرليني، وتكلفة الناتج بكافأة الميزان 6100 جنيه استرليني، وعلى ذلك هناك إمكانية توفير في التكلفة تبلغ 300 جنيه استرليني في اليوم ($6400 - 6100$ جنيه استرليني).

2. تكلفة 10 وحدات = $10 \times 200 \times 1.28$ جنيه استرلينياً = 2560 جنيههاً استرلينياً، وتكلفة 30 وحدة $30 \times 100 \times 1.65$ جنيه استرليني = 4950 جنيههاً استرلينياً، وعلى ذلك فإن إجمالي التكلفة في الإنتاج الحالي = 2560 جنيه استرليني + 4950 جنيه استرليني = 7510 جنيههاً استرلينياً في اليوم، وإمكانية التوفير في التكلفة $7510 - 6100 = 1410$ جنيه استرليني.

يبدو تشخيص اقتصاديات الميزان بسيطاً ولكن في الحقيقة يمكن أن يكون صعباً للغاية، وعندما تظهر علامات عدم الكفاءة فقد لا تكون نتيجة لحجم المستشفى ولكنها ترجع إلى عدم كفاءة في التقنية، أو الإجراءات الخاصة بالنظام، فعلى سبيل

المثال يمكن خفض عدد الأسرة في اليوم مع الاحتفاظ بالناتج نفسه، وهذا يلقي الضوء على أحد الصعوبات التي توضع في الحسبان عند محاولة تقييم كفاءة المستشفيات - ولكنكي يتم تقييم ما إذا كانت المستشفى ذات كفاءة ميزان، يجب أن نفترض أنها ذات كفاءة من الناحية التقنية، والاقتصادية والذي لا يحتاج لأن تكون الحالة كذلك، فهناك طرق متعددة تحتاج الخدمات الصحية أن تسعى إليها من أجل تحسين كفاءة العمليات الخاصة بها (انظر الفصل الأول)، وهناك سبب آخر لماذا يكون من الصعب تقييم الكفاءة النسبية لمختلف المولين، إلا وهو أنك تحتاج إلى التكيف مع الاختلافات الموجودة بين المرضى المعالجين، وقد يكون الأهم من ذلك، أن تضع في الحسبان الناتج الصحي الذي تم انجاره، وقد تزيد أيضاً أن تضع في الاعتبار إذا كانت هناك اقتصاديات المجال والتي تتضمن انخفاض متوسط التكلفة كلما حدث توسيع في مجال الخدمات.

أكثر من ذلك، عند مقارنة كفاءة خدمات مختلفة، يجب عليك أن تتأكد أن الناتج يتم قياسه بشكل ثابت بين مختلف المولين، حيث إن من الصعب تحديد كمية ناتج المستشفيات باستخدام مقياس واحد، على سبيل المثال، هل يجب أن تأخذ الزيارات الخارجية للمرضى الوزن نفسه الذي تأخذ الإقامة في المستشفى؟ فالناتج يجب أن يتم قياسه بشكل ثابت بين مختلف المولين، وليس هذه هي الحال في الواقع الأمر، لأن المستشفيات يمكن أن يكون لها طرق مختلفة في حساب التكاليف الرأسمالية ولأن المستشفى قد لا تكون مسؤولة عن كل التكاليف الخاصة بها، ومن ثم فهي لا تقوم بتسجيها.

هل تحقق الاندماجات كفاءة أكبر: هل الأكبر هو الأفضل؟

كما رأيت في (النشاط 3-6)، عندما يكون إنتاج وحدات المول أقل من ناتج كفاءة الميزان تكون هناك إمكانية للتوفير في التكلفة من هذا الاندماج، ومن ناحية أخرى، عندما تؤدي وحدات المول إلى إنتاج أعلى من ناتج كفاءة الميزان، تكون هناك إمكانية للتوفير في التكلفة من خلال عدم مرکزية الإنتاج، وإذا كانت بعض وحدات المول في وضع أعلى، والأخر في وضع أدنى، عندئذ سيكون هناك توفير في التكاليف عن طريق تحويل الإنتاج بين وحدات المول، فهل يؤثر حجم المستشفى والممارسة العامة في كفاءتها؟ ويحصل موضوع الاندماجات من أجل تحسين كفاءة الخدمات الصحية على تأكيد متزايد في أنحاء العالم للبحث عن طرق لزيادة كفاءة الخدمات الصحية، ومع ذلك، فإن الدليل يؤكد أنه بالنسبة للمستشفيات الصغيرة فقط هناك اقتصاديات

ميزان، ذلك أن المستشفيات الكبيرة قد يكون لديها بالفعل أوضاع غير اقتصادية للميزان، ذلك أن الحد الأمثل يكون أقل من 200 سرير (Posnett 1999)، وهذا يقترب أنه على أساس خالص من عنصر التكلفة، فإن المستشفيات الكبيرة يجب أن لا يتم إقامتها، وبالطبع هناك اعتبارات أخرى ذات صلة، مثل الجدوى من العاملين الذى يرجح تلك الاعتبارات الخاصة بالكافأة.

كما أن خطوات أخرى مشابهة يمكن أن تأخذها في خدمات الرعاية الصحية الأخرى، رغم أن إدخال متضمناتها وتنفيذها يعتبر صعباً، فلكي نشجع الاستخدام الكفاء للموارد، يجب أن تجمع الخدمات الصحية بيانات مالية، ويجب تدريب المديرين على القيام بعمل تحليل التكلفة، هناك أيضاً حاجة إلى وجود مجموعة من العاملين على معرفة بالقيود المالية للخدمة، إذا ما كان التنفيذ يتم بطريقة فعالة.

هناك أيضاً جيد لموضوع اقتصاديات الميزان داخل الممارسة والتطبيق إلا وهو التحرك من أجل تكوين اندماجات في مستشفيات الولايات المتحدة واندماجات بين شركات وهيئات الرعاية الأولية في المملكة المتحدة، في عام 1990، إلى جانب استخدام مقاييس تم استخدامها في دول أخرى مثل النرويج، وكانت الدوافع القائمة وراء هذه الحركة الحصول على مميزات اقتصاديات الميزان والمجال (وخاصة في ضوء تكاليف الإدارية)، والحد من السعة الزائدة، لتحسين الجودة بما في ذلك جودة التدريب، ولتحسين إدارة الموارد البشرية، وزيادة قوة التفاوض مع المشتري، ولسوء الحظ، فإن هذه النتائج لم يتم تحقيق الكثير منها، وفي الولايات المتحدة، رفعت المفوضية الخارجية بالمستشفيات تكاليف العلاج 2 %، وفي النرويج وجد أن كفاءة التكلفة تتراجع، وفي المملكة المتحدة، تراجعت نسبة التوفير في تكاليف الإدارية لتصبح أقل كيان مفوضية جديدة والمشكلات الموضوعة في الحسابان في محاولة لجمع المنافسات السابقة (Fulop et al. 2002; Weil 2010).

نشاط 4-6:

الورقة البيضاء للخدمات الصحية القومية: الخدمات الصحية القومية الجديدة (1997)، اقترحت أن مجموعات الرعاية الأولية تقوم بخدمة نحو 100000 حالة، مما يعكس سياسة تحويل أو نقل المسؤولية وصناعة القرار إلى المجتمعات المحلية. ومع ذلك، أصبح من الواضح سريعاً أن الكثير من السلطات الصحية ومجموعات الرعاية الأولية تضع في الاعتبار أن عدد 100000 حالة يعتبر قليلاً جداً، وخاصة للنقل إلى الهيئات والمستشفيات، وتثنين من هذه المستشفيات تعتبر اندماجية خلال الستة أشهر الأولى من عملها، ويبعد أنها كانت تعكس نظرة أوسع لأن الجسم النموذجي يقترب من 200000 وأكثر من 100000 حالة. (Bojke et al. 2001).

وفي هذه الورقة وُضِّح بوجكي (Bojke) وزملاؤه ما إذا كانت هذه الزيادة في الميزان شيئاً جيداً بالنسبة للخدمات الصحية بشكل عام، ووجدوا أن الحجم الكبير للمستشفى أو المؤسسة العلاجية ليس أفضل بالضرورة في ضوء الأداء، واقتصاديات الميزان، فهل تستطيع أن تفكري أي أسباب خاصة بذلك؟

التغذية الراجعة:

أثناء المراجعة للبحث عن دليل، وجد هؤلاء الباحثون عدد من الأسباب عن لماذا لا يؤدي الاندماج إلى اقتصاديات ميزان:

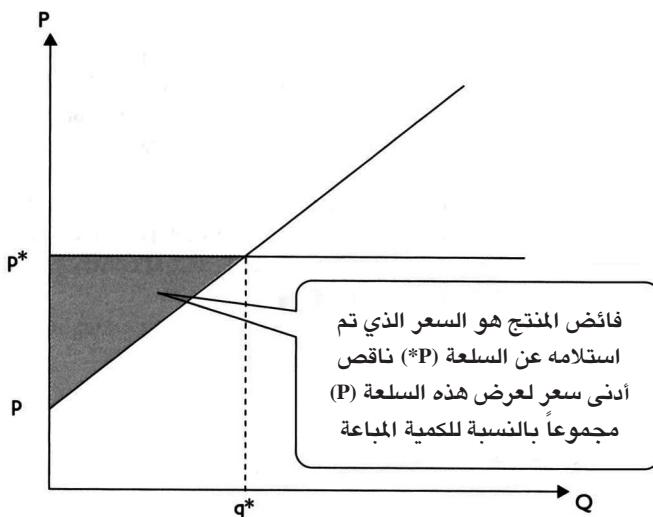
- لا يوجد دليل لاقتراح أن هناك اقتصاديات ميزان فيما يتعلق بمستوى حالات يصل إلى 100000 حالة، ويقترح الدليل الخاص بمنظمات إدارة الرعاية في الولايات المتحدة أن التكاليف الخاصة بتقديم الرعاية لكل فرد نزلت إلى الحد الأدنى عند مستوى السكان حيث كانت لا تزيد وربما تكون أقل من متوسط حجم مجموعات الرعاية الأولية والشركات.
- اقتصاديات الميزان الإدارية المتبنٍ بها والتي تم تحقيقها من خلال خفض أعداد العاملين من ذوي المراكز التنفيذية العليا، لم يتم تحقيقها بما يعادل ما تم توقعه، ولم يتم تخفيض الأعداد كما تم توقعه، وتلك التي ظلت باقية تلقت مكافآت (تعويضات) أعلى وذلك بسبب تزايد المسؤوليات.
- تأثير الحجم على قوة المقايسة، أو الصيقات مع الممولين ليست محققة بالضرورة، وبوجه خاص، الجماعات الأكبر في مجال الرعاية الأولية والشركات المندمجة قد لا يسمح لها بتحريك، أو نقل أعمالهم إلى ممول آخر.
- الحجم الأمثل للجمهور بالنسبة للتقويض يعتمد على الخدمات التي تتم عليها هذه التقويضات، وبالنسبة للخدمات التخصصية، فإن التقويض بالنيابة عن عدد كبير من الجمهور قد يكون ملائم، أما بالنسبة للخدمات العامة بشكل أكبر، فقد لا يكون ذلك هو الحال بسبب الحجم المرتفع للطلب.
- هناك بعض الأدلة على مواجهة اقتصاديات الميزان لأخطار التراكم (سوف تقرأ المزيد عن أخطار التراكم في الفصلين 11، 12) ولكن المكاسب الهامشية من التراكم تتلاشى بسرعة مع زيادة حجم السكان، ومتوسط حجم جماعات الرعاية الأولية والشركات المندمجة، والتمويل المالي الخاص بها، يكون كافياً حيث إنهم لا يواجهون أخطار الإفلاس.

- لا يوجد دليل على أن نشاط الحاكمة الإكلينيكية تستفيد من اقتصاديات الميزان؛ حيث إن المنظمات الأكبر تضع في الحسبان مواجهة المزيد من المشكلات في الاحتفاظ بالولاء المهني والاشتراك في تحسين نشاط الجودة والنوعية.

من الواضح أن الاندماجات كانت تسير وفقاً للافتراض الذي يشير إلى أن اقتصاديات الميزان سوف تتحقق، ومع ذلك، هناك دليلاً محدوداً على تدعيم ذلك، وفهمًا أفضل للطبيعة الحقيقة لاقتصاديات الميزان، وهي ذات أهمية في تحطيط الاندماجات، أو زيادة ميزان النشاط، وكما رأيت أيضاً، فإن ظائف التكلفة تساعد المنتجين على تحديد المستوى المثالي للإنتاج، والآن سوف تكتشف كيف أنها تعتبر واحدة من أحجار البناء بالنسبة لمنحنى العرض.

منحنى العرض:

تعرضت في الفصل الرابع لموضوع «منحنى الطلب»: وهو العلاقة بين الكمية المطلوبة وسعر السلعة، وبالثلث فإن منحنى العرض يستخدم كمصطلح لإيضاح العلاقة بين الكمية التي تم توريدها، والسعر، ومنحنى العرض يعكس رغبة المنتج إلى البيع عند كل سعر ومن ثم تكلفة الإنتاج، وفي الحقيقة، فإن التكلفة الحدية هي الحد الأدنى للأسعار التي سوف يتلقاها المنتج لإقناعه لأن يبيع وحدة إضافية من السلعة المنتجة، وبهذه الطريقة يمكنك أن ترى أن منحنى العرض هو منحنى التكلفة الحدية، وكما أن منحنى الطلب يوضح العلاقة بين الطلب ومستوى الأسعار، فإن منحنى العرض يوضح العلاقة بين ما يتطلع المنتج إلى إنتاجه، وبين مستوى الأسعار، فعندما يتم بيع السلعة بسعر منخفض، فإن القليل من الموردين، أو العارضين فقط هم الذين يتطلعون إلى البيع، وعلى ذلك فإن الكمية المعروضة ستكون أقل، وعندما تزيد الأسعار على التكلفة الحدية يكون هنا فائض لدى المنتج (انظر الشكل 7-6)، وفي هذه الحالة سيزيد عدد الموردين، أو العارضين الذين يتطلعون إلى بيع السلعة، وبذلك يرتفع مستوى العرض، والشركات، والمؤسسات تجد أنه من المفيد رفع الإنتاج، فقط إذا كانوا يستطيعون بيع السلعة بسعر مرتفع بدرجة كافية لتغطية التكاليف، وهذا يترجم إلى مصطلح «الفائدة الاقتصادية»، أو العائد الإجمالي ناقص التكلفة الإجمالية يكون أكبر من صفر.



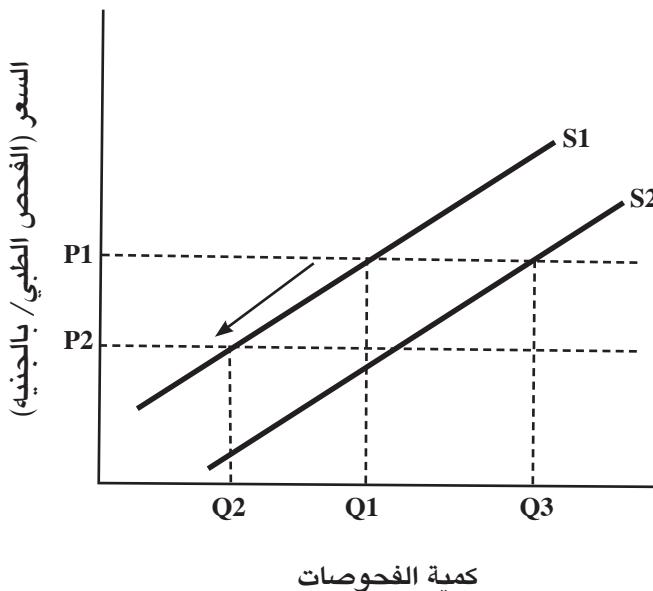
(الشكل 7-6): فائض المنتج.

تعلمنا في الفصل الثالث أن الكمية المطلوبة، أو كمية الطلب لها عدداً من العوامل التي تؤثر فيها، إضافة إلى السعر، فإن للعرض تأثيره الخاص كذلك، والمحددات الرئيسية للعرض تتضمن الآتي:

- سعر السلعة.
- أسعار المدخلات المستخدمة في إنتاج السلعة (مثل الطعام الخام، الزمن الخاص بالناس).
- الأسعار الخاصة بالسلع الأخرى ذات الصلة.
- الأسعار المتوقعة مستقبلاً.
- عدد العارضين الآخرين.
- التقنية أو التكنولوجيا.

ويشير منحنى العرض أدناه، إلى أن هناك علاقة إيجابية بين سعر السلعة والكمية المعروضة (مع بقاء أي شيء آخر في الوضع نفسه)، ويوضح (الشكل 8-8) عرض الفحوصات الطبية للأسنان، ويمثل (S1) منحنى العرض الأصلي لفحوصات الأسنان عند السعر P_1 ، وتم إعداد الأطباء لتقديم كمية محددة Q_1 من الفحوصات.

الحركة على طول منحنى العرض مرتبطة بالتغيير في السعر ذلك أنه إذا تغير سعر السلعة من P_1 إلى P_2 فسوف تتناقص الكمية المعروضة من Q_1 إلى Q_2 ، وإذا ظل سعر السلعة على حاله، ولكن حدث تغيير في عامل آخر يؤثر في سلوك العرض، فسوف يحدث هنا انتقال في منحنى العرض فعلى سبيل المثال إذا كان هناك زيادة في أعداد أطباء الأسنان المؤهلين وظلت العوامل الأخرى ثابتة، فإن الكمية المعروضة يتوقع أن تزيد عند مستوى كل سعر من الأسعار، وهذا يتم التعبير عنه من خلال انتقال منحنى العرض ناحية اليمين S_1 إلى S_2 ، وعند سعر ثابت (P_1) فإن الزيادة في الكمية المعروضة يمثله الانتقال Q_1 إلى Q_3 .



(الشكل 6-8): العرض للفحوصات الطبية للأسنان.

نشاط 5-6:

هل هناك طرق يكون فيها عرض الخدمات الصحية في بلدك، يبدو أكثر تعقيداً من النموذج الموجد في هذا الفصل؟

التغذية الراجعة:

العرض الخاص بالخدمات الصحية في حالة الممارسة يكون أكثر تعقيداً من النموذج الأساسي للعرض في الأحوال التالية:

1. نموذج العرض الذي قرأت عنه يفترض أن الهدف، أو القصد الوحيد المنتج هو مساعدة الفائد، ومع ذلك فإن الذين ينتجون الرعاية الصحية حول العالم بما في ذلك الوكالات الحكومية والمنظمات التي تعمل دون الحصول على فائدة التي لا تتلوى الربح منها في ذلك مثل الشركات التي تعمل من أجل الربح.
2. حتى ولو كان المنتجون على درجة عالية من العمل الخاص، فإن هناك الكثير من التدخل الحكومي - الإعاتات المالية، وضبط الأسعار، والتمويل العام، إلخ.
3. الحديث عن العرض الخاص بالرعاية الصحية يفترض أن الرعاية الصحية لها ناتج يمكن قياسه بطريقة موضوعية، وفي الحقيقة فإن معظم المرضى كأفراد يتلقون حزمة كبيرة من الخدمات والتي تصنع الشفاء لهم - فالرعاية الصحية ليست منتجًا متجانساً، لأنها من الصعب قياس المدخلات، والنواتج الخاصة بالرعاية الصحية (و خاصة الجودة، أو النوعية الخاصة بهذه الرعاية).
4. على غير ما هو موجود في السلع التي تم تصنيعها، يتم تقديم الرعاية الصحية بواسطة مجموعات من المهنيين المحترفين من الذين يقدمون التدريب، والتعديلات والقواعد، والرموز الأخلاقية، والتي تصب تأثيرها في احتياط الرعاية الصحية.

الملخص:

تعلمت في هذا الفصل النظرية القائمة وراء منحنى العرض، فقد تعلمت كيف يستخدم مصطلح «وظيفة التكلفة»، في وصف العلاقة بين الناتج والتكلفة، واستخدام مصطلح «منحنى العرض» في وصف العلاقة بين الكمية المعروضة والسعر، كذلك فقد تعلمت عن المنحنيات الخاصة بمتوسط التكلفة والتكلفة الحدية، وأهمية كل منها في تشخيص اقتصاديات الميزان، وتم اختبار موضوع الاقتصاديات الخاصة بالميزان بالنسبة للخدمات الصحية، كذلك فقد تم إيضاح منحنى التكلفة الهامشية على أنه أساسي في منحنى العرض، وتقدمت نحو استكشاف عوالم أخرى، بعيداً عن التكلفة، التي تؤثر في عملية العرض، وفي الفصل التالي، سوف تستخدم معلوماتك عن منحنى العرض والطلب لترى كيف تتفاعل معاً وتساعد في تحليل السوق.

الباب الثالث

الأسواق

Markets

الفصل السابع

نموذج مُبَسَّط للسوق

A Simple market model

النظرة العامة:

في الفصل الثالث، والرابع تعلمنا عن الطلب وكيف يُعرف وكيفية قياس الاحتياجات، ومحدداته، وفي الفصل الخامس، والسادس استكشفت النظرية التي خلف منحنى العرض.

وفي هذا الفصل سوف نتعرف كيف أن العنصرين الأساسيين المتقاعلين في التسويق هما العرض، والطلب. لذلك يجب أن نلقي أولاً نظرة عامة على التسويق، ثم نقوم بتطبيقه على الرعاية الصحية.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل من خلال هذا الفصل نستطيع أن نتعلم:

- شرح كيفية تحديد السعر من خلال قوة العرض، والطلب.
- بيان، ووصف افتراض وجود سوق تنافسي تماماً.
- إعطاء أمثلة للأسواق التنافسية، والأقل تنافسية.
- إعطاء أمثلة لأسواق الرعاية الصحية، وافتراض كيفية تغيير السياسة المتأثرة بالعرض، والطلب.
- شرح سبب كفاءة الأسواق التنافسية.

المصطلحات الأساسية:

كفاءة التخصيص: هي الحالة التي **خُصّصت** فيها عوامل الإنتاج لتعكس احتياجات الناس (كمثال الطلب يقابل العرض). فالرفاهية الاجتماعية تم التعبير عنها بمعادلة $MB=MC$ في كافة الأسواق، ولذلك لن يكون هناك بدائل بين الأسواق لزيادة الرفاهية من وراء هذا المستوى الحالي.

توازن السوق: هي الحالة التي يكون فيها السعر في سوق محدد بحيث الكميات المطلوبة مساوية للكميات المعروضة.

كفاءة (باريتو Pareto): هي الحالة التي لا يمكن فيها جعل شخص في حال أفضل دون جعل شخص آخر في حال أسوء (هي نقطة على حدود إمكانية الإنتاج)

التنافس التام: هي الحالة التي يكون فيها السوق مليء بالممولين للمنتجات المشابهة مع علم كثير من الباعة بأسعار تلك المنتجات، فإذا لا تقييد لدخول تلك المنتجات إلى الأسواق.

متلقي السعر: هو الممول الذي لا يستطيع التأثير على سعر البضاعة، أو الخدمة التي يقدمها.

لماذا من المهم أن نتعلم عن السوق؟

إن لفهم الطرق المختلفة لتسويق الرعاية الصحية، وطرق التمويل، والاستهلاك وتفاعلاتها مع بعضها البعض الأهمية الكبرى لعديد من الأسباب. فالكثير من الخدمات الصحية تقاس بمقادير الإيجابيات، والسلبيات التي تقدم درجة من المنافسة في سوق الرعاية الصحية، والبعض يأخذ بعين الاعتبار مقدار ما يدفع في هذه الخدمات، أو ما يقدم من مخطط للتأمين الصحي. فكثير من موفرى الخدمة يبحثون عن تحليل تأثير أنظمة الحكومات على السوق الصحي الخاص.

وهذه السياسات المختلفة تساهم في التغيرات التشريعية في سوق الرعاية الصحية، وتحليل تأثيراتها يتم غالباً باستخدام أدوات العرض، والطلب.

وكذلك ترجع أهمية معرفتنا عن السوق لكي تكون على دراية كاملة بمحدودية تلك الأسواق، وبالخصوص في سياق الرعاية الصحية. ففي هذا الفصل، وملحقاته سوف نرى أن السوق في عملية الرعاية الصحية بالخصوص يختلف اختلافاً تماماً عن الأسواق الأخرى، وحتى التشكيك بأساسيات هذه الإصلاحات.

المكونات الأساسية للسوق:

وهناك أنواع كثيرة من الأسواق، فالسوق التنافسي التام (أو ما يطلق عليه اسم السوق الحرة) هو السوق الذي لا يوجد فيه أي تدخل، أو أي تنظيم من قبل الدولة ما عدا لفرض تعاقديات خاصة وملكية الأفراد، فالسوق التنافسي التام على النقيض تماماً من السوق المحكم، أو المسيطر عليه. حيث تقوم الدولة مباشرة بتنظيم سير العمل وكيفية تداول البضاعة، وتأدية الخدمات، والعمالة، وكذلك تنظيم الأسعار، وتوزيعها. ففي هذا الفصل سوف نتطرق إلى كيفية عمل تلك الأسواق التنافسية التامة. فالسبب في ذلك مزدوج (ثنائي). أولهما: التفاعل بين العرض، والطلب في السوق التنافسي الذي يترجم نظرية بوحدات بنائية لتحليل السوق. ثانيهما: إن كثيراً من الأنظمة الصحية حول العالم حاليًا حققت، أو نظرت في إصلاحات السوق الموجه داخل القطاع الصحي، وهذه الإصلاحات أقيمت على أساس أن الأسواق تعمل بشكل جيد (كفاءة) وعلى أساس المنافسة المتكاملة. عند تحليل أثر هذه الأسواق متضمنة الرعاية الصحية لمختلف المبادرات السياسية فغالباً ما يتم باستخدام أدوات العرض، والطلب. ولقد تم اكتشاف مدى تأثير وظائف العرض، والطلب. ففي هذا الفصل سوف نقوم بمزج هذين المفهومين لتوضيح ما قد يحدث في الأسواق عند حدوث الأحداث المختلفة.

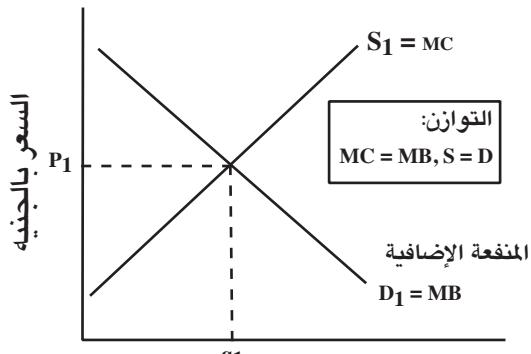
توازن السوق:

إن الاقتصاديين شأنهم شأن المهندسون، والفيزيائين يقومون باستخدام مصطلح التوازن لوصف حالة من الاستقرار، والتوازن، والانسجام. فعندما يكون نظام السوق في حالة من الاتزان فإن كل من يشارك فيه يشعر بالرضا، وليس هناك سبب للتغيير من السلوك، والتصرفات، وكذلك يكون هناك ميل، ورغبة في الإنتاج، وبقاء الأسعار كما هي بدون تغيير، وعند أي سعر آخر يكون المنتجين، أو المستهلكين على غير قناعة ويظلون يبحثون، وينقبون، ويقومون بتغيير سياسة العرض والطلب، التي من شأنها أن تغير السلع إلى أن يحدث التوازن المطلوب.

على سبيل المثال فإن أي زيادة في الطلب يقابلها مزايدة من قبل المستهلكين يؤدي إلى زيادة السعر بينما زيادة العرض من قبل المصدررين يؤدي إلى انخفاض السعر. فهاتان العمليتان باستمرار تؤديان إلى إعادة بناء التوازن في السوق. لذلك إن التفاعل الحر بين المستهلكين، والوردين في الأسواق ميكانيكيًا يؤدي إلى حدوث الحالة التي يكون عليها كمية العرض تقابل كمية الطلب، وهو ما يعرف بكفاءة التخصيص.

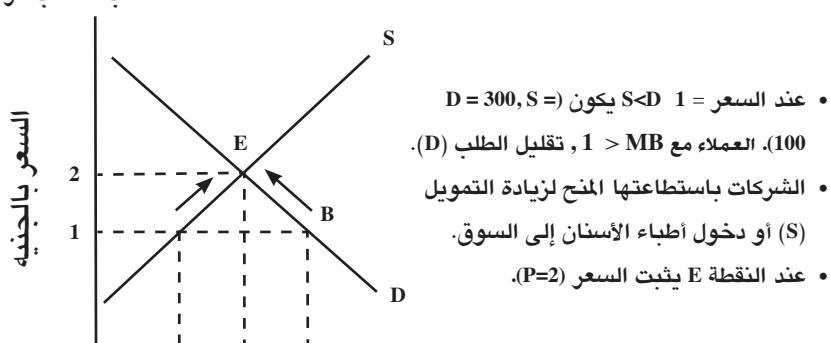
بمواصلة التحليل في سوق فحص الأسنان من الفصل السادس (والشكل 1-7) خير وصف للسوق الافتراضي، وكيفية تحقيق التوازن فيه.

أ. التوازن



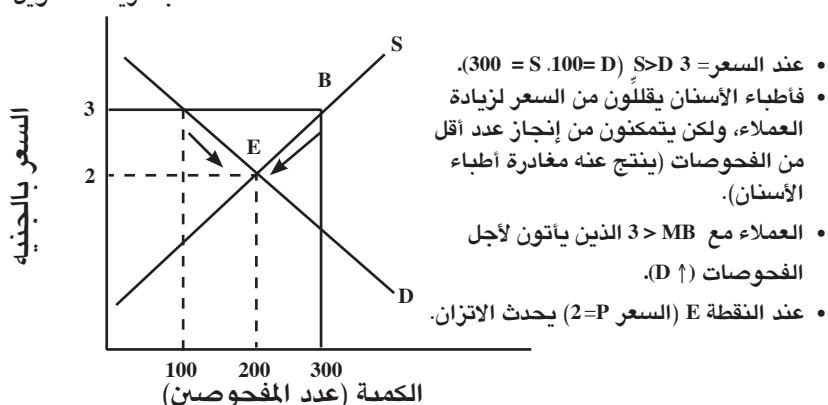
الكمية (عدد المفحوصين)

ب . الطلب الزائد



الكمية (عدد المفحوصين)

ج - زيادة التمويل



(الشكل 1-7): سوق لفحص الأسنان.

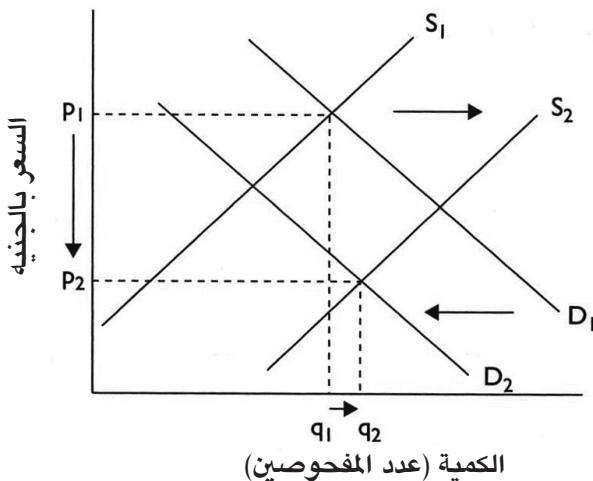
سوف نذكر أن منحنى العرض يعكس التكلفة الهاشمية للبائع (تكلفة إنتاج وحدة إضافية) (Mc)، ومنحنى الطلب يقوم بعكس الفائدة الهاشمية (المفعة الإضافية) (Mb) التي يتلقاها المستهلك لكل وحدة (فالشكل 1-7) يطلعنا على أنه هناك سعر واحد فقط لهؤلاء الأشخاص الذين يقومون بالشراء والفحص شأنهم شأن أطباء الأسنان الذين يقومون بالبيع فهذا ما يدعوا بتوزن السعر ($P1$)، كما لاحظنا في ما سبق، وعند أي سعر آخر فإن المستهلكين، والمنتجين قد يكونون مستاءين، لذا يبحثون عن التغيير في السعر. فعلى سبيل المثال: لو أن هناك زيادة في طلب المستهلك هذا يؤدي إلى المزايدة في السعر بينما إن كان عرض المنتج فهذا يؤدي إلى انخفاض في السعر كما ذكرنا سابقاً كون أن كلتا العمليتين تستمران إلى أن يتم حدوث التوازن.

ولنفرض الآن أنه سوق فحص الأسنان حالياً بحالة توازن، فماذا يحدث إذا افترضنا أنه في مدينة ما يوجد عيادات أطباء أسنان، وتم نقلها خارج المدينة، من جانب العرض فإنه من المحتمل أن تكلفة المبني، والأرض سوف تتراجع إلى الوراء، وهذا التراجع يؤدي إلى زيادة في كمية الفحوصات المقدمة لجميع الأسعار. ففي هذه الحالة إن منحنى العرض سوف يتوجه إلى اليمين، لاحظ أن هذا المثال قد تم تبسيطه، وبالموقع قد يكلف أكثر لكي نجذب أطباء الأسنان للعمل خارج المدينة.

كذلك الطلب سوف يتأثر فعلى سبيل المثال: حينما تصبح العيادات أكثر بعداً فإن المرضى سيكون عليهم السفر، فضلاً عن إمكانية تحملهم تكلفة أعلى في المواصلات وزيادة في الوقت للوصول إلى تلك العيادات، فارتفاع التكلفة يؤدي إلى انخفاض كمية الفحوصات المطلوبة لجميع الأسعار مما يؤدي إلى اتجاه منحنى الطلب إلى اليسار، فتأثير زيادة العرض يؤدي إلى سقوط توازن السعر، شأنه شأن تأثير تراجع في الطلب. لذلك فالمحصلة النهائية للنقل سوف تؤدي إلى هبوط في السعر، والتأثير النهائي في كمية التبادل التجاري يكون أقل وضوحاً.

والزيادة في العرض (مع ثبوت كافة العوامل) يؤدي إلى زيادة حجم التبادل التجاري. بينما هبوط معدلات الطلب يؤدي إلى قلة كمية التبادل التجاري. فتغير عامل واحد يؤدي إلى التأثير على بقية العوامل.

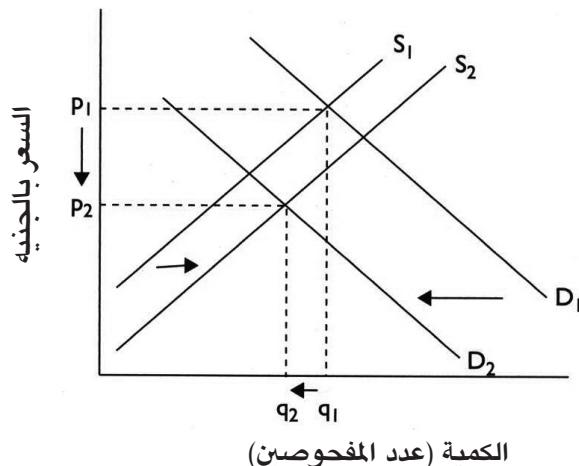
هناك نتيجتان يمكن تصورهما الأولى: من المحتمل أن يكون هناك زيادة في كمية ما يتاجر به كما يوضح (الشكل 2-7).



(الشكل 7-2): تأثير النقل في عيادات الأسنان (1).

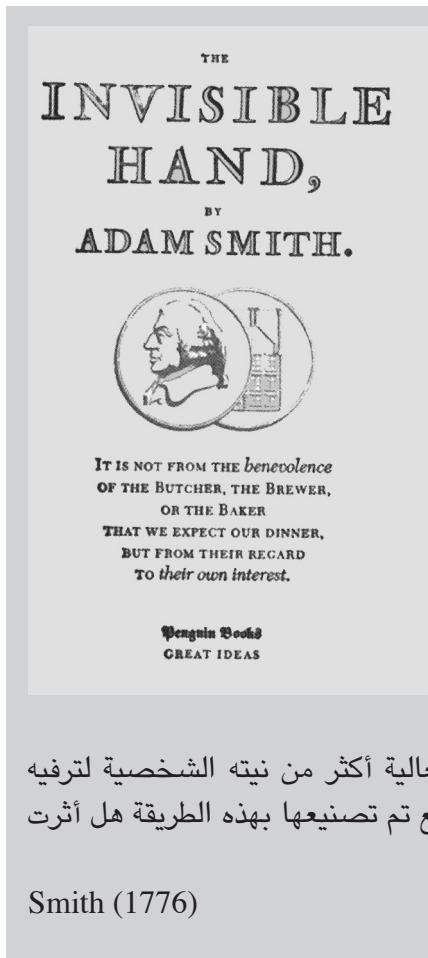
نستطيع بالتبادل التعبير عن النقص في الكمية المتداولة كما هو موضح في (الشكل 7-3).

الاحتمال الآخر أنه لا تغيير في كمية الطلب، فالنتيجة النهائية تعتمد على إدراك الطلب لزيادة تكلفة السفر، وكذلك إدراك العرض بتقليل من التكلفة.



(الشكل 7-3): تأثير النقل في عيادات الأسنان (2).

لقد أثبتنا الآن أن بالأسواق الحرية سوف تتبع تلقائياً تتواءن بين السعر، والكمية. وهذه هي الافتراضية الأولى التي وضعها أدم سميث (Adam Smith) في عمله (The wealth of nations) في سنة 1776. فسوف نستعرض خلاصة هذا الكتاب.



The book cover features the title 'THE INVISIBLE HAND,' in large, bold, serif capital letters. Below it, 'BY ADAM SMITH.' is written in a smaller font. At the bottom left, there is a circular emblem containing a profile of a man's head facing right, with a building and other symbols in the background. Below the emblem, a quote from the book reads: 'IT IS NOT FROM THE benevolence OF THE BUTCHER, THE BREWER, OR THE BAKER THAT WE EXPECT OUR DINNER, BUT FROM THEIR REGARD TO their own interest.' The Penguin Books logo, 'Penguin Books GREAT IDEAS', is at the bottom right of the cover.

كل فرد من الضروري أن يقوم بعمل لزيادة العائد السنوي لمجتمعه على قدر استطاعته. فهو عموماً لا يعتزم ترقية المصلحة العامة، ولا يعرف كم تكلف هذه الترقية. فتفضيل الإنتاج المحلي على الصناعات الأجنبية. من شأنه أن يحقق الأمان الداخلي، وكذلك توجيه الصناعة من وفق الأسلوب الذي يقدم قيمة عظيمة. فهو يعتزم مكسبه الشخصي، وهو في ذلك شأنه شأن حالات أخرى عديدة، بقيادة اليد الخفية لتحسين النعيم التي لم تكن جزء من نيته. ولا هي دائمًا أسوأ للمجتمع مع الناجز منه. وبمواصلة اهتماماته الشخصية فهو يستمر بترقية المجتمع بفعالية أكثر من نيته الشخصية لترفيه المجتمع. أنا لا أعرف عن كثير من البضائع تم تصنيعها بهذه الطريقة هل أثرت على تجارة السلع العامة.

Smith (1776)



بناء على نظرية أدم سميث، فإن النظام الذي يتبع (اليد الخفية) قد تم فرضه للعمل في السوق الحرة، وسوف تتعلم الكثير من الشروط الالازمة لعملية الأسواق الحرة في القسمين القادمين.

الأسوق التامة المتنافسة، والكافاءة:

ما لا شك فيه إدراكنا لـ مصطلح الكفاءة يحمل معانٍ مختلفة. بعض من مرادفاته لمسناها في الفصل الأول. فالمعاني المختلفة له تتعلق بالمستويات المختلفة لصناعة القرار، وتعود إلى كيفية تخصيص المصادر النادرة. فكيف يحدث هذا بالضبط في السوق التنافسي التام؟

تصف كفاءة التوزيع الحالة التي تكون فيها المصادر متخصصة، وكذلك السلع موزعة بطريقة تضاعف الرفاهية الاجتماعية، فالرفاهية الاجتماعية هي المجموع الكلي للفائدة الاجتماعية مطروح منها التكلفة الاجتماعية الكلية في سوق محدد الرفاهية الاجتماعية يبعد عنها عن طريق المنطقه التي تكون تحت منحنى الهامش للفائدة الاجتماعية، وفوق منحنى هامش التكلفة الاجتماعية. إن الرفاهية الاجتماعية تكون في أعلى مستوى لها عندما يكون هامش الفائدة الاجتماعية مساوٍ لهامش التكلفة الاجتماعية النقطة (BQ) الموضحة في (شكل 4-7).

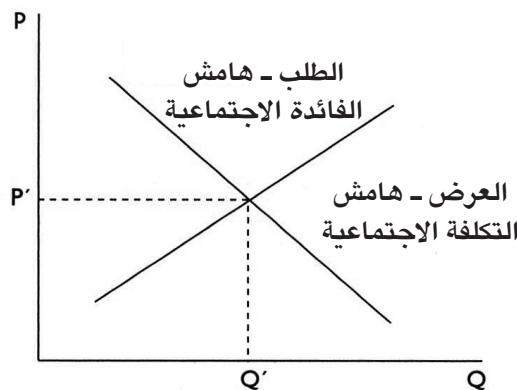
عندما يكون هامش الفائدة الاجتماعية أكبر من هامش التكلفة الاجتماعية فإنه بالإمكان زيادة الرعاية الصحية عن طريق زيادة الكمية لأن الزيادة في الفائدة تكون أكبر من التكلفة الإضافية، والعكس صحيح، أما إذا كان هامش الفائدة الاجتماعية أقل من هامش التكلفة الاجتماعية فإن الزيادة في الرفاهية الاجتماعية تكون عن طريق نقص الكمية لأن الفائدة المفقودة تكون أقل من القيمة المتوفرة. إن هامش الفائدة الاجتماعية السوق الحرة تكون ذات كفاءة متخصصة إذا كان الطلب مساوٍ لهامش الفائدة الاجتماعية.

أما على صعيد العرض، فإننا نقوم بمواجهة شروط الكفاءة التي تسمح للعرض أن يكون مساوٍ إلى هامش التكلفة الاجتماعية في الفصل الخامس والسادس: يحتاج المنتجون تقنياً، واقتصادياً إلى للكفاءة. وبدون هذه الشروط في المكان فإنه سوف يكون هناك طريقة للتحسين في تخصيص الموارد دون عمل أي شخص أسوء.

هامش الفائدة الاجتماعية في الفصل الثامن سوف نكتشف الحالة التي لا يعكس فيها الطلب بالضرورة هامش الفائدة الاجتماعية، وكيفية استخدامها.

قم بقراءة خلاصة بالمر، وتورجيرسون (Palmer and Torgerson 1999) الذين قاموا بوضع نظرة عامة على مختلف التعريفات عن الكفاءة، وكيفية استخدامها بصناعة القرار في تقديم الخدمات الصحية.

فالاقتصاديون تناقشوا حول أن تحقيق الكفاءة العظمى من المصادر النادرة يجب أن يكون معيار رئيسي لتحديد الأولويات، ومن الملاحظ أنه يؤخذ من بالمر، وتورجيرسون (Palmer and Torgerson 1999) ثلاثة مفاهيم تتعلق بالكافاءة: التقنية والنمو، والتخصيص.



(الشكل 4-7): كفاءة التخصيص.

كفاءة التقنية – تعكس العلاقة الفيزيائية بين الموارد (رأس المال والعمال) والناتج الصحي. فحالة الكفاءة التقنية تتحقق عندما يتم الحصول على أقصى تحسينات ممكنة من موارد الدخل المختلفة. إن التدخل يكون غير ذو كفاءة تقنية عندما يمكن إنتاج نفس أو أكبر منه باستخدام نوع أقل من المدخل من الذي تم المساهمة به. عند النظر إلى علاج مرض تخل العظام على سبيل المثال تقوم باستخدام دواء ألندرونات (Alendronate)، وأظهرت تجربة حديثة عشوائية بتأثيره وجد أن عشر ملي جرام يومياً من هذه الجرعة تكون فعالة كجرعة عشرين ملي جرام، وبالتالي الجرعة القليلة تقنياً تكون أكثر كفاءة.

الكفاءة الإنتاجية (الكفاءة الاقتصادية) – وكفاءة التقنية مباشرة مقارنة بالتدخلات البديلة، فالتدخل الواحد الذي ينتج نفس الناتج صحي، أو أفضل منه مع أقل، أو أكثر من مورد آخر. اعتبار على سبيل المثال سياسة التغيير من تحري سن الأمهات على التحري الكيميائي الحيوي للتلازمدة داون التقصيات الكيميائية الحيوية تستخدم عدد أقل من بزل السلي. لكن قد يتطلب أيضاً استخدام مورد آخر الاختبار الكيميائي الحيوي. فمنذ استخدام تركيبات مختلفة للمدخل، والاختيار بين التدخلات يعتمد على قاعدة التكلفة النسبية للمدخلات المختلفة. يشيد مفهوم الكفاءة الإنتاجية إلى تحقيق أعلى إنتاج صحي التكلفة محددة، أو بأقل تكلفة لإنتاج محدد.



فإذا كان مجموع التكلفة للبرنامج الجديد للتقسي في الكيميائي الحيوي أقل من، أو مساو لبرنامج عمر الأمهات، وكانت النتيجة متساوية، أو أفضل بذلك يكون هذا البرنامج الكيميائي الحيوي قد حقق الكفاءة الإنتاجية مع علاقته بأعمار سن الأمهات، ففي الرعاية الصحية تُحول الكفاءة الإنتاجية على تقدير إمكانية القيمة النسبية للمال الداخل مباشرة مع المقارنة بالنتائج المحقق. فلا تستطيع وضع عنوان لتأثير الموارد المعاد تخصيصها على مستوى واسع. فعلى سبيل المثال رعاية المسنين صحياً، وعملياً لأن الناتج الصحي سيكون غير متكافئ.

كفاءة التخصيص - من شأنه أن يعلمنا عن قرار تخصيص الموارد في هذا السياق حيث إن للقياس العالي للكفاءة مطلوب. إنأخذ مفهوم كفاءة التخصيص في الحساب ليس فقط الكفاءة الإنتاجية التي تكون فيها موارد الرعاية الصحية المستخدمة للإنتاج الصحي، ولكن الكفاءة الإنتاجية تكون موزعة بين أفراد المجتمع. ومن وجهة نظر مجتمعية كهيئة تكون متصلة في اقتصاديات الرفاهية ولها اشتراكات مع تعريفات تكلفة الفرصة. يكون نظرياً نمط الكفاءة للمصادر المستخدمة للأنماط المتبادلة يجعل على الأقل شخصاً واحداً مسؤلاً عنها.

وعملياً يكون الالتزام الصارم لهذا المعيار، وتحقيقه مستحيلاً، وإضافة إلى أن هذا المعيار من شأنه القضاء على التغيرات غير الكافية التي يكون من نتيجتها أن يكون كثير من الناس أفضل حالاً في النفقات من هؤلاء القلة الأسوأ حالاً. وبناءً على ذلك فإن القرار التالي يكون متكيفاً، والكفاءة التخصصية تتحقق عندما تكون تلك الموارد مخصصة لتحقيق أعلى رفاهية في المجتمع.

إن الكفاءة التقنية تعنى قضية استخدام موارد محددة في تحقيق أعلى فائدية. فالكفاءة الإنتاجية لا اختيار التركيبات المختلفة للموارد لتحقيق أعلى منفعة صحية لتكلفة محددة، والكفاءة التخصصية هي تحقيق المزيج الصحيح لبرنامج الرعاية الصحية لرفع شأن المجتمع صحياً، وعلى الرغم من أن الكفاءة الإنتاجية تتضمن الكفاءة التقنية الكفاءة تعنى ضمنياً الكفاءة الإنتاجية. ليس من هذا التحديث ضمنياً أهمية لمواجهة محدودية المصادر، فمفهوم الكفاءة الإنتاجية سوف يقضي على عدم كفاءة الفاعلية التقنية لدخل الموارد متعددة، ومفهوم الكفاءة التخصصية سوف يقضي على تخصيص مصادر الكفاءة الإنتاجية.

(Palmer and Torgerson 1999)

كلمة تحذير: سوف تجد قراءتك لاحقاً أن استخدام هذه المصطلحات يتتنوع فيها المفردات التالية. على سبيل المثال (تقنياً) نجد أن الكفاءة أحياناً تعكس العملية التكنولوجية، الميزان، أو المنتج، فالكفاءة الإنتاجية أيضاً تعكس الكفاءة الاقتصادية. وهناك يظهر بعض التعقيد كالكفاءة التخصصية بالتبادل مع كفاءة (باريتو).

ولكن ما هي كفاءة (باريتو)؟ في الفصل الأول تعلمت أنها هي الحالة لا يمكن فيها جعل الشخص أفضل من دون جعل غيره أسوأ، وكذلك إذا كانت المصادر تخصيصها غير فعال (في مصطلح باريتو) سوف يجعل من الممكن أن يكون واحداً أفضل دون جعل شخص آخر أسوأ. حيث أن السياسة، أو المداخلة هي التي تجعل الأشخاص الأسوأ حالاً لديهم رضا، أو تعويض على أرضية الكفاءة. ففي الحقيقة كفاءة (باريتو) ممكنة نادراً، وبشكل عام عادة، نال رابحون وخاسرون في أي تبادل. هو صحيح فقط إذا كان العالم يستطيع رؤيته، والحكم عليه من العائد الخارجي من الأسواق التامة التنافسية التي يكون فيها وصف منحني العرض، والطلب فوق، وهناك كفاءة تقنية، وإقتصادية. الأهم عند النظر إلى كفاءة (باريتو)، أن الاقتصاديين يقيمون فقط كفاءة توزيع الموارد. فهي لا تستطيع أن تخبرنا عن حركة التوزيع المتصف كما ستكتشف بنفسك في النشاط التالي.

نشاط 1-7:

- ماذا تعني نظرية «اليد الخفية» في الاقتصاد؟
- هل تتوقع أن تخصيص كفاءة (باريتو) منصفة أو عادلة؟

التغذية الراجعة:

- القاعدة الاقتصادية الافتراضية الأولى وضعها آدم سميث في القرن الثامن عشر فهي تصف الحالة التي تكون فيها الأسواق تامة التنافسية تلقائياً محدثة لحالة الاتزان بين السعر، والكمية، وعلى ضوء نظرية اليد الخفية كل منا يستطيع تمثيل ما يعبر عن اهتماماته الشخصية حيث تتولد الحاجة للبضاعة، والخدمات التي تجبر الآخرين على تسليم البضاعة، والخدمات بالأسلوب الأكثر كفاءة.
- من الجيد أن نحقق في السوق كفاءة (باريتو) لأنها تعني أن المنفعة الكلية للمجتمع سوف ترتفع إلى أقصى نقطة. فهذا يعني أن مجموعة المنافع لكل شخص سوف

ترتفع. مهما يكن ذلك لربما يعني أن بعض من الناس سوف تكون لديهم كمية كبيرة من المنفعة، ولكن الآخرين منهم لديهم كمية أقل بالمقارنة. فقد أساعدك لكي تفهم هذا. فمثلاً دعنا نقول أن لديك مليون برتبة، وكل شخص لديه أيضاً. فهذا باستطاعة كفاءة (باريتو) أن تزودنا بأنه لا مفر من الحصول على مليون برتبة دون جعل شخص آخر أسوأ. فهذا ما يعني أن تخصيص كفاءة (باريتو) ليس لها علاقة بالعدالة. فإنه في هذه الحالة يوجد مجال للتدخلات الحكومية حتى لو يوجد كفاءة أي على أرضية العدالة.

لقد رأينا في هذا الفصل أن آلية التسوق فعالة تماماً في تخصيص الموارد بأسلوب كفؤ، ورغم أن الأسواق التامة التنافسية ليست ممكنة في كثير من الأوضاع وعبارة عن نظرة مثالية في العالم الاقتصادي، وحقيقة فإنه في الصفقات الاقتصادية يكون الوضع أكثر تعقيداً. وهذه التعقييدات تستطيع أن تؤدي إلى نقص في الكفاءة ومما يلحق به خسارة في الرفاهية الاقتصادية.

فسوف نرجع إلى هذا في الفصل القادم وفي الفصول المتلاحقة لنتحدث عن تموين الرعاية الصحية، ولكن سوف نلقي نظرة أولاً على الشروط التي تدرج تحت السوق التنافسي.

شروط الأسواق التنافسية التامة:

السوق التنافسية التامة تستطيع العمل بكفاءة إذا توفرت لها الشروط التالية، أو تحققت:

- المنتجون يبيعون نفس السلعة (التجانس).
- كثير من البائعين، والمشترين.
- عدم وجود قيود على الباقة المحتمل دخولهم في السوق.
- إعلام المشترين، والباقة بالأسعار.

إن نظام الرعاية الصحية في البلد التي نعيش فيها، ونعمل بها ربما تعرض هذه الميزات لمختلف الدرجات المتنوعة، وعلى سبيل المثال، ومن الشائع تكون بعض الخدمات لممول واحد، وفي النشاط التالى سوف نكتشف كلّاً من تلك الميزات بالتفصيل.

نشاط 2-7:

1. لقد تحدثنا سابقاً أن السوق التامة التنافسية يندرج تحتها أن المنتج المسوّق لابد أن يكون متجانساً فهذا يعني: أن البضاعة، أو الخدمة المقدمة لا بد أن تكون موحدة، ولا نستطيع تمييزها من بائع إلى آخر. فعندما تحدثنا عن المفحوصين لدى أطباء الأسنان في المثال السابق، فقد تعاملنا مع هذه الفحوصات كأنها واحدة بغض النظر عن أطباء الأسنان، وما يقدمونه من خدمات (مع افتراض التجانس) هل تعتقد أن المفحوصين لدى أطباء الأسنان في مدينتك، أو بلدك متجانسون؟ هل تستطيع التفكير في أمثلة سلع، أو منتجات تكون متجانسة؟
2. الشرط الثاني هو أن السوق لا بد أن يبني على كثير من البايعة، والمشترين وكل منها يجب أن لا يشكل نصيب هام في المعاملات (الصفقات)، وبهذه الطريقة لن يكون هناك أي أحد ممول بطريقة تحكم في السوق، وتأثير في سعره. فجميع الممولين في هذه السوق يعتبرون آخرين أسعار، لذلك سوف أن يقومون ببيع بضائعهم بالضرورة في سعر سوق، والتي تكون كمية محددة وراء السيطرة الفردية لأي شخص، فهل تستطيع التفكير في سوق الذي يكون فيه الكثير من الممولين، ولا يستطيع أحد من البايعين التأثير على السعر في السوق؟
3. الشرط الثالث أنه لابد أن يكون هناك عدم وجود حواجز للدخول، أو الخروج إلى السوق. فالممولين المحتملين باستطاعتهم الدخول إلى السوق إذا كانت الفرصة مربحة موجودة، وهذا يعني أن المول المحتمل لا بد أن يكون لديه مصادره التي يحتاجها للدخول إلى السوق، من ناحية أخرى الممولين الموجودين يجب أن يكونوا باستطاعتهم مغادرة السوق عندما يريدون. فهذا يعني أن هذا السوق قابل للطعن، وكلما طال تعلقهم في السوق على الرغم من قلة عدد البايعين في السوق. يجب عليهم أن يتصرفوا كما لو كانوا كثيراً يستطيعون تغيير السعر عن هؤلاء الذين يقتربون السوق للمنافسة. هل يمكنك التفكير في سوق سهل الدخول؟ وماذا عن سوق صعب الدخول؟
4. الشرط النهائي للتنافس التام هو توفر المعلومات لكل من البايع، والمول تحت منافسة الأسواق التامة. فالمشترين، والممولين يجب أن يكونوا على علم بقوائم الأسعار الموضوعية عن طريق الممولين، والمشترين يجب أن يكونوا على علم متى يقوم المول بأعلى من سعر السوق خاصة أو إذا كانت السلع المباعة مزورة أو بها عيب، أو ذات مواصفات مختلفة لم تلياتها في السوق. هل تعتقد أن معظم أسواق العالم تتمتع بالتنافسية التامة أولاً؟ هل تستطيع التفكير بوجود أمثلة للأسواق التي تتحقق فيها تلك الشروط الأربع في الأسواق التنافسية.

5. هل تعتقد أن الخدمات الصحية في بلدك تامة التنافس اشرح مع ذكر السبب بالإيجاب.

التغذية الراجعة:

1. على افتراض تجانس البضاعة فإن هذا يعني أن المشتري سوف يكون غير مبالٍ بأن يقوم بالشراء من ممول، أو آخر، وسوف يقوم بالبحث عن ممول آخر الذي لديه سعره أقل. هذا سوف يجعلك تجادل أن الفحوصات لدى أطباء الأسنان ليست متشابهة حتى إذا كانوا من نفس المنطقة، فبعض من أطباء الأسنان ربما يقومون بتنظيف أسنانك كجزء من الفحص، بينما البعض الآخر لا يقوم بذلك، وبذلك علاج المفحوصين لدى أطباء الأسنان هو تبسيط. وعندما ننظر إلى الاحتياجات فغالباً ما تكون خدمات الرعاية الصحية طبيعية غير متجانسة. وبال مقابل فإن الكثير من منتجات الرعاية الصحية مثل الحقن، أو الأدوية الدارجة في الصيدليات تكون متجانسة بالنظر إلى ما وراء الرعاية الصحية. إن كثيراً من السلع المزروعة مثل تشكيلات محددة في القهوة، والحبوب، والتفاح، أو الطماطم هي أمثلة في البضائع المتجانسة.

2. إن المثال من الأفراد في بنكوك، وتايلاند يقومون بتصنيع المعكرونة كسلعة، وهذا يعتبر مثلاً جيداً لهذه الحالة. فإذا قام الفرد المالك لهذه البضاعة برفع سعرها أعلى من سعر باقي المتنافسين وبالتالي المشترين لن يساندوا هذا الرفع، ولكن من الممكن بسهولة أن يتوجهوا إلى منتج آخر لهذا النوع من المعكرونة. فنحن نعلم أنه في مجال الرعاية الصحية هناك بعض الخدمات تكون أكثر تخصصاً من غيرها. عدد البائعين قليل نسبياً، ونحن نعلم أن في المناطق الريفية السفر من ممول إلى آخر يكون دائماً مكلفاً وباهظ الثمن، وفي هذه الحالة فإن المستشفيات المحلية في تأثيرها تعتبر كالملورد المحتكر لهؤلاء السكان.

3. سوق صناعة المعكرونة يعتبر من السهل دخوله. كما أنه تحتاج قليلاً من المواد التي تعد نفسيك كبائع للمعكرونة، وصناعة الطيران مثال للسوق التي يصعب دخولها. فأنت تحتاج الكثير من المال لكي تستطيع أن تحصل على الطائرات. وكذلك التفاوض للحصول على حق الهبوط في المطارات المختلفة إلخ، وفي حالة الرعاية الصحية، وذلك يشمل طب الأسنان. هناك قيود واضحة للدخول إلى السوق، وطول فترة التدريب، وتكلفتها، وكذلك رخصة المدربين، وتسجيلهم تعتبر الأوضاع في هذا المجال.

4. إن كثيراً من أسواق العالم الحقيقة لا تتبع على وجه التحديد هذا النموذج. فعلى سبيل المثال في سوق (مشغل الصيغة MP3 للموسيقى) (MPEG Layer 3 Player) Mp3 للأدوات التي تصنع من قبل شركة Toshiba، Samsung Sony، Apple Microsoft، ولكن لأن 73% من الناس يقومون بشراء مشغل الموسيقى الجديد للصيغة الصوتية Mp3 المختار من Apple iPod لما له من أهمية التحكم نظراً لقيمة مبيعتهم. فإذا قررت شركة Apple رفع الأسعار فإن كثيراً من الناس سوف يقررون الشراء من شركة SONY، أو MICRO-SOFT iPod بدلاً من Apple، ولكن كثير من الناس سوف يقررون شراء ذات السعر الأعلى. فهذا السوق لا يناسب نموذج السوق التنافسية، وبالرغم من ذلك فإن بيع الطماطم في سوق السبت في آكرا (غانا) يعتبر مثالاً جيداً للسوق التامة التنافسية فالطماطم إلى حد كبير متماثلة. فكثير من البائعين وألاف من المشترين يصلون كل سبت لشراء، وبيع هذا المنتج. فلا يوجد قيود لدخول هذا السوق، وكذلك هناك مصادر قليلة مطلوبة للدخول. إن المعلومات عن الأسعار متوفرة، وشروط الأسواق التامة التنافسية، تقرر الممولين هم أخذى الأسعار. ففي الواقع إذا قررت المرأة رفع السعر فوق بقية المنافسين. فإن المشترين ببساطة سوف يقومون بالشراء من محل مختلف. مثال آخر فإن السوق يمكن أن تكون بالمشاركة من قبل شركة كبيرة. بإمكانك التفكير في عدد قليل آخر.

تكون في الرعاية الصحية معظم المعلومات الطبية معقدة، ولا تستطيع أن تفهم بسهولة من قبل شخص عادي. وهذا يتفاقم بحقيقة أن كثيراً من الأمراض لا تقوم بإعادة نفسها. وبذلك فإن قيمة الحصول على معلومات عنها يكون ذو تكلفة عالية حيث تستطيع محاورة المريض الذي لديه معلومات كثيرة عن طريق الطبيب المتدرب.

5. هناك عدة طرق للخدمات الصحية التي لا تكون متنافسة تنافساً تاماً.
أ. في بعض مناطق الخدمات صحية هناك الكثير من الممولين، والبعض الآخر لا يوجد لديه. عموماً فإن الرعاية الأولية مزودة بعدد كبير من الأطباء ومجموعات صغيرة من المتدربين المختصين في تقديم الخدمات التي غالباً ما يكون لديها القليل من الممولين.

ب. هناك حواجز لدخول نظام الرعاية الصحية. فالأطباء، والممرضين، وكذلك الفنيين بحاجة إلى مؤهلات، ورخص قبل أن يقوموا بتقديم الرعاية الصحية. وكذلك المستشفيات تستلزم كثيراً من الاستثمارات.

ج. المولين المختلفين لا يقومون ببيع سلع متماثلة النوعية (أو على الأقل سمعة هذا النوع) من الرعاية، والخدمة يكون متنوعاً بين المولين.

د. في كثير من الرعاية الصحية، فإن المستهلكين ليس لديهم معلومات كافية عن كثير من الخدمات التي يحتاجونها، ولا يستطيعون التأكيد من اختلاف في الجودة بين المولين.

إن نظام الرعاية الصحية في بلدك ربما يكون له ميزات مختلفة المدى، وربما من المحتمل أن يحتوي على معظم، أو كل الميزات، ولبعض من هذه الخدمات ربما يكون هناك ممولاً واحداً.

عندما تكون الأمثلة للأسواق التامة التنافسية صعبة الإيجاد في مجال الرعاية الصحية فهذا لا يعني أن قوى السوق لا تعمل هناك. كما سنرى في الأمثلة القادمة.

الأسواق في الرعاية الصحية:

لقد أصبح الآن لديك فكرة عن قوة الإمداد، والطلب تعمل في السوق التام التنافسية الذي يضع شروطاً صارمة، وضرورية لتحقيق الكفاءة العملية، وسوف تقوم ببعض الأمثلة في الأسواق معتبرين في ذلك الرعاية الصحية. ولكن قبل العمل خذ لحظة لتقوم بقراءة المقتبس التالي الذي يذكرك بالكفاءة التي هي ليست السبب الوحيد في دعم أسواق الرعاية الصحية. فالأسواق تستطيع أن تُسفر عن كثير من المنافع الأخرى.

قيمة الأسواق في الرعاية الصحية:



بفضل الرعاية الصحية فإن مقدمة التكلفة العالية، ومركزية الجنس البشري غالباً ما تعتبر مختلفة، ومن الأفضل تركها خارج نطاق الأسواق، ولكن غطاء المعارض يتوجه الأسباب الشرعية لعدم طرح قيمة السوق الممكن جلبها.

إ. الكفاءة: في بيئه السوق يستطيع الناس عرض تفضيلاتهم لمختلف السلع، والخدمات عن طريق فرص التدريب. فهذا العاملان يولدان معلومات دقيقة لكثير من التفصيات، وبالتالي فإن لدى المولين الكثير من الدوافع لتقديم الخدمات المطلوبة للناس (كفاءة التخصيص)، وتوفير الحافز: للمولين لكي يكونوا كفاءة قدر الإمكان لتخفيض المتنافسين (الكفاءة التقنية).

ii. خدمة الزيتون، والابتكار: في الأسواق دائمًا ما يكون هناك فرصة للناس للتقديم مع أفكار جديدة لتواجه الاحتياجات غير الملبية، وكذلك وجود حافزا قويا للتجربة، والابتكار، والتركيز بإنصاف على خدمة المستخدمين.

iii. المرونة: معظم الانتقادات لأفعال الحكومة في مجال السياسة العامة والتي من شأنها أن تتبع الهندسة الاجتماعية الخيالية، ينتج عنها الكثير من القرارات الخاطئة التي من شأنها الشعور بالقصوة عالميًّا. وفي الأسواق هناك الكثير من المشاركيـن، أو سـوف يكون استثنائـيـاً إذا ارتكـبـ الجميع نفس الخطأ ذاتـه.

iv. التعاون التطوعي أو الإرادـي: تشكل الأسواق جـزءـاً منـ المـحيـطـ، وـتـعـتمـدـ أساسـاً عـلـىـ التـعاـونـ الإـرـادـيـ. فـيـ ذـكـ قـرـارـ العملـ، وـالـأـفـرـادـ، وـالـأـبـحـاثـ لـيـسـتـ بـالـقـوـةـ التـيـ تـجـبـرـ أيـ شـخـصـ، وـهـذـاـ يـتـناـقـضـ مـعـ الـاحـتكـارـ الـذـيـ يـكـونـ لـدـيـهـ قـلـيلـ مـنـ الـخـيـارـاتـ.

v. العـدـالـةـ: فـيـ أـنـظـمـةـ التـخـطـيـطـ المـرـكـزـيـ فإـنـهـ لـاـ يـوجـدـ خـيـارـاـ رـسـميـاـ، وـوـسـطـيـاـ، وـعـلـوـيـ لـفـنـةـ الـعـلـيـاـ مـنـ النـاسـ، وـيـكـونـ أـفـضـلـ فـيـ خـلـقـ الـفـرـصـ، وـالـتـفـاوـضـ بـطـرـيقـةـ مـثـلـىـ، مـعـ إـمـكـانـيـةـ إـعادـةـ تـوزـيعـ الـموـارـدـ، وـالـأـسـوـاقـ الـتـيـ تـعـطـيـ كـلـ واحدـ فـرـصـتـهـ.

(CITIVAS 2009)

الأـسـوـاقـ الـحـرـةـ فـيـ الرـعـاـيـةـ الصـحـيـةـ؟

يبدأ بـقـرـاءـةـ المـقـتـبـسـ التـالـيـ مـنـ جـرـينـ (Green) (2009).

كيف يقوم نموذج نظريتنا للسوق بـشـرـحـ ماـ الـذـيـ يـحـدـثـ فـيـ الجـراـحةـ التـجـمـيلـيـةـ؟ انـظـرـ إـلـىـ هـذـاـ مـقـالـ فـيـ الـجـرـيدـةـ الـذـيـ يـوـضـعـ نـمـوـ جـراـحةـ الأـسـنـانـ التـجـمـيلـيـةـ.



ضعـ نـقـوـدـكـ أـيـنـماـ يـكـونـ فـمـكـ:

ماـجيـ سمـيثـ (Maggie Smith) النـاـشـرـةـ فـيـ نـهـاـيـةـ الـأـرـبـعـينـ مـنـ عـمـرـهاـ قـامـتـ مـؤـخـراـ بـدـفـعـ 1400ـ جـنيـهـ اـسـتـرـلـيـنـيـ مـقـابـلـ رـفعـ السـنـ. فـلـقـدـ رـأـتـ أـنـ الـعـلـاجـ كـالـاسـتـثـمـارـ مـقـارـنـةـ بـتـكـلـفـةـ بـعـضـ مـنـ الـأـزـيـاءـ. فـهـوـ

ليس غال، وكذلك يستمر لفترة أطول. سميث دفعت لتجميل الأسنان (Dentics) في طريق كنجز رود. حيث إن (Dentics) قامت بفتح أول متجر للأسنان لها منذ أربع سنوات مضت، والآن لديها ثلاثة أفرع لحلها في لندن، وتستطيع الزائرين أن تمشي إلى هذه المحلات المتخصصة بالجراحة دون موعد، وتصفح الصور في الألبومات التي تعرض طرق ترويض الناب كلوجة مفاتيح في البيانو وتبييضها وترميمها، وبناؤهم بالخشوات، أو تعطيلهم بالوجوه الخزمية بورسلين وكل من تلك العلاج تكلفته تقارب 200 جنيه استرليني تقريباً.

في المدرسة الابتدائية اعتبرت المعلمة إлизابيث إيكوس ويستلي أن العلاج برفاهية ميسورة التكلفة «أنا لست غنية، ولست بانحة، ولكن أنا لدى 42 سنة وبدأت أشعر أنني بحاجة إلى جعل أسنانني تستمر لمدة أطول، فقد أنفقت 1000 جنيه استرليني على الوجوه الخزفية، وذلك بدلاً من عطلة الصيف، وقد عزز هذا ثقتي حقيقة. فهذا يعطيني بعض سنوات أخرى فالناس لا يفكرون بذلك، ولكن كل شخص يجب عليه أن يقوم بعمل هذا».

Emma Booker in the *Guardian*, 16 September 1993

ومن هنا كان واضحاً أننا بحاجة إلى تجميل الأسنان. فالناس يجب عليهم أن يكونوا مع هذه الموجة، ويستطيعون أن يدفعوا تكاليفها إن كلتا الإمرأتين في المقالة وضحتا أن العلاج التجميلي وسيلة تحقيق الفائدة. وقد قامتا بالمقارنة بوعي بين الرضا اللائي يحصلن عليه من هذه العملية بغيرة من المشتريات. إن المادة أيضاً تقدم لنا دليلاً على نمو السوق.

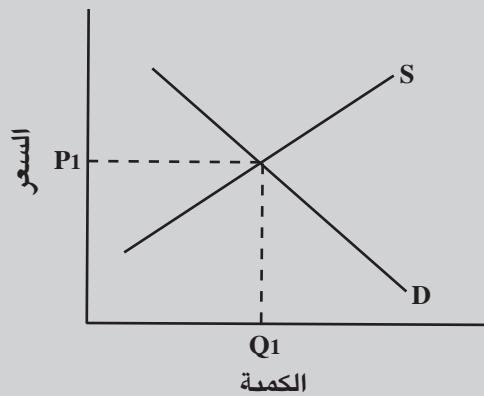
لماذا يحدث هذا؟

التحليل الاقتصادي

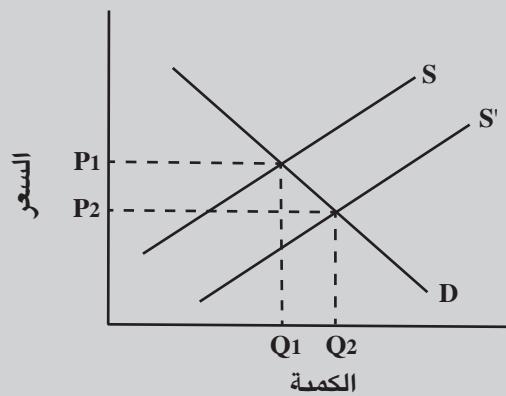
إن منحنىات العرض والطلب اللذان يظهران في (الشكل 5-7) يعبران عن نظام الاتزان.

إن التغيير الأول هو أن التقنية قالت تكاليف هذا العلاج فيحدث أن منحنى العرض يتوجه إلى الخارج، وكذلك الطلب يبدو في نمو. لماذا يحدث ذلك؟ فطبقاً للدراسة للوطنية الحديثة هناك واحد لكل أربعة أشخاص لا يفضلون مظهرهم مقترحين أنهم يقومون بشراء هذا النوع من العلاج إذا أمكنهم تحمل تكلفته. فالمستهلكون يقومون بالتجاوب مع انخفاض الأسعار المقدمة عن طريق الحركة

في العرض النقل في حركة منحنى الطلب في السوق إلى الأسفل يؤدي إلى خلق توازن جديد عند النقطة P_2 و Q_2 في (الشكل 6-7).

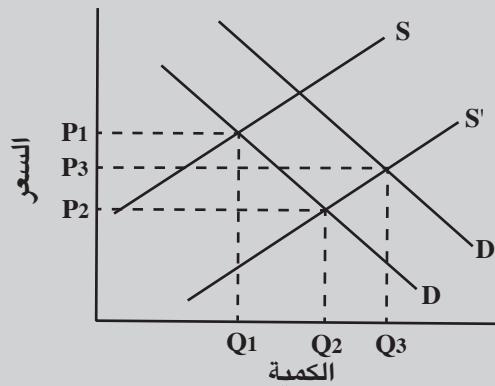


(الشكل 6-7): سوق الجراحة التجميلية.



(الشكل 6-7): تأثير التغيير في التقنية.

فإن التغيير التالي يكون في زيادة الدخل الحقيقي للمستهلك (نتيجة لانخفاض تكلفة العلاج) الذي يؤدي إلى حركة منحنى الطلب للخارج من D_1 إلى D_2 انظر (الشكل 7.7) فإنها تكون قريبة من الاتزان عند النقطة P_3 و Q_3 .



(الشكل 7-7): تأثير الزيادة في الدخل الحقيقي.

يستجيب الممولون للنمو في طلب المستهلك بنفس طريقة توقعاتنا النظرية. فعلاج الأسنان وسع من عملياته عن طريق فتح محلات أكثر، وتزويدها بأدوات علاجية أكثر.

إن تقليل التكلفة، وزيادة حاجة المستهلك يؤديان إلى التخصص أكثر في علاج الأسنان التجميلي. (تذكر ذلك من الفصل الخامس الذي يوضح الناتج النهائي سوف يعتمد على حساسية الطلب، والعرض كعامل الذي يؤدي إلى التغيير في السعر).

لذلك فإن نموذجنا الذي عرضناه بإنصاف جيداً. لكنه يعاني من كونه ثابت.

نظرة أكثر ديناميكية في السوق:

شيء واحد يستطيع السوق فعله هو أن يتصرف كنظام قوي، وكفؤ للمعلومات. فاختلاف أذواق المستهلكين ينقل بسرعة للمنتجين عن طريق أسعار السوق. يقود البحث في العوائد المنتجين إلى تقديم منتجات جديدة، أو خدمات مع جعل تلك المنتجات، والخدمات أكثر فاعلية، ومثال لهذه الطريقة التي يهتم بها المستهلكين للربط بين ارتفاع الكوليستيرول، والنوبات القلبية التي أدت إلى ظهور الوحدات الاختبارية للكوليستيرول لدى الكميائين، ومخازن الأغذية في المملكة المتحدة.

المنافسة، وال الحاجة إلى الرد وإذا أمكن الطلب المسبق للمستهلك سيؤدي إلى نظام يقدم الحد الأقصى للخيارات بالحد الأدنى من التكلفة؛ وهو نظام من ديناميكي لكنه كفء. بعض الاقتصاديين يجادلون حول أن معظم الأسواق في العالم الحقيقي سوف يكونوا في حالة ثابتة من السيولة - يتكيفون باتجاه التوازن لكن نادراً ما يصلون إليه. في هذا التحليل، هو قدرته على انتاج سعر واحد متزن. خذ سوق الجراحة التجميلية للأسنان. إذا كان السوق حر ومتنافس، وبالتالي مختلف أطباء الأسنان سوف يعرضون خليط مختلف من الخدمات، وبعض الأطباء سيكونون أكثر مهابة من غيرهم أطباء الأسنان المهرة الذين يعرضون الخدمات التي يريدوها المستهلكون سيحصلون على الكثير من المستهلكين، وسوف يكون بمقدورهم دفع مبالغ أكثر من باقي المنافسين.

هذا يضغط على أطباء الأسنان الآخرين لتعديل خدماتهم المقدمة لمحاولة جذب عدد أكبر من المستهلكين فهذه العملية من التنافس من شأنها الاستمرار فكيفية العوامل الأخرى مؤثرة على الاحتياج، والتمويل كحدود للدخل، أو حالة التقنية التي من شأنها التغيير.

(Green 2007)

نشاط 3-7

هل تفكري أمثلة للأسواق الحرة (أو غالباً حرة) والتي من شأنها تقديم عملية الخدمات الصحية في بلدك ؟

التغذية الراجعة:

حرية، أو كبر الأسواق بلا قيود تميل إلى تقديم خدمات اعتبرت غير مهمة مثل الجراحة التجميلية، أو الخدمات التي لا تتطلب مهارات صحية كمثال تقديم الخدمات الدوائية بالتجزئة في الصيدليات، أو المرافق الفندقية المعززة عندما يكون معترف بها من قبل المستشفيات.

فسوق الرعاية الصحية نادرًا ما يتقابل مع شروط السوق التام. مهما يكن فإن الأسواق، وقوة الأسواق تكون موجودة في مجال الرعاية الصحية رغم دورها الواسع في الدولة. حاول الإجابة عن الأسئلة التالية عن الأسواق على قدر استطاعتك.

نشاط 4-7

ما هي مميزات الأسواق في تخصيص الموارد؟

التغذية الراجعة:

فالأسوق هي آلية مفيدة لتخصيص الموارد للأسباب التالية.

1. نظرياً على الأقل إن الأسواق تلقائياً تميل إلى حالة التوازن حيث الإنتاج المقدم يكون مساوياً بالضبط للإنتاج المستخدم. انظر إلى هذا في النشاط السابق.
2. إن إعطاء القليل من المتطلبات المحددة سوف تقدم الأسواق إنتاجاً متخصصاً وذا كفاءة عالية، وهذا يعني أن كل وحدة من الإنتاج تقدم نفعاً إضافياً يزيد عن تكلفتها.
3. السوق يكون ديناميكياً (فقة وكفاءة نظام المعلومات) يؤدي إلى تغيير تفضيلات الناس بناءً على المنتجين، وبطريقة مماثلة فإن التغيرات المتاحة في تكلفة، وتتوفر المصادر تتعكس على الأسعار، والموارد الرخيصة البديلة بسرعة يتم اختبارها كبديل.

الملخص:

إن الإطار الاقتصادي للعرض، والطلب هو وسيلة مفيدة للتفكير في العوامل التي تؤثر على استخدام، وتوفير الخدمات الصحية. في الفصل الثالث، والرابع تعلمت عن الطلب. وفي الفصل السادس تعلمت عن وظيفة العرض، وتأثير العوامل المختلفة في منحني العرض، وكذلك رأيت في هذا الفصل كيف أن الأسعار تحدد واتزان الأسواق يتحقق، فالمثلة التي استخدمت كان من شأنها أن توضح أن الأسواق موجودة في قطاع الصحة لكن معظمها بعيد عن التنافسية التامة.



الفصل الثامن

أسواق الرعاية الصحية والكفاءة

Health care markets and efficiency

نظرة عامة:

كلما أمعنا النظر إلى سلوك الممولين للرعاية الصحية (المتجمين)، والمرضى (المستهلكين)، ورأينا السلوك المتبع لتلك الخطط الصحية. في الفصل السابق تعلمت كيف أن الأسواق تستطيع أن تعمل بكفاءة عالية للإنتاج، وتوزيع البضائع، والخدمات وعن الشروط الضرورية للأسوق التامة التنافسية. وفي هذا الفصل سوف نأخذ بعين الاعتبار ما إذا كانت هذه الشروط تتقابل مع مصلحة الرعاية الصحية، والأنواع المختلفة لفشل السوق في مجال الرعاية الصحية، وكذلك آلية مجابهة هذا الفشل.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل في هذا الفصل سوف يكون باستطاعتك:

- وصف ما هي قوة الاحتكار، العوامل الخارجية، البضائع العامة، وعدم تناقض المعلومات التي تشكل فشل السوق.
- شرح عواقب الأسعار، الإنتاج، الكفاءة لكل فشل للسوق.
- اقتراح بعض الاستراتيجيات لتحديد كل فشل في سوق الرعاية الصحية.
- مقارنة أسواق الرعاية الصحية مع نماذج الأسواق التامة التنافسية.

المصطلحات الأساسية:

الانتقاء الضار: عندما يدخل طرف في اتفاق بحيث يمكنه استخدام معلوماته الخاصة ليمرم بها طرف آخر.

عدم تناظر (تماثل) المعلومات: هي حالة للسوق عندما يكون جميع المشاركين لا يمكنهم الوصول لنفس المستوى من المعلومات.

خسارة الوزن الميت: الخسارة في الكفاءة التخصصية، والتي تحدث عندها الخسارة في فائض المنتج.

العوامل الخارجية: الفائد، أو التكلفة اللتان تظهران من إنتاج الفرد، أو قرار الاستهلاك الذي يؤثر بشكل غير مباشر على تحسن الآخرين.

فشل السوق: هي الحالة التي لا ينتج فيها السوق موارد متخصصة كافية.

قوة الاحتكار: قدرة الاحتكار لزيادة السعر بمحدود محدود.

الخطر الأخلاقي: الحالة التي يكون فيها أحد أطراف الاتفاق لديه الحوافز وبعد أن يتم الاتفاق يتصرف وفق أسلوب يجلب فوائد إضافية لنفسه على نفقة الطرف الآخر.

الاحتكار الطبيعي: الحالة التي تكون فيها أحد الشركات تقابل متطلبات السوق بأقل معدل تكلفة بالمقارنة مع شركة، أو شركتين تقابلان هذه المتطلبات.

السلع العامة: السلعة، أو الخدمة التي يمكن استهلاكها في وقت واحد من جميع الأشخاص دون استثناء أحد.

التكلفة الاجتماعية: التكاليف الكلية المرتبطة بنشاط يشمل كل من التكاليف الخاصة، والمصاريف المتکبدة من المجتمع ككل.

حاجات الممول المحفزة: الحاجة التي تكون موجودة حول ما يمكن أن يطلبه المستهلكون إذا تم إعلامهم حول مشاكلهم الصحية، وحول العلاجات المتعددة المتوفرة.

تكاليف الصفقة: تكاليف التشارك في الصفقات أي التكاليف التي تظهر من إيجاد شخص ما يتفق مع شخص لإتمام العمل، والوصول إلى اتفاق، ولتأكيد الشروط التي تم إنجازها.

فشل السوق:

في الفصل السابع تعلمنا أن الأسواق هي آلية مفيدة لتخيس لأنها تلقائياً تستجيب للتغيرات في تفضيلات المستهلك تحت الكفاءة الأسوقية التخصصية والتنافسية التامة، ولكن ماذا يحدث عندما لا تتصعد الأسواق التنافسية التامة. وعند الاقتصاديين نشير لهذا بفشل السوق لعدم استطاعة السوق تحقيق كفاءة التخصص في الموارد.

في الحقيقة إن الأسواق لا تستطيع أن تعمل جيداً في كل الحالات، ونطاق الرعاية الصحية مثل جيد لهذا. وجنبًا إلى جنب إن العدالة، وإعادة توزيع الثروة (انظر الفصل 17) واستقرار الاقتصاد (الفصل الثاني)، وتصحيح فشل السوق ونمو سبب تدخل الحكومة في السوق. فالرعاية الصحية تتميز بعدد من الإخفاقات: الاحتكار، والعوامل الخارجية، والبضائع العامة، وعدم تناسق المعلومات.

الاحتكار:

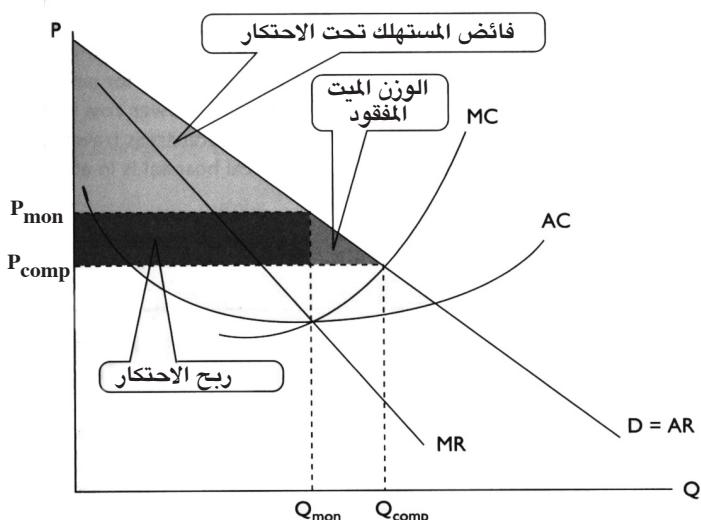
إن الاحتكار يتميز بوجود ممول واحد في السوق. فالاحتكار الطبيعي حالة تحدث عندما تستطيع شركة واحدة تغطية حاجة السوق بأقل معدل تكلفة أكثر من شركتين، أو أكثر. ومهما يكن قد يحدث الاحتكار نتيجة لشروط أخرى:

- هناك حواجز للدخول.
- قلة في الممولين.
- قلة من البدائل.

إن الحواجز للدخول تتضمن صعوبة المشاركة في السوق في مجال الرعاية الصحية، الحواجز للدخول موجودة على هيئة جهاز مهني.

لذلك العرض للمهنيين يكون مقيد. فهذا بدوره يتضمن المرتبات العالية أكثر من ما يمكن وجودها في حالة الأسواق التنافسية التامة. إذاً فعدم الكفاءة التخصصية والنقص في المستشفيات في المناطق الريفية مثل توضيحي جيد لقلة الممولين. وهذا يعني أن خدمات المستشفى ذات تكلفة عالية، وهذا لا يكفي. مهما يكن فإن احتكار الأسعار قد لا يحدث إذا كان الممولون لا يجذبون الفائدة. وهناك أيضاً بدائل قليلة متقاربة بكثير من خدمات الرعاية الصحية كحالات الولادة القيصرية، وعلاجات ومضادات الفيروسات القهقرية.

كنتيجة للاحتكار نجد أن الشركات لم تعد آخذة للأسعار ولكنها تستطيع التأثير على سعر السوق، ومستوى إيراد الإنتاج. فالاحتكار يعد حافزاً لرفع الأسعار، وتقييد الإنتاج المنتج. ولرفع الربح لابد من تحديد الإنتاج، حيث يكون هامش الدخل مساوً لهامش التكلفة. (فالشكل 1-8) يوضح السعر، والإنتاج اللذان يشكلان القرار في الاحتياط. فالمنتج يقدم إنتاجه حيثما كان هامش التكلفة مساوً لهامش الدخل لأن مستوى الإنتاج يكون حينما تكون الأرباح مضاعفة. (الدخل الكلّي مطروح منه التكلفة الكلية). وبالنسبة للمنتج المحتكر فالدخل الهامشي يكون أصغر من حنى الطلب. وذلك لأن الوحدة الواحدة تزيد من الإنتاج الذي يؤدي إلى زيادة الدخل عن طريق كمية السعر في الوحدة (مشار إليه بمنحنى الطلب) مطروح من الخسارة في الدخل في بقية الوحدات المرتبطة بالهبوط في السعر. إن الإنتاج متماثل لذلك يستطيعون عند هذه النقطة طلب السعر، (P_{mon}) في السوق التنافسية التامة حيث الشركة يجب أن تنتج حيث يكون MC مساوية للنقطة D على الرسم البياني الذي يكون فيه الإنتاج أعلى (Q_{comp})، والسعر يكون منخفضاً (P_{comp}). إن تحول المحتكرين من استهلاك الفائض (انظر للفصل الثالث) إلى إنتاج الفائض (انظر للفصل السادس) مهمٌّ بما يُكنْ فإن فقدان فائض الاستهلاك يكون أكبر من الكسب في فائض الإنتاج. ولذلك فهناك فقدان كلي للمجتمع. فقدان الوزن يعني فقدان كفاءة التخصيص.



(الشكل 1-8): السعر وقرار الإنتاج تحت الاحتياط.

فأحياناً، الاحتكار يقدم التمييز في السعر لذك فإن هامش الدخل يكون منحني الطلب. فتمييز السعر يعني تقديم نفس المنتج بأسعار مختلفة لأشخاص مختلفين. فعلى سبيل المثال السكك الحديدية، والخطوط الجوية غالباً ما تفرض أسعار أقل على الطلاب، والشباب، وكبار السن. وهذا لا يمثل كرماً إنه على النقيض تماماً. إنه هو طريق لرفع الأرباح. فباركين (Parkin)، وزملاؤه (2008) يلاحظون أن فرض أسعار أعلى لكل وحدة من السلع يريدها الشخص، فاحتكار الأسعار التام سوف يميز فائض الاستهلاك. فالاحتكارات لا تستطيع تمييز السعر التام، ولكن تستطيع التمييز بين مجموعات مختلفة من الأشخاص حيث أن كل مجموعة لديها مرونة في الطلب.

نشاط 1-8

إن كثيراً من الخدمات الصحية تقدم عن طريق المستشفيات، وكذلك المؤسسات المركزية التي تحكم في قوة الاحتكار. فرسم المعلومات، وفهم الرعاية الصحية. هل تستطيع التفكير في أي من توفير ملامح الرعاية الصحية التي تميز الاحتكار؟

التغذية الراجعة:

في بعض الحالات هناك بدائل قريبة للرعاية الصحية. على سبيل المثال. إذا أصيب أحد الأشخاص بالأنفلونزا فإنه من الممكنأخذ الأدوية لإزالة الأعراض. ويستطيع أن يقضي وقتاً من الراحة في السرير بدلاً منأخذ الدواء لحين توقف الأعراض. ففي هذه الحالة تكون الراحة بديلاً للدواء. رغم أنه في معظم الحالات من المحتمل أن لا يكون هناك بدائل. على سبيل المثال التهاب الزائدة الدودية لا يوجد بديل للعملية الجراحية.

إن التخصص في الرعاية الصحية يتطلب رخصة للتدريب. هذه الرخصة مثل الحاجز للدخول في سوق الرعاية الصحية. وبراءات الاختراع أيضاً تعتبر حواجز للدخول لأنها تمنع الصناعات الأخرى من تقديم بضائع متخصصة. وكذلك براءات الاختراع تعتبر شائعة جداً في مجال صناعة الصيدلة.

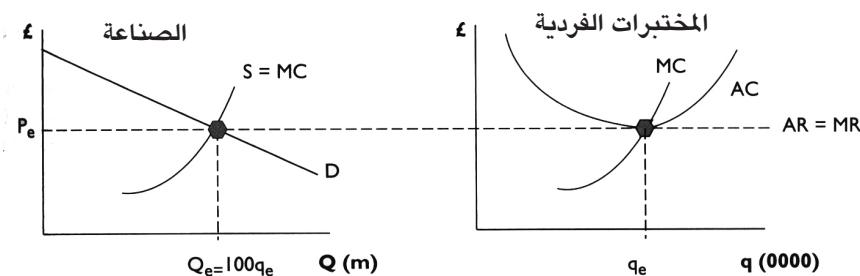
فلا يعد ممولو الرعاية الصحية من ضمن المحتكرين الطبيعيين. وقد تم ذكر ذلك في الفصل السادس حيث إن اقتصاديات الميزان توجد فقط في المستشفيات الصغيرة. ولسوء الحظ فإن الممول بمفرده يستطيع بأقل قيمة تكلفة تحقيق ما يقدمه عن طريق أكثر من ممول متنافس. في المناطق الريفية السفر إلى الممولين الآخرين يكون مكلفاً وغال الثمن، وعلى سبيل المثال فإن المستشفيات المحلية لها تأثير في احتكار العرض للسكان المحليين.

نشاط 2-8:

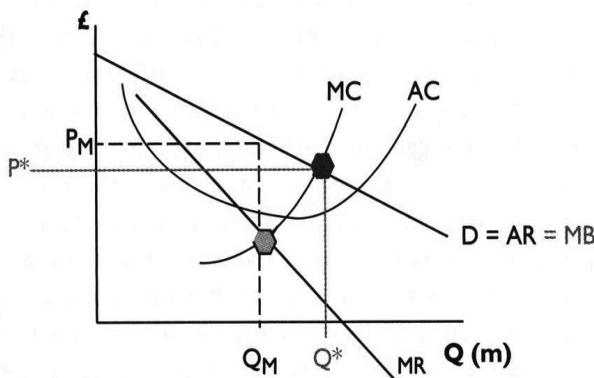
في هذا المثال سوف نقوم ببرؤية افتراضية للسوق فعلى سبيل المثال إن تحرى سلطان عنق الرحم يؤدي إلى تغيير في بنية السوق. فتقديم تحريات سلطان عنق الرحم يبني على أساس فحص الشرائح تحت المجهر. ومن ثم قررت الحكومة أن المختبرات الخاصة يجب أن تجري تلك الفحوصات. فهناك 100 مختبر يتتنافس في هذا العمل. حيث إنه لا يوجد اقتصاد ميزان هام في هذا العمل. فالشركات تستطيع القيام به، وتستطيع وصفه في مصطلحات النموذج التام المنافس الكلاسيكي (انظر إلى الشكل 2-8). ففي الصناعة منحنى العرض شأنه شأن منحنى هامش الكلفة ومنحنى الطلب كما يرى. والمختبرات الفردية تكون أخذة للسعر، ولذلك تواجه السعر (عند نقطة الاتزان في السوق) P_e . فالمختبر يقدم كمية q_e . والتي يكون فيها $MR = MC$.

رغم ذلك فإنه بعد عامين تمت الموافقة على أن هذه التكنولوجيا لم تعد ملائمة ومن ثم تقرير أن القراءة اليدوية للشرائح يجب أن تستبدل بالقراءة الأوتوماتيكية حيث إنه وجد أنها أكثر دقة، ومنذ وجدت براءة الاختراع في هذه التقنية، وكذلك هناك الكثير من الاقتصاد في المجدول. فالنتيجة سوف تكون أن الشركة المفردة التي تمسك براءة الاختراع ستقدم الكثير من الخدمات. فنموذج الاحتكار البسيط في (الشكل 3-8) يصف الحالة الجديدة.

عند مقارنة نمط السعر، والتكلفة، والإنتاج في كل من السيناريوهين. لماذا تكون شروط الاحتكار ضد المستعملين؟



(الشكل 2-8): السوق الافتراضي لتحرى سلطان عنق الرحم قبل تقديم التقنية الجديدة - للسوق التنافسية التامة.



(الشكل 8-3): السوق الافتراضي لتحرى سرطان عنق الرحم بعد تقديم التقنية الجديدة - احتكار السوق.

P_M = ربح المحتكرين - زيادة الإنتاج.

Q^* = كفاءة تخصيص الإنتاج.

التغذية الراجعة:

في الأسواق التنافسية (MC) = هامش التكلفة الاجتماعية (Msc) و (MB) = هامش الفائدة الاجتماعية (MSB) فهذا يعني أن السوق التنافسية تكون ذات كفاءة متخصصة مع التقنية الجديدة. فالممول المفرد يستطيع أن ينتج عند تكلفة أقل مقارنة بالعديد من الممولين. فهذا المول عند تحقيقه أعلى قيمة للربح سوف يكون لديه حافز للتقدم عند النقطة Q_m التي تكون تحت كفاءة تخصيص الإنتاج (Q^*) التي فيها $MC=MB$. (تذكر أنه لا يوجد منحنى العرض في هذا الاحتكار وحيث أن الكمية والسعر يتم تعينهم عن طريق التفاعل بين وظائف الطلب والتكلفة. وهذا يكون ضد اهتمام المستهلكين بسبب وحدة الإنتاج حيث إن الفائدة تزيد عن التكلفة ($Mc < MB$) وهذا لا يتم تقديمها).

إن ميزة التقنية الحديثة من المحتمل أن تؤدي إلى تقليل التكلفة. وزيادة العرض في تقديم الخدمات، والمساوى التي تسمح للممول بمفرده أن يبذل جهده في قوة الاحتكار. وهناك الكثير من الخطوات التي تستطيع الحكومة عملها، وللتأكيد على أن قوة الاحتكار مضبوطة، واحتياط الخدمة تزداد.

- كما أن باستطاعة الحكومة الطعن في السوق - وتقديم الاحتكار للممولين الذين يقدمون خفض في السعر غالباً.

- وباستطاعتهم وضع سقف للسعر للحصول على السعر الاجتماعي الأمثل * P والذى يعتبر الاحتكار. فسقف السعر يؤدى إلى زيادة الإنتاج (وهذا لا يشبه سقف السعر في السوق التنافسي، والذي يؤدى إلى تقليل الكمية المعروضة).
- وباستطاعتهم أيضاً كسر الاحتكار.

فهناك مشكلة محددة عندما تكون حماية براءة الاختراع مُشتركة. ففي هذه الحالة يكون الممول هو الوحيد المسموح له في تقديم البضاعة لأنه طور هذه التقنية بنفسه. ودون براءة الاختراع فإن الممولين لن يكون لديهم حافز للتطوير من كفاءة التقنية لأن المنافسون يستطيعون الاعتماد على التقنية الجديدة في الحال دون نفقة في البحث، وتطوير التكاليف. فالجانب السلبي لبراءة الاختراع هو أن الشركات تستطيع أن تحضر الإنتاج، وترفع السعر أثناء فترة براءة الاختراع في العملية.

عندما اكتشف أن علاج مضاد الفيروسات القهقرية ناجح فإن قائمة الأسعار التي وضعت من شركات الأدوية لن تستطيع للدول ذات الدخل القومي المنخفض تحمل نفقتها وهذا جزئية من حماية براءة الاختراع.

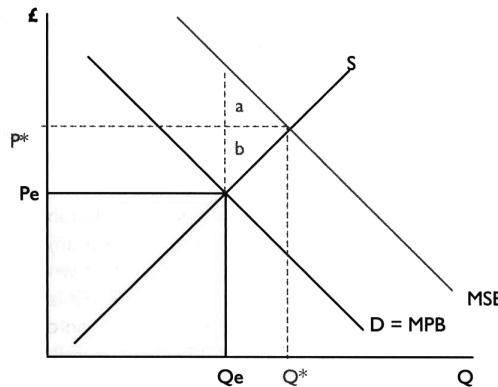
في بعض الأحيان تم اقتراح أن المحتكرين لديهم قدرة أقل لتحقيق الكفاءة التخصصية، والتقنية. تم التحاور أنه رغم من دافع الربح العالمي. فإن حافزهم لتقليل التكالفة يتضائل بسبب أن المحتكرين لديهم فوائد ضخمة بالفعل. فإنك ترى أن الأسواق مع كثير من الممولين تميل لكي تكون ذات كفاءة. (وهذا يعطي شروطاً معينة للتقابل) ولكن الأسواق التي تكون بممول واحد تكون ذات كفاءة غير متخصصة. ولهذا فإن الحالة فما هي الحالة عندما يكون هناك قليل من الممولين؟ وهذا النظام يدعى احتكار القلة. وتحت احتكار القلة فإن قرار الممولين يصبح معقداً جداً. وهذا لأن القرارات لأي من المنتجين في السوق تكون نتيجة للشركات الأخرى. رغم أن تلك الحالة تكون معقدة جداً. فإنه من الأمن افتراض أنه كلما قل عدد المنتجين، وكلما كان أسهل لهم حصر الإنتاج، ورفع الأسعار، وهذا يؤدى إلى قلة الكفاءة في السوق.

العوامل الخارجية:

شكل آخر من فشل السوق يرجع إلى حدوث عوامل خارجية. فلعلك سمعت عن مصطلح العوامل الخارجية. ولكنها بالضبط ماذا تعنى؟ فالعامل الخارجي يكون التكالفة، أو المنفعة من الصفقة الاقتصادية التي تسقط على الناس الذين لا يقومون بالمشاركة في الصفقة. فالتفاعل الطبيعي في السوق يأخذ بعين الاعتبار المنافع الشخصية، منذ كانت وظائف الطلب الشخصية تعكس التقييم الذاتي للاستفادة

للأفراد. فعندما يكون هناك تكلفة خارجية، وفوائد فالأطراف المشاركة في الصفة لا تأخذ تلك التكلفة، والمنفعة في حسابها. فهذا الفشل في وضع قيمة كل من التكلفة، والفوائد يؤدي بالسوق إلى ما تحت التوفير، أو ما فوق التوفير للبضاعة. فالمثال المطابق لهذا الاختلاف بين هامش التكلفة الخاصة، أو الفائدة، وهامش التكلفة الاجتماعية، أو الفائدة، وهذا يرى في (شكل 8-4) عن التطعيمات.

فالاختلاف بين المنفعة الخاصة، والاجتماعية للتطعيمات نستطيع وصفها عن طريق الارتفاع في حالات الحصبة في المملكة المتحدة كنتيجة للذعر الإعلامي.



(الشكل 8-4): مثال للمنافع الخارجية: سوق التطعيمات ضد الحصبة.

P^*, Q^* = سعر كفاءة التخصيص، ومستوى الإنتاج.

P_e, Q_e = أعلى سعر للربح، ومستوى الإنتاج.

D, S = العرض، والطلب.

MPB = هامش الفائدة الخاصة (الطلب).

MSB = هامش الفائدة الاجتماعية

$\text{Area } a + b$ = الوزن الميت المفقود للمجتمع نتيجة لفشل السوق المرتبط بمنافع خارجية.

أما بالنسبة للأخطار المكنته لبعض الأطفال المطعمين من الحصبة، فهناك سقوط في معدل التطعيمات، وهناك منافع خاصة من أخذ اللقاح ، فمعظم الأطفال يكون لديهم مناعة عالية ضد الحصبة، وبالتالي فإنهم يكونون في حماية من تأثير مرض الحصبة. إضافة إلى المنافع التي تعود على هذا المجتمع بأسره. فالتطعيم يقلل أثر الإصابة بالحصبة وبالتالي يقل معدل الإصابة بهذا المرض. لكن كان إعادة ظهور سريعة للحصبة في المملكة المتحدة (وحالات أخرى أكدت في إنجلترا، وويلز ارتفعت من 56 في

سنة 1998 إلى 971 في سنة 2007-2008 (McIntyre and Leask 2008). مما يؤدي إلى تهديد خاص لكثير من المجتمعات المعزولة مع تغطية صحية قليلة (المناعة القبطية).

إن العامل الخارجي الإيجابي المرتبط مع التطعيمات عموماً يؤدي إلى أن تقدم الحكومة طرقاً مختلفة للزيادة من استهلاك التطعيمات تزيد عن المستوى الاجتماعي الأمثل. وهذا يتضمن مخطط قسائم، إعانة مالية، وذلك من أجل تطعيمات الطفولة في معظم البلدان التي تقوم ب توفير التطعيمات. ففي المملكة المتحدة اللقاح أطلق عن طريق الحكومة لجعل مستوى التطعيم يرتفع مرة أخرى.

نشاط 3-8:

عندما تكون البضاعة غير مقصودة المنافع فهذا ما نسميه بالعوامل الخارجية الإيجابية. إن اعتمادك على الأسواق لتسلیم البضائع مع العوامل الخارجية الإيجابية مثل: التطعيمات. فإنك ستتجد أن نتيجة أرقام التطعيمات سوف تكون أقل من الأرقام المثلث الاجتماعي المطلوبة للوصول إلى مستويات المناعة القبطية. ومن ناحية أخرى فإن السوق سوف يكون تحت، وعرض التمنيع.

هناك أيضاً عوامل سلبية خارجية. المثال التقليدي هو التدخين.

1. كيف يكون التدخين عامل خارجي سلبي؟
2. كيف تقوم الحكومة بوضع حد لهذه العوامل الخارجية؟

التغذية الراجعة:

1. عندما يدخل الناس فإنهم يقومون بتکلیف أنفسهم كما يقومون بإهدار صحتهم. مهما يكن، هناك تكلفة على الأشخاص المدخنين سلبياً. وعندما يزن الناس التكلفة والمنفعة للتدخين فإن بؤرة تركيزهم تقوم على تأثير التدخين عليهم. والسوق أيضاً لا يأخذ بالاعتبار تأثيرها على الآخرين. ولذلك فإن السوق يمد الناس بالبضاعة فوق المعتاد. ومثال آخر للعوامل الخارجية السلبية هو التلوث الذي يحدث بسبب الشركات الصناعية. فالتلويث يؤثر على ما يجاور الشركة، ولكن الشركة لا تستطيع تحمل أي تكلفة مباشرة بهذا التلوث. ولذلك فإن الشركة لا تأخذ بعين الاعتبار هذه التكلفة عندما تقرر كمية البضائع التي تود إنتاجها. وفي هذه الحالات تكون التكلفة الشخصية أقل من التأثير الاجتماعي الذي يسبب للأفراد التقليل من التكلفة، وزيادة العرض.

2. تحتاج الحكومات إلى رفع سعر الدخان لكي ينعكس على التكلفة للمجتمع. وهذا يتحقق من خلال فرض نوعية من الضرائب تسمى ضريبة بيوجوفيان. فالهدف من هذه الضريبة هو استيعاب تكالفة العوامل الخارجية السلبية. فالضرائب تعمل على زيادة التكلفة للبضائع المستهلكة، وهذا يؤدي إلى كمية توازن قليلة، وفي حالة التدخين سيتم وضع رسوم على السجائر. وأمثلة أخرى ربما أن يكون هناك رسوم على الكحول، وكما يوجد اقتراحات إضافية في أمريكا لفرض الضرائب على المأكولات السريعة. ففي حالة التلوث تقوم الحكومات بإطلاق المصروف.

السلع العامة:

إن فشل السوق دون المستوى الأمثل للتخصيص البضاعة، أو الخدمة يحدث أيضاً مع البضائع العامة باركين (Parkin et al. 2008) يقدم التعريف التالي للسلع العامة:

البضاعة أو الخدمة المستهلكة في وقت واحد عن طريق كل فرد (غير منافس)، ومن غير الأفراد فإنه من الممكن استبعادها (لا يمكن استبعادهم). إذا كان الممول للسلعة العامة يحاول سؤال الناس يدفعون للحصول عليها مقدار. يجب على المستهلكين يجيبون أنهم لا يريدون. لماذا؟ لأن المستهلكين يعلمون أنه المرة التي تموّل فيها البضاعة فباسطاعتهم استهلاكها حتى، ولو لم يتم الدفع، وهذا ما يسمى بمشكلة الراكب الحر (Parkin 2008).

مثال تقليدي للبضاعة العامة هو ضوء الشارع. فجميع الأفراد في الشارع يستخدمون الإضاءة في نفس الوقت، ولا يوجد أي شخص نستطيع استبعاده من استعماله لها إضافة إلى أنه عندما يسيّر أحد الأفراد في الشارع فهذا لا يعني الحد من الإضاءة للآخرين في الشارع. فكثير من البرامج سوف تكون تحت التجهيز عن طريق السوق لأن الناس يأملون بتحقيق فوائد من غير مساهمة في التكاليف، ومن ناحية أخرى فيكون هناك حواجز للراكب الحر.

فهل هذا يعني أن العناية بالصحة هي بضاعة عامة؟ لا ليس كذلك لسبب واحد، هذا فقط المنافس. فإذا كان هناك شخص بمفرده يستهلك دواء (نتيجة استشارة الأطباء، أو التطعيم)، ومن ثم هناك دواء آخر (استشارة الأطباء، أو التطعيم) أقل توفرًا لاستهلاك الآخرين. فالرعاية الصحية تكون مستبعدة - عندما يكون باستطاعة الممولين بسهولة منع الأفراد من الاستهلاك. مهما يكن هناك جوانب للصحة التي تكون فيها السلع عامة. واحدة منها التحكم في العدوى مثل إدارة الملاريا خلال

الإجراءات البيئية (Mills and Gilson 1988). فكل فرد في المجتمع يستطيع أن ينتفع من أن يكون لديه ممول ليyah خالية من الملاريا دون منع أي شخص آخر من حق الانتفاع بهذا. فإنه لا منافسة في هذا، وإضافة إلى أنه لا يوجد أحد يستبعد من هذا الانتفاع. المعلومات أيضاً جزء متكامل من برامج الصحة العامة. وباستطاعتنا اعتبارها سلعة عامة، ومهما يكن هذا فقط غير مستبعد إذا تجمع الأفراد للحصول على السلع التي تسمح لهم الحصول على المعلومات عبر التلفاز، أو المذيع. إن عدم الاستبعاد يؤدي إلى الركوب الحر الذي يؤدي إلى استهلاك الأفراد أكثر المشاركة العادلة في البضااعة. وعدم المنافسة يؤدي إلى انخفاض في الاستهلاك الاجتماعي الأمثل، وكنتيجة لذلك فالتنافس في الأسواق التامة تحت عرض البضائع العامة، وبالتالي فإن الوصول المباشر، أو التمويل من قبل الحكومات يكون مطلوباً للوصول إلى الحد الاجتماعي الأمثل للإنتاج (Smith et al. 2003).

التأمين الصحي:

إن الطلب للرعاية الصحية غالباً ما يتجلّى كطلب لتأمين الرعاية الصحية. فأسوق التأمين هي تطور استجابة طبيعية لعبء المخاطرة. ففي الحقيقة إن التأمين استجابة لفشل السوق المتعلق حول توقيت الطلب للرعاية الصحية. فأسوق التأمين تُعقد نموذج للطلب الذي رأيته في الفصل الرابع. المستهلكين، فبدل من طلب الرعاية الصحية يكون طلب تأمين الصحة. توفر شركات التأمين الرعاية الصحية، أو الأفراد يطلبون ذلك ويدفع التأمين من أجل ذلك.

نشاط 4-8:

قم بقراءة المقتطف التالي الذي كتب بواسطة دونالدسون (Donaldson et al.2005)، ثم بعد ذلك حاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. لماذا يقوم الناس بالحصول على التأمين؟

2. لماذا يقوم الناس بالحصول على الرعاية الصحية؟

فالمقال يشير إلى الأقساط العادلة الأكتوارية بدقة. وهذا يعني أن الكمية (القسط) الذي يدفعه الفرد للتأمين فهو يعكس احتمالية الشخصية، ومدى احتياجها للرعاية الصحية.

غير الالايقين وطلب التأمين



بالنسبة للأفراد، الأمراض غير المتوقعة. بصفة عامة من المحتمل التنبؤ بالمال المرتبط مع الحالات المزمنة، والتنبؤ بمصطلحات احتمالية حول أن الناس بمختلف الأعمار، والظروف، والشروط القائمة سوف يدفعون ثمن حالة الصحة في المستقبل. ولكن مستوى الفرد، ومستقبل حالة الصحة ليس مؤكداً.

وهذا يتربّ عليه أن الفرد لا يمكن باستطاعته التخطيط لمستقبل الاستهلاك في الرعاية الصحية كالطريقة المستخدمة في السلع مثل الطعام. ونتيجة لعدم القدرة على التخطيط لأحداث المستقبل لذلك تصبح الأسواق غير منظمة في تنظيم آلية التأمين. حيث إن الأفراد والعائلة يستطيعون دفع مبالغ وكالة تجميع الأخطار (الشركات التأمينية) لضمان سداد المال في حال حدوث المرض مما يؤدي إلى تأمين الفرد، ودفع نفقات التأمين الصحي. هناك بعض التأمينات ضد فقدان الدخل، وتقام من قبل الفرد. لكن بالرغم من الرغبة في ذلك فإنه من الصعب التأمين ضد القلق، الألم، والمعاناة نتيجة مباشرةً من المرض. وذلك لأنه من الصعوبة تقييم القلق والألم والمعاناة نقدياً ولأن شركات التأمين لا تستطيع الحصول على تقديرات موثوقة، وموضوعية عن كم الألم والمعاناة لدى المرضى. ومن ناحية أخرى فإن تكاليف الرعاية الصحية تكبدت وبأمانة نفقات الأمراض الموجودة، والقابلية للقياس. ولذلك فإن تأمين الرعاية الصحية الذي يتم أخذة من قبل المؤمن عليه. ورغم من إنه يعود إلى التأمين الصحي. لا تستطيع الناس التأمين ضد اعتلال الصحة بعينه، ولكن التكلفة المالية تغطي نفقات الاعتلال الصحي. وبالرغم من ذلك فإن الرعاية الصحية تجسد المفهوم الواسع لصيانة الدخل.

فإذا كانت سياسات التأمين ذات مصداقية فإن الأقساط المدفوعة سوف تكون متساوية لمصاريف الرعاية الصحية. ومهما يكن فهذا يفترض أن شركات التأمين لا تحقق أرباحاً، ولا تتحمل التكاليف الإدارية. وعلى افتراض أن هذا غير متحقق ومع ذلك فإن الناس لا يزالون يقومون بالدفع، وتغطية التكاليف لتحمل تغطية النفقات، وتحقيق

الربح. والسبب في ذلك عموماً كون الناس ينفرون من المخاطرة. وهم لا يحبون المخاطرة ويكتسبون المنفعة بتغطية الالاينين للخسائر المالية الضخمة. ففائدة المكسب هو ما يجعلهم يقومون بالدفع.

وعلى سبيل المثال في مجتمع من 10 أشخاص فإنّه من المتعارف عليه أن كل شخص لديه فرصة واحدة إلى عشر فرص لتحمل نفقات التأمين الصحي الذي يبلغ 1000 جنيه استرليني سنوياً. إذا كان الكل ينفرون من الخطر كل فردأخذ سياسة التأمين. عبر القيام بدفع 100 جنيه استرليني سنوياً لكي تكون عادلة. ومهما يكن إذا كانت التكالفة الإدارية 10 جنيه استرليني سنوياً. فهل كل شخص يستطيع أن يقوم بدفع التكاليف حتى لو بلغن 101 جنيه استرليني؟ إن الإجابة المحملة نعم.

يفضل الناس عادة التأمين ضدّ الخسائر الكبيرة غير المتوقعة عن تلك الصغيرة التي تحدث عادة، ويكون متوقع حدوثها. فعلى سبيل المثال هؤلاء الأشخاص الذين يقومون بزيارة طبيب الأسنان كل ستة أشهر لمجرد الفحص. فإنّهم لا يجدون قيمة من التأمين عندما يتوقع حدوث الفحص، وعدم تكلفته. ولكنهم يفضلون التأمين ضدّ التبعات غير المتوقعة، والغالبية من الفحوصات المطلوبة للأسنان، وما يتتكلفه من نفقات. وهذا لا يعني أن الناس لا يقومون بالتأمين ضدّ الخسائر القليلة، والكثير من الناس يقومون بدفع التأمين ضدّ الخسائر القليلة. فالسبب في ذلك لا يعود فقط إلى عدم اليقين نفسه، ولكن إلى القلق تجاه تكلفة العلاج. مهما يكن فإن الشخص يتوقع قيمة التأمين مقدماً ضدّ ما هو غير متوقع للخسارة، وبالأخص ما هو ضخم منها.

(Donaldson et al. 2005)

التغذية الراجعة:

- فالناس الذين ينفرون من المخاطر، ويقومون بالتأمين لأن التأمين يقلل من المخاطر التي يقابلونها. فهم يقومون بالتأمين إذا كانت الفائدة المرتبطة بهذا تفوق الفائدة المتوقعة.
- كما أشار دونالدسون وأخرون (Donaldson et al.) إلى أن الضمان الصحي ليس التأمين ضدّ الحالة الصحية، ولكنه ضدّ تكلفة العلاج. وعندما يقوم الشخص

بدفع التأمين الصحي سنوياً عندما يكون مريضاً فإنه لن يدفع قيمة علاجه. وبدلًا من ذلك، إذا كان عليه الدفع فإنه سيدفع بمعدل أقل بكثير.

فالتأمين يقوم بحماية الأفراد من المخاطر المالية. بمهما يكن، فإن سوق الرعاية الصحية للتأمين ليس بالضرورة ذو كفاءة تخصصية. فأسوق التأمين تكون خاضعة لفشل السوق الذي ينشأ بسبب عدم تماثل المعلومات.

إن عدم تماثل المعلومات يوجد عندما يكون أحد الأشخاص في الصفقة الاقتصادية لديه معلومات وثيقة الصلة بالموضوع أكثر من شخص آخر. فذلك يقتضي أن تكلفة الشخص المجهول للوصول إلى المعلومات يكون باهظ جداً. وهذا يؤدي إلى أفعال ضد الحزب النظامي مما ينتج عنه فشل السوق. وتحت الظروف الطبيعية فإن هذا الشخص يقوم بجمع المعلومات وبالتالي يستطيع تقليل الخسارة إلى الحد الأدنى. عندما تكون تكالفة جمع المعلومات غالية الثمن، وذلك من فوائد الصفقة الأصلية وهذا يصبح غير كاف للتعويض. وسوف ترى الآن هذا يحدث في أسواق تأمين الرعاية الصحية في شكل من أشكال.

الانتقاء الضار:

في حالة التأمين، عندما يفكر أحد الأشخاص بأنه في خطر أقل حظاً لأخذ التأمين من هؤلاء الذين يعتقدون أنهم في خطر مرتفع. وهذا يعني أن الأشخاص ذروا الخطر المرتفع سوف تجتمع مخاطرهم، والأشخاص ذروا الخطر الأقل لن يتجمعوا. وهذا ما يعرف بالانتقاء الضار. ومن المجموعة المطلعة على الموضوع (الأشخاص الذين يدركون الخطر على صحتهم). فهم فقط الذين سوف ينتفعون من معظم الاتفاقيات التي تدخل في المعاهدات، لرفع الضرر عن ذلك الشخص الذي يكون على علم ودرأية بأهمية التأمين، والشخص الجاهل لا يستطيع إخبارنا بأن المعاهدة سوف تكون سيئة أو لا لأنه لا يملك لديه المعلومات الضرورية. وفي هذه الحالة نجد أن شركة التأمين لا تستطيع إخبارنا ما إذا كان التأمين عال أو منخفض الخطورة. فإذا قامت شركة التأمين بمنح، وجمع المعلومات عن مستوى الخطورة لكل شخص مؤمن عليه ومن ثم يستطيعون منح علاوة من شأنها تحقيق منفعة لكل شخص. وهناك أشياء من شأنها الوقوف دون الحد الأمثل للتأمين. وهذا ما سوف نراه في الفصل الحادي عشر مما يؤدي إلى انهيار السوق الذي سببه انتقاء الشركات الضار.

نشاط 5-8:

في أي دولة حيث يكون المصدر الرئيسي للتمويل هو من خلال التأمين الصحي الخاص، هل كل مجموعات السكان يفضلون أن يكون مؤمن عليهم؟

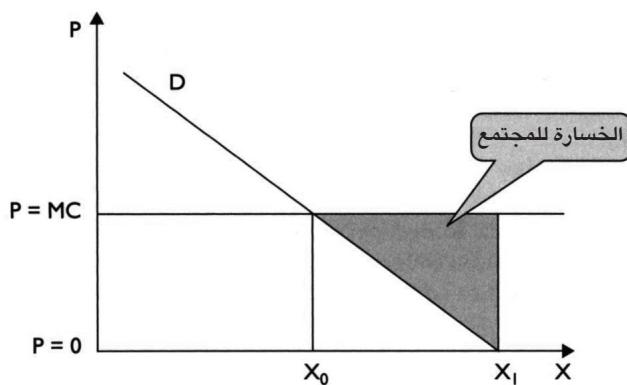
التغذية الراجعة:

فهناك مجموعتان من الناس يبقون دون تأمين. الأولى هؤلاء الذين يعتبرون أنفسهم ذوي مخاطر قليلة فلا يستطيعون إيجاد سياسة تأمين تعكس تلك المخاطر المنخفضة. وهذا ما يحدث إذا كانت شركة التأمين لا تعلم بتلك المخاطر القليلة. وهذا ما يشكل فشل السوق (الانتقاء الضار) لأن العلاوة تكون مقبولة لكل من شركة التأمين، والمؤمن عليه، عندما يكون هناك عدم تماثل في المعلومات.

المجموعة الأخرى التي تفضل البقاء دون تأمين هؤلاء ذوي المخاطر العالية ولكنهم لا يستطيعون في الحقيقة دفع تكلفة التأمين رغم عدم فشل السوق. هذا ما يبدو أنه ظلم، وفي هذه الحالة يؤدي ذلك إلى كثير من الاهتمام السياسي في الولايات المتحدة الأمريكية التي تنفق كثيراً من المال لكل فرد في الرعاية الصحية أكثر من أي دولة أخرى. فهناك تقريباً خمسة وأربعين مليون شخص دون تغطية تأمين صحي إذا كان هناك العديد من الناس أعلى من متوسط المخاطر الصحية. إلزامياً فإن نظام التأمين الاجتماعي له ما يبرره على أساس من التكافؤ، والعدالة (انظر الفصل الثاني عشر). ففكرة إلزام التأمين ينظر إليها بخطورة عن طريق البعض في الولايات المتحدة الأمريكية لأن مفهوم حرية الاختيار ذو قيمة مثالية عالية.

الخطر المعنوي:

يلاحظ شكل آخر من فشل السوق يلاحظ في كل من توفير الرعاية الصحية وفي أسواق التأمين الصحي هو الخطر المعنوي. وهذا ما يحدث لدى الشخص الذي لديه العلم والمعلومات عند عقد الصفقة، فهو يستخدم تلك المعلومات ليسيء إلى الشخص الذي ليس لديه تلك المعلومات. على سبيل المثال إن الشخص المؤمن عليه أن يكون لديه حافزاً للاندفاع بتهور (مستهلك ذو خطر معنوي). وهذا بإمكانه أن يوضع نفسه بأقل مجهد يمكن عمله لتجنب الحاجة للرعاية الصحية. تماماً كهؤلاء الأفراد الذين يأخذون أقل رعاية كالبحث عمّا فوق الدرجة عندما يكون مؤمناً عليه. فالناس ربما لا يقومون بعمل التمرينات، ربما يتناولون كمية زائدة من الكحول، أو التدخين. تحت الخصوصية، أو التأمين الاجتماعي المول من الأنظمة الضريبية فالمجانية، أو السعر الدعوم للرعاية الصحية يكون كنتيجة للاستهلاك المتزايد للرعاية الصحية عند المرض. (فالشكل 5-8) يرينا، أو يوضح لنا كيف إنه في هذه الحالة عندما يقوم المستهلكين بالاستهلاك حتى نقطة تكون فيها هامش المنفعة مساوٍ لهامش التكلفة (السعر) مما ينتج عنه عموماً خسارة في الرفاهية الاجتماعية.



(الشكل 8-5): إمكانية فقدان الرفاهية الاجتماعية من وضع سعر أقل من التكلفة الحدية ($MC - P > 0$).

تعاني شركات التأمين مالياً من الخطر المعنوي للمستهلكين. ولمعالجة هذا فإن شركة التأمين باستطاعتها وضع بند في العقد حيث لا يسمح بمثل هذا السلوك ولكن تكاليف رصد الصفة سواء كان المؤمن عليه سوف يلتزم، أو لا حتى ولو كانت ذات تكلفة عالية. فهناك خطantan توضع من قبل شركات التأمين لتقليل الخطر المعنوي.

فأولها يلتزم بتقليل قسط التأمين لهؤلاء الأشخاص الذين لديهم مطالبات في صفات قديمة ماضية. وهذه الطريقة تساعدنا للتفرقة بين الأشخاص ذوو الخطر القليل، والأشخاص ذوو الخطر العالي، وذلك يعطي شركات التأمين الاستطاعه، ولتقدير الأقساط التي تعكس مستويات الخطر لكل مجموعة. فهذه الخطوة لن تكون كاملة لأن بعض من العملاء ذوو الخطر العالي لن يجدوا مطالبهم بعد. بينما بعض من هؤلاء العملاء غير المحظوظين ذوو الخطر المنخفض يكونون قد أبدوا مطالبهم. فعلاوة على ذلك هذا لا يمكن تطبيقه عندما لا يكون أحد الأفراد باستطاعته أخذ وثيقة التأمين قبل أن يتحقق من مطالبته أولاً. فتلك الاستراتيجية سوف تزود هؤلاء الأشخاص المؤمن عليهم بحافز لتقليل مخاطرهم لأنهم إذا لم يقوموا بفعل ذلك فسوف يحتاجون لعمل تلك المطالبة التي من شأنها زيادة قسط التأمين في المستقبل.

أما الآلية الثانية فهي تقديم أشكالاً مختلفة لرسوم المستخدمين، أو تكلفة الآليات: كمثال الخصومات، أو المشاركة في التسديد. وهذا ما يؤدي إلى تقليل المنافع الصحية وبالتالي من المحمّل أن تكون معالجة لفقدان الرفاهية (Lagarde and Palmer 2008; Thomson et al. 2010)

نشاط 6-8:

هناك بعض السلبيات لرسوم المستخدمين. ماذا تعتقد أن تكون؟

التغذية الراجعة:

- إن مستخدمي الرسوم يؤثرون على المجموعات ذات الدخل المنخفض بشكل غير مناسب.
- الطلب يقل على العلاجات المؤثرة بالإضافة إلى الرعاية الصحية العادمة.
- ربما لن يقللوا من تكلفة الرعاية الصحية في حالة ما إذا كان الممول ذا خطر معنوي. (الممول ذو خطر، أو الممول بفعل الطلب) يحدث هذا عندما يكون ممول خدمات الإمداد يريد رفع الدخل بمعرفة أن المؤمن عليه (الحزب الثالث) سيقوم بالدفع (انظر إلى الفصل العاشر).
- إن الدول ذات الدخل المنخفض لا بدil فيها من دفع الرسوم لجمع الأموال للرعاية الصحية (ضريبة قاعدية ضعيفة، أسواق تأمين فقيرة، إلخ).
- سوف تقرأ الكثير عن مختلف الآليات المشاركة للتكلفة تحت خصوصية التأمين في الفصل الحادي عشر.

الوكلالة:

حاول أن تذكر نموذج الطلب في الفصل الرابع. في هذا النموذج أن المستهلكين (أو في حالة الرعاية الصحية، المرضى) يكونوا ذات سيادة، ولكن يكونوا كذلك يجب أن يكون:

- الحكم على التكلفة والمنفعة للرعاية الصحية.
- تحمل الرعاية وتلقي المنفعة.
- شراء العلاجات حينما تكون المنفعة زائدة عن التكلفة.

العديد من مناطق الرعاية الصحية هذه الشروط لا تبقى، وكذلك سيادة المريض تكون محدودة. في معظم النماذج فإن المريض لديه تأمين الرعاية الصحية، وهذا يعني أنه لا يتحمل التكلفة كاملة فهم يطلبون أيضاً ممولاً لتلك الرعاية الصحية ليمثلهم بالنيابة عنهم في ما يشير له الاقتصاديون بالعلاقة بالوكلالة. فالاقتصاديون عادة

ما يصفون الأطباء (كعملاء) لأنهم يقومون بالتصريف نيابة عن المرضى. فالطبيب (العميل) يتم إخباره عن صحة المريض، وخيارات علاجه فالمريض (المُسؤول) يكون على جهل نسبياً بهذه المسائل، فلذلك لابد على الطبيب أن يقوم بالاهتمام الكافي بالمريض. فالشخص سيقوم بتوظيف الخدمات كوكيل إذا اعتقد أن الفائدة بعد ذلك تكون أكبر من بدون مساعدة الوكيل.

من المحتمل أنت قد تعي أن هذه العلاقة تكون تابعة لعدم مماثلة المعلومات. والطبيب عادة ما يفضل إخباره بحالة المريض عن المريض نفسه. وهذا ما يؤدي إلى رفع الخطر المعنوي. ففي هذه الحالة تحدث الخطر المعنوي يحدث عندما يمثل الوكيل بنفسه الاهتمام بنفقات المريض، أو الطرف الثالث الذي يقوم بالدفع.

نشاط 7-8

من قرأتك، وخبراتك وفهمك حاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ترخيص الأطباء والمختصين في الرعاية الصحية ضروري، ومحمٌّ وبالرغم من ذلك لماذا لا يكون غير كافٍ؟
2. في النظام الذي يكون فيه دافع للطرف الثالث (مثل التأمين الاجتماعي) فمن المفترض أن هناك نظرياً ثلاثة معلومات غير مماثلة. واحدة منها دافع علاقة المريض، والذي من شأنه أن يؤدي بالمستهلك إلى الخطر المعنوي فيما هما الدافعان المتبقيان؟

التغذية الراجعة:

1. من الملاحظ مبكراً أن وجود الترخيص هو الحاجز للدخول إلى سوق الرعاية الصحية فهو من المحتمل أن يزيد من الاستغلال في قوة السوق. فإنه في معظم البلدان هناك عدد كبير من الأطباء في سوق الرعاية الصحية في حالة تنافس. لكن هناك الكثير من الأسباب التي تحوم دون ذلك.

أ. لأن الأطباء من الأفضل أن يخربوا العملاء بالخدمات المقدمة وبذلك هم قادرون على الاحتكار رغم أنهم ليسوا كذلك. فهم يستطيعون التأثير على السعر لأن العملاء يكونون على جهل بالجودة نسبياً لمختلف الممولين. فالمرضى الذين يكونون على جهل بخصوص فاعلية الخدمات، وذلك على حسب نصيحة الطبيب لهم. فعند شرائهم بسعر أعلى من المنفعة الحقيقة فهذا ما نسميه

الطلب الناجم عن الممول (انظر الفصل العاشر). حيث يكون الحافز لفعل ذلك إذا كان العائد المالي للخدمات المقدمة مرتفع.

بـ. المنظمات التي تهتم بالكافاءات المميزة يكون لديها قوة معتبرة في الخدمات الصحية. ومن المهم أن لا تكون لهذه الهيئات دور في وضع التكلفة المالية للخدمات. وهذا يعني أن الأطباء ستكونون هم المتحكمون في كل من الإنتاج والسعر في سوق الرعاية الصحية. فإذا كانت التكاليف عالية فإن الأطباء سوف يكون لديهم حافز لتوفير ما وراء مستوى كفاءة التخصصية (الطلب الناجم عن الممول). من المتداول عليه أن الكفاءة التي يتم الحصول عليها في نظام الولايات المتحدة للرعاية الصحية بعد قوة الهيئات المهيمنة أصبحت محدودة (Green 2007).

جـ. يجد الأطباء المختصين أنهم بالحقيقة يجب أن يكون لديهم الاحتكار لتلك الخدمات للمقدمة. فباستطاعتهم توفير تلك الخدمات للمرضى، أو أصحاب العمل بسعر مرتفع جداً.

2. (الجدول 8-1): يوضح الخطوط العريضة لإمكانية عدم التماش.

(الجدول 8-1): العلاقة مع عدم تماش المعلومات.

فشل السوق	الطرف المجهول	الطرف المعلوم
1. مستهلك ذو خطر معنوي 2. الانتقاء الضار	* الدافع	المريض
وكالة ناقصة	مريض	الطبيب
ممول ذو خطر معنوي (الطلب الناجم عن الممول)	* الدافع	الطبيب

* الدافع: ربما يكون مؤمن خاص - نظام التأمين الاجتماعي، أو الحكومي.

إن عدم تماش المعلومات ليس حصرياً هو سبب سقوط السوق في سوق تأمين الرعاية الصحية ولكن كذلك وجد أن خدمات الرعاية الصحية لها دور. فعدم الكفاءة ترتفع بسبب العلاقة بين المريض، والطبيب، والطبيب، والداعف فهي نموذج لعلاقة الوكالة.

تدخل الحكومة:

تعلمنا حتى الآن في هذا الفصل أن فشل الأسواق يوجد في سوق الرعاية الصحية، وسوق التأمين الصحي. فوجود العوامل الخارجية، والاحتكار جدل ضخم لتدخل الحكومة. مهما يكن في الفصل السابق عدد من الحاج المعاكسة قدمت لدعم الأسواق في الرعاية الصحية متضمنة تسهيلات في الكفاءة التقنية، والتخصصية، الابتكار، والمرونة، والتعاون التطوعي، والاختيار.

وقد تعلمنا في هذا الفصل أيضاً عن مبادرات الحكومة، وشركات التأمين لخفض تأثير فشل السوق. ولكن ماذا عن تدخل الحكومة - فهل يكون فعالاً؟ إن تدخل الحكومة يكون مطلوباً عند التمويل العام (الضرائب). إذا وصلت الحكومة للسيطرة على سوق الرعاية الصحية فإن كميات كبيرة من التمويل سوف تكون مطلوبة. فالضرائب تشوبيهة سواء كانت في البضائع، والخدمات، أو الدخل. وهذا يؤدي إلى تغيير في توازن السعر والكمية، وكذلك قلة الرفاهية الاجتماعية في الأسواق. فذلك مدى فشل السوق وهذا ما يؤخذ بعين الاعتبار. إن فشل السوق المرتبط بالرعاية الصحية يكون غير هام نسبياً، لذلك الرعاية الصحية يجب أن تترك للسوق.

الملخص:

لقد قمت بقراءة أنواع مختلفة حول عدم الكفاءة التي تحدث في الأسواق من الاحتكار، والسلع العامة والعوامل الخارجية ، وعدم تماثل المعلومات، والآليات المختلفة للحكومات التي تستطيع من خلالها السيطرة على المؤشرات السلبية. وتعلمت أيضاً أن دور تأمين الرعاية الصحية تلعب دوراً في تشكيل سوق الرعاية الصحية. وفي القسم الرابع سوف نقوم معاً بإحضار قراءتك من القسم الأول لكتاب لنكتشف مناطق تمويل الرعاية الصحية.



الباب الرابع

تمويل الرعاية الصحية

Health care financing

الفصل التاسع

التغير في عالم تمويل الرعاية الصحية

The changing world of health care finance

نظرة عامة:

يقدم هذا الفصل التساؤلات حول مصدر تمويل الرعاية الصحية، وكيفية استخدامه. بعد عرض مقدمة عن ترتيبات الطرف الثالث، ومدفوعات الجيب سوف يقوم هذا الفصل بتفحص التطور التاريخي لتوفير الرعاية الصحية في العديد من الدول، والفرق ما بين الوكيل الخاص، والعام في تمويل الخدمات الصحية والاستفسارات فيما يخص مدى تحمل الحكومات لمسؤولية تنظيم الخدمات الصحية.

الأهداف التعليمية:

بعد الانتهاء من هذا الفصل سوف تكون قادرًا على:

- التفريق ما بين طرق التمويل الرئيسية للخدمات الصحية.
- تعريف العوامل التاريخية، والثقافية التي أثرت في تطور تمويل الرعاية الصحية.
- تعريف العوامل التي تحدد نمو نفقات الرعاية الصحية.
- التفريق ما بين الاختيارات المختلفة للتمويل الخاص/العام المشترك لتمويل، وتوفير الرعاية الصحية.

المصطلحات الأساسية:

التمويل المجتمعي: هو مجموعة الإجراءات التي تتخذها المجتمعات المحلية لتمويل الصحة من خلال جمع مدفوعات الجيب، والتي قد تشمل طرق متنوعة للدفع مثل: النقد - الدفع العيني - الدفع الجزئي، أو الدفع المؤجل.

الوسيط المالي: هي وكالة تقوم بجمع المال لتقوم بالدفع لمزودي الصحة بالنيابة عن المرضى.

جمع الأموال: هي العملية التي تجمع فيها الأموال من أجل استخدامها في تمويل الرعاية الصحية لمجموعة من السكان وبالتالي يتقاسم المشتركون مجموعة المخاطر.

مدفوعات الجيب (المباشرة): الدفع مباشرة من المريض لمزود الصحة.
أدوية بلا وصفة: هي الأدوية التي يتم شراؤها من الصيدلي، أو بائعي الجملة، بلا وصفة طبيب.

الشراء: عملية تخصيص التمويل لمزودي الرعاية الصحية.
التنظيم: هو تدخل الحكومة من خلال فرض قواعد، ومعايير.

جمع الأرباح (العائد): زيادة الأرباح سواء بشكل مباشر من خلال من يسعون إلى الرعاية الصحية، أو بشكل غير مباشر من خلال الحكومة، أو المتبرعين.

التغطية الشاملة: امتداد الخدمات الصحية لتشمل جميع السكان حيث تمكّنهم من الحصول على خدمات عالية الجودة، معتمدة في ذلك على الاحتياج والتفضيلات - متجاهلة مستوى الدخل، والحالة الاجتماعية، والإقامة.

المدفوعات غير الرسمية: الإنفاق الزائد في الرسوم الرسمية، وتسمى أيضاً «مدفوعات تحت الطاولة»، أو المدفوعات «المغلفة».

تمويل النظام الصحي:

إن تمويل النظام الصحي هي العملية التي يتم من خلالها جمع الأرباح من مصادر أولية، وثانوية حيث تترافق في مجموع الأموال، ويتم توزيعها على نشاطات مزودي الرعاية الصحية (Murray and Frenk 2000). يحدد (الشكل 1-9) دور تمويل الرعاية الصحية في النظام الصحي بأكمله. يوجد ثلاثة أنشطة رئيسية يقوم بها التمويل في النظام الصحي. جمع الأرباح وهو يشير إلى زيادة الأرباح سواء بشكل مباشر من خلال من يسعون إلى الرعاية الصحية، أو بشكل غير مباشر من خلال الحكومة، أو المتبرعين. جمع الأموال وهي العملية التي تجمع فيها الأموال من أجل استخدامها في تمويل الرعاية الصحية لمجموعة من السكان، وبالتالي تقاسم المشتركون فيها لمجموعة من المخاطر. أما الشراء: هو عملية توزيع الأموال على مزودي الرعاية الصحية.

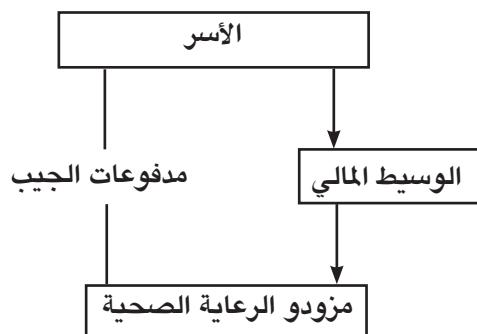


الشكل 9-1): وظائف النظام الصحي.

Source: (Murray and Frenk 2000).

أخيراً - يبدأ تمويل الرعاية الصحية بالأسر سواء من خلال مدفوعات الجيبِ - الضرائب، أو التأمين الصحي. وبالتالي فإن تمويل الرعاية الصحية يمثل سبيلاً تدفق من الأموال من المرضى لمزود الرعاية الصحية للحصول على الخدمات. يوضح (الشكل 9-2) طريقتان لدفع الخدمات الصحية :

- مدفوعات الجيب: وهي أقدم، وأبسط أشكال الصفقات بين المريض، ومزود الرعاية الصحية
- مدفوعات الطرف الثالث: حيث يتم الدفع لمزود الرعاية الصحية من خلال شركة تأمين أو حكومة.



الشكل 9-2): سبيل أو مسار التمويل في توفير الرعاية الصحية.

يركز معظم هذا الفصل على طرق التمويل الرئيسية من خلال طرف ثالث. سلفاً، يعد التفكير في مدفوعات الجيب مناسباً أكثر حيث إنها مصدر تمويل مهم للرعاية الصحية.

نشاط 1-9:

1. لأي من الخدمات الصحية يتم الدفع عن طريق مدفوعات الجيب في بلدك؟
2. ما هي المصاريف التي لا تغطيها مدفوعات الجيب؟
3. هل تعتقد أن نفقات الجيب زادت خلال الأعوام السابقة؟

التغذية الراجعة:

1. تلعب مدفوعات الجيب دوراً مهماً في الرعاية الصحية في العديد من البلدان. وهناك دليلاً على أن السكان غير المشمولين في التأمين في الدول ذات الدخل المنخفض يقومون بدفع مقدار كبير للرعاية الصحية مقارنة بدخلهم. أكثر من 50 % من نفقات الرعاية الصحية في أفريقيا تأتي مباشرة من دفع المصادر الخاصة (Bennet et al.1997).

تشمل مصاريف مدفوعات الجيب الآتي:

- الاستشارات الخاصة مع الأطباء.
- الأدوية التي لا تحتاج لوصفة طبية.

المدفوعات المشتركة، ورسوم المستخدم: حيث تكون مدفوعات الطرف الثالث هي السائدة - تلعب التكاليف المشتركة في شكل المدفوعات دوراً هاماً. قد يتم تطبيق المدفوعات المشتركة ورسوم المستخدم في الأدوية التي تحتاج وصفة طبيب ليتم صرفها - رعاية المستشفى - رعاية مرضى العيادات الخارجية - وسائل نقل الطوارئ.

- الرسوم غير الرسمية: إلى جانب الرسوم الرسمية - المدفوعات غير الرسمية لعمال الصحة هي الأكثر شيوعاً في الكثير من الدول. أما في بعض الدول الآسيوية فإن المدفوعات الإضافية لفريق العمل لاستخدام رعاية المستشفى هي الأكثر شيوعاً، حيث يتوقع الأطباء في نطاق من البلدان في وسط أوروبا، وأوروبا الشرقية المدفوعات غير الرسمية إضافة لدخلهم.
- الخدمات غير المغطاة بالتأمين: تكاليف وسائل النقل - الأدوية التقليدية، أو التكميلية وخدمات الرفاهية كجراحات التجميل.

2. هذه هي المصاريف التي تعد كبيرة بالنسبة للدخل، فعلى سبيل المثال: العلاجات باهظة الثمن، والتي غالباً لا يتم الدفع لها من خلال مصروفات الجيب، فقد يحتاج الأفراد إلى القيام بصرف نسبة كبيرة من دخلهم، أو ثروتهم على الرعاية الصحية. يلجأ الأفراد إلى حماية أنفسهم بالتأمين مما قد يصيبهم الخسائر كارثية محتملة. فقد يتجه تفكيرك نحو الخدمات ذات الموصفات التي تسعى المنفعة العامة حيث التمويل عام لأنها غير مقدمة من خلال الأسواق الخاصة. فكر في الخدمات الوقائية مثل التوعية الصحية التي قد لا يسعى المستهلك لشرائها بشكل خاص.
3. على كل - إنفاقات الجيب على الرعاية الصحية في ازدياد، وذلك لزيادة نسبة الأدوية التي لا تحتاج وصفة طبية لبيعها، وزيادة التكاليف المشتركة.

تطور تمويل الخدمات الصحية:

أظهرت المقارنات العالمية أن الدول تستخدمن طرقاً مختلفة للدفع للخدمات الصحية، على سبيل المثال: فقد ابتكرت السويد، وفرنسا ممارسات مختلفة بشكل بارز في تمويل المستشفيات، والدفع للأطباء. تمتلك دول أمريكا اللاتينية أنظمة تأمين اجتماعية بينما يعتبر تمويل الحكومة في كثير من الدول الأفريقية شائعاً.

وتعود هذه الاختلافات على المدى البعيد بسبب عوامل تاريخية، وقد يؤدي تحليل السياق التاريخي إلى الإدراك بأن تمويل الصحة اليوم قد تم تشكيله من خلال عوامل ثقافية، وسياسية من الماضي. وهو ما يفسر سبب اختلاف نهج التمويل الصحي بين الدول فقد يساعدك هذا في عمل مقارنات ذات معنى بين الدول كما تمكنت من إدراك نقاط القوة، والضعف للنظام الصحي في دولتك.

من التأمين الخاص إلى التأمين الصحي الاجتماعي إلى التغطية الشاملة:

قبل تطور أنظمة الرعاية الصحية الحديثة - كانت الحكومة، أو المؤسسات الخيرية هي مصدر تمويل الخدمات لمجموعات من السكان الذين اعتبروا رعايتهم كواجب عليهم، فعلى سبيل المثال: تأسيس مستشفيات مخصصة للفقراء كما وجد في الهند - الصين - الدول العربية، والأماكن التي يرجع تاريخها للقرن الوسطى في أوروبا (Abel-Smith and Campling 1994).

ولمزيد من المعلومات - تعود الريادة في التأمين الصحي الخاص (أو الاختياري) إلى أوروبا وهذا قد يرجع إلى أوائل القرن الثامن عشر. وفي القرن التاسع عشر تم

تطوير التأمين الخاص في أوروبا وانتشر إلى جنوب، وشمال أمريكا. في تلك الفترة تم دخول التأمين الاجتماعي (أو الإلزامي) في ألمانيا للعاملين في الصناعة في عام 1883 عن طريق (أوتو فون بيسارك) (Otto von Bismarck) (1815-98). تم بناؤه فوق ما تبقى من التأمين الاختياري السابق. لقد تم تكوين أنظمة التأمين الاجتماعي المعتمد على الراتب بشكل راسخ في أوروبا، ولاحقاً في أمريكا اللاتينية وأسيا، والآن في أفريقيا.

تحقيق التغطية الشاملة للرعاية الصحية:

استخدمت الدول مختلف الوسائل لتوفير الرعاية الصحية للجميع: وقد تم تحقيق التغطية الشاملة، سواء كامتداد للتأمين الاجتماعي، أو توفير من الحكومة لكافة السكان.

قام الاتحاد السوفيتي السابق بتوسيع التغطية من خلال توفير الحكومة لها في عام 1938 وتلى هذا المثال دول جبهة السوفيت بعد الحرب العالمية الثانية. قامت المملكة المتحدة بامداد التغطية للجميع في عام 1948. تم تأسيس خدمات الصحة القومية في بريطانيا كجزء أساسي من الإصلاحات الاجتماعية التي طالب بها ويليام بيفريدج (William Beveridge) بهدف تزويد الخدمات الصحية لجميع السكان. حيث يشكل التأمين الخاص في الولايات المتحدة الأمريكية دوراً أكبر مما يمثله في أوروبا، ولكن حتى في الولايات المتحدة الأمريكية فإن الرعاية الصحية ذات التمويل العام تلعب دوراً كبيراً لكتاب السن - للفقراء، وخدمات القوات المسلحة - واصلاحات عام 2010 للرعاية الصحية هدفت لنقل الولايات المتحدة الأمريكية للتغطية الشاملة.

تتأثر أنظمة تمويل الصحة للدول ذات الدخل المنخفض ب الماضي الاستعماري. مؤلت الحكومة في المستعمرات البريطانية الخدمات للقوات المسلحة، والخدمات الدينية مقدمة الأساس لمزيد من تطويرات الرعاية الصحية، بينما قدم النموذج في المستعمرات الفرنسية عن طريق هيئات أكبر حيث كانت مطالبة بتقدم الخدمات لموظفيها. كما تلعب المنظمات الخيرية، والبعثات دوراً في تمويل المستشفى على نطاق مختلف. أما في فترة ما بعد المستعمرات بذلك تلك الدول مجاهداً لإمداد الخدمات بما يتناسب مع النمو الاقتصادي، والموارد المتاحة (Abel-Smith and Campling 1994).

نشاط 2-9 :

سوف تتمنى لك الفرصة من خلال هذا النشاط للتعرف على الأساس الحالية لنظام التمويل الصحي في بلدك.

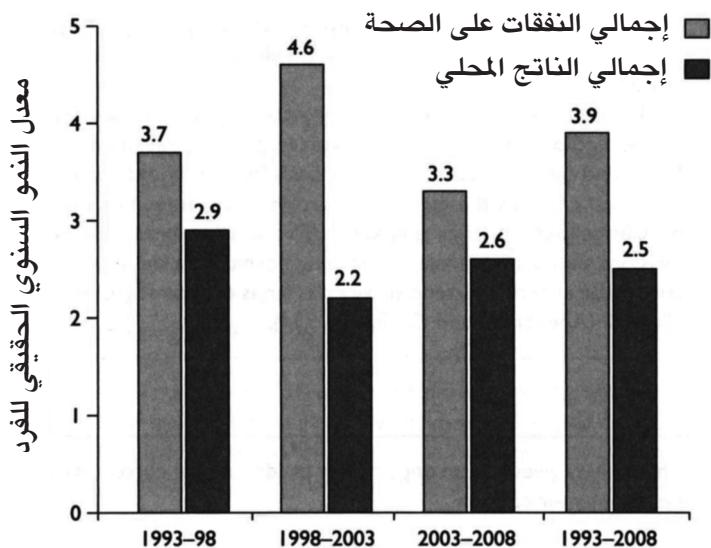
1. ماهي الطريقة الأساسية لتمويل الخدمات الصحية في دولتك (مدفوعات الجيب - التأمين الخاص - التأمين الاجتماعي - الضرائب)؟ ما هي الطرق السابقة التي تم استخدامها لتمويل النظام؟
2. ما هي النسبة التقريبية للسكان المغطاه بكل مصدر من مصادر التمويل؟

التغذية الراجعة:

1. ترجع أنظمة التمويل الصحي في معظم البلدان إلى واحدة من وسائل التمويل المتعددة التي تطورت في نهاية القرن التاسع عشر، ومن أقدم أشكال التمويل هي المدفوعات المباشرة من هؤلاء الذين يستخدمون الخدمات إلى مزودي الرعاية الصحية. يلي ذلك تطور الخدمات المقدمة من الحكومة، أو المؤسسات الخيرية، ويليها التأمين الخاص، والتأمين الاجتماعي، حيث سادت المشاريع الاختيارية في كثير من الدول قبل تطور التأمين الاجتماعي، أو أنظمة التمويل الضريبي، والنظام الرسمي السابق للتمويل في الدول ذات الدخل المنخفض هو خدمات القوات المسلحة، والخدمة الدينية، وبعثات المستشفيات.
2. وجود مصدر واحد للتمويل لا يعني بالضرورة تغطية جميع السكان. تعتمد معظم الدول على مصادر متعددة للتمويل حيث يتم إبقاء على بعض عناصر الترتيبات السابقة حينما تدخل طرق جديدة للتمويل.

زيادة تكاليف الرعاية الصحية:

كلما تطورت أنظمة الصحة، وتم تغطية نسبة أكبر من السكان القوميين بالتأمين الصحي، كلما زاد القلق على زيادة تكاليف الرعاية الصحية. وبين (الشكل 3-9) أن النمو في مجموع إنفاق الصحة تجاوز النمو في الناتج المحلي الإجمالي في معظم دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية خلال الخمسة عشرة سنة الماضية. لماذا تستمر تكاليف الخدمات الصحية في الازدياد؟ إنك تحتاج أن تكون على دراية كاملة بالاعتبارات السياسية والاقتصادية الجزئية بينما تقوم بتحليل التغيرات في تكاليف الرعاية الصحية. هناك العديد من الأسباب المترابطة التي قد تعطي تفسيراً لتلك التساؤلات .



(الشكل 3-9): النمو في مجموع نفقات الصحة وإجمالي الناتج المحلي
. (2008-1993)

Source: OECD (2010a).

العوامل الديموغرافية:

تقوم التغيرات النسبية فيما بين السكان إلى جانب النمو المطلق للسكان بالتأثير على تكاليف الرعاية الصحية. فقد تعني التغيرات النسبية أن توزيع السكان يتوجه نحو المجموعات ذات الاحتياج الأكبر للرعاية الصحية (كبار السن - صغار السن - السكان المشردون).

العوامل الاقتصادية:

كما قرأت في الفصل الثاني فإن التوجهات الاقتصادية تؤثر على قطاع الصحة وتتكاليف الخدمات الصحية. النمو الاقتصادي في العموم يصاحبه زيادة في تكاليف الخدمات الصحية، وللرکود الاقتصادي تأثير معاكس، ولكن يجب أن تعي أن البطالة والفقر مرتبطة بالأمراض، وهذا ما يزيد الضغط على الخدمات الصحية. حينما تقوم بتقدير تصاعد التكاليف فإنك تحتاج أن تضع في عين الاعتبار الزيادة العامة للأسعار

من خلال متابعة معدل التضخم، كما أن عوامل الامداد تمثل ضغوطاً مهمة على سبيل المثال: ازدياد عدد الأطباء، والمستشفيات، أو زيادة المدفوعات لعمال الصحة.

تقدير التكنولوجيا الصحية:

في بداية القرن العشرين - كان للخدمات الصحية عدداً قليلاً من العلاجات الفعالة. منذ ذلك الحين أخذت أرقام التدخلات الفعالة في الازدياد المتواصل، وعلى سبيل المثال: المضادات الحيوية (1960) - جراحة القلب المفتوح (1954) - الديال (1960) - التصوير المقطعي المحوسب (1973). قد يرجع النصف إلى ربع نمو الإنفاق الصحي ما بين عامي (1960 - 2007) إلى التقدم التكنولوجي (Smith et al. 2009) وحديثاً استخدام الأدوات التشخيصية باهظة الثمن مثل الرنين المغناطيسي وأجهزة التصوير المقطعي المحوسبة عملت على زيادة تكاليف الرعاية الصحية، مع زيادة أكثر من 100 % لوحدات الرنين المغناطيسي للفرد عبر دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ما بين عامي (2000 - 2008) (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية 2010)

أنماط المرض:

لماذا يؤدي تغير أنماط المرض وقد تم ملاحظته في العديد من الدول ذات الدخل المنخفض إلى التأثير على تكاليف الرعاية الصحية؟ أولاً: الأمراض الحديثة مثل الإيدز فيروس نقص المناعة المكتسبة زادت مستوى اعتلال الصحة بين السكان. ثانياً: الزيادة النسبية في الأمراض المزمنة والأمراض طويلة المدى تؤدي إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية. كان على الدول مع هذا التطور الاقتصادي أن تتعامل مع زيادة تكاليف الرعاية الصحية - وحيث أن الوفيات في الأطفال كنتيجة للأمراض المعدية قلت نسبة إلى الوفيات في الكبار كنتيجة للأمراض المزمنة. يسمى هذا الاتجاه بالتحول الوبائي (أو الصحي). لاحظ بأن 60 % من مجموع الوفيات في عام 2001 كانت بسبب أمراض غير معدية، وتتوزع هذه الأرقام بشكل غير متساوٍ تبعاً لفئة الدخل: الأمراض غير المعدية هي المسئولة عن 36 % من الوفيات في 20 % من أفراد السكان في العالم مقارنة بـ 87 % من السكان الأكثر غنى. يشير هذا إلى أن التدخلات الفعالة غير المكافحة في محاربة الأمراض المعدية غير الباهظة لها الأولوية في تحسين صحة الفقراء (Mathers et al. 2006).

تطور نظام الصحة:

قام بعض الكتاب (Rileman 1988 - Hurst 1992 - Relman 1992) بطرح نموذج المراحل الثلاث لشرح كيفية تغير الأنظمة الصحية خلال الأعوام الـ 60 الماضية، والتي أدت بدورها إلى تغير التكاليف.

1. أثناء المرحلة الأولى - قامت السياسات بإزالة العوائق المالية للرعاية الصحية. زادت الترتيبات التمويلية الجديدة تغطية السكان وحفزت التوسيع في الخدمات الصحية.
2. الزيادة اللاحقة في الطلب أدى إلى النمو السريع في نفقات الرعاية الصحية. يزداد عادة الانفاق بشكل أكبر من الناتج المحلي الإجمالي وركزت الجهود السياسية على السيطرة على التكاليف.
3. من تجربة الارتفاع المطلق في التكاليف - تم الإدراك أن السيطرة على التكاليف وحدها ليست فعالة . تهدف سياسات المرحلة الثالثة إلى تحسين كفاءة توصيل، واستخدام الخدمة.

العوامل السياسية:

تعتمد الميزانيات السياسية بلا شك على حكم سياسي. قد يكون هناك حقنٌ نقدي إضافي قبل الانتخابات، أو الانحرافات عن معدلات النمو المخطط لها نظراً للأولويات الأخرى، وقد تكون التمويلات الصحية محولة رسمياً لدعم أغراض أخرى. المخاوف المتعلقة فيما يخص تحقيق العدالة، وتحسين الحصول على الخدمات وزيادة التكاليف. على الصعيد الآخر قد يؤدي فساد السياسيين - وموظفي الخدمة المدنية - ومزودي الرعاية الصحية إلى احتمالية حدوث خسائر اقتصادية ضخمة.

بعض المغالطات الدارجة حول المناقشات الحالية:

يجب أن تكون حذراً في تقدير أثر الشيخوخة على تكاليف الرعاية الصحية. أظهرت أبحاث أجريت حديثاً بأن أعلى التكاليف هي التي يتم دفعها في آخر سنة يعيشها المريض بغض النظر عن العمر. يميل كبار السن إلى استهلاك موارد أقل من تلك التي يستهلكها الأصغر سنًا (Hamel et al. 1996; Werblow et al. 2007) وقد يبدو تزايد التكاليف للوفيات في الدول ذات الدخل المرتفع أكثر أهمية من تزايد نسبة كبار السن بشكل ثابت.

ويجب أن تدرك أنه على عكس الاعتقاد السائد - تؤدي الوقاية، والعلاج المبكر إلى زيادة التكاليف على المدى البعيد، وعلى سبيل المثال: تكاليف الرعاية الصحية على مدى عمر الفرد أقل بين المدخنين عن غير المدخنين - بافتراض أن الموت المبكر من التدخين يمنع من دفع تكاليف إضافية لعلاج أمراض أخرى (Barendregt et al. 1997). إضافة إلى ذلك: الموت المبكر يقلل تكاليف الدفع للمعاشات التقاعدية.

هناك مغالطة أخرى مرتبطة بتأثير تقنيات الرعاية الصحية الحديثة. تعد المعدات الصحية الحديثة باهظة الثمن في بدايتها، ولكنها في نهاية المطاف فعالة من حيث التكلفة مقارنة بالتقنيات القديمة. كما سوف تتعلم لاحقاً في الفصول الأخرى عن التقييم الاقتصادي - فإن التقنيات الحديثة قد يكون استخدامها مبرراً في حال كانت تكاليفها أقل، أو عملت على تحسين النتائج، والخدمات، أو كليهما. ومن المهم أن تدرك أن التقدم التكنولوجي بحد ذاته ليس هو من يسبب تصاعداً في التكاليف، فضلاً عن الفشل في تنفيذ التقييم الاقتصادي (Normand 1991).

تغير عالم تمويل الخدمات الصحية:

إن ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية يعني أن الدفع للرعاية الصحية أصبح مصدر قلق في معظم الدول إن لم يكن جميعها. كما أن الحكومة قلقة من التبعات الاقتصادية والسياسية لزيادة تكاليف إمداد الخدمات الصحية، وتحاول الحد من الإنفاق من خلال سيطرة مشددة، وغيرها من الإصلاحات، حيث أن هناك مجموعة كبيرة من الأدبيات تشير إلى أن العديد من البلدان غير راضية عن أساليب التمويل الحالية، وتقدم الخدمات الصحية، أو كما في حالة الاتحاد السوفياتي السابق حيث اضطر إلى إصلاحات عن طريق التغيير السياسي الهائل، والأزمة الاقتصادية، وعلى الرغم من اختلاف الدوافع وأنواع الإصلاحات إلا أنها تشتراك في بعض الماضيع:

- الفصل بين مسؤوليات المشتري، ومزود الرعاية الصحية حيث إن الفكرة الكامنة هي جعل المشتري يتعاقد مع مزودي الرعاية الصحية من خلال تقديم أفضل قيمة للمال وبالتالي زيادة كفاءة الخدمات المقدمة.

- إعادة تعريف دور الدولة في مسؤولياتها عن الرعاية الصحية.
- تشجيع القطاع الخاص.
- تشجيع المنافسة بين مزودي الصحة.

مصادر بديلة للتمويل: أدت قيود الميزانية، والتغير السياسي في كثير من البلدان إلى البحث في القطاع الصحي، والحكومات وعن طرق بديلة لتعبئة الموارد.

عند وضع ما سبق في عين الاعتبار سوف يكون من السهل التفريق ما بين التغيرات الكبيرة، والتغييرات البسيطة. فالتغييرات البسيطة لا تؤثر على الطريقة الأساسية في التمويل. مثل تلك التغيرات والتي تشمل إدخال المدفوعات المشتركة، وتغيير طرق الدفع لمزود الصحة، وبشكل معاكس فإن التغيرات الكبيرة تتضمن تغييراً في الطريقة الرئيسية للتمويل مثل الحركة الانتقالية في إيطاليا وإسبانيا من التأمين الاجتماعي إلى نظام مبني على الضرائب، أو التغطية الشاملة القائمة على الضرائب كما في تايلاند.

بعض التغيرات الجذرية الحديثة حدثت في الاتحاد السوفيتي السابق، وأوروبا الشرقية (Davis 2010). وهناك عدد كبير من الدول الشيوعية السابقة حدثت فيها تغيرات من الخدمات المولدة حكومياً للتأمين الاجتماعي. إحدى عشر دولة اجتازت قوانين التأمين الاجتماعي ما بين 1991 و 1996 (Ensor and Thompson 1997).

كما حدثت بعض التغيرات الجذرية في بعض الدول ذات الدخل المنخفض حيث الاستخدام الأعظم للتمويل الاجتماعي، ورسوم المريض. لا يشير مفهوم (التمويل الاجتماعي) لآلية تمويل مخصصة وإنما إلى الطريقة التي تنظم بها المجتمعات المحلية جمع الأموال، ومجموع الجهود المبذولة في المجتمعات الريفية عادة ما يكون هدفها ليس هدفاً صحيحاً - مثل تحصيل التأمين، والتمويل الإنثمياني، وكثيراً ما يتم تطوير التمويل الاجتماعي للرعاية الصحية حيث لا توجد خدمات حكومية مجانية.

تطوير أساليب دفع مزود الصحة:

لقد تم تطوير طرق الدفع لمزودي الصحة مع تطور أنظمة التمويل، وإيجاد الوسيلة الأمثل للدفع تعد مصدراً ثابتاً للنقاشات السياسية حيث إنها مصدر رئيسي لإدارة التكاليف (Bodenheimer 2005). وقد قام الأطباء باستخدام استراتيجيات لكسب طروف معينة من ضمنها المقاطعة، والشراء فضلاً عن تأسيس منظمة تأمين خاصة بهم (Abel-Smith and Compling 1994)، حيث تتعلق الصراعات فيما بين مختصي الصحة ووكلاه التمويل بوحدة من الآتي:

- ينبغي توظيف الأطباء، أو التصرف كمتعهدين مستقلين.
- المدفوعات يجب أن تعتمد على الراتب - على عدد المرضى الذي حصلوا على الرعاية (ضربيّة الرؤوس) - على عناصر العناية التي تم تقديمها (تكلفة لكل خدمة) - جودة أداء مزود الرعاية الصحية، أو خليط من تلك الخيارات.
- يجب على المرضى الدفع لمزودي الصحة مباشرة، ومن ثم المطالبة بالسداد من شركات التأمين، أو الحكومة، أو ينبغي أن يقدم الممولون المدفوعات مباشرة لمزود الصحة.

نشاط 3-9:

يعد المرضى - الاتحادات التجارية - الأطباء، وأرباب العمل مجموعات مهمة حيث شكلت تلك المجموعات تطور تمويل الرعاية الصحية، وعلى سبيل المثال فإن فشل الولايات المتحدة الأمريكية في تحقيق التغطية الشاملة يتعلق بتأثير المهنة الطبية مع القدرة على استخدام النظام السياسي - الذي استجاب لجماعات ضغط قوية

إلى جانب غيرها من الأسباب (Abel-Smith and Compling 1994). إلى أي مدى أثرت المنهج الطبية على طرق الدفع للخدمات الصحية في بلدك؟ فكر في الوضع الوظيفي لمزودي الرعاية الصحية وطرق الدفع لهم.

التغذية الراجعة:

يجب أن تدرك أن الكثير من طرق الدفع لمزودي الصحة حالياً هي انعكاسات للنزاعات السياسية السابقة. مع تطور تمويل الرعاية الصحية تبني الأطباء استراتيجيات لتحقيق وضع مستقل عن الوكيل المالي، وتحقيق ظروف دفع مناسبة. لم يكن هذا على قدر من النجاح في الأماكن حيث المستهلك والحكومة يشكلون منظمة الرعاية الصحية كما هو الحال في بلدان الشمال حيث الأطباء موظفون معروضون، وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن هيئة شركات التأمين الخاصة قامت بدعم الاتجاه نحو الممارسين المستقلين الذين يتم الدفع لهم من خلال التكلفة لكل خدمة. تستخدم العديد من الدول خليطاً من الطرق للدفع للأطباء على سبيل المثال: يتم الدفع بالراتب للأطباء في المستشفيات، والتعاقديين المستقلين في الرعاية الأولية. في الفصل التالي سوف تتعرف على أثر الأساليب المختلفة في الدفع لمزودي الرعاية الصحية.

التمييز ما بين العام والخاص:

ما يميز جميع أنظمة الصحة هو التمييز ما بين الرعاية الصحية العامة، والخاصة. يشير هذا التمييز إلى كل من تمويل، وتوفير الخدمات الصحية. حيث إن فكرة التملك يتم استخدامها لتعريف أيّاً من المنظمات يتبع إلى القطاع الخاص أو العام.

لا تشير فكرة الوكالة العامة إلى المنظمات الحكومية فحسب، ولكن أيضاً إلى الهيئات العامة مع المسؤوليات القانونية مثل شركات التأمين الاجتماعي، ويمكن تقسيم القطاع الخاص إلى منظمات تسعى للربح، ومنظمات لا تسعى للربح، وتشمل السابقة صناعة الأدوية والمستشفيات الخاصة والعيادات، حيث إن بعضها من الفائض المالي (إن لم يكن معظمها) يذهب من المنظمة إلى المساهمين، أما المنظمات التي لا تسعى للربح يتم استثمار أي فائض مالي في المنظمة لتطوير المراقب، وتدريب فريق العمل. الفرق ما بين المنظمات التي تسعى للربح ليس واضحاً عكس الفائض في المنظمات التي لا تسعى للربح حيث تذهب من المنظمة في شكل تحسين الرواتب والمكافآت.

إما المقتطف التالي من كتاب دونالدسون وأخرين 2005 (Donaldson et al. 2005) يعطي إطاراً لتحليل العلاقة ما بين الخاص، والعام.

خلط توفير الرعاية، والتمويل العام، والخاص:

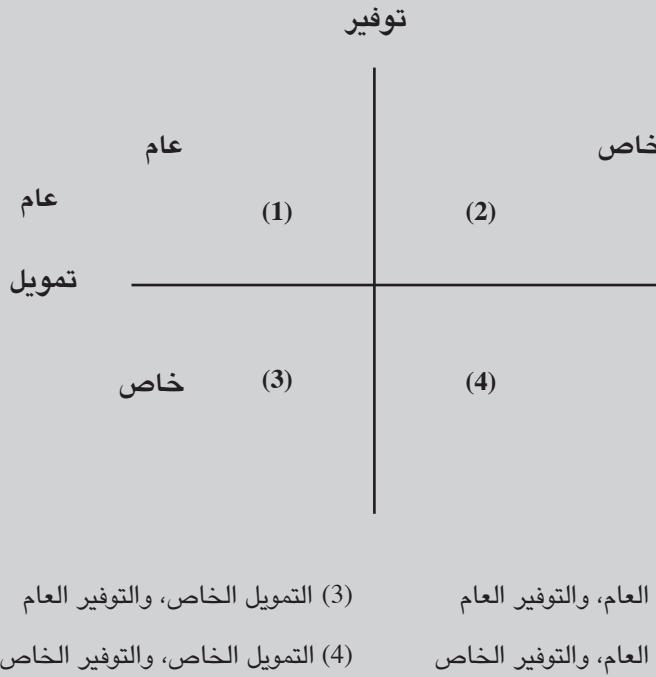


قد تكون منظمة الوسطاء الماليين مبنية على أساس احتكارية - احتكار القلة، أو تنافسية، وفي النظام الاحتراكي عادة ما يكون الوسيط المالي وكالة عامة مثل: الحكومة أو منظمة غير حكومية الكوانجو⁽¹⁾ أو مؤسسة صحية، أما في نظام احتكار القلة (فيه عدد قليل من الوسطاء الماليين الكبار) قد يتم التحكم في التمويل من قبل وكالات عامة، أو خاصة مثل شركات التأمين، أو خليط منها. في النظام التنافسي قد يتواجد عدد كبير من الوسطاء الماليين الصغار...

مهما يكن، فليس من الضروري أن يتطابق توفير الخدمات مع المنظمات المالية، وعلى سبيل المثال: فإن الرعاية في المشافي في العديد من الدول الأوروبية تمثل نظاماً صحياً متكاملاً رأسياً حيث إن التمويل وتوفير الخدمات متuhan في منظمة واحدة. وبالتالي ينتهي كل من التمويل وتوفير الخدمات للعام كما في الرابع (1) في (الشكل 9-4). تقع الممارسة العامة في العديد من الدول ضمن الرابع (2) مثل تلك الرعاية التي يقدمها أطباء التوظيف الذاتي، والذين على الرغم من ذلك يتلقون معظم دخلهم من الخزينة العامة، كما أنه من المهم أن تدرك بأنه ليس على الأنظمة أن تكون متكاملة رأسياً في كل من: الطرف الخاص الثالث كشركات التأمين، قد تتناسب مع الرابع (3)، و(4). النقطة الأساسية هي أن التمويل العام ليس من الضروري أن يتطابق التوفير العام، ولا على التمويل الخاص أن يتطابق التوفير الخاص، وقد يمول التوفير العام من خلال ترتيبات خاصة (التأمين الخاص - الرسوم المباشرة... إلى آخره)، والتوفير الخاص بالتمويل العام (المدفوعات المحتملة قد تقوم بها الوكالات الحكومية مباشرة إلى المستشفيات الخاصة).

وهناك حالة أقوى لتدخل الحكومة في التمويل فضلاً عن تقديم الرعاية الصحية. التحكم في الترتيبات المالية للهيئات أتاح الفرصة.

(1) الكوانجو: هي منظمة تمولها الحكومة ولكنها تعمل باستقلال عنها (مثل منظمة الكويزي غير الحكومية).



(الشكل 9-4): الخليط العام - الخاص في تمويل و توفير الرعاية الصحية

(2) التمويل العام، والتوفير الخاص

(4) التمويل الخاص، والتوفير الخاص

٤) التمويل العام، والتوفير الخاص

(الشكل 9-4): الخليط العام - الخاص في تمويل و توفير الرعاية الصحية

(Source: Donaldson et al. 2005)

لاتجاهات أكثر في نظام الرعاية الصحية وذلك للسعي نحو الأهداف المجتمعية : كما يستطيع المشتري العام للرعاية أن يتصرف نيابة عن المجتمع - تستطيع هيئة عامة أن تملأ شروطها لتوفير بقعة متساوية على مزود الصحة الخاص والعام. إمداد الخدمات العامة ببساطة لا يضمن أن الاستخدام من قبل المجموعات الغنية أو الأقل مرضياً أو المرضى المغطون بالتأمين الخاص حيث أنهم أكثر المستهلكين جذباً لمثل تلك المستشفيات عن هؤلاء من هم أكثر حاجة للرعاية (Donaldson et al. 2005).

نشاط 4-9

فكّر في الخيارات المختلفة لتنظيم الرعاية الصحية، وقارن الأمثلة المعطاه في المقتطف السابق مع الوضع في بلدك. حدد على (الشكل 4-9) المكان الذي تتناسب

معه كلاً من الخدمات التالية في بلدك من، حيث التمويل والتوفير:

- الرعاية الأولية.
- رعاية المستشفى.
- الدواء التقليدي / التكميلي.

التغذية الراجعة:

لقد تعرفت أن كلاً من التوفير، والتمويل لديهما بُعداً خاصاً، وعاماً. قد يصعب في بعض الأحيان تحديد خط فاصل واضح بين الخاص، والعام.

على سبيل المثال: الممارس الطبي العام في ألمانيا يتم إعداد من قبل الخاص ولكن قد يحتاجون أن يكونوا أعضاءً في هيئة عامة في حالة رغبوا في إعطاء الرعاية للمشتركيين في التأمين الاجتماعي. ليس غريباً في كثير من الدول أن يشتراك الطبيب الموظف في العام في الممارسة والاستخدام الخاص وعلى نطاق مختلف في التسهيلات الحكومية يعد الوضع مستقيماً في (1) و(4) في (الشكل 9-4) مع كون التمويل والتوفير خاصاً، أو عاماً: وعلى سبيل المثال: فإن المستشفيات التي تمتلكها الحكومة يمولها التأمين الاجتماعي (1)، أو الدفع للمعالج التقليدي بالرسوم الخاصة (4) فئة (2) تنطبق على الأطباء الذين يعملون لحسابهم لكن يدفع لهم من التمويل. فئة (3) - التمويل الخاص، والتوفير العام ليس غير اعتيادي - على سبيل المثال: الدفع للأسرة في المستشفى العام .

تستطيع الحكومة تنظيم التمويل - التصرف كمشتري - تقديم خدمات، وضبط الخدمات الصحية. في العديد من الدول منخفضة الدخل - كان للحكومة دوراً كبيراً في توفير الرعاية الصحية تاريخياً. ترى الحكومة بأنها أكثر الطرق كفاءة وإنصافاً لتقديم الخدمات، إلا أن القطاع الخاص قد يلعب دوراً متزايداً، الظروف الاجتماعية الاقتصادية تحتم بأن الرعاية الخاصة لن تستبدل الخدمات العامة بشكل كلي، وبشكل خاص تعتمد الرعاية الخاصة الأولية في الدول منخفضة الدخل على القطاع العام.

نشاط 9-5:

قارن وجهة النظر تلك مع رأي دونالدسون (Donaldson et al) الذي ينص بوجود حالة أقوى لتدخل الحكومة في التمويل فضلاً عن توفير الرعاية الصحية.

التغذية الراجعة:

ذكر دونالدسون (Donaldson) بأن إعطاء الحكومة للخدمات لا يضمن الإنصاف، والكافأة. حيث يفضلون الفصل في المسؤوليات ما بين المشتري، ومزود الرعاية الصحية. يستطيع مشتري الرعاية «هيئة عامة» إملاء شروط توفير الخدمة بقوه متساوية لكل من مزود الرعاية الصحية العام، والخاص. ولاحقاً في هذا الكتاب سوف تتعرف على اختيارات الدولة للتدخل في الرعاية الصحية بشكل أعمق.

الملخص:

تعلمت في هذا الفصل الطرق المختلفة لتمويل الخدمات الصحية، وكيف، ولماذا تم تطوير أنظمة مختلفة في دول مختلفة. كما تعرفت على أسباب زيادة تكاليف الرعاية الصحية. أخيراً: تم تفحص الخليط الممكن ما بين التمويل الخاص والعام وتوفير الخدمات. في الفصل التالي سوف تتعرف على اقتصادييات الطرق المختلفة في الدفع لمزودي الصحة، بعد ذلك سوف يتم التطرق إلى طرق التأمين الصحي الخاص في تحقيق التغطية الشاملة في الفصل الحادي عشر، والثاني عشر بالترتيب.



الفصل العاشر

المدفوعات لمقدم الرعاية الصحية

Provider payments

نظرة عامة:

سوف تتذكر النقاش حول الدفع للمزودين (مقدمي الرعاية الصحية) من الفصل التاسع. هذا الفصل يبرز هذه القضية بمزيد من التفاصيل. بالإضافة إلى تعريف وشرح الآليات الأساسية، والمستخدمة للدفع لخبراء الصحة، والمستشفيات، و«الحافز» الناتجة عن استخدام هذه الآليات، وبعد عرض مفهوم «الحافز» مجملًا سيتم وصف الطرق النظرية المستخدمة من قبل العاملين في الاقتصاد لتحليل الحافز الكامنة في نظام الصحة.

الأهداف التعليمية:

من خلال العمل في هذا ستصبح قادراً على:

- تعريف: «الحافز».
- وصف اثنين من علاقات الوكالة في قطاع الرعاية الصحية.
- شرح / توضيح دور «الحافز» في علاقات الوكالة.
- وصف مختلف آليات الدفع المستعملة للدفع للأطباء، والحوافز الناتجة عن هذه الطريقة.
- وصف مختلف آليات الدفع المستخدمة للتسييد للمستشفيات، والحوافز الناتجة عنها.

المصطلحات الأساسية:

وكيل: الشخص المفوض عن غيره بالتصريف.

نظيرية الوكالة (نظيرية الوكيل - المسؤول): وصف المشكلات المرتبطة عن عدم تطابق المعلومات المتداولة مابين جهتين (الوكليل - المسؤول).

دفع ضريبة الرؤوس: كمية الأموال المتفق عليها لكل عضو في قطاع معروف من السكان معطاة من الجهة الدافعة الثالثة للمزود ليقوم بمهام محددة.

المجموعة المرتبطة بالتشخيص (م.م.ت) / مجموعة مصادر الرعاية الصحية: مخطط توضيحي للتصنيفات المتعددة يقوم بتوضيح العلاقة بين عدد ونوع الحالات التي تم علاجها في الأقسام الداخلية للمستشفى بالمصادر التي تطلبها المستشفى.

تكلفة لكل خدمة: آلية الدفع، والتي من خلالها يتلقى المزود كمية محددة من الأموال لكل خدمة يقوم بادئها.

الحافز: العامل الذي من شأنه الحث على سلوك معين، أو العامل الذي يقوم بتشجيع الأفراد على وفق سلوك محدد.

المُسؤول: الشخص الذي يتصرف الوكيل وفقاً لرغبته.

الحواجز:

كما تعلمت فإن تحقيق الكفاءة التخصصية في أنظمة الرعاية الصحية تتوقف على عدد من العوامل متضمنة فشل السوق لعدم تطابق المعلومات. كما قد قرأت عن أهمية المسؤول، والوكيل في التأثير على متطلبات سوق الرعاية الصحية (كما سبق ذكره في الفصل الثامن). في هذا الفصل سيتم التعرف على طبيعة الحواجز المرتبطة على آليات التمويل مستخدمة، وتتأثيرها على سلوك المزود، وقبل التطرق لهذا السياق لنتعرف أكثر على معنى «الحواجز»

قد يتم تعريف «الحافز» بشكل عام على أنه أي عامل يحث على مجموعة من الأفعال، أو أي عامل يقوم بتشجيع الأفراد للتصرف بشكل محدد (خاصة لتحسين أوضاعهم عندما يكون المثبت في المقابل).

في مجال الخدمات الصحية، فإن «الحافز» قد يقوم بتشجيع مزودي الخدمات الصحية للعمل أكثر، أو أقل (كلاهما تبعاً لجودة، وكمية الشغل المبذول). حواجز معينة وقد تشجع بعض العاملين بالرعاية الصحية لزيادة المتطلبات لخدمات الصحة، في المقابل قد يكون لها تبعات مهمة على النفقات، وعلى الرغم من الاهتمام الفائق الذي تلقاه الحواجز المالية من قبل العاملين في مجال الاقتصاد إلا إنها ليست بالتنوع الوحديد، حيث إن هناك العديد من الأنواع الأخرى «للحواجز». كما أن سلوك «الوكيلاً» قد يكون مرهوناً بالحواجز الأخلاقية، وذلك حينما تكون الاختيارات المتاحة أمامه مبينة اعتبارات أخلاقية، أو بما قد يجده أجرد بالتصرف. فعلى سبيل المثال: ففي مجتمعنا عادة ما يكون سلوك الفرد مقيداً «بحواجز» إكراهية بما فيها من قوانين، ولوائح قانونية والتي إذا ما تم خرقها تسن عليه العقوبات، وفي أحياناً أخرى السجن.

كيف تعمل «الحواجز»..... وكيف لها أن تتحقق؟

يقوم المدرسوون في بعض المدارس بتدوين أسماء الطلاب أسبوعياً الذين ينضطون باهتمام وفي نهاية الأسبوع يتم اختيار أحد هؤلاء الأطفال، ويتألق جائزة من نوع معين. بذلك الطريقة يتم خلق «حافز» يعمل بدوره على تشجيع الأطفال للتصرف بلباقة، والإنصات لmastersهم.

بعض هذه الطرق قد ينتج عنها «حواجز» تشجع الأطفال على التصرف بشكل لم يكن في الحسبان فعلى سبيل المثال: ففي دراسة شهيرة أجريت على سلوك المدرسين (براين ولفت 2003) (Brain and Levitt 2003) أظهر العاملين في الاقتصاد الدور الذي لعبته تلك الاختبارات، والتي كان من شأنها تقييم أداء المدرسين، في إنشاء «حواجز» قوية للتحايل على الطلبة وتقييمهم.

نظيرية الوكالة:

وصف النموذج:

كما تعلمت من الفصل الثامن أن علاقة المسؤول - الوكيل، وتشير للحالة التي يكون فيها الطرف الأول «الوكيلاً»، والذي يريد من الطرف الثاني «المسؤول» أن يقوم بصياغة مهام محددة لأجل تحقيق هدفيهما، وفي هذا السياق فإن منفعة الطرفين متباعدة حيث إن تلك المهام لا بد أن تعود بالنفع مباشرة على «المسؤول» في حين أنها قد تكون مكلفة «للوكيل»، والذي يجب عليه بدل مجهد لتنفيذها.

إلى جانب ما قد تم ذكره عن تباين المنفعة، وعلاقة الوكالة تتميز بعدم تطابق المعلومات فيما بين «الوكيل» و«المُسؤول». إن كثيراً من النماذج تشير إلى صعوبة قياس وتقييم أداء «الوكيل» بموضوعية. لا يستطيع المسؤول مراقبة أداء الوكيل، ولا تعرف ما إذا كان الوكيل يقوم بآداء مهامه على الوجه الأمثل، وهو السؤال الذي يكمن في قلب نظرية المسؤول - الوكيل، ومن هنا تأتي أهمية تشجيع «الوكيل» لأداء المهام بما يرجع بالمنفعة على المسؤول وتحصيم «حواجز» من شأنها تحقيق المنفعة لكلا الطرفين. حيث يوجد العديد من النظم التي يقوم عليها بعضاً من العقود الفردية التي تحاول القيام بهذه المهمة وربط سلوك الموظف بمكافأة. تتضمن تلك الطرق: أجرة القطعة - (مشاطرة) الاختيارات - العلاوات التقييمية - الترقىات - تقاسم الربح - الأجر - الفعالة - التعويضات المؤجلة ..إلى آخره (Prendergast 1999).

نظريّة الوكالة في قطاعات الصحة:

يُستشير المريض مختصي الصحة ليصفوا أنساب جرعات الدواء التي تتناسب مع الحالة الصحية للمريض، ولكن بدلاً من السعي لما هو أفضل لصالحة المريض يقوم مزودو الرعاية الصحية بالسعى لزيادة منافعهم الشخصية. فحين يقوم خبراء الصحة بزيادة منافعهم من خلال زيادة الأرباح، وزيادة أوقات الفراغ فهذا يعني تقليل المجهود (تقليل الوقت المطلوب لفحص المريض)، أو تزويده بعلاج غير ضروري، حيث تتم زيادة المنفعة من خلال تلك الخدمات المضافة. لعدم دراية المريض بالمجال الطبي فإن كثرة الإجراءات، والخطوات المتخذة لا تتيح للمريض القدرة على الحكم فيما إذا كانت تلك الخطوات المتخذة من قبل مختصي الصحة هي المثلث لصالح المريض، وفي المقابل لا يتسع للمريض سوى اتباع اقتراحات مختصي الصحة فيما يخص العلاج أو الفحوصات المضافة.

الوكالة هي أيضاً عامل فائق الأهمية في العلاقة ما بين طرف الدافع الثالث ومزودي الرعاية الصحية، ففي الحالة الأولى: أهداف المسؤول (الطرف الثالث الذي يدفع)، والوكيل (مزودي الرعاية الصحية) ليس ضروري نصها. يتقع الطرف الثالث الدافع من مزودي الصحة إعطاء خدمة ذات جودة عالية مستخدماً الطرق التي يتناسب مع فاعليتها. لكن مختصي الصحة، والعيادات الطبية لا يتحملون التكاليف المالية للخدمات المنوحة (ولهذا يتم تجاهلهم).

هناك افتراض بأنهم سعيًا لزيادة منفعتهم الشخصية فإنهم يقومون بتقليل المجهود المبذول، أو أنهم يقومون بزيادة الربح. كما في العلاقة ما بين مختصي

الصحة والمريض حيث إن هناك عدم تطابق في المعلومات، فالمزود فقط هو من يمتلك كافة المعلومات الخاصة بحالة المريض، والمعرفة الطبية الالزمة لتعرف العلاج المطلوب من هنا تكمن صعوبة تقييم أدائهم. من خلال نظام خاص بالطرف الثالث الدافع للنقود سوف يمتلك المريض بعضاً، أو لا شيء من «الحوافز» لمراقبة النشاطات غير الضرورية من قبل المزود حيث إن المريض يأخذ على عاته التكاليف فقط من خلال زيادة صغيرة في التأمين أو الضريبة للرعاية التي يتلقاها، ومن خلال علاقة الوكالة سيكون هناك مخاطرة بأن المستوى الأمثل من الرعاية لن يتم منحه من قبل الوكيل/ مزود الرعاية الصحية.

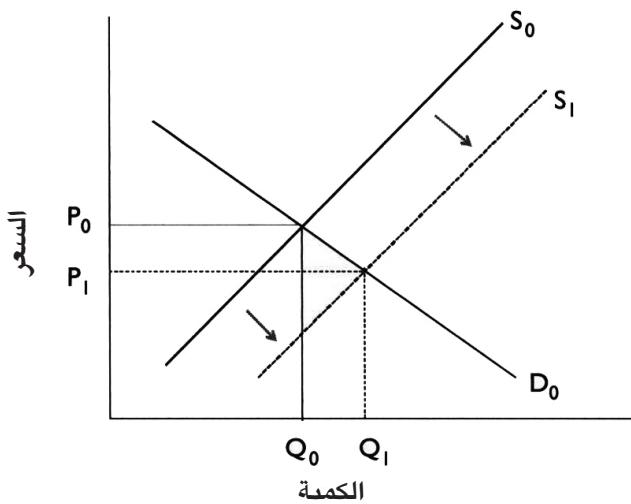
المتطلبات التي يبحث عليها المزود:

كما قد تبين لك فإن عدم تطابق المعلومات في العلاقة ما بين مزود الصحة - المريض والدافع - مزود الصحة يتيح للمزود إمكانية التصرف بما فيه مصالحه الشخصية. إحدى هذه المظاهر يتمثل في الفحوصات الطبية، والعلاج الذي يطلب منه مزود الخدمات الصحية، وهي أكثر مما تتطلبه الحالة، وتدعى هذه الظاهرة «المتطلبات التي يبحث عنها المزود». تمثل هذه المتطلبات أكثر مما يطلب المستهلك إن كان على دراية بما يحدث.

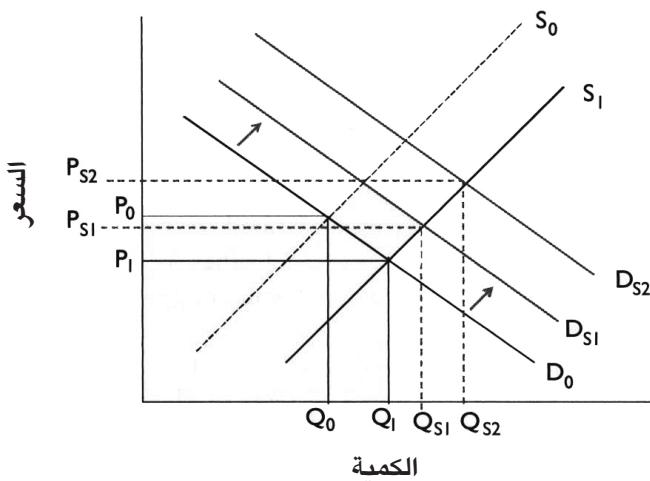
(الشكل 10-1) يعطي توضيحاً بيانياً لمشكلة «المطالب التي يبحث عنها المزود». تمثل الحروف (S0) و(D0) الإمداد والمتطلبات الابتدائية للخدمات الصحية مع التوازن الابتدائي (P0) و(Q0). في حالة وجد زيادة في الخدمات التي يقدمها مختصو الصحة إلى (S1) - سوف يتوقع كلاً من الإمداد المعياري، وتحليل المتطلبات أن يسقط السعر من (P0) إلى (P1) وستزيد الكمية المتطلبة من (Q0) إلى (Q1) (الشكل 10-1أ). وفقاً لفرضية المتطلبات التي يبحث عنها مزود الصحة - تؤدي الزيادة في الإمداد إلى زيادة مباشرة في المتطلبات (الشكل 10-1ب). لم تعد المتطلبات مستقلة، ومستقرة عند (D0)، ولكن في المقابل يستخدم مختصو الصحة تأثيرهم لنقل المتطلبات نحو الخارج (Ds1) - حيث يسقط توازن السعر إلى (Ps1) مع توازن الكمية (Qs1). تخيل الوضع الذي يقوم به مختصو الصحة من حيث المفاهيم العلمية.

بترجيح معاودة الزيارة بعد الاستشارة، وذلك بعد بضعة أيام للمتابعة، والتتأكد من فاعلية العلاج. وبلا هذا الاقتراح من قبل مختصي الصحة - لن يعاود معظم المرضى المتابعة. إذا رتب مختصو الصحة لنقل المتطلبات بشكل كبير إلى (Ds2) قد يزداد التوازن فوق السعر الابتدائي (P0) إلى (Ps2) مع توازن (Qs2).

أ) النهج الكلاسيكي



ب) المطلبات التي يحث عليها مزود الرعاية



(الشكل 1-10): المطلبات التي يحث عليها مزود (مقدم)
الرعاية الصحية.

الحث الداخلي لمزودي الصحة:

إن النهج التقليدي لنظرية الوكالة يعتبر مقيد جداً لحساب تعقيد دوافع مختصي الصحة (مثال: أخلاقيات الأطباء، والمختصين كما سبق تلخيصها من خلال قسم أبقراط) تم تعديل النموذج ليضع إمكانية اتخاذ صالح المريض في الحسبان يشار إلى هذا في العموم بالحث الداخلي لمزودي الصحة ليقوموا ببذل المجهود، والسعى لما فيه خير للمريض. وهذا يعني أنه لا حاجة لهم لضغوط خارجية معينة أو حافز للتصرف بشكل ينفع المريض.

نشاط 1-10:

الوكيل المثالي من وجهة النظر الاجتماعية هو من يقوم بزيادة الرفاهية الاجتماعية. من وجهة النظر الفردية إن الوكيل المثالي من يقوم بزيادة مصلحة المريض. العوامل المساعدة في منفعة المريض هي:

- صحة المريض.
 - معلومات عن صحته، وعن العلاج.
 - المشاركة في حدود المعقول في عملية اتخاذ القرارات.
 - عملية منفعة المريض - الاحترام من قبل العاملين - البيئة اللطيفة إلى آخره.
 - المنفعة من استهلاك غير الرعاية الصحية.
1. ما هو برأيك ما قد يساعد مختصي الصحة أن يكونوا وكلاء مثاليين
 2. ضع في عين الاعتبار العوامل الأساسية التي تساعدهم في تحسين أداء الأطباء.

التغذية الراجعة:

1. العوامل التي من شأنها أن تحد من توجه مختصي الرعاية الصحية لصالحهم الشخصية (إلى جانب المصالح التي تكمن في مصلحة المريض) هي:

- ما إذا كان المريض على قدر من الدرأة.
- وجود مراجعة النظير، وغيرها من أشكال الأنظمة المهنية - حيث تولد فكرة كشفه أمام زملائه الكثير من الحرج، والذي بدوره قد يكون «حافزاً» قوياً.
- الإيمان بمجموعة من التعاليم الطبية.
- الحوافز المالية في عقودهم، والتي تشجعهم على الحرص على مصلحة المريض.

على الرغم أن مصلحة المريض تصب في مصلحة مختصي الرعاية الصحية إلا أنها واحدة من عدة تأثيرات، وعلى غير المتوقع فإن زيادة مصلحة مختصي الرعاية الصحية تتحقق في ذات اللحظة التي يتم فيها زيادة مصلحة المريض.

2. قد يتم اقتراح:

- دخلهم (واستهلاكهم).
- أوقات فراغهم.
- منفعة عائلاتهم، وأصدقائهم.
- وضعهم المهني.
- منفعة المريض.

على الرغم من تعدد العوامل التي تعمل على زيادة منفعة مختصي الرعاية الصحية، فقد قامت دراسات تجريبية بتوضيح أن استخدام الخدمات الصحية تتأثر بخصائص المزود، حتى بعد التحكم في باقي العوامل التي تؤثر على المتطلبات (على سبيل المثال: السعر - الدخل، والاحتياجات السريرية) مثل: «حافز» الاحالة الشخصية (Rizzo and Zeck-Hillman et al.1990)، ميل الأطباء للكسب المادي أو طرق الدفع (Gosden et al. 1999) والتي أشاروا جميعهم إلى تأثيرها في استخدام الخدمات الصحية. ما تم كشفه في هذه الدراسات أن مختلف آليات الدفع تنشأ « حافز» تقوم مباشرة بالتأثير على كمية وجودة، وسعر الرعاية الصحية المنوحة، وكنتيجة: فإن كيفية الدفع لمزودي الرعاية الصحية بات الموضوع الأساسي في المناظرات المالية للرعاية الصحية، وما تبقى من هذا الفصل يسلط الضوء أكثر نحو هذا الصدد، وذلك بوصف الطرق الأساسية في الدفع لمختصي الصحة، والمستشفيات، وتأثيرها المتوقع. سوف تتعلم أيضاً البراهين التجريبية المتاحة في هذا النحو.

الدفع لمختصي الصحة:

يتيم الدفع لمختصي الصحة باستخدام نوع، وأحياناً وهو الأكثر شيوعاً في مجموعة من 4 آليات: تكلفة لكل خدمة - ضريبة الرؤوس - الراتب، أو الدفع على أساس الأداء.

تكلفة لكل خدمة:

تشمل طريقة «تكلفة لكل خدمة» الدفع لمختصي الصحة من خلال كل خدمة منوحة لمريض (استشارة - جراحة - أشعة ...). بمعنى آخر يتلقى مختصو الصحة

كمية محددة من الأموال لكل استشارة يتلقاها المريض. هذه الطريقة شائعة الاستخدام لدفع مختصي الصحة في القطاعات الخاصة في كثير من البلدان. فعلى سبيل المثال: في الولايات المتحدة الأمريكية الأطباء المتعاقدين بتأمين خاص يتم الدفع لهم عن طريق تكلفة لكل خدمة كما هو الحال للممارس العام، والذي يمنح الرعاية الصحية الأولوية في كل من فرنسا، وألمانيا. لأن هذا يعمل على ربط ربح مختصي الصحة بكمية الخدمات المنوحة. هذه الطريقة تولد «حافز» للمزود لزيادة عدد الاستشارات، أو منح أكثر من خدمة للمريض ذاته «المطالب التي يبحث عليها المزود». هذا النوع من الحوافز يستطيع أيضاً أن يتم استخدامه لزيادة حجم الخدمات بموجب الحكم.

لكن طريقة التكلفة لكل خدمة لا تضمن دائماً الحث على زيادة حجم الخدمات. أولاً إذا كانت المدفوعات المدفوعة لخدمة محددة لا تتعدى السعر الذي تحمله مختصي الصحة العكس سيكون حقيقياً. عندئذ سوف يتم تقليل حجم الخدمات الصحية لمختصي الصحة (أو ببساطة لن يتم إمدادها). وشكل التمويلات المنوحة نفسه لمختصي الصحة من خلال الرعاية الصحية، والتؤمن في الولايات المتحدة الأمريكية أدى إلى وجود ميل نحو علاج المريض المؤمن من قبل الجهات الخاصة (Rice 1997).

ضريبة الرؤوس:

يتم في هذا النظام الدفع للمزود من خلال كمية مسبقة التحديد، وذلك لكل عضو من فئة معينة حيث يتم تغطية المؤن لخدمات معينة لفترة زمنية محددة (غالباً ما تكون سنة واحدة). وتتبع هذه الطريقة في الدفع كطريقة أساسية للممارس العام في المملكة المتحدة كما هو الحال أيضاً في إيطاليا، وإسبانيا (Langbrunner 2005). تتبع هذه الطريقة أحياناً لتشجيع المزود لإعطاء أقل رعاية ممكنة (تقليل عدد زيارات المريض لتقليل الجهد الذي يبذله المزود لزيادة منفعته). هذا النظام قد يؤدي إلى التفريق فيما بين المرضى، وذلك وفقاً لمن يتطلب جهداً/انتباهاً أقل، ويوصف هذا النشاط باستخلاص القشدة الزبدة على سبيل المثال هناك من البراهين ما يشهد على هبوط التركيز في حالات الممارس العام في المناطق الفقيرة في المملكة المتحدة et al. 2010)، وعلى الرغم من ذلك فإنه وعلى المدى البعيد فإن «الحوافز» ستكون أكثر تعقيداً، وقد يكون تأثيرها على جودة الرعاية الصحية إيجابياً. على سبيل المثال: إذا كان للمريض حرية اختيار المزود، نظام ضريبة الرؤوس يستطيع تشجيع المنافسة فيما بين المزودين لتحسين جودة الخدمات لجذب مرضى أكثر، ولزيادة دخلهم.

الراتب:

في هذا النهج يتم تعيين مزودي الصحة من خلال منظمات محددة (نموذجياً من قبل الصحة القومية أو المؤمن) ويقوم باستلام راتب محدد كل شهر. هذه الطريقة في الدفع أكثر تواجداً في أكثر البلاد تدنياً في الدخل في بلاد أوروبا الغربية حيث يتلقى الأطباء الراتب من خلال عملهم في مرافق الصحة العامة Langbrunner et al. 2005. وبما أن الرواتب غير مرهونة بحجم النشاطات المزودة فلا توجد «حوافز» لزيادة المتطلبات. إن النظام المبني على الراتب قد يتعارض مع قلة «الحوافز». لقد قامت العديد من المناقشات لربط الترقيات (وما يتبعها من زيادة الراتب) مع الأداء، والتي من شأنها أن تخلق «حافزاً» لزيادة مجهد مختصي الصحة. بالإضافة إلى ذلك وعلى عكس نظام ضريبة الرؤوس، فإنه لا يوجد حافز لختصي الرعاية الصحية للمنافسة حول المرضى، أو اختيارهم للمريض الذي يحتاج جهداً أقل، وعلى الرغم من هذا فقد وجد أن الأنظمة التي يتلقى فيها مختصي الصحة رواتب بأنها أقل مستويات الرعاية الصحية (تم قياسها بالاختبارات - الإجراءات - تداولها / تحويلها مع آخرين)، وذلك بالمقارنة مع الأنظمة التي يقوم فيها الدفع بالآليات أخرى (تكلفة لكل خدمة - ضريبة الرؤوس - Gosden et al. 1999).

الدفع حسب الأداء:

بعد التعرف على التقييدات التي يولدتها كل من الآليات الثلاثة سابقة الذكر في الدفع فإن آليات الدفع التي يتم فيها ربط المكافأة بالحصول على النتائج المرغوب بها لاقت استحساناً في قطاعات الرعاية الصحية، وخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية Christianson et al. 2007)، وأليات الدفع حسب الأداء (تسمى أيضاً طرق الدفع للأداء) تسعى إلى وصف الفوائد مباشرة للوكيل (المزود) مع فوائد المسؤول مع هدف تحسين جودة الرعاية، وعلى سبيل المثال في المملكة المتحدة: يتلقى الممارس العام زيادة في الدفع حين يصل عدد المرضى الذين يتلقون التطعيمات وصل إلى حد معين. يمكن الخطر هنا في الانصراف نحو تحقيق الهدف، وتجاهل وظيفتهم الحقيقة في الرعاية.

جزء من المكافأة التي يتلقاها المزود تتعلق مباشرة بأهداف محددة، والتي يمكن على سبيل المثال تعريفها في استخدام الخدمات (عدد النساء الآتي تمت معاينتهم من سرطان عنق الرحم - Kouides et al. 1998)، أو جودة الخدمات المقدمة (الوقت الذي يتم منحه لكل مريض على حده - Petersen et al. 2006). في اللوحة الثانية سوف يتم تعرف هذا النهج أكثر.

الدفع حسب الأداء في رواندا

الأمثلة في الدفع حسب الأداء في ظل الدخل المتدني لاتزال نادرة - ولكن تكتسب المزيد من الاهتمام من قبل المtribعين والحكومة على حد سواء كطريقة لتحسين تلقي خدمات الرعاية الصحية عن طريق إعطاء خدمات ذات جودة عالية لعدد أكثر من المرضى. تعد رواندا أول البلدان التي اعتمدت هذه الآلية في عام 2001. تقول وزارة الصحة، والشركاء التشغيليين، والمنظمات غير الحكومية شبكة الصحة العالمية في ولاية كابوتير بتقديم شكل من التمويل المبني على الأداء وهو ما يطلق عليه مبادرة الأداء التمهيدي. ومن قبل تقديم مبادرات الأداء - تلقي العاملين في 15 مركز صحة راتب، وعلاوة سنوية محددة دون ربطها بالأداء. يأتي تحت هذا النهج الجديد مكافأة مبنية على النتاج في مراكز الصحة بدلاً من نظام العلاوة المحددة. أدرجت المدفوعات للخدمات التالية، والتي تتيحها مراكز الصحة: الرعاية العلاجية - الرعاية ما قبل الولادة - تنظيم النسل - الولادات المساعدة - تطعيمات الأطفال.

بمقارنة مستوى الانتاجية عام 2001 حينما كان نهج الدفع المتبّع هو العلاوات السنوية المحددة مع مستوى الإنتاجية عام 2003 حيث نفذ مخطط حواجز الدفع حسب النتاج - وجدت الدراسة زيادة كبيرة في انتاجية فريق العمل (Messen et al. 2006)، وعلى الرغم من محدودية طريق البحث - فقد اقترحت الدراسة بأن ربط الحواجز والمكافآت بالأداء المطلوب عمل على زيادة الرعاية فيما قبل الولادة - زيادة التطعيمات، وزيادة الولادات المساعدة.

وعلى الرغم من ذلك فإن المخاطر المرتبطة عن هذا النهج معروفة. على سبيل المثال: حيث إن مستخدمي نظام التكفلة لكل خدمة يسعون نحو المكافآت التي تأتي من وراء متطلبات الخدمات، والتي من الملحوظ أن النشاطات التي لا تقرنها مكافأة يتم تجاهلها وكمية الخدمات التي يتبعها مكافأة زادت على حساب الجودة.

نشاط 2-10:

- يمنحك هذا النشاط فرصة التفكُّر في الوضع الحالي لبلدك.
1. كيف يتم الدفع لمختصي الصحة في بلدك على اختلاف الأقسام.

2. ماهي المميزات الرئيسية والسلبيات لكل من تلك الآليات؟ (وفكـر في الحـواـفـزـ التي تـخـلـقـهاـ كلـ منـ تـلـكـ الـطـرـقـ وـفـكـرـ فـيـ كـلـ آـلـيـةـ لـهـذـهـ لـصـانـعـيـ السـيـاسـةـ،ـ أوـ المـدـراءـ).

التغذية الراجعة:

1. يتواجد العديد من الأنظمة في ذات الدولة. على سبيل المثال: يمنح الممارس العام العناية الأولية، والتي قد يتم الدفع لها عن طريق ضريبة الرؤوس في حين أن الأطباء في المستشفيات قد يتلقون راتب، وعلى الصعيد الآخر يتم الدفع للأطباء في القطاعات الخاصة (على سبيل المثال: من يعمل لحسابه) عن طريق تكلفة لكل خدمة، وكيفية مكافأة الأطباء على اختلاف السياق عادة ما ينبع عن صراعات سياسية من الماضي فيما بين مجموعات ذات منافع مختلفة مثل: الاتحادات التجارية - المستهلكين - المجموعات المستفيدة، والنظام الحكومي.
2. (الجدول 1-10): تقوم بعرض المميزات الرئيسية والسلبيات للطرق الأربع في الدفع والتي تُستعمل للدفع لكل مزود على حدة.

(الجدول 1-10): المميزات والسلبيات للطرق الأربع لآليات الدفع.

السلبيات	المميزات	الدفع
حافظ لزيادة الخدمات فوق ما تتطلبه الحالة (زيادة في الإمداد - المتطلبات التي يبحث عنها المورد) - تصعيد التكاليف	حافظ مباشر للطبيب لزيادة المجهود (قد يكون له مميزاته في بعض الأحيان، وذلك حينما تكون تلك الخدمات تحت الاستعمال)	تكلفة لكل خدمة
حافظ لتقليل الإمدادات - زيادة الكفاءة قد يقود المزود للتضحيـةـ بالجودة (رغم ذلك فإن التضحـيةـ لا تكون كبيرة حينما يكون المريض حرـاـ في اختياره)	لا يوجد حافظ لزيادة الإمدادات عن ما تستدعيه الحالة حافظ قوي لتحسين كفاءة الرعاية، المعطاة، تحسين متابعة الرعاية، ضمان التحكم الجيد في التكاليف	ضريبة الرؤوس

تابع (الجدول 10-1): الميزات والسلبيات للطرق الأربع لآليات الدفع.

السلبيات	الميزات	الدفع
النشاط المسمى بـ «استخلاص القشدة» حيث يفضل الطبيب إدراج المرضى الأقل مرضًا من غيرهم		
لا يوجد حافز لتحسين الكفاءة، حافز لتقليل الخدمات، أو جودة الرعاية	لا يوجد حافز لزيادة الإمدادات عن حاجتها، أو الحث على المتطلبات لا يوجد حافز للتنافس على المرضى، أو الاختيار الأفضل منهم، والأكثر صحة؛ التأكيد من السيطرة على التكاليف	الراتب
محاولة البعض بالغش، وذلك لزيادة التقارير (يدعى أيضًا المقامرة) قلة المجهود، والتركيز على الخدمات غير المصحوبة بكافآت صعوبة المراقبة، والتنفيذ	كثرة التزويد بخدمات معينة (المرغوبة - المستهدفة) زيادة جودة الرعاية (عندما تكون مستهدفة)	الدفع حسب الأداء

الدفع للمستشفيات:

هناك أربع آليات رئيسية والتي يتم بها تعويض المستشفيات عن خدمات الصحة التي تمنحها إلا وهي: ميزانية البنود - ميزانية شاملة - الدفع باليوم - الدفع بالحالة. كما هو الحال في آليات الدفع للأفراد لكل من هذه الأساليب ثأثيره المختلف على سلوك المستشفى.

ميزانية البنود:

تحدد هذه الآلية ميزانية مفصلة للفئات المشاركة في تقديم الخدمات الصحية (فريق العمل - الأدوية - الطعام - إلخ). عادة ما يكون التوزيع مبنياً على السنوات السابقة، أو/و تقديم الخدمات المتوقعة، وكتيجة لصلابتها فإن ميزانية البنود تمنح حافز محدودة للاستعمال المناسب للمصادر من قبل المستشفيات إضافة إلى ذلك

فإنها متعلقة بخدمات فعلية معطاة. دون ربط الميزانية بقياس الجودة فلن يتواجد حواجز مالية لتقوم بالتشجيع على توفير خدمات ذات جودة عالية.

هذه الطريقة في الدفع للمستشفيات كانت مستخدمة من قبل الدول الشيوعية سابقاً حيث كانت تمنع أعلى مستويات للتحكم من قبل المستويات المركزية. إلا أنها لازالت متواجدة بكثرة في الأماكن محدودة الدخل حيث قلة المعلومات عن التكاليف، وحجم المرضى وخصائصهم تمنع الحكومة من تنفيذ طرق دفع أكثر تعقيداً.

الميزانية الشاملة:

في هذا المنهاج تتلقى المستشفيات الدفع على دفعه واحدة، والتي من المتوقع أن تمنحه تغطية شاملة لجميع المصارييف، وذلك لمنح الخدمات الصحية للسكان خلال فترة زمنية معطاة (غالباً ما تكون سنة واحدة). وعلى غير ميزانية البنود فإن الميزانية الشاملة تمنح مرونة في تدبير المصادر حيث يقومون بمنح الاستقلالية للمستشفيات. إذا أتيح لهم الحصول على فائض في نهاية تلك الفترة (يتمنى التوقع بأنهم سيقومون بتغطية أي نقص) قد يتم تشجيع المستشفيات على التحكم في التكاليف، واستعمال المصادر بفاعلية، والخطر هنا يكمن في أنه يتم تشجيعهم على الاقتصاد في الخدمات الصحية، والحد من الخدمات المعطاة للتأكد من إن المصارييف لا تزال في حدود الميزانية.

الميزانية الشاملة يتم اعتمادها كثيراً من خلال الكثير من البلدان في الاتحاد الأوروبي كآلية دفع أساسية للمستشفيات، وعلى الرغم من ذلك فإنه تقديم تعديلات تسهيل بعض أشكال الدفع حسب الحالة (انظر أسفل).

الدفع لكل يوم:

من خلال هذه الآلية في الدفع - تتلقى المستشفيات مبلغاً محدداً من المال لكل يوم في السرير لأن تكاليف رعاية المستشفى تكون عادة أكثر خلال الأيام الأولى للدخول، ومن ثم تتقلص. الحافز الناتج عن الدفع باليوم هو إبقاء المريض لمدة أطول لزيادة الربح خاصة حينما يكون الدفع باليوم أكثر من التكلفة الحدية لليوم بالسرير. وعلى الرغم من هذا، وكما هو الحال في التكلفة لكل خدمة فإن هذه الحواجز قد تقلل من خلال عوامل قرينية أخرى، وعلى سبيل المثال: إذا تم تنفيذ مدفوعات مختلفة لليوم لمرضى مختلفين، أو إذا عرض المؤمن معدلات متعددة متقدمة ستقوم المستشفيات بتنحصيل الاقامات الأطول لبعض المرضى في حين يقومون بتجنب دخول آخرين. باتباع نهاية الأنظمة الشيوعية - تتبع المستشفيات الدفع باليوم في مختلف دول أوروبا الشرقية محاولة لزيادة الدخل في المستشفيات، وكفاءة المصادر المستخدمة في آن واحد.

الدفع لكل حالة:

يتضمن دفع المزود المتوقع دفعه من المال لكل إقامة علاج في المستشفى. في أكثر أشكالها بساطة - دفع واحدة من المال تعطى لكل حالة، أو خروج بغض النظر عن التكلفة الحقيقية للرعاية. تحصل المستشفيات على ربح أعلى حينما يزورها مرضى أكثر، ولهذا فإن الحافز الناتج هو رؤية حالات أكثر خاصة إذا كان معدل الرعاية أكثر من التكلفة الجدية الحقيقة للحالة. يشجع هذا النموذج من المستشفيات بأن تكون شححة الاستخدام للمصادر (التأكد من أن المصادر المستخدمة لحالة محددة تكون في إطار محدد)، وقد تؤدي أيضاً ما هو معروف بـ «استخلاص القشدة» حيث يقومون بزيادة دخل الحالات الأقل شدة على حساب تلك التي تتطلب مصادر أكثر.

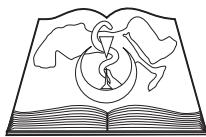
للحد من تلك الحوافز السيئة تقوم العديد من البلدان التي تتبنى هذا النهج للدفع لخدمات المستشفى بتعديلات معقدة لخليط من الحالات لتعكس الاختلافات في المجهود والتكاليف المطلوبة وفقاً لكل مرض.

الدفع لكل حالة في نموذج خليط الحالات:

يتم الدفع بالحالة في أنظمة الرعاية الصحية المتقدمة في المستشفيات بناءً على أنظمة تشخيص مصنفة، وتسمى بالمجموعات الخاصة بالتشخيص تبعاً للمصطلحات المستعملة في الولايات المتحدة الأمريكية حيث كان ظهورها الأول. في المملكة المتحدة يتم الدفع للمستشفيات تبعاً لنظام مماثل يدعى (مجموعة مصادر الرعاية الصحية). تقوم المجموعة الخاصة بالتشخيص بتصنيف المرضى الذين يحتاجون رعاية إكلينيكية وإلى مجموعات يتم القياس عليها والتي تستهلك مصادر متشابهة في المستشفى. كما أن المجموعة الخاصة بالتشخيص معروفة مسبقاً، وتعلم المستشفيات كمية الأموال التي ستتقاضاها لقاء كل مريض يقع ضمن المجموعة الخاصة بالتشخيص. يكفي نموذج الحالات المختلطة المستشفيات التي تحافظ على التكاليف ضمن حدود الدفع، وبالتالي زيادة كفاءة المصادر المستخدمة، وكما يستطيعون أيضاً تشجيع المستشفيات لتحديث الحالات الصعبة، وهو ما يطلق عليه (المجموعات الخاصة بالتشخيص الراحفة)، وصرف المرضى مبكراً، وإعادة دخولهم. تعد المجموعة الخاصة بالتشخيص معقدة من حيث التشغيل وتتطلب الكثير من المعلومات. كما أن الأدلة من الدول الانتقالية في أوروبا الشرقية ما تقترب بأن هذا النموذج يصعب تنفيذه في أنظمة الصحة حيث تكون السعة محدودة (Langbrunner and wiley 2002).

الملخص:

قام هذا الفصل بتعريف خصائص سوق الرعاية الصحية، وعدم تطابق المعلومات فيما بين الذين يقومون بإمداد الخدمات (مزودي الرعاية الصحية)، وبين الذين يستهلكونها، أو يدفعون لها، وتتأثر هذه العلاقة على آليات الدفع، وتعد أكثر الطرق شيوعاً في الدفع للأفراد الذين يمدون الرعاية الصحية هي الراتب - تكفة لكل خدمة - ضريبة الرؤوس حديثاً الدفع حسب الأداء. يتم الدفع للمستشفيات منذ قديم الأزل للخدمات المقدمة من خلال ميزانيات (ميزانية البنود - الميزانية الشاملة)، والدفع بالليوم، والدفع بالحالة. حيث يخلق كل من هذه الآليات مجموعة من الحوافز، والتي قد يتم الحد منها من خلال خصائص سوق الرعاية الصحية، وخصائص طرق الدفع. وليس لأي من هذه الطرق الأولوية عن غيره. بعد وضع تلك المعلومات في الحساب سوف تتعرف على مظاهر أخرى من أنظمة تمويل الصحة على شكل التأمين.



الفصل الحادي عشر

التأمين الصحي الخاص

Private health insurance

نظرة عامة:

لقد تم التعرف على مصادر واستخدامات التمويل في الرعاية الصحية في الفصل التاسع - سوف تتفحص أيضاً نقاط القوة، ونقاطضعف في التأمين الصحي الخاص حيث يقوم هذا الفصل بإعطاء نظرة عامة على آليات التأمين الصحي الخاص وتتحقق كيفية القياس التي يتبعها المؤمن - أبطال المخاطر، والمجازفات الأخلاقية، والاختيارات غير الموقفة، وسوف تبدأ بأخذ صورة شاملة عن التأمين الصحي الخاص، ومراجعة القواعد النظرية، ومن ثم النظر عن كثب في كيفية عمل كل من التأمين الصحي العام، والرعاية المداربة.

الأهداف التعليمية:

بعد الانتهاء من هذا الفصل سوف تكون قادراً على:

- شرح المنطق الاقتصادي للتأمين، وكيفية عمله في الرعاية الصحية أمثلة عن كيفية تحفيز المخاطر الأخلاقية، والاختيارات غير الموقفة التي تتبعها شركات التأمين.
- القدرة على التفريق ما بين الأنواع الرئيسية من أنظمة الرعاية المداربة.
- اقتراح أسباب فشل التأمين الخاص في إعطاء الكفاءة والعدالة.

المصطلحات الأساسية:

سداد قسط التأمين: قسط التأمين يحدد حينما تكون المدفوعات المتوقعة متساوية لقسط التأمين الذي يدفعه الحاصل على التأمين (إلى جانب تكاليف الإدارة).

التأمين المشترك: نسبة الفاتورة الطبية التي يجب على الحاصل على التأمين دفعها بعدما يجتمع كل من ما تم استقطاعه، والمدفوعات المشتركة.

التقييم المجتمعي: أقساط التأمين التي تستند إلى مجموع المخاطر التي يتعرض لها المجتمع. يقوم جميع أفراد المجتمع بدفع القسط نفسه بغض النظر عن خبرة مطالبة، أو مستوى الخطر الشخصي.

المدفوعات المشتركة: هو كمية معينة من المال، والتي على الحاصل على التأمين دفعها لقاء كل خدمة يتلقاها، والتي تختلف باختلاف الخدمة.

القابلة للخصم: كمية ثابتة من رسوم الرعاية الصحية، والتي على الحاصل على التأمين دفعها قبل أن يبدأ المؤمن في الدفع لجميع، أو جزء من التكاليف المتبقية.

تقييم الخبرة: أقساط تأمين مستندة إلى خبرة مطالبة، أو مستوى الخطر على سبيل المثال: السن، وذلك لكل فئة يتم التأمين عليها.

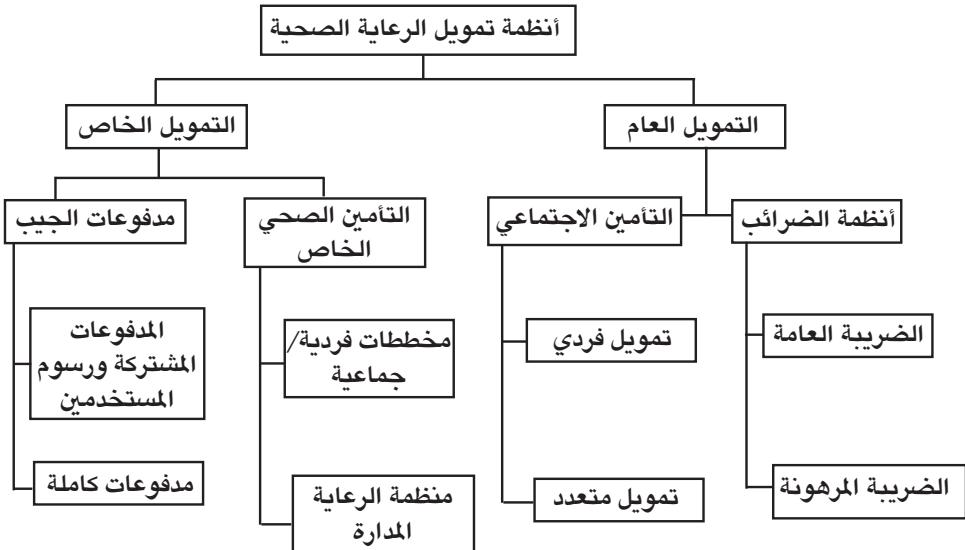
منظمات الرعاية المدارسة: هي منظمة مع الدفع، أو تسليم ترتيبات للسيطرة على تكاليف الرعاية الصحية، وجودتها من خلال إدارة المنفعة، وكتيب للأدوية وتسجيل مزودي الصحة المشاركون وفقاً، لمعايير خاصة بالاستخدام المناسب للخدمات الصحية.

توقيع سند التأمين: هي العملية التي يقوم بها المؤمن لمراجعة طلبات التأمين - تحديد التغطية التي سوف يقدمها، وتحديد الأقساط المطبقة وفقاً للحالة الصحية للحاصل على التأمين.

التأمين الصحي الخاص من سياق الحديث:

يمكن تعريف التأمين الصحي الخاص بأنه مجموعة من الخدمات الصحية يمولها الطرف الدافع الثالث من خلال مدفوعات خاصة غير متعلقة بالدخل تسمى

الأقساط. يعد الاشتراك في التأمين الصحي الخاص اختياري. (الشكل 1-11) يقدم التأمين الصحي الخاص من خلال أنظمة تمويل الرعاية الصحية.



(الشكل 1-11): طرق تمويل الرعاية الصحية الخاصة، وال العامة.

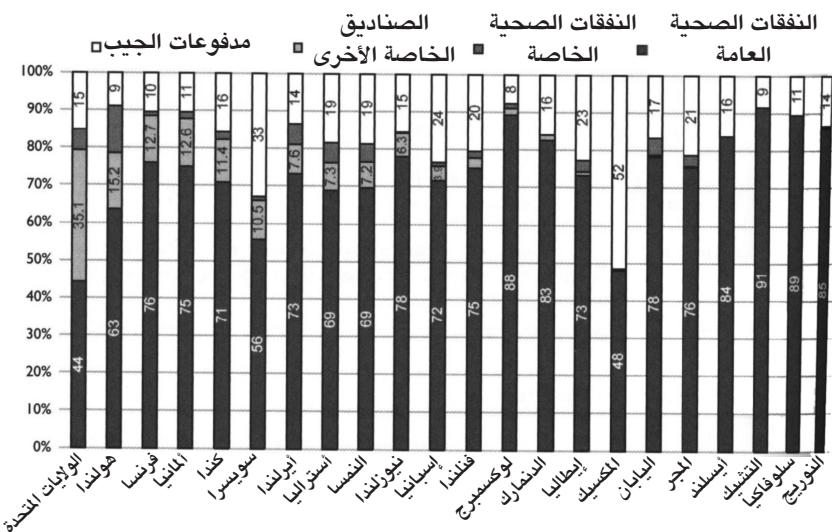
نشاط 1-11:

التأمين الصحي الخاص هو أحد الآليات الأربع الرئيسية المُتّبعة في تمويل الرعاية الصحية، ويمكنهاأخذ عدة أشكال، ولكنها عملياً تلعب دوراً محدوداً في معظم الدول. انظر (الشكل 1-12): ما هي أهمية التأمين الصحي الخاص في تمويل الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية؟

التغذية الراجعة:

يوضح (الشكل 1-12) قائمة من دول التعاون الاقتصادي، والتنمية، ومجموع الإنفاقات موزعة حسب مصادر التمويل، ويمثل التأمين الصحي الخاص أحدها

(Colombo and Tapay 2004) ويمثل التأمين الصحي الخاص مشاركة صغيرة من مجموع إنفاق الصحة في دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية، وعلى الرغم من ذلك فإن التأمين الصحي الخاص يغطي على الأقل 30 % من السكان في ثلث دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية. تعد الولايات المتحدة الأمريكية هي الوحيدة من بين دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية حيث التأمين الصحي الخاص هو آلية التمويل العظمى للرعاية الصحية (أكثر < 35%).



(الشكل 11-2): إنفاق الصحة على حسب مصادر التمويل، 2000.

Source: Colombo and Tapay (2004).

إن مقدار إنفاق الرعاية الصحية على التأمين الصحي الخاص يختلف عبر العالم. كما ساهم سوق التأمين الصحي الخاص في 39 دولة حول العالم عام 2001 في أكثر من 5 % من مجموع إنفاق الصحة (Sekhri and Savedoff 2005). وقد مثل حوالي النصف (46 %) من الدول ذات الدخل المنخفض، والمتوسط. قامت 7 دول بتمويل 20 % من مجموع إنفاقات الصحة من خلال التأمين الخاص وهي: زيمبابوي - ناميبيا - جنوب إفريقيا - البرازيل - تشيلي - أوروغواي - الولايات المتحدة الأمريكية، وعلى الرغم من أن تأمين الصحة الخاص يأخذ نسبة كبيرة من الإنفاق في الدول ذات الدخل المرتفع وفوق المتوسط (20 و 12 % من مجموع إنفاقات الصحة) مقارنة بالدول ذات الدخل المنخفض، وتحت المتوسط (2 و 3 % من مجموع إنفاقات الصحة)

والتي ما تزال منتشرة وشكل مهم من أشكال الحماية لمستواهم المتوسط (Sekhri and Savedoff 2005; World Health Organization 2010)

آليات التأمين الصحي الخاص:

في ظل التأمين الصحي الخاص - يتم الدفع المسبق، والاختياري للأقساط لشركة التأمين، وذلك ليتم تغطية تكاليف الرعاية الصحية في وقت المرض - يمكن أن يتم تقديم حزم التأمين في شكل مخطط فردي، أو مجموعة مخططات كتأمين تعويضي، أو في شكل خطط الرعاية المداربة، والتي سيقوم هذا الفصل بتغطيتها.

يوجد العديد من أنواع تغطية التأمين الصحي الخاص، والتي ستتوقف على أنظمة الرعاية الصحية :

- المسؤول الرئيسي - في حالة عدم توفر تغطية التأمين الصحي العام - يعمل التأمين الصحي الخاص كمسؤول رئيسي، أو كتغطية رئيسية. كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية حيث الأفراد غير المسحوم لهم ببرامج التأمين العامة مثل برنامج مساعدة كبار السن (فوق 65 سنة أو شديد العجز) أو برنامج المساعدة الطبية للفقراء (الفقراء، أو شبه الفقراء)، أو دولة برنامج التأمين الصحي للأطفال (للأطفال الفقراء)، وهذا النوع شائع الاستخدام في الدول ذات الدخل المنخفض، والمتوسط.
- البديل - في حالة انسحاب الفرد من التغطية العامة الإلزامية فإن التأمين الصحي الخاص قد يحل محله، أو يعمل بشكل بديل. في ألمانيا يستطيع الموظفون الذين يتعدى دخلهم حدًا معيناً الانسحاب من الأنظمة الاجتماعية لتمويل الأمراض.
- التكميلي - إذا كان تأمين الصحة الخاص يقوم بتغطية المدفوعات المشتركة التي يتبعها النظام العام ولا يغطيها التأمين العام يسمى في هذه الحالة تأمين خاص تكميلي. يتوافر هذا النوع من التأمين إلى جانب التأمين الصحي الإضافي في مخططات كل من فرنسا - الدنمارك - السويد.
- الإضافي - إذا قام تأمين الصحة بتغطية تكاليف غير التكاليف المشتركة (كتكاليف الأدوية)، والتي لا يتم تغطيتها بالتأمين العام يسمى في هذه الحال التأمين الصحي الإضافي، وهو النوع المعتمد في كندا.
- المزدوج - إذا قام تأمين الصحي الخاص بتغطية مزودي الصحة الذين يمتلكون التأمين العام يسمى في هذه الحالة تأمين صحي مزدوج - يقدم التأمين الصحي الخاص في المملكة المتحدة تغطية مزدوجة، وإضافية.

نشاط 2-11:

كما تعلمت من الفصل الثامن فإن التأمين الصحي هو حل السوق لفشل السوق المؤقت في إنفاق الرعاية الصحية. ما هي العوامل التي قد تؤثر على متطلبات التأمين الصحي الاختياري؟ ما هو مقدار السكان في دولتك الذي يغطيهم التأمين الخاص ومن أكثر الناس ميلاً للاشتراك فيه؟

التغذية الراجعة:

- يتم قيادة متطلبات الناس للتأمين الصحي الاختياري بـ:
- مستوى الخطر.
- احتمالية فقدان الدخل.
- اختيارات التأمين الأخرى (أو تواجد البدائل) - إذا لم يمتلك الناس حق التمويل العام، أو المخططات الأرخص - في هذه الحالة يكون التأمين الصحي الخاص هو الخيار الوحيد.
- المستوى الذي يتم قياس القسط عليه (السعر).
- القابلية للدفع - حيث إن الاشتراك في التأمين الصحي الخاص اختياري - يتوجب أن يمتلك الأفراد وسائل لدفع القسط لإدراجها في المخطط - حيث يتم تسخير القسط وفقاً للمخاطرة، وليس القدرة على الدفع.
- خطر احتياج العلاج - الأشخاص الذين لديهم خطر يتعذر المتوسط لاحتياجهم للعلاج داخل المستشفى هم أكثر الراغبين في طلب هذا المخطط (الانتقاء المعاكس).

التأمين الصحي الخاص في معظم الدول هو المصدر الثانوي للحماية المالية - فهي تغطي على سبيل المثال 13 % من سكان المملكة المتحدة عام 2002 (Laing and Buisson 2003)، وأقل من 2 % في معظم الدول منخفضة الدخل. في تلك الدول ينجذب فقط الأعضاء ميسوري الحال من السكان حيث يكون الاشتراك مبني على القدرة على الدفع، وهي تساهم في القليل من مجموع إنفاق الصحة على الرغم من نمو القطاع الخاص، وزيادة المنافسة فيما بين وكالات التأمين (Hsiao 1995).

التأمين الصحي الخاص - الكفاءة، والعدالة:

سوق التأمين الصحي معرض إلى ثلاثة مظاهر رئيسية من أشكال فشل السوق: الانتقاء المعاكس، المخاطر الأخلاقية، وغير اقتصاريات الميزان. لو لم تتنص

الحكومة على القواعد التي سبق، وتم نصها في سوق التأمين الصحي الخاص لطالع مظاهر الكفاءة، والعدالة النظام الصحي.

الانتقاء المعاكس:

في الواقع الانتقاء المعاكس ينتج من امتلاك المستهلك معلومات كاملة عن حالته الصحية مقارنة بالمؤمن، والتي قد ينتج عنها اختيارهم للخطط التي تعطى لهم أكثر منفعة ممكنة. عوضاً عن استخدام تاريخ الفرد الصحي لتحديد القسط (تقدير التجربة) تقوم بعض الحكومات بإلزام شركات التأمين باكتتاب أقساط مبنية على خصائص محددة من المجتمع بأكمله كالسن - الجنس (التقييم المجتمعي). التقييم المجتمعي في إيرلندا وأستراليا هو المعتمد، وذلك على أساس وطنية، وعلى الرغم من هذا فإن التقييم المجتمعي لا يستطيعبقاء في سوق تتنافس فيه الأسعار بلا منع تقدير التجربة، أو في بعض الأحيان استدعاء الإجبار (التأمين على السيارات من الطرف الثالث). بينما يطلب من مستهلكين ذي خسائر مختلفة التوقع ذات القسط - يكون هؤلاء ذوي الخسائر الأقل نسبياً (هؤلاء من يعلمون أنهم أقل عرضة للإصابة بالمرض، أو هؤلاء من تكون تكاليف مرضهم قليلة) يتخلون عن مجموعة التأمين تاركين الأفراد الذين يتوقع أن تكون لهم خسائر أكثر نسبياً، وهذا بدوره قد يدفع القسط للزيادة والتخلّي عن عدد أكبر من الأفراد الأصحاء لصالح من تعد تكاليف قسطهم موازنة لكونهم مؤمن عليهم. فإن استمرار ذلك بلا انقطاع قد يعمل على انهيار السوق.

نشاط 3-11

تحسب أقساط تأمين الصحة من خلال تقدير خطر المرض، وتتكاليف المرض المعرض له، أو الجروح التي قد يتعرض لها الفرد، أو المجتمع. تخيل بأنك جزء من المجتمع مع خطر سنوي يقدر بـ 1 في 100 إلى احتياج العلاج بداخل مستشفى ومتوسط التكاليف للحالة هو 2000 جنيه استرليني إضافة إلى 10 جنيه استرليني رسوم الإدارية.

1. القسط السنوي العادل للتأمين على الحياة من وجهة نظرك؟
2. ما هي الشروط الواجب توافرها في التأمين ليتم تقديمها في هذا القسط؟
3. من هم مجموعة السكان الذين لا تشملهم التغطية التابعة للتقييم الاجتماعي للتأمين الصحي الخاص في الأسواق التنافسية؟
4. ما التوابع التي تنتج عن نقص التغطية؟

التغذية الراجعة:

1. القسط P سوف يكون $P = c + a \times p$ حيث p هو احتمالية وجود حادث في التأمين c - هي التكاليف الالازمة لتغطية الخسائر - a هي تكاليف الإدارة. ينتج عن إدراج القيم السابقة $(2000 \times 0.01) + 30 = 10 + 30 = 40$ ، وبالتالي يكون القسط 40 كل عام.
2. هذه المعادلة قابلة للتطبيق وفقاً لظروف محددة:
 - أهمية وجود عدد كبير من المشتركين لجمع المخاطر. كلما زاد مجموع الأحداث كلما قلت التكاليف المتوقعة لها.
 - مخاطر المؤمن عليه يجب أن تكون مستقلة، وهذا يعني أن مخاطر الإصابة بالمرض لا يسببها حدث واحد وهو ما ينطبق على جميع الأفراد بالتساوي، وهذا ما يفسر صعوبة التأمين على المخاطر الناتجة عن الحروب، أو الأمراض المعدية في المناطق التي يكثر فيها السكان المهددين بالخطر.
 - يجب أن تكون احتمالية إصابة المؤمن عليه بأي حدث أقل من الواحد، وبالتالي يصعب التامين على الحالات المتواجدة سابقاً، والتي ينتج عنها المرض بلا شك.
 - يجب أن لا يمتلك الأفراد القدرة على التأثير على وقوع مخاطرهم (المخاطر الأخلاقية)، وهنا يمكن أهمية تجنب الانتقاء المعاكس.
3. إذا اتبعت الأسواق المنافسة التقييم الاجتماعي للأقساط سيقوم أصحاب المخاطر الأقل بالانسحاب منه، والاشتراك في تقييم التجربة للأقساط.
4. سوف يؤدي ذلك إلى زيادة متوسط الخطير، أو بمعنى آخر سوف يحصل أصحاب الخطير الأكبر على التأمين أكثر من هؤلاء أصحاب الخطير الأقل، ونتيجة ما سبق ذكره سوف تزداد أقساط العملاء المتبقين مما يعمل على زيادة مغادرة أصحاب الخطير الأقل من مجموعة المخاطر. آلية التعزيز الذاتي هذه قد تتسبب في عدم قدرة أصحاب الأمراض المزمنة، وكبار السن والفقراء على الاشتراك في التأمين.
- تحاول شركات التأمين الحد من الانتقاء المعاكس الموصوف سابقاً بـ «استخلاص الزبدة، أو «انتقاء الكرز» حيث المحاولات جاهدة لإدراج الأصحاب بمشاريع التأمين. يقوموا عادة باتباع أساليب ذكية لاختيار الزبائن ذوي الخطير الأقل. على سبيل المثال: يدرك المؤمن أن خطط الرعاية الصحية للولادة ممتازة في حين أن العكس صحيح فيما يخص العناية بالأورام، وبالتالي فهذا يجذب السكان الأصحاء أكثر من هؤلاء من سوف يتم إمدادهم برعاية غير جيدة.

المخاطر الأخلاقية لاقتصاديات الميزان:

حيث ينتج عن الانتقاء المعاكس تغطية غير منصفة، أو عدم توافرها في حالة انهيار السوق كنتيجة لذلك، عملت المخاطر الأخلاقية ولاقتصadiات الميزان عمل على زيادة تكاليف الرعاية الصحية. كما قرأت في الفصل العاشر عن تأثير المخاطر الأخلاقية لمزودي الرعاية الصحية على التكاليف. قد يدفع التأمين أيضاً إلى المخاطر الأخلاقية للمستهلك. على سبيل المثال: قد يزور الفرد الطبيب فقط للتواصل الاجتماعي حيث إن التأمين هو من يقوم بالدفع.

تتوارد اقتصadiات الميزان في سوق التأمين الصحي الخاص لأن هناك العديد من شركات التأمين الصحي في السوق، وكل مجموعة المخاطر الخاصة بها. أدى كلٌ من عدم إمكانية توزيع المخاطر، ومشاركة التكاليف الإدارية المحددة على عدد كبير من الزبائن إلى عدم وجود الكفاءة المطلوبة. يشمل ذلك التأمين ارتفاع تكاليف المعاملات المتعلقة بالتسويق، وعمليات المطالبة، والتعامل مع التعويضات، وكشف حالات الاحتيال. تشكل التكاليف الإدارية في الأسواق غير المنظمة ما بين 10-14% من مجموع التكاليف (Colombo and Tapay 2004).

نشاط 4-11:

هذا النشاط يمكنك من تطبيق معلوماتك عن التأمين الخاص لتحليل نماذج الصرف العام والخاص في الولايات المتحدة الأمريكية. استخدم الآلة الحاسبة، وعدد حسابات الصحة الوطنية في الولايات المتحدة الأمريكية، (الجدول 1-11)، وقارن النفقات العامة والخاصة.

1. أي من تصنيفات الإنفاق العام يتعدى مجموع إنفاق المستهلك؟ اقترح أسباب تفسر ذلك.
2. قارن إنفاق التأمين الخاص مع مدفوعات الجيب. أيًّا من تلك التصنيفات يزيد فيها مدفوعات الجيب عن تلك المولدة من خلال التأمين. نقاش التفسيرات المحتملة.
3. احسب تكاليف برنامج الإدارة كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق لكل من التأمين الخاص، والعام، وقارن الأرقام.

(الجدول 1-11): إنفاق الصحة القومي في الولايات المتحدة الأمريكية عن طريق مصادر التمويل، ونوع الإنفاق (بليون دولار أمريكي 2008).

المجموع		المستهلك العام		المستهلك الخاص					
		المجموع الفرعى	المجموع الحكومي وال محلية	فردالى	المجموع الفرعى	أخرى	مدفعات الجيب	التأمين الخاص	
718.3	409	78.3	330.7	309.3	27.1	23.2	259	رعاية المستشفى	
731	263.4	61.1	202.3	467.6	42.2	111.1	314.3	الخدمات المتخصصة	
203.1	137.3	35.4	101.9	65.8	6.2	43.5	16.1	التمريض المنزلي والصحة المنزلية	
299.6	97.9	14.9	83	201.7	0	100	101.7	مبيعات سوق البيع بالتجزئة للمنتجات الطبية	
159.6	65.9	20.4	45.5	93.7	1.7	0	92	الادارة الحكومية وصافي تكلفة التأمين الصحي الخاص	
69.5	69.5	59	10.5	0	0	0	0	الصحة العامة الحكومية	
43.6	38.9	5.4	33.5	4.7	4.7	0	0	بحث	
113.9	24.7	15.2	9.5	89.2	89.2	0	0	الهيكل والمعدات	
2338.6	1106.6	289.7	816.9	1232	171.1	277.8	783.1	المجموع	

Source: Center for medicare& Medicaid Services (2010)

التغذية الراجعة:

1. الإنفاق العام يتخطى الإنفاق من خلال التأمين الصحي الخاص لرعاية المستشفى والتمريض المنزلي، ورعاية الصحة المنزلية، وكبار السن الذين يستخدمون هذه الخدمات عادة ما يكونوا مؤمنين بـ «المساعدة الطبية لكتار السن». لاحظ أن الحكومة تقوم حصرياً بتمويل نشاطات الصحة العامة، وتتحمل معظم نفقات البحث.

2. مدفوعات الجيب تفوق مدفوعات التأمين لرعاية التمريض المنزلي كما أنها مقاربة لبيعات سوق البيع بالتجزئة للمنتجات الطبية، وعادة ما تفشل خطط التأمين الخاص للتأمين ضد مخاطر الرعاية طويلة الأمد. الكثير من الخطط تستبعد تغطية المخاطر الشائعة، والتي عادة ما تعد متوقعة بما فيها المنتجات المتاحة في منافذ البيع بالتجزئة مثل النظارات.

3. تشكل التكاليف الإدارية 12% من التأمين الخاص (783.1 / 92) و 6% من إنفاق الحكومة (1106.6 / 65.9) هذه الأرقام تمثل ارتفاع تكاليف التأمين الصحي.

ارتفاع التكاليف تشكل عبئاً كبيراً على أنظمة التأمين الصحي الخاص. قلة وجود الحواجز للتحكم في التكاليف، والمستويات العالية للتكنولوجيا الإدارية تبرز عدم كفاءة النظام. المخاطر الأخلاقية والمتطلبات التي يحيث إليها المزود تعمل على زيادة التكاليف غير الضرورية. تعد الولايات المتحدة الأمريكية واحدة من الدول القليلة التي تعتمد التأمين الصحي الخاص كوسيلة تمويل أساسية للرعاية الصحية كما أنها يقطن لأي تحد ملحوظ للسيطرة على تكاليف الرعاية الصحية. تمتلك الولايات المتحدة الأمريكية أعلى مستويات الإنفاق الصحي بين دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، وعلى الرغم من قلة الزيارات التي يقوم بها الأمريكيون للأطباء وكذلك قلة مكوثهم في المستشفى، إلا أن مجموع النفقات يشكل ضعف ما يمثله الفرد في معظم الدول الصناعية. لقد فشلت الولايات المتحدة الأمريكية على الرغم من هذا الاستثمار الهائل في إنجاز تحسينات في العمر الافتراضي مقارنة بنظيراتها. تلك الفجوة ما بين الاستثمار، وما تم جلبه في المقابل يقترح بأن الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية أقل فاعلية في الانتشار، أو أنه يأتي بأسعار عالية.

اقرأ الآن هذا المقتطف من (أندرسون وسكوايرز 2010) (Anderson and Squires 2010) ومن ثم جرب (النشاط 5-11).

نشاط 5-11:

تعد الولايات المتحدة الأمريكية من الدول القليلة التي تعتمد التأمين الخاص كوسيلة تمويل أساسية للرعاية الصحية. بعد أن قمت بقراءة المقتطف من أندرسون وسكوايرز (Anderson and Squires 2010) قم بمقارنة تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية بتكليف دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية - مبيناً الفروقات. قم بوصف المشكلة والأسباب المحتملة لارتفاع تكاليف الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.

قياس أنظمة الرعاية الصحية للولايات المتحدة الأمريكية: مقارنة القومية المتبادلة

من خلال تحليل معلومات الصحة لدول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية عام 2008 تابعت الولايات المتحدة الأمريكية في اختلافها المنتشر عن غيرها من الدول من خلال عدد من مقاييس أنظمة الصحة. نفقات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة في عام 2006 كانت أعلى بشكل ملحوظ مقارنة بالدول الصناعية الأخرى بالنسبة للفرد وكنسبة مئوية للناتج المحلي الإجمالي. تمتلك الولايات المتحدة عدداً منخفضاً نسبياً من الأسرة في المستشفيات وكذلك الأطباء بالنسبة لكل فرد كما وأن المرضى في الولايات المتحدة يقومون بزيارات قليلة للمستشفى أو للطبيب مقارنة بغيرها من الدول. وفي الوقت نفسه فإن النفقات لكل زيارة للمستشفى أكثر ارتفاعاً في الولايات المتحدة كما وأن الأمريكيون أكثر عرضة لتلقي عمليات ذات تقنية معقدة. تصنف الأمة الآن في الربع السفلي من حيث العمر الافتراضي من بين دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية كما لوحظ فيها أقل التحسينات خلال الـ 20 سنة الفائتة.

تفحص التحاليل القومية المتبادلة السابقة لمعلومات دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية عدداً من التفسيرات لكون الولايات المتحدة من أكثر الدول من حيث النفقات لكل فرد. تشمل تلك التعقيدات الإدارية - عمر السكان - ممارسة الطب المحافظ تحت تهديد دعوى أخطاء المهنة - عائق المرض المزمن - معدلات الاستخدام - إمداد الرعاية الصحية - الحصول على الرعاية - تحديد الموارد.

ذلك ما أظهرته الدراسات بشكل قطعي - وعلى الرغم من ارتفاع النفقات إلا أن الولايات المتحدة الأمريكية امتلكت أقل معدلات استخدام الرعاية الصحية من بين دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية من خلال الكثير من المقاييس. كما كشفت بيانات منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية للعام 2006 النتائج ذاتها - على سبيل المثال: في التكاليف المرتفعة - قلة التردد على المستشفيات، وكذلك الخروج في الولايات المتحدة. بعض من تلك الاختلافات في متوسط التكاليف لكل خروج قد يعود إلى الاختلافات في حالات المرض المختلطة، تركيبة البضائع والخدمات التي تدخل في العلاج الذي يتم إعطاؤه لعلاج الحالة الطبية المعطاة، الأسعار التي تدفعها المستشفى لتلك البضائع، والخدمات والكفاءة النسبية للمستشفيات.

علاوة على ذلك فإن التعقيدات الإدارية في الولايات المتحدة في أنظمة الرعاية الصحية تتطلب من المستشفيات الأمريكية أن يتم توظيف عدد أكبر من فريق العمل ليتمكنوا من متطلبات الفوatir. بينما تحتاج تلك الموارد لمزيد من التحقيق إلا أن أحد الاختلافات المهمة هو توافر استخدام التقنيات الحديثة في المستشفيات وغيرها. مزودي الصحة في الولايات المتحدة القدرة على التحكم أكثر في التقنيات الطبية المتقدمة باهظة الثمن في علاج المرضى، وأكثر إجراء العمليات الطبية التي تتضمن تقنيات معقدة مقارنة بمزودي الصحة في باقي دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

وبشكل مماثل: إن نفقات العيادات الخارجية في الولايات المتحدة كثيرة بشكل كبير مقارنة بدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الأخرى. أحد تلك الأسباب التي قد تفسر هذا الاختلاف الكبير أنه في الولايات المتحدة تجري الكثير من العمليات باهظة الثمن داخل العيادات الخارجية على خلاف معظم دول التعاون الاقتصادي والتنمية حيث يكون اعتمادها على العيادات الداخلية. على سبيل المثال: تبين من تحليل بيانات «المساعدات الطبية لكتار السن» أن حوالي نصف المستفيدين من التأمين يتلقون عمليات القسطرة القلبية - عملية رأب الشريان التاجي عبر اللمعة بطريق الجلد - عملية المجازة التاجية، وعمليات استبدال الركبة في العيادات الخارجية. هذا الاعتماد الكبير على العيادات الخارجية للعمليات الطبية لها 2 من التبعات السلبية. أولاً صعوبة ضمان الجودة في استخدام تلك التقنيات في أماكن أقل من حيث الإعدادات الإسعافية. ثانياً هناك دليل بأنه حينما يستفيد الطبيب مالياً بشكل مباشر، أو غير مباشر من خلال تسهيلات العيادات الخارجية فإنه بذلك يعمل على زيادة حجم تلك العمليات بشكل ملحوظ.

(Anderson and Squires 2010)

التغذية الراجعة:

تواجه الولايات المتحدة الأمريكية تحديات هائلة في ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، وعلى الرغم من أن إنفاق الأمريكيون يوازي ضعف إنفاق دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية الأخرى على الرعاية الصحية إلا أنه لا يقابلها منافع ملحوظة في ارتفاع الاستخدام، أو تحسينات في العمر الافتراضي. مع تأمين أكثر من ثلث السكان بالتأمين الصحي الخاص فإن ارتفاع مستوى التكاليف الإدارية -

استعمال التقنيات باهظة الثمن، والاعتماد الثقيل على العلاج في العيادات الخارجية قد يلعب دوراً في ارتفاع التكاليف. إن المخاطر الأخلاقية لكل من المستهلك، ومزود الصحة قد تضيّف لتلك التكاليف.

مكافحة فشل السوق - المؤمن:

مع ارتفاع التكاليف، وكون التغطية الصحية غير كافية التي نتجت عن مواجهة المستهلك ومزود الصحة لحوافز تدفع لممارسة الانتقاء المعاكس، والمخاطر الأخلاقية - عملت الحكومة، والمؤمن على مواجهة تلك التحديات لقاومتها. استخدمت شركات التأمين طرق مختلفة من مشاركة التكاليف للسيطرة على المستهلك، والمخاطر الأخلاقية. تلك الطرق تعمل كحواجز مالية تحول دون الاستخدام الزائد للخدمات. وقد تأخذ الأشكال التالية:

- **المدفوعات المشتركة:** هي رسوم صافية يدفعها الشخص الحاصل على التأمين في كل وقت يلجأ فيه للخدمات الصحية
- **المخصوص:** يعرف كذلك بالزائد، بأخذ أثراً لها وهو كمية المدفوعات التي يدفعها الشخص قبل تبدأ التغطية بالتأمين.
- **التأمين المشترك:** هي نسبة مئوية محددة يدفعها الحاصل على التأمين حينما تزداد الكمية المستقطعة عن أقصى حد المدفوعات الجيب.

إن المرضى الحاصلين على تأمين صحي خاص يقومون بدفع مدفوعات مشتركة لكل استشارة طبية كما أنهم مسؤولون كذلك عن دفع الكمية المخصومة قبل بدء التغطية بالتأمين. فور دفعهم لـ **الكمية المخصومة** يبدأ التأمين المشترك في تطبيق النواحي التي يكون فيها المريض مسؤولاً عن دفع نسبة مئوية محددة (غالباً ما تكون بين 30-10%) من تكاليف الرعاية الصحية. ينتهي التأمين المشترك حينما يواجه المريض الحد الأقصى لمدفوعات الجيب، والتي من بعدها يتلقى تغطية تأمين كاملة لحين يتم الوصول في إلى حد التغطية. إن ترتيبات التكاليف المشاركة كتلك تمنع الأشخاص الذين يسعون للرعاية الصحية التي ربما قد لا تكون لازمة كما تقوم بإثبات من يسعون للرعاية الصحية الضرورية.

يمكن السيطرة على الانتقاء المعاكس من خلال اكتتاب أفضل لسند التأمين. تحاول شركات التأمين الحصول على اكتتاب أفضل للمخاطر من خلال تحديد أهلية المستهلك لتلقي التأمين الصحي، وتقرير القسط الذي سوف يتم دفعه تبعاً لشكل

المخاطر، وعلى الرغم من أن هذا قد يقضي على الانهيار المتوقع للسوق والمقرن بالانتقاء المعاكس. قد يكون لهذا النهج نتائج غير محببة. الاكتتاب (مع ما يطلق عليه انتقاء الكرز واستخلاص الزبدة) قد يؤدي لوضع يصعب فيه حصول المريض على تأمين يقدر عليه مادياً. تطور خطط الرعاية المداراة قد مكن المؤمن من استخدام بعض من تلك الطرق للحد من المتطلبات التي يحث عليها مزود الصحة، والسيطرة على تكاليف الرعاية الصحية.

الرعاية المداراة:

تعود نشأة منظمة الرعاية المداراة إلى الولايات المتحدة الأمريكية كردة فعل لتصاعد أسعار الرعاية الصحية. الرعاية المداراة هي نظام يقوم فيه المدير بالتدخل للمراقبة والإشراف على المعاملات فيما بين الأطباء، والمرضى. قد يكون المدير هو المسؤول عن إخراج الخطة الطبية، أو أن تقوم ممرضة مدربة على مراجعة الاستخدام، أو برنامج يتعرف على الرعاية الصحية المحتمل التي تختلف عن الممارسة الإكلينيكية المقبولة. (Getzen 2007). تتضمن الوظائف الأساسية للرعاية المداراة مشاركة وإدارة المخاطر المالية - تطوير، وتنظيم شبكات مزود الصحة - تنظيم استخدام خدمات الرعاية المتلقاة وتدفق المعلومات، وقياس الجودة، والنتائج.

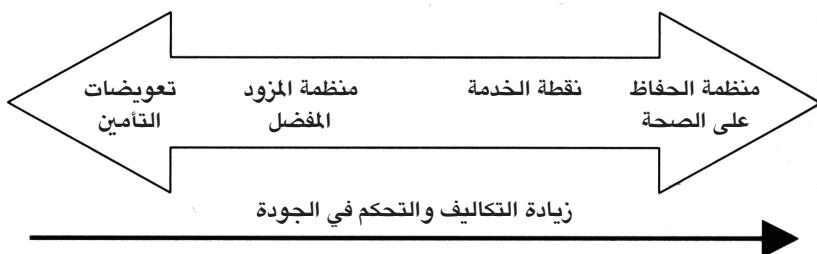
نماذج الرعاية المداراة قد تقع ضمن ثلاثة تصنيفات: منظمة الحفاظ على الصحة
- نقطة الخدمة - منظمة المزود المفضل.

1. منظمة الحفاظ على الصحة هي أكثر أشكال منظمات الرعاية الصحية تقييداً. هي منظمة مسؤولة عن كل من تمويل، وتوصيل الخدمات الصحية حيث تعمل كأنها المؤمن الصحي، وكمنظمة إدارة توصيل الرعاية الصحية. في نموذج العاملين (لوحة مغلقة) منظمة الحفاظ على الصحة تقوم بتعيين الأطباء مباشرة من خلال هذه المنظمة في حين أنه في حالة نموذجاً لمجموعة، تتعاقد المنظمة مع مجموعة أطباء تتدرّب لتزويد الخدمات لأعضائها. يعطي التأمين الرعاية المطعنة فقط من قبل الأطباء المشتركون في هذه المنظمة، والتحويلات ضرورية لأنّ غالب مختصي الرعاية.

2. نقطة الخدمة تشبه منظمة الحفاظ على الصحة فيما عدا كون المشتركون يستطاعون رؤية مزودي صحة من خارج منظمة الحفاظ على الصحة إذا قاموا بدفع كمية كبيرة من مصاريف الجيب. تكمّن الميزة هنا للمشاركون في عدم تقييدتهم بمنظمة الحفاظ على الصحة، ولكن يظل استخدام الخطة منخفض بسبب تقاسم التكاليف العالية.

3. منظمة المزود المفضل هي منظمة رعاية مدارة، ولكن بتنظيم موسّع كما يقوم المؤمن بالفاوضة على العقود مع مجموعة من الأطباء، والمستشفيات التي تعد كشبكة للحصول على الرعاية مخفضة التكاليف. يستطيع المريض أن يحدد رغبته في الانضمام لمثل تلك الشبكة حيث يحصل على تخفيض على الرعاية مقابل مدفوعات مشاركة قليلة، أو أن يحصل على الرعاية خارج الشبكة حيث يقوم بدفع مبلغ أكبر.

(الشكل 11-3): يمثل درجة الزيادة في كل من التكاليف والتحكم في الجودة ابتداءً من التعويض التقليدي للتأمين اتجاهًا إلى منظمات الحفاظ على الصحة .(Kongstvedt 2007)



(الشكل 11-3): تسلسل الرعاية المدارة.

نشاط 6-11

ما هي الميزات، والعيوب المتوقعة لكل من منظمة الحفاظ على الصحة، ومنظمة المزود المفضل مقارنة بنموذج التعويض التقليدي للتأمين الصحي .

التغذية الراجعة:

الميزات الأساسية لمنظمة الحفاظ على الصحة، ومنظمة المزود المفضل أنه كلما كانت حدود التغطية للرعاية الصحية التي يستطيع المريض استخدامها تكون أقل متطلبات نفقات الجيب أقل. والمدفوعات المتوقعة تكون راجعة في أكثر الأحيان. هناك زيادة في السيطرة على جودة الخدمات - متابعة أفضل للمرضى ذوي الحالات المزمنة، أو السلوكية، وأقل تحفيزاً للمزود لزيادة الفحوصات، أو العلاج الزائد عن المطلوب.

أما العيوب التي تنتج عن هذه الأنظمة أنها تحفز الانتقاء المعاكس - خلق قيود على اختيار المزود، وقد يولد في المريض الخوف أن لا يتم فحصه، أو علاجه بشكلٍ كافٍ كنتيجة لمحاولة سيطرة المؤمن على التكاليف.

تنظيم سوق التأمين الصحي الخاص:

قامت الحكومة بحماية المستهلك ومنع وجود فجوات في التغطية بوضع قيود على الأقساط، والأرباح التي تحصل عليها شركات التأمين ووضعت توجيهات على جملة الفوائد، وفي معظم الدول الصناعية تقوم بتوسيع تغطية التأمين العام، أو تقديم خدمات ممولة ضريبياً لكتار السن، والفقراء. تقدم الحكومة في كثير من البلدان إعفاءات ضريبية للشركات التي تقوم بعمل تأمين خاص لموظفيها، أو تتطلب عدد معين من الموظفين لتقدم خيارات التأمين الصحي.

تستحق التدابير التالية الاهتمام:

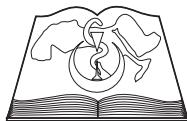
- منع استبعاد المرضى ذوي الحالات المرضية سابقة الوجود - لإتاحة التأمين الصحي الخاص للمرضى. قد تقوم الحكومة بمنع شركات التأمين من استبعاد هؤلاء الأشخاص ذوي الحالات المرضية السابقة من التأمين. هذه كانت من أهم إصلاحات الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2006.
- تحديد مستوى أدنى من الفوائد - للتأكد من عدم استبعاد شركات التأمين لفوائد محددة وذلك توفيراً للتوكاليف. قامت الكثير من الحكومات بتحديد معيار أدنى لجملة الفوائد التي يتوجب على جميع التأمينات الصحية الخاصة منحها. تواجه الدول ذات الدخل تحت المتوسط التي تستخدم التأمين الصحي الخاص تحديات في تنظيم جملة الفوائد.
- معالجة المخاطر - يتم المطالبة القانونية في بعض الدول التي تستخدم التأمين الصحي الخاص بأن تتبع التقييم المجتمعي. تلزم حكومة تلك البلدان المؤمن بإعطاء أو استقبال نوع من الدفع لمعاملة المخاطر وبالتالي تجنب الانتقاء المعاكس أو ما يسمى بـ «استخلاص الزبدة» (على سبيل المثال: جنوب أفريقيا، أستراليا، أيرلندا - Armstrong et al. 2010).

تحاول الدول ذات الدخل تحت المتوسط من خلال اتباع النهج الجديد نحو التحرر الاقتصادي (سيطرة، وتنظيم أقل من قبل الدولة) بأن تحرر سوق التأمين الصحي. في سيريلانكا على سبيل المثال: عمل هذا على زيادة عدد شركات التأمين

بدون زيادة كبيرة في تغطية السكان. كما رأيت الآن فإن تدخل الحكومة بشكل معين له أهميته في بناء نظام صحي كفء، وعادل على حد سواء نظراً لـإخفاق السوق الموجدة في التأمين الصحي الخاص.

الملخص:

يوفر تأمين الصحة الخاص تغطية اختيارية لخدمات صحية حيث يتم دفع أقساط للمنظمة المؤمنة لنقل فرصة حدوث خسارة مالية كنتيجة للمرض، وقد تعملت في هذا الفصل بأن التأمين الصحي الخاص يواجه ثلاثة أشكال رئيسية من فشل السوق: الانتقاء المعاكس - المخاطر الأخلاقية ولا اقتصاديات الميزان. الانتقاء المعاكس للأشخاص ذوي الخطر الأعلى، والقراء أدى إلى تغطية غير منصفة حيث يعني التأمين الخاص في سبيل توفير التغطية لذوي الخطر الأعلى، والقراء. المخاطر الأخلاقية ولا اقتصاديات الميزان تساهم في عدم فاعلية النظام، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية. كما قرأت عن العديد من أساليب مشاركة التكاليف التي تستخدمن للحد من المتطلبات الزائدة وتحسين الكفاءة، والرعاية المداراة تم ابتكاره من خلال صناعة التأمين، وذلك للسيطرة على تصاعد تكاليف الرعاية الصحية، وأخيراً لقد تعرفت على ضرورة تدخل الحكومة في التأمين الصحي الخاص لمنع الفجوات للوصول للرعاية، وتحسين كل من الكفاءة والإنصاف في الأنظمة الصحية. مع هذا الفهم لكيفية عمل سوق التأمين الصحي سوف تستكمل في الفصل اللاحق المزيد من أساليب تمويل الرعاية الصحية المختلفة للوصول لتغطية شاملة.



الفصل الثاني عشر

تحقيق التغطية الشاملة

Achieving universal coverage

نظرة عامة

يقدم هذا الفصل مفهوم التغطية الشاملة، ويستعرض التركيبات المتعددة للتمويل الصحي التي يمكن استخدامها لتحقيق التغطية الشاملة موضحاً نقاط الضعف والقوة.

الأهداف التعليمية:

بعد دراسة هذا الفصل سوف تكون قادراً على:

- تعريف مبادئ التغطية الشاملة.
- معرفة طرق التمويل الرئيسية التي يمكن من خلالها تحقيق التغطية الشاملة.
- وصف مميزات، وعيوب النظام الضريبي القائم.
- تعريف مبادئ التأمين الاجتماعي، وإظهار الفرق بينها، وبين نظام التمويل الضريبي.
- تقييم الرغبة في تحقيق نظام تغطية شامل استناداً إلى التأمين الصحي الخاص.
- وصف أهمية مخططات الدفع المسبق للتأمين الصحي في الدول متعددة الدخل.

المصطلحات الأساسية:

الإعانة المتبادلة: هو الوضع الناشئ عند جمع الأموال من المجموعات ذات الأخطار المختلفة.

موظفي القطاع الرسمي: هم أفراد من السكان الذين يعملون مقابل دخل خاضع للضريبة.

التجزئية: هو الوضع الناجم عنه تواجد العديد من الخطط التمويلية التي تعمل كمجموعة مخاطر منفصلة تكون فيه الإعانة المتبادلة محدودة.

التصاعدية: نظام تمويل يتصف بأنه تصاعدي حينما تكون نسبة الاستهلاك أكبر من دخل الأغنياء عنه من الفقراء.

التراجعية: نظام تمويل يتصف بأنه تراجمي، أو متناقص إذا كان يستهلك نسبة أكبر من دخل الفقراء عنه من الأغنياء.

ما هي التغطية الشاملة؟

لقد تعلمت في الفصل الحادي عشر مبادئ التأمين الصحي الخاص. كما قد تعرفت على أحد أهم عوائق هذا النظام الذي يقوم أغلبه على التأمين الصحي الخاص إلا وهو الانتقاء المعakens، وحصول الفقراء على الرعاية المطلوبة. هدف التغطية الشاملة هو منح حماية ضد تسديد مدفوعات الجيب للرعاية الصحية أثناء وقت استخدام الخدمة وتجنب تكبد إنفاقات الصحة الكارثية وغيرها من الإنفاقات التي قد تزيد عن حد معين من الدخل حيث قد تدفع أرباب البيوت للفقر، كما يهدف مفهوم التغطية الشاملة إلى أحد العوائق غير المالية كالمسافة، والرضا عن الخدمات بالأخص جودة الرعاية في عين الاعتبار (Ensor and Cooper 2004).

وبالتالي فإن التغطية الشاملة تعني بوجود عدالة في الحصول على الرعاية والحماية من المخاطر المالية. كما يستند إلى فكرة العدالة في التمويل - حيث إن المساهمات تعتمد على القدرة على الدفع، وليس على إمكانية الإصابة بالمرض (WHO 2005). اللوحات التالية سوف توضح بعض من مبادئ العدالة عن كثب.

العدالة في تمويل الرعاية الصحية:

عندما نأخذ في عين الاعتبار من يتحمل عبء تمويل الرعاية الصحية - هي ممارسة شائعة لمقارنة المشاركات ضد القدرة على الدفع، والتي يتم قياسها وفقاً

للدخل. حيث إن هناك العديد من يتحقق أن الذين يمتلكون الأموال عليهم المساهمة بنسبة أكثر من دخلهم عن التي يدفعها الفقراء للرعاية الصحية. مدى اختلاف تلك المساهمات للرعاية الصحية وفقاً للقدرة على الدفع يتم تعريفها من خلال علاقة ثلاثة مفاهيم: تصاعدية - التراجعية - التناسبية.

التصاعدية: توصف المساهمات المعطاه للرعاية الصحية بأنها تصاعدية إذا ساهمت الأجزاء الأكثر امتلاكاً للأموال من السكان بنسبة أكبر من الأجزاء الأكثر فقراً. وهو ما يقوم عليه نظام ضرائب الدخل في معظم الدول.

التراجعية: توصف المساهمات المعطاه بأنها تراجعية حينما يدفع الأغنياء حصة أقل نسبياً من دخلهم عن تلك التي يدفعها الفقراء.

التناسبية: إذا قام الجميع بالمساهمة بذات النسبة من دخلهم تسمى المساهمة في هذه الحالة بأنها تناسبية.

الأخذ بعين الاعتبار درجة الاحتياج في توزيع المنافع الصحية:

عند الحديث عن الإنفاق في استخدام الرعاية الصحية، والوصول، والإنفاق فإنه عادةً ما تتم مناقشتها بالحديث عن الاحتياج (أن يكون الحصول على الرعاية مساوياً للاحتجاج). وكما نعلم بأن أكثر المجموعات فقراً هي أكثرها احتياجاً للرعاية الصحية وذلك لوضعهم الاقتصادي الذي يجعلهم أكثر عرضة للمرض، وبالتالي فإنه متوقع أن يحصل 20% من السكان الأكثر فقراً على أكثر من 20% من منافع الرعاية الصحية بشكل يتساوى مع احتياجاتهم، ولكن إذا حصل 20% من أكثر السكان فقراً على أقل من 20% من المنافع وحصل 20% من أغنى السكان على أكثر من 20% من المنافع يسمى التوزيع في هذه الحال بأنه في صالح الغني. وإذا حصل 20% من أفراد السكان على أكثر من 20% من المنافع مع حصول الأغنى على أقل من 20% يسمى التوزيع في هذه الحال بأنه في صالح الفقير. السياسات القائمة على صالح الفقير، والتي تستهدف المجموعات المتضررة تقوم بمعالجة الأشخاص بشكل مختلف وفقاً لاحتياجهم تستند إلى مبدأ «العدالة الرأسية» فكرة العدالة الرأسية، وغيرها من المبادئ الخاصة بالعدالة سوف يتم شرحها في الفصل السابع عشر.

في عام 2005 حثت منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء على تطوير أنظمة صحة مالية لتحقيق التغطية الشاملة (WHO 2005). معظم الدول حالياً تضع في عين الاعتبار كيفية وصول أنظمة الصحة المالية إلى التغطية الشاملة، أو المحافظة عليها. هناك العديد من الطرق للوصول للتغطية الشاملة، وفي الواقع قد يتم تمويل التغطية الشاملة من خلال ضرائب عامة، أو مشاريع التأمين الصحي، أو خليط من المصادر المالية، ويمكن تحقيق التغطية الشاملة من خلال نظام قومي واحد أو عدة مخططات مختلفة، ولكن جميع أشكال التغطية الشاملة تحتاج إلى جمع رأس مال مسبق الدفع (سواء أكان معتمداً على ضرائب، أو أقساط)، والتتأكد أن التمويل المستخدم من المجموعات الأغنى - على درجات مختلفة - لإعانة المجموعات الأفقر باستخدام الرعاية الصحية.

التحديات الرئيسية التي تواجه أي نظام تمويل يهدف لتحقيق تغطية شاملة هو تحقيق امتدادات في ثلاثة جوانب (انظر الشكل 1.12)

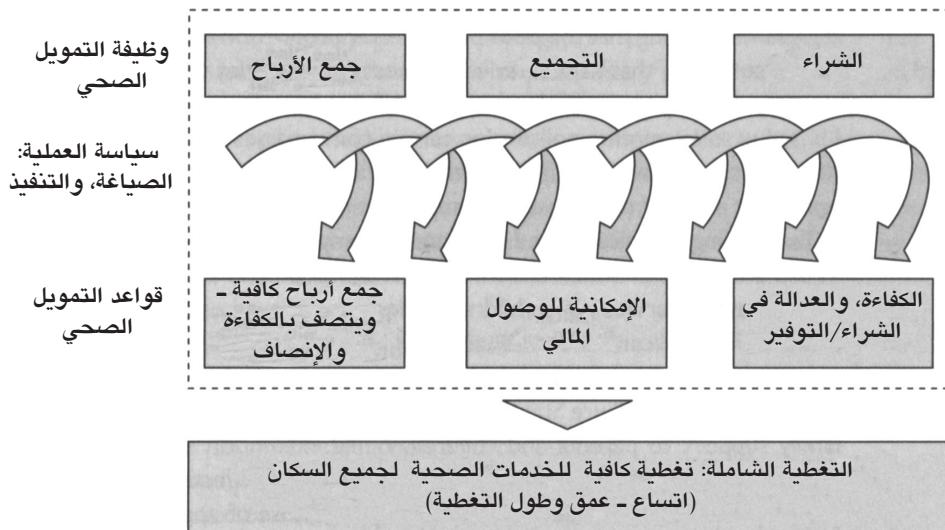
- مدى اتساع التغطية: نسبة السكان الذي يمكنهم الحصول على رعاية بسيطة التكاليف، وعالية الجودة.
- عمق التغطية: نطاق الخدمات المتاحة، والمتوفرة للسكان المحتاجين.
- طول التغطية: نسبة تكاليف الرعاية الصحية المغطاة بنظام التمويل.

لقد قمت بقراءة نموذجي بيفردج (Beveridge)، وبيسمارك (Bismarck) باختصار في الفصل التاسع. كما قمت بالنظر في التفاصيل الخاصة بالتأمين الصحي الخاص في الفصل الحادي عشر. سوف تقوم الآن بدراستها مجدداً لربطها مع هدف التغطية الشاملة.

الأنظمة المرتكزة على الضرائب (نموذج بيفردج):

في الأماكن التي يتم تمويل الرعاية الصحية فيها من خلال الضرائب العامة بشكل أساسي - الأموال التي تأتي من خلال دفع الضرائب يتم استخدامها في تمويل الخدمات الصحية المقدمة لعامة السكان. يذهب التمويل مباشرة لمزودي الصحة، أو من خلال وسائل تقوم بشراء الخدمات نيابة عن السكان (التتأكد من انشقاق المشتري عن المزود)، على سبيل المثال: في المملكة المتحدة يعد الممول الرئيسي في نظام خدمة الصحة الوطنية، هو الثقة الأولية للرعاية في خدمة الصحة الوطنية. تُكلف الثقة الأولية

للرعاية الصحية بشراء الرعاية الصحية من المستشفيات، والممارسين العامين حيث تصرف التمويل على الخدمات بالنيابة عن السكان المرضى المسجلين لديهم.



(الشكل 1.12): العلاقات ما بين وظائف التمويل الصحي، وأهداف التغطية الشاملة.

Source: Carrin et al . (2008) ; adapted by Honda (2010).

مميزات التمويل في أنظمة الضرائب أنها غالباً ما تكون تصاعدية بمعنى أن الأغني يقوم بدفع نسبة أكبر من دخله عن تلك التي يدفعها الفقراء. تأتي الضرائب من مصادر عدّة - وضريبة الدخل تكون متزايدة جداً حيث إن الأفراد ذوي الدخل الأعلى يدفعون نسبة أكبر من دخلهم عن هؤلاء أصحاب الدخل المتدنى. في البلدان ذات الدخل الأعلى تشكل ضرائب الدخل نسبة ضخمة من إجمالي إيرادات الضرائب. على سبيل المثال: مثلت ضرائب الدخل في دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية في عام 2008 للفرد 25 % من إجمالي إيرادات الضرائب يليها مشاركات الضمان الاجتماعي 25 % وقيمة الضرائب المضافة 19 % (OECD 2010). يمثل القطاع الرسمي في الدول ذات الدخل الأقل نسبة قليلة من السكان. قد تساهم إيرادات ضرائب الدخل في نسبة صغيرة من مجموع إيرادات الضرائب. على سبيل المثال:

مثلت ضرائب الدخل في عام 2005 حوالي 11% من مجموع إيرادات الضرائب في غانا، و14% في تنزانيا (McIntyre et al. 2008). الأشكال الأخرى من الضرائب تتمثل في قيمة الضرائب المضافة - ضريبة الدخل المشترك - فرض الضريبة (ضريبة الوقود - الكحوليات - السجائر) - رسوم الاستيراد، والتصدير بين الآخرين. مستويات تلك الأنواع من الضرائب، ومساهمتها في الأساس الضريبي الشامل تختلف من دولة إلى أخرى. كما وأن تزايد كل من تلك الضرائب يختلف باختلاف المكان. على سبيل المثال: في معظم الدول ذات الدخل الأعلى، قيمة الضريبة المضافة تعد تراجعاً معنى أن الفقراء يقومون بدفع حصة أكبر من دخلهم أكثر مما تمثله الحصة التي يدفعها الأغنياء، والسبب في ذلك هو فرض قيمة الضريبة المضافة على معظم السلع الأساسية التي يستهلكها معظم السكان. على النقيض فإن قيمة الضريبة المضافة وجد بأنها تصاعدية في بعض الدول منخفضة الدخل، ويرجع السبب في ذلك إلى سياسات الإعفاء لسلع أساسية محددة، والتي يتم استهلاكها أكثر من قبل الفقراء مقرنة بواقع أن الفقراء يعيشون على أساس الإعاقة حيث يتوجون العديد من احتياجاتهم الاستهلاكية.

يستخدم التمويل الضريبي لتمويل المخططات المالية الإعافية في كل من الدول المنخفضة الدخل، والدول الأعلى دخلاً. تلك المخططات تأكّد بأن مجموعات معينة من السكان، وهي المجموعات الضعيفة ليس عليهم الدفع للخدمات (الأطفال تحت سن 5 سنوات - المرأة الحامل - الفقراء). في الولايات المتحدة الأمريكية تعد المساعدة الطبية لكتار السن والمساعدة الطبية للفقراء هيئات ممولة حكومياً تقوم بتمويل الرعاية لكتار السن، والمعددين، والفقراء بالترتيب. تتضمن مخططات المملكة المتحدة «مراكز شور ستار» المملوكة حكومياً، والتي تمنح الرعاية للأطفال - التعلم المبكر - الصحة ودعم الأسرة للأبؤين والأطفال. بينما تستهدف مخططات الإعفاء مجموعات سكانية محددة، أو الخدمات التي تعد فعالة نسبياً - المخططات التي تستهدف الفقراء تميل نظراً للصعوبة، وتکاليف الكفاءة إلى عدم تقييم الأهلية (Witter 2009).

يتم استخدام تمويل الضرائب في بعض الدول في منح حماية مالية للقطاعات غير الرسمية غير المغطاة بالتأمين الصحي الاجتماعي، وعلى سبيل المثال: مخططات التغطية الشاملة في تايلاند. كما يمكن استخدام تمويل الضرائب في إعانة التأمين الصحي الاجتماعي. على سبيل المثال: هناك 2.5% في غانا من قيمة تمويل القيمة الضريبية المضافة يتم استخدامها لتمويل مخططات التأمين الصحي القومي.

التأمين الصحي الاجتماعي (نموذج بيسمارك):

تقوم وكالات عامة بتشغيل التأمين الصحي الاجتماعي، ويتم تمويلها من خلال مساهمات إجبارية من الرواتب. عادة ما يتم تقسيم المبلغ بين أرباب العمل، والعمال. على سبيل المثال: إذا كان مجموع اشتراكات الضمان الاجتماعي للعامل 6 % فلابد أنها تتكون من 3 % مساهمة من قبل العامل و3 % مساهمة من أرباب العمل. في بعض الحالات الأخرى يدفع العامل حصة أكبر من دخله عن تلك التي يدفعها أرباب العمل، وفي طبيعة الحال تعد المساهمات للتأمين الصحي الاجتماعي متزايدة، ولكن الفوائد الناتجة من هذه المساهمات تصل فقط للأعضاء الذين هم جزء من مخطط التأمين فيما عدا حالات الإعانة المتبادلة مع غيرها من المخططات. كما أن الاشتراكات تكون من خلال نسبة مئوية من الدخل، إلا أنها تعتمد أيضاً على كونها طريقة متفق عليها في قياس الدخل، وتعمل بشكل أفضل حيث العمالة في القطاع الرسمي. في الدول الأوروبية نجح التأمين الصحي الاجتماعي في تغطية الغالبية العظمى من السكان قادرة على استيعاب مجموعات كبيرة من المخاطر. تمتلك ألمانيا أكثر أنظمة العالم قدماً - يرجع أصلها إلى عام 1883 حينما جعلت الحكومة التأمين الصحي إلزامي للجميع. يتم تمويل التأمين من خلال مشاركات العمال وأرباب العمل وإعانات الحكومة. تم إنشاء الضمان الاجتماعي في فرنسا في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية (ويشار لها بـ *La sécu*). كان التركيز في بداية الأمر على العاملين وامتدت في عام 1960 للقطاع غير الرسمي (المزارعين، وعمال المزارع غير الرسميين). في عام 2000 تم تحقيق نظام التغطية الشاملة على أساس الإقامة في فرنسا. هذا الوضع يسمى بإعادة توزيع الموارد من الأغنياء للأفقر، ومن الأصغر للأكبر، ومن الأصحاء للمرضى. بات هذا ممكناً من خلال الإعانة المتبادلة حيث تقوم المجموعات الميسورة بإعانة المجموعات الأسوء حالاً.

وبشكل حديث في الدول منخفضة الدخل فإن تلك المخططات بدأت في القطاعات الحكومية حيث تغطي موظفي الحكومة فقط. (كما كان الحال في غانا، وكينيا، وتتنزانيا). مع مرور الوقت قد يتم توسيع هذه المخططات لتشمل القطاع الرسمي الخاص (كما حدث في غانا). في إعدادات أخرى: قد يتم تغطية القطاع الرسمي الخاص من خلال أنظمة منفصلة سواء من الاشتراكات الإلزامية التي تقترب بأرباب العمل، أو التأمين الصحي الخاص، وقد قيل بأنه في النطاق الأفريقي أدت التجارب مع التأمين الصحي الاجتماعي في بعض الأحيان إلى حالات تجزئة، وحالات من عدم

الإنصاف، حيث القطاع الرسمي مؤمن وله حق الوصول إلى مجموعة واسعة من الخدمات في حين يظل القطاع غير الرسمي غير المؤمن، ويعتمد على خدمات صحية عامة رديئة الجودة (McIntyre et al. 2008). في بعض الأحيان تستقبل مخططات التأمين الصحي القومي تعويضات ضريبية - وفي بعض الأحيان قد تقوم المخططات بتعويض مخططات أخرى للمجموعات الأكثر فقراً.

كلملخص: التأمين الصحي الاجتماعي:

- عضويته الزامية.
- تتضمن خصم المشاركات من الرواتب.
- تقام من خلال هيئات عامة سواء منظمات فردية، أو عدة منظمات.
- مبنية على سياسات إعادة التوزيع.
- يتم تعريفها بشكل واضح - مخصصة موارد.
- عادة تكون إدارتها مركبة وغالبية الثمن مقارنة بأنظمة الضرائب.
- باستطاعتها تحريك موارد إضافية للقطاع الصحي.

:1.12 نشاط

الاختيار الرئيسي الذي يواجه الدول التي تسعى إلى التحول نحو التغطية الشاملة هو اختيارها لنظام تمويل الضرائب العامة أو التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي أو خليط منها. هذا النشاط يجعلك قادرًا على لمس الفروقات فيما بين التمويل الضرائي والتأمين الصحي الاجتماعي وذلك باستخدام المثال الوارد في «ميلز 2007» اقرأ (الجدول 1.12) ومن ثم جاوب على الأسئلة التالية:

1. حدد الاختلافات بين تمويل الضرائب والتأمين الصحي الإلزامي فيما يخص الوصول لجميع المجموعات.
2. قارن بين كلا المخططين من حيث الطلب على الإدراة.
3. قارن بين كلا المخطدين من حيث الاعتماد على الدخل المتوفّر للتمويل الصحي.
4. ما هي مميزات وعيوب التأمين الصحي الاجتماعي بصفة عامة؟

(الجدول 1.12): مميزات وعيوب كلا من التأمين الصحي الاجتماعي وتمويل الضرائب كنهج أساسى لتمويل التغطية الشاملة (Mills 2007).

الجانب	تمويل الضرائب	تمويل التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي
مصدر التمويل	جمع الأموال من جميع الذين يقعوا ضمن شبكة الضرائب (الضرائب المباشرة، أو غير المباشرة)	أرباب العمل، والعمال في القطاع الرسمي
العدالة في التمويل	تقديمية بشكل عام	أقل تقدمية منذ كانت التقديمية تشجع على بيان الرواتب، والتعويضات
تغطية السكان	لاتقييدات نظرياً	الرقم المطلق للمستفيدين، والنمو المرتبط بحجم، وطبيعة القطاع الرسمي
وصول التغطية لجميع المجموعات	لا يوجد عائق لهذا البدأ	يحتاج طرق إضافية، وعادة ما يكون تمويل ضريبي
فوائد الرعاية الصحية	لا تتطلب وجود علاقة ما بين الدفع، والفوائد	المشاركات، والفوائد متصلة لهم للرعاية الصحية
الطلبات على الإدارة	لا يتطلب نظام معين للمستفيدين تكاليف أقل للإدارة	يتطلب وجود نظام لجمع الإيرادات - التعرف على المستفيدين، والدفع لهم للرعاية الصحية
سياسيًّا	الحصة المخصصة للصحة تعتمد على عملية صنع القرار السياسي	الدخل مخصص للصحة
الآثار الاقتصادية	تعتمد على الهيكل الضريبي . لا تحتاج لتكون مقيدة بالعمالة	زيادة تكاليف العمالة

التغذية الراجعة:

1. تمويل الضرائب هو الأسلوب الوحد الموثوق به التغطية التي يصعب على المجموعات الوصول إليها سواء كان ذلك عن طريق سياسات الإعفاء، أو التزام وطني أوسع نطاقاً لتمويل تكاليف فقراء القطاع غير الرسمي كما هو الحال في مخططات التغطية الشاملة في تايلاند.
2. من المعتقد أن زيادة أرباح القطاع الصحي عن طريق زيادة الضرائب ممكنًا وأن جمع أرباح التأمين الصحي الاجتماعي ليس أكثر سهولة من الضرائب العامة

(Wagstaff 2007). قد تكون متطلبات إدارة التأمين الاجتماعي كبيرة - بما في ذلك التصدي للفساد (Yepes 2005) مما يؤدي إلى ارتفاع التكاليف الإدارية. كما قد يتم مواجهة تحديات في التأكيد من تأمين الأموال، ووصولها إلى مزودي الصحة (Dixon et al. 2004).

3. على الرغم أن تمويل الضرائب مستفيد من بساطة الإدارة، إلا أن الأهمية الكبرى تكمن في التأكيد من مواصلة جذب الصحة للتمويل المطلوب. إن ميزة التأمين الصحي الاجتماعي أن التمويل فيها مخصص للصحة

4. الميزات الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي هي:

- الأموال المخصصة للرعاية الصحية معروفة، وليس عليها أن تتنافس مع غيرها من المتطلبات الأخرى على الحكومة مثل الدفاع، والإسكان، والضمان الاجتماعي.
- قد يشعر الأشخاص بربما أكبر حينما يدفعون التأمين الاجتماعي مع معرفتهم بأنه سوف يتم صرفها على الرعاية الصحية بدلاً من دفعها على الضرائب، والتي قد لا يتم استخدامها للرعاية الصحية.
- مساهمة الموظفين تعني إمكانية أن يتصرف الناس بشكل أفضل، وأكثر تحملًا للمسؤولية في استهلاكم للرعاية الصحية -. وبالتالي تقليل إمكانية المخاطر الأخلاقية، وأكثر مثلاً للمطالبة بالخدمات عالية الجودة من مزودي الصحة.
- مساهمات أرباب العمل تعني وجود حافز للتأكد من أن الأقساط قليلة قدر المستطاع، وبالتالي تشجيع مزودي الرعاية الصحية بأن يكونوا على قدر من الكفاءة.

العيوب هي:

- التأمين الصحي الاجتماعي هو أحد أشكال ضرائب التوظيف (حيث يتم دفعها من قبل العاملين)، والذي بدوره يعد عامل مثبت لأرباب العمل لخلق فرص عمل جديدة
- كمية الزيادة سوف تختلف باختلاف عدد الأشخاص الذين يتم توظيفهم وبالتالي فإن دخل أنظمة الرعاية الصحية غير مضمون.
- تكاليف تحصيل الأموال من العمال وأرباب العمل (تكاليف إضافية لا تزيد بزيادة أنظمة الضرائب).
- في حالة تواجد أكثر من تمويل اجتماعي واحد سوف تزداد احتمالية وجود الانتقاء المعاكس للمشترين.

التأمين الصحي الخاص:

إن هدف التأمين الصحي الخاص في نظام التغطية الشاملة هو هدف مزدوج. قد يتم استخدام التأمين الصحي الخاص لتزويد تغطية تكميلية للرفاهية، أو للخدمات باهظة التكاليف، أو نطاق أوسع من مزودي الرعاية الصحية، والتي لا يشتمل عليها التأمين الصحي الاجتماعي، أو نظام الضرائب. كما قد يوفر التأمين الصحي الخاص سرعة في الحصول على الرعاية الصحية في الأنظمة التي لابد فيها من الانتظار للحصول على الرعاية من مزود الصحة المخصص للعامة كما هو الحال في المملكة المتحدة. في الدول التي يكون فيها التأمين الصحي الاجتماعي حكر على القطاع الرسمي العام يشتري أرباب العمل في القطاع الرسمي التأمين الصحي الخاص للعمال. تعد أقساط التأمين الصحي الخاص تزايدية بشكل عام حيث أن من يميل إلى استخدامه هم المجموعات ميسورة الحال التي تساهم بشكل أكبر، ولكن المنفعة التي تعود على المشاركين من التأمين الصحي الخاص محدودة. كما قد يؤدي التأمين الصحي الخاص إلى زيادة عدم العدالة في الأنظمة الصحية حيث يتم إزالة السكان الأكثر غناً من مجموعة المخاطر، وهذا يؤدي إلى حدوث تجزئة حيث إن المخططات تعمل بشكل مستقل عن بعضها البعض كمجموعات منفصلة، وصغيرة نسبياً من المخاطر.

نشاط 2.12:

- هل يجب على التأمين الصحي الخاص أن يلعب دوراً في تحقيق التغطية الشاملة؟
- هل يزيد التأمين الصحي الخاص من العدالة؟
- هل يعد التأمين الصحي الخاص خياراً ممكناً للدول ذات الدخل المنخفض كشكل من أشكال تحقيق التغطية الشاملة؟

التغذية الراجعة [مقتبسة من ميلز 2007 (Mills 2007)]:

1. الاعتماد على التأمين الصحي الخاص كعنصر رئيسي لتحقيق التغطية الشاملة مثير للجدل لما له من شكوك في قدرته على تحقيق العدالة. وبشكل عام فإن تغطية التأمين الصحي الخاص محصورة فقط على التوظيف في القطاع الرسمي، وهولاء الأعضاء يميلون أن يكونوا أفضل حالاً، ويتم تقدير القسط بناءً على درجة الخطير الذي بدوره قد يؤدي إلى جعل التكاليف باهظة على الأشخاص ذوي الخطير الأكبر، والمجموعات الضعيفة، وعادة ما يؤدي إلى استبعادهم. وقد تؤدي

- كثرة المخططات المختلفة للتأمين الصحي الخاص إلى تجزئة تجمعات المخاطر. وبالتالي يؤثر في تحقيق التغطية الشاملة (كما تم توضيحه في الولايات المتحدة الأمريكية، وجنوب أفريقيا).
2. قد يعمل التأمين الخاص على زيادة الحماية المالية، والوصول إلى الخدمات الصحية لهؤلاء المقلبين، والقادرين على الدفع، ولكن بتكلفة تمس أهداف العدالة.
 3. القليل من الدول ذات الدخل المنخفض قادرة على امتلاك سوقاً كبيراً للتأمين الصحي الخاص حيث إن الكفاءات المطلوبة لخلق مثل تلك الأسواق شحيبة، عادة يعطي التأمين الصحي الخاص نسبة قليلة من السكان خاصة في الدول الأكثر فقراً، وبالتالي فإنها اختيار غير مفضل في الدول ذات الدخل القليل، والمتوسط. ولكن كما سوف في الأسفل فإنه قد يتم استخدام مخططات تأمين صحي تطوعي على نطاق مجتمعي صغير كنقطة انطلاق لتطوير مخططات التأمين القومية، أو الاجتماعية ذات النطاق الأكبر.

التوجه نحو التغطية الشاملة: إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.

في عام 2010 تم إدراج كل من حماية المريض، وحركة الرعاية الصحية في حدود المستطاع في قانون الولايات المتحدة الأمريكية. مع 45 مليون شخص (حوالي 15 % من السكان) بلا تأمين وإنفاق الرعاية الصحية لحوالي 17 % من إجمالي الناتج المحلي، وخدمات مختلفة الجودة (Lyke 2009) - لاحظ الكثيرون وجود إصلاحات في الرعاية الصحية. حاولت تلك الإصلاحات نقل الولايات المتحدة الأمريكية لنظام التغطية الشاملة، وتتطلب هذه الحركة أن يكون لمعظم المواطنين والمقيمين الشرعيين تأميناً صحياً ومنح الأفراد، والعائلات ذات الدخل المنخفض إعانات، وتقديم تغطية لمدفوعات جيدهم السنوية، كما سيتم اتخاذ بعض التحركات لحظر التمييز فيما بين الناس ذوي الحالات المرضية مسبقة الوجود للتأكد من حصولهم على التأمين الصحي، ومنح التخفيضات الضرائبية للمشاريع الصغيرة لمساعدتهم في دفع التأمين الصحي للموظفين. كما سيخلق الإصلاح تبادل صحياً أمريكيًا قائماً على الدولة يمكن الأفراد من شراء التغطية، وتبادلات منفصلة تتم من خلال تمكين المشاريع الصغيرة من شراء التغطية، وسيتم فرض ضوابط على خطط الصحة في التبادلات، وفي الأسواق الفردية، أو أسواق المجموعات الصغيرة، وستكون التأمينات التي يتم بيعها في التبادلات خاصة (BBC News 2010; Kaiser Family Foundation 2010).

التأمين الصحي المجتمعي:

هو شكل من أشكال التأمين الصحي التطوعي التي تؤكد على الملكية في المجتمع. مثل هذه المخططات تستهدف القطاع غير الرسمي التي يكون فيها الأفراد بلا تغطية تأمين إلزامية كما تم دخولها إلى الدول التي تفرض رسوم المستخدم. إن التأمين الصحي المجتمعي تم تعزيزه كطريقة تمنح الحماية المالية للفقراء العاملين في القطاع غير الرسمي. وهي شائعة خاصة في المناطق الريفية في الدول ذات الدخل المنخفض تلك المخططات يتم تشغيلها من قبل المجتمعات، والحكومة، والمنظمات غير الحكومية حيث تعامل كامتداد لمخطط تمويل صغير. يتم إدارة هذه المخططات على نطاق صغير نسبياً مع مجموعة مخاطر صغيرة، وإعانة متبادلة محدودة. عادة ما تكون الأقساط بمعدل ثابت، ويتم الدفع شهرياً، أو سنوياً لكل فرد، أو أسرة ويقدم عادة مجموعة أساسية من الخدمات العامة. وقد يواجه التأمين الصحي المجتمعي بعض الصعوبات في إلحاق من هم أكثر فقراً، وذلك حسب قدرتهم على تحمل الأقساط، وعدم استيعاب مفهوم مجموعة المخاطر. بينما تعطي المخططات إعفاء في بعض الأحيان لمن هم أكثر فقراً (كما في غانا، وتنزانيا)، ولكن قد يصعب تنفيذه.

إن المشاركات للتأمين الصحي المجتمعي غالباً ما تكون تراجعية، ويرجع السبب في ذلك إلى المعدل الثابت للقسط، ولإنه تنفذ عادة في المجتمعات الريفية الأكثر فقراً وبالتالي تشكل عبئاً أكبر على الفقراء في الريف، ومع ذلك فإن التأمين الصحي المجتمعي لعب دوراً رئيسياً في تطور التحضيرات الأوروبية، واليابانية للتغطية الشاملة (Criell 1998; Ogawa et al. 2003) وكذلك في التطور في مخططات التأمين الصحي القومي في غانا. قد تعمل على زيادة الوعي بمفهوم التأمين، وخلق خبرة بمجموعات المخاطر ومنح حماية مالية حينما لا يمنح النظام العام رعاية مجانية.

الملاخص التالي يرجع عمله إلى إكلوند، وستافم (Eklund and Stavem 1995) حيث يتم فيه تقسيم مخططات التأمين المجتمعي في 18 قرية في غينيا - بيساو في غرب إفريقيا.

التأمين الصحي المجتمعي من خلال مخططات مسبقة الدفع في غينيا - بيساو -

مخطط الصحة القروية للدفع المسبق في غينيا - بيساو هو مثال بسيط لمخطط التأمين الصحي المجتمعي الذي يجمع المخاطر لخدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية (خاصة الأدوية)، في حين تبسيط متطلبات الإدارة. ثلاث مكونات تدعم المخطط: مشاكرة المجتمع - تعبئة الموارد المحلية، ووجود عقد رسمي بين زعماء القرى، ووزارة الصحة العامة. هذا العقد يحدد القوانين التالية للفترة، والحكومة:

- i. القرية مسؤولة عن إعداد الرسوم (الأقساط) سواء كانت المدفوعات الفردية، أو لكل بالغ، أو لكل أسرة، وتكون الرسوم موحدة في كل قرية.
- ii. القرية مسؤولة عن التأكد من توفر الأموال من المخططات، والتأكد من استمرار إمدادات الأدوية.
- iii. يتم تسمية لجنة محلية لإدارة أنشطة النظام على مستوى القرية.
- iv. القرية مسؤولة عن بناء مركز صحي بغض النظر عن بعض البنود المحددة المقدمة من قبل وزارة الصحة العامة.
- v. تقوم الحكومة بتقديم بعض الإمدادات الأساسية للأثاث، والمعدات، وحوالي 6 شهور من إمدادات الأدوية للقرية كما تقوم بمعونات من الأدوية التي تطلبها القرية مسبقاً.
- vi. يتم تدريب قروي، أو أكثر ليكونوا عمال صحة في القرية، والقابلات. حيث إن المخطط لا يستخدم نظام رسوم المستخدم للخدمات، وبالتالي لاداع لأنظمة محاسبة، وحماية الأموال على مستوى القرية. يتم جمع المدفوعات مسبقة الدفع على مرة واحدة من خلال لجنة أمين صندوق القرية، ومن ثم بعثها من خلال نظام الصحة ليتم ايداعها في حسابات مخصصة لشراء الأدوية. بالإضافة إلى ذلك لا يتم عمل فواتير حيث إن مزودي الصحة لا يقومون بالتسديد للخدمات، ولا داع لتقدير الخطر حيث إن الأقساط تابعة للتقييم المجتمعي. قد ذكر أكلوند ووستافم (Eklund and Stavem 1995) في استنتاجهما التقييم التالي:



يتم منع الانتقاء المعاكس بشكل تقريري عن طريق عضوية شاملة في كل قرية مشاركة. كما يتم تجنب المخاطر الأخلاقية من خلال تيقظ عمال الصحة في القرية، والقابلات حيث يصرفون الأدوية حسب الاحتياج مستندين في ذلك على التشخيص، وضغط المجتمع المحلي.

وعلى الرغم من أن تكاليف الشفاء رخيصة الثمن إلا أن هذا يتسبب في تقليل إجمالي كمية تعبئة الموارد. يمنع القرويون مواد البناء للناقل المتسلل العام، ولعمال الصحة في القرى، والقابلات، وذلك لتنفيذ وإدارة المخططات، ولا تتعكس أيًّا من تلك التكاليف على تكاليف الشفاء، إضافة إلى ذلك فإن المجبين عبروا عن استعدادهم للدفع المسبق لبلغ أكبر شريطة أن تتاح لهم الأدوية في الوقت المناسب. يتم دعم الأدوية بشكل كبير إلى «الناقل المتسلل العام» إلا أن أسعارها لا تزداد بانتظام لتعكس أي تضخم، أو انخفاض. كما أن درجة دعم إمدادات الدواء للـ«الناقل المتسلل العام» في زيادة مستمرة مع الوقت.

أشارت الدراسات الاستقصائية أن مستوى الرضى عن مراكز الصحة في القرية كانت كبيرة على الرغم من وجود أدلة على الاستفادة السريع لمخزون الأدوية. كما أن رغبة المستجيبين بالدفع المسبق مربوطة بالتحسينات في جودة الخدمة بما فيها توفير الأدوية بشكل أكبر، وتحسين التدريب للقابلات في القرى. إلى الآن جودة الخدمة التي يمكن منحها في مراكز الصحة في القرى تعتمد بشكل حاسم على مدى الدعم من باقي نظام الرعاية الصحية.

(Eklund and Stavem 1995).

نشاط 3.12:

- بعد أن قمت بقراءة المعلومات السابقة عن مخطط التأمين المجتمعي في غينيا -
بيساو قم بالإجابة على الأسئلة التالية:
1. كيف تختلف مخططات الثمانية عشر قرية فيما يخص التأمين المجتمعي في غينيا - بيساو؟
 2. كيف تسيطر مخططات الدفع المسبق في الريف على المخاطر الأخلاقية، والانتقاء المعاكس؟
 3. ما الآثار التي بلغ عنها فيما يخص توافر الدواء، وجودة الرعاية؟

التغذية الراجعة:

1. تعتمد معظم المخططات على سعر صرف ثابت للفرد، أو لكل عائلة شاملة الأطفال. تعد المساهمات معدل صافي بغض النظر عن الدخل، ولكن يتم إعفاء الفقراء من المدفوعات.
2. الخاطر الأخلاقي يسهل السيطرة عليها في المجتمعات الصغيرة حيث يعرف أهل القرية بعضهم البعض، كما يعرف عمال الصحة احتياجات مرضاهن. يتم منع الانتقاء المعاكس نسبياً من خلال العضوية الشاملة.
3. على الرغم من عدم التكافؤ في توافر الدواء في بعض الأحيان، إلا أن جودة الرعاية في تحسن مستمر بعد الدخول التأميني.

مصادر أخرى للتمويل:

يشكل تمويل المتبرع، ومدفوعات الجيب مصدران لا يستهان بهما في تمويل الرعاية الصحية، وبالخصوص في الدول ذات الدخل الأقل. في حين أن مدفوعات مزود الصحة المباشرة تعد تراجعية حيث إن المدفوعات موحدة، وتشكل عبئاً أكبر للفقراء عن الأغنياء. كما أن هذه المدفوعات أكبر، وتمثل نسبة أعلى من مجموع التمويل الصحي في الدول منخفضة الدخل. درجة الإنفاق في التمويل الصحي بشكل عام تتوقف على مشاركة كل مصدر من مصادر التمويل الصحي في النظام برمتها. وثمة مسألة أخرى، وهي مدى الأموال التي يتم تحصيلها عبر المخططات.

الملخص:

لقد تعرفت على مبادئ التغطية الشاملة وأليات طرق التمويل التي تساهم في الوصول لتلك التغطية. كمارأيت المميزات، والعيوب النسبية للتأمين الصحي الاجتماعي مقارنة بالضرائب العامة لتحقيق التغطية الشاملة، وقد رأيت الأدوار المحتملة، وقيود التأمين الصحي التطوعي سواء كان التأمين الصحي الخاص، أو التأمين الصحي المجتمعي، وبالتالي قام هذا الفصل باستعراض الأساليب الرئيسية للتأمين الرعاية الصحية بشكل كامل: الضرائب - التأمين الاجتماعي - التأمين الخاص - إنفاقات مدفوعات الجيب، وسوف تتعرف الآن على كيفية التقييم الاقتصادي.

الباب الخامس

التقييم الاقتصادي

Economic evaluation

الفصل الثالث عشر

ما التقييم الاقتصادي، وما الأسئلة التي من الممكن أن تساعد في الإجابة عليه؟

What is economic evaluation and what questions can it help to answer?

نظرة عامة:

حتى الآن، تعلمنا أن الأسواق المنافسة التامة توفر توزيعاً أكثر كفاءة للموارد. وقد تعلمنا أيضاً أن الأسواق في الرعاية الصحية تعاني من عدد من الإخفاقات، ولهذا السبب (وكذلك شواغل العدالة) تتدخل الحكومات، وعدم وجود سوق لا يزيل المشكلة المركزية في تخصيص الموارد الشحيحة، وسوف نتعلم في هذا الفصل، وفي الفصول الثلاثة القادمة، أن التقييم الاقتصادي هو واحد من المدخلات التي من الممكن أن تساعد مع تخصيص الموارد في الأماكن التي لا يوجد بها أسواق.

سوف نبدأ استكشافنا للتقييم الاقتصادي بتقديم بعض المفاهيم الأساسية. وسوف نواجه هذه المفاهيم من خلال الثلاثة فصول القادمة، لذلك من المهم أن نستوعبهم، وهذا الفصل أيضاً سوف يعطينا نظرة عامة على أنواع التقييم الاقتصادي وأنواع سياسات الأسئلة التي يمكن أن يعالجها. الفصل 14، و15 يتناول طرق القياس وتقييم التكاليف والعواقب، بينما الفصل 16 فيناقش طرق تقديم وتفسير المعلومات عن التكاليف، والعواقب لإبلاغ صانعي قرارات الرعاية الصحية.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل سوف نصبح قادرين على:

- تعريف التقييم الاقتصادي.
- وصف الطرق المختلفة للتقييم الاقتصادي.
- شرح كيف أن التقييم الاقتصادي يساعد على تقييم الكفاءة.
- شرح الخطوات الرئيسية للتقييم الاقتصادي.
- وصف كيف أن التقييم الاقتصادي من الممكن أن يساهم في الإجابة على أسئلة التأمين.

المصطلحات الأساسية:

تحليل التكلفة والعائد هي تقنية تقييم اقتصادي يتم بها التعبير عن النتائج من الناحية النقدية.

تحليل فاعلية التكلفة هي تقنية تقييم اقتصادي يتم بها التعبير عن الوحدات الصحية مثل سنوات العمر المحفوظة.

تحليل فائدة التكلفة تقنية تقييم اقتصادي يتم بها التعبير عن الوحدة الصحية التي تلتقط ليس فقط الكمية بل نوعية الحياة.

التقييم الاقتصادي يقارن بين التكلفة، وعواقب تدخلات الرعاية الصحية البديلة لتقييم قيمة أموالهم.

تحليل الحساسية العملية التي تقييم مدى متانة نتائج عملية التقييم الاقتصادي من خلال تغيير الافتراضات المستخدمة في التحليل.

يوم في حياة وزير الصحة:

بما أن الأسواق الحرة نادرًا ما تكون موجودة في الرعاية الصحية، فإن القرارات يجب أن تتم حول الخدمات الصحية التي يجب أن تمول لمواجهة ندرة الموارد. وهذه

قرارات صعبة الاتخاذ خاصة عندما تتحسن التكنولوجيا الطبية، ويزداد التوسيع في الدخل الحقيقي، والعديد من البلدان ذات السكان كبار السن.

ولقد لاحظ وزير الصحة ذات مرة أن الشيء الوحيد الذي يواجهه وزير الصحة المناقشة مع الأطباء المتخصصين هو المال، ويبدوا أن هناك ما لا يكفي من المال للقيام بكل الأشياء التي تستحق القيام بها، وزارات الصحة في كثير من الأحيان تواجه الحالات التي بها كل طلب للحصول على تمويل إضافي، والتي قد تكون مشروعة لتحسين الصحة، ولكن الميزانية في كثير من الأحيان لا يمكن أن تغطي جميع الطلبات، وعلى سبيل المثال، لنفترض أن وزير الصحة يستقبل طلبات من برنامجين مختلفين، أحدهما من برنامج للسل، والآخر من البرنامج الموسع للمناعة. فإن البرنامج الأول يحتاج إلى تمويل إضافي للعلاج الملاحظ المباشر - قصير المدى، والنظام الثاني يتطلب إضافة لقاح الالتهاب الكبدي البائي لبرنامج الروتيني، دون زيادة في الميزانية العامة فإن النظم الجديدة لا يمكن تغطيتها مالم يتم خفض بعض البرامج الأخرى.

ولذا فإن السؤال يمكن هنا ،كيف يمكن للوزير أن يقرر أي من هذه الطلبات ينصح بدعمه؟ بدعم واحد من هذه البرامج، أو الاثنين إذا كان ذلك متاح، يعني أن هناك شيء آخر ينصح بأن يتم تقليله - فائي البرامج ينصح به؟ أي من هذه التدخلات جدير بالاهتمام؟، وهنا يأتي دور التقييم الاقتصادي واضحة في الصورة.

تأثير المشكلات الصحية:

إن الأولويات الرئيسية للعديد من المجتمعات حول العالم، هو تخفيف وطأة المشكلات الصحية، الأمراض، الإصابات، أو عوامل خطورة أي من هذه. تأثير مثل هذه المشكلات الصحية من الممكن أن تتجلى واضحة بصور مختلفة - الإعاقة الجسدية، معدلات المرض والوفيات، الضائقة الانفعالية، الصعوبات الاجتماعية، والعزلة، وكذلك الخسائر المالية والاقتصادية، وكل مظهر من الممكن أن يلاحظ على مستوى الفرد، العائلة، والأسرة، المجتمع المحلي، وباقى المجتمع. تأثير المشكلات الصحية من الممكن أن تقايس بالأتي:

- عدد الحالات.
- عدد الوفيات.
- كمية العجز، الألم، أو المعاناة.
- عدد الأشخاص الذين لديهم عوامل خطورة.

- كمية الأموال المنفقة في المشكلات الصحية.
- كمية الدخل المفقود نتيجة للمشكلات الصحية.

وعلى سبيل المثال، فإن الوفاة التي تحدث للطفل المولود لأم لديها بالفعل طفلين وهي المدرسة الوحيدة بالقرية من الممكن أن تقاس بطرق مختلفة مثل:

- «حالة» معدل وفيات الأمهات.

- عدد سنوات الحياة التي فقدت فيها الأم بموت قبل فوات الأوان.
- مقدار أجورها التي لم تتلقاها أسرتها.

تأثير فقدان أجرها، خاصة لأطفالها في سن الدراسة الذين لا يستطيعون التعلم لأن مصاريف التعلم لم تعد متاحة.

الخسارة لزوجها الذي يفتقد مشاركته معها، ومهاراتها كمدبرة منزل والتزامها لجزء من الوقت.

- فقدان التوجيه، والتدريب لأطفالها الصغار.
- فقدان استثمار والديها في تدريبيها، وتنقيفيها حتى تصبح معلمة.
- فقدان النظام الدراسي لها، والتدريب للمعلمين الجدد ليحلوا محلها.

لذلك، فإنه في التقييم الاقتصادي يتم تقييم آثار المشكلات الصحية، وذلك باستخدام مجموعة متنوعة من المقاييس الصحية مثل عدد من الحالات المرضية، عدد الوفيات بسبب المرض، وعدد سنوات الخسارة المحتملة للحياة بسبب المرض، أو من الناحية المالية حيث تكلفة المشكلات الصحية. القيمة النقدية للموارد المستهلكة، أو المفقودة بسبب المشكلات الصحية.

الموارد المحتاجة للتدخل:

لقد علمنا سابقاً أنه لسنا نملك المال الكافي لعمل كل شيء نود القيام به، لذلك فنحن نعلم أيضاً أن كل التدخلات الممكنة المتاحة للمشكلات الصحية ليست كافية، وذلك يعني أننا نحتاج أيضاً أن نعرف قيمة التدخلات، وتحديد تكلفة هذه التدخلات يكون أحياناً معقداً، والخطوة الأولى هي معرفة الموارد المحددة المستخدمة لإجازة هذه التدخلات. الموارد هي المكونات لتدخلات العناية الصحية، ويشار إليها أيضاً بالتدخلات، أو مدخلات الموارد، وكطريقة مفيدة يتم تقسيم الموارد لسبعة أقسام:

- الموظفين.
- مبانٍ ومساحات.

- معدات.
- إمدادات، وأدوية.
- نقل.
- تدريب.
- تعبئة اجتماعية، وإعلانية مشتملة على معلومات، تعليم، واتصالات.

نشاط: 1.13

بالنظر إلى صورة جلسات رصد النمو لدولة منخفضة الدخل. ما هي الموارد المستخدمة لوصف التدخلات الصحية؟



(الشكل 1.13): التدخل الصحي في البلدان النامية.

Source: Global Samaritans.

التغذية الراجعة:

في الصورة من المحتمل أنه قد يكون أول ما يكون قد لفت انتباحك هو المعدات، وبخاصة مقياس الوزن. ثم بعد ذلك سوف تلاحظ موظفو الهيئة، المرضية التي تدون

أوزان الأطفال، وهي متدرية على القيام بهذا الدور، ومن الممكن أن تنسى السائق والسيارة، فهم ليسوا في الصورة، والنشاطات الأخرى تشمل المحافظة على السيارة، والمعدات، تدريبات موظفي الهيئة، والإشراف للمستوى الأعلى من موظفي الهيئة في مركز صحي أو في أي مكان كانوا. وهناك مورد آخر لا بد من أن يكون في الاعتبار، وهو وقت الأمهات، فمن الممكن أن يقمن بنشاطات أخرى بدلاً من انتظار أطفالهن حتى يتم وزنهم. وكيف تعلم الأمهات أنه سوف يكون هناك جلسات رصد النمو في هذا المكان وفي هذا الوقت؟ وذهبت الموارد لإعلام الأمهات وحثهن على جلب أطفالهن.

بعد التعرف على الموارد، نحن محتاجين لقياس لأي مدى قد تم استخدام كل مورد. وهذا ما يدعوه الاقتصاديين بالتوقع، ما هي كمية كل مورد أو مدخل المطلوبة للحصول على خدمات رصد النمو. وفي النهاية، نحن محتاجون لتحديد قيمة كل مورد قد تم استخدامه، فبذلك يتم حساب قيمة التداخلات. ومن أكثر الطرق المباشرة لتقدير الموارد هو استخدام المال كوسيلة لقياس، وبعض التكلفة لن يكون من السهل تحديدها، مع الأخذ في الاعتبار وقت المرأة الذي تحضر فيه أطفالها لجلسات رصد النمو. كيف يمكن تحديد قيمتها بمقاييس مالية؟ حتى هذه اللحظة، يكفي أننا بدأنا في أن نكون على علم بأن التكلفة ليست دائماً مسألة بسيطة لجمع المعلومات الخاصة بالسعر، ومن الممكن أن تحتاج لمهارات ورأي الاقتصاديين. سوف يتم استكشاف التكلفة عن قرب في الفصل القادم إن شاء الله.

النتائج، أو العواقب:

إن الهدف من هذه التدخل هو الحد من تأثير المشكلة الصحية. والتقييم الاقتصادي، نحتاج إلى قياس مدى كمية التأثير الذي يتم تقليله. وللتعرف ما إذا كان التدخل كان جيداً بما فيه الكفاية لتبرير تكلفته، عليك أن تعرف كيف أن المشكلة الصحية تتغير بعد التدخل خاصةً تحتاج لعرفة ما يحدث كنتيجة للتدخل، وبعبارة أخرى، النتيجة أو النتائج المرتبطة على التدخل.

يمكنك تقييم هذا التغيير من خلال قياس الفرق في مشكلة صحية بأحد الطريقتين. يمكنك قياس أي تأثير لهذه المشكلة الصحية قبل وبعد تدخل، أو مع ودون تدخل. ولهذا السبب فإن التقييم الاقتصادي غالباً ما يتم جنباً إلى جنب مع التجارب الإكلينيكية، أو بعض الأشكال الأخرى من أشكال التدخل للتقييم حيث يتم تقييم هذه الآثار على وجه التحديد.

حيث يتم تقييم التأثير باستخدام إما التدابير الصحية (عدد الوفيات، عدد من الحالات، وغيرها)، أو بما يعادلها نقدياً، وحيث إن النتيجة هي مجرد اختلاف في التأثير، فإن الواحد المستخدمة لقياس النتائج تكون مماثلة للوحدات المستخدمة في قياس التأثير.

فلنأخذ على سبيل المثال استخدام الناموسيات المشبعة بالمبيدات للوقاية من الملاريا. إذا أردت تحديد أثرها، فإنه يمكن حساب عدد وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر، و5 سنوات في إحدى القرى حيث تكون الناموسيات مشبعة بالمبيدات، ومقارنتها بعدد الوفيات الناجمة عن الملاريا في قرى مشابهة من حيث الحجم، والخصائص التي تكون بها الناموسيات غير مشبعة بالمبيدات. لنفترض أن النتائج أظهرت أن:

- القرى التي لم تتلقَّ التدخل بها 73 حالة وفاة جراء الملاريا.
- القرى التي بها الناموسيات مشبعة بالمبيدات (بالتدخل) بها 16 حالة وفاة جراء الملاريا.

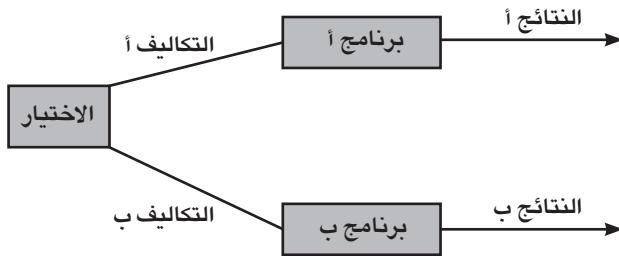
وكلنتيجة للتدخل، فإنه يمكننا استنتاج أن هناك 57 شخصاً أقل في الوفيات جراء الملاريا. نتيجة التدخل الجديد للملاريا آنذاك هو تقليل الوفيات عن 57 حالة.

وحيث إن الهدف من العناية الصحية هو تحقيق خفض أكبر في المشكلات الصحية قدر الإمكان، فإن ميزانية الرعاية الصحية الخاصة بك في كثير من الأحيان لا تسمح لك بتنفيذ جميع التدخلات المرغوب فيها. تلك هي بالضبط المعضلة نفسها التي يواجهها وزير الصحة في بداية هذا الفصل. وزير الصحة، أو وزيرة الصحة ما زال يواجه التحدي في مقارنة الطلبات الخاصة بالتمويل لمرض (السل) لعمل اختبار العلاج الملاحظ المباشر قصير المدى مع الطلبات الخاصة بتمويل برنامج التحسين الموسّع الخاص بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي. بعض القرارات يجب أن يتم اتخاذها فيما يتعلق بالقيمة النسبية لهذه التدخلات، وهذا يبين كيف أن الاقتصاد كنظام يمكن أن يساعد.

ما التقييم الاقتصادي؟

وفقاً لدروموند وأخرين 2005 (Drummond et al. 2005) هناك سمتان تميزان التقييم الاقتصادي:

هي تحليل مقارن (مثال: هي تقارن بين اثنين، أو أكثر من الخيارات المختلفة)، وهي أيضاً تقارن بين هذه الخيارات من حيث تكلفتها، ونتائجها. (الشكل 2.13) يوضح ذلك. ويوجد بديلان لها (أ ، ب). وعند تقييم البرامج (أ ، ب)، علينا مقارنة التباين في التكلفة مع التباين في النتائج. وهذا ما يسمى بالتحليل التزايدية. دعنا الآن نبدأ بالتفكير في مقارنة التكاليف، والنتائج للتدخلات المختلفة بطريقة عملية.



(الشكل 2.13): التكاليف، والنتائج المصدر.

Source: Drummond et al. (2005).

نشاط 13.2

تخيل أن البرنامج (أ) هو برنامج مجتمعي واسع يشتمل على الناموسيات الخالية من المبيدات المستخدمة لمكافحة الملاريا. ما هي البرامج البديلة التي يمكن أن تريدها للمقارنة ضد هذا؟

التغذية الراجعة:

هنا بعض الاقتراحات، ولكن من المحتمل أن تفكر في اقتراحات أخرى. وقد ركزنا على الملاريا ولكن قد تكون مهمتم مقارنة تدخلك مع غيرها من برامج الأمراض المعدية أو البرامج غير الصحية البديلة في قطاعي الزراعية والتعليم.

- لا تفعل شيئاً (أي لا تطبق الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات).
- استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات فقط في المجموعات المستهدفة (النساء الحوامل والأطفال دون الخامسة).
- التسويق الاجتماعي للناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات - مشاريع التسويق الاجتماعي تشجيع شبكات التوزيع للقطاع الخاص على جعل المنتجات الصحية متاحة للأشخاص ذوي الدخل المنخفض بأسعار مدعومة. وتبعاً لمنتجاته، بدلاً من منحها مجاناً.
- توزيع الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات فقط في المناطق التي تستوطن فيها الملاريا.
- أشكال أخرى من السيطرة على مرض الملاريا مثل الرش الباقي داخل المبني، أو العلاج الافتراضي المتقطع عند النساء الحوامل، أو الأطفال الرضع.
- معالجة الملاريا باستخدام أدوية مختلفة مضادة للملاريا.

أنواع التقييم الاقتصادي:

(الجدول 1.13) يلخص الأنواع المختلفة من دراسات التقييم الاقتصادي.

تحليل عائد التكلفة:

تحليل التكلفة والعائد، هو وسيلة للتقييم الاقتصادي حيث تتم مقارنة القيمة النقدية للموارد المستهلكة من قبل الصحة (التكاليف) مع القيمة النقدية للنتائج (الفوائد) التي حققها التدخل. في حين يمكن معنى صالح في شيء جيد، وفي تحليل التكلفة والعائد تعني القيمة النقدية للنتائج التي حققها هذا التدخل. تحليل التكلفة والعائد يكون مناسباً عندما يكون صانع القرار يريد أن يعرف: هل سياسة التدخل واحد أو سياسة عدد من التدخلات جديرة بالتنفيذ (مثلاً: هل الفوائد أكثر من التكاليف؟) اثنين من مؤشرات التكلفة، والمنفعة الشائعة هي:

(الجدول 1.13): أنواع التقييم الاقتصادي.

قياس / تقييم العواقب	تحديد العواقب	قياس / تقييم التكاليف لكل البديل	نوع التحليل
الوحدات النقدية	تأثير واحد، أو متعدد، ليس بالضرورة اشتراكه لكل البديل	الوحدات النقدية	تحليل - التكلفة - العائد
وحدات طبيعية (مثال: سنوات الحياة المكتسبة، نقاط خفض ضغط الدم، إلخ..)	تأثير واحد من الفائدة، مشترك مع كل البديل، ولكن يتحقق بدرجات مختلفة	الوحدات النقدية	تحليل فاعلية - التكلفة
السنوات الصحية (تقاس عادة بنوعية سنوات العمر المعدلة)	تأثير واحد أو متعدد، ليس بالضرورة اشتراكه لكل البديل	الوحدات النقدية	تحليل فائدة - التكلفة
لا شيء	لا شيء	الوحدات النقدية	تحليل التكلفة

- صافي القيمة الحالية: وهذه النتيجة يتم التعبير عنها برقم واحد مع وحدات نقدية.
- نسبة الفوائد، والتكليف: وهذه النتيجة يتم التعبير عنها بنسبة الفوائد إلى التكاليف.

صافي القيمة الحالية يتم احتساب صافي القيمة الحالية عن طريق طرح تكلفة هذا التدخل من فوائدها، وعندما تكون الفائدة أكبر من التكاليف، فإن الفائدة الصافية سوف تكون أكبر من الصفر. وهذا يقول إن قيمة النتائج تستحق أكثر من قيمة الموارد المستخدمة من قبل التدخل، وبالتالي فإن التدخل جدير بالاهتمام.

طريقة أخرى للمقارنة بين التكاليف، والمنافع (عن طريق نسبة الفوائد، والتكليف). هذه ببساطة الفوائد مقسومة على التكاليف، وكلما ارتفعت نسبة الفوائد، والتكليف، تكون التدخل جدير بالاهتمام، وبعض هذه التدخلات تكون في الواقع موفرة للتكنولوجيا، وبعبارة أخرى، فإن تنفيذها يساعد على توفير المال للخدمات الصحية، أو للمجتمع ككل.

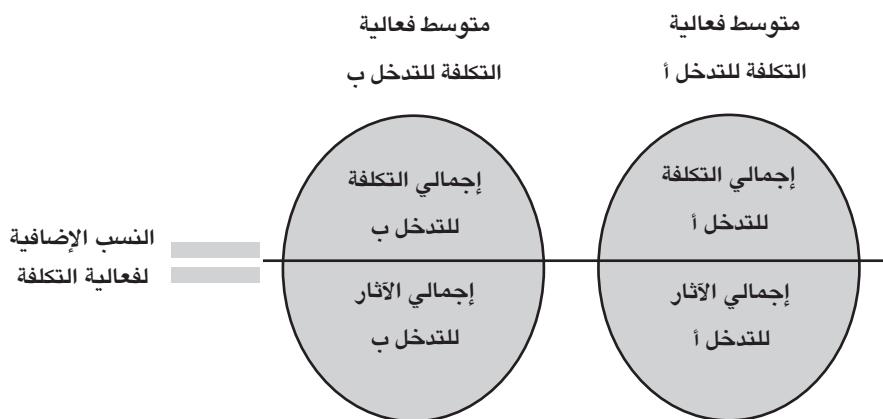
من وجهة نظر المجتمع، بما أن صافي الفوائد أكبر من الصفر، أو أن المنافع تتجاوز التكاليف (نسبة الفوائد، والتكليف أكبر من 1)، فإنه ينبغي تنفيذ التدخل. في الوقت الراهن، من المهم أن ندرك أن الاستئناف الأكبر لتحليل التكاليف، والعائد تكمن حقيقته في أنه يمكن استخدامه لمقارنة تدخلات مع مجموعة من نتائج مختلفة، وهذه التدخلات يمكن ربطها بقطاعات مختلفة من الاقتصاد. عملياً، ومع ذلك، فإن التقييم النقدي للمنافع في تحليل التكلفة والعائد أمر صعب، ووضع قيمة على حياة، وصحة الإنسان سيكون من الصعب للغاية. وصانعوا القرار يمكنهم أيضاً العثور على مبلغ واحد يمثل التكاليف والفوائد لبرنامج لا يمكن اختراقه قطعاً .(Fox-Rushby and Cairns 2005)

تحليل فعالية التكلفة:

تحليل فعالية التكلفة هو الشكل الأكثر شيوعاً للتقييم الاقتصادي في القطاع الصحي. في إطار هذا الأسلوب، قيمة الموارد المنفعة على التدخل تقارن مع كمية الصحة المكتسبة نتيجة لذلك، وعلى عكس تحليل التكلفة، والعائد، الذي يقارن بين التكاليف النقدية مع النتائج النقدية، تحليل التكلفة، والعائد يقارن تكلفة هذا التدخل مع نتائج التدخلات الصحية.

عادةً ما يتم التعبير عن فعالية التكلفة كنسبة من التكاليف مقسوماً على النتائج الصحية. ونسبة فعالية التكلفة للتدخل الواحد يمكن مقارنتها مع تلك من آخر. نسبة فعالية التكلفة عادةً ما تأتي في شكل نسب متوسط فعالية التكاليف، أو النسب الإضافية لفعالية التكلفة نسب متوسط فعالية التكاليف تتعلق بتدخل واحد حينما تقوم نسبة فعالية التكاليف الإضافية بمقارنة نسبة التكلفة، والتأثير. متوسط نسب فعالية التكاليف هي نسبة الفرق في التكلفة بين بديلين إلى الفرق في الفاعلية بين البديلين نفسها. وهذا النوعان من نسبة فعالية التكلفة مبين في (الشكل 3.13).

حيث كانت التدخلات مستقلة (التكاليف والتأثير لتدخل واحد تتأثر بإدخال تدخل آخر (أو تدخلات)، ثم يمكن حساب نسب فعالية التكلفة لكل تدخل وتصنيفها لإعطاء تلك التي لها أقل (ACER) أولوية أعلى. ومع ذلك، فإن التدخلات في كثير من الأحيان لا يستبعد بعضها بعضاً، على سبيل المثال المقارنة بين نوعين من الاختبارات لتشخيص الملاريا. وفي هذه الحالة فنحن بحاجة إلى معرفة ما هي المزايا الإضافية التي يمكن الحصول عليها من التدخل الجديد وعند أي تكلفة إضافية. وهنا يأتي دور النسب الإضافية لفعالية التكلفة (ICERS). وسوف نعود إلى نسبة فعالية التكلفة في الفصل 16 (CER).



(الشكل 3.13): التقييم الاقتصادي المقارن.

Source: (Fox - Rushby and Cairns 2005).

وقد طبّقت تحليل فعالية التكلفة (CEA) في العديد من الأنواع المختلفة من التدخلات الصحية، ونتائجها - وعلى سبيل المثال فإن التكلفة لكل سنة من سنوات العمر - في كثيرٍ من الأحيان تفسر بسهولة من قبل المخططين، وصانعي السياسات، ومع ذلك، واحداً من القيود الرئيسية لتحليل فعالية التكلفة هو أن يقتصر على مقارنات للتدخلات التي لديها وحدة مشتركة واحدة من التأثير.

تحليل فائدة التكلفة:

تحليل فائدة التكلفة هو أوسع شكل من أشكال التحليل أكثر من تحليل فعالية التكلفة لكن يعتبر كبديل من النهج العام (Drummond et al. 2005)، ولهذا السبب غالباً ما يتم مناقشتها تحت عنوان تحليل فعالية التكاليف. باستخدام تحليل فعالية التكلفة، يمكن للمرء أن يقيم جودة ما، على سبيل المثال، سنوات العمر المكتسبة، وليس فقط عدد السنوات التي يعيشها خاصة في مجال الصحة. يفيد هذا خاصة في تلك التدخلات التي تمت عبر الحياة، ولكن على حساب الآثار الجانبية (مثال: علاج أنواع معينة من السرطان). المقياس الأكثر شيوعاً في نتائج تحليل فائدة التكلفة هي جودة سنة الحياة المعدلة، وكذلك عجز سنة الحياة المعدلة.

تحليل فائدة التكلفة قد وضعت لمعالجة مشكلة تحليل فعالية التكلفة العادي، والتي لا تسمح لصانعي القرار بمقارنة قيمة التدخلات للمشاكل الصحية المختلفة. في حين أن هذا هو مصدر قوة واضح للنهج، وشكك بعضهم في قدرة تحليل فائدة التكلفة لاستيعاب كل الخصائص المرتبطة بقيمة التدخل. على سبيل المثال، عجز سنة الحياة المعدلة لا تستوعب الاختلافات في خصائص عملية التدخلات (مثال الاحترام، الاستقلالية، توفير المعلومات، إلخ)، رغم وجود أدلة قوية على أن المرضى يربطون القيمة بهذا (Mooney 1994; Howard et al. 2008).

تحليل التكلفة أو تحليل التكلفة المخفض:

تحليل التكلفة المخفض هو مجموعة فرعية على نطاق ضيق من تحليل فعالية التكلفة. وهو يستخدم في قياس، ومقارنة تكاليف المدخلات من خلال البدائل حيث هناك أدلة جيدة بأن النتائج تكون متطابقة، وبالتالي فإن أنواع التدخلات التي من الممكن تقييمها بهذه الطريقة تكون بالأحرى محدودة.

نشاط 3.13

الآن أصبح لديك الفهم للأنواع الأساسية للتقييم الاقتصادي. ومن المهم أيضاً تعلم كيف أن تلك التقنيات من الممكن أن تستخدم لمواجهة المسائل المتعلقة بالسياسات. ولكل سؤال من السياسات المدرجة بالأصل، عرف أي نوع من التقييم الاقتصادي سيكون أنساب للاستخدام مع توضيح السبب. فكرة هذا التمرين مستوحاة من أنشطة متشابهة مستخدمة من قبل فوكس رشبي وكارينس (Fox - Rushby and Cairns).

(2005).

1. وزارة المالية تود معرفة ما إذا كان الأمر يستحق استثمار مزيد من الموارد لمكافحة الملاريا أو في بناء مدارس ابتدائية جديدة.
2. وزارة الصحة تود مقارنة تكاليف تلقي المضادات الحيوية عن طريق الوريد في المستشفيات مع تلقي المضادات الحيوية نفسها (والجرعة نفسها) في المنزل من خلال خدمة الرعاية الصحية المنزلية.
3. وزارة الصحة تود مقارنة التكاليف، والنتائج لاثنين من التدخلات لمعالجة المراحل الأولى من سرطان الثدي، أو استئصال الثدي دون إعادة بنائه مقارنة بالجراحة المحافظة للثدي، والعلاج الإشعاعي (المحافظة على الثدي).
4. برنامج معالجة الملاريا يود استخدام التقييم الاقتصادي لمقارنة اثنين من سياسات التشخيص المختلفة لمعالجة الملاريا؛ مجهرياً، واختبارات التشخيص السريع.

التغذية الراجعة:

1. (تحليل التكاليف، والعائد)، حيث إننا نتعامل مع حجم الميزانية، ومقارنة التدخلات عبر مختلف قطاعات الاقتصاد.
2. (تحليل التكلفة المنخفض)، حيث النتائج ينبغي أن تكون متشابهة.
3. (تحليل فائدة التكلفة)، حيث من المحتمل أن تكون هناك اختلافات في معدلات الوفيات والمراضة.
4. (تحليل فعالية التكلفة)، حيث إنه من المحتمل أن تكون هناك وحدة مشتركة من التأثير - مثال: التكلفة كل حالة مكتشفة.

الكفاءة والتقييم الاقتصادي:

من المهم أن ندرك أن التقييم الاقتصادي ليس فقط اختيار الخيار الأرخص. وفقاً لما ينارد (1987)، فإن متابعة الممارسات الفعالة ليست مجرد خفض التكاليف. إذا كان كذلك، فإن معظم الممارسات الفعالة لا تفعل شيئاً كما أنه يدفع التكاليف إلى نقطة الصفر.

يمكن استخدام الأشكال الرئيسية للتقييم الاقتصادي لمتابعة نوعين من الكفاءة: الاقتصادية، والشخصية، وقد تعلمنا في الفصل 7 أن الكفاءة الاقتصادية تسهم في تقدير القيمة النسبية للمال من التدخلات مع نتائج قابلة للمقارنة مباشرة. بعبارة أخرى، فإن الكفاءة الاقتصادية تختص بما هي الطريقة الأقل تكلفة لتحقيق هدف معين؟، والكفاءة الشخصية توصف الحالة حيث يتم تخصيص الموارد، والسلع التي تتوزع بالطريقة التي تحقق أقصى قدر من الرعاية الاجتماعية، والكفاءة الشخصية تحكم ما إذا كان الهدف نفسه من المجدى متابعته. وهذا يتطلب منا أن نلقي «منظور المجتمع»، والنظر في التكاليف، والفوائد داخل، وخارج القطاع الصحي.

تقوم تحليل فعالية التكلفة وتحليل فائدة التكلفة على إنتاج نهج وظيفي (انظر الفصل 5)، والذي يركز على الطريق الأقل تكلفة لإنتاج سلعة سواء كان سيارة، أو استبدال مفصل الورك. هذه التقنيات تحسب نسبة المساهمة في الدخل، أو الناتج (أو العكس) مع مدخلات قيمة من الناحية النقدية، وبالتالي على قدر من الكفاءة الاقتصادية. تحليل فعالية التكلفة يعتبر المقياس الوحيد للفعالية، و كنتيجة فإنه في كثير من الأحيان يحذف فوائد، وتکاليف اجتماعية مهمة.

يمكن استخدام تحليل التكلفة، والعائد لقياس كل من الأسئلة الخاصة بالكفاءة الإقتصادية، والشخصية، ويمكن قياسها، سواء داخل قطاع الرعاية الصحية، أو في قطاعات أخرى من الاقتصاد من حيث المبدأ لأن ذلك يقيم جميع التكاليف ذات الصلة، والفوائد التي تنتج عن هذا التدخل. بينما من الناحية النظرية فإن هذا يوفر النموذج الأكثر شمولية للتقييم الاقتصادي، وقد اقتصر استخدامه في القطاع الصحي إلى حد كبير بسبب المشكلات العملية من قياس، وتقييم هذه الفوائد. إضافة إلى الكفاءة الاقتصادية والشخصية، فإن تحليل التكاليف، والعائد يستند على تحسين رفاهية باريتو، وبعبارة أخرى، فإن الهدف من تحليل التكلفة، والعائد هو توفير إطار عمل لتقييم قدرة هذا التدخل، أو سياسة لتقديم تحسن باريتو (انظر الفصل 7 للحصول على تفسير عن كفاءة باريتو).

مراحل التقييم الاقتصادي :

هناك أربع خطوات واسعة تأخذ في الاعتبار لإجراء تقييم اقتصادي:

- تحديد مشكلة القرار (المعروف أيضاً باسم «وضع التقييم في إطار»).
- تحديد، وقياس، وتقييم الموارد اللازمة.
- تحديد، وقياس، وتقييم العواقب الصحية.
- تقديم، وتفسير الأدلة الالزمه لاتخاذ القرارات.

سوف تتعلم عن الخطوة الثانية في الفصل التالي، والخطوة الثالثة في الفصل 15 والخطوة الرابعة في الفصل 16. في الوقت الحالي سوف نركز على تحديد مشكلة القرار.

تحديد مشكلة اتخاذ القرار:

عند تحديد مشكلة اتخاذ القرار سوف تحتاج إلى تضمين بيانات واضحة عن الغرض من التقييم، والجمهور المستهدف، والإطار الزمني، والمنظور، والتدخلات للمقارنة.

الهدف:

من المهم أن يكون واضحاً جداً حول لماذا يتم إجراء التقييم الاقتصادي، وبيان الغرض ينبغي أن يتضمن المعلومات التالية:

- التدخل (التدخلات).
- المشكلة الصحية التي يتناولها التدخل.
- سبب إجراء التقييم، وأهميته.
- وحدات التحليل.

وفيما يتعلق بالنقطة الأخيرة، فإننا نريد تحليلاً يكون ذا تأثير على السياسة العامة، ولذلك فمن المهم أن النتائج يجب أن تكون سهلة التواصل من حيث إن كليهما مفيد، ومفهوم للجمهور المستهدف. الناس تريد أن تعرف عن ما سيحصلون عليه من أموالهم، وهذا يكون أكثر سهولة للتواصل عندما يتم تبسيط التكاليف، والنتائج إلى وحدات يمكن للناس أن يفهموها.

الحضور:

والحضور الرئيسي ينبغي أن يكون لأولئك الذين يحاولون استخدام المعلومات.

نشاط 4.13

يمكنك تحديد ما هي المجموعات التي قد تستخدم نتائج التقييم الاقتصادي في عملية صنع القرار الخاص بهم؟

التغذية الراجعة:

والحضور ينبغي أن يشتمل على الآتي:

- الحكومة (على سبيل المثال: وزارة الصحة).
- المنظمات الصحية الدولية (مثل منظمة الصحة العالمية).
- بنوك التنمية متعددة الأطراف (مثل البنك الدولي).
- وكالات المعونة الثنائية (على سبيل المثال السويدية لوكالة الدولية للتنمية).
- المنظمات غير الحكومية (على سبيل المثال منظمة أوكسفام).
- شركات الأدوية.
- الشركات الصحية العالمية (الصندوق العالمي على سبيل المثال).
- التأييد، أو الجماعات ذات الاهتمام الخاص (مثل جماعات الدعوة لمكافحة التبغ).

سيكون للحضور تأثير هام على وجهة نظر التحليل، وهذا بدوره يجري مقارنة للخيارات المختلفة، والتقييم الاقتصادي يهدف إلى إبلاغ الجهات المانحة الدولية الكبيرة، مثل البنك الدولي، حول توسيع نطاق الفعالية، والتكلفة لمكافحة الملاريا في منطقة أفريقيا، وستكون مختلفة عن التقييم الذي تقوم به إحدى المنظمات غير الحكومية التي ترغب بمقارنة آليات تقديم الرعاية السابقة للولادة للمرأة التي تعيش في منطقة نائية في نيبال، والاختلافات الرئيسية تكمن في طريقة عرض النتائج، وأنواع التكاليف، والآثار التي تؤخذ في الاعتبار، ونحن سنعود للنقطة الأخيرة في إطار وجهات النظر.

الإطار الزمني:

تحمل التدخلات في كثير من الأحيان أنماطاً زمنية مختلفة في تكاليفها، ونتائجها، حيث إن التكاليف والنتائج تنتشر عادة بمرور الوقت (غالباً لعدد من السنوات)، وكثيراً، التكاليف، والنتائج تتغير مع مرور الوقت. فمن الشائع جداً أن يتم تكبد تكاليف التدخل في البداية، في حين أن الفوائد تحدث في المستقبل البعيد - على سبيل المثال سيكون برنامج التحسين لالتهاب الكبد الوبائي (ب). ولتحليل التكلفة يجب أن يؤخذ في الاعتبار مدة التدخلات، والنتائج بشكل منفصل، وضبطها للتغيرات الحادثة بمرور الزمن. والخصومات هو إجراء المستخدم من قبل الاقتصاديين لربط التكاليف، والنتائج التي تحدث في أوقات مختلفة على أساس مشترك، وسوف نتعلم المزيد عن هذه التقنية في الفصل التالي.

ولفهم لماذا، وكيف تختلف تكاليف التدخل، فكر في تقسيم التدخل إلى تكاليف بدء التشغيل (تلك المطلوبة لإعداد تدخلات)، وتكاليف الصيانة (تلك الازمة لحفظ على الحال). وإذا كنت قد قمت بتحليل التكاليف عند البدء في التدخل، فإنه سيكون من الخطأ أن نفترض أن تكاليف بدء التشغيل (مثل بناء عيادة جديدة) تكون متماثلة في التكاليف التي سوف تتحملها في سنوات لاحقة، وعلى العكس، إذا كنت قد بدأت بتحليل التكاليف بعد البدء بالتدخل، فإنه لا يمكن افتراض أن كل شيء وضع في بداية المشروع لم يعد يجب أن يدفع، وبالتالي فإن قيمته ستكون صفراً.

وجهات نظر: ماهي تكاليفها، ونتائجها؟

من المهم أن ندرك أن التدخلات الصحية كثيرةً ما يكون لديها التكاليف، والنتائج التي تؤثر على أجزاء مختلفة من المجتمع المنظور، أو وجهة النظر هو بمثابة العدسة التي من خلالها يتم فحص التكاليف، والعواقب، والتي من الممكن أن تكون واسعة، أو ضيقة. وجهات النظر شائعة الاستخدام تشتمل على ما يلي:

- المجتمعي - أوسع وجهة نظر ممكنة هي التي تأخذ في الاعتبار جميع التكاليف وجميع نتائج التدخل في مجال الصحة، بغض النظر عن من يتتحمل، أو الذين يكسبون منهم، والمنظور المجتمعي يتطلب مجموعة واسعة من البيانات الجزئية والكلية، وسيكون من المستبعد جداً التصدّي لحضور محدد.
- النظام الصحي - ومن الواضح أن أضيق وجهة نظر، هي التي تشتمل على التكاليف التي تتحملها، والنتائج الواردة للقطاع الصحي.

التفكير بشكل صحيح من خلال المنظور يمكن أن يوفر كميات كبيرة من الوقت والجهد في أداء التحليل لأنّه، اعتماداً على المنظور المتخذ، فإن بعض التكاليف، والنتائج التي من الصعب قياسها قد لا تؤخذ في عين الاعتبار.

أبسط مثال على ذلك هو النفقات للدواء. إذا كان المريض يجب أن يدفع 100 % من تكاليف الدواء، ثم أن التكلفة قد لا تكون مهمة بالنسبة للخدمات الصحية. ومن ناحية أخرى، فإذا كان النظام الصحي يجب أن يتحمل جميع تكاليف الدواء، فإن هذا سوف يقلص بشكل مباشر الأموال المتاحة للتدخلات الأخرى، والنظام الصحي قد يكون مهم جدًا بتكاليف الأدوية - كما سوف يظهر في المثال أدناه.

هل ينبغي توفير الأدوية باهضة الثمن مجاناً؟

باعتبار المرض الذي يكون فيه معالجة دوائية، ولكن الأدوية غالباً جداً - على سبيل المثال فإن تكلفتها تتراوح من 10,000 جنيه إلى 12,000 جنيه في السنة لكل مريض. مجموعات المواطنين الذين يمثلون أولئك المصابين بهذا المرض وطالبتهم لوزارة الصحة بتوفير هذا الدواء مجاناً لجميع المصابين بهذا المرض. والآن بالأخذ في الاعتبار اثنين من المنظرين المتناقضين: أحدهما الخاص بالوزارة والأخر الخاص بمجموعة من المواطنين.

من وجهة نظر الوزارة، فإن توفير هذا العقار في الحقيقة سوف يساعد المرضى بهذا المرض، ولكن تكلفة الفرصة لهذه الأدوية مهم من حيث ما يمكن أن يقدم لمرضى آخرين، والميزانية محدودة - مما هو أفضل استخدام للموارد المتاحة؟

على العكس، فإن مجموعة المواطنين سوف تركز على التأثير الإيجابي للدواء الذي من المحتمل أن يكون على الناس من تأثير الدواء، وأنهم سيكونوا قادرين على أن يعيشوا حياة أكثر طبيعية ذات جودة أعلى، يؤدوا واجباتهم المنزلية ويظلون أعضاء منتجين في المجتمع، وسوف تقل حاجتهم لاستخدام الخدمات الصحية أي فترة معينة من الزمن، وفي المقابل، إذا كانوا لا يحصلون على الدواء قد لا يكونوا قادرين على العمل، وبالتالي لن يكونوا قادرين على إعالة أنفسهم، أو عائلاتهم مالياً. ومن هذا المنطلق، فإن توفير الدواء يخفف العبء عن كاهل الأسرة، والمجتمع.

يبعد ذلك واضحًا من المثال أعلاه بأن المنظور الذي ستختاره سيُمْلِي عليك كيفية النظر إلى التكاليف، والنتائج.

تحديد التدخلات / خيارات المقارنة:

ينبغي أن تدرج جميع التدخلات ذات الصلة المباشرة بالمشكلة الصحية التي يجري تقييمها في التحليل. تحتاج التدخلات أن توصف في تفاصيل كافية، والتي تسمح بتحديد التكاليف، والنتائج ذات الصلة. بالنسبة للتکالیف، فهذا يعني التساؤل عن يفعل ماذا، ولمن، وأین، وكم مرة (Drummond et al. 2005). بالنسبة للنتائج، أو العواقب، فمن المهم فحص ما هو قابل للقياس، وبالتالي كيف يمكن أن تقييمهم (Fox-Rushby and Cairns 2005). كما قد تعلمت، فإن اختيار النتائج سيحدد نوع التقييم الاقتصادي المأخوذ به على سبيل المثال: تحليل التكلفة، والعائد، وتحليل فائدة التكلفة، وتحليل فعالية التكلفة.

تحليل الحساسية:

من المهم لكل مرحلة من مراحل التقييم الاقتصادي توثيق أي فرضيات سابقة. من الآن سوف تدرك بأن أي إجراء تقويم اقتصادي يعد بعيداً عن العلم الصحيح. حيث تثار الكثير من الأسئلة الصعبة التي لا يكون لها دائمًا إجابات واضحة، والتي تتطلب العديد من الإجراءات لتقدير التكاليف، والأرباح تقديرات للبيانات، والتفضيلات التي ليست معروفة على وجه اليقين، وعلى سبيل المثال، فإن المهن الطبية ليست على ثقة كاملة من قيمة التدابير الوقائية، ويمكن أن تتغير رؤيتهم مع ظهور أدلة جديدة. هناك أيضاً نزاعات إلى أن يكون هناك تكهنات تؤخذ في الاعتبار حول تكاليف الأدوية في المستقبل. تحليل الحساسية هو عملية مختلفة عن عدم لتنوع هذه العوامل غير المؤكدة لفحص تأثيرها على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وهذا النوع من الافتراضات يجب أن يتم اختباره في إطار المرحلة النهائية من التقييم الاقتصادي [عرض، وتفسير الأدلة (نوقشت في الفصل 16)].

الملخص:

لقد تعلمت في هذا الفصل أن التقييم الاقتصادي يولد معلومات عن الكفاءة في غير حالات السوق من خلال مقارنة تكاليف، ونتائج البدائل، وهناك ثلاثة أشكال رئيسية من التقييم الاقتصادي (تحليل التكلفة، والعائد، تحليل فائدة التكلفة، تحليل فعالية التكلفة) وهذه هي الطريقة التي يتم بها التعبير عن النتائج التي تميزها. تحت

تحليل التكلفة، والعائد يتم بها التعبير عن النتائج من الناحية النقدية، في إطار تحليل التكلفة، والعائد يعبر عنها في الآثار الصحية مثل حفظ سنوات العمر وتحليل فائدة التكلفة يمكن التقاط تأثيرات متعددة تحت تدابير مثل عجز سنة الحياة المعدلة. إنشاء الغرض، والجمهور، والمنظور، والإطار الزمني، والتدخلات للمقارنة كلها خطوات أولى مهمة في التقييم الاقتصادي بغض النظر عن نوع من يستخدم الأداة.



الفصل الرابع عشر

حساب التكاليف

Counting the costs

نظرة عامة:

في الفصل الثالث عشر، تعلمت أن هناك ثلاثة خطوات في تحديد تكلفة التدخل، بمجرد تحديد مشكلة اتخاذ القرار: تحديد الموارد الازمة، وتحديد كمية كل مورد، وتقييم كل مصدر، وفي هذا الفصل سوف نركز على الخطوة الثالثة: سوف تتعلم عن تحديد وحساب التكاليف، ومقارنتها، والمعروفة باسم تحليل التكاليف. على وجه الخصوص، سوف تتعلم عن التكاليف الحدية (الهامشية) - تكلفة تزويد وحدة واحدة إضافية من الخدمة.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادرًا على:

- تحديد وتقييم تحليل التكاليف.
- تحديد، وإعطاء أمثلة عن التكاليف المالية، والاقتصادية.
- تحديد، وإعطاء أمثلة من التكاليف الأساسية، والمكررة، والتكاليف الثابتة والمتغيرة.
- حساب التالي من حيث صلتها بالتدخل: التكاليف الكلية، والتكاليف السنوية، متوسط التكاليف، والتكاليف الهامشية.
- تفسير لماذا ربما يكون الخصم ضروريًا؟

المصطلحات الأساسية:

التكلفة السنوية: تكلفة التدخل، محسوبة على أساس سنوي، بما في ذلك جميع تكاليف رأس المال المتكررة.

التكاليف السنوية: حصة سنوية من التكلفة الأولية للمعدات الأساسية أو الإستثمارات، موزعة على عمر المشروع - تعديل عادة لرعاة الإستهلاك.

متوسط التكلفة: التكلفة الإجمالية مقسومة على الكمية .

تكلفة رأس المال: قيمة موارد رأس المال التي لها أعمار إنتاجية أكبر من سنة واحدة.

التكلفة المباشرة: الموارد المستخدمة في تصميم واستلام، وتنفيذ واستمرار الرعاية الصحية للتدخل .

معدل الخصم: المعدل الذي يتم خصم التكاليف المستقبلية، والنتائج لرعاة تفضيل الوقت.

الخصم: طريقة لتعديل قيمة التكاليف، والنتائج التي تحدث في فترات زمنية مختلفة داخل فترة زمنية مشترك، عادة في الحاضر.

التكلفة المالية (الميزانية): حساب التكاليف لسلعة، أو خدمة، ويمثل عادة المبلغ المدفوع فعلياً - تختلف عن التكلفة الاقتصادية .

التكلفة غير المباشرة. قيمة الموارد المنفقة من قبل المرضى، ومقدمي الرعاية لهم لتمكن الأفراد من الحصول على التدخل.

التكلفة غير الملموسة: تكاليف عدم الراحة والقلق، والألم، أو الإزعاج.

التكلفة الهاشمية: التغير في التكلفة الإجمالية إذا تم إنتاج وحدة واحدة إضافية من الناتج .

تكلفة النفقات العامة: التكلفة التي لا تحدث مباشرة من توفير الرعاية للمرضى، ولكنها ضرورية لدعم التنظيم العام (مثل الموظفين).

التكلفة المترددة: قيمة الموارد ذات الأعمار الإنتاجية أقل من سنة واحدة التي يجب أن يكون شراوها على الأقل مرة واحدة في السنة.

ظل السعر: الثمن الحقيقي للسلعة الاقتصادية التي تعكس قيمته في المجتمع.

أفضلية الوقت: تفضيل الناس للاستهلاك (أو استخدام الموارد) عاجلاً وليس آجلاً لأنهم يقدرون الاستهلاك الحالي أكثر من الاستهلاك نفسه في المستقبل.

التكلفة الكلية (الاقتصادية): مجموع جميع التكاليف لتدخل أو مشكلة صحية.

حساب التكلفة - ليس سهلاً كما يبدو:

من المهم أن نعرف تكلفة شراء الأشياء التي في القطاع الصحي. في كل مرة يتم اتخاذ قرار لتنفيذ تدخل واحد بدلاً من آخر، فإنه هو نفسه اتخاذ قرار الشراء. تصبح تكلفة التدخل جزءاً مهم جداً من قرار استخدام تدخل دون آخر، ولكن ليس من السهل معرفة تكلفة التدخل في كثير من الأحيان، نحتاج أولاً إلى إنشاء قائمة التكاليف على أساس وصف واضح للتدخل، وتحديد الموارد المستخدمة وتنظيمها وفقاً لنوع من الموارد. ثم تقييم، وحساب التكاليف، وأخيراً سوف تحتاج إلى إجراء تحليل الحساسية، أو (عدم الاستقرار)، وسيأخذك هذا الفصل خلال قضايا لتأخذها في الاعتبار في كل خطوة.

قدم دروموند، وأخرون (Drummond et al.) (2005) قائمة من الأسئلة التي تحتاج إلى إجابة عند تحديد التدخلات، واقترحوا لتحديد التكاليف فإن عليك أن تسأل:

- من هم الأشخاص الذين يقدمون الرعاية (على سبيل المثال الأطباء، والمرضى والعاملين الصحيين في القرى، والمتطوعين، وغيرها)؟
- ما هي الأنشطة المختلفة للتدخل (مثل التدريب، وتوزيع الأدوية، وغيرها)؟
- من يوجه التدخل (مثل الفئات العمرية المختلفة، والجماعات الاجتماعية، والاقتصادية، والجماعات العرقية أو الجنس)؟
- أين يتم تلقي كل جزء من التدخل (مثل مرضى العيادات الداخلية، والرعاية الخارجية)؟

- كم طول مدة التدخل (مثل برنامج إنقاص الوزن لمدة ستة أشهر مقابل الوقاية من ثيروس نقص المناعة المكتسبة من خلال مراقبة السلوك الجنسي خلال فترة 10 سنوات)؟، وكيف في كثير من الأحيان يتم رؤية الأفراد، أو السكان (مثل فحوص ما قبل الولادة شهرية)؟

بمجرد تحديد التدخل، وتحديد الموارد (كما هو موضع في الفصل 13) ننتقل إلى تقييم تلك الموارد لتوليد التكاليف. عندما يتحدث الاقتصاديون عن التكاليف، فإنهم يشيرون إلى تكلفة الفرصة لانتاج سلعة، أو في هذه الحالة، خدمات صحية. السعر في الأسواق التنافسية تماماً يعادل تكلفة الفرصة (تذكر أنك تعلمت في الفصل 6 أن منحنى العرض يعادل منحنى التكلفة الهامشية)، ونتيجة لذلك كثيراً ما يستخدم السعر نيابة عن التكاليف. إذا كانت هذه هي الحالة، بمجرد أن تعرف كمية الموارد اللازمة، فتبعد التكلفة سهلة: العديد من أنواع الموارد لها سعر يمكن الحصول عليه بسهولة، ومع ذلك، نظراً إلى أن معظم الأسواق غير التنافسية تماماً، قد لا يكون السعر بديلاً جيداً، وبالتفكير في المصدر الذي يعد ندرة عند بعض الناس - كيف يمكن تقييم الوقت عند الأفراد؟، أو فرق الأسعار للسلع التي تشتري من السوق السوداء مقارنة بالتي تباع في القنوات الرسمية؟ بالإضافة إلى أن سعر المورد ربما لا يكون متوفراً بسهولة، وربما لا يكون هناك سجلات حول ما تم دفعه، أو تم الشراء منذ فترة طويلة، وانخفضت القيمة للموارد، أو ربما لا توجد معلومات كافية للأشخاص الذين اشتروا المورد. هذا يعني أن التكلفة تتطلب كل من المهارة، والحكم نيابة عن الخبرير الاقتصادي في تقييم، أو تقدير السعر.

التكلفة المالية، والاقتصادية:

دعونا ننظر في الحالات التي يكون فيها السعر متاح، لكنه لا يعكس القيمة الحقيقية للموارد في المجتمع. فإذا تم التبرع بالمورد، فإن الثمن المدفوع هو صفر ولكن قيمة المعدات لا تساوي الصفر، وبالتالي، فإن الضرائب، أو الإعانات التي تؤدي إلى أن الثمن المدفوع لمورد تختلف عن تكلفة فرسته، وتذكر أن تكلفة الفرصة البديلة هو مستوى المنفعة التي تتقاضاها من أفضل خيار تالي بديل. عند تقييم الموارد يستخدم الاقتصاديين هذا التعريف للحصول على قيمة الموارد للمجتمع. حيث لا يعكس السعر تكلفة الفرصة، وتقدر قيمة المدخلات باستخدام ظل السعر، الأمر الذي يعكس القيمة الحقيقية للمجتمع. ويشار أيضاً إلى تكاليف الفرصة البديلة بالتكاليف الاقتصادية. ويتم استخدامها في التقييم الاقتصادي، وتوزن البديل في تقديم الخدمات الصحية.

وتعرف التكاليف المالية بالأموال الفعلية التي تنفق على الموارد، ويتم استخدامها في تحطيط البرامج، والميزانية، ويجب أن تنشئ إيرادات لتغطية هذه النفقات المالية ليستمر البرنامج. أمثلة على التكاليف المالية تشمل الثمن المدفوع للوازم، والصيانة، والموظفين، والكهرباء، والإيجار. فإن النشاط التالي يعطيك فكرة عن سبب أهمية التمييز بين التكاليف المالية، والاقتصادية.

نشاط 1.14:

أنت بصدور تحديد تكاليف مشروع للرعاية الصحية الأولية، وتم طرح جميع أسعار الموارد التي تشمل اللقاءات المستوردة من مصدر محلي مطلع، تجد أن الأسعار الرسمية لبعض الموارد لا تعكس قيمتها الحقيقية، وعلى وجه التحديد، يتم إعطاءك هذه المعلومات التالية (Creese and Parker 1994):

- الأجر التي تدفع في القطاع الخاص للممرضات، ومساعدي المرضات هي على التوالي 1350 دولار و 1.050 دولار.
- يتم دفع الحد الأدنى للأجور الوطنية، للسائقين ولكن في القطاع غير الرسمي، تُدفع للسائقين 300 دولار فقط.
- على الرغم من أن المشروع قادر على شراء الوقود بأسعار رسمية، فإن هناك دائماً نقص في الوقود، وفي السوق السوداء يكون الثمن هو أربعة أضعاف السعر الرسمي؛
- سعر الصرف الرسمي هو 50 شلن = 1 دولار أمريكي، ولكن في السوق السوداء متوسط سعر الصرف هو 250 شلن؛
- المساحة التي تعطى مجاناً، ويتم استئجاروها 300 دولار في السوق الخاص؛
- بعض نساء المجتمع تطوعوا بوقتهم - معظمهم من ربات البيوت، وكسبوا أموالاً إضافية من الطبخ للسوق، وعادة يكسبون حوالي 300 دولاراً أمريكيًا في الشهر.

في (الجدول 1.14) ستجد أن التكاليف المالية محسوبة بالفعل. استخدم المعلومات؛ أعلاه، وإذا لزم الأمر، استخدم التكاليف المالية في الجدول لحساب التكاليف الاقتصادية في العمود الأخير. ما هو مجموعهم؟ ما هي البنود غالبة الثمن؟ وما هي الموارد المسورة بأقل من قيمتها من حيث تكاليفها المالية، وما هي الموارد غالبة القيمة؟

(الجدول 1.14): التكاليف المالية الشهرية لمشروع الرعاية الصحية الأولية محدد.

المصدر	الموظفون:	الموظفون:	التكاليف المالية (دولار أمريكي)
• المرضة	900	900	التكاليف الاقتصادية (دولار أمريكي)
• مساعد المرضة	700	700	
• السائق	600	600	
• مساعد المتطوع	0	0	
المصل	5.000	5.000	
وقود السيارة	3.000	3.000	
مساحة البناء	0	0	
التكلفة الكلية			

Source: Creese and Parker 1994

التغذية الراجعة:

تحقق من التكاليف الاقتصادية التي حسبتها عن طريق مقارنتها مع تلك المبينة في (الجدول 2.14).

(الجدول 2.14): التكاليف المالية والاقتصادية لمشروع الرعاية الصحية الأولية محدد (الحل).

المصدر	الموظفون:	الموظفون:	التكاليف المالية (دولار أمريكي)
• المرضة	900	900	التكاليف الاقتصادية (دولار أمريكي)
• مساعد المرضة	700	700	
• السائق	600	600	
• مساعد المتطوع	0	0	
المصل	5.000	5.000	
وقود السيارة	3.000	3.000	
مساحة البناء	0	0	
التكلفة الكلية			10.200
		40.300	

Source: Creese and Parker

يمكنك أن ترى أن القيمة الفعلية للاقتصاد والمجتمع في العديد من هذه الموارد أكبر من سعرها المالي - وخاصة في حالة موظفي التمريض، والذين يتلقون مبالغ ضئيلة نسبياً بالمقارنة مع القطاع الخاص. السائق، على التقىض من ذلك، فإن أجراً عالياً، وكذلك الوقود، واللakahات مسيرة بأقل من قيمتها أيضاً مقارنة مع قيمة ندرتها في الاقتصاد.

أنواع التكاليف:

التكاليف المباشرة:

التكاليف المباشرة هي الموارد المستخدمة في تصميم، ووصول، وتنفيذ، أو استمرار التدخل (التدخلات) التي يجري تقييمها، وعادة ما تكون المحور الرئيسي لتحليل التكاليف. فهي تكاليف توفير، أو الحصول على الخدمات الصحية، ويمكن أن يتم تحمل عبئها من قبل المزود أو المريض. كلاهما يجب أن يدرج ما لم تتملي الدراسة خلاف ذلك. التكاليف المباشرة يمكن أن تصنف من المزيد كتكاليف رعاية صحية مباشرة، وتكاليف الرعاية المباشرة غير الصحية.

- تكاليف الرعاية الصحية المباشرة هي تلك التكاليف الضرورية لاستلام، وتنفيذ واستمرار الخدمات الصحية. فهي الموارد التي تنفق على الرعاية الصحية؛
- تكاليف الرعاية غير الصحية المباشرة هي الموارد المستخدمة في الاتصال مع خدمات صحية، ولكنها ليست تكاليف القطاع الصحي، ومن الأمثلة على ذلك تكلفة النقل من وإلى منشأه، أو تقديم الطعام في المستشفيات.

نشاط 2.14:

تخيل أن وزير الصحة قد اقترح بناء سبعة مراكز رعاية صحية أولية لتقليل الطلب على مستشفى محلي. في (الجدول 3.14) سوف نلاحظ قائمة الموارد المعرفة على أنها أساسية لهذا المشروع. ضع بالاعتبار الموارد المدرجة، وفي العمود الأيمن، دون ما إذا كان كل منها تكلفة رعاية صحية، أو تكلفة رعاية غير صحية.

(الجدول 3.14): الموارد المستخدمة لإنشاء وتشغيل مراكز الرعاية الصحية الأولية السبعة الجديدة.

نوع التكلفة	المصدر
	بناء سبعة مراكز رعاية صحية أولية
	تعليم الوالدين على كيفية منع تفاقم الربو
	معدات المختبرات لمراكز الرعاية الصحية الأولية
	الغذاء بينما يتم الانتظار في مراكز الرعاية الصحية الأولية
	تعليم مراكز الرعاية الصحية الأولية للحد من التدخين
	الرواتب لتدخلات الموظفين
	الصابون لغسيل الأيدي في الرعاية الصحية الأولية
	تدريب فرق مراكز الرعاية الصحية الأولية
	النقل لمراكز الرعاية الصحية الأولية
	المواصلات التي تحمل اللقاحات لمراكز الرعاية الصحية الأولية

التغذية الراجعة:

تصنيف التكاليف سيدرج كما هو مبين في (الجدول 4.14).

التكاليف غير المباشرة:

إضافة إلى التكاليف المباشرة، هناك موارد أخرى قد يتم استخدامها كنتيجة للتدخل الصحي. كما أن التكاليف غير المباشرة تشير إلى الموارد مثل الوقت الذي يستغرقه المريض للذهاب إلى المستشفى، بدلاً من العمل، وبالمثل، قد يضطر أفراد الأسرة الآخرين أيضاً إلى تغيير جداول أعمالهم لتولي بعض المهام للمريض، أو لرافقته المريض في الحصول على الرعاية. كما يتم حساب وقت أفراد الأسرة الآخرين المستخدم لهذه الأسباب كتكلفة غير مباشرة.

عادة يتم قياس التكاليف غير المباشرة باستخدام الأجور، والأرباح المفقودة، ولو الأجور، والأرباح ليست متاحة، أو الشخص لا يعمل، يمكن استخدام طرق بديلة للعثور على قيمة وقتهم. سوف تقرأ المزيد من التقنيات المختلفة لتقييم وقت الناس في الفصل 15.

(الجدول 4.14): تصنیف تکلفة الموارد المستخدمة في إنشاء وإدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية السبعة الجديدة.

نوع التکلفة	المصدر
رعاية صحية مباشرة	بناء سبعة مراكز رعاية صحية أولية
رعاية صحية مباشرة	تعليم الوالدين على كيفية منع تفاقم الربو
رعاية صحية مباشرة	معدات المختبرات لمراكز الرعاية الصحية الأولية
رعاية مباشرة غير مباشرة	الغذاء بينما يتم الانتظار في مراكز الرعاية الصحية الأولية
رعاية صحية مباشرة	تعليم مراكز الرعاية الصحية الأولية للحد من التدخين
رعاية صحية مباشرة	الرواتب لتدخلات الموظفين
رعاية صحية مباشرة	الصابون لغسيل الأيدي في مراكز الرعاية الصحية الأولية
رعاية صحية مباشرة	تدريب فرق مراكز الرعاية الصحية الأولية
رعاية مباشرة غير مباشرة	النقل لمراكز الرعاية الصحية الأولية
رعاية صحية مباشرة	المواصلات التي تحمل اللقاحات لمراكز الرعاية الصحية الأولية

التكاليف غير الملموسة:

بعض التدخلات بذاتها قد تتسب في حدوث الألم، والمعاناة مثل الآثار الجانبية من العلاج، أو القلق حول ما إذا كان العلاج سيكون فعالاً، ويطلاق على قيمة الألم والمعاناة التکلفة غير الملموسة. ذلك لأن قياس التكاليف غير الملموسة مهمة صعبة، ومعظم التقييمات الاقتصادية لا تتحسبهم. ومع ذلك، يجب أن تضع في الاعتبار أن التكاليف غير الملموسة من الممكن أن تكون من العوامل الرئيسية التي تؤثر على المريض، والمجتمع في اتخاذ قرار بشأن خيارات العلاج.

نشاط 3.14:

ضع في اعتبارك الجوانب التالية من المشكلات الناجمة عن شلل الأطفال في المجتمع. صنف العناصر في (الجدول 5.14)، والرعاية الصحية المباشرة، الرعاية المباشرة غير الصحية، والتکاليف غير المباشرة، أو غير الملموسة للمشكلة الصحية، أو التدخل، مشيراً إلى التصنيف الخاص بك في العمود الأيمن.

(الجدول 5.14): تكاليف شلل الأطفال.

نوع التكلفة	المورد
	لقاح شلل الأطفال
	راتب معالج شلل الأطفال
	خسارة الأجور بسبب الشلل
	خسارة الأجور بسبب اللقاح
	تكلفة الباص لأعضاء الأسرة التي تزور الطفل في المستشفى
	الألم، والمعاناة في متابعة الحالة
	تكلفة رعاية الأشقاء للتمكن من إعادة تأهيل الطفل المريض
	الوقت الضائع في أخذ الطفل إلى عيادة التطعيم
	راتب الممرضة في عيادة التطعيم واللقاح
	تكلفة المستشفى للطفل للأعراض الجانبية للقاح

التغذية الراجعة:

يمكن وصف تصنيف الموارد المخصصة لمشكلة شلل الأطفال كما هو موضح في (الجدول 6.14).

(الجدول 6.14): تكاليف شلل الأطفال.

نوع التكلفة	المورد
رعاية صحية مباشرة	لقاح شلل الأطفال
رعاية صحية مباشرة	راتب معالج شلل الأطفال
غير مباشرة	خسارة الأجور بسبب الشلل
غير مباشرة	خسارة الأجور بسبب اللقاح
رعاية مباشرة غير مباشرة	تكلفة الباص لأعضاء الأسرة التي تزور الطفل في المستشفى
غير ملموس	الألم، والمعاناة في متابعة الحالة
غير مباشرة	تكلفة رعاية الأشقاء للتمكن من إعادة تأهيل الطفل المريض
غير مباشرة	الوقت الضائع في أخذ الطفل إلى عيادة التطعيم
رعاية صحية مباشرة	راتب الممرضة في عيادة التطعيم واللقاح
رعاية صحية مباشرة	تكلفة المستشفى للطفل للأعراض الجانبية للقاح

مخططات لتصنيف التكاليف:

يساعد تصنيف التكاليف في مخططات مختلفة من شأنه ضمان أن تشمل كل ما هو ضروري في تحليل التكاليف. المخططات المختلفة تخدم أغراضًا مختلفة وهناك ثلاثة مخططات رئيسية للتفكير في التكاليف.

إن النظام الأكثر شيوعاً لتصنيف تكاليف الرعاية الصحية المباشرة هو نظام تصنيف وظيفي تعلمت عنه في الفصل الثالث عشر، وتصنف الموارد وفقاً لاستخدامها، أو وظيفتها ضمن برنامج الصحة (على سبيل المثال المباني، والأفراد، والمعدات). وبدلاً من ذلك، يمكن تصنيف الموارد حسب النشاط الذي يتم استخدامها فيه (على سبيل المثال التدريب، والتوعية، والعلاج، والإدارة). المخططان الباقيان الأكثر شيوعاً والتي سوف تقرأ عنهما هنا التكاليف المالية، والمكررة، والتكاليف الثابتة، والمتغيرة.

تكاليف رأس المال، والتكاليف المكررة:

يوجد وسيلة هامة لتصنيف التكاليف، التي يمكن أن تساعد في تحديد استمرار البرنامج، هي التصنيف وفقاً لفترته الزمنية التي سيتم استخدام الموارد فيها. التكاليف الرأسمالية تعرف عموماً على إنها تكاليف هذه الموارد مثل المعدات، والسيارات، والمباني، وبرامج التدريب لمرة واحدة. التي لها عمر أكثر من سنة واحدة وغالباً ما تتساوى التكاليف الرأسمالية مع تكاليف بدء التشغيل لأنها تدفع في بداية البرنامج، ولكن يتم تعريف هذه الموارد وفقاً لصلاحيتها، وليس عندما يتم شراؤها.

في المقابل، فإن الموارد المكررة هي التي لديها عمر إنتاجي أقل من سنة واحدة ويجب أن يكون شراؤها على الأقل مرة في السنة - سنوي، أو شهري، أو أسبوعي، يومي أو بشكل غير منتظم ولكن دائمًا. التكاليف المكررة هي قيمة الموارد المكررة. فإن أي استثمار لرأس المال يتطلب بعض الموارد المالية المكررة لاستمرار تشغيله. استمرار الخدمات الصحية يعتمد بشكل كبير على ما إذا كانت الأموال متوفرة لتغطية هذه التكاليف المكررة. معامل التكاليف المكررة (معامل R) يستخدم في تقدير مبلغ تقريري لاستثمار رأس المال المطلوب للتشغيل على نحو كاف، وعادة، معاملات R-

في المجال الصحي تتراوح من حوالي 0.25 للعيادة الأساسية إلى 0.33 لمستشفى الإحالة الأكثر علواً في التكنولوجيا.

في التقييم الاقتصادي، من الطبيعي حساب التكلفة السنوية لخدمة صحية. تكاليف رأس المال هي المشمولة في هذا الحساب بتحويلها إلى التكاليف المتكررة، وذلك من خلال نشرها عبر الزمن في عملية تسمى سنوية. هذا هو تماماً مثل الحصول على قرض من أحد البنوك. وعند الحصول على قرض تُحسب التكلفة لمرة واحدة على مدى سنوات ويكون دفعك السنوي للبنك هو التكاليف المتكررة. أبسط الطرق للحصول على التكلفة السنوية هو خط مستقيم الاستهلاك، والتي ببساطة تقسم التكلفة الأولية على عدد سنوات العمر الإنتاجي، وعلى سبيل المثال، جهاز الأشعة السينية 10.000 جنيه استرليني التي لديها العمر الإنتاجي 10 سنوات لديها تكلفة سنوية تبلغ 1,000 جنيه استرليني سنوياً.

يفضل معظم الاقتصاديين طريقة أكثر تعقيداً قليلاً، وهي أن يأخذ في الاعتبار تكلفة الفرصة من المال، والفائدة التي يمكن كسبها إذا تم استثمارها في البنك. وهذا ما يسمى بالطريقة السنوية. تُحسب البنوك جداول زمنية للدفع من خلال الطريقة السنوية.

نشاط 4.14

افرض أنك تُحسب التكاليف السنوية لعيادة تنظيم الأسرة. احسب التكلفة السنوية للموارد في هذا المثال، وذلك باستخدام خط مستقيم الاستهلاك. سنوات العمر الإنتاجي المتوقع للموارد المختلفة الموضحة في (الجدول 7.14).

التغذية الراجعة:

التكاليف السنوية لهذه العناصر، باستخدام خط مستقيم الاستهلاك كما هو مبين في العمود الأيمن في (الجدول 8.14).

(الجدول 7.14): التكاليف وطول الحياة المتوقع للموارد المستخدمة في عيادة تنظيم الأسرة.

المورد	طول فترة الاستخدام الأفضل (السنوات)	إجمالي التكالفة الجنبي الاسترليني	التكالفة السنوية الجنية الاسترليني
المعدات	5	8.650	الجنية
المباني	30	54.080	الاسترليني
الأرض	50	31.150	
المركبات	5	8.165	
تدريب مبدئي للممرضات والقابلات	30	48.321	

التكاليف الثابتة والمتغيرة:

الق نظرة على الفصول 5 و 6 لتذكير نفسك بتصنيف الموارد، والتكاليف الثابتة، والمتحركة. غالباً ما يتم استخدام هذا النظام عند النظر في قضايا الميزان، وكيف أن التكاليف تختلف بمستويات مختلفة من الإنتاج، كما هو موضح في الفصل 6.

(الجدول 8.14): التكلفة السنوية للموارد لعيادة تنظيم الأسرة (الحل).

المورد	طول فترة الاستخدام الأفضل (السنوات)	إجمالي التكالفة الجنبي الاسترليني	التكالفة السنوية الجنية الاسترليني
المعدات	5	8.650	الجنية
المباني	30	54.080	الاسترليني
الأرض	50	31.150	
المركبات	5	8.165	
تدريب مبدئي للممرضات والقابلات	30	48.321	

بعض البنود لها تكاليف ثابتة، ومتغيرة، وتسمى بالتكاليف شبه المتغيرة. وخير مثال هو الهاتف. فأنت عليك أن تدفع الإيجار الشهري للخط حتى لو لم تجرى أي مكالمات - وهذا الجزء ثابت وهناك مقدار متغير يتم دفعه تبعاً للكمية المستخدمة.

تخصيص التكاليف المشتركة:

في العديد من الحالات، فإن المورد سوف يتم استخدامه لعدد من الأغراض. هذا صحيح بصفة خاصة بالنسبة لـ التكاليف الزائدة. فعلى سبيل المثال، يعمل مسؤول المستشفى على جميع الأنشطة المختلفة للمستشفى، وجانب واحد من تحليل التكلفة سوف يحدد توزيع عادل للموارد المشتركة بين الأنشطة المختلفة التي تستخدم المورد. أسلوب واحد هو أن ينسب إلى تدخل معين للنسبة المئوية للمورد الذي يستخدم من قبل التدخل. عادة، الآتي يتم استخدامه لإجراء العمليات الحسابية:

- المباني - النسبة المئوية لمساحة المستخدمة في الأنشطة التي تتعلق بالتدخل؛
- الموظفين - النسبة المئوية من وقت الموظفين التي يقضونها في التدخل؛
- المعدات - النسبة المئوية لوقت التي تستخدم فيها المعدات للتدخل؛
- المرافق (المياه، والكهرباء، والغاز) - النسبة المئوية لمساحة التي يستخدمها التدخل؛
- الصيانة - النسبة المئوية لمساحة التي يستخدمها التدخل.

ومع ذلك، استخدام النسبة المئوية لمساحة الطابق قد تكون مضللة. المخزن وغرفة العمليات في المستشفى من الممكن أن يكون لهم مساحة الدور نفسه، ولكن غرفة العمليات تستهلك صيانة، واستخدامات أكثر، والبديل هو استخدام عدد من الموظفين نيابة عن النسبة المستخدمة - في هذه الحالة ستكون أكبر عدة مرات لغرفة. هذا من شأنه أن يعكس واقعية أكثر للموارد المستخدمة في الغرفة.

الحصول على تقديرات عن وقت الموظفين قد يكون صعباً. في بعض الحالات من الممكن للمدير تقديم قائمة عن الذي يعمل فيه، وعدد الساعات في الأسبوع. وفي حالات أخرى، يمكن الاحتفاظ بسجل عن المكان الذي يعمل فيه الموظفين. إذا كانت تقديرات الوقت للموظفين غير متوفرة، يمكنك إجراء دراسات الوقت، والحركة، والتي تترتب على استخدام مراقبين مدربين لتحديد مقدار الوقت الذي يستغرقه الأفراد في الواقع لأداء المهام المتعلقة بالتدخل.

نشاط 5.14:

سقف جديد للمستشفى يكلف مليون جنيه استرليني ويتوقع أن يدوم لمدة 20 سنة. ويحتل جناح السل طابقاً واحداً في هذا المستشفى ذي العشرة طوابق. ما هي حصة التكلفة السنوية الإجمالية للسقف الذي ينبغي أن ينبع إلى جناح (السل)؟

التغذية الراجعة:

في البداية، فإن التكلفة الكلية للسقف مليون جنيه استرليني ينبغي أن تتحسب سنوياً مع خط استهلاك مستقيم، التكلفة السنوية 50.000 جنيه استرليني (مليون جنيه استرليني / 20 سنة = 50.000 جنيه استرليني)، وهناك 10 طوابق، لذا فإن النسبة المستخدمة في المدخلات المشتركة (سقف النفقات العام) الخاص بجناح السل يكون 10 في المئة - فقط 10 في المئة من التكلفة السنوية للسقف ينبغي أن ينبع إلى برنامج السل، ولذلك فإن 5.000 جنيه استرليني ستكون التكلفة السنوية للسقف في برنامج السل (10 في المئة من 50.000 جنيه استرليني = 5.000 دولار).

حساب التكاليف:

حتى الآن تعلمت حول صياغة هذه الدراسة، وإجراء جرد للتکاليف، وأخيراً لقد وصلت إلى آخر الخطوات الرئيسية الثلاث - وهو حساب التكاليف.

نشاط 6.14:

شرح كل واحدة من هذه التدابير الأربع المستخدمة عادة في قياس التكاليف:

1. التكلفة الإجمالية.
2. التكلفة السنوية.
3. متوسط التكلفة.
4. التكلفة الهمشية.

التغذية الراجعة:

1. إجمالي التكلفة هو مجموع جميع التكاليف وهذا يعطي مؤشراً لدى تدخل التكاليف الإجمالية - مع مراعاة قيمة جميع الموارد المستخدمة.

2. التكلفة السنوية هي تكلفة التدخل محسوبة على أساس سنوي - بما في ذلك جميع التكاليف السنوية النفقات رأس المال، فضلاً عن تكاليف سنوية متكررة. فإن التكاليف السنوية تختلف من سنة إلى أخرى - في السنة الأولى، فإن تكاليف بدء التشغيل سوف تكون أكبر بينما بعد تدخل تم في العملية لفترة من الوقت، قد تشكل التكاليف المتكررة أعلى جزء من التكلفة السنوية.

3. متوسط التكلفة هو التكلفة الإجمالية مقسومة على إجمالي الوحدات السكنية من نشاط، أو نتيجة. يعطي متوسط التكلفة مؤشراً على مدى متوسط كفاءة، وكيف يعمل مقدمي الخدمات.

4. التكلفة الهامشية هو التغيير في التكلفة الإجمالية إذا تم إنتاج وحدة واحدة إضافية من الناتج. ويمكن أيضاً أن تستخدم التكلفة الهامشية لحساب مقدار ما سيتم توفيره عن طريق التعاقد مع الخدمة، ومن الناحية العملية فيمكنك رؤية ذلك غالباً ما يكون أكثر من تغيير وحدة واحدة فقط من الناتج يدعو للاهتمام بل بدلاً من مجموعة من 10، أو 100 وحدات إضافية. في هذه الحالة، فإن المصطلح الصحيح لتكلفة التغيير هي التكاليف الإضافية. قد تشاهد بعض التطبيقات التي يستخدم فيها مصطلح تكلفة إضافية، بدلاً من التكلفة الهامشية.

يستمد النشاط التالي من موقف واقعي، ويظهر تطبيق التكاليف الإضافية (والمنفعة الإضافية) إلى مفهوم صنع القرار.

نشاط 7.14:

وُجد تقييم لعيادة الأمراض منقولة جنسياً، وكان محل تقدير كبير من قبل خدمة العملاء الذين يستخدمون ذلك، كثير من الناس مع الأمراض المنقولة جنسياً لم تكن قادر على المجيء خلال ساعات العمل، 9:00 صباحاً حتى 5:30 مساءً، لأنهم كانوا يعملون، أو في المدرسة. اتخاذ قرار، ولذلك، تم تتمديد ساعات العمل إلى 7.30 مساء يوم الإثنين، والخميس على أساس تجريبي. هذا يعني أنه يجب دفع أكثر الموظفين للعمل الإضافي والمديرون مهتمون لمعرفة التأثير على الحضور الكلي في العيادة، كانت التكاليف الأسبوعية في العيادة قبل إضافة الساعات موضح (بالمجدول 9.14).

عدد العملاء في كل أسبوع هو 20 في اليوم الواحد، أو 100 في الأسبوع.

(الجدول 9.14): التكاليف في الأسبوع في عيادة ما قبل تمديد ساعات العمل.

النوع	التكلفة
تكاليف المبنى	200
الموظفين:	300
• موظف الاستقبال	385
• تمرين المرضية	595
• الطبيب	270
الأدوية	55
الكهرباء، والغاز	580
تكاليف تشغيل أخرى	2.385
المجموع	

الخيار 1: ساعات المساء

بعد فتح العيادة لساعتين إضافيتين مساء يومي الإثنين، والخميس من كل أسبوع، كانت التكاليف الإضافية التالية: الموظفين 115 جنيه استرليني، الأدوية 80 جنيه استرليني، والكهرباء 25 جنيه استرليني، وغيرها من المواد 130 جنيه استرليني. خلال الفترة التجريبية، كانت العيادة مشغولة جداً في المساء، وشوهد 15 مريض إضافي في أمسيات الإثنين، و 12 في الخميس.

- ما هو متوسط التكلفة لكل مريض شوهد في العيادة؟
- ما هي التكاليف الإضافية (أو الهامشية) لكل مريض شوهد في المساء؟
- ما هي متوسط التكلفة الجديدة لكل مريض في العيادة؟
- ما التوصية التي تقوم بها هيئة الصحة حول الحفاظ على فتح العيادة لساعات جديدة في المساء.

التغذية الراجعة:

- كان متوسط التكلفة لكل مريض في بداية الفترة 85,23 جنيهًا استرلينيًّا.
- كانت التكاليف الإضافية مرضى الذين شوهدوا في المساء 12.96 جنيه استرليني (350 جنيه استرليني للتكاليف الهامشية/27 مريضاً إضافياً).

3. مجموع التكاليف الآن (بما في ذلك ساعات المساء، الخيار الأول) هي 2735 جنيه استرليني (2385 جنيه استرليني + 350 جنيه استرليني)، وعدد من المرضى الذين يحضرون الآن هو 127، وبالتالي فإن متوسط التكلفة الجديد هو 54,21 جنيه استرليني (127 / 2735 جنيه استرليني).

4. يبدو أن ساعات المساء ناجحة - والتكاليف الإضافية أقل من متوسط التكلفة وبالتالي فإن التكاليف ما تزال منخفضة. حافظ على الساعات الجديدة.

الخيار 2: ساعات السبت

عقدت إدارة العيادة، واجتماع، وقررت أنه ربما سيكون من الجيد فتح العيادة يوم السبت من الساعة 8.00 صباحاً إلى الساعة 12 ظهراً أيضاً، لخدمة الشباب وخاصة الذين يأتون من المناطق النائية، والتكاليف الإضافية لفتح يوم السبت 250 جنيه استرليني للموظفين 27 جنيه استرليني للأدوية، و 120 جنيه استرليني لتكاليف أخرى، وكانت العيادة ليست شعبية كما توقع، مع حضور فقط خمسة أشخاص إلى العيادة في المتوسط.

5. ما التكلفة الإجمالية الإضافية لهذا الخيار؟

6. ما التكلفة الإضافية لكل عميل من هذه المجموعة الإضافية من العملاء؟

7. ما هو متوسط التكلفة الإجمالية لكل عميل (مع خيارات 1، و 2)؟

8. وبشكل عام، مع المعلومات التي لديك الآن عن ساعات العمل (خيارات 1 و 2) ما هي التوصية التي تجريها على الإدارة بشأن أفضل مزيج من ساعات العمل الإفتتاحية في العيادة؟

9. أخذنا ذلك في الاعتبار: إذا كانت تكاليف الافتتاح يوم السبت بعد الظهر هي نفسها صباح يوم السبت (397 جنيه استرليني)، فكم عدد المرضى الذي تعتقد أن وجودهم يستحق عناء فتح العيادة؟

التغذية الراجعة:

5. التكاليف الإضافية الجديدة من فتح العيادة يوم السبت (الخيار 2) هي 397 جنيه استرليني.

6. التكلفة الإضافية الجديدة لكل مريض هي 79.40 جنيه استرليني (5مرضى / 397 جنيه استرليني).

7. التكلفة الجديدة الإجمالية لساعات العيادة الأصلية بالإضافة إلى خيارات 1، و2 هو 3132 جنيه استرليني، ومتوسط التكلفة الجديدة لكل مريض هو 23.72 جنيه استرليني (3.132 جنيه استرليني / 132 / مريض).
8. كانت ساعات المساء نجاحاً، لكن التكاليف الإضافية 79.40 جنيه استرليني لكل مريض يوم السبت عالية. فإذاً أن تتخلي تماماً عن أيام السبت، أو حاول بعد ظهر يوم السبت!
9. من المستبعد أن يتم الحصول على نفس التكلفة الإضافية نفسها لساعات السبت مثل الساعات المسائية. حيث إن تكلفة الساعات المسائية حوالي 13 جنيه استرليني فقط للكل مريض لذلك بشكل مثالي فإن ساعات السبت ستعطي النتائج نفسها - وهذا سيطلب حوالي 30 مريض (397 جنيه استرليني / 13). لو أن التكلفة المتوسطة لكل مريض يمكن أن تظل عند أو بالقرب من المتوسط مع الخيار 1، وهذا سوف يعني أن العيادة مازالت تعمل بكفاءة، ولذلك 17 مريض يجعلون هذا جديراً بالاهتمام (397 جنيه استرليني / 21.54 = 16.7). هذا يبدو من الممكن تحقيقه لو كانت العيادة ذات موقع جيد، حسنة المعاملة، وساعات العمل يوم السبت تكون للمجموعة المستهدفة في سن المراهقة.

بعض الاعتبارات العملية:

حتى الآن افترضت المناقشة التي تقوم بها التكاليف من أسفل إلى أعلى - والتي تبدأ من الصفر وتزداد التكاليف وبينفس الطريقة التي يمكنك بناء ميزانية بها. ولكن في بعض الأحيان تواجه حالة من التكلفة باثر رجعي، حيث إن لديك معلومات عن مجموع النفقات، ومعظم التكاليف هي تكاليف مشتركة - تستخدم في أنشطة متعددة. إذا كان من غير الممكن العودة للحصول على معلومات حول الوحدات الفردية للموارد التي تم استخدامها أو تكاليف تلك الموارد، يمكنك استخدام المعلومات المجمعة، وكسر هذه التكاليف حسب مركز التكلفة أو الشاط.

حتى الآن ربما تتسائل أين ستجد كل ما تحتاجه من معلومات. هناك عدد من المصادر، تعتمد بالضبط على ما كنت تحاول تكلفته.

تكاليف الخدمات الصحية:

لو تحسب تكاليف أنشطة المرافق الصحية مثل مستشفى، هناك ربما محاسب أو موظف المالية الذي يمكن أن يوفر لك الكثير من المعلومات المالية التي تحتاج إليها،

وعلى الرغم من أنك ما تزال بحاجة لتقدير التكلفة الاقتصادية التي قد تختلف عن التكلفة المالية، ويمكن أن تحصل غالباً على معلومات عن مخصصات الموظفين من مدير التمريض، أو المرضية، أو من المدير الطبي، أو من المسؤول عن الموظفين غير الطبيين، وغير التمريضيين للمرافق، ويمكن الاطلاع على معلومات عن الإمدادات، والأدوية إما من الفواتير، أو من قائمة المعدات، والأدوية، وإذا كانت الأدوية، على سبيل المثال، تم التبرع بها، سوف تحتاج على الأرجح إلى الرجوع إلى مصدر المعلومات الدولية لمعرفة سعر السوق الدولية، وغالباً ما يمكن الحصول على المركبات وتكاليف المركبات من الشخص المسؤول عن إدارة أسطول من السيارات.

تمثيل مفيد عند القيام بتقدير التكاليف هو التركيز على العناصر الأكثر تكلفة، وتلك التي تشكل أكبر جزء من المجموع - المواد غالبية الثمن، وعادة تكاليف المركبات وتشغيل المركبات، وشئون الموظفين، والأدوية، والإمدادات في كثير من الأحيان تنفق النصف، أو أكثر من التكلفة الإجمالية على الموظفين، ولذلك يكون الحصول على معلومات جيدة عن الأجور، والمزايا، وتوزيع الموظفين ستكون بداية جيدة في الحصول على التكلفة الإجمالية. قد تكون المركبات، والأدوية فئة أخرى من فئات الإنفاق الرئيسية، والوقت الذي يستغرق في الحصول على مقاييس دقيقة هنا قد يؤدي إلى تعزيز دقة التقديرات العامة الخاصة بك.

لا تنفق الكثير من الوقت في البحث عن قطعة مفصلة من المعلومات حيث لا يتأثر بها القرار. فمن غير المرجح أن الوقت الذي تقضيه للحصول على تقديرات دقيقة لتوزيع الكهرباء، ومواد التنظيف، على سبيل المثال، ستجعل الفرق كبيراً في المجموع الكلي.

تكاليف المريض، والأسرة:

يعد وقت المرضى، وأسرهم مدخلاً أساسياً في تقديم الخدمات الصحية. على سبيل المثال، من أجل الحصول على العلاج للمريض، وأفراد الأسرة سوف:

- قضاء بعض الوقت، والمالي في الحصول على الخدمة؛
- قضاء بعض الوقت في أنشطة أخرى غير تلك التي عادة ما تقوم بها، من أجلهم أو من أجل أعضاء الأسرة ليكونوا قادرين على استخدام هذه الخدمة.

هناك عدة الطرق لتقدير هذه التكاليف، ويمكن أن تكون معقدة، تتطوّر على تقدير ظل السعر للعمل وأوقات الفراغ (Posnett and Jan 1996)، وأفضل طريقة

هي إجراء مسح للمرضى، ومع ذلك، قد لا يكون لديك ما يكفي من الوقت لإجراء مسح كامل، وإذا كان هذا هو الحال يمكن أن تأخذ فئة صغيرة من المرضى وتقدم بعض التقديرات عن نفقاتهم، والوقت الذي يستغرقوه، والأجور المفقودة.

إن حساب قيمة الأجور الضائعة يمكن أن يثبت إشكالية - يجب استخدام الحد الأدنى للأجور، ومتوسط الأجر، أو بعض التقديرات للأجور من المرضى الفعليين؟ هناك أيضاً اختلافات موسمية في قيمة الوقت في كثير من المناطق الزراعية. الشيء المهم هو أن تشمل تكاليف المريض إذا كان ذلك مناسباً - في كثير من الأحيان صعوبة حساب تكاليف المرض يعني إنها مهملة من التحليل تماماً، وهذا يؤدي بوضوح إلى نتيجة مضللة. فإن تأثيره على تكاليف المرض يكون صفر.

أي سعر ينبغي أن تستخدم؟

قضية واحدة قد تواجهها هي استخدام السعر - قل، على سبيل المثال، إنك كنت تحسب تكلفة مشروع يستخدم مرکبة. إذا تم شراء مرکبة قبل خمس سنوات وكان سعر السوق 10,000 جنيه إسترليني ولكن واحدة جديدة لديها من سعر السوق 15,000 جنيه إسترليني. فائي سعر تستخدم لحساب تكلفة الفرصة؟ هذا يعتمد على الغرض من التحليل. يوجد هنا ثلاثة احتمالات.

• إذا كنت تبحث عن أغراض تاريخية حول التكلفة الماضية لتدخل لن يتكرر، يمكنك استخدام السعر الأصلي بأمان من 10,000 جنيه إسترليني.

• إذا كنت تريد أن تعرف التكلفة السنوية لتشغيل البرنامج على مدى السنوات الخمس الماضية، و كنت تستخدم التكلفة السنوية للنفقات الأصلية: 2000 جنيه استرليني في السنة.

• ولكن إذا كنت تريد أن تعرف تكلفة تكرار البرنامج في موقع آخر، يجب استخدام سعر الاستبدال الحالي 15,000 جنيه إسترليني. فإن استخدام التكلفة السنوية لتشغيل المشروع في المستقبل قدرها 3,000 جنيه إسترليني سنوياً على افتراض أنك تتوقع أن تستمر خمس سنوات.

أفضلية الوقت والخصم:

بشكل عام فإن الأفراد لديهم أفضلية في الاستخدام (من الاستهلاك) الذي يحدث الآن في مقابل المستقبل، ويفضلون الاستهلاك الحالي عن المستقبل. لماذا؟

يعيش الناس لليوم أما المستقبل فهو غير مؤكد؟ إضافة إلى أنه ربما يكسب الشخص زيادة محتملة هذه الأيام، ولكن قيمة العملة تنقص بعد 10 سنوات في المستقبل. كما هي الآن بالطريقة نفسها فإننا نقدر صحتنا اليوم أكثر مما ستكون عليه خلال 10 سنوات قادمة. دعونا ننظر إلى مثال على ممرضة متدربة مع اقتراب الامتحانات: الممرضة المتدربة قد تكون سعيدة لدفع 50 جنيه استرليني الآن لتكون صحيح خلال شهر يونيو لأن لديها امتحان خلال تلك الفترة. ومع ذلك فهي من المحتمل أن تدفع 50 جنيه استرليني الآن لتعرف أنها تكون صحية في كل شهر يونيو في غضون 10 سنوات. هذا لأن تقديرهم لصحتهم في المستقبل يكون أقل، وعلى الرغم من أن المرضية مستعدة لدفع 50 جنيه استرليني هذه السنة لتكون صحية البدن في شهر يونيو هذا العام فهي ربما تكون مستعدة لدفع 100 لتضمن أن تكون صحيح خلال يونيو في العشرة سنوات القادمة. هذا لأنهم يقدرون الاستخدام الذي يستمد من استهلاك هذه الأموال التي من شأنها أن تكون في المستقبل أقل.

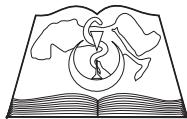
لأن الناس لا تضع قيمة متساوية للتکالیف، أو النتائج التي تحدث في هذا العام مع تلك التي تحدث في سنوات لاحقة، يجب أن تعطي التقييمات الاقتصادية قدرًا مختلفاً للتکالیف، والناتج الصحي الذي تحدث في فترات مختلفة. في حين أن هناك مشكلات نظرية، وعملية في القيام بذلك، يتم إجراء تقييمات اقتصادية كثيرة باستخدام نوع من التكيف للحدث مع مرور الوقت، أو خصم بالنسبة للتکالیف والنتائج. يتم استخدام الخصم لتحويل قيمة في المستقبل (إما التکالیف، أو النتائج الصحية) إلى ما يعادل قيمة اليوم أو القيمة الحالية باستخدام معدل خصم. توصي المبادئ التوجيهية الوطنية، والدولية باستخدام معدل خصم بنسبة 3 في المائة، بعد ضبط التضخم. في بعض البلدان، مثل المملكة المتحدة، تفرض الحكومة المركزية سعر خصم محدد حقيقي للتقييمات الاقتصادية للمشروعات المملوكة من القطاع العام. في بلدان أخرى حيث لا يتم فرض أي معدل محدد، كثيراً ما يختار الاقتصاديون معدل واحد ومن ثم يجرؤون تحليل الحساسية لضمان نتائج مستقرة فيما يتعلق بالافتراض حول أسعار الخصم.

تحليل الحساسية أو عدم الاستقرار:

ينبغي أن ننظر إلى تقديرات حسابات التکالیف بإستخدام الطرق الموضحة في هذا الفصل على أنها تعني (متوسط) القيم. كما هو الحال مع معظم المتغيرات في التقييم الاقتصادي، وتخضع التکالیف أيضًا للشك، ونحن ينبغي أن نستكشف طريق التكلفة المشكوك فيها، والتي تؤثر على نتيجة التقييم الاقتصادي في تحليل الحساسية.

الملخص:

في هذا الفصل تعلمت عن الطرق المختلفة لتحديد التكاليف، ولماذا يكون حساب التكاليف نادراً ما يكون واضحاً وممارسته بسيطة. إضافة إلى ذلك فقد اكتسبت فهماً لكيفية حساب تكلفة التدابير المختلفة: التكلفة الإجمالية، التكلفة السنوية، متوسط التكلفة والتكلفة الهمashية. لقد تعلمت عن الفرق بين التكاليف المالية، والاقتصادية ومتى يكون الوقت ملائماً لاستخدام كل من هذه. ثم قرأت عن أنواع مختلفة من التكاليف التي يمكن النظر فيها لإدراجها في تحليل التكاليف: المباشرة والتكاليف غير المباشرة وغير الملموسة، والطرق التي يمكن أن نصنفها بها: من المتكررة، وظيفة، أو نشاط ورأس المال، والثابتة والمتغيرة. وأخيراً، تمت مناقشة بعض الصعوبات العملية المتعلقة بالحصول على البيانات، وتخصيص التكاليف المشتركة بين الأنشطة المختلفة، وتحديد التكاليف التي تستخدم وتفضيلات وقت الناس.



الفصل الخامس عشر

تحديد، وقياس وتقدير النتائج

Identifying, measuring and valuing consequences

نظرة عامة:

هذا الفصل يبدأ باستعراض موجز لنتائج مختلفة، أو النتائج التي تنتج عن التدخلات الصحية، ومدى ملاءمتها للتقدير الاقتصادي. ويليها ذلك استكشاف مفصل للأساليب المختلفة غير النقدية، والنقدية لقياس، وتقدير النتائج. كما تعتبر بعض إيجابيات، وسلبيات هذه الأساليب.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على:

- التعرف على مجموعة واسعة من النتائج التي تنتج عن التدخلات الصحية (سواء الصحية، وغير الصحية).
- شرح أي نوع من قياس النتيجة هو الأكثر مناسبة للاستخدام في كل نوع من أنواع التقييم الاقتصادي.
- تحديد طرق مختلفة لقياس الصحة في التقييم الاقتصادي.
- المقارنة بين مناهج مختلفة لتقدير الصحة، والنتائج غير الصحية.
- تحديد، وإعطاء أمثلة على النتائج الصحية من الناحية النقدية.

المصطلحات الأساسية:

عجز سنة حياة المعدلة: مقياس صحي قائم على طول حياة الشخص مرجحاً تجربة مستوى العجز.

منهج رأس المال البشري: يستخدم معدلات الأجور في السوق لقياس قيمة الإنتاجية بسبب المرض.

نوعية سنوات الحياة: قياس النتيجة الصحية القائمة على البقاء على قيد الحياة مرجحة نوعية الحياة، حيث سجل نوعية الحياة بين 1.0 للصحة الكاملة، وصفر للموت.

الاستعداد للدفع: القيمة النقدية، وهو ما يمثل الحد الأقصى للمبلغ الذي سوف يكون الفرد على استعداد لدفعه الفرد من الدخل، ليكسب تحسناً في الصحة.

تحديد، وقياس الآثار الصحية:

تذكر من الفصل 13 أن هناك ثلاثة أنواع رئيسية من التقييم الاقتصادي: تحليل فعالية التكاليف، تحليل فائدة التكاليف والمنفعة، وتحليل التكاليف والعائد. تشمل كلاً منها على المقارنة بين البدائل المختلفة من حيث تكاليفها ونتائجها على حد سواء (Drummond et al. 2005). ومع ذلك، فإنها تختلف من حيث نوع النتائج التي تحاول القياس، والتقييم. في هذا الفصل نستكشف هذه الأساليب المختلفة، بدءاً من تلك التي تستخدم لقياس الآثار الصحية في تحليل فعالية التكاليف وتحليل فائدة التكاليف. بعض النتائج من التدخلات الصحية هي أكثر وضوحاً من غيرها. تمنع الطفل ضد الدفتيريا، والسعال الديكي، والكزاز يحميه من هذه الأمراض التي ربما تهدد حياته. في هذه الحالة، قد تشمل النتائج: الحالات التي وقعت، سنوات العمر المحفوظة، عدد اللاقات التي تم تسليمها. استخدام العلاج الإشعاعي كجزء من حزمة العلاج لعلاج امرأة من سرطان الثدي يزيد من احتمال امتداد حياتها، وقلة التزام المريض الفقير بالعلاج الكيميائي لمكافحة السل قد يؤدي إلى فشل العلاج. هذه الأمثلة كلها واضحة إلى حد ما. ومع ذلك، هناك العديد من النتائج أقل وضوحاً - بقصد، أو بغير قصد، - والسلبية المحتملة، وكذلك الإيجابية. على سبيل المثال،

تستخدم التأثيرات الخارجية الإيجابية المستمدة من تمنع الطفل (أي مناعة القطع)، وحقيقة أن يستخدم العلاج الإشعاعي كتدبير للسرطان فإنه يرتبط بالعديد من الآثار الضارة السلبية (التكلاليف غير الملموسة)، والخطورة الخارجية السلبية لتطوير مقاومة للأدوية بسبب انخفاض مستوى الالتزام بالعلاج الكيميائي المضاد للسل. قد يكون بعضًا من هذه النتائج تؤدي إلى الحاجة لعلاجات مكلفة إضافية.

نشاط 1.15

لكل من التدخلات أدناه، قم بعمل قائمة بالنتائج الإيجابية، والسلبية:

1. تحسين فرص الحصول على المياه النظيفة وصيانة الصحة العامة في قرى الريف.
2. فحص النساء الحوامل للعدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة.
3. العناية المركزية للأطفال الرضع حديثي الولادة.

التغذية الراجعة:

1. انخفاض معدل الإصابة بأمراض الإسهال، وقلة الوقت اللازم لجلب الماء (وبالتالي فإن هناك مزيد من الوقت المتاح للقيام بأشياء أخرى).
2. لأولئك الذين أنهم إيجابيين لفيروس نقص المناعة المكتسبة، العلاج المبكر للأم يخفض خطر انتقال العدوى للأطفال الرضع. الآثار السلبية المحتملة تشمل الضغط النفسي عند النظر في الاختبار، وخاصة في حالات نادرة، واختبارات إيجابية كاذبة.
3. زيادة البقاء على قيد الحياة لكن مخاطر عالية من مضاعفات قصيرة، وطويلة المدى بما في ذلك الإعاقة العصبية.

ربما من الجدير الأخذ في الاعتبار أن التدابير الأكثر فائدة للتقييم الاقتصادي هي التي تكون ملموسة، وتسمح لأي تغييرات أن تعد كميًّا، وتقارن عبر التدخلات والأمراض.

مقاييس النتائج الصحية:

يمكن قياس الصحة في عدد من الطرق المختلفة.

معدل الوفيات:

يمكن قياس معدل وفيات عن طريق عدد الوفيات المتجنبة، أو عدد سنوات العمر المكتسبة، هو مقياس ملموس، وقابل للقياس، ويمكن استخدامه في جميع الأمراض والتدخلات. ومن المفيد للتدخلات الوقائية والعلاجية التي تؤثر على الإصابة التي يمكن أن تكون مهددة للحياة، ونسبة انتشار الأمراض، ولكن ليس لتلك التي قد تسبب قسط كبير من المرض ولكن نادراً ما تحدث الموت.

المراضة (انتشار المرض):

يمكن هنا استخدام عدة تدابير، على النحو المبين أدناه.

- عدد حالات الشفاء، أو تأثير المرض: هذه التدابير مفيدة بشكل خاص في قياس الأمراض الحادة (مثل الملاريا، أو التهابات الجهاز التنفسي الحادة)، وتشير إلى وجود، أو غياب المرض، ولكن لا تشير إلى المدة، أو الآخر، وبالتالي فهي ليست جيدة للحالات المزمنة، أو حالات العجز مثل مرض السكري، أو التهاب المفاصل. إضافة إلى ذلك يمكن فقط أن تستخدم لمقارنة التدخلات حيث نوع النتيجة المتطابقة؛

- مؤشرات المرض المحددة: لعدد من الحالات المرضية المزمنة، حيث إن هناك مرض محدد أو مؤشرات محددة تهدف لكسر شدة المرض أو التأثير على نوعية الحياة (على سبيل المثال قياس أثر نطاق التهاب المفاصل) وميزة هذه التدابير هي أن تكون ملموسة، ومع ذلك، على النحو الوارد أعلاه، لا يمكن إلا أن تستخدم لمقارنة التدخلات حيث نوع النتيجة المتطابقة؛

- تدابير الصحة العامة (المؤشرات، واللاماح): هي مصممة لتكون قابلة للتطبيق على نطاق واسع في أنواع مختلفة من الأمراض، والتدخلات، وتلخيص المفاهيم الأساسية للصحة، ونوعية الحياة. ملفات شخصية مثل الملف الشخصي الصحي لنونتجهام (Hunt et al. 1985) يمثل أبعاداً صحية مختلفة بشكل منفصل (مثل الحرارة، والألم، والرفاهية العاطفية). يقدم مؤشرات الصحة مثل تأثير المرض الشخصي (Gilson et al. 1975) ملخص المؤشر واحد. من ميزات عمل الفهرس أنه يتتيح إمكانية مقارنة الصحة عبر التدخلات، والأمراض، والسكان. وتجميع النقاط لإنتاج قيمة يمكن أن يتم مع، أو دون الأخذ بعين الاعتبار تفضيلات الناس. إنأخذ تفضيلات الناس في الاعتبار يسمح بحساب نوعية سنوات الحياة المعدلة، أو عجز سنة الحياة المعدلة، وتستخدم في تحليل فائدة التكاليف.

التدابير المتوسطة (الوسطية):

أحياناً يكون من غير الممكن قياس النتائج الصحية الفعلية، خاصة في التدخلات الوقائية عند نتائج صحية قد تكون كبيرة «اتجاه لأسفل». وعلى سبيل المثال، إذا كانت نتائج التدخل في تقليل خطر تعرض الفرد للإصابة بمرض معين. في هذه الحالة قد يتم استخدام إجراء متوسط. على سبيل المثال، يوصف أيضاً العلاقة بين ضغط الدم، وخطر الإصابة بأمراض القلب، والأوعية الدموية. ولذلك، في قياس أثر علاج خفض الضغط - على الأمراض القلبية الوعائية، ويمكن استخدام ضغط الدم كتدبير وسيط لخطورة الأمراض القلبية الوعائية. إن التدابير الوسيطة مفيدة فقط عند مقارنة التدخلات المماثلة.

تدابير العملية:

تشير هذه التدابير العملية إلى الأنشطة التي يُعرف أو يعتقد أن لها تأثيراً مباشراً على النتائج التي تتحقق عن طريق تدخل - على سبيل المثال مدة الإقامة في المستشفى أو التشخيص الصحيح.

المال:

يمكن أن تسدد القيم النقدية أيضاً للنتائج الصحية. وسنعرف المزيد من هذا لاحقاً في هذا الفصل.

نشاط 2.15:

1. تقر كل نتيجة أدناه ما هو نوعها؟، والنظر في مدى فائدة النتيجة للتقييم الاقتصادي.

أ. عدد المرضى الذين ألقعوا عن التدخين نتيجة حملة توعية صحية.

ب. عدد من تجنبوا الوفاة وعجز سنوات الحياة المعدلة عن طريق علاج الملاريا الحادة مع عقارات الأرتيسونات بدلاً من الكينين.

ج. متوسط تدفق الدم لكوليستيرول البروتينات الشحمية منخفضة الكثافة بعد العلاج بأدوية خفض الكوليستيرول.

2. الآن نطبق هذا التفكير في وضع أكثر عملية. لنفترض أنك موظف تعلم في وزارة الصحة، ويوماً ما تم استدعاؤك إلى مكتب الوزير. وتم إعلامك أنه يجب إجراء تقييم اقتصادي لتدخلات عدة بما في ذلك توزيع الناموسيات المبيدة للحشرات للنساء الحوامل. وقدمت وزارة المالية بالفعل تقديرات لتكاليف قطاع الرعاية الصحية العامة من تشغيل برنامج الناموسيات المبيدة للحشرات. سيكون من واجبك تقديم تقديرات لنتائج هذا البرنامج. لحسن الحظ، مؤخراً تم الحصول على بيانات النتائج الصحية لتجربة عشوائية في بلدك على مدى عامين بين مجموعة من النساء الحوامل اللائي أُعطين ناموسيات، ومجموعة أخرى من النساء الحوامل اللاتي لا ينتمن تحت ناموسية. النتائج الصحية المسجلة تشمل عدد وفيات الأمهات، وحالات فقر الدم، وانخفاض الوزن عند الولادة مواليد الرضع، الوفيات، ونببات الملاريا بين الأمهات، وأطفالهن حديثي الولادة. الوزير يقترح عليك أن الحد من وفيات الأمهات ومن الممكن أن يستخدم كمقياس لنتائج برنامج الناموسيات المبيدة للحشرات. ماذا سيكون ردك؟

التغذية الراجعة:

1. أ. هذا هو مقياس متوسط. يمكن ربطه مباشرة بالنتيجة النهائية الصحية (مثال: منع حالات سرطان الرئة).

ب. هذا هو مقياس لمعدل الوفيات. وهو مقياس جيد في أنه ملموس، ويمكن استخدامه لقياس الإصابات الحادة الأخرى والوفيات، هذا هو مؤشر الصحة العامة. أنه يستوفي جميع المعايير لقياس نتيجة جيدة للتقييم الاقتصادي.

ج. هذا مقياس متوسط. الهدف النهائي هو الحد من الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية. أنها مفيدة فقط في المقارنة مع الأدوية الأخرى المخفضة للكوليستيرول، أو التدخلات.

2. يمكنك الرد أن الحد من وفيات الأمهات ضيق جداً لأن هناك آثار صحية ضارة أخرى تستحق تجنبيها مثل نوبات الملاريا والرضع منخفضي وزن الولادة. قد تقترح اختيار المقاييس الصحية التي يمكن أن تتضمن مختلف الحالات الصحية المعاكسة إضافة إلى الوفاة المبكرة للأمهات، مثل (نوعية سنوات الحياة المعدلة، أو عجز سنة الحياة المعدلة). وبالإضافة، ستحتاج لقياس صحي أوسع إذا كانت التكاليف، والنتائج لبرنامج الناموسيات المبيدة للحشرات لابد من مقارنتها بالتدخلات التي تستهدف أمراض أخرى.

تقييم التغيرات في مجال الصحة باستخدام منهج غير نظري:

للولهة الأولى التمييز بين قياس، وتقييم الأرباح تبدو متحذقة، ولكن كما توضح الخلاصة التالية من ريتشاردسون، وأخرين (Richardson et al. 1998) أنها في الواقع مهمة جداً.

ينطوي قياس الفوائد في التقييم الاقتصادي على خطوتين، والتي تختلف من الناحية المفاهيمية، ومتميزة عادة في الممارسة العملية. الأولى هو قياس الآثار المرتبة على التدخلات المتعلقة بالصحة التي تقتبس وحدات طبيعية مثل سنوات إضافية من الحياة، والتغير في ضغط الدم، وما إلى ذلك. ثانياً، هناك تحديد لقيمة هذه التغيرات، ويختص الاقتصاد مع ثاني هذه الخطوات، وهذا هو دور علماء الأولية، أو الباحثين لتحديد النتيجة (عواقب) في وحدات الطبيعة. هذا يعني أن التقييم الاقتصادي لا ينافس مع أو يتدخل على البحوث الإكلينيكية، أو الوبائية. وليس الشكلان من حيث التقييم متكاملين.



(Richardson et al. 1998)

كل من أساليب التقييم التي ستم مناقشتها في هذا القسم صممت للحصول على فائدة الأوزان، أو ببساطة، الفوائد، التي تعكس تفضيلات الفرد لحالات صحية مختلفة. في اقتصاديات الصحة، فائدة الأوزان هي الأكثر شيوعاً لتوليد عجز سنة الحياة المعدلة، ونوعية سنة الحياة المعدلة لستخدام في تحليل فائدة التكاليف في تدخلات الرعاية الصحية. وهي تسمح بخصائص مختلفة للصحة (مثل أعراض، أو القدرة على القيام بالأنشطة) لتقيم على نطاق واحد، وتقارن. هناك طريقتان واضحتان لتقدير القيم لحالات الصحة: تلك التي تقدر من قبل المرضى المستخدمين لطرق التقييم المباشر، وتلك المقدرة بصورة غير مباشرة باستخدام قيم خارج الرف من الأدبيات. نحن نصف تقنيات استنباط مختلطة لتقدير الحالات الصحية بعد ذلك بقليل ولكن دعونا أولاً ننظر في كيفية بناء نوعية سنة الحياة المعدلة، وعجز سنة الحياة المعدلة.

نوعية سنة الحياة المعدلة:

من الآن سوف تكون على علم بأن نوعية سنة الحياة المعدلة هي مؤشر صحة حيث يقيس مقدار السنين التي يعيشها المرء، مع الأخذ في الاعتبار أن بعض سنوات الحياة تلك تقضى في أقل من الصحة المثالية. وسوف يحصل الفرد على نوعية سنة الحياة المعدلة أكثر بالمدة الأطول التي يعيشها أو تعيشها وبالصحة الأحسن التي يتمتع أو تتمتع بها خلال تلك السنوات. نوعية سنة الحياة المعدلة وبالتالي فهي مقياس زيادة الصحة، والتي تكون جيدة لما يمكن أن يمتلكه الفرد قدر المستطاع. توصف مستويات الصحة باستخدام مقياس نقاط الربط مع من 0 (الموت) و1 (الصحة الكاملة) ومبدأ الجمع بين كمية ونوعية سنوات العمر. المثال أدناه يوضح كيف يتم الحساب.

تقييم الفائدة ونوعية سنة الحياة المعدلة:

دعونا نفترض أن هناك اثنين من العلاجات لمرض ما. إن كلاً من العلاجين يزيد العمر المتوقع للفرد بحوالي 10 أعوام. لكن نتائج العلاج A في الفرد على قيد الحياة في السنوات الصحية الكاملة (ممثلة على درجة فائدة 1 على نطاق أساسي)، بينما وبين الموت (بصفر) مقارنة مع العلاج B الذي ينتج الفرد على قيد الحياة السنوات، وفي حالة أن ليس لديها سوى نقاط فائدة 0.5. قد أدى العلاج A إلى زيادة في نوعية سنة الحياة المعدلة من (10×1) ، ضعف العلاج B مما أدى إلى ارتفاع كبير في نوعية سنة الحياة المعدلة من (0.5×10) .

لاحظ أن بعض العمليات الحسابية المماثلة يتم إجراؤها في إطار النهج. نوعية سنة الحياة المعدلة كل حالة صحية يتعين عليها زيادة العجز على مقياس من 0 (الصحة المثالية) إلى 1 (الموت). لحساب عبء مرض معين، يتم ضرب زيادة العجز بعدد السنوات التي عاشوها في تلك الحالة الصحية، وتضاف إلى عدد السنوات المفقودة بسبب هذا المرض.

* النطاق الأساسي هو شكل محدد لنطاق فاصل (0) مع انعكاس للحالة الصحية مع العزل (1) يعكس الصحة المثالية، وهذا يعني أن الفاصل الزمني من 0.2 إلى 0.3 له المعنى نفسه للفرد كفاصل من 0.7 إلى 0.8 (انظر صفحة 176 من دروموند وأخرون Drummona et al. 2005 لمزيد من التوضيح للمقاييس الأساسية).

أن تكون قادرًا على قياس الاختلافات في الأفضليات بهذه الطريقة أمر أساسي في التقييم الاقتصادي (خاصة في تحليل فائدة التكلفة) الذي هو، كما تعلمنا سابقاً،

تحليلًا مقارنًا. ونحن مهتمون في الخلافات بين التدخلات البديلة. مرة واحدة، وقد تم قياس الفرق في التفضيلات، ويتم الجمع بينها مع فائدة الوزن لحساب نوعية سنة الحياة المعدلة.

يعتبر أيضًا الخصم مهما في عملية حساب نوعية سنة الحياة المعدلة. في تحليل فائدة التكلفة باستخدام نوعية سنة الحياة المعدلة، فإن المحلول يمكنه تقرير خصم سنوات العمر المقبلة (في الصحة الكاملة أو بالتسوية)، بطريقة مماثلة لتكليف الخصم، لإدراج ملاحظة أن معظم الأفراد يفضلون تجربة الأشياء الجيدة عاجلاً، وليس سنوات في المستقبل. هذا يعني أنه سيتم النظر في سنة الحياة لتكون ذات قيمة أقل تدريجياً في المستقبل من سنة الحياة التي نعيشها.

عجز سنوات العمر المعدلة:

وضعت عجز سنوات العمر المعدلة كجزء من دراسة العباء العالمي للأمراض التي تهدف إلى مقارنة أعباء المرض في جميع مناطق العالم (Murray and Lopez 1996). عجز سنوات العمر المعدلة هي وسيلة قياس الوقت الصحي المفقود الناجم عن الأمراض لدى الفرد، أو السكان. هذا المؤشر يجمع بين عجز سنوات العمر المعدلة بسبب الوفاة المبكرة مع عجز سنوات عاشهما في حالة صحية أقل من الصحة الكاملة. والفرد سوف يعاني من عبء أكبر لفقدان أقصر من عجز سنوات العمر المعدلة التي يعيشها هو، أو تعيشها هي، والصحة الأسوأ التي عانى أو عانت منها. عجز سنوات العمر المعدلة وبالتالي هي مقياس لدى الفجوة الصحية بين الصحة الفعلية، والمثالية المحددة لتحقيق الصحة. هذه الفجوة هي السيئة التي يمكن للفرد، أو السكان السعي جاهدين لتقليلها. وتميزت عجز سنوات العمر المعدلة في دراسة العباء العالمي للأمراض الأصلية بأربعة خيارات قيمة واضحة:

1. تعريف الوفاة المبكرة بالنسبة إلى نموذج جدول الحياة المقابل لأعلى متوسط في العمر المتوقع عالمياً.

2. زيادة العمر غير المتكافئ يطبق مع أعلى قيم نسبية تتعلق بالسنوات الوسطى من العمر الافتراضي للفرد، مقارنته بمرحلة الطفولة المبكرة، والشيخوخة. الأساس المنطقي لذلك هو نتيجة الأدوار الاجتماعية المختلفة التي يلعبها الفرد خلال الحياة، من المهم بصفة خاصة أن تكون صحيحاً في السنوات الوسطى مع العديد من المعالين في شكل صغار الأطفال، وأفراد الأسرة الأكبر سناً.

3. خصم سنوات العمر المقبلة سواء في مجال الصحة الكاملة، أو المفرطة باستخدام معدل الخصم السنوي بنسبة 3 في المائة.

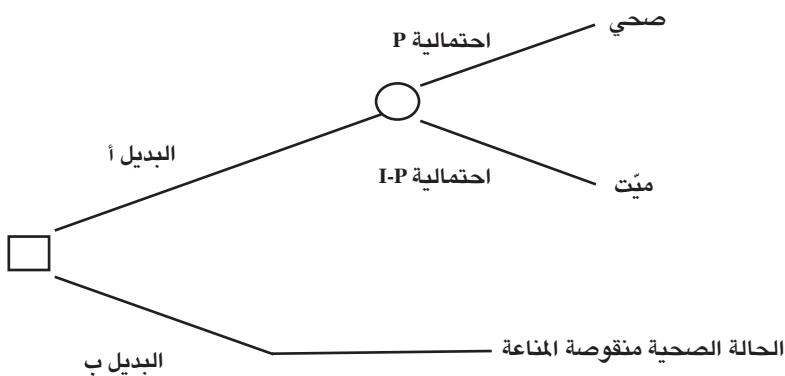
4. زيادة العجز المرتبط بالأمراض الذي يعكس خطورتها مستخدماً مقياس معكوس بين 0 للصحة الكاملة و 1 للموت. استمدت زيادة العجز من مشكلات صحية معينة، مثل العمى، أو الإسهال المائي، من مجموعة من خبراء الصحة العامة الدولية باستخدام تقنية المفاضلة الشخصية (سوف تقرأ المزيد عن هذه التقنية في وقت لاحق).

كانت الخيارات القيمة حول العجز، والعمر ترجح في الحسابات الأصلية لعجز سنة الحياة المعدلة الكثير من النقاش في هذا الموضوع. التحديات لحسابات عجز سنة الحياة المعدلة باستخدام أوزان عمرية متساوية ويتم الابتعاد عن لجنة خبراء المناهج للحصول على أوزان العجز لأحد باستخدام مزيج من المجتمع، وتقييمات الخبراء القائمة على (World Health Organization 2004 ; Harvard University et al. 2009).

يجب على المحللين الذين يرغبون في استخدام عجز سنوات العمر المعدلة، وسنوات العمر المعدلة كجزء من (تحليل فائدة التكاليف) إخضاع تقديراتها لتحليل الحساسية. وفي حالة أن سنوات العمر عجز للمعدلة قد تختلف خيارات قيمتها، على سبيل المثال: استخدام متوسط العمر المتوقع من بلد المحلل نفسه بدلاً من متوسط العمر المتوقع القياسي الذي تم اختياره لنهاج عجز سنة الحياة المعدلة؛ متساوية بدلاً من الأوزان العمرية غير المتكافئة، ومعدلات الخصم لكل 3 في المائة. في حالة نوعية سنة الحياة المعدلة، فإن الافتراضات التي تقوم عليها الحسابات يمكن أيضاً أن تختلف.

الأساليب المباشرة لتقييم الحالات الصحية:

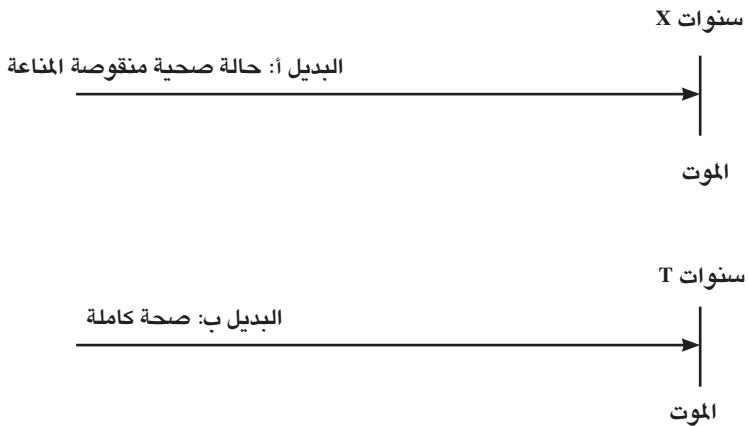
يمكن أن يكون للتقييم المباشر موارد كثيرة تتطلب أن تسعى لتطوير أوصاف الحالة الصحية ذات الصلة، ومقابلة ذوي الخبرة. التقييم المباشر يتطلب أيضاً مستويات عالية من التركيز، والصوت الوظيفي الإدراكي (Rashidi et al. 2006). المشاركون في هذه الأنواع من ممارسة التقييم يكونوا أفراداً من عامة السكان، والمرضى الذين يعانون من أمراض قيد الدراسة، أو أفراد القطاع الصحي. لتقدير مستوى الفرد من فائدة، يطلب منهم ترتيب تفضيلاتهم، مما يجعل المفاضلة بين الحالة الصحية، والبدائل (Sinnott et al. 2007)، ومعيار جامبل، ووقت من المفاضلة، والتجارة الشخصية ونطاق التماثل البصري، وهؤلاء من الطرق المباشرة المستخدمة على نطاق واسع لتقدير فائدة أوزان التقييم الاقتصادي.



(الشكل 1-15): معيار جامبل.

معايير جامبل:

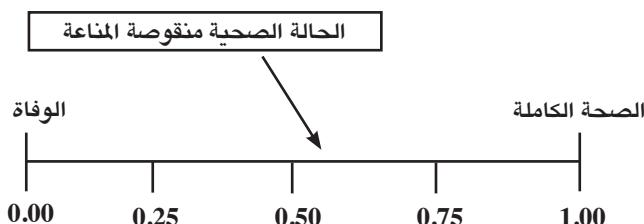
طريقة معيار جامبل هي وسيلة لقياس التفضيلات التي هي الأكثر تناقضاً مع النظرية الاقتصادية التقليدية. ويمثل المستجيبون مع الاختيار بين النتائج الصحية التي تنطوي على عدم اليقين. ويطلب من المستجيب أن يتخيّل العيش في حالة صحية لعدد من السنوات، على سبيل المثال 30 عاماً. توصف هذا الحالة الصحية الخطيرة إلى المشارك ليتمكن أو تتمكن من تصور الحياة بهذه الطريقة. حيث يقدّم المشارك مع خيار العلاج الذي يعيد المريض إلى الصحة الكاملة مع احتمال P ، أو الموت الفوري مع احتمال $1-P$ ، كما هو موضح في (الشكل 1.15). واحتمال نجاح العلاج مقابل الموت يتّنّع حتى يكون المشارك غير قادر على القول ما إذا كان الذين يعيشون في الحالة الصحية الخطيرة، أو وجود علاج مع فرصة P للصحة الكاملة هو الخيار الأفضل. يتم تفسير P المحددة بتقييم للمشارك من الحالة الصحية الخطيرة. وكلما كانت الحالة الصحية غير مرغوب بها كلما كانت رغبة المشارك، أن يتقبل خيار العلاج مع انخفاض فرصة النجاح. إن عقبة رئيسية أمام الاستفادة من معيار جامبل هي أن مفهوم «احتمال» في كثير من الأحيان من الصعب على المشاركون فهمه. على الرغم من هذا، ويمكن القول إن معيار جامبل يحاكي أفضل الخيارات التي تواجه الشعب في الحالات الإكلينيكية «الحقيقية» لأن عوامل عدم اليقين حول الأحداث في خيارات المشاركين.



(الشكل 15-2): وقت المقابلة.

وقت المقابلة:

يجب على المشارك في وقت المفاضلة الإشارة إلى الخيار المفضل لديه بين سيناريوهين: الصحة البديلة حيث البديل أ هو العيش في حالة صحية محددة خطرة لسنوات X تليها الموت، والبديل ب هو العيش لأقصر فترة من السنوات T، في صحة كاملة تليها الموت (انظر الشكل 2.15). على طول الوقت T، في صحة كاملة ثم تتتنوع حتى يقوم المشارك بالحكم على البديلين ليكونان من المرغوب فيهما. ثم يتم استخدام هذه المدة بالأخص T، لتقدير تقييم المشارك في الحالة الصحية الخطيرة كما X / T . على سبيل المثال، إذا كان هناك شخص تراه يعيش 30 عاماً في حالة صحية محددة للخطر فإنه مساوي للذين يعيشون مع 20 عاماً في صحة كاملة، وقيمة العيش سنة واحدة في الحالة الصحية الخطيرة هو $0.67 = 20/30$.



(الشكل 15-3): نطاق التماثل البصري.

نطاق التماشى البصري:

يفيد أسلوب نطاق التماشى البصري كأداة من نوع ميزان الحرارة مثل التي تظهر في (الشكل 3.15) في مساعدة المشاركين على ربط القيم لمختلف الحالات الصحية. ووصفت عدداً من الدول الصحية المختلفة للمشاركين الذين طلب منهم لاحقاً وضع هذا في النطاق مشاكل صحية خفيفة بالقرب من أعلى النطاق ومع الحالات الصحية الشديدة بالقرب من أسفل. وعادة ما تصاغ النهاية من النطاق باسم أفضل حالة صحية يمكن تخيلها وأسوأ حالة يمكن تخيلها «الصحة» أو «كامل الصحة» و«الموت». بينما تستخدم نطاق التماشى البصري للقياس المباشر للحالة الصحية، ولديها بعض القيود. الكثير من المشاركين يجدون صعوبة في تحديد قيم نطاق الفاصل الزمني إلى الحالة الصحة وتمثيل بدلاً من ذلك إلى تصنيفهم. وعلاوة على ذلك، فإن الطريقة لا يعطي المشارك حق الاختيار بين بديلين، وبالتالي لا يعكس قوة التفضيل الالزامية لتقييم الاقتصادي. هناك أيضاً قلق من أن مقاييس، ومعايير التقييم تخضع لتحيز القياس مثل نهاية نطاق التحيز، حيث يميل المشاركون إلى تجنب طرفي النقيض (مثل 0 أو 100). (Sinnott et al. 2007).

الشخص المقاييس:

يطلب من المشارك المعرض لهذه التقنية أن يتصور أنه هو أو هي صانع القرار لتصنيص الميزانية وهذا ما يكفي فقط لتقديم واحد من اثنين بالتبادل مع بعضها البعض لتدخلات الرعاية الصحية، كل منها يحسن صحة مجموعة معينة من المرضى. لذا فإن الخيار فعال بين مجموعتين من الأفراد. تم استخدام إصدار محدد من هذا النهج لاستنباط العجز لسنوات العمر المعدلة في الوعاء العالمي لدراسة الأمراض، كما ذكر في وقت سابق، ويستند المثال أدناه على هذا (Murray 1996).

التدخل أ: سيمد حياة 1.000 من الأفراد الأصحاء لسنة واحدة بالضبط، وعند هذه النقطة سوف يموت الجميع. إذا لم تختار هذا التدخل، سوف يموت جميعهم اليوم.
أو بدلاً من ذلك:

التدخل ب: سيمد حياة ≤ 1.000 من الأفراد المكفوفين لمدة عام بالضبط. إذا لم تختار هذا التدخل، سوف يموت جميعهم اليوم.

إذا قدم المشارك الاختيار بين التدخل أ والتدخل ب حيث هناك 1000 شخص في كل مجموعة، الافتراض هو أن معظم أفراد العينة سوف تختار الإنقاذ الأفراد الأصحاء 1000 لسنة إضافية. ومع ذلك، فإن زيادة عدد الأفراد المحفوفين المُنقددين في التدخل ب سيزيد الرغبة في هذا التدخل مقارنة أ. إذا اعتبر المشارك على سبيل المثال أن التدخلان البديلان متساويان عندما يكون عدد الأفراد العميان هو 1.700، ثم قيمة الذين يعيشون سنة واحدة كعميان $1.700 / 1.700 = 0.59$

الأساليب غير المباشرة (مثل، قيم «ترتيبي محدد»):

الطريقة الثانية لتقييم الحالة الصحية تنطوي على استخدام القيم الموجودة من قبل. حيث يقوم المشاركون بملء استبيان الصحة متعددة السمات و يتم تعين كل حالة صحية لها قيمة محددة مسبقاً، أو تم الحصول عليها من الدراسات الاستقصائية للسكان (Gray et al. 2011). وعادة ما تكون التمارين للحصول على فائدة الأوزان لنوعية سنوات الحياة المعدلة لا تستهدف أمراضاً معينة ولكن بدلاً الحالة الصحية كما هو موضح باستخدام المستويات في عدد من الأبعاد الصحية. على سبيل المثال، تستخدم نظام التصنيف (EuroQol-5D) التنقل بالأبعاد، الرعاية الذاتية، والأنشطة المعتادة، والألم / الانزعاج، والقلق / الاكتئاب مع ثلاثة مستويات في كل بعد الصحي لوصف الحالة الصحية (يظهر عينة استبيان في الشكل 4.15). للتنقل، وهذه المستويات هي: ليس لدي أي مشكلات حول المشي، ولدي بعض المشكلات حول المشي، وأنا مقيد في إلى السرير. إن نظم التقييم الأخرى التي يشيع استخدامها في تقييم نوعية سنوات الحياة المعدلة هي SF-36، التي تطورت في الولايات المتحدة الأمريكية، ومنظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة، وتطورت لاستخدامها في البلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل (Fox-Rushby and Cairns 2005).

يجب توخي الحذر عند استخدام هذه الأوزان من الأدب كنوع من أسلوب التقييم المُتبع (معيار جامبل، وقت المفاضلة، وما إلى ذلك) وقد تبين أنها تؤثر تأثيراً كبيراً على النتائج، والأفضليات للحالات الصحية عبر المجموعات السكانية (Jansen et al. 2000; Drummond et al. 2005; Sinnott et al. 2007) ونتيجة لذلك، هناك تركيز على تطوير أوزان نوعية الحياة المعدلة على أساس القيم من عامة السكان، أو المرضى عندما يكون أحد التقييم الاقتصادي مطلوباً. هناك حاجة إلى موارد كبيرة

للتقط الأفضليات في عموم السكان يشارك فيها عدد كبير من المشاركين. على سبيل المثال، شارك ما مجموعه 3395 أشخاص من المملكة المتحدة في عملية لتعيين وقت المفاضلة لـ 245 حالة صحية لرصد الأوزان من نظام التصنيف (Dolan et al. 1996). حصلت مرة واحدة، وعادة ما يتم الجمع بين الفوائد مع بقاء التقديرات، وتجميعها عبر الأفراد لتوليد سنوات الحياة المعدلة أو عجز سنوات العمر المعدلة.

حتى الآن ناقشنا المناهج الرئيسية لقياس النتائج الصحية باستخدام قيم غير نقدية، واستكشاف مؤشرين ذوا فائدة في التفاصيل. في القسم التالي ندرس لماذا وكيف يتم قياس النتائج من حيث المال.

تقييم التغيرات في النتائج الصحية وغير الصحية باستخدام النهج النقدية:

وتعتبر المؤشرات الصحية مثل نوعية سنة الحياة المعدلة أو عجز سنوات الحياة المعدلة مفيدة لوصف التحسينات في مجال الصحة في مختلف التدخلات الصحية. ومع ذلك، قد لا يعكس القيمة الفعلية الكاملة للتدخلات الصحية، خصوصاً إذا كانت هناك نتائج يتحمل أن تكون غير دقيقة صحيحاً (على سبيل المثال، الماكاسب الإنتاجية، الراحة، والمعلومات)، أو هناك قيمة للأخرين (مثل الصالح العام، والعوامل الخارجية). وقد حدد فوكس - روшибبي، وكيرنز (Fox-Rushby and Carins 2005) قائمة طويلة من المزايا الإضافية التي قد تنشأ عن تدخلات الرعاية الصحية التي تتراوح بين الرضا عن الخدمات من خلال التغيرات الحالية، والمستقبلية في الرعاية. هذه هي الفوائد التي يمكن أن تنشأ عن تدخلات الرعاية الصحية، ولكنها لا تقاد باستخدام مؤشرات الصحة.

هناك طريقة واحدة للتقط كل هذه الفوائد وهي استخدام الوحدة المشتركة للمال. كما تعلمونا سابقاً، فإنه يتبع على التقييم النقدي للمنافع إجراء تحليل للمنافع والتكاليف كما يمكن مقارنته ضد التكاليف لإبلاغ قرارات تخصيص الموارد في جميع القطاعات، وقد استخدم تحليل المنافع، والتكاليف على نطاق واسع مثل البيئة، والنقل والاقتصاد الزراعي. وفي الاقتصاد الصحي فإن فكرة وضع قيمة نقدية على حياة الإنسان، ونوعية الحياة كان دائماً مثيراً للجدل.

عن طريق وضع علامة في مربع واحد في كل مجموعة أدناه، يرجى الإشارة إلى أي العبارات الآتية يصف حالتك الصحية اليوم بشكل أفضل.

الحركة:

- ليس لدي أي مشكلات في المشي.
- لدى بعض المشكلات في المشي.
- أنا مقتصر على السرير.

الرعاية الذاتية:

- ليس لدي أي مشكلات مع الرعاية الذاتية.
- لدى بعض المشكلات تتعلق بالاغتسال، أو ارتداء ملابسي.
- أنا غير قادر على الاغتسال، أو ارتداء الملابس..

الأنشطة المعتادة (مثل أعمال الدراسة المنزلية الأسرية أو الأنشطة الترفيهية):

- ليس لدي أي مشكلات في أداء أنشطتي المعتادة.
- لدى بعض المشكلات في أداء أنشطتي المعتادة.
- أنا غير قادر على أداء أنشطتي المعتادة.

الألم/الانزعاج:

- ليس لدي ألم، أو انزعاج.
- لدى ألم معتدل، أو غير مرتاح.
- لدى ألم شديد، أو غير مرتاح بشدة.

القلق/الاكتئاب:

- أنا لست قلقاً، أو مكتئب.
- أنا قلق بدرجة متوسطة، أو مكتئب.
- أنا قلق للغاية، أو مكتئب.

الشكل 4.15: النظام الوصفي EQ-5D-3L

Source: Reproduced with kind permission of the Euroqol Group.

المناهج الرئيسية لاستخلاص القيم النقدية للصحة:

هناك عدد من الطرق المختلفة المستخدمة لتقييم فوائد تدخلات الرعاية الصحية من الناحية النقدية، وتناقش بعض هذه المفاتيح أدناه.

منهج رأس المال البشري:

هذا المنهج يحاول تحديد كمية الخسائر في الإنتاجية الهامشية لشخص ما نتيجة لاعتلال الصحة - أي خسارة هامشية في الناتج الاقتصادي التي تنجم عن شخص غير قادر على العمل. وقد استخدم منهج رأس المال البشري لسنوات عديدة، ويستند على افتراض أن كل فرد يساهم في إنتاجية المجتمع. يتم احتساب القيمة النقدية للإنتاجية المفقودة بسبب اعتلال الصحة عن طريق ضرب مدة المرض بالمقدار الذي سيتحمله هذا الشخص (أي سعر السوق من عملهم) خلال تلك الفترة إذا لم يكن مريضاً. الآن حاول النشاط التالي الذي يبين كيف يمكن استخدام نهج رأس المال البشري لقيمة فوائد الرعاية الصحية.

نشاط 3-15:

اعتماد رجل أن يكون عاملاً بمنجم فحم، وإن وظيفته تتطلب جهداً بدنياً، كان يتلقى على راتب قدره 80 دولار ليوم الواحد. نتيجة إصابته بمرض بالجهاز التنفسi لم يعد قادراً على مواصلة العمل أسفل المنجم، وبدلًا من ذلك بدأ العمل في غرفة أخرى، وظيفة أقل جهداً براتب 40 دولار فقط في اليوم. بافتراض أن لكل وظيفة يكون العمل لمدة خمسة أيام، وهناك 45 أسبوع للعمل بالسنة.

1. ما هي التكلفة السنوية غير المباشرة للمرض؟
2. ماذا يحدث إذا أصيب الأب المتocado من المنجم بالمرض نفسه؟ كم ستكون التكلفة غير المباشرة للمرض حينها؟

التغذية الراجعة:

1. الأرباح السنوية كعامل منجم: $80 \times 5 = 400$ دولار أمريكي.
- الأرباح السنوية ككاتب غرفة: $40 \times 5 = 200$ دولار أمريكي.
- التكلفة السنوية غير المباشرة للمرض: $400 - 200 = 200$ دولار أمريكي.

2. لا يوجد إجابة واضحة هنا. يمكنك الاستنتاج أن التكاليف غير المباشرة للمرض كانت صفرًا في حالة ما إذا كان قد تقادم الأب، أو عند استخدامك لأجر المنجم أو كاتب الغرفة كوكيل لما كان سيربحه الأب إذا كان عاملاً منتجاً.

هناك عدد من المشكلات مع مناهج رأس المال البشري:

- قد لا يكون منصفاً لأن أصحاب الأجور المرتفعة يُعتبرون أعلى فائدة غير مباشرة من أصحاب الأجور المنخفضة. أيضاً، قد تعكس معدلات الأجور أنفسهم مثل عدم المساواة كالتمييز بين الجنسين، بين الجنسين، أو العرق.

- قد لا يكون هناك سوق العمل، وبالتالي لا سعر للسوق لمجموعات كثيرة من بينها رباث البيوت، والمسنين، والأطفال. بعض الاقتصاديين يستخدمون وكلاء - ومثال على ذلك هو استخدام الأجور لخدم المنازل كبديل لهذا الوقت من رباث البيوت. هناك أيضاً نقاش دائر حول ما إذا كان ينبغي تقييم وقت الفراغ نفس وقت العمل (Posnett and Jan 1996).

- لا يتم تضمين التكاليف غير الملموسة. معظم تكلفة الدراسات للمرض تستبعد التكاليف غير الملموسة مثل التكلفة النفسية من الألم، والمعاناة، وبالرغم من كونها محتملة إلا أنها تكون مهمة.

- العلاقة بين الحالة الصحية، والإنتاجية معقدة، ويمكن أن تكون في اتجاهين. على سبيل المثال، شخص عاطل عن العمل، أو الذي هو في وظيفة ذات أجر المنخفضة سيكون له وسائل مالية أقل للحصول على نفس نوعية الرعاية الصحية من شخص يكسب أجر أعلى.

منهج (نهج) تكلفة الاحتكاك:

كما قرأت أعلاه، فإن منهج رأس المال البشري لا يأخذ في الاعتبار التعقيدات في العلاقة بين الإنتاجية واعتلال الصحة. أثناء عمليات الإنتاج، يمكن استبدال كل شخص على المدى القريب، وهذا يعني أنه قد لا يكون هناك أي تأثير على الإنتاجية ولكن الزيادات في التكاليف المرتبطة باستبدال العمال. وقد استخدم منهج تكلفة الاحتكاك لقياس التكاليف غير المباشرة كبديل لطريقة رأس المال البشري، ويؤخذ في الاعتبار حقيقة أنه يمكن تخفيض الخسائر الإنتاجية من الغياب على المدى القريب باستخدام القدرة الزائدة في قوة العمل وعلى المدى الطويل من خلال استبدال العمال

(Koopmanschap and Van Ineveld 1992, Brouwer and Koopmanschap 2005) بالأشخاص العاطلين، أو إعادة توزيع الموظفين

الأفضليات الملاحظة أو المكتشوفة:

تكشف دراسات الأفضليات ملاحظة الخيارات الفعلية (أي الأفضليات) أن صناع القرار، أو الأفراد المعبرون في الحياة الحقيقة. يتم تفسير هذا ككشف للقيمة النسبية المفروضة على النتائج، والمخاطر المختلفة. مثال على الأفضليات الملاحظة لصانعي القرار هو استخدام قيمة الجوائز المحكمة في حالات الإصابة كوسيلة لتقدير القيمة النقدية لهذه الإصابة. مثال: إن الأفضليات الملاحظة للأفراد تكشف المبلغ المدفوع لتقليل مخاطر السلع، أو الخدمات (مثلا خوذات الدراجات)، وضرب هذا بالتغيير في الخطأ (مثال إصابة شديدة في الرأس). مثال آخر هو منهج خطر الأجر حيث الفرق في الأجر بين الوظائف (مثال عمال المناجم والمصانع) مضروباً بالفرق في خطر الإصابة، أو الموت.

كل من هذه الأساليب مشاكلها. على سبيل المثال، استخدام الجوائز كوسيلة لتقدير القيمة النقدية للإصابة تسبب مشكلة لأن النتائج سوف تختلف من حالة إلى أخرى، والبالغ الممنوعة ليست مجرد انعكاس للتعويض عن إصابة، ولكن عوامل أخرى بما في ذلك المكافآت المحتملة من الفرد، ومعاقبة المتهم. إن تقديرات التفضيل الملاحظ للفرد تعاني من مشكلة أن القيم الأفراد المفترضة لا يمكن أن تكون هي نفسها في الحالات المختلفة.

الأفضليات المعلنة:

وثمة منهج بديل لتقدير التكاليف غير المباشرة، والمنافع باستخدام المسح للحصول على أكبر قدر ممكن من الأفراد المستعدة للدفع لتلقي شيء، أو تجنب شيء. بينما الأقل شيوعاً، فإن الدراسات الاستقصائية قد تستخدم أيضاً لقياس استعداد القبول، والتي تعتبر الحد الأدنى النقدي اللازم للفرد للتخلص عن بعض الخير، أو لتحمل بعض الضرر. في مجال الرعاية الصحية، وقد ذكرت دراسات الأفضليات المعلنة استخدامها لتقدير قيمة التدخلات الجديدة، أو الخدمات التي قد لا يكون لها سوق، ذلك لتقدير ما إذا كانت تكلفة التدخل المقترحة لبرير المنفعة المحتملة على المجتمع. كما أنها تستخدم أيضاً لتجيئه المستوى لأي سلعات، أو خدمات بحاجة إلى

التدعيم - على سبيل المثال، تسويق شبكات البعض اجتماعياً أو الأدوية المضادة لمنع وعلاج الملاريا (Onwujekwe et al. 2002, Wiseman et al. 2005)، أو مخطوطات الحكومة المدعومة للتأمين الاجتماعي (Mathiyazhagen 1998, Onwuje et al. 2009).

إن اثنين من الطرق الرئيسية لاستخراج التفضيلات المعلنة هما التقييم الاحتمالي (CV) واختيار التجارب المنفصلة. في حين أن النظر من خارج نطاق هذا الكتاب بالكثير من التفاصيل مهم للحصول على فهم أساسي لهذه الأساليب. يتطلب اختيار التجارب المفضلة إشراك الأفراد أن يذكروا تفضيلاتهم على سيناريوهات بدائلية افتراضية. يتم وصف كل بديل عن طريق من سمات عدة (مثل الراحة، ونوعية الخدمة). يتم التعامل مع السعر على إنه واحد من الصفات وبذلك يمكن استنباط سمات الرغبة في الشراء. يسعى التقييم الاحتمالي لوصف السوق الافتراضية الجيدة. ثم الطلب من المشاركون عن القيمة القصوى الذين هم على استعداد لدفعها «الوحدة» في هذا السوق الافتراضي (Ryan et al. 2008). الأفضليات المعلنة للدراسات الاستقصائية لابد وأن تصمم بعناية لضمان صحة النتائج (Smith 2007). وبخاصة، من المهم أن يكون واضحاً عن النوع، ومدى عدم التأكد. في معظم المواقف هناك بعض الشكوك حول عواقب، أو نتائج برنامج، أو تدخل.

كلمةأخيرة للتحذير بشأن استخراج القيم النقدية للصحة. هناك احتمال للازدواج في حساب فوائد تحليل التكاليف والفوائد. على سبيل المثال، أي شخص تقل قدرته على العمل نتيجة لإصابته بمرض الربو من الممكن أن يكون مشمولاً في حساب تكلفة المرض باستخدام نهج رأس المال البشري، أو التفضيلات الملاحظة، أو التفضيلات المعلنة. يمكن تضمين هذا في حساب التكلفة، والعائد بوصفه استحقاقاً، أو على شكل تكلفة تعويضية مخصومة من التكاليف الإجمالية (Drummond et al. 2005). الأهم، التأثير على قدرة الشخص على العمل ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار مرة واحدة. الآن بما أنه أصبح لديك فهم أفضل للمناهج النقدية المختلفة، جرب (نشاط 4.15) الذي يركز على واحدة من الرغبة بالشراء.

نشاط 4-15:

افترض أنك تريد أن تقدم صهريج مياه جديدة لخفض المعدلات المرضية من الإسهال ولكن تجد صعوبة في قياس المنافع من البرنامج. وقد طلب هاديكس، وأخرون

(Haddix et al 1996) من 100 أسرة في قرية عن رغبتهم لدفع لتجنب الإسهال. فهم القرويين أن المفاضلة كانت بين شراء الحاوية، والتعامل مع الإسهال في المنزل. تتضح نتائج المسح في (الجدول 1.15).

(الجدول 1.15): منافع صهريج مياة جديدة.

الحد الأقصى للرغبة في الدفع (دولار أمريكي)	عدد الأسر	مجموع المنافع	تراكم الأسر %
25	5	125	5
20	10	200	15
15	50	750	65
10	15	150	80
5	15	75	95
0	5	0	100

- من الناحية النظرية، ما هي نسبة الأسر التي ترغب بدفع 10 دولار على الأقل لصهريج الماء؟
- إذا قرر توريد الصهاريج بعشرة دولارات على الأقل كم ستكون التكلفة الإجمالية للقرية؟ المنافع الكلية؟ وصافي المنافع؟
- ما هي العوامل التي قد تؤثر على رغبة القرويين لدفع؟

التغذية الراجعة:

- 80 في المائة من الأسر على استعداد لدفع 10 دولار على الأقل لصهاريج الماء.
- i) التكلفة الإجمالية للقرية ستكون $10 \text{ دولار أمريكي} \times 80 \text{ أسرة} = 800 \text{ دولار أمريكي}$.
- ii) المنافع الكلية = $(125 \text{ دولار أمريكي} + 200 \text{ دولار أمريكي} + 750 \text{ دولار أمريكي} + 150 \text{ دولار أمريكي}) = 1.225 \text{ دولار أمريكي}$.
- iii) صافي المنافع = $800 - 1.225 = 425 \text{ دولار أمريكي}$.

3. مجموعة من العوامل يمكن أن تؤثر على استعدادهم للدفع بما في ذلك مستوى التعليم، وفهمهم لسبب الإسهال، وما مدى رؤيتهم للأمر كمشكلة إضافة إلى دخلهم. ربما يكون هناك غيرها من الأمور التي فكرت فيها.

يعتبر الاستعداد للدفع للدراسات شائع لوجود عدد من نقاط القوة:

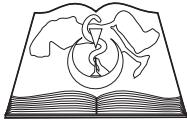
- يمكن تطبيقها على أي حالة، وبالتالي يمكن أن تستخدم لاستخلاص التفضيلات لتدخل نظري، أو خدمة؛
- يمكن استخدامها لتقدير أي تغيير بشكل مباشر في صافي الرفاهية الاجتماعية - مثال: منافع للمجتمع كله، وليس فقط للفرد المريض؛
- يمكن إعداد السيناريوهات المطلوبة تماماً كما سيرغب المحلل؛
- إن المال هو القاسم لأنّه ملموس، وله قيمة مقبولة عالمياً، والتي من الممكن بسهولة فهمها؛

ومع ذلك فإنه يوجد عدد من التحديات:

- تقنية مفتوحة للتحيز بسبب صعوبة فهم الحالة الافتراضية من قبل المشاركين.
- والتي تميل الرغبة في الشراء إلى أن تكون متصلة بشكل إيجابي لدخل المشاركين.
- يمكن أن يكون ضرورياً تعديل تقديرات الرغبة في الشراء لرعاة آثار الدخل؛
- المشكلات العملية في إجراء أي مسح (مثلاً انخفاض معدل الاستجابة، والبٍت في كيفية إعطاء المعلومات).
- الناس الذين يستجيبوا قد لا يمثلوا تعداد المجتمع ككل (وغالباً ما يكون المشارك هو الأفضل تعليماً)؛
- تستند التقديرات إلى ما يقوله الناس أنهم سيفعلونه، وليس ما يقومون به فعلًا؛
- إن الكثير من الناس لا يرغبون، أو يشعرون أنه من المستحيل تقييم الحياة، بل كثيراً ما تضع قيمة لانهائيّة على الحياة عند الاستجابة لعمليات المسح وإذا كان هذا هو الحال، وبعد ذلك جميع التدخلات التي تنفذ الأرواح سوف يكون لديها فوائد لا حصر لها، والتي سوف تتجاوز تكاليفها دائمًا، وسوف تكون دائمًا جديرة بالاهتمام.

الملخص:

في هذا الفصل يتعين علينا استكشاف مجموعة واسعة من النتائج الصحية وغير الصحية على حد سواء التي تنشأ عن التدخلات الصحية. واهتمام خاص أولي بقياس الفوائد مثل عجز سنوات العمر المعدلة، ونوعية سنوات الحياة المعدلة المستخدمة في تحليل فائدة التكلفة، شكلاً من أشكال تحليل فعالية التكاليف. ونحن أيضاً نعيد النظر في دور تحليل التكلفة، أو العائد والنهج المباشر، وغير المباشر المستخدم في تقييم النتائج الصحية من حيث القيمة النقدية، بما في ذلك نهج رأس المال البشري الشائع.



الفصل السادس عشر

التقييم الاقتصادي واتخاذ القرار

Economic evaluation and decision-making

نظرة عامة:

لقد تم إعطاءك الإطارات لاستخدامها عند مقارنة التكاليف، ونتائج التدخلات، ولقد تعلمت كيفية حساب هذه التكاليف، والناتج. وهذا الفصل يمكنك من وصف عملية تخصيص الموارد باستخدام أنواع مختلفة من التقييم الاقتصادي، ومناقشة استخدامات الأدلة الاقتصادية في السياسة، بما في ذلك العوامل التي تؤثر على استيعاب أدلة التقييم الاقتصادي. وسوف يساعد أيضاً على تطوير الوعي لافتراضات الحاسمة التي تُتخذ بالتقييم الاقتصادي.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على:

- وصف عملية تخصيص الموارد باستخدام أنواع مختلفة من التقييم الاقتصادي.
- فهم استخدامات الأدلة الاقتصادية في السياسة
- مناقشة مجالات تطبيق التقييم الاقتصادي
- عرض وعي من الافتراضات الحاسمة التي اتخاذها بالتقييم الاقتصادي.
- مناقشة العوامل المؤثرة على استيعاب أدلة التقييم الاقتصادي.

المصطلحات الأساسية:

متوسط نسبة فعالية التكلفة: نسبة الفرق في التكلفة إلى الاختلاف في التأثير لتدخل واحداً ضد خيار خط الأساس (مثال: لبرنامج، أو لممارسة حالية).

نسبة المنافع، والتكليف: نسبة المنافع النقدية الإجمالية مقسومة على التكاليف الإجمالية. المؤشر المستخدم في تحليل التكاليف، والمنافع.

نسبة فعالية التكلفة الإضافية: نسبة الفرق في التكاليف بين اثنين من برامج بديلة إلى الفرق في الفعالية بين البرنامجين ذاتهما.

نسبة فعالية التكلفة الهامشية: نسبة الفرق في التكاليف، والتأثير الناجم عن التوسيع، أو الانكماش لبرنامج.

صافي القيمة الحالية: مجموع الاستحقاقات النقدية منقوص منها التكاليف. المؤشرات المستخدمة في تحليل التكاليف، والمنافع.

الممارسة القائمة على الأدلة:

لقد أكدت ميزانيات الرعاية الصحية المحدودة على ضرورة استخدام الموارد بفعالية وكفاءة. من أجل تحقيق هذا حيث كان هناك اهتمام متزايد لتنفيذ القرارات السياسية المبنية على الأدلة. وبناء على ذلك، فإن في السنوات الأخيرة اكتسب التقييم الاقتصادي أهمية كبيرة بين صناع القرار، الذين يحتاجون إلى معرفة أي التدخلات تمثل «القيمة مقابل المال». ولعلكم تذكرون من الفصول السابقة أن التقييم الاقتصادي يمكن أن يساعد في توفير المعلومات الالزمة من خلال مقارنة قيمة التكاليف، والمنافع من التدخلات المتنافسة. وضبط كيفية استخدام متذبذبي القرارات هذه المعلومات لتحسين الموارد النادرة للرعاية الصحية، هو محور هذا الفصل.

عملية تخصيص موارد الرعاية الصحية النادرة باستخدام تحليل التكاليف والفوائد:

بعد تقييم التكاليف (الفصل الرابع عشر)، ونتائجها (الفصل الخامس عشر)، فإن الخطوة التالية في التقييم الاقتصادي هو الجمع بين هذه النتائج بشكل بسيط،

ومفهوم للجمهور، وتوفير الدليل الشامل للقيمة مقابل المال بطريقة تعلمك صنع القرار. ولعلكم تذكرون من الفصل الثالث عشر أن اثنين من ملخص التدابير وتستخدم عادة في تحليل التكاليف، والمنافع هي:

- صافي القيمة الحالية.
- نسبة المنافع، والتكاليف.

دعونا الآن ننظر في هذه بتفصيل أكثر قليلاً. حيث يتم احتساب صافي القيمة الحالية عن طريق جمع منافع النقدية ثم تحذف كل التكاليف، مع خصم ينطبق على كل من الفوائد، والتكاليف حسب الملائم. الصيغة لصافي القيمة الحالية هو:

$$\text{صافي القيمة}_{\text{الحالية}} = \sum_{t=0}^n \frac{(\text{التكاليف} - \text{الفوائد})_t}{(I + r)^t}$$

حيث:

r = معدل الخصم

t = السنة

n = التحليل الأفقي (بالسنوات)

نسبة المنافع والتكاليف يمثل نسبة المنافع الكاملة على مجموع التكاليف، سواء خصم حسب الملائم. أو الصيغة لحساب نسبة المنافع والتكاليف هو:

$$\text{نسبة المنافع}_{\text{والتكاليف}} = \frac{\text{فوائد}_{\text{PV}}}{\text{تكاليف}_{\text{PV}}}$$

حيث:

منافع PV = القيمة الحالية للفوائد.

فوائد PV = القيمة الحالية للتکاليف.

وسوف يسفر تحليل التكاليف، والمنافع عن صافي القيمة الحالية إيجابي إذا تجاوزت الفوائد التكاليف. وتنفيذ مثل هذا البرنامج سيولد صافي فوائد للمجتمع.

حالة مكافئة، وهي أن نسبة القيمة الحالية للمنافع إلى القيمة الحالية للتکاليف يجب أن تكون أكبر من واحد. ومع ذلك، فإذا كان هناك اثنين، أو أكثر من التدخلات التي يستبعد بعضها الآخر، والتي لها إيجابية صافي القيمة الحالية ثم يجب أن يكون هناك مزيد من التحليل. من مجموعة التدخلات التي يستبعد بعضها بعضًا تلك التي يجب أن يتم تحديدها وفقاً للأعلى، أو NPV أعلى نسبة المنافع، والتکاليف.

نشاط 1.16:

(الجدول 1.16) هو ملخص لدراسة تحليل التکاليف، والمنافع لتدخلين متنافسين، A، B

(الجدول 1.16): التکاليف والفوائد

B	A	المشروع
4.7	2	التكاليف (مليون جنيه استرليني)
15.5	10.2	الفوائد (مليون جنيه استرليني)

على افتراض أن التکاليف، والفوائد هي القيم الحالية، وتم حسابها للفترة الزمنية ذاتها:

- حساب نسبة التکاليف، والمنافع لكل مشروع.
- كيف يمكن تفسير النتائج لصناعة السياسة، باستخدام لغة الشخص العادي؟
- بالاستناد على نتائج السؤال السابق فقط، أي مشروع توصي به؟
- حساب صافي القيمة الحالية لكل مشروع.
- تفسير نتائج الإجابات للسؤال السابق.
- استناداً إلى هذه النتائج، ما هي توصياتك؟
- هل غيرت هذه النتائج توصياتك السابقة؟ لماذا أو لم لا؟

التغذية الراجعة:

$$1. \text{ نسبة المنافع والتکاليف } A = 10.2 / 2 = 5.1 : 1$$

$$\text{نسبة المدفوعة والتكاليف} = \frac{3.3}{15.5} = 7.4$$

2. ١ جنية استرليني أنفق على المشروع A تعود 5.1 جنية استرليني.
- ١ جنية استرليني أنفق على عوائد المشروع B تعود 3.3 جنية استرليني.
٣. للمشروع A عائد عاليٌ لكل جنيه تم إنفاقه لذا فإننا نوصي به في المشروع B.
٤. صافي القيمة الحالية للمشروع A $= 10.2 - 2 = 8.2$ جنية استرليني.
٥. يعطينا المشروع A صافي فائدة بقيمة 8.2 مليون جنيه استرليني. يعطينا المشروع B صافي فائدة بقيمة 10.8 مليون جنيه استرليني.
٦. يعني المجتمع مكاسب من المشروع B أكثر من مكاسب المشروع A. لذا فإننا نوصي بالمشروع B.
٧. نعم، ومع ذلك، فإن العوامل الأخرى ذات الصلة بحاجة إلى أن تؤخذ بعين الاعتبار:
 - المشروع B لديه أكثر من ضعف نفقات رأس المال من المشروع A.
 - قد لا يكون المجتمع قادرًا على تنفيذ المشروع B بسبب الموارد المحدودة.
 - قد يلعب الدعم السياسي، أو الاجتماعي أيضًا دورًا.

عملية تخصيص موارد الرعاية الصحية النادرة باستخدام فعالية التكاليف وتحليل التكلفة والمنفعة:

هناك نفور كبير بين عامة الجمهور لفكرة وضع قيمة تقديرية على حياة الإنسان. لذلك، فإن صنع القرار في مجال الرعاية الصحية، وتحليل فعالية التكلفة وتحليل فائدة التكلفة هي الإطار التقييمي الأكثر شيوعاً. في تحليل التكاليف، والمنفعة وتحليل فعالية التكلفة، فإن الخطوة التالية هي الجمع بين التكاليف، والأثار، في شكل نسبة، ليقدم مؤشرًا عاماً من الفعالية - التكلفة بطريقة من شأنها أن تعلم اتخاذ القرارات. اعتماداً على مسألة الدراسة، والمقارنة المطلúع عليها، هناك ثلاثة أنواع من نسبة الفعالية - التكلفة. لقد تعلمت بالفعل قليلاً عن اثنين منها.

١. متوسط نسبة الفعالية - التكلفة: على صفقات متوسط نسبة الفعالية - التكلفة مع تدخل واحد وتقييم هذا التدخل ضد خيار خط الأساس (مثال: البرنامج أو

الممارسة الحالية). وقد رأينا في الفصل 13 التي يتم حسابها بقسمة التكلفة الإجمالية للتدخل (C) من إجمالي عدد النتائج الصحية عن طريق تدخل (E).

$$\frac{\text{مجموع تكاليف التدخل A}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل A}} = \frac{\text{متوسط نسبة الفعالية} - \text{التكلفة}}{\text{نسبة فعالية التكلفة الهامشية}}$$

نسبة فعالية التكلفة الهامشية: (يقيم تغيرات محددة في التكليف، والتأثير عند توسيع برنامج، أو انكماسه (مثال: تكاليف إضافية وأثار تعليم إضافية للطفل). في الواقع إنه من النادر للناتج أن يتغير وحدة واحدة، ولذلك فإن القيمة الهامشية لبرنامج غالباً ما تكون قريبة بقسمة التكاليف الإضافية المرتبطة مع أكبر تغير في الإنتاج أكثر من وحدة واحدة، من خلال التغير في الإنتاج. على سبيل المثال قد تكون تكلفة تمديد خدمة التعليم نفسها إلى قرية أخرى، وذلك من خلال تقسيمها على عدد إضافي من اللقاحات من أجل تكلفة هامشية تقريرية لكل تعليم إضافي لطفل.

$$\frac{\text{نسبة فعالية}}{\text{التكلفة الهامشية}} = \frac{\text{مجموع تكاليف التدخل A}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل A}} - \frac{\text{مجموع تكاليف التدخل A+1}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل A+1}}$$

نسبة فعالية التكاليف الإضافية: تقارن الاختلافات بين التكاليف، والنتائج الصحية لاثنين من التدخلات البديلة التي تتنافس على الموارد نفسها، وتوصف عادة بأنها التكاليف الإضافية لكل نتائج صحية إضافية. تذكرون من الفصل 13 على أن يشمل البسط نسبة فعالية التكاليف الإضافية الاختلافات في تكاليف البرنامج، وهذا يمكن أن يشمل أيضاً تكاليف المرض، وتجنب الخسائر في الإنتاجية اعتماداً على اختيار وجهة النظر. وبالمثل، فإن القاسم المشترك نسبة فعالية التكاليف الإضافية هو الفرق في النتائج الصحية.

$$\frac{\text{نسبة فعالية}}{\text{التكاليف الإضافية}} = \frac{\text{مجموع تكاليف التدخل A}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل A}} - \frac{\text{مجموع تكاليف التدخل B}}{\text{مجموع تأثيرات التدخل B}}$$

وينبغي أن تجدر الإشارة إلى أن كثيراً ما تستخدم مصطلحات نسبة فعالية التكلفة الهاムشية ونسبة فعالية التكاليف الإضافية بالتبادل في المؤلفات. وبينما يعتقد كثيرون أن متوسط نسبة الفعالية - تكلفة يوفر معلومات غير مفيدة لصانعي القرار، وقامت منظمة الصحة العالمية باستخدماها كجزء من تحليل فعالية - التكاليف المعم (Murray et al. 2000; Hutubessy et al. 2002) . تحليل فعالية - التكاليف المعم يتطلب تقييم مجموعة من التدخلات فيما يتعلق بواقع من مجموعة لا وجود له من التدخلات ذات الصلة - أي التاريخ الطبيعي للمرض. وبالتالي بيانات عن متوسط نسبة التكلفة - الفعالية للتدخلات، والتي ليس لها صلة بأي صانع قرار معين، وقد تكون نقطة مرجعية مفيدة لتقدير الاتجاهات لتعزيز كفاءة التوزيع في مجموعة متنوعة من الإعدادات. إطار منظمة الصحة العالمية لا يحول دون تحليل الإضافية (أو الهاムشية) للفعالية - التكلفة، بل يسمح بالتحديد الحالي (من خلال استخدام متوسط نسبة فعالية التكلفة) لعدم الكفاءة التخصيصية إضافة إلى الفرص التي تتيحها تدخلات جديدة (عن طريق استخدام متوسط نسبة فعالية التكلفة).

نشاط 2.16:

1. حساب (نسبة فعالية التكلفة الهاムشية) لتوسيع البرنامج:

- التكلفة الإجمالية $A = 5.000$ جنيه استرليني.
- التكلفة الإجمالية $AX = 10.000$ جنيه استرليني.
- مجموع النتائج $A = .3$
- مجموع النتائج $AX = .5$

حيث الحروف السفلية:

- A يشير إلى البرنامج الأصلي.
- AX يشير إلى البرنامج الموسّع.

2. حساب نسبة فعالية التكاليف الإضافية للبرامجين البديلين، A، وB، والتنافس على الموارد، يعطي:

- التكلفة الإجمالية $A = 5.000$ جنيه استرليني.
- التكلفة الإجمالية $B = 26.000$ جنيه استرليني.

• مجموع النتائج $A = 3$

• مجموع النتائج $B = 10$

حيث نتائج البرنامج هو عدد حالات المرض المنسوبة إلى برنامج من الحجم نفسه للسكان المرضى.

التغذية الراجعة:

1. (نسبة فعالية التكلفة الهامشية) هي نسبة الاختلافات في مجموع التكاليف، ومجموع النتائج بين مستوى البرنامج الأولى، ومستوى التوسيع.

نسبة فعالية التكلفة الهامشية $= (5-3) / 5.000$ جنيه استرليني - 10.000 جنيه استرليني

نسبة فعالية التكلفة الهامشية $= 5.000 / 2$ جنيه استرليني

نسبة فعالية التكلفة الهامشية $=$ لكل ناتج 2.500 جنيه استرليني

2. (نسبة فعالية التكاليف الإضافية) هي نسبة الاختلافات في مجموع التكاليف، ومجموع النتائج بين البرنامجين.

نسبة فعالية التكاليف الإضافية $= (10-3) / 5.000$ (جنيه استرليني - 10.000 جنيه استرليني)

نسبة فعالية التكاليف الإضافية $= 21.000 / 7$

نسبة فعالية التكاليف الإضافية $=$ كل حالة مرضية يتم وقايتها 3.000 جنيه استرليني

مقارنة التدخلات:

عندما يكون الخيار بين التدخل الجديد، والوضع الراهن، ينبغي أن يبدأ المحلول من خلال تطبيق مبدأ الهيمنة (التي تسمى أحياناً قوة الهيمنة). تفضل الهيمنة استراتيجية أكثر فعالية، وأقل تكلفة في آن واحد. قد يكون التدخل الجديد، أو الوضع الراهن يفضلان استخدام هذا المبدأ. عندما يكون أحدهم أكثر فعالية، وأكثر تكلفة، يجب أن يقرر صانع القرار ما إذا كان زيادة الفعالية تبرر تكلفة تحقيق ذلك. يتم ذلك عن طريق حساب نسبة الفاعلية - التكلفة.

في الدراسات التي تقارن بين عدة تدخلات يستبعد بعضها بعضاً - مثال: إذا كان شخص ما يتلقى واحدة من التدخلات فإنهم لا يستطيعون الحصول على غيرها - ينبغي تطبيق مبدأ هيمنة إضافي. المحلول يجب أولاً أن يطبق مبدأ هيمنة القوية، وأي من التدخلات المتنافسة يستبعد ما إذا كان تدخل آخر أكثر فعالية، وأقل تكلفة، أو العكس. ينبغي للمحلول بعد ذلك تطبيق مبدأ هيمنة طويلة (وتسمى أحياناً هيمنة الضعف). وأمرت لائحة التدخلات، بتقليل البذائل قوية الهيمنة، من خلال الفعالية. تتم مقارنة كل تدخل إلى البديل التالي الأكثر فعالية عن طريق حساب نسبة فعالية التكلفة الإضافية قواعد هيمنة المتدة تستبعد أي تدخل والذي لديه نسبة فعالية التكلفة الإضافية أكبر من تلك التدخلات الأكثر فعالية. صانع القرار يفضل التدخل الأكثر فعالية مع انخفاض نسبة فعالية التكلفة الإضافية. بموافقة التدخلات الأكثر فعالية، ونوعية سنوات العمر المعدلة أو تجنب الإعاقة في سنوات الحياة المعدلة، على سبيل المثال، يمكن شراؤها بشكل أكثر كفاءة. لاحظ أنه يمكن تطبيق مبادئ هيمنة التدخلات أيضاً عن طريق ترتيب تكلفتها، والنتيجة نفسها ستؤدي ثمارها. ويمكن لمبادئ هيمنة أن تُطبق عندما يتم تصنيف التدخلات حسب ترتيب تكلفتها؛ والنتائج نفسها سوف تحصد. إن مبادئ هيمنة من الممكن أن تتطبق عندما تكون النتائج يمكن قياسها في وحدات أخرى غير عجز سنوات الحياة المعدلة، أو نوعية سنوات الحياة المعدلة. من المهم أن نلاحظ أن هذا النهج هو الصحيح من الناحية الفنية، ومعايير أخرى تشكل السياسات إضافة إلى الكفاءة.

مقارنة التكاليف، والآثار المتعددة، والمتبادلة للتدخلات:

افتراض وجود خمسة تدخلات (A - E) متاحة إضافة إلى مستوى الرعاية.

يتم عرض متوسط التكلفة، ونوعية سنوات الحياة المعدلة لكل مريض في (الجدول 2.16).

**(الجدول 2.16): متوسط التكلفة، ونوعية سنوات الحياة المعدلة في
مقارنة افتراضية من التدخلات**

نوعية سنوات الحياة المعدلة لكل مريض	جنيه استرليني لكل مريض	التدخل
1.0	50	معيار الرعاية
1	120	A
2.0	100	B
3.0	250	C
4.0	350	D
5.0	550	E

يمكننا استبعاد التدخل A حيث إنه يسيطر بشدة على التدخل B، مثال: تدخل B على حد سواء أرخص، وأكثر فعالية. إزالة التدخل A من الجدول، تتم مقارنة كل تدخل الآن إلى البديل التالي الأكثر فعالية عن طريق حساب نسبة فعالية التكلفة الإضافية. هذه النتائج في (الجدول 3.16).

(الجدول 3.16): مقارنة افتراضية للتكاليف، وأثار التدخلات (تابع)

نسبة فعالية التكلفة الإضافية جنيه استرليني	نوعية سنوات الحياة المعدلة لكل مريض	جنيه استرليني لكل مريض	التدخل
—	1.0	50	معيار الرعاية
50	2.0	100	B
150	3.0	250	C
100	4.0	350	D
200	5.0	550	E

يمكننا استبعاد التدخل C حيث سيادته ضعيفة من قبل التدخلات B وD. على سبيل المثال، إذا أعطيت 100 مريض التدخل C سيكلف 25.000 جنيه استرليني و 300 وحدة من التأثير سيتم اكتسابها، ولكن، 300 وحدة يمكن الحصول عليها $(4 \times 50 + 2 \times 50) \times 22.500 = 22.500$ جنيه استرليني $\times 50 \times 100$ جنيه استرليني + 350×50 جنيه استرليني إذا أعطيت 50 مريضاً التدخل B، ويتم إعطاء 50 مريضاً التدخل D. أو بدلاً من ذلك، 320 وحدة يمكن أن تكتسب $(40 \times 60 + 2 \times 40) \times 25.000 = 25.000$ جنيه استرليني $\times 100 \times 40$ جنيه استرليني + 350×60 جنيه استرليني إذا أعطيت 40 مريضاً التدخل B ويتم إعطاء 60 مريضاً التدخل D. الهمينة الضعيفة، أو الموسعة تتطلب افتراضين قويين: 1) أن العلاجات تكون قابلة للقسمة تماماً، و2)، حيث إن هناك عوائد ثابتة لتوسيع النطاق. وبعبارة أخرى، فإنه يجب أن يكون من الممكن تقديم البديل B ، وD إلى عدد أقل من المرضى دون أي تغيير في الفعالية-التكلفة. وتظهر النتائج النهائية في (الجدول 4.16).

الجدول 4.16: النتائج النهائية للتحليل الافتراضي لتحليل الفعالية - التكاليف

نسبة فعالية التكالفة الإضافية جنية استرليني	نوعية سنوات الحياة المعدلة لكل مريض	جنيه استرليني لكل مريض	التدخل
—	1.0	50	معيار الرعاية
50	2.0	100	B
125	4.0	350	D
200	5.0	550	E

تفسير بيانات الفعالية - التكاليف: مستوى الفعالية - التكاليف:

تمثل نسبة الفعالية - التكاليف الإضافية مقياساً لدى كفاءة التدخل المقترن التي يمكن أن تنتج وحدة إضافية من التأثير (مثلاً عجز سنوات الحياة المعدلة المتمنية، أو نوعية سنوات الحياة المعدلة المكتسبة). باستخدام هذه الطريقة القياسية، فإن الفعالية - التكالفة للتدخلات البديلة يمكن مقارنتها، مما يساعد واضعي السياسات التقرير لما يتم اعتماده. هدف صانع القرار هو اتخاذ جميع التدخلات الصحية والتي تمثل طرقاً فعالة لتجنب الوفيات، و/أو المراضة أو، على العكس لكسب الصحة.

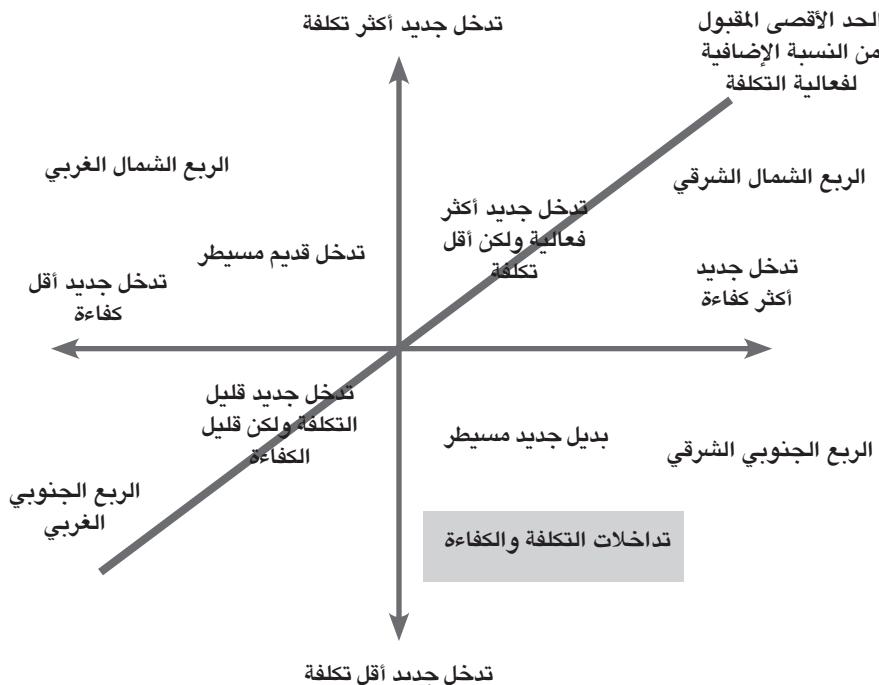
يمكن تمثيل التكاليف الإضافية، والتأثير الإضافي بشكل مرجئ باستخدام مستوى الفعالية - التكاليف الإضافية. المحور الأفقي يقسم الخطة وفقاً للتأثير الإضافي (إيجابي فوق، سلبي أدناه (والمحور الرئيسي يقسم الخطة وفقاً للتكلفة الإضافية) إيجابية من اليمين إلى سلبية من اليسار). هذا يقسم خطة الفعالية - التكاليف الإضافية إلى أربعة أجزاء من خلال المنشآ (انظر الشكل 4.16).

لكل ربع اختلاف ضمني للقرار. إذا كان نسبة فعالية التكلفة الإضافية يقع في جنوب شرق الربع، مع تكاليف سلبية وأثار إيجابية، فإن التدخل الجديد يهيمن، ويعتبر دائماً فعالاً من حيث التكلفة إذا سقطت نسبة فعالية التكلفة الإضافية في

الربع الجنوبي الشرقي مع تكاليف سلبية وأثار إيجابية فإن التدخلات الجديدة تهيمن وتضع فعالية التكلفة في الاعتبار. إذا سقطت نسبة فعالية التكلفة الإضافية في الربع الشمالي الغربي، مع تكاليف إيجابية وأثار سلبية، فإن التدخل الجديد يهيمن ولا يعتبر أبداً من الفعالية - التكلفة. إذا سقطت نسبة فعالية التكلفة الإضافية في الربع الشمالي الشرقي، مع تكاليف إيجابية وأثار إيجابية، أو الربع الجنوبي الغربي، مع تكاليف سلبية، وأثار سلبية، فإن المفاضلة بين التكاليف، والآثار تحتاج إلى النظر فيها.

هذين الربعين يمثلان الحالة التي يكون فيها التدخل الجديد قد يكون من الفعالية - التكلفة مقارنة بالممارسة الحالية، معتمداً على القيمة التي عندها نسبة فعالية التكلفة الإضافية تعتبر قيمة جيدة للمال.

من أجل التقرير ما إذا كان التدخل يقدم قيمة جيدة للمال، لابد من مقارنة نسبة فعالية التكلفة الإضافية إلى حد نقدية محدد. هذا الحد يمثل الحد الأقصى الذي يجعل صانع القرار على استعداد لدفع ثمن الآثار الصحية. التدخل يعتبر الفعالية - التكلفة إذا كان نسبة فعالية التكلفة الإضافية يقع أسفل هذا الحد، وليس الفعالية - التكلفة. على سبيل المثال، إذا كان صانع القرار على استعداد لدفع مبلغ إضافي 50.000 جنيه استرليني لمدة سنة من الحياة، يعتبر تدخل فعالية - تكلفة إذا كان نسبة فعالية التكلفة الإضافية أقل من 50.000 جنيه استرليني في سنة من الحياة المكتسبة. في الحالات التي لم ينص فيها صراحة على هذا الحد، وقانون صنع القرار ينطوي على قيمة الحد. بناء على توصية من لجنة الاقتصاد الكلي، والصحة (Health Organization 2001) ، منظمة الصحة العالمية تصنف التدخلات على إنها عالية المردود بلد معين إذا أظهرت النتائج أنها تجنب عجز سنوات الحياة المعدلة لأقل من نصيب الفرد القومي الإجمالي المحلي. إن العديد من البلدان لديها الحد الخاص بها. على سبيل المثال، 50,000 دولاراً لكل نوعية سنوات حياة معدلة مكتسبة (1982 دولار أمريكي) يشيع استخدامها كحد في الولايات المتحدة الأمريكية (Hirth et al. 2000). وبالمثل، في كندا نطاق القيم المقترحة هي 20.000–120.000 دولاراً كندياً (1990 دولار كندي) (Laupacis et al 1992). في المملكة المتحدة، ويشيع استخدام 30.000–20.000 جنيه استرليني / نوعية سنوات الحياة المعدلة في التقييم الاقتصادي كنسبة قصوى. هذه الحدود كلها تطبق صناعة القرارات على المستوى الوطني، ولكن قد يتم اتخاذ القرارات على المستوى الدولي، والمستويات دون الوطنية، أو مستوى المستشفى الفردية، وصنع القرار قد يرغبو في تحديد الحدود وفقاً لسياقهم الخاص.



(الشكل 1.16): مستوى الفعالية (الكفاءة) - التكاليف.

لاحظ أن نسبة فعالية التكلفة عادة تبين كنطاق. النطاق ينشأ من تحاليل الحساسية، ويعكس عدم اليقين الكامن وراء الافتراضات في تقدير كلٍ من التكاليف، والنتائج.

تطبيقات التقييم الاقتصادي وطنياً ودولياً:

لقد أصبح من المألوف في السنوات الأخيرة إجراء مقارنات (في جداول، أو تصنيفات) بين تداللات الرعاية الصحية من حيث نسبة الفعالية - التكلفة، في التكلفة، لكل سنة من سنوات العمر، التكلفة لكل نوعية سنوات الحياة المعدلة مكتسب، أو التكلفة لكل عجز سنوات الحياة المعدلة. ومع ذلك، فإن الجداول عادة تقارن النسبة

الإضافية لفعالية التكلفة من الدراسات التي تحسب هذه النسب باستخدام الوسائل، والافتراضات المشتملة على اختيار المقارنة، اختيار معدل الخصم، والأفق الزمني، وأيضاً الجماعة الفرعية من السكان (Gerard and Mooney 1993). الاختلافات المنهجية بين الدراسات من الممكن أن تؤثر على تصنيف الدراسات، وبالتالي فإن القرارات المأخوذة تستخدم التي جدولًا دوريًا قد لا تعكس دائمًا الاختلافات في القيمة النسبية للمال للتدخلات. ومع ذلك، كانت هناك محاولات للحصول على قدر أكبر من التماسك في منهجية التقييم الاقتصادي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الجداول عموماً لا تتضمن تدابير لعدم اليقين من تقديرات الفعالية - التكلفة. على الرغم من هذه القضايا، فإن التقييم الاقتصادي قد استخدم الخدمات الصحية التموينية من خلال التأثير على تصميم مجموعة متنوعة من حزم الأساسية من الرعاية الصحية في البلدان المقدمة، والنامية كما تظهر الأمثلة التالية.

البنك الدولي (1993) تقرير التنمية العالمية:

في عام 1993 قدم تقرير التنمية العالمية للبنك الدولي (World Bank 1993) ممارسة لتحديد الأولويات العالمية التي أدت إلى توصيات حول الصحة العامة الأساسية والإكلينيكية من حزم الخدمات للبلدان المنخفضة، والمتوسطة الدخل. وتقرير التنمية العالمية يستخدم سنوات العمر الضائعة لقياس عبء الأمراض المختلفة، ودعت إلى حد أدنى (أو الصحية الأساسية) من التدخلات الصحية العامة، والخدمات الإكلينيكية التي ينبغي أن تمول من الموارد العامة. واعتبر الشراء الجيد واحدة من كل من الفعالية - التكلفة، و تعالج عبئاً كبيراً من الأمراض. (الجدول 5.16) يعرض مجموعة (حزمة) أساسية لتدخلات الصحة العامة لتقرير التنمية العالمية. من البلدان ذات الدخل المرتفع لا يوجد سوى بضعة أمثلة من هذا القبيل. المخطط الذي يجذب اهتماماً كبيراً، ومناقشة هو «خطوة أوريفون».

(الجدول 5.16): الفعالية - التكلفة للتدخلات الصحية (ومجموعات من التدخلات) المتضمنة في حزمة الحد الأدنى من الخدمات الصحية في البلدان منخفضة الدخل

تكلفة كل عجز سنوات الحياة المعدلة (دولار أمريكي)	مجموعة البلد، ومكونات الحزمة
الصحة العامة	
17-12	برنامج التحسين الموسع الإضافي
25-20	برنامج الصحة المدرسية
b	برامج الصحة العامة الأخرى (بما في ذلك تنظيم الأسرة، معلومات الصحة، والتغذية)
55-35	برنامج مكافحة التبغ، والكحول
5-3	برنامج الوقاية من الإيدز
الخدمات الإكلينيكية	
5-3	البرنامج القصير للعلاج الكيميائي لمرض السل
50-30	إدارة الطفل المريض
50-30	تقديم الرعاية قبل الولادة
30-20	تنظيم الأسرة
3-1	العلاج من الأمراض المنقولة جنسياً
300-200	الرعاية المحدودة

- لاحظ: كيف يتم تجريب التكلفة لكل عجز سنوات الحياة المعدلة إلى أقرب دولار.
- أ. ويشمل المعلومات، والاتصالات، والتعليم على عوامل الخطير المحددة، والسلوكيات الصحية، بالإضافة إلى المراقبة الموجهة ومكافحة الأمراض، والرصد.
- ب. يتم حساب الفوائد الصحية من المعلومات، والاتصالات، ومراقبة الأمراض من الخدمات الأخرى في القطاعين العام، والإكلينيكي في الحزمة الصحية. الفوائد الصحية من المراقبة الموجهة هي افتراضات غير معروفة؛ وإذا كانت مثل هذا الانتشار في الارتفاع، فإن الفوائد المحتملة ستكون أكبر.
- ج. يبتعد العلاج من الأمراض المنقولة جنسياً التي هي في حزمة الخدمات الإكلينيكية.
- Source: Adopted from (World Bank 1993).

خبرة أوريغون:

في عام 1989 أطلقت الولايات المتحدة الأمريكية ولاية أوريغون مبادرة للعلاج التمويني في إطار مخطط طبي. وكان الهدف، في إطار ميزانية ثابتة، تقديم الخدمات الأكثر فعالية لأكبر عدد من الناس، بدلاً من تقديم خدمات أقل كفاءة للجميع. لقد تم تطوير نهج الجدول الدوري الذي يحتل تدخلات الرعاية الصحية من حيث المكاسب الصحية ذات الصلة بنوعية الحياة. منذ عام 1989 قد وضعت عدة قوائم للسماح ببعض المرونة من أجل التغيير، وتحسين المنهجية. على سبيل المثال، في الإصدار الذي تم تنفيذه في 1994، 565 من العلاجات أدرجت وتُعرض هذه العلاجات من المساعدين الطبيين. ولاسيما، فإن الجمهور قد شارك في هذه العملية والتفصيلات وقيم لجان المجتمع المدرجة في العملية المعقدة من ترتيب نتائج العلاج (Ganiats and Kaplan 1996). خلال المناقشات العامة فإن النهج انتقد لمجموعة متنوعة من الأسباب المنهجية، الأخلاقية، والسياسية:

1. هل يبرر استخدام الأفضليات المستقبلة غير الطبية لتحديد أولويات المستفيدين للخدمات من القراء؟
2. هل الطرق المستخدمة لتوصيل الأوزان المستخدمة يمكن الاعتماد عليها؟ لقد أسفرت أساليب مختلفة عن أوزان مختلفة.
3. إن المستفيدين من المساعدات الطبية هم أساساً القراء، ومن بينهم نساء، وأطفال، هل تقنيات التمييز ضد أولئك الذين هم الأكثر ضعفاً، ويحتاجون إلى رعاية أكثر؟
4. هل للسياسيين ولاية على الخدمات الصحية التموينية، قبل قطاعات أخرى من الإنفاق مثل الدفاع، أو استكشاف الفضاء تأتي تحت رقابة وثيقة مماثلة؟

ويقول المؤيدون لهذا النظام أن التقنيين يحدث في جميع نظم الرعاية الصحية، على الرغم من أن أغلبهم غير مرئي ضمني، في حين أن المحاولات مثل خطة التقنيين يجعل خطة أوريغون واضحة، ومرئية. كما إنها تؤكد أيضاً أن الخطة زادت فرص الحصول على رعاية للعديد من المستلمين. كما أظهرت المناقشة، إن التقييم الاقتصادي لتحديد الأولويات يتضمن قضايا سياسية، معقدة، وأخلاقية، وليس مجرد عملية تقنية.

المعهد الوطني للصحة - والتميّز الإكلينيكي:

إن المعهد الوطني للصحة، والتفوق الإكلينيكي، أو هو هيئة صحية خاصة

للخدمات الصحية الوطنية في إنجلترا وويلز. بافتراض أن للخدمات الصحية الوطنية ميزانية محدودة، فإن يحاول المعهد الوطني للصحة، والتميّز الإكلينيكي تقييم الفعالية - التكفة من النفقات المحتملة لتحديد ما إذا كانت، أو لم تكن تمثل «أفضل قيمة» مقابل المال من العلاجات التي من شأنها أن تكون مهملاً إذا حدثت النفقات. المعهد الوطني للصحة والتميّز الإكلينيكي. يستخدم نوعية سنوات الحياة المعدلة لقياس الفوائد الصحية التي يقدمها نظام علاج معين. نظرياً قد يكون من الممكن وضع جدول لجميع العلاجات الممكنة التي تم فرزها بزيادة التكفة لكل نوعية سنوات الحياة المعدلة مكتسبة. فإن هذه العلاجات مع أقل تكفة لكل نوعية سنوات الحياة المعدلة مكتسبة تظهر في الجزء العلوي من الجدول، وتقدم أكبر قدر من الفائدة للرطل الواحد المستهلك، وسيكون أسهل لتبير تمويلها. وتلك التي عندها الفوائد المستلمة تكون منخفضة، والتكفة عالية ستظهر في الجزء السفلي من القائمة. وصناعة القرار، من الناحية النظرية، والعمل باستمرار على الجدول، متبعين الخدمات التي هي الأكثر فعالية - تكفة. والقطة التي تستند إليها للخدمات الصحية الوطنية ميزانيتها سوف تكشف عن حد الفعالية - التكفة. في الواقع لم يتم تنفيذ هذه العملية، ولكن لقد استخدم الحد من قبل المعهد الوطني للصحة والتميّز الإكلينيكي لسنوات عديدة في تقييماتها لتحديد العلاجات التي ينبغي للخدمات الصحة الوطنية أو التي لا ينبغي أن ويجب أن تمول 20.000 - 30.000 جنيه استرليني لكل نوعية سنوات الحياة المكتسبة، على الرغم، من الناحية العملية، أن الحد لرفض التقنيات وجدت لتكون في حدود 35.000 جنيه استرليني إلى 48.000 جنيه استرليني (Devlin and Parkin 2004).

اتفاق كوبنهاغن:

والمثال الأخير هو إجماع كوبنهاغن، والتي تحاول بين قطاعات تحديد الأولويات ومن ثم يحتاج إلى استخدام تحليل فائدة التكفة. والهدف من مشروع إجماع كوبنهاغن هو استخدام تحليل فائدة التكفة لتحديد الأولويات بين سلسلة من المقترنات لمواجهة 10 تحديات عالمية كبيرة. هذه التحديات، يتم اختيارها من مجموعة أوسع من القضايا المحددة من قبل الأمم المتحدة، هي: النزاعات الأهلية، وتغير المناخ، والأمراض المعدية؛ والاستقرار المالي، والتعليم، والحكم، والجوع وسوء التغذية، والهجرة، وإصلاح التجارة، والمياه والصرف الصحي. ودعى فريق من الخبراء الاقتصاديين للنظر في هذه القضايا. وسئل الفريق لمعالجة مجالات التحدي الـ 10 وللإجابة على السؤال «ماذا سيكون أفضل السبل لدفع عجلة الرفاهية العالمي، وخاصة رفاهية البلدان

النامية، لنفترض أن 50 مليار جنيه استرليني إضافياً من الموارد كانت تحت تصرف الحكومات؟ اجتماع عام 2004 وجد أن مكافحة فيروس نقص المناعة المكتسبة/AIDS كان له معدل عال جداً من العودة، وينبغي أن يكون على رأس قائمة الأولويات في العالم. حوالي 28 مليون حالة من الممكن منعها في 2010. فإن التكلفة ستكون 27 مليار جنيه استرليني، مع فوائد ارتفاع ما يقرب من 40 ضعفاً. انظر لمزيد من التفاصيل www.copenhagenconsensus.com.

نشاط 3.16

من وجهة نظرك، كيف يمكن أن تشجع على استخدام التقييمات الاقتصادية في الإعداد؟

التغذية الراجعة:

قد ترغب في النظر في كل من العرض، والطلب من الأدلة الاقتصادية. على سبيل المثال، فيما يتعلق بالسابق، يمكن تشجيع صانعي القرار إلى الاعتراف بأهمية النظر في النتائج الاقتصادية المترتبة على قراراتهم. وفيما يتعلق بهذه النقطة الأخيرة، هل هناك ما يكفي من اقتصاديّات الصحة، وغيرها من التدريب، والخبرات ذات الصلة حيث يمكن لصناع القرار أن يثثروا في نتائج الدراسات التي يتم تنفيذها؟

بعض المزايا والعيوب المتصورة للتقسيم الاقتصادي:

كأداة لصنع القرار التي تساعد على تخصيص الموارد النادرة للبرامج التي تحقق أقصى قدر من المنفعة الاقتصادية الاجتماعية، تحليل التكلفة، والفائدة يجبر المحللين لدراسة التأثير الاقتصادي الكامل لجميع النتائج المحتملة لهذا التدخل. معيارياً عن نتائج هذا التحليل في صورة نقية شاملة بحثة يجعل من الممكن المقارنة بين مختلف البرامج التي لديها نتائج صحية مختلفة، أو برامج صحية لبرامج غير صحية. وعلاوة على ذلك، فإن تحديد جميع الاحتياجات من الموارد (التكلفة)، والفوائد من التدخل، أو البرنامج الذي يسمح للمحللين بدراسة جوانبها التوزيعية (مثل الذين سيتقاولون هذه الفوائد، ومن سيتحملون التكاليف). التقييد الرئيسي من تحليل الفائدة، والتكلفة هو صعوبة تحديد القيم المرتبطة بالقيمة النقية للاستحقاقات (مثلاً الحياة

البشرية الموسعة، وتحسين الصحة وإنقاص المخاطر الصحية). وإلى جانب تعقيد الأساليب المختلفة المصممة لتقييم هذه الفوائد، والمحالون عادة يواجهون الجدل حول مدى ملاءمة ربط قيمة نقدية معينة لحياة الإنسان.

قياس التكلفة لكل وحدة من النتيجة الصحية في تحليل التكلفة، والمنفعة/تحليل فعالية التكلفة تلتقي على ضرورة إجراء تقييم صريح للحياة البشرية. ومع ذلك، عندما تكون القرارات حول ما إذا كان التدخل يُنفع لإنقاذ الحياة على أساس تدبير فعاليتها، يجب على صانعي السياسات اتخاذ القرار الضمني حول ما إذا كان الاستثمار يستحق الحفاظ على الحياة. تحليل التكلفة والفائدة يجعل هذه النظرة صريحة. وأخيراً، كما هو الحال في أي دراسة أخرى، فإن نتائج التقييم الاقتصادي ليست سوى جيدة مثل الافتراضات والتقديرات التي تستند إليها. إن فهم الآثار المترتبة على افتراضات، وأساليب التحليل ضروري للتفسير الصحيح للنتائج.

نشاط 4.16:

أجب بصحح، أو خطأ على الأسئلة التالية:

1. تحليل فعالية التكلفة تستخدم على نطاق واسع في مجال الصحة العامة لتقييم البرامج البديلة، أو السياسات للحصول على أقصى نتائج صحية لمستوى معين من الموارد.
2. تحليل فعالية التكلفة ستكون مفيدة للمنظمة لتحديد العائد على الاستثمار من برنامج الصحة.
3. إن تحليل فعالية التكلفة تكون مفيدة في المقارنة بين اثنين من برامج مختلفة، يجب أن توظف النتائج الصحية الأكثر شيوعاً.
4. يمكن استخدام نتائج تحليل فعالية التكلفة لتقييم برامج التطعيم المصممة لتخفيض معدل وفيات الرضع في البلدان النامية من قبل مدير البرنامج في المملكة المتحدة للحصول على أدلة من برامج الفعالية - التكلفة.

التغذية الراجعة:

1. صحيح.
2. خطأ. تحليل التكلفة، والفائدة. يقيس النتائج الصحية من حيث القيمة النقدية، وينبغي أن يستخدم لتحديد العائد على الاستثمار لبرنامج صحي معين.

3. صحيح.

4. خطأ. عوامل الخطر، والتعرض للأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات بين الأطفال في العالم النامي تختلف عن تلك التي يتعرض لها الأطفال في الدول المتقدمة، الأمر الذي يؤدي إلى نتائج متباعدة لا ينبغي مقارنتها.

عشرة أسئلة للسؤال في أي دراسة - القائمة المرجعية دروموند:

كصانع قرار في القطاع الصحي، قد تجد نفسك في موقف تلقي التقييم الاقتصادي على أساس أنه يمكن أن يتوقع منك أن تأخذ بعض الإجراءات. ووضعت الأسئلة التالية من قبل دروموند، وستودارت (Drummond and Stoddart) في مقال عام 1985، وأنها صمدت أمام اختبار الزمن. توفر هذه الأسئلة إطار عمل لتقييم النتائج لأي تقييم اقتصادي (Drummond et al. 2005).

1. هل السؤال المحدد الذي طرح في شكل مسألة واضح؟

أ) هل تكشف الدراسة كل من تكاليف، وأثار الخدمات، أو البرامج؟

ب) هل تنطوي الدراسة على المقارنة بين البديل؟

ج) هل تم ذكر وجهة نظر للتحليل، أو هل وضعت الدراسة في سياق خاص بصناعة القرار؟

2. هل كان وصف البديل المنافسة المعطاة شاملًا؟

أ) هل تم حذف أي بديل مهم؟

ب) هل كان (يجب) «فعل» «لا شيء» بديلاً (يؤخذ في الاعتبار)؟

3. هل هناك دليل على إنشاء البرامج الفعالة؟ هل تم ذلك من خلال تجربة عشوائية أو رقابة إكلينيكية؟ إذا لم يكن كذلك؛ ما هو مدى قوة فعالية الأدلة؟

4. هل تم تحديد جميع التكاليف، والنتائج المهمة ذات الصلة لكل بديل؟

أ) هل كان النطاق واسع بما يكفي ليكون سؤال البحث في متناول اليد؟

ب) هل غطي جميع نقاط البحث (مثال مصالح المجتمع، المرضى، وداعفي الطرف الثالث)؟

ج) هل تم إدراج التكاليف الرأسمالية، وكذلك تكاليف العمل؟

5. هل تم قياس التكاليف، والنتائج بشكل دقيق بوحدات مادية مناسبة (مثلاً ساعات التمريض، عدد زيارات الطبيب، أيام العمل الخائعة، أو سنوات العمر المكتسبة) قبل التقييم؟

أ) هل تم حذف أي عناصر محددة من القياس؟ وإذا كان الأمر كذلك، هل هذا يعني أنه لا قيمة له في التحليل اللاحق؟

ب) هل هناك أي ظروف خاصة (مثل الاستخدام المشترك للموارد) أدت إلى صعوبة القياس؟ هل تم التعامل مع هذه الظروف بشكل مناسب؟

6. هل تم تقدير التكاليف، والنتائج بمصداقية؟

أ) هل تم تحديد مصادر جميع القيم (مثلاً قيم السوق، أفضليات المريض أو العميل، آراء واضعي السياسات، أحكام المتخصصين في الرعاية الصحية) بشكل واضح؟

ب) هل استخدمت قيم السوق للتغييرات التي تنطوي على الموارد المكتسبة، أو المستعملة؟

ج) في حالة غياب قيم السوق (مثلاً: عند استخدام المتطوعين)، أو لم تعكس القيم الفعلية (مثلاً التبرع بمساحة العيادة بسعر منخفض) هل كانت تتم التعديلات بشكل قريب من قيم السوق؟

د) هل طرق تقييم النتائج لهذا السؤال المطروح مناسبة (مثل النوع المناسب، أو الأنواع، من تحليل الفعالية - التكلفة، عائد التكلفة، أو التكلفة - المنفعة المختارة)؟

7. هل تم تعديل التكاليف، والنتائج لفرق التوقيت؟

أ) هل التكاليف، والنتائج التي تمت في المستقبل مخفضة لقيمها الحالية؟

ب) هل تم إعطاء أي مبرر لمعدل الخصم المستخدم؟

8. هل تم إجراء تحليل إضافي لتكاليف، ونتائج البدائل؟ هل تم مقارنة التكاليف الإضافية الناتجة عن استخدام بديل واحد على الآخر مع الآثار الإضافية، الفوائد أو المنافع الناتجة؟

9. هل تم إجراء تحليل حساسية؟

أ) هل تم استخدام التبرير المقدم لنطاقات القيم (من المعايير الأساسية) في تحليل الحساسية؟

ب) هل كانت نتائج الدراسة حساسة للتغيرات القيم (ضمن النطاق المفترض)؟

10. هل شمل عرض، ومناقشة نتائج الدراسة جميع القضايا المتعلقة بالمستخدمين؟
- أ) هل كانت نتائج التحليل على أساس المؤشر العام، أو معدل التكاليف إلى النتائج (مثال نسبة فعالية التكلفة)؛ إذا كان الأمر كذلك، هل كان المؤشر مفسراً بشكل ذكي، أو بطريقة ميكانيكية؟
- ب) هل تمت مقارنة النتائج مع نتائج الدراسات الأخرى التي أجريت على الأسئلة نفسها؟
- ج) هل ناقشت الدراسة تعميم النتائج للإعدادات الأخرى ومجموعات المرضى / العيادة؟
- د) هل لحت الدراسة إلى، أو أخذت في الاعتبار، العوامل المهمة في الاختيار، أو قرار إعادة النظر (مثال توزيع التكاليف، والنتائج، أو القضايا الأخلاقية المتعلقة بذلك)؟
- هـ) هل ناقشت الدراسة قضايا التنفيذ، مثل جدوى اعتماد البرنامج المفضل، القيود المالية القائمة، أو غيرها، مع إمكانية استخدام أي موارد محررة لبرامج أخرى جديرة بالاهتمام؟

معايير أخرى يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند اتخاذ القرارات:

في حين أن التركيز في هذا الفصل على القيمة مقابل المال - وهذا هو، إذا كانت السياسة الصحية ينبغي اعتمادها، وليس من يدفع ثمن ذلك - إذا كان الهدف من ذلك هو اتخاذ قرار بشأن كيفية إنفاق الأموال العامة، والتقييم الاقتصادي هو واحد فقط من تسعه على الأقل من المعايير ذات الصلة لتحديد الأولويات في مجال الصحة. مسائل التكلفة وحدها، كما تفعل قدرات المستفيدين المحتملين لدفع ثمن التدخل. المعايير الأخرى التي قد تؤثر على أولويات تشمل الأسهم الأفقي، والأسهم العمودية (التي نوقشت في الفصل السابع عشر)؛ كفاية الطلب، والمواقف العامة والرغبات. ما إذا كان التدخل هو الصالح العام وما إذا كانت تعطى عوامل خارجية جوهرية، وهي مبررات تقليدية للتدخل العام، وذلك، لأن الأسواق الخاصة لا يمكن توفيرها بكفاءة، كما هو الحال في القطاعات الأخرى.

الفقر والإفقار من خطر اعتلال الصحة والذي من الممكن أيضاً أن يؤثر على الأولويات؛ كذلك الميزانيات المتاحة، وقرارات مدى إتاحة شراء التدخلات. وأخيراً، فإن فعالية أي تدخل، وكذلك الدرجة التي تستحق الأولوية تعتمد على مدى كونها مناسبة ثقافياً أو مقبولة للسكان للاستفادة منها. تدخلات مماثلة، من الناحية الفنية، قد تؤدي إلى درجات مختلفة من الاستخدام، أو الامتثال في مجموعات سكانية مختلفة، وربما تكون هناك حاجة للمعلومات، والحوافز لتحقيق النتائج المحتملة الكاملة.

الملخص:

لقد نظرت في هذا الفصل في عملية الجمع بين التكاليف، والنتائج باستخدام أنواع مختلفة من التقييم الاقتصادي. وكنت قد قرأت أيضاً عن القضايا الناشئة عن استخدام التقييم الاقتصادي في تحديد الأولويات من الخدمات الصحية على مختلف المستويات (المحلي، والعالمي) ومستويات الدخل المختلفة. يمكنك أيضاً النظر في بعض من الإيجابيات، والسلبيات للتقييم الاقتصادي. قبل أن ننهي استعراضنا لبعض المعايير الأخرى، بالإضافة إلى الفعالية - التكلفة، التي غالباً ما تستخدم عند اتخاذ قرارات الرعاية الصحية.



الباب السادس

العدالة

Equity

الفصل السابع عشر

تعزيز العدالة ودور الحكومة

Promoting equity and the role of government

نظرة عامة:

بالنسبة لمعظم الناس، عندما نفكر في الاقتصاد، وأنه مرتبط بهدف الكفاءة. وأنه ذكر من الفصل الأول والسابع أن الكفاءة هي في جوهرها هي الحصول على أكبر المكاسب الصحية من مجموعة محدودة من الموارد. ومع ذلك، كمجتمع نحن أيضاً نشعر بالقلق إزاء المساواة، والتي هي العدالة التي يتم من خلالها توزيع الموارد والصحة، والرعاية الصحية. المساواة هي مجال هام من التحليل الاقتصادي بسبب شهرتها المتعددة كهدف من أهداف السياسات، وعدم التوافق المتكرر مع أهداف الكفاءة والآثار المرتبطة لها لتخصيص الموارد. تلعب الحكومات بانتظام دوراً في توفير، وتمويل وتنظيم الخدمات الصحية بهدف تعزيز المساواة فضلاً عن معالجة أشكال مختلفة من فشل السوق. سنقوم فقط بخدش سطح المساواة، ولكن نتوقع أنه بحلول نهاية هذا الفصل سوف تكون في موقف أقوى لفهم بعض العبارات الشعبية، والمناقشات الرئيسية في هذا المجال.

الأهداف التعليمية:

بعد العمل خلال هذا الفصل، سوف تكون قادراً على:

• وصف العلاقة العدالة والتكافؤ.

• التمييز بين العدالة الأخلاقية، والعمودية.

- الخطوط العريضة لتعريفات مختلفة من الأسهم كما هو مطبق في القطاع الصحي.
- تفسير، وشرح إمكانية المفاضلة بين العدالة، والكفاءة.
- النظر في إيجابيات، وسلبيات التدخل الحكومي في قطاع الرعاية الصحية.

المصطلحات الأساسية:

العدالة والمساواة: إن الهدف السياسي الذي يسعى إلى إقامة العدل في تخصيص الموارد. غالباً ما يُحدد الهدف على أساس المساواة في توزيع الصحة، والرعاية الصحية، أو الحصول على الرعاية الصحية عبر المجموعات السكانية.

مقاييس المساهمون ذوو الكفاءة: إن المعضلة المعتادة التي بها السياسات تهدف إلى تحقيق حصة أكثر إنصاف للموارد والتي غالباً ما تكون غير الخيارات الأكثر فعالية، وبالتالي تؤدي إلى أقل من الحصة الإجمالية.

العدالة الأفقيّة: المساواة في المعاملة بين طرفين متكافئين (على سبيل المثال الوصول العادل لحاجة المساواة).

صيغة تخصيص الموارد: هي الصيغة التي تستخدم مؤشرات الحاجة النسبية للخدمات الصحية لتوجيه قرارات تخصيص الموارد في محاولة لتحقيق المساواة بالتمويل عبر المناطق الجغرافية.

مستخدم الرسوم: النفقات الرسمية خارج الجيب التي يت肯دها المرضى في وقت استخدام الرعاية الصحية.

العدالة الرأسية: المعاملة غير المتكافئة (ولكن عادلة) لغير المتساوين (ينبغي أن يُعامل الأفراد الذين هم غير متكافئين بشكل مختلف وفقاً لمستوى الحاجة).

العدالة كمفهوم:

إن العدالة غير الموضوعية بقدر ما أنها سوف تعني أشياء مختلفة لأناس مختلفين، وليس هناك طريقة صحيحة فريدة لتحديد مفهوم لها، على الرغم من أنه هو

في الأساس حول العدل، والعدالة. إن المفتاح لمناقشة العدالة في قطاع الصحة هو أن مفاهيم المساواة، والعدالة تختلف عن المفهوم الفلسفي للمساواة. العدالة تختلف عن المساواة. بينما المساواة هي حول العدالة، وهذا قد يعني أو لا يعني المساواة في تقاسم السلعة، وقد يكون على سبيل المثال اعتبار عادل أن مجموعة المحروميين في المجتمع يحصلون على حصة أكبر من الموارد. على سبيل المثال، يستخدم صيغ تخصيص الموارد في بلدان مثل أستراليا، وكندا لتوزيع موارد الرعاية الصحية، وغالباً ما تشمل الأوزان لتعكس الاحتياجات الصحية العليا لفئات معينة من السكان مثل السكان الأصليين، أو سكان الريف / المدن. وفي هذا الحالة فإن العدالة لا تترجم إلى الجميع لتلقي سلع أو خدمات. مثال آخر هو استخدام المساواة في الأوزان في تحليل الفعالية - التكلفة، لإعادة تقييمها بحيث يتم إعطاء وزن أكبر لتحقيق مكاسب صحية لجماعة واحدة، أو فرد يتعلق بأخر. اقترح بعض الاقتصاديين العدالة المرجحة لنوعية سنوات الحياة المعدلة (نوعية سنوات الحياة المعدلة)، Dolan and Olsen (2001). وثمة من يقول أنه من أجل الحد من أوجه عدم المساواة في مجال الصحة، يمكن توزيع مكاسب نوعية سنوات الحياة المعدلة في البداية لأولئك الذين سيكونوا الأكثر سوءاً إذا تركوا دون علاج. سوف ننظر عن كثب في هذه القضية للتمييز بشكل إيجابي للفئات المحسومة المسماة بالعدالة الرئيسية وهي - أدناه.

العدالة في الممارسة:

في قطاع الصحة، العدالة (المساواة) تمثل إلى أن تكون بتفسير عام جداً لتوفير مستوىً أساسياً من الخدمات الصحية للجميع. فالمشكلة هي أن هذا التعريف ليس محدداً بما فيه الكفاية عندما يحاول الفرد بالفعل تنفيذ بعض السياسات على المساواة في مجال الرعاية الصحية. وهناك حاجة إلى معيار العدالة الأكثر تحديداً، والقابل للاستخدام. في هذا القسم سوف نستكشف تفعيل بعض الطرق المختلفة في المساواة في مجال الرعاية الصحية.

العدالة الأفقيّة والرأسيّة:

إن العدالة الأفقيّة هي ضمان أن يتم التعامل مع الناس في ظروف متماثلة بالطريقة نفسها. العدالة العمودية هي حول علاج الأفراد (أو الجماعات) الذين هم مختلفين بشكل غير متكافئ، بالطريقة التي يتم بها النظر إليها على أنها تتناسب مع الحرمان النسبي. بطبيعة الحال، كيف أن هذا يحدد إلى حد كبير مسألة الخلاف، والمركيزية

للعديد من مناقشات السياسة العامة. دعونا الآن نتابع هذه المبادئ واستكشاف الكيفية التي يمكن تطبيقها عملياً.

العدالة الأفقيّة:

هناك ثلاثة طرق شعبية لتعريف العدالة الأفقيّة في مجال الرعاية الصحية:

- المساواة في الحصول على الرعاية الصحية لحالات متساوية.
- المساواة في استخدام الرعاية الصحية لحالات متساوية.
- المساواة في الاتفاق للرعاية الصحية لحالات متساوية.

غالباً ما تعرف المساواة في الوصول لحاجة متساوية من حيث الأشخاص الذين يعانون من المستوى نفسه من الحاجة والذين يواجهون المستوى نفسه من العوائق أمام الرعاية الصحية مع الأخذ في الاعتبار المسافة، والتكلفة وبأي لغة، أو القضايا الثقافية التي قد تحد من الحصول على الخدمات. الاستخدام المتساوي للحالات المتساوية يتطلب من واضعي السياسات ضمان ليس فقط أولئك الذين لديهم المستوى نفسه من الحاجة والذين لديهم المستوى نفسه من الوصول ولكنهم يستخدمون الكمية نفسها من الخدمات. الإنفاق على الرعاية الصحية لحالات متساوية يعني ذلك أنه إذا شخصين لديهم نفس المستوى من الحاجة يجب عليهم توزيعها على نفس القدر من الإنفاق على الرعاية الصحية.

المفهوم الذي يشكل الأساس لكل تعريف أعلاه من تعريفات العدالة. هو الذي يعرف أنه من حيث التغيرات مثل معدلات وفيات موحدة، والحالة الاجتماعية الاقتصادية. كما تم تدابير استخدام تدابير الرعاية الصحية الذاتية. الحاجة تستخدم لتقييم مستوى الحرمان الذي تعاني منه الفئات الصحية خاصة، أو الأفراد. هدف العدالة الأفقيّة في نهاية المطاف هو ضمان معاملة الناس مع المستوى نفسه من الحرمان بشكل غير مختلف.

العدالة الرأسية:

على النقيض من العدالة الأفقيّة، والعدالة العمودية هو أن تفعل مع الناس بطريقة مختلفة عند مستوى الحاجة يختلف فيما بينهم - أي محاولة للتقليل من الفجوة بين من يملكون ومن لا يملكون من خلال المعاملة التفضيلية لهذه الأخيرة. وقد يشار إليها

كشكل من أشكال التمييز الإيجابي لتعزيز المساواة في الخدمات الصحية. على سبيل المثال، ضع في الاعتبار قرية حيث إن هناك بعض الأغنياء، وبعض الفقراء. تفشي المرض يصيب كلا المجموعتين. كحد أدنى قد تهدف أولاً لبعض العدالة الأفقية بجعل الأدوية ممتلكة لجميع المرضى (المساواة في المعاملة لجميع الأشخاص المرضى). ومع ذلك، فإن مع توثيق التفتيش، تبدأ بلاحظة أن الأغنياء في حال أفضل بكثير، ويكون لديهم الوقت، والمال للمجيء إلى العيادة، والتمسك بالعلاج والتعافي بسرعة أكبر ويعانون من مضاعفات أقل. لذلك قد تبدأ بعد ذلك بالقلق حول العدالة العمودية - المعاملة غير المتساوية للطرفين غير المتساوين (مثل الفقراء قد يحتاج إلى المزيد من المساعدة لشراء الأدوية، والتقييد بالعلاج). قد يكون خياراً واحداً قد خُصص لاستهداف الأفراد الأكثر فقراً من خلال دعم الأدوية الخاصة بهم. وهذا الإجراء يرمي إلى تقليل الفجوة في النتائج بين الأغنياء، والفقراء - مقياس العدالة الرئيسية. ويمكن القول أن الهدف هنا هو في نهاية المطاف هو الحصول على صحة متساوية «على الرغم من أنه موضع نقاش حول كيفية تحقيق هذا. وسوف نعود إلى هدف العدالة الصحية في لحظة بعد النظر إلى بعض السياسات الرامية إلى تعزيز المساواة العمودية.

نشاط 1.17

هل تعتقد أن العدالة في الصحة هدف قابل للتحقيق؟

التغذية الراجعة:

- هناك مجموعة من الأسباب التي تجعل المساواة في الصحة في كثير من الأحيان من المستحيل تحقيقها. ربما فكرت في ما يلي:
- تأثير العديد من العوامل الصحية، إضافة إلى الرعاية الصحية. في بعض الحالات، ما يمكن أن تفعله الخدمات الصحية لتؤثر على مستويات الصحة في السكان، أو المجتمعات قد تكون محدودة جداً.
 - الاختلافات الجينية بين الشعوب تعني أن عدم المساواة الكامل للصحة هو ببساطة من المستحيل.
 - عدم وجود توافق في الآراء بشأن ما هو المقصود من مفهوم صحة جيدة.

د) التعادل الصحي من الممكن أن يُعتبر أبويًا لأنه قد يقييد خيارات نمط حياة للأفراد التي غالباً ما يكون لها تأثير على الصحة.

هـ) إذا كان لا يوجد موارد أكثر متاحة للخدمات الصحية لتحقيق هذا الهدف، ثم إلى تحقيق صحة متساوية لصحة بعض الناس الذين بحاجة إلى تحسين بعض التدهور.

هناك سياسات مختلفة في مجال الرعاية الصحية التي تهدف إلى تزويد مجموعة المحروميين في المجتمع بحصة أكبر من الموارد المتاحة. كنت قد تعلمت بالفعل أنه في بعض البلدان صيغ تخصيص الموارد لاستخدام في توزيع موارد الرعاية الصحية غالباً ما تشمل «الأوزان» لتعكس الاحتياجات العليا للصحة وذلك لفترة معينة من السكان مثل السكان الأصليين، أو المجتمعات الريفية. في هذه الحالة فإن العدالة لا تترجم إلى تلقي الجميع لحصص متساوية من سلعة، أو خدمة. بدلاً من ذلك، فهذا يعني أن بعض الجماعات المحرومة تتلقى حصة أكبر من التمويل على أساس الأوزان المستخدمة. أمثلة أخرى تشمل إعفاءات من رسوم المستخدم، وجدائل الدفع التدريجي لمستويات التأمين الصحي الاجتماعي. هذه السياسات التي تستهدف الفئات المحرومة بهذه الطريقة تمثل تطبيق العدالة العمومية. دعونا نلقي نظرة الآن في اثنتين من هذه المبادرات السياسية - بما في ذلك نقاط القوة، والضعف - بالتفصيل أكثر من ذلك بقليل. بينما كنت تقرأ، فكر في بلدك، وكيف أن العدالة الرئيسية (قد أو قد لا) تعكس في تمويل الرعاية الصحية، وتوفيرها.

صيغة تخصيص الموارد في جنوب أفريقيا:



وتعتمد دراسة هذه الحالة على ورقة من جنوب أفريقيا (McIntre et al. 2002) تستكشف كيف يمكن استخدام صيغ تخصيص الموارد لتحقيق أهداف تخصيص العدالة الرئيسية. إن تخصيص الموارد يشير إلى العملية التي بها يتم توزيع الموارد المتاحة بين الاحتياجات المتنافسة. صيغ تخصيص الموارد تستخدم مؤشرات الحاجة النسبية للخدمات الصحية في المناطق الجغرافية المختلفة لتوجيه قرارات تخصيص الموارد.

بالنسبة لمعظم صيغ تخصيص الموارد، فإن المحرك الرئيسي هو حجم السكان في كل منطقة - والمزيد من الناس لديك، والمزيد من الموارد التي ستحصل عليها. هذا هو المعروف باسم الأساس السكاني الخاص بك. ومع ذلك، هذا بمفرده لا تكون طريقة عادلة لتوزيع الموارد كما نعرف أن بعض الجماعات لديهم أكبر احتياجات (مثل النساء الحوامل، وكبار السن، والسكان الأصليين)، أو ببساطة يعيش في مناطق جغرافية، والتي تكون الخدمة مكلفة فيها. ولهذا السبب فإن التعديلات غالباً ما تكون مصنوعة على أساس السكان لحساب هذه الأنواع من العوامل. المؤشرات النسبية للخدمات الصحية في مناطق جغرافية مختلفة ستُستخدم لضبط تخصيص الموارد عبر المناطق الجغرافية. هذه المؤشرات قد تشمل معدلات وفيات الأمهات، والرضع، وحجم السكان التي يغطيها التأمين الصحي الخاص، والوضع الاجتماعي، والاقتصادي، وهكذا.

في الدراسة، استكشف الكاتب جدوى تطوير مؤشر منطقة الحرمان على نطاق واسع، وأثارها على تخصيص موارد الرعاية الصحية عبر المناطق الجغرافية في ذلك البلد، وأظهرت النتائج أن «الصيغة المستخدمة حالياً من قبل وزارة الخزانة الوطنية في تخصيص الموارد بين المناطق الجغرافية تختصّ التحييز نحو المناطق الأقل حرماناً في البلد. إدراج المؤشر العام للحرمان بهذه الصيغة يغير بشكل كبير التخصيصات نحو تلك المناطق التي تعاني من عجز في التنمية البشرية أبرزت النتائج أهمية النظر في آليات الحرمان في تخصيص الموارد إذا كانت أهداف الأسهم العمودية سيتم الترويج لها من خلال تخصيص الموارد، لا سيما داخل النظم الصحية اللامركزية. وتوصل الباحثون إلى أنه في حين أن هناك مناقشات كبيرة حول مفهوم العدالة وما هو التعريف الأكثر ملاءمة للعدالة، والنهج العمودية يمكن القول بإنهما أنساب الوسائل لتحقيق مكاسب العدالة على نحو فعال وسريع في جنوب أفريقيا نظراً لأنه يوجد أن مجموعات مختلفة داخل مجتمعنا لديها نقاط انطلاق مختلفة جداً، وتتطلب وبالتالي معاملة تفضيلية.

(McIntyre et al. 2002)

إعفاءات رسوم المستخدم في كمبوديا:



وقد تم تنفيذ رسوم المستخدم في العديد من البلدان رغم الانتقادات الواسعة، خاصة فيما يتعلق بآثار مساهمتهم في رأس المال. استراتيجية العدالة العمومية لـ«إعفاء الفقراء من دفع هذه الرسوم»، لكن مخططات الإعفاء يمكن أن تكون مشكلة كما توضح المقطفات التالية من ورقة جاكوبس وأخرون (Jacobs et al.) (2007).

ويمكن الحصول على اثنين من الرسائل الهامة من دراسة حالة إعفاءات رسوم المستخدم. أولاً في السياق الكمبودي، فإن مخططات إعفاء رسوم المستخدم يجب أن تكون مدعومة من قبل مجموعة من التدخلات، والتي من شأنها تمكين الفقراء من الحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب، وبطريقة من شأنها أن تقلل من احتمالات زيادة التعرض الاقتصادي. زيادة أربعة أضعاف في معدلات دخول المستشفى (من 8/1000 إلى 32.5/1000 من السكان (بين الفقراء الذين كانوا معفيين من رسوم المستشفى من خلال توفير بطاقات استحقاق، يشير إلى أن هذه البطاقات يجب أن تصبح معياراً للممارسات لخطط الإعفاء. وكان الاستنتاج الهام الثاني من الدراسة الكمبودية «إن تحديد الفقراء للإعفاء من رسوم المستخدم وسداد تكاليف النقل لا يضمن الرعاية المجانية حيث إن [المرضى المعفيين من الرسوم] يتكدبون كلاً من التكاليف المباشرة نفقات الرعاية الصحية خارج جيب، والتكاليف غير المباشرة. من حيث التكاليف المباشرة، يتبدى المرضى المعفيين من الرسوم في المتوسط 4.3 دولاراً أمريكياً لحادثة المرض مما يؤدي إلى دخول المستشفى، أقل من 15.3 دولاراً أمريكياً يتبذدها المرضى الدافعين للرسوم). على الرغم من تلقى الرعاية الصحية المجانية في نقطة التسلیم، والتكاليف المباشرة الأصغر نسبياً المتبددة، والمرتبطة بالمستشفى، فقط 7٪ من المرضى المعفيين من الرسوم أو طلبوا أن يكون هناك نقد كافي لدفع كافة التكاليف، مقارنة مع 51٪ من المرضى المعفيين للرسوم. بسبب عدم وجود الضمانات اللازمة لتأمين القرض، والفشل في سداد ديون سابقة،

1 من 11 من المرضى المعفيين من الرسوم في حاجة إلى النقل ولا يمكنهم الوصول إلى أي مصدر من الائتمان، أو القرض.. سؤال واحد أخلاقي الذي يحتاج لمعالجة ما إذا كانت الديون المستحقة تعتبر نتيجة لطلب الرعاية في القطاع الخاص، ومعايير الأهلية (للإعفاء).

(Jacobs et al. 2007)

إن كلاً من الأمثلة أعلاه تسلط الضوء على أهمية العدالة الرئيسية كهدف في النظم الصحية. كما أنها أيضاً تسلط الضوء على أن تلك العدالة الرئيسية، والتي غالباً ما تكون أكثر تعقيداً للتنفيذ من العدالة الأخلاقية لأنها تنطوي على بعض الأحكام الصعبة حول كيفية تلبية الاحتياجات المختلفة بشكل مختلف. الحكم على مدى الاختلافات في الاحتياجات ليست ب مهمة سهلة، وهناك الكثير من النقاش حول من يجب أن يصدر مثل هذه الأحكام - يجب أن تكون من مسؤولية المجتمع ككل العاملين في مجال الصحة، والمرضى وجماعات المصالح الخاصة، أو السياسيين؟ هذا ما يفسر جزئياً لماذا سياسة الرعاية الصحية تصل إلى هذه النقطة في الوقت الذي قد تمثل فيه إلى التركيز على السعي لتحقيق العدالة الأخلاقية.

مقارنة التعريف:

وغالباً ما يتم تبني هدف خفض عدم المساواة في الصحة من جانب الحكومات والمنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية، ولكن كما رأينا سابقاً في هذا الفصل أن لديها عدد من القيود الخطيرة. كيف أن تعريفاتنا الأخرى أجرة؟ دعونا نأخذ الآن نظرة فاحصة على المساواة في الاستفادة، والحصول عليها، والنفقات.

نشاط 2.17

يمكنك التفكير في أي مشكلات مع قياس تكافؤ فرص الحصول؟

التغذية الراجعة:

المساواة في إمكانية الوصول والمطلوبة للمجتمعات المختلفة:

أ) مسافة السفر إلى المرافق، والخدمات هو نفسه.

ب) خدمات النقل، والاتصالات هي نفسها.

ج) أوقات الانتظار هي نفسها.

د) المرضى أيضاً على علم حول مدى إمكانية، وفعاليّات العلاجات.

هـ) الرسوم هي نفسها، والقدرة على الدفع هي نفسها.

وبسبب هذه الصعوبات، فإن غالباً ما يلجأ مخططين الرعاية الصحية إلى استخدام مؤشر للرعاية الصحية. ولكن هناك اختلافات هامة بين الاستخدام، والوصول ويجب علينا أن نضعها في الاعتبار. حيث إن الوصول العادل للحاجات المتساوية هو حول تزويد الأفراد بالفرصة لاستخدام الخدمات. يمكن للأفراد اختيار الامتثال للعلاج بدرجات مختلفة وهذا سيؤدي إلى أنماط مختلفة من الاستخدام، حتى بين أولئك الذين لديهم نفس الاحتياجات الصحية. بعض الناس سوف تذهب لرؤية الطبيب، أو الممرضة، وغيرهم لن يذهب. ونحن نعلم أن الدين والثقافة، والجنس، والอายุ، والتعليم كلها لها تأثير على سلوك الساعي للعلاج.

نشاط 3.17

هناك بعض القيود بالنسبة للمساواة في الإنفاق. هل يمكنك التفكير بأي منهم؟

التغذية الراجعة:

هذا يمثل مشكلة في حد إنفاق المبلغ نفسه على مختلف الأفراد وقد يؤدي إلى اختلافات في النتائج بسبب أمور أخرى، والتي منها الاختلافات في تكلفة الخدمات بين الفئات، أو المناطق. هذا لن يمنع انتشار استخدام المساواة في الإنفاق. إن شعبيتها إلى حد كبير تنبع من السهولة النسبية التي تمكّن من قياس المدخلات، ورصدها.

ومن بين القضايا الحرجية، والتي توضع في الاعتبار في هذه المرحلة هو أنه سوف تحصل على نتائج سياسة مختلفة اعتماداً على ماهية تعريف حقوق الملكية التي اخترتها للتطبيق. كل تعريف له نقاط قوته، ونقاط ضعفه. تعريف مختلفة أيضاً لها متطلبات بيانات مختلفة. التعريفات الأكثر تعقيداً، مثل تلك التي تتضمن قدرًا من العدالة العمودية، تتطلب مسح بيانات مجمع بشكل روتيني والتي تكون غير موجودة في جميع الظروف، والتعريفات يجب أيضاً أن تفسر بسهولة من قبل صانعي السياسات، والمديرين، فضلاً عن كونه مستساغ لأفراد الجمهور العام.

العدالة وتمويل الرعاية الصحية:

من حيث المقارنات الدولية للعدالة في تمويل الرعاية الصحية، يمكن استخلاص بعض النتائج العامة من الأدب، وأبرزها، الدرجة التي عندها نظام تمويل الرعاية الصحية يكون رجعي، أو تقدمي معتمداً على مزيج من مصادر التمويل. وكقاعدة عامة، فإن تلك الأنظمة القائمة على التأمين الاجتماعي، والتي تعتمد أكثر على الضرائب المباشرة، وال العامة تمثل إلى أن تكون أكثر تقدماً. تلك التي تقوم على التأمين الخاص، والاعتماد بشكل أكبر على المدفوعات المباشرة المستخدمة تمثل إلى أن تكون أكثر رجعية. دونالدسون وأخرون (Donaldson et al. 2005) توصلوا إلى الاستنتاجات الواسعة التالية حول العدالة، وتمويل الرعاية الصحية:

لضمان العدالة التي من خلالها تُمْلَأ أنظمة الرعاية الصحية، تم تطوير النظم التي يمولها القطاع العام بشكل واسع في البلدان المتقدمة، وخاصة تلك التي تكون في الغالب ممولة من الضرائب، وهي الأكثر نجاحاً في تحقيق أهداف العدالة ... في الغالب أنظمة الرعاية الصحية الخاصة تبدو أقل إنصافاً. بينما المالية العامة لا يمكنها ضمان العدالة من حيث المبدأ، والتمويل الخاص لا يمنع ذلك، في العالم الواقعى من الواضح أن الأنظمة التي يمولها القطاع العام من المرجح أن تفعل ما هو أفضل في السعي لتحقيق العدالة. وهذا قد يكون جيداً بسبـب أن العديد من النظم الصحية تكون عامة على وجه التحديد نظراً لأهمية الأهداف المفروضة على حقوق المساهمين.



(Donaldson et al. 2005)

في تحديد الأهداف الاقتصادية، فإن معظم نظم الرعاية الصحية تسعى إلى تحقيق كل من الكفاءة، وأهداف العدالة. الكفاءة تكون أكثر وضوحاً بمعنى أن هناك توافق عام في الآراء حول ما يعنيه، وكيف يمكن قياسها. العدالة هي مفهوم معقد إلى حد ما ومن الأصعب أن يحدد، كما رأينا من تعاريفات متنوعة. في المقطع التالي سوف ننقل تركيزنا على دراسة كيف أن العدالة، والكفاءة غالباً ما تشاركا في المفاضلة.

إمكانية المفاضلة بين الكفاءة، والعدالة:

على الرغم من أن مفهوم كفاءة التخصيص هو محير، فإنه يمثل الهدف السياسي المنطقي (على الأقل بالنسبة للكثير من الاقتصاديين) ومع ذلك، فإنه يحتاج إلى أن يوضع في الاعتبار أن السياسات التي تهدف إلى تحقيق هذا النوع من الكفاءة يمكن أن تتعارض في كثير من الأحيان مع العدالة. وفيما يلي هم أربع أمثلة فقط، ولكن يمكنك حتماً التفكير في غيرها.

- مثال 1: يمكن نقل الدخل من الأشخاص ذوي الدخل المرتفع لأولئك ذوي الدخل المنخفض من خلال فرض ضرائب من أجل تحقيق توزيع أكثر عدلاً للثروة. إن فرض ضرائب على دخل الأشخاص من العمل، ومع ذلك، يقلل من الحافز على العمل والتوفير وذلك نتيجة لعدم الكفاءة.
- مثال 2: دولار مأخوذ من شخص ثري من خلال سياسات إعادة توزيع الدخل لا تنتهي عموماً كدولار في جيب الشخص الأكثر فقراً. فإن الموارد المستخدمة في جمع تلك الضرائب من الممكن أن تستخدم في طرق بديلة لإنتاج السلع، والخدمات ذات أعلى قيمة للاقتصاد.
- مثال 3: النقاش حول مركبة الخدمات الصحية غالباً ما يكون مصنوع على أساس الكفاءة. على سبيل المثال، قد يكون هناك عدد من عيادات الرعاية الأولية كلّاً منها تخدم السكان المحليين في المنطقة. إغلاق بعض هذه العيادات، والخدمات المركبة يمكن من تفادي الإزدواجية في الخدمات، والسامح لمزيد من التكاليف المشتركة. النقاش حول العدالة سيكون هو المدخل الجغرافي للخدمات التي يمكن أن تخفض لأن بعض الناس سيرغبون بالسفر.
- مثال 4: فرض رسوم على المستخدم هو المثال المستشهد به بصورة عامة من إمكانية المفاضلة بين العدالة، والكفاءة في مجال الرعاية الصحية. وثمة من يقول أن فرض هذه الرسوم يمكن من معالجة مشكلة الخطر الأخلاقي للمستهلك عن طريق ردع لاستخدام التافه للخدمات الصحية. على الجانب الآخر، ومع ذلك، تشير التقارير أيضاً إلى فرض أعباء ثقيلة على الجماعات الأكثر فقراً، ويمكن أن يكون ذلك غير منصف.

توضح الأمثلة أعلاه أن العدالة، والكفاءة يمكن أن يكونا على خلاف مع بعضها البعض. دعونا نأخذ لحظة الآن للتفكير في كيفية مقارنة الحجم النسبي للمفاضلة بين هذين الهدفين المهمين للنظم الصحية، وفيما يلي مقتطفات من دراسة أجراها (جيمس، وأخرون 2005) (James et al.2005) الذي استكشف كيفية ارتباط الأوزان المختلفة لمعايير العدالة، والكفاءة، وكيف أن هذا بدوره له آثار في تحديد أولويات مختلفة لتدخلات الرعاية الصحية.

في هذا التوضيح، نحن نأخذ خمسة تدخلات للمشكلات الصحية المختلفة في سياق البلدان منخفضة الدخل:



1. العلاج بالأدوية المتعددة المقاومة للسل (السل).
2. الكينين لحالات الملاريا المعقدة.
3. العلاج بالإماهة الفموية لأمراض الإسهال الطفيفة.
4. رعاية المرضى داخل المشفى للفحصان الحاد.
5. المناورة والتجميس للكسور البسيطة.

تم مقارنة هؤلاء من خلال كيفية تقييمهم من حيث فعالية التكاليف، والأوضاع الصحية الشديدة، والحد من الفقر (انظر الجدول 1.17). الخطوة الأولى هي تحديد كيف أن نتائج هذه التدخلات من حيث معايير الكفاءة، والعدالة المستخدمة. عدد الفئات في هذا المثال لفعالية التكاليف (فعال جداً من حيث التكلفة، وفعال من حيث التكلفة وغير فعال من حيث التكلفة) والحالة الصحية الشديدة (حادة جداً، وحادة، وليس حادة) فتكون ثلاثة. يتم تحديد فئتين من أجل الحد من الفقر (تأثير إيجابي، أو محاييد). لاحظ أن النتائج الواردة في الجدول هي فقط لأغراض التوضيح، على الرغم من أنها تقوم على أدلة واسعة (على سبيل المثال، اختيار منظمة الصحة العالمية لتقديرات الفعالية من حيث التكلفة).

(الجدول 1.17): المقارنة بين التدخلات للمشكلات الصحية المختلفة

		الحرز	التدخل
الحد من الفقر	ظروف صحية خطيرة	فعالية التكلفة	
إيجابي	شديدة جداً	تكلفة فعالية	العلاج بالأدوية متعددة مقاومة للسل
إيجابي	شديدة جداً	تكلفة فعالية بشكل كبير	الكينين لحالات الملاريا المعقدة
إيجابي	غير شديد	تكلفة فعالية بشكل كبير	الإماهة الفموية لأمراض الإسهال البسيطة
محايد	شديد	تكلفة غير فعالة	رعاية المرضى داخل المشفى لمرض الفحشى الحاد
محايد	غير شديد	تكلفة فعالية بشكل كبير	التجبيس/المناورة للكسور البسيطة

يفترض هنا أن: الحد الأقصى (1)، والحد الأدنى (0) وتعادل نتائج متساوية لمعايير مختلفة. على سبيل المثال: فعال جداً من حيث التكلفة: (الفعالية التكاليف) شديدة جداً (الحالة صحية خطيرة) وإيجابية (الحد من الفقر) كلها تحقق الدرجة القصوى لـ (1). ثانياً، يفترض أن فوائل التصنيف تكون خطية. وهكذا، على سبيل المثال، الفرق بين فعال من حيث التكلفة للغاية، وفعال من حيث التكلفة يكون مطابق لتلك بين فعال من حيث التكلفة» وغير فعال من حيث التكلفة.

نواصل من خلال حرز تحديد أولويات التدخل الصحي A، على النحو التالي:

$$1 \text{ PRS}_A = \alpha[\text{equity}] + (1 - \alpha)[\text{efficiency}]$$

$$1. \text{ حرز تحديد الأولويات}_A = \alpha [\text{العدالة}] + (\alpha - 1) [\text{الفعالية}]$$

حيث يتم قياس درجة الكفاءة هنا من حيث فعالية التكلفة، ويتم تعريف مزيد من النتائج على النحو التالي:

[حرز تحديد الأولويات هي نتائج محسوبة باستخدام مزيج من نتائج الكفاءة والعدالة المرجحة لأهميتها].

باستخدام هذا الإطار البسيط، يمكننا استكشاف تأثير الخيارات المختلفة المرجحة. من المهم أن نلاحظ، مع ذلك، أن تعلق الأوزان ذات طبيعة توضيحية محسنة وكيفية نتائج التدخل في كل معيار من المعايير. هنا، نحن نعكس ثلاثة احتمالات مرحلة:

تقييم الكفاءة الخالص هنا، يعتبر معيار الكفاءة فقط هو الفعالية من حيث التكلفة، وبالتالي الفعالية من حيث التكلفة = 100٪، ظروف صحية شديدة = 0٪، والحد من الفقر = 0٪، وينعكس هذا من خلال وضع $\alpha = 0$.

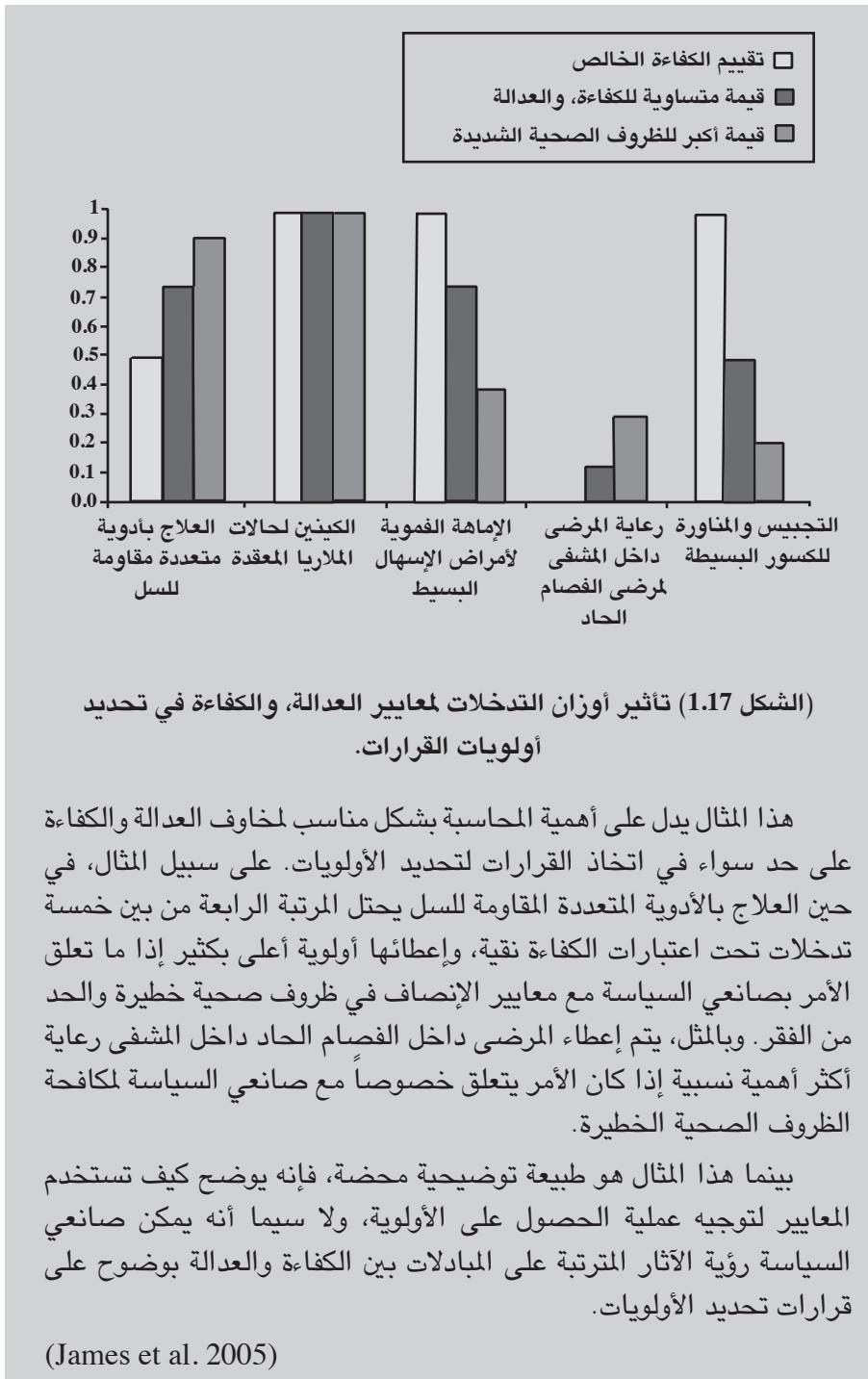
قيمة متساوية للكفاءة، والعدالة. على افتراض أيضاً أن تعطي ظروف صحية خطيرة، والحد من الفقر لهما تأثير متساوي، وهذا يعطي الترجيح العام للـ: الفعالية من حيث التكلفة = 50٪، ظروف صحية شديدة = 25٪، والحد من الفقر = 25٪. وينعكس هذا من خلال تحديد $\alpha = 0.5$ و $\beta = 0.5$.

قيمة أكبر للظروف الصحية الشديدة. على افتراض أن يتم إعطاء الفعالية من حيث التكلفة والحد من الفقر أوزان متساوية، وهذا يعطي الترجيح العام للـ: الفعالية من حيث التكلفة = 20٪، ظروف صحية شديدة = 60٪ والحد من الفقر = 20٪. وينعكس هذا من خلال $\alpha = 0.8$ و $\beta = 0.75$.

وتوضح الآثار المترتبة على هذا الترجيح بين الكفاءة، ومعايير الإنصاف على قرارات تحديد الأولويات في (الشكل 1.17).

$$2 \text{ Equity} = \beta [\text{severe health conditions}] + (1 - \beta) [\text{poverty reduction}]$$

$$2. \text{ العدالة} = \beta [\text{ظروف صحية خطيرة}] + (1 - \beta) [\text{الحد من الفقر}]$$



العديد من معايير العدالة من المحتمل أن توازن الكفاءة عند تحديد أولويات الرعاية الصحية. مبدأ عدالة آخر لقى اهتماماً كبيراً في الأدبيات الصحية الاقتصادية هو نهج للأدوار العادلة. لأنّه يقوم على فرضية ويمكن اعتبار وجود كبار السن أولوية أدنى لأنّه كانت لهم «أدوار العادلة» (Williams 1997). وفقاً لهذا النهج، إذا تم توزيع موارد الرعاية الصحية بشكل عادل يجب على كل شخص أن يتلقى ما يكفي من الرعاية الصحية لإعطاء الفرصة لهم للعيش في صحة جيدة لفترة «عادية» من السنين. ما يشكل معنى مدة تعريف «طبيعية» للسنوات يعرف عادة بـ «متوسط العمر المتوقع عند الولادة». تعتمد العدالة لأوزان على تفضيلات المجتمع. هذا المفهوم «الإنصاف بين الأجيال»، أو كما يفضل البعض سميتهما، التقني على أساس العمر يتطلب مزيداً من التمييز ضد كبار السن أكثر من حالة استخدام معايير الكفاءة، مثلاً تصنيفات فعالية التكاليف. يثير استدعاء هذا المفهوم عدداً من التحديات بما في ذلك التالي. وباختصار، يمكن التوصل إلى معايير اتفاق مناسبة لتوجيه تخصيص الموارد الشحيحة والتي تشير تساؤلات صعبة كثيرة. كيف يجب أن تتولد أوزان العدالة (أي يجب أن يكون هناك أوزان مختلفة اعتماداً على العمر، والجنس، والعرق، والحالة الاجتماعية، والاقتصادية، وما إلى ذلك؟ كم حجم الأوزان النسبية التي يجب أن تكون؟ من يجب أن يقرر حجمها؟ ما خليط الأساليب النوعية، والكمية التي ينبغي أن تستخدم لتوليد هذه الأوزان أو القيم؟).

دور الحكومة:

كما أن التقليل من تأثير فشل السوق، في كثير من الأحيان تدخل الحكومات في القطاع الصحي لأسباب أخرى - منها أساساً العدالة. حيث العدالة ليست مقتصرة على شكل فشل السوق، وهو هدف هام إضافي للكفاءة. تلعب الحكومات دوراً منتظماً في توفير، وتمويل، وتنظيم الخدمات الصحية بهدف تعزيز العدالة. وفقاً لميلز ورانسون (Mills and Ranson 2010)، والدور المحدد للحكومة يعتمد على الأسس الأخلاقية للنظام الصحي. ويفسر الباحثون ما يعني كما يلي:



من المهم أن نلاحظ أنه على الرغم من الحاجة الاقتصادية [أي إخفاقات السوق] تم تقديم مبرر لتدخل الدولة، فإنها لا تعني بالضرورة أن الدولة يجب أن توفر الخدمات الصحية نفسها (على العكس من غيرها في تقديم التعاقدات). وحدث تغير أساسي في العقود الأخيرة وهو الاعتراف بأن الدولة لا تحتاج إلى تقديم خدمات مباشرة في حد ذاتها، ولكن بدلاً من ذلك يمكن أن تلعب دوراً عبر تمكين ... تأثير هام على هذا الموقف هو الاعتراف بأن العديد من البلدان قد فشلت في سياساتها في تقديم الخدمات العامة، بما في ذلك الخدمات الصحية للجميع.

هذه الحاجة تنبع من عدد من الخيوط في الفكر الاقتصادي، ومن أبرزها نظرية الاختيار العام ونظريات حقوق الملكية. السابق يقول إن المسؤولين الحكوميين لا يختلفون عن أي شخص آخر في متابعة مصالحهم الخاصة والنتيجة هي أن القطاع العام مسرف لأن السياسيين، والبيروقراطيين ليس لديهم حافز لتعزيز الكفاءة التخصيمية، أو التقنية ... نظرية حقوق الملكية تقول أن مصدر عدم الكفاءة في القطاع العام هو بسبب ضعف حقوق الملكية ... في القطاع العام هناك تهديد واضح قليلاً لمؤسسة إذا ضعف أداء الموظفين، وبالتالي الحوافز للحصول على أداء فعال ضعيفة.

تكمن وراء هذه النظريات ما اصطلح على تسميته «الإدارة العامة الجديدة»، والتي تسعى لكشف الخدمات العامة لضغوط السوق، دون الخصخصة بالضرورة لهم (Walsh 1995). هذه النهج تغير طبيعة تدخل الدولة، مع سياسات افتتاح الخدمات للمناقصة التنافسية، أو وضع الخدمات على أساس تنافسي، وتقديم الأسواق الداخلية حيث يكون مقدمي الخدمة على تنافس على العقود مع المشترين العامة، تسند الرقابة المالية منظمات مثل المستشفيات الفردية، واقتسم أجزاء من الحكومة إلى - وكالات العامة منفصلة (مثل وكالة لإدارة الخدمات الصحية الحكومية).

في الواقع يتشكل الدور الفعلي للدولة في أي بلد معين من قبل مجموعة واسعة من التأثيرات. أبرزها التاريخ لمشاركة الدولة

في الخدمات الصحية، والأساس المنطقي لمشاركتها مع مرور الوقت، إلى أي مدى تطورت الجهات الخاصة، وشركات التأمين في وقت مبكر من تاريخ النظام الصحي، وبالتالي فهي قادرة على لعب دور بارز، واتجاه موظفي الرعاية الطبية لزيادة دور الدولة. قضية واحدة رئيسية إلى أي مدى كانت الدولة تأخذ على نفسها مسؤولية توفير الخدمات لجميع السكان، أو بدلاً معنية بنفسها فقط مع الفقراء، والمعوزين.

(Mills and Ranson 2010)

إن التدخل الحكومي في القطاع الصحي يمكن يؤدي إلى عدم الكفاءة التي يجب أيضاً أخذها بعين الاعتبار. وهنا بعض الأمثلة على ذلك.

- البرامج الحكومية في التمويل تتطلب تحويل الأموال (الموارد) من مناطق أخرى من الاقتصاد. وعادة ما يتم ذلك عن طريق فرض ضرائب على الدخل، أو على بيع السلع، وخلق خسائر للمنتجين، والمستهلكين. إذا كانت الخسارة كبيرة جداً قد لا يمكن تبرير التدخل.
- إلى جانب تكاليف البرنامج، هناك تكاليف الإدارة المشاركة في كل عمل الحكومة. على سبيل المثال، لا يوجد شيء مثل النقل المجاني. إذا كنت تريد أن تأخذ المال من مجموعة واحدة من الناس، وإعطائهما إلى مجموعة أخرى يجب عليك أن تدفع المحامين الذين صياغة القانون، وموظفي الخدمة المدنية الذين يديرون النقل، والشرطة والمحامين الذين فرضوا القانون. هذا يعني أن مجموعة كسب سوف تكسب أقل مبلغ من المال من المبلغ الذي يؤخذ بعيداً عن المجموعة خاسرة.
- يجب عليك أن تفترض أن السلطة والموظفين المدنيين يتصرفون مصالحهم الخاصة بالطريقة نفسها التي يتصرف بها المرضى، والأطباء العمل. هذا يعني أن نتيجة عدم تناسب المعلومات بين عامة الناس، والخدمة المدنية هذا الأخير ليس دائمًا كالسابق. لشيء واحد، إن بعض موظفي الخدمة المدنية في محاولة لتوسيع دائرة خاصة بهم لأن هذا يزيد من قوتهم وهيبتهم. سوف يضغطون لهذا حتى لو كان غير مفيد للمجتمع، على الرغم من أن موظفي الخدمة المدنية قد يكون لديهم رمز أخلاقي يقيد أعمالهم تماماً كما يفعل الأطباء.

- أما بالنسبة ل توفير الخدمات، قد يكون من الصعب القوى التنسيقية لقوى السوق مع عدد كبير من قرارات مستقلة اتخاذها مجموعة من موظفي الخدمة المدنية.

وفي ختام هذا القسم من المهم أن نأخذ في الاعتبار أن دور الدولة في الرعاية الصحية، يعتمد على مجموعة معقدة من العوامل التاريخية، والسياسية، والاقتصادية. حتى مع تشغيل الأسواق الخاصة للخدمات الصحية، والتأمين الصحي، سيكون هناك دائمًا جدول حول العدالة لتدخل الحكومة.

الملاخص:

العدالة هي مبدأ أخلاقي. لأنه يقوم إلى حد كبير على الحكم في القيمة بالطريقة نفسها في الكفاءة والرغبة اللتين لهما أيضا الحكم في القيمة. نظم الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم في تتبع الأعمال التجارية للتوزيع العادل للرعاية الصحية. المشكلة هي أن هذا التعريف ليس محدوداً بشكل كاف عندما يحاول شخص تنفيذ سياسة الواقع على حقوق المساهمين في مجال الرعاية الصحية. فإنه يخبرنا شيئاً من الخطوات التي يتخذها المخططون والعاملون في مجال الصحة نحو نظام صحي أكثر إنصافاً.

هناك تأييد واسع النطاق من أجل العدالة في الوصول الذي يقر بأن الأفراد لديهم تفضيلات مختلفة عن الصحة، والرعاية الصحية. على الرغم من أنه أكثر جدواً من العدالة في الصحة، وضمان تكافؤ الفرص في استخدام الموارد ليست مهمة سهلة. ويجب التغلب على العديد من العوائق الثقافية، والمالية، والجغرافية.

من الحكمة أن نتذكر عدم وجود هدف واحد في العدالة العالمية التي تطمح إليه جميع النظم الصحية في جميع أنحاء العالم. ولكن من المتفق عليه عموماً أن نظم الرعاية الصحية المملوكة عامةً تمثل إلى ما هو أفضل بالنسبة لأساس العدالة مقارنة بتلك القائمة على التأمين الخاص التي تعتمد بشكل أكبر على المدفوعات المباشرة المستخدم.



مسرد المصطلحات

Glossary

- * **Actuarially fair premium:** A premium that is set so that the expected payouts equal the premiums paid by the insured (plus the cost of administration).
القسط العادل الإكتواري: هو القسط الذي يتم تعينه حيث إن الدفعات المتوقعة تساوي الأقساط التي يدفعها المؤمن عليه (بالإضافة إلى تكاليف الإدارة).
- * **Adverse selection:** When a party enters into an agreement in which they can use their own private information to the disadvantage of another party.
سوء الاختيار: عندما يدخل طرف في اتفاق يمكن من خلاله استخدام المعلومات الخاصة بك للإضرار بطرف آخر.
- * **Agency:** A situation in which one person employs another to act on their behalf.
الوکالة: الحالة التي يجعل شخص ما يوظف آخر للتصرف نيابة عنه.
- * **Allocative efficiency:** A situation in which the factors of production have been allocated so as to reflect what people demand (i.e. demand matches supply). Social welfare is maximized as $MB = MC$ in all markets and there can be no substitution between markets to increase welfare beyond its current level.
كفاءة التخصيص: الحالة التي يتم من خلالها تخصيص عوامل الإنتاج وذلك لتعكس مدى ما يطلبه الناس (أي طلب عرض التشابه). يتم تكبير الرعاية الاجتماعية حيث $MB = MC$ في جميع الأسواق، وهناك لا يمكن أن يكون هناك بدائل بين الأسواق لزيادة الرفاهية وراء مستواها الحالي.

- * **Annualized costs:** The annual share of the initial cost of capital equipment or investments, spread over the life of the project-usually modified to take account of depreciation.
- * **Asymmetry of information:** A market situation where all participants do not have access to the same level of information.
- * **Average cost-effectiveness ratio (ACER):** Ratio of the difference in cost to the difference in effect of a single intervention against its baseline option (e.g. no programme or current practice).
- * **Balance of payments (BOP):** Measure of currency flow between countries. Benefit-
- * **Benefit - cost ratio (BCR):** Ratio of total monetized benefits divided by total costs. Indicator used in cost-benefit analysis (CBA).
- * **Budget line:** A line on graph representing all the possible combinations of two goods that can be purchased at given prices with a set budget.
- * **Capitation payment :** A predetermined amount of money given to a provider per member of a defined population to deliver specific services.
- * **التكاليف السنوية:** الحصة السنوية للتكلفة الأولية للمعدات الرأسمالية، أو الاستثمارات، موزعة على حياة المشروع - عادة تعدل لرعاة الاستهلاك.
- * **عدم تمايز المعلومات:** حالة السوق حيث إن جميع المشاركين ليس لديهم إمكانية الحصول على نفس المستوى من المعلومات.
- * **متوسط نسبة فعالية التكاليف:** نسبة الفرق في التكلفة إلى الفرق في الآثر لتدخل واحد ضد خيار خط الأساس (مثل أي برنامج، أو ممارسة حالية).
- * **ميزان المدفوعات:** قياس تدفق العملة بين البلدان.
- * **نسبة المنافع والتكاليف:** نسبة الفوائد النقدية الإجمالية مقسومة على التكاليف الإجمالية. مؤشر يستخدم في تحليل التكاليف، والمنافع (CBA).
- * **بند الميزانية:** خط على الرسم البياني تمثل جميع التركيبات الممكنة من اثنين من السلع التي يمكن شراؤها بأسعار معينة بميزانية محددة.
- * **ضريبة الرؤوس المدفوعة:** مبلغ محدد مسبقاً من المال موفّر لكل عضو من مجموعة سكانية محددة لتقديم خدمات محددة.

- * **Cardinal scale :** A scale that provides measurements with quantifiable differences.
 - * **Ceteris paribus:** The assumption that all other variables remain unchanged.
 - * **Co-insurance:** The percentage of a medical bill that the insured must pay, after deductibles and co-payments are met. Some insurance schemes have co-insurance without deductibles and co-payments.
 - * **Community financing:** Collective action of local communities to finance health services through pooling out-of-pocket payments that can include a variety of payment methods such as cash, in-kind and partial or delayed payment.
 - * **Community rating:** Insurance premiums that are based on the pooled risk of a community. All individuals in the community pay the same premium, regardless of claims experience or personal level of risk.
 - * **Complement:** A good that is often needed when consuming another good. For instance, sugar can be seen to be a complement to tea.
- * **النطاق الرئيسي:** النطاق الذي يوفر قياسات مع وجود اختلافات قابلة للقياس الكمي.
 - * **مع ثبات العوامل الأخرى:** الافتراض أن جميع المتغيرات الأخرى تظل دون تغيير.
 - * **مشاركة في التأمين:** نسبة الفاتورة الطبية التي يجب أن تدفع للمؤمن عليه، بعد استيفاء الخصومات، ومشاركة المدفوعات. بعض خطط التأمين لديها مشاركة في التأمين بدون الخصومات ومشاركة المدفوعات.
 - * **تمويل المجتمع:** فعل تجميعي من المجتمعات المحلية لتمويل الخدمات الصحية من خلال تجميع المدفوعات خارج الجيب التي يمكن أن تشمل مجموعة متنوعة من طرق الدفع مثل النقد، والعينية، والسداد الجزئي، أو المتأخر.
 - * **تصنيف المجتمع:** أقسام التأمين التي تعتمد على المخاطر المجمعّة للمجتمع. جميع الأفراد في المجتمع تدفع نفس القسط، بغض النظر عن مطالبات الخبرة، أو المستوى الشخصي من المخاطر.
 - * **التكلمة:** السلعة التي تكون مطلوبة في كثير من الأحيان عندما تستهلك سلعة أخرى. على سبيل المثال، يمكن أن ينظر إلى السكر لكونه مكملاً لتناول الشاي.

- * **Constant dollars:** Also known as constant currency, these correspond to values that have been adjusted for inflation, and so reflect the ‘real’ or actual purchasing power.
 - * **Consumer surplus:** The difference between what a consumer actually pays for a good and the maximum they would have been willing to pay for it. In a sense it represents the ‘profit’ to a consumer.
 - * **Contingent valuation :** A technique used for assessing people’s willingness to pay by asking ‘Would you pay for this product if it were offered at this price?’ for the same good at different price levels.
 - * **Co-payment:** A specified amount the insured must pay for each received service that can vary by service.
 - * **Cost-benefit analysis (CBA):** An economic evaluation technique in which outcomes are expressed in monetary terms.
 - * **Cost - effectiveness analysis (CEA):** An economic evaluation technique in which outcomes are
- * **الدولار الثابت:** والمعرف أياًً باسم العملة الثابتة، وهذه تتوافق مع القيم التي يتم تعديلها للتضخم، وذلك يعكس الحقيقة، أو القوة الشرائية الفعلية.
- * **فائض المستهلك:** الفرق بين ما يدفعه المستهلك فعلياً لسلعة ما وأقصى ما يمكن أن يكونوا مستعدين لدفع ثمنها. بمعنى أنها تمثل ‘الربح’ للمستهلك.
- * **التقييم المشروع:** التقنية المستخدمة لتقييم استعداد الناس للدفع بالسؤال «هل تدفع لهذا المنتج إذا قدمت عروض عليه عند هذا السعر؟ لنفس السلعة في مستويات أسعار مختلفة.
- * **المدفوعات المشتركة:** مبلغ محدد للمؤمن عليه يجب أن يدفع لكل خدمة واردة والتي يمكن أن تختلف بالخدمة.
- * **تحليل التكاليف والمنافع:** أسلوب تقييم اقتصادي، والذي يتم التعبير به عن النتائج في صورة نقدية.
- * **تحليل فعالية التكاليف:** أسلوب تقييم اقتصادي الذي من خلاله يتم التعبير عن النتائج في الوحدات

expressed in health units such as life years saved.

* **Cost-utility analysis (CUA):** An economic evaluation technique where outcomes are expressed in health units that capture not just the quantity but quality of life.

* **Cross price - elasticity of demand:** The percentage change in quantity demanded of a good divided by the percentage change in the price of another related good.

* **Cross-subsidization** A situation arising when the funds of different population groups' risk pools are pooled.

* **Current dollars:** Current dollars or currency refers to the actual dollars spent, without adjustment for inflation.

* **Deadweight loss:** The loss in allocative efficiency occurring when the loss of consumer surplus outweighs the gain in producer surplus.

* **Deductible:** A fixed amount of a health care charge that the insured must pay before the insurer begins payment for all or part of the remainder of the costs.

الصحية مثل سنوات العمر المحفوظة.

* **تحليل فائدة التكلفة:** أسلوب تقييم اقتصادي حيث إن النتائج يتم التعبير عنها في الوحدات الصحية والتي تستحوذ ليس فقط على الكمية بل على نوعية الحياة.

* **مرونة الأسعار المتبادلة للطلب:** النسبة المئوية للتغير في الكمية المطلوبة من سلعة ما مقسوماً على النسبة المئوية للتغير في سعر سلعة أخرى ذات صلة.

* **الدعم المتبادل:** الحالة الناشئة عندما يتم تجميع أموال مجموعات المخاطر السكانية المختلفة.

* **القيمة الحالية للدولار:** القيمة الحالية للدولار، أو العملة، ويشير إلى الدولار، الفعلي المنفق دون احتساب التضخم.

* **فقدان الوزن الميت:** الخسارة في كفاءة التخصيص التي تحدث عند فقدان فائض المستهلك وتتفوق الزيادة في فائض المنتج.

* **الخصم:** المبلغ الثابت للرعاية الصحية الذي يجب على المؤمن أن يدفعه قبل أن تبدأ شركة التأمين في الدفع لكل، أو جزء من ما تبقى من التكاليف.

- * **Demand curve:** A graph showing the relationship between the quantity demanded of a good and its price when all other variables are unchanged.
- * **Diagnosis-related group (DRG):** Also known as health care resource groups (HRGs) these are case mix classification schemes which provide a means of relating the number and type of acute inpatients treated in a hospital to the resources required by the hospital.
- * **Diminishing returns to scale:** A situation when a proportionate increase in all, inputs yields a less than proportionate increase in output.
- * **Direct cost:** Resources used in the design, implementation, receipt and continuation of a health care intervention.
- * **Disability adjusted life year (DALY):** A measure of health based not only on the length of a person's life but also their level of ability or disability.
- * **Discount rate** The rate at which future costs and outcomes are discounted to account for time preference.
- * **منحنى الطلب:** رسم بياني يوضح العلاقة بين الكمية المطلوبة للسلعة وسعرها عندما تكون المتغيرات الأخرى هي دون تغيير.
- * **المجموعة المتعلقة بالتشخيص:** المعروفة أيضاً باسم مجموعات موارد الرعاية الصحية هذه هي جداول التصنيف المختلطة التي توفر وسيلة لربط عدد، ونوع الحالات الحادة للمرضى الداخليين الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى مع الموارد المطلوبة من قبل المستشفى.
- * **العوائد المتناقصة:** الحالة التي عنها يحدث زيادة متناسبة في جميع المدخلات لتعطي زيادة متناسبة أقل في الإخراج.
- * **التكلفة المباشرة:** الموارد المستخدمة في التصميم، وتلقي، وتنفيذ، واستمرار تدخل الرعاية الصحية.
- * **عجز سنوات العمر المعدلة:** مقياس الصحة القائم ليس فقط على طول حياة الشخص، ولكن أيضاً على مستوى القدرة، أو العجز.
- * **معدل الخصم:** هو السعر الذي يتم فيه خصم التكاليف المستقبلية، والنتائج مراعاة تفضيل الوقت.

- * **Discounting:** A method for adjusting the value of costs and outcomes which occur in different time periods into a common time period, usually the present.
- * **Discrete choice experiments:** A technique used for assessing people's willingness to pay by determining how they rank different attributes (convenience, quality, price) of a service.
- * **Diseconomies of scale:** Technological conditions under which long-run average cost increases as output increases.
- * **Economic (productive) efficiency:** A situation in which a producer cannot produce more without increasing cost.
- * **Economic evaluation:** Compares the costs and consequences of alternative health care interventions to assess their value for money.
- * **Economic growth:** A positive change in the level of production of goods and services of a country over time.
- * **Economic profit:** This is total revenue minus total cost, distinct from normal profit.
- * **الخصم:** طريقة لتعديل قيمة التكاليف والنتائج التي تحدث في فترات زمنية مختلفة في فترة زمنية مشتركة، وعادة الحاضر.
- * **تجارب اختيار منفصلة:** التقنية المستخدمة لتقييم استعداد الناس للدفع من خلال تحديد كيفية ترتيب الخصائص المختلفة (الراحة، والجودة والسعر) من الخدمة.
- * **ميزان الاقتصاديات:** الظروف التكنولوجية تحت متوسط التكلفة على المدى الطويل التي تزيد مع زيادة الانتاج.
- * **الكافعة الاقتصادية (الإنتاجية):** الحالة التي لا يستطيع المنتج من خلالها إنتاج أكثر دون زيادة في التكاليف.
- * **التقييم الاقتصادي:** يقارن بين تكاليف، وعواقب تدخلات الرعاية الصحية البديلة لتقييم قيمتها مقابل المال.
- * **النمو الاقتصادي:** التغيير الإيجابي الحادث في مستوى إنتاج السلع والخدمات في بلد ما مع مرور الوقت.
- * **الربح الاقتصادي:** إجمالي الإيرادات ناقص التكلفة الإجمالية، متميزة عن الربح العادي.

- * **Economies of scale:** The conditions under which long-run average cost decreases as output increases.
 - * **Economies of scope:** The conditions under which long-run average cost decreases as the range of production/services expands.
- * **Efficiency:** A general term used to describe the relationship between inputs and outputs. It is concerned with maximizing benefits with the resources available, or minimizing costs for a given level of benefit.
- * **Equity:** A policy objective which seeks to establish fairness in the allocation of resources. It is often, though not exclusively, defined by an objective based on equality in the distribution of health, health care or access to health care across population groups.
- * **Equity-efficiency trade-off:** The conundrum in which policies aimed at achieving a more equitable share of resources often are not the most efficient options and thus result in less to share overall.
- * **اقتصاديات الميزان:** الشروط التي عليها متوسط التكلفة على المدى الطويل والتي يقل مع تزايد الإنتاج.
- * **اقتصاديات المجال:** الشروط التي عليها متوسط التكلفة على المدى الطويل يقل ونطاق الإنتاج / الخدمات يتسع.
- * **الكفاءة:** مصطلح عام يستخدم لوصف العلاقة بين المدخلات والخرجات. وتحتاج بالإستفادة القصوى للموارد المتاحة، أو بالتقليل من التكاليف لمستوى معين من المنافع.
- * **العدالة:** هدف السياسة الذي يسعى لإقامة العدالة في تخصيص الموارد. غالباً ما يكون، ولكن ليس على سبيل الحصر، وتعرف بالهدف القائم على المساواة في توزيع الصحة، الرعاية الصحية، أو الحصول على الرعاية الصحية عبر المجموعات السكانية.
- * **المفاضلة بين الكفاءة، والعدالة:** اللغز الذي من خلاله تهدف السياسات إلى تحقيق حصة أكثر إنصافاً للموارد غالباً ما تكون غير الخيارات الأكثر فعالية، وبالتالي تؤدي إلى أقل من الحصة الإجمالية.

- * **Experience rating:** Insurance premiums are based on the claims experience or risk level, such as age, of each insured group.
- * **Externality:** The cost or benefit arising from an individual's production or consumption decision which indirectly affects the well-being of others.
- * **Fee-for-service:** Payment mechanism where providers receive a specific amount of money for each service provided.
- * **Financial (budgetary) cost:**
The accounting cost of a good or service usually representing the original (historical) amount paid - distinct from the opportunity (economic) cost.
- * **Financial intermediary:** An agency collecting money to pay providers on behalf of patients.
- * **Fixed cost/input:** A cost/input of production that does not vary with the level of output. The time for which at least one input cannot be changed actually defines the short run.
- * **Formal sector employees :**
Members of the population that are employed with a taxable income.
- * **تصنيف الخبرة:** و تستند أقساط التأمين لطلاب الخبرات أو مستوى المخاطر، مثل العمر، لكل مجموعة مؤمن عليها.
- * **العوامل الخارجية:** التكلفة، أو المنافع الناشئة عن إنتاج الفرد، أو قرار الاستهلاك الذي يؤثر بشكل غير مباشر على رفاهية الآخرين.
- * **رسوم مقابل الخدمة:** آلية الدفع التي يتلقى بها مزودو الخدمة على مبلغ محدد من المال عن كل خدمة مقدمة.
- * **التكلفة المالية (الميزانية):** حساب التكاليف لسلعة ما، أو خدمة ما عادة تمثل الأصل (التاريخي) للكمية المدفوعة - متميزة عن فرصة (الاقتصادية) التكلفة.
- * **الوساطة المالية:** وكالة جمع المال للدفع لمزودي الخدمة نيابة عن المرتضى.
- * **التكلفة الثابتة / المدخلات:** التكلفة / مدخلات الإنتاج التي لا تختلف مع مستوى الإخراج. الوقت الذي من خلاله على الأقل واحد من المدخلات لا يمكن تغييره فعلياً على المدى القصير.
- * **موظفي القطاع الرسمي:** الأعضاء من السكان الذين يعملون مع الدخل الخاضع للضريبة.

- * **Fragmentation:** A situation whereby there are many financing schemes which operate as separate risk pools with limited cross - subsidization.
- * **Fund pooling:** The collection of funds that can be used for financing a given population's health care so that contributors to the pool share risks.
- * **Goods:** The outputs (such as health care) of a production process that involves the combining of different resources such as labour and equipment.
- * **Gross domestic income (GDI):** Measures the income from all economic activities that take place within a country, and includes wages, profits, rents and interest.
- * **Gross domestic product (GDP):** The total value of goods and services produced within one year in a country. It is concerned with the output produced in a specific geographic location, regardless of the nationality of who produces it (e.g. a foreign-owned company).
- * **Gross national income (GNI):** GNI is GDP plus income earned
- * **التجزئة:** الحالة التي توجد بها العديد من برامج التمويل التي تعمل كمجموعات مخاطر منفصلة مع دعم متبادل محدود.
- * **صندوق التجميع:** جمع الأموال التي يمكن استخدامها لتمويل رعاية صحية لمجموعة سكانية معينة حيث إن المساهمين في مجموعات تقاسم المخاطر.
- * **السلع:** المخرجات (مثل الرعاية الصحية) لعملية الإنتاج التي تشتمل على الجمع بين موارد مختلفة مثل العمل، والمعدات.
- * **الدخل المحلي الإجمالي:** يقيس الدخل من جميع الأنشطة الاقتصادية التي تتم داخل بلد ما، ويشمل الأجور، والأرباح، والإيجارات، والفائدة.
- * **الناتج المحلي الإجمالي:** القيمة الإجمالية للسلع والخدمات المنتجة خلال عام واحد في بلد ما. وتحتوى بالمخرجات المنتجة في موقع جغرافي معين، بغض النظر عن جنسية من ينتجهما (مثل شركة مملوكة للأجانب).
- * **الدخل القومي الإجمالي:** الدخل القومي الإجمالي هو الناتج المحلي

by a country's citizens from abroad, minus income earned in that country by foreign citizens.

الإجمالي بالإضافة إلى الدخل المكتسب من قبل المواطنين في بلد ما من الخارج، ناقص الدخل المكتسب في ذلك البلد من قبل المواطنين الأجانب.

* **Horizontal equity:** Equal treatment of equals (e.g. equal access for equal need).

* **العدالة الأفقيّة:** المساواة في المعاملة بين طرفين متكافئين (على سبيل المثال المساواة في الوصول لنفس الحاجة).

* **Human capital approach:** An approach that uses wages to measure the value of productivity lost through illness.

* **نهج رأس المال البشري:** النهج الذي يستخدم الأجر لقياس قيمة الإنتاجية المفقودة بسبب المرض.

* **Income elasticity of demand:** The percentage change in quantity demanded of a good divided by the percentage change in population income.

* **مرونة الدخل في الطلب:** النسبة المئوية للتغيير في كمية مطلوبة من سلعة ما مقسوماً على النسبة المئوية للتغيير في دخل السكان.

* **Income effect:** Demand for a good falls as its price rises in order for an individual to have enough income available to buy other goods.

* **تأثير الدخل:** الطلب لسلعة ما يهبط بارتفاع سعرها من أجل أن يكون للفرد ما يكفي من الدخل لشراء سلع أخرى.

* **Incremental analysis :** A comparison of the difference in costs with the difference in consequences.

* **التحليل الإضافي:** مقارنة بين الفرق في التكاليف مع الاختلاف في التسلسل.

* **Incremental cost-effectiveness ratio (ICER):** Ratio of the difference in costs between two alternative programmes to the difference in effectiveness between the same two interventions.

* **نسبة فعالية التكاليف الإضافية:** نسبة الفرق في التكاليف بين اثنين من البرامج البديلة للفرق في الفعالية بين اثنين من نفس التدخلات.

- * **Indirect cost** : The value of resources expended by patients and their carers to enable individuals to receive an intervention.
- * **Inferior goods**: Goods for which demand decreases as income increases.
- * **Intangible cost** : The cost of discomfort, pain, anxiety or inconvenience.
- * **Interval scale**: A scale that provides measures with quantifiable differences that does not have a true zero, for example a temperature scale.
- * **Law of diminishing marginal utility**: A hypothesis that states that as consumption of a good increases so the marginal utility (extra benefit gained) decreases.
- * **Long run**: A decision-making time frame over which quantities of *all* inputs to production can be varied.
- * **Macroeconomics**: The study of the performance and functioning of the economy as a whole.
- * **Marginal analysis** : An examination of the additional benefits or costs arising from an extra unit of consumption or production of a ‘good’.
- * **التكاليف غير المباشرة**: قيمة الموارد المنفقة من قبل المرضى، ومقدمي الرعاية لهم لتمكين الأفراد من الحصول على التدخل.
- * **السلع الدنيا**: السلع التي ينخفض الطلب عليها مع تزايد الدخل.
- * **التكلفة غير الملموسة**: تكلفة عدم الراحة، والآلام، والقلق، أو الإزعاج.
- * **نطاق الفاصل الزمني**: مقياس التدابير التي توفر مع وجود اختلافات قابلة للقياس الكمي التي ليس لديها (صفر صحيح)، على سبيل المثال مقياس درجة الحرارة.
- * **قانون تناقص المنفعة الحدية**: الفرضية القائلة بأن استهلاك السلع يتزايد، والمنفعة الحدية (فائدة إضافية مكتسبة) تقل.
- * **المدى الطويل**: الإطار الزمني لصنع القرار الذي من خلاله يمكن أن تكون كميات كل مدخلات الإنتاج مختلفة.
- * **الاقتصاديات الكبرى**: دراسة أداء، وسير الاقتصاد ككل.
- * **التحليل الهامشي**: دراسة الفوائد الإضافية، أو التكاليف الناشئة عن وحدة إضافية من الاستهلاك، أو الإنتاج من سلعة.

- * **Marginal cost:** The change in the total cost if one additional unit of output is produced.
 - * **Marginal cost-effectiveness ratio (MCER):** Ratio of the difference in cost and effect resulting from the expansion or contraction of a programme.
 - * **Marginal utility** The change in total utility derived from a one unit increase in consumption.
 - * **Market demand:** Horizontal summation of all individual demand curves to represent the aggregate demand for a particular good within a market.
 - * **Market equilibrium:** A situation where the price in a given market is such that the quantity demanded is equal to the quantity supplied.
 - * **Market failure:** A situation in which the market does not result in an efficient allocation of resources.
 - * **Microeconomics:** The study of decisions taken by individual consumers, households and firms and the way in which these decisions contribute to the setting of prices and output in various kinds of market.
- * **التكلفة الهامشية الحدية:** التغير في التكلفة الإجمالية إذا تم إنتاج وحدة إضافية واحدة من الإنتاج.
 - * **نسبة فعالية التكاليف الهامشية:** نسبة الفرق في التكاليف والتأثير الناجم عن التوسع، أو الانكماش من البرنامج.
 - * **المنفعة الحدية:** التغير في إجمالي المنفعة المستمدة من زيادة وحدة واحدة في الاستهلاك.
 - * **متطلبات السوق:** المحصلة الأفقية لجميع منحنيات الطلب الفردية لتمثيل الطلب الإجمالي لسلعة معينة في سوق معينة.
 - * **توازن السوق:** الحالة التي تكون فيها الأسعار في سوق معينة هو الكمية المطلوبة نفسها، وتتساوى الكمية المعروضة.
 - * **فشل السوق:** الحالة التي يكون فيها السوق لا يؤدي إلى كفاءة تخصيص للموارد
 - * **الاقتصاديات الصغرى:** دراسة القرارات التي اتخذت من قبل مستهلكي الأفراد، والأسر، والشركات والطريقة التي تساهم بها هذه القرارات في تحديد الأسعار، والإنتاج في أنواع مختلفة من السوق.

- * **Monopoly power:** The ability of a monopoly to raise price by restricting output.,
- * **Moral hazard:** A situation in which one of the parties to an agreement has an incentive, after the agreement is made, to act in a manner that brings additional benefits to themselves at the expense of the other party.
- * **Natural monopoly:** A situation where one firm can meet market demand at a lower average cost than two or more firms could meet that demand.
- * **Net benefit:** The benefits of an intervention minus its costs.
- * **Net present value (NPV):** Total monetized benefits minus costs. An indicator used in CBA.
- * **Non-rival:** A good or service that can be consumed simultaneously by everyone.
- * **Normal goods:** Goods for which demand increases as income increases.
- * **Normal profit:** The return a firm receives from inputs such as a director's role in organizing and running the business. This is part of the firm's opportunity cost.
- * **القوة الاحتكارية:** القدرة على الإحتكار لرفع السعر من خلال تقييد الإنتاج.
- * **الخطر الأخلاقي:** الحالة التي يكون فيها أي أحد من طرفي الاتفاق لديه الحافن، بعد إجراء الاتفاق، للعمل على نحو يحقق منافع إضافية لأنفسهم على حساب الطرف الآخر.
- * **الاحتياط الطبيعي:** الحالة التي يمكن فيها لشركة واحدة أن تكون قادرة على تلبية طلب السوق في متوسط منخفض أكثر تكلفة، يكون منخفضاً أكثر من اثنين، أو أكثر من الشركات لتلبية هذا الطلب.
- * **صافي الفوائد:** الاستفادة من هذا التدخل ناقص تكاليفها.
- * **صافي القيمة الحالية:** مجموع الفوائد التي تم تحويلها إلى نقود ناقص التكاليف. مؤشر يستخدم تحليل فائدة التكلفة.
- * **غير منافس:** السلعة، أو الخدمة التي يمكن استهلاكها من قبل الجميع في وقت واحد.
- * **السلع العادي:** السلع التي يزيد الطلب عليها مع زيادة الدخل.
- * **الربح العادي:** العوائد التي تتلقاها الشركة من المدخلات مثل دور المدير في تنظيم، وإدارة الأعمال. هذا هو جزء من تكلفة الفرصة البديلة للشركة.

- * **Normative economics:** A strand of economic analysis which seeks to make recommendations about how the world *should* be - i.e containing value judgement. For example, a study which concludes that drugA is more cost-effective than drug B is a normative analysis.
- * **Operational efficiency:** See technical efficiency.
- * **Opportunity (economic) cost:** As resources are scarce, an individual in choosing to consume a good, in principle, chooses the good which gives to him or her the greatest benefit and thus he or she forgoes the consumption of a range of alternative goods of lesser value. The opportunity cost is the value of the benefit of the next best alternative.
- * **Outcome:** A change in health status as a result of the system processes (in the health services context, the change in health status as a result of care).
- * **Out-of-pocket (direct) payment:** Payment made by a patient directly to a provider.
- * **Output:** The good or service that is the result of the production process
- * **الاقتصاد المعياري:** فرع من التحليل الاقتصادي الذي يسعى إلى عمل التوصيات حول كيف ينبغي للعالم أن يكون - أي التي تحتوي على حكم القيمة. على سبيل المثال الدراسة التي تستنتج أن الدواء A هو أكثر فعالية من حيث التكلفة من الدواء B هو تحليل المعيارية.
- * **الكفاءة التشغيلية:** انظر الكفاءة التقنية.
- * **تكلفة (الاقتصادية) الفرصة:** حيث إن الموارد شحينة، وللفرد اختيار استهلاك سلعة ما، من حيث المبدأ، يختار السلعة التي تعطي له أو لها أكبر قدر من المنفعة، وبالتالي هو أو هي تستغني عن استهلاك مجموعة من السلع البديلة ذات القيمة الأقل. تكلفة الفرصة البديلة هي قيمة الفائدة للبديل الأفضل التالي.
- * **النتائج:** التغيير في الحالة الصحية كنتيجة لعمليات النظام (في سياق الخدمات الصحية، التغيير في الوضع الصحي كنتيجة للرعاية).
- * **مدفوعات (المباشر) خارج الجيب:** الدفع الذي يدلّي به المريض مباشرة إلى الموفّر.
- * **المنتج:** السلعة، أو الخدمة التي هي نتيجة لعملية الإنتاج (في حالة

(in the case of health services, the service that is delivered).
الخدمات الصحية، الخدمات التي تم تسلمهما.

* **Overhead cost:** Costs that are not incurred directly from providing patient care but are necessary to support the organization overall (e.g. personnel functions).
* التكاليف العامة: التكاليف التي لم يتم تكبدها مباشرة من توفير الرعاية للمرضى ولكنها ضرورية لدعم التنظيم العام (مثل موظفي الوظائف).

* **Pareto efficiency:** A situation in which there is no way of making any person better off without making someone else worse off (a point on the production possibilities frontier).
* كفاءة (باريتو): الحالة التي لا يوجد فيها أية وسيلة لجعل أي شخص أفضل من دون جعل شخص آخر أسوأ حالاً (النقطة على حدود إمكانيات الإنتاج).

* **Patient sovereignty:** A situation in which patients can judge the costs and benefits of health care; bear the costs and receive the benefits of health care; and purchase those treatments where benefits exceed the costs.
* سلطة المريض: الحالة التي تتمكن المرضى من الحكم على تكاليف ومنافع الرعاية الصحية: تحمل التكاليف والحصول على خدمات الرعاية الصحية، وشراء العلاجات حيث الفوائد تفوق التكاليف.

* **Perfect competition:** A market in which there are many suppliers, each selling an identical product and many buyers who are completely informed about the price of each supplier's product, and there are no restrictions on entry into the market.
* المنافسة الكاملة: السوق الذي به العديد من الموردين، كل مورد منهم يبيع منتج متطابق، والعديد من المشترين الذين لديهم علم تام عن سعر كل منتج مورد، وليس هناك أي قيود على الدخول في السوق.

* **Pigouvian tax :** A tax that is set to internalize the cost of negative externalities.
* ضرائب (بيغو): الضريبة التي تم تعينها لاستيعاب التكاليف الخارجية السلبية.

- * **Positive economics:** Economic statements that describe how things are. For example a study that measures the change in health care expenditure for a particular country over time is a positive analysis.
 - * **Price discrimination:** This occurs when a firm offers the same product at different prices to different people.
 - * **Price elastic:** A change in price produces a more than proportionate change in quantity demanded.
 - * **Price elasticity of demand:** The relative responsiveness of the quantity demanded of a good to a change in its own price. The percentage change in quantity demanded divided by the associated percentage change in price.
 - * **Price elasticity of supply:** The percentage change in quantity supplied of a good divided by the percentage change in the good's own price.
 - * **Price inelastic:** A change in price produces a less than proportionate change in quantity demanded.
- * **الاقتصاد الإيجابي:** البيانات الاقتصادية التي تصف كيف تسير الأمور. على سبيل المثال الدراسة التي تقيس التغير في الإنفاق على الرعاية الصحية بلد معين بمرور الوقت هو تحليل إيجابي.
 - * **التمييز في الأسعار:** يحدث هذا عندما تقدم شركة ما نفس المنتج بسعر مختلف لأناس مختلفين.
 - * **مرونة السعر:** التغير في السعر الذي ينتج عنه أكثر من تغيير متناسب في الكمية المطلوبة.
 - * **مرونة السعر للطلب:** الاستجابة النسبية للكمية المطلوبة لسلعة ما إلى التغير في سعرها الخاص. النسبة المئوية للتغير في كمية الطلب مقسوماً على النسبة المئوية المصاحبة للتغير في السعر.
 - * **مرونة سعر العرض:** النسبة المئوية للتغير في الكمية المعروضة لسلعة ما مقسمة على النسبة المئوية للتغير في سعر السلعة الخاص بها.
 - * **السعر غير المرن:** التغير في السعر إنتاجية أقل من التغير النسبي في الكمية المطلوبة.

- * **Price taker:** A supplier that cannot influence the price of the good or service they supply.
- * **Principal:** A person on whose behalf an agent acts.
- * **producer surplus:** The difference between the amount that a producer receives from the sale of a good and the lowest amount that producer is willing to accept for that good.
- * **Production function:** The functional relationship that indicates how inputs are transformed into outputs in the most efficient way.
- * **Production possibilities frontier:** A line on a graph that shows the boundary between the combinations of goods that can be produced and those that cannot with the resources available.
- * **Progressive:** A financing mechanism is described as progressive if it consumes an increasing proportion of income as income rises.
- * **Public good:** A good or service that can be consumed simultaneously by everyone and from which no one can be excluded.
- * أخذ سعر: المورد الذي لا يمكنه التأثير على سعر السلعة، أو الخدمة التي يقدمها.
- * المسؤول الرئيسي: هو الشخص الذي ينوب عنه وكيل أعمال.
- * فائض المنتج: الفرق بين المبلغ الذي يتلقاه أحد المنتجين من بيع سلعة والمبلغ الأقل الذي يكون المنتج على استعداد لقبوله تلك السلعة.
- * وظيفة الإنتاج: هي العلاقة الوظيفية التي تشير إلى كيفية تحويل المدخلات إلى مخرجات بالطريقة الأكثر فعالية.
- * إمكانيات حدود الإنتاج: خط على الرسم البياني الذي يظهر الحدود بين مجموعات من السلع التي يمكن أن تنتج، وتلك التي لا يمكن إنتاجها مع الموارد المتاحة.
- * التقديمية: آلية التمويل التي تصف التقدم إذا كان يستهلك نسبية متزايدة من الدخل مع ارتفاع الدخل.
- * الصالح العام: السلعة، أو الخدمة التي يمكن استهلاكها في وقت واحد من قبل الجميع التي يمكن من خلالها عدم استبعاد أي أحد.

- * **purchasing power parity (PPP):** Exchange rate that equates the price of a basket of identical traded goods and services in different countries.
- * **Quality adjusted life years (QALY):** A year of life adjusted for its quality. A year in perfect health is considered equal to 1.0 QALY.
- * **Ratio scale:** A cardinal scale that has a true zero, for example length.
- * **Recurrent cost:** The value of resources with useful lives of less than one year that have to be purchased at least once a year.
- * **Regressive:** A financing mechanism is described as regressive if it consumes a decreasing proportion of income as income rises.
- * **Resources:** These represent inputs into the process of producing goods. They can be classified into three main factors: labour, capital and land. Different goods would generally require varying combinations of these factors. Resources are generally valued in monetary terms.
- * **تكافؤ القوة الشرائية:** معدل التبادل الذي يعادل سعر سلة من السلع المتداولة المطابقة، والخدمات في بلدان مختلفة.
- * **سنوات نوعية الحياة المعدلة:** سنة الحياة المعدلة لجودتها. سنة في الصحة المثلثي يعتبر مكافئاً لـ 1.0.
- * **مقياس النسبة:** المقياس الرئيسي الذي يحتوي على صفر صحيح، على سبيل المثال الطول.
- * **التكليف المتكررة:** قيمة الموارد ذات الأعمار الإنتاجية الأقل من سنة واحدة التي يجب أن يكون شراؤها على الأقل مرة في السنة.
- * **التراجعية:** آلية التمويل التي توصف كتراجعية إذا كانت تستهلك نسبة انخفاض في الدخل كارتفاع الدخل.
- * **الموارد:** هذه تمثل المدخلات في عملية إنتاج السلع. ويمكن تصنيفها إلى ثلاثة عوامل رئيسية هي: العمل، ورأس المال والأرض. سلع مختلفة تتطلب عموماً مجموعات متباعدة من هذه العوامل. والموارد تقدر قيمتها عموماً من حيث الموارد النقدية.

- * **Returns to a factor:** This measures the addition to output as one factor to production is increased.
- * **Returns to scale:** This measures the addition to output as the scale of operations increases in the long run so that all inputs can be varied.
- * **Revenue collection:** The raising of funds either directly from individuals seeking health care or indirectly through governments or donors.
- * **Risk aversion :** The unwillingness of an individual to take on an identified risk.
- * **Scale efficiency:** A situation where the provider is producing at an output level such that average cost is minimized.
- * **Sensitivity analysis :** The process of assessing the robustness of the findings of an economic evaluation by varying the assumptions used in the analysis.
- * **Shadow price:** The true economic price of a good that reflects its value to society.
- * **Short run:** A decision-making time frame within which at least
- * **العوادة إلى عامل:** هذا يقيس الإضافة إلى الإنتاج كما يتم زيادة عامل واحد للإنتاج.
- * **العوادة إلى الميزان:** هذا يقيس الإضافة إلى الإنتاج حيث تتزايد العمليات على المدى الطويل بحيث يمكن أن تختلف كل المدخلات.
- * **تحصيل الإيرادات:** جمع الأموال إما مباشرة من الأفراد الذين يسعون للرعاية الصحية، أو غير مباشرة من خلال الحكومات، أو الجهات المانحة.
- * **النفور من المخاطرة:** عدم رغبة الفرد بتحمل المخاطر التي تم تحديدها.
- * **نطاق الكفاءة:** الحالة التي يكون فيها المورد ينتج على مستوى الإخراج بحيث يتم التقليل من متوسط التكلفة.
- * **تحليل الحساسية:** عملية تقييم مدى متانة النتائج التي توصل إليها التقييم الاقتصادي من خلال تغيير الافتراضات المستخدمة في التحليل.
- * **سعر الظل:** الثمن الاقتصادي الحقيقي للسلعة الذي يعكس قيمتها في المجتمع.
- * **المدى القصير:** الإطار الزمني لصنع القرار داخل واحدة على الأقل من

- one input (the fixed input - see above) cannot be varied.
- * **Social cost:** The total cost associated with an activity including both private costs and those incurred by society as a whole.
- * **Substitutes:** Goods that can be used in place of other goods (e.g. tea and coffee are seen as substitutes).
- * **Supply curve:** A graph showing the relationship between the quantity supplied of a good and its price when all other variables are unchanged.
- * **Supplier-induced demand:** The demand that exists beyond what would have been asked by consumers if they had been perfectly informed about their health problems and the various treatments available.
- * **Technical (operational) efficiency:** A point at which a producer cannot produce more output without using more of at least one input.
- * **Time preference:** People's preference for consumption (or use of resources) now rather than later.
- المدخلات (المدخلات الثابتة - انظر أعلاه) لا يمكن أن تختلف.
- * **التكلفة الاجتماعية:** التكلفة الإجمالية المرتبطة بالنشاط بما في ذلك كل من التكاليف الخاصة وتلك التي يتحملها المجتمع ككل.
- * **البدائل:** السلع التي يمكن استخدامها بدلًا من السلع الأخرى (بالنظر على سبيل المثال للشاي والقهوة كبدائل).
- * **منحنى العرض:** رسم بياني يوضح العلاقة بين الكمية المعروضة من سلعة وسعرها عندما تكون جميع المتغيرات الأخرى هي دون تغيير.
- * **المورد الذي يبحث عن الطلب:** الطلب الموجود بما يتجاوز ما قد طلب من قبل المستهلكين إذا قد تم إبلاغهم تماماً عن مشكلاتهم الصحية والعلاجات المختلفة المتاحة.
- * **كفاءة (التنفيذية) التقنية:** النقطة التي عندها المنتج لا يستطيع إنتاج المزيد من المخرجات دون استخدام أكثر من مدخل واحد على الأقل.
- * **التفضيل الزمني:** تفضيل الناس للاستهلاك (أو استخدام الموارد) عاجلاً وليس آجلاً لأنهم يقيمون الاستهلاك

than later because they value present consumption more than the same consumption in the future.

الحالى أكثر من الاستهلاك نفسه في المستقبل.

* **Total (economic) cost:** The sum of all the costs of an intervention or health problem.

* التكلفة (الاقتصادية) الإجمالية: مجموع كل التكاليف للتدخل، أو المشكلة صحية.

* **Transaction costs:** Costs of engaging in trade - i.e. the costs arising from finding someone with whom to do business, of reaching an agreement and of ensuring the terms of the agreement are fulfilled.

* تكاليف الصفقات: تكاليف الانخراط في التجارة - أي التكاليف الناشئة عن العثور على شخص للقيام معه بأعمال تجارية، من التوصل إلى اتفاق وضمان شروط الاتفاق التي تم إنجازها.

* **Underwriting:** The insurer's process of reviewing insurance applications, deciding what coverage to offer and determining the applicable premiums based on the health status of the applicant.

* الاكتتاب: عملية خاصة بشركة التأمين مراجعة تطبيقات التأمين، وتقرير التغطية المطلوبة لتقديم، وتحديد قرار بشأن ما لتقديم، وتحديد أقساط التأمين المعمولة بناء على الحالة الصحية للطالب.

* **Unofficial payments:** Spending in excess of official fees, also called 'under the table' or 'envelope' payments.

* المدفوعات غير الرسمية: اتفاق ما يزيد على الرسوم الرسمية، وتسمى أيضا «تحت الطاولة»، أو «المغلفة» المدفوعات.

* **Utility :** The happiness or satisfaction an individual gains from consuming a good. The more utility an individual derives from the consumption of a good, all else being equal, the more he or she would be willing to spend his or her income on it.

* الفائدة: السعادة، أو الارتياح التي يكتسبها الشخص من استهلاك سلعة ما. وكلما زادت فائدة الفرد المستمدة من استهلاك السلعة، بينما كل شيء آخر متساو، كلما كان هو، أو هي لها على استعداد لإنفاق دخله أو دخلها على ذلك.

- * **Variable cost/input:** A input/cost of production that varies directly with the level of output.
- * **Vertical equity:** Unequal (but fair) treatment of unequal individuals who are unequal should be treated differently according to their level of need).
- * **Welfare (or social welfare):** The economic criterion on which a policy change or intervention is deemed to affect the well-being of a society. In general, this is assumed to be determined by aggregation of the utilities experienced by every individual in a society.
- * **Willingness to pay (WTP):** The value an individual places on reducing a health problem or gaining an improvement in health.
- * التكلفة المتغيرة/المدخلات: الإدخال / تكاليف الإنتاج تختلف بشكل مباشر مع مستوى الإخراج.
- * العدالة الأفقيّة: عدم المساواة (ولكن عادل) في التعامل مع غير المتكافئين (على سبيل المثال: ينبغي أن يعامل الأفراد غير المتكافئين بشكل مختلف وفقاً لمستوى الحاجة).
- * الرفاهية (أو الرفاهية الاجتماعية): المعيار الاقتصادي الذي يعتبر تغيير السياسة، أو التدخل للتأثير على رفاهية المجتمع. وبشكل عام، يفترض أن يحدد هذا تجميع الأدوات المساعدة التي يعاني منها كل فرد في المجتمع.
- * الاستعداد للدفع: قيمة الأماكن الفردية للحد من مشكلة صحية، أو اكتساب تحسن في الصحة.

المراجع والقراءات الإضافية

References & Further reading

* المراجع والقراءات الإضافية لهذا الكتاب متوفرة في الكتاب الأصلي الأجنبي لدى المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، وعلى القرص المدمج للكتاب المترجم الصادر من المركز، وكذلك على موقع المركز: (www.acmls.org).

* References and Further reading are available in original book at ACMLS, on CD of translated book from ACMLS, and on website: (www.acmls.org).

CHAPTER 1

References

- Alston RM, Kearn JR and Vaughan MB (1993) Is there a consensus among economists in the 1990s? *American Economic Review* 82:203-9.
- Arrow KJ (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 53:941-73.
- Fuller D and Geide-Stevenson D (2003) Consensus among economists: revisited. *Journal of Economic Education* 34: 369-87.
- Mooney G (1994) *Key Issues in health economics*. Exeter: Harvester Wheatsheaf.
- Mooney G and Shiell A (1996) *A workbook in core health economics*. Sydney: Department of Public Health and Community Medicine, University of Sydney.
- Neuhauser D and Lewicki AM (1976) National health insurance and the sixth stool guaiac. *Policy Analysis* 24:175-96.
- Shepard DS and Thompson MS (1979) First principles of cost-effectiveness analysis in health. *Public Health Report* 94(6): 535-43.
- WHO (World Health Organization) (1998) *Health promotion glossary*, WHO IH PR/H E P 198.1, http://www.who.int/lhpr/N_PH/docs/hp-&lossary_en.pdf.

Further reading

- Fuchs, VR (2000) The future of health economics, *Journal of Health Economics* 19(2): 141-57.
- McPake B, Kumaranayake L and Normand C (2002) *Health economics - an international perspective*. London: Routledge, Chapter I.
- Morris S, Devlin N and Parkin D (2007) *Economic analysis in health care*. Chichester: Wiley, Chapter I, Sections 1.1, 1.3, 1.8, 1.9.
- Olsen JA (2010) *Principles of health economics and policy*. Oxford: Oxford University Press, Chapters I and 2.
- Witter S, Ensor T, Jowett M and Thompson R (2000) *Health economics for developing countries*. London: Macmillan Education, Part I.

CHAPTER 2

References

- Aizenman J and Jinjarak Y (2009) Globalization and Developing Countries: A Shrinking Tax Base? *Journal of Development Studies* 45(5):653-71.
- Baunsgaard T and Keen M (2005) *Tax revenue and (or?) trade liberalization*. 1M F Working Paper No. 05/1 12. Blouin C, Chopra M and van der Hoeven R (2009) Trade and social determinants of health. *Lancet* 373(9662):502-7.
- Connell J et al. (2007) Sub-Saharan Africa: beyond the health worker migration crisis? *Social Science & Medicine* 64: 1876-91.
- Datta P and Krishnan GS (2003) The health travellers. *BusinessWorld*, 22 December, www.businessworldin.com/issue/pharma.asp.
- De Cordoba SF, Laird Sand Vanzetti D (2006) *Smoke and mirrors: making sense of the WTO industrial to negotiations*. United Nations Conference on Trade and Development Policy Issues in Internatio Trade and Commodities Study Series No. 30, Trade Analysis Branch, Division on International Tra in Goods and Services and Commodities. New York and Geneva: UNCTAD, United Nations.
- Ghose AK (2003) *Jobs and incomes in a globalizing world*. Geneva: International Labour Office.
- Hawkes C (2006) Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Global Health* 28(2):4.
- Hsiao Wand Heller PS (2007) What should macroeconomists know about health care policy? 1M F Worki Paper WP/07/13, www.imf.org/external/pubs/catlongres.cfm?sk=20103.0.
- Keogh-Brown M and Smith RD (2008) The economic impact of SARS: how does the reali match the predictions. *Health Policy* 88: 1 10-20.
- Lall S (2004) The employment impact of globalization in developing countries, in Lee E a Vivarelli M (eds) *Understanding globalization, employment and poverty reduction*. Houndsill Palgrave Macmillan for the ILO, pp. 73-10 I.
- Onzivu W (2002) The public health implications ofthe Association of South East Asian Nations (AS EA legal regime on tobacco control. *Australian Journal of Asian Law* 4(2): 16Q-87.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2003) Regionalism and multilate Trading System. Paris: OECD ISBN: 9264101373. <http://www.oecd.org/dataoecd/23/12/8895922.p>
- Popkin BM (1998) The nutrition transition and its health implications in lower income countries. *Pub Health Nutrition* 1:5-21.
- Pritchett L and Summers LH (1996) Wealthier is healthier. *The Journal of Human Resources* XXXI: 841-6
- Sachs J (2000) *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, report of t Commission on Macroeconomics and Health. Geneva:World Health Organization.
- Smith J (1999) Healthy bodies and thick wallets: the dual relationship between health and economic statu *Journal of Economic Perspeave* 13(2): 143-66.
- Smith RD (2006) Trade in health services: current challenges and future prospects of globalisation, in Jon AM (ed) *Elgar companion to health economics* (2nd edn). Cheltenham: Edward Elgar.
- Smith RD, Correa C and Oh C (2009) Trade, TRI PS, and pharmaceuticals. *Lancet* 373:684-91.
- Wilkinson RG and Marmot MG (eds) (2003) *Social determinants of health: the solid facts*. Geneva: Wor! Health Organization.
- World Bank (20 II) *Country and lending groups*, <http://data.worldbank.org/aboutcountry-classification> country-and-lending-groups#Low _income.
- Yach D (1998) Telecommunications for health - new opportunities for action. *Health Promotion Internation* 13:339-47.

Further reading

- Bloom D and Canning D (2000) The health and wealth of nations. *Science* 287(5456): 1207-9.
- Pritchett L and Summers LH (1996) Wealthier is healthier. *The Journal of Human Resources* XXXI:84 1-68.
- Sachs J (200 I) *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, report of th Commission on Macroeconomics and Health. Geneva:World Health Organization.
- Smith RD (2006) Trade in health services: current challenges and future prospects of globalisation, in:Jones AM (ed) *Elgar companion to health economics* (2nd edn). Cheltenham: Edward Elgar.
- Smith RD and Lee K (2009) Trade and health: an agenda for action. *Lancet* 373:768-73.

CHAPTER 3

References

- Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Economic evaluation*. Maidenhead: Open University Press. ManningWG et al. (1987) Health insurance and the demand for medical care: evidence from a random experiment. *American Economic Review* 77(3):251-77.
- Masiye F, Chitah B and McIntyre D (2010) From targeted exemptions to user fee abolition in health experience from rural Zambia. *Social Science & Medicine* 72(4):743-50.
- Parkin M, Powell M and Mathews K (2008) *Economics* (7th edn). Harlow: Addison-Wesley. Pauly M (1988) Is medical care different? in Greenberg W (ed) *Competition in the health care sector: ten later*. Durham, NC: Duke University Press.
- Wiseman V et al. (2007) Determinants of bed net use in The Gambia: implications for malaria control. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 76:830-6.

Further reading

- Jan S et al. (2005) *Economic analysis for management and policy*. Maidenhead: Open University Press: 3
- ManningWG et al. (1987) Health insurance and the demand for medical care: evidence from a random experiment. *American Economic Review* 77(3):251-77.
- Masiye F, Chitah B and McIntyre D (2010) From targeted exemptions to user fee abolition in health experience from rural Zambia. *Social Science & Medicine* 72(4):743-50.
- Tamblyn R et al. (2001) Adverse effects associated with prescription drug cost-sharing among poor elderly persons. *Journal of the American Medical Association* 285:2328-9.

CHAPTER 4

References

- Asian Development Bank (2000) A Handbook for the economic analysis of health sector projects. Manila: Asian Development Bank.
- and Sutton M (1992) Are increases in cigarette taxation regressive? *Health Economics* 1:245-53.
- P and Molyneaux J (1996) Financing public health sector expenditures through user fees: theory and "ence from an explicit social experiment in Indonesia. Santa Monica: RAND.
- .Powell M and Mathews K (2008) Economics (7th edn). Harlow :Addison-Wesley.
- ILarson BA, Zusman A and Rosen A. (2002) How will the reduction of tariffs and taxes on insecticide-treated bed nets affect household purchases? *Bulletin of the World Health Organization* 11):892-9.

Further reading

- Borren P and Sutton M (1992) Are increases in cigarette taxation regressive? *Health Economics* 1:245-53.
- Donaldson C et al. (2005) *Economics of health care financing: the visible hand*. Basingstoke: Palgrave Mac mill 98-02.
- Parkin M, Powell M and Mathews K (2008) Economics (7th edn). Harlow: Addison-Wesley: 81-7.
- Simon JL, Larson BA, Zusman A and Rosen A (2002) How will the reduction of tariffs and taxes insecticide-treated bed nets affect household purchases? *Bulletin of the World Health Organiza' 80(II)*:892-9.

CHAPTER 5

References

Wensing. MP et al. (2006) Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cr sectional study. *Health Policy* 77:260-7.

Further reading

Adang E and Wensing M (2008) Economic barriers to implementation of innovations in health care: is long run-short run efficiency discrepancy a paradox? *Health Policy* 88:236--42.

Folland S. et al. (eds) (20 I 0) The economics of health and health care. Harlow: Pearson. Chapter 6. Morris S et al. (2007) *Economic analysis in health care*. Chichester:Wiley. Chapter 3.

CHAPTER 6

References

- Bojke C, Gravelle H and Wilkin D (2001) Is bigger better for primary care groups and trusts? *British Medical Journal* 322(10 March):599-602.
- Fulop N et al. (2002) Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *British Medical Journal* 325(7358):246.
- Gulnness L, Kumaranayake L and Hanson K (2007) A cost function for HIV prevention services: is there a 'u'-shape? *Cost Effective Resource Allocation* 5(1): 13.
- Posnett J (1999) Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *British Medical Journal* 319: 1063-5.
- Weil T (2010) Hospital mergers: a panacea? *Journal of Health Services Research and Policy* 15(4):251-3.

Further reading

- Bojke C, Gravelle H and Wilkin D (2001) Is bigger better for primary care groups and trusts? *British Medical Journal* 322(10 March):599-602.
- Brooker S, Kabatereine N, Fleming F and Devlin N (2008) Cost and cost-effectiveness of nationwide school-based helminth control in Uganda: intra-country variation and effects of scaling-up. *Health Policy and Planning* 23:24-35.
- Johns B and Torres TT (2005) Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health Policy* 20(1): 1-13.

CHAPTER 7

References

- CITIVAS (2009) *Markets in health care: theory behind the policy*, www.civitas.org.uklnhs/download/Civitas-Markets_in_healthcare_Dec09.pdf.
- Green M (2007) *The economics of health care*. London: Office of Health Economics.
- Palmer S and Torgerson DJ (1999) Definitions of efficiency, *British Medical Journal* 318: 1136.
- Smith A (1776) *The Wealth of Nations*, http://bookcoverarchive.com/adam_smith.

Further reading

- Donaldson CK et al. (2004) *The economics of health care financing: the visible hand*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Chapter 5: 73-6.
- Kikumbih N et al. (2005) The economics of social marketing: the case of mosquito nets in Tanzania, *Social Science & Medicine* 60(2):369-81.
- Palmer S and Torgerson D J (1999) Definitions of efficiency, *British Medical Journal* 318: I 136.

CHAPTER 8

References

- Donaldson CK *et al.* (2004) *The economics of health care financing: the visible hand*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Donaldson C *et al.* (2005) *Economics of health care financing: the visible hand* (2nd edn). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Green M (2007) *The economics of health care*. London: Office of Health Economics.
- Lagarde M and Palmer N (2008) The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bulletin of the World Health Organization* 86(11): 839-48.
- McIntyre P and Leask J (2008) Improving uptake of MMR vaccine. *British Medical Journal* 336:729, doi: 10.1136/bmj.39503.508484.80.
- Mills A and Gilson L (1988) *Health economics for developing countries: a survival kit*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Parkin M, Powell M and Matthews K (2008) *Economics*. Harlow: Pearson Education.
- Smith R, Beaglehole R, Woodward D and Drager N (eds) (2003) *Global public goods for health: health economics and public health perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Thomson S, Foubister T and Mossialos E (2010) Can user charges make health care more efficient? *British Medical Journal* 341:c3759.

Further reading

- Gubb J, Lawson N, Smith S and Tomlinson J (2010) Will a market deliver quality and efficiency in health care better than central planning ever could? Debate. *British Medical Journal* 340:568-70.
- Hanson K (2004) Public and private roles in malaria control: the contributions of economic analysis. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 71 (sup pi 2): 168-73.
- Hanson K, Kumaranayake L and Thomas I (2001) Ends versus means: the role of markets in expanding access to contraceptives. *Health Policy and Planning* 16(2): 125-36.
- Jack W (2001) The public economics of tuberculosis control. *Health Policy* 57(2):79-96.
- Morris S, Devlin N and Parkin D (2007) *Economic analysis in health care*. Chichester: Wiley, Chapter 5, sections 5.1-5.3.5 and Chapter 6, sections 6.1-6.8.4.

CHAPTER 9

References

- Abel-Smith Band Campling J (1994) The history of the organization and financing of health services, in Abel-Smith Band Campling J, *An introduction to health policy, planning and financing*. London: Longman.
- Barendregt J, Bonneux L and Van der Maas J (1997) The health care costs of smoking. *New England Journal of Medicine* 337: I 052-7.
- Bennet S, McPake B, and Mills A (1997) *Private health providers: serving the public interest*. London: Zed Books.
- Bodenheimer T (2005) High and rising health care costs, part 3: the role of health care providers. *Annals of Internal Medicine* 142(12, Part 1):996-1002.
- Davis C (2010) Understanding the legacy: health financing systems in the USSR and central and eastern Europe prior to transition, in Kutzin J, Cashin C and Jakab M (eds) *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Donaldson C et al. (2005) *The economics of health care financing: the visible hand*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ensor T and Thompson R (1997) Health insurance as a catalyst to change in former communist countries. Paper presented at the Annual Health Economics Unit Conference, Dhaka, Bangladesh.
- Hamel MB et al. (1996) Seriously ill hospitalized adults: do we spend less on older patients? Support investigators. Study to understand prognoses and preference for outcomes and risks of treatments. *Journal of the American Geriatric Society* 44(9): I 043-8.
- Hurst J (1992) *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris: OECD.
- Mathers CD, Lopez AD and Murray CJL (2006) The burden of disease and mortality by condition: data, methods, and results for 2001, in Mathers CD et al. (eds) *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press.
- Murray C and Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation* 78(6):717-31.
- Normand C (1991) Economics, health and the economics of health. *British Medical Journal* 303: 1572-7.
- OECD (2010a) How much is too much? Value for money in health spending, in *Health policy studies: value for money in health spending*. Paris: OECD.
- OECD (2010b) Growing health spending puts pressure on government budgets, according to OECD health data 2010. Paris: OECD.
- Reiman A (1988) Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *New England Journal of Medicine* 319: 1220-2.
- Smith S, Newhouse J and Freeland MS (2009) Income, insurance and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Affairs* 28(5): 1276-84.
- Werblow A, Felder S and Zweifel P (2007) Population ageing and health care expenditure: a school of "red herrings"? *Health Economics* 16(1 0): II 09-26.

Further reading

- Abel-Smith Band Campling J (1994) The history of the organization and financing of health services, in Abel-Smith Band Campling J, *An introduction to health policy, planning and financing*. London: Longman.
- European Observatory on Health Care Systems (2002) Funding health care: options for Europe, policy brief 4. London: *European Observatory on Health Care Systems*.
- OECD (2010) How much is too much?Value for money in health spending, in *Health policy studies: value for money in health spending*. Paris: OECD, Chapter 2.
- Smith S, Newhouse J and Freeland MS (2009) Income, insurance and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Affairs* 28(5): 1276-84.
- World Health Organization (2000) Who pays for health systems? in *World Health Report*. Geneva:WHO, Chapter 5.

CHAPTER 10

References

- Brian J and Levitt SD (2003) Rotten apples: an investigation of the prevalence and predictors of teacher cheating. *Quarterly journal of Economics* 118(3):843-78.
- Christianson JB et al. (2007) *Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence*. London: The Health Foundation.
- Goddard M et al. (2010) Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland. *Journal of Health Services Research & Policy* 15(1):28-35.
- Gosden T et al. (1999) How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM* 92(1):47-55.
- Hillman BJ et al. (1990) Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice - a comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. *New England journal of Medicine* 323(23): 1604-8.
- Kouides RW et al. (1998) Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. *American journal of Preventive Medicine* 14(2):89-95.
- J and Wiley C (2002) Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries, in McKee M and Healy J (eds) *Hospitals in a changing Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- Langbrunner J et al. (2005) Purchasing and paying providers, in Figueras J, Jakubowski E and Robinson R (eds) *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead: Open University Press.
- Meessen B et al. (2006) Reviewing institutions of rural health centres: the performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health* 11(8): 1303-17.
- Petersen LA et al. (2006) Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine* 145(4): 265-72.
- Prendergast C (1999) The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature* 37(1):7-63.
- Rice T (1997) Physician payment policies: impacts and implications. *Annual Review of Public Health* 18:549-65
- Rizzo JA and Zeckhauser RJ (2007) Pushing incomes to reference points: why do male doctors earn more? *Journal of Economic Behavior & Organization* 63(3): 514-36.

Further reading

- Gosden T et al. (1999) How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM* 92(1):47-55.
- Langbrunner J and Wiley C (2002) Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition countries, in McKee M and Healy J (eds) *Hospitals in a changing Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- Langbrunner J et al. (2005) Purchasing and paying providers, in Figueras J, Jakubowski E and Robinson R (eds) *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead: Open University Press .
- Robinson JC et al. (2004) Alignment and blending of payment incentives within physician organizations. *Health Services Research* 39(5): 1589-606.

CHAPTER 11

References

- Anderson G and Squires D (2010) Measuring the U.S. health care system: a cross-national comparison. *Issues in International Health Policy* 14(2)(90): 1-9.
- Armstrong J et al. (2010) Risk equalisation in voluntary health insurance markets. *Health Policy* 98(1): 1-49.
- Burster for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group. United States (2010).
- Colombo F and Tapay N (2004) Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. DECO *health working papers* 15, DELSA/ELSAIWD/HEA(2004)6.
- Getzen T (2007) Health economics and financing (3rd edn). Hoboken, NJ:John Wiley.
- Hsiao WC (1995) Abnormal economics in the health sector, in Berman P (ed) *Health sector reform in developing countries*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- Kongstvedt P (2007) Essentials of managed health care (5th edn). London: Jones & Bartlett.
- LaingW and Buisson W (2003) *Private medical insurance: UK market report 2003*. London: Laing & Buisson. Sekhri Nand Savedoff W (2005) Private health insurance: implications for developing countries. Bulletin of the *World Health Organization* 83(2): 127-34.
- World Health Organization (2010) *World health statistics 2010*. Geneva:World Health Organization.

Further reading

- Drechsler D and Jutting J (2007) Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 32(3):497-534.
- Gottret P and Schieber G (2006) Voluntary health insurance, in Gottret P and Schieber G (eds) *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC: The World Bank: 103-21.

CHAPTER 12

References

- BBC News (2010) *Q&A: US health care reform*, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/8160058.stm>.
- Carrin G, Mathauer I, Xu K and Evans DB (2008) Universal coverage of health services: tailoring its implementation, *Bulletin of WHO* 86:857-63, www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/index.html.
- Criel B (1998) Western European social health insurance systems: a two-sided coin? in Nitayarumphong S and Mills A (eds) *Achieving universal coverage of health care*. Bangkok: Office of Health Care Reform Project, Ministry of Public Health.
- Dixon A, Langenbrunner J and Mossialos E (2004) Facing the challenges of health care financing, in Figueras J, McKee M, Cain J and Lessof S (eds) (2004) *Health systems in transition: learning from experience*. Buckingham: Open University Press.
- Eklund P and Stavem K (1995) Community health insurance through prepayment schemes in GuineaBissau, in Shaw RP and Ainsworth M (eds) *Financing health services through user fees and insurance*. Washington, DC:World Bank.
- Ensor T and Cooper S (2004) Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy Plan* 19(2):69-79.
- Honda A (2010) Assessing efforts towards universal financial risk protection in low and middle income countries, workshop sponsored by AHPSR, Cape Town.
- Kaiser Family Foundation (2010) *Summary of new health reform law*, www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf, accessed 27 March 2011.
- Lyke B (2009) *Health care reform: an introduction*, congressional Research Service Report for Congress, R40517, http://assets.opencrs.com/rpts/R40517_20090729.pdf, accessed 27 March 2011.
- McIntyre D et al. (2008) Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of WHO* 86(II): 817-908.
- Mills A (2007) *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries?* A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Geneva:WHO, www.who.int/social_determinants/resources/csdh_medialuniversal_coverage_2007_en.pdf.
- OECD (2010) *DECO tax database* www.oecd.org/ctp/taxdatabase
- Ogawa S et al. (2003) Scaling up community health insurance: Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning* 18(3):270-8.
- Wagstaff A (2007) Social health insurance reexamined. Washington, Dc:World Bank.
- WHO (2005) Achieving universal health coverage: developing the health financing system, WHO/EIP/HSP/PB/05.0 I. Geneva:WHO.
- Witter S (2009) Service- and population-based exemptions: are these the way forward for equity and efficiency in health financing in low-income countries? in Grossman M and Lindgren B (eds) *Innovations in health system finance in developing and transitional economies*. Advances In Health Economics And Health Services Research 21 :25 1-88.
- Yepes F (2005) Corruption in the health sector: the Colombian experience, in Nitayarumphong S et al. (eds) What is talked about less in health care reform? Nonthaburi,Thailand: National Health Security Office.

Further reading

- Carrin G, Mathauer I, Xu K and Evans DB (2008) Universal coverage of health services: tailoring its implementation, *Bulletin of WHO* 86:857-63, www.who.int/bulletin/volumes/86/11/07-049387/en/index.html.
- McIntyre D et al. (2008) Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of WHO* 86(II): 817-908.
- Schoen C et al. (2010) How health insurance design affects access to care and costs, by income, in *eleven countries*. *Health affairs* 0862.
- Wagstaff A (2007) *Social health insurance reexamined*. Washington, DC:World Bank.
- WHO (2005) *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*, WHO/EIP/HSP/PB/05.01. Geneva:WHO, Chapters I & 2.

CHAPTER 13

References

- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL and Torrance GW (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Economic evaluation*. Maidenhead: Open University Press.
- Howard K, Salkeld G, McCaffery K and Irwig L (2008) HPV triage testing or repeat PAP smear for the management of atypical squamous cells (ASCUS) on PAP smear: is there evidence of process utility? *Health Economics* 17:593-605.
- Maynard A (1987) Logic in medicine: an economist's perspective, *British Medical Journal* 295: 1537-41.
- Mooney G (1994) *Key issues in health economics*. Exeter: Harvester Wheatsheaf.
- Neuhauer D and Lewicki AM (1976) National health insurance and the sixth stool guaiac, *Policy Analysis* 24:175-96.

Further reading

- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL and Torrance GW (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, Chapters 2 and 3.
- Fox-Rushby J and Cairns J (2008) *Economic evaluation*. Maidenhead: Open University Press, Chapters I and 2.
- McPake B, Kumaranayake L and Normand C (2002) *Health economics: an international perspective*. London: Routledge, Chapter 12.

CHAPTER 14

References

- Creese A and Parker D (1994) *Cost analysis in primary health care: a training manual for programme managers*. Geneva:WHO.
- Drummond M et al. (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Posnett J and Jan S (1996) Indirect cost in economic evaluation: the opportunity cost of unpaid inputs. *Health Economics* 5: 13-23.

Further reading

- Creese A and Parker D (1994) *Cost analysis in primary health care: a training manual for programme managers*. Geneva:WHO.
- Drummond M et al. (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, Chapter 4.
- Johns B, Baltussen Rand Hutubessy R (2003) Programme costs in the economic evaluation of health interventions. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 1.1 doi: 10.118611478-7547-1-1.
- Palmer S and Raftery J (1999) Opportunity cost. *British Medical Journal* 3 18(7197): 1551-2.
- Walker D and Kumaranayake L (2002) Allowing for differential timing in cost analyses: discounting and annualization. *Health Policy and Planning* 17(1): 112-18.

CHAPTER 15

References

- Brouwer WBF and Koopmanschap MA (2005) The friction-cost method: replacement for nothing and leisure for free? *Pharmacoeconomics* 23(2): 1 05-1 I.
- Dolan P, Gudex C, Kind P and Williams A (1996) The time trade-off method: results from a general population study. *Health Economics* 5(2): 141-54.
- Drummond MF, Sculpher MJ, O'Brien B and Torrance GW (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd edn). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Economic evaluation*. Maidenhead: Open University Press.
- Gilson BS et al. (1975) The sickness impact profile: development of an outcome measure of health care. *American Journal of Public Health* 65: 1304-1 0.
- Gray A, Clarke p,Wolstenholme J L and Wordsworth S (20 I I) *Applied methods of cost-effectiveness analysis in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Haddix AC et al. (eds) (1996) *Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation*. Oxford: Oxford University Press.
- Harvard University, Institute For Health Metrics And Evaluation at the University of Washington, Johns Hopkins University, University of Queensland and World Health Organization (2009) *Global burden of disease study operations manual*, www.globalburden.org/GBD_Study_Operations_Manual_Jan_20_2009.pdf.
- Hunt SM, McEwen J and McKenna SP (1985) Measuring health stats: a new tool for clinicians and epidemiologists.*Journal of the Royal College of General Practitioners* 35(273): 185--8.
- Jansen SJ et al. (2000) Unstable preferences: a shift in valuation or an effect of the elicitation procedure? *Medical Decision Making* 20(I):62-71.
- Koopmanschap MA and van Ineveld BM (1992) Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Social Science and Medicine* 34(9): 1 005-1 0.
- Mathiyazhagan K (1998) Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India. *International Journal of Health Planning and Management* 13(I):47-67.
- Murray CJ L (1996) Rethinking DALY s, in Murray CJL and Lopez AD (eds) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Murray CJ and Lopez AD (1996) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Onwujekwe O et al. (2002) Altruistic willingness to pay in community-based sales of insecticide-treated nets exists in Nigeria. *Social Science and Medicine* 54(4):519-27.
- Onwujekwe O et al. (2009) Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria: do economic status and place of residence matter? *Health Policy and Planning* 25(2): 155-61.
- Posnett J and Jan S (1996) Indirect costs: valuing unpaid inputs into health care. *Health Economics* 5:13-23.
- Rashidi AA,Anis AH and Marra CA (2006) Do visual analogue scale (VAS) derived standard gamble (SG) utilities agree with Health Utilities Index utilities? A comparison of patient and community preferences for health status in rheumatoid arthritis patients. *Health and Quality of Life Outcomes* 4:25.
- Richardson J et al. (1998) The measurement and valuation of quality of life in economic evaluation. Centre for Health Program Evaluation working paper 97,ISSN 13250663.
- Ryan M, Gerard K and Amaya-Amaya M (2008) *Using discrete choice experiments to value health and health care*. The Netherlands: Springer.
- Sinnott PL, Joyce VR and Barnett PG (2007) *Preference measurement in economic analysis: guidebook*. Menlo Park, CA: Health Economics Resource Center, http://www.herc.research.va.govfiles/BOOK_419.pdf.
- Smith RD (2007) Contingent valuation in health care: does it matter how the 'good' is described? *Health Economics* 17(5):607-17.
- Wiseman V et al. (2005) Differences in willingness to pay for amodiaquine+artesunate,amodiaquine+ sulfadoxine-pyrimathamine, artemether-Iumefantrine or monotherapy: experiences from Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization* 83(II): 845-52.
- World Health Organization (2004) *World health report 2004*, http://www.who.intlwhr/2004/en/report04_en.pdf.

Further reading

- Dolan P (2000) The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decisions in health care, in Culyer AJ and Newhouse JP (eds) *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier: 1723-60.
- Drummond MF, Sculpher MJ, O'Brien B and Torrance GW (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd edn). Oxford: Oxford Medical Publications, Chapters 5-7.
- Fox-Rushby J and Cairns J (2005) *Economic evaluation*. Maidenhead: Open University Press, Chapters 8-12.
- Gold MR, Stevenson D and Fryback DG (2002) HALYS and QALYS and DALYS, oh my: similarities and differences in summary measures of population health. *Annual Review of Public Health* 23: 115-34.
- World Health Organization (2008) *Global burden of disease: 2004 update*, www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_update/en/index.html.

CHAPTER 16

References

- Devlin N and Parkin D (2004) Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Economics* 13:437-52.
- Drummond MF *et al.* (2005) *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd edn). Oxford: Oxford University Press.
- Ganiats TG and Kaplan RM (1996) Priority setting: the Oregon example, in Schwartz FW, Glennerster H and Saltman RB (eds) *Fixing health budgets: experience from Europe and North America*. New York: Wiley.
- Gerard K and Mooney G (1993) QALY league tables: handle with care. *Health Economics* 2(1):59-64.
- Hirth RA *et al.* (2000) Willingness to pay for a quality-adjusted life year: in search of a standard. *Medical Decision Making* 20(3):332-42.
- Hutubessy RC, Baltussen RM, Torres-Edejer TT and Evans DB (2002) Generalised cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy* 1(2):89-95.
- Laupacis A, Feeny D, Detsky AS and Tugwell PX (1992) How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Canadian Medical Association Journal* 146(4):473-81.
- Murray CJ, Evans DB, Acharya A and Baltussen RM (2000) Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Economics* 9(3):235-51.
- World Bank (1993) *World development report 1993*. Washington, DC: Oxford University Press.
- World Health Organization (2001) *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, report of the Commission on Macroeconomics and Health, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>.

Further reading

- Dalziel K, Segal L and Mortimer D (2008) Review of Australian health economic evaluation - 245 interventions: what can we say about cost effectiveness? *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 20(6):9.
- Hutubessy RC, Baltussen RM, Torres-Edejer TT and Evans DB (2002) Generalised cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Applied Health Economics and Health Policy* 1(2):89-95.
- Neumann PJ (2004) Why don't Americans use cost-effectiveness analysis? *American Journal of Managed Care* 10(5):308-12.
- Williams I, Mciver S, Moore D and Bryan S (2008) The use of economic evaluations in NHS decisionmaking: a review and empirical investigation. *Health Technology Assessment* 12(7):iii, ix-x, 1-I 75.
- Yothasamut J, Tantivess Sand Teerawattananon Y (2009) Using economic evaluation in policy decisionmaking in Asian countries: mission impossible or mission probable? *Value Health* 12(Suppl 3):S26-30.

CHAPTER 17

References

- Dolan P and Olsen JA (2001) Equity in health: the importance of different health streams. *Journal of Health Economics* 20(5):823-34.
- Donaldson C et al. (2005) *Economics of health care financing: the visible hand*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Jacobs B, Price NL and Oeun S (2007) Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical Medicine and International Health* 12(11): 1391-401.
- James C et al. (2005) Clarifying efficiency-equity trade-offs through explicit criteria, with a focus on developing countries. *Health Care Analysis* 13(1).
- Mcintyre O, Muirhead O and Gilson L (2002) Geographic patterns of deprivation in South Africa: informing health equity analysis and public resource allocation strategies. *Health Policy and Planning* 17(Suppl):3D-9.
- Mills A and Ranson K (2010) Design of health systems, in Merson MH, Black RE and MillsA (eds) *International public health*. Sudbury: Jones & Bartlett.
- Williams A (1997) Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 6(2): 117-32.

Further reading

- Donaldson C et al. (2005) *Economics of health care financing: the visible hand*. Basingstoke: Palgrave Macmillan: 85-6.
- Jan S et al. (2005) *Economic analysis for management and policy*. Maidenhead: Open University Press: 179-98. MilisA and Ranson K (2010) Design of health systems, in Merson MH, Black RE and MillsA (eds) *International public health*. Sudbury: Jones & Bartlett: 5 13-51.
- Mooney G and Jan S (1996) And now for vertical equity: some concerns arising from Aboriginal health in Australia. *Health Economics* 5(2):99-104.

إصدارات المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

أولاً: الكتب الأساسية والمعاجم والقواميس والآطلس

- إعداد: المركز
تأليف: د. رمسيس عبد العليم جمعة
- تأليف: د. شوقي سالم وأخرين
- تأليف: د. جاسم كاظم العجزان
- تأليف: د.ك. بورتر وأخرين
- ترجمة: المركز
- إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- تأليف: د. نيكول ثين
- ترجمة: د. إبراهيم القشلان
- تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله
- إعداد: المركز
- تأليف: د. عبدالفتاح عطا الله
- تأليف: كونراد. م. هاريس
- ترجمة: د. عدنان تكريتي
- تأليف: د. ه.أ. والدرون
- ترجمة: د. محمد حازم غالب
- تأليف: روبرت تيرنر
- ترجمة: د. إبراهيم الصياد
- تأليف: د. ج.ن. لون
- ترجمة: د. سامي حسين
- تأليف: ت. دكبورث
- ترجمة: د. محمد سالم
- 1 - دليل الأطباء العرب (1)
2 - التنمية الصحية (2)
3 - نظم وخدمات المعلومات الطبية (3)
4 - السرطان المهني (4)
5 - القانون وعلاج الأشخاص المولين
على المخدرات والمسكرات
(دراسة مقارنة للقوانين السارية) (5)
6 - الدور العربي في منظمة الصحة العالمية (6)
7 - دليل قرارات المكتب التنفيذي
لمجلس وزراء الصحة العرب (7)
8 - الموجز الإرشادي عن الأمراض التي
تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (8)
9 - السرطان: أنواعه - أسبابه - تشخيصه
طرق العلاج والوقاية منه (9)
10 - دليل المستشفيات والمراكز العلاجية
في الوطن العربي (10)
11 - زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل (11)
12 - الموجز الإرشادي عن الممارسة الطبية
العامة (12)
13 - الموجز الإرشادي عن الطب المهني (13)
14 - الموجز الإرشادي عن التاريخ المرضي
والفحص السريري (15)
15 - الموجز الإرشادي عن التخدير (16)
16 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام
والكسور (17)

- 17 - الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء (18)
- 18 - دليل طريقة التصوير الشعاعي (19)
- 19 - دليل الممارس العام لقراءة الصور
الشعاعية (20)
- 20 - التسمية الدولية للأمراض
(مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية)
المجلد 2 الجزء 3 الأمراض المعدية (22)
- 21 - الداء السكري لدى الطفل (23)
- 22 - الأدوية النفسانية التأثير:
تحسين ممارسات الوصف (24)
- 23 - التعليم الصحي المستمر للعاملين في الحقل
الصحي : دليل ورشة العمل (25)
- 24 - التخدير في مستشفي المنطقة (26)
- 25 - الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي (27)
- 26 - الطب التقليدي والرعاية الصحية (28)
- 27 - أدوية الأطفال (29)
- 28 - الموجز الإرشادي عن أمراض العين (30)
- 29 - التشخيص الجراحي (31)
- 30 - تقنية المعلومات الصحية (واقع واستخدامات
تقنية واتصالات المعلومات البعدية في
المجالات الصحية) (32)
- تأليف: د. ر.ف.فلتشر
ترجمة: د.نصر الدين محمود
- تأليف: د. ت. هولم وأخرين
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
تحرير: د. ب.م.س بالمر وأخرين
- ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- تأليف: د. مصطفى خياطى
ترجمة: د. مروان القنواتى
تحرير: د. عبدالحميد قدس ود. عنايت خان
تحرير: د. ف.ر.أ بات ود. أ. ميخايا
- ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
تأليف: د. مايكيل ب. دويسون
ترجمة: د. برهان العابد
مراجعة: د. هيثم الخياط
تأليف: د. وج.جي
ترجمة: د. عاطف بدوي
- تأليف: د. زبيدة الحكيم
مراجعة: أ. عدنان يازجي
تأليف: د.ن.د بارنز وأخرين
ترجمة: د. لميبة الخردجي
مراجعة: د. هيثم الخياط
تأليف: د. ب.د. تريفير - روبر
- ترجمة: د. عبدالرزاق السامرائي
تأليف د. محمد عبداللطيف إبراهيم
ترجمة: د. شوقي سالم

- تأليف: د. جفري شامبرلين
ترجمة: د. حافظ والي
تحرير: س.ك. لوانجا وتشو - يوك تي
ترجمة: د. عصمت إبراهيم حمود
مراجعة: د. عبدالمنعم محمد علي
تأليف: د. ب.د. بول
ترجمة: د. زهير عبدالوهاب
تأليف: د. ريتشارد سنل
ترجمة: د. طلبيع بشور
تأليف: د. ريتشارد سنل
ترجمة: د. محمد أحمد سليمان
تأليف: د. صاحب القبطان
تأليف: د. أحمد الجمل ود. عبدالله الطيف صباح
تأليف: جوزفين بارنز
ترجمة: د. حافظ والي
ترجمة: د. حافظ والي
تأليف: د. شيئاً ويللاتس
ترجمة: د. حسن العوضي
تأليف: د. جون بلاندي
ترجمة: د. محيي الدين صدقى
تأليف: د. جيمس و د. يليس وج.م. ماركس
ترجمة: د. محمد عماد فضلى
تأليف: د. فرانك ألوسيسيو وآخرين
ترجمة: د. أحمد ذياب وآخرين
إعداد: المركز
تأليف: البروفيسور سير جون كروفتن وآخرين
ترجمة: د. محمد علي شعبان
تأليف: د. علي عبدالعزيز النفيلي
تأليف: د. دي.بي. موفات
ترجمة: د. محمد توفيق الرحاوي
- 31 - الموجز الإرشادي عن طب التوليد (33)
32 - تدريس الإحصاء الصحي (عشرون مخططاً مهيدياً لدورس وحلقات دراسية) (34)
33 - الموجز الإرشادي عن أمراض الأنف والأذن والحنجرة (35)
34 - علم الأجنحة السريري (37)
35 - التشريح السريري (38)
36 - طب الاسنان الجنائي (39)
37 - أطلس أمراض العين في الدول العربية سلسلة الأطلالس الطبية (40)
38 - الموجز الإرشادي عن أمراض النساء (41)
39 - التسممية التشريحية (قاموس تشريح) (42)
40 - الموجز الإرشادي عن توازن السوائل والكهارل (43)
41 - الموجز الإرشادي عن المسالك البولية (44)
42 - الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية (45)
43 - دليل الطالب في أمراض العظام والكسور سلسلة المناهج الطبية (46)
44 - دليل المؤسسات التعليمية والبحثية الصحية في الوطن العربي - 3 أجزاء (47)
45 - التدرن السريري (48)
46 - مدخل إلى الأنثروبولوجيا البيولوجية (49)
47 - الموجز الإرشادي عن التشريح (50)

- تأليف: د. ديفيد روينشتاين و د. ديفيد وين
ترجمة: د. بيومي السباعي
- تأليف: د. باري هانكوك و د. ج. ديفيد برادشو
ترجمة: د. خالد أحمد الصالح
إعداد: المركز
- تأليف: د. ج. فلمنج وآخرين
ترجمة: د. عاطف أحمد بدوي
- تأليف: د. م. بوريسنكو و د. ت. بورينجر
ترجمة: أ. عدنان اليازجي
- تأليف: د. جانيت سترينجر
ترجمة: د. عادل نوفل
- تأليف: د. صالح داود و د. عبدالرحمن قادری
تأليف: د. جيفري كالين وآخرين
ترجمة: د. حجاب العجمي
إعداد: د. لطفي الشربيني
مراجعة: د. عادل صادق
تأليف: د. إ.م.س. ولكتسون
ترجمة: د. لطفي الشربيني، و د. هشام الحناوي
إعداد: د. ضياء الدين الجماس وآخرين
مراجعة وتحرير: مركز تعریب العلوم الصحية
تأليف: د. و. بیک، و د. ج. دیفیز
ترجمة: د. محمد خیر الحلبي
تحرير: د. جون براي وآخرين
ترجمة: د. سامح السباعي
تأليف: د. مايكل کونور
ترجمة: د. سید الحدیدی
إعداد: د. محمد حجازی وآخرين
تحرير: مركز تعریب العلوم الصحية
تأليف: د. هیلین شابل وآخرين
ترجمة: د. نائل بازرگان
إعداد: د. سید الحدیدی وآخرين
تحرير: مركز تعریب العلوم الصحية
- 48 - الموجز الإرشادي عن الطب السريري (51)
- 49 - الموجز الإرشادي عن علم الأورام السريري (52)
- 50 - معجم الاختصارات الطبية (53)
- 51 - الموجز الإرشادي عن طب القلب سلسلة المناهج الطبية (55)
- 52 - المستلوجيا الوظيفية سلسلة المناهج الطبية (56)
- 53 - المفاهيم الأساسية في علم الأدوية سلسلة المناهج الطبية (57)
- 54 - المرجع في الأمراض الجلدية سلسلة المناهج الطبية (58)
- 55 - أطلس الأمراض الجلدية سلسلة الأطلالس الطبية (59)
- 56 - معجم مصطلحات الطب النفسي سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (60)
- 57 - أساسيات طب الأعصاب سلسلة المناهج الطبية (61)
- 58 - معجم مصطلحات علم الأشعة والأورام سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (62)
- 59 - علم الطفيلييات الطبية سلسلة المناهج الطبية (63)
- 60 - الموجز الإرشادي عن فيزيولوجيا الإنسان سلسلة المناهج الطبية (64)
- 61 - أساسيات علم الوراثيات الطبية سلسلة المناهج الطبية (65)
- 62 - معجم مصطلحات أمراض النساء والتوليد سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (66)
- 63 - أساسيات علم المناعة الطبية سلسلة المناهج الطبية (67)
- 64 - معجم مصطلحات الباثولوجيا والمخبرات سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (68)

65 - أطلس الهستولوجيا

سلسلة الأطلس الطبية (69)

تأليف: د. شو - زين زانج

ترجمة: د. عبد المنعم الباز وآخرين

مراجعة: مركز تعریب العلوم الصحية

تأليف: د. محمود باكير، د. محمد المسالمة

د. محمد الميز، د. هيام الريس

تأليف: د.ت. ياماذا وآخرين

ترجمة: د. حسين عبدالحميد وآخرين

تأليف: د. جيو بروكس وآخرين

ترجمة: د. عبد الحميد عطية وآخرين

تأليف: د. ماري رودلف، د. مالكوم ليفين

ترجمة: د. حاتم موسى أبو ضيف وآخرين

تأليف: د.أ.د. تومسون، د.ر.إ. كوتون

ترجمة: د. حافظ والي

تأليف: د. ناصر بوکلي حسن

تأليف: د. محمد خالد المشعان

تأليف: د. روبرت موراي وآخرين

ترجمة: د. عماد أبو عسلي ود. يوسف بركات

تأليف: د. كريسيبيان سكولي وآخرين

ترجمة: د. صاحب القطان

تأليف: د. ديشيد هاناي

ترجمة: د. حسن العوضي

تأليف: د. إبرهول نورويتز

ترجمة: د. فرحان كوجان

تأليف: د. كريس كالاهان و د. باري برونر

ترجمة: د. أحمد أبو اليسر

تأليف: د. بن جرينشتاين و د.آدم جرينشتاين

ترجمة: د. يوسف بركات

تأليف: د.ف. هوفراند وآخرين

ترجمة: د. سعد الدين جاويش وآخرين

تأليف: د. بروس جيمس

ترجمة: د. سرى سبع العيش

66 - أمراض جهاز التنفس

سلسلة المناهج الطبية (70)

67 - أساسيات طب الجهاز الهضمي (جزءان)

سلسلة المناهج الطبية (71)

68 - الميكروبیولوجيا الطبية (جزءان)

سلسلة المناهج الطبية (72)

69 - طب الأطفال وصحة الطفل

سلسلة المناهج الطبية (73)

70 - الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان)

سلسلة المناهج الطبية (74)

71 - طب العائلة

سلسلة المناهج الطبية (75)

72 - الطبيب، أخلاق ومسؤولية

سلسلة الكتب الطبية (76)

73 - هاربرز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء)

سلسلة المناهج الطبية (77)

74 - أطلس أمراض الفم

سلسلة الأطلس الطبية (78)

75 - الموجز الإرشادي عن علم الاجتماع الطبي

سلسلة المناهج الطبية (79)

76 - دليل المراجعة في أمراض النساء والتوليد

سلسلة المناهج الطبية (80)

77 - دليل المراجعة في أمراض الكلي

سلسلة المناهج الطبية (81)

78 - دليل المراجعة في الكيمياء الحيوية

سلسلة المناهج الطبية (82)

79 - أساسيات علم الدمويات

سلسلة المناهج الطبية (83)

80 - الموجز الإرشادي عن طب العيون

سلسلة المناهج الطبية (84)

- تأليف: د. بيتر برود و د. أليسون تايلور
ترجمة: د. وائل صبح و د. إسلام أحمد حسن
- تأليف: د. سانيش كاشاف
ترجمة: د. يوسف برకات
- تأليف: د. ألفريد كوشيري وآخرين
ترجمة: د. بشير الجراح وآخرين
- تأليف: د. فيليب آرونسون
ترجمة: د. محمد حجازي
- تأليف: د. ستيفن جليسبي و د. كاترين بامفورد
ترجمة: د. وائل محمد صبح
- تأليف: د. ميشيل سناث
ترجمة: د. محمود الناقة
- تأليف: فرنسيس جرينسبان و ديفيد جاردنر
ترجمة: د. أكرم حنفي وآخرين
- تأليف: د. إبرهارد باسرج وآخرين
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
- تأليف: د. روجر باركر وآخرين
ترجمة: د. لطفي الشربini
إعداد: د. فتحي عبدالجبار وفا
- مراجعة: د. محمد فؤاد الذاكري وآخرين
- تأليف: د. جينيفير بيت وآخرين
ترجمة: د. نائل عبدالقادر وآخرين
- تأليف: د. بيتر بيرك و د. كاتي سينجنو
ترجمة: د. عبدالمنعم الباز و أ. سميرة مرجان
- تأليف: د. أحمد راغب
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
- إعداد: د. عبدالرزاق سري السباعي وآخرين
- مراجعة: د. أحمد ذياب وآخرين
- إعداد: د. جودث بيترس
- ترجمة: د. طه قمصاني و د. خالد مدني
- تأليف: د. بيرس جراس و د. نيل بورلي
ترجمة: د. طالب الحلبي
- ـ مبادئ نقص المخصوصية 81
سلسلة المناهج الطبية (85)
- ـ دليل المراجعة في الجهاز الهضمي 82
سلسلة المناهج الطبية (86)
- ـ الجراحة الإكلينيكية 83
سلسلة المناهج الطبية (87)
- ـ دليل المراجعة في الجهاز القلبي الوعائي 84
سلسلة المناهج الطبية (88)
- ـ دليل المراجعة في المكروبولوجيا 85
سلسلة المناهج الطبية (89)
- ـ مبادئ طب الروماتز 86
سلسلة المناهج الطبية (90)
- ـ علم الغدد الصماء الأساسي والإكلينيكي 87
سلسلة المناهج الطبية (91)
- ـ أطلس الوراثيات 88
سلسلة الأطلالس الطبية (92)
- ـ دليل المراجعة في العلوم العصبية 89
سلسلة المناهج الطبية (93)
- ـ معجم مصطلحات أمراض الفم والأسنان 90
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (94)
- ـ الإحصاء الطبي 91
سلسلة المناهج الطبية (95)
- ـ إعاقات التعلم لدى الأطفال 92
سلسلة المناهج الطبية (96)
- ـ السرطانات النسائية 93
سلسلة المناهج الطبية (97)
- ـ معجم مصطلحات جراحة العظام والتأهيل 94
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (98)
- ـ التفاعلات الضارة للغذاء 95
سلسلة المناهج الطبية (99)
- ـ دليل المراجعة في الجراحة 96
سلسلة المناهج الطبية (100)

- تأليف: د. روبرت جودمان و د. ستيفن سكوت
ترجمة: د. لطفي الشربيني و د. حنان طقش
- تأليف: د. بيتر بروود
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تأليف: د. جونشان جليادل
ترجمة: د. محمود الناقة و د. عبدالرازاق السباعي
- تأليف: د. جوديث سوندھايم
ترجمة: د. أحمد فرج الحسانين وآخرين
- تأليف: د. دنيس ويلسون
ترجمة: د. سيد الحديدى وآخرين
- تحرير: د. كيلي لي و چيف كولين
ترجمة: د. محمد براء الجندي
- تأليف: د. تشارلز جريفيث وآخرين
ترجمة: د. عبدالناصر كعدان وآخرين
- تحرير: د. نورمان نوح
ترجمة: د. عبدالرحمن لطفي عبدالرحمن
- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تأليف: د. جين ولكر وآخرين
ترجمة: د. سميرة ياقوت وآخرين
- تأليف: د. چون هـ - مارتن
ترجمة: د. حافظ والي وآخرين
- 97 - الطب النفسي عند الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (101)
- 98 - مبادئ نقص الخصوبة (ثنائي اللغة)
سلسلة المناهج الطبية (102)
- 99 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف A)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (103)
- 100 - دليل المراجعة في التاريخ المرضي
والفحص الإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (104)
- 101 - الأساسية العامة - طب الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (105)
- 102 - دليل الاختبارات المعملية
والفحوصات التشخيصية
سلسلة المناهج الطبية (106)
- 103 - التغيرات العالمية والصحة
سلسلة المناهج الطبية (107)
- 104 - التعرض الأولي
الطب الباطني: طب المستشفيات
سلسلة المناهج الطبية (108)
- 105 - مكافحة الأمراض السارية
سلسلة المناهج الطبية (109)
- 106 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف B)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (B)
- 107 - علم النفس للممرضات ومهنيي
الرعاية الصحية
سلسلة المناهج الطبية (110)
- 108 - التشريح العصبي (نص وأطلس)
سلسلة الأطلس الطبية العربية (111)

- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تأليف: روبرت سوهاامي - جيفري توباس
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين
تحرير: د. جيفري د. كلوسنر وآخرين
ترجمة: د. حسام خلف وآخرين
- تحرير: د. إلين م. سلاقين وآخرين
ترجمة: د. ضياء الدين الجمامس وآخرين
- تحرير: د. كليث ايثانز وآخرين
ترجمة: د. جمال جودة وآخرين
تحرير: د. جودي أورم وآخرين
ترجمة: د. حسناء حمي وآخرين
- تحرير: د. ماري جو وجنز وآخرين
ترجمة: د. ناصر بوكلبي حسن وآخرين
تحرير: د. وليام هـ . ماركال وآخرين
ترجمة: د. جاكلين ولسن وآخرين
- تأليف: د. مايكيل فيسك و د. ألين برتون
ترجمة: د. أحمد راغب و د. هشام الوكيل
تأليف: د. جون إيمبودن وآخرين
ترجمة: د. محمود الناقة وآخرين
تحرير: د. باتريك ماكموهون
- ترجمة: د. طالب الحلببي و د. نائل بازركان
تأليف: د. ستيفن بيكمهام و د. ليز ميرابياو
ترجمة: د. لطفي عبد العزيز الشريبي وآخرين
تحرير: د. كينت أولسون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
تحرير: د. مسعود محمدى
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
- تحرير: د. لورانس فريدمان و د. أنييت كيفي
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي وآخرين
- 109 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف C)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (C)
- 110 - السرطان والتدبیر العلاجي
سلسلة المناهج الطبية (112)
- 111 - التشخيص والمعالجة الحالية:
الأمراض المنقولة جنسياً
سلسلة المناهج الطبية (113)
- 112 - الأمراض العدوانية .. قسم الطوارئ
التخيص والتدبیر العلاجي
سلسلة المناهج الطبية (114)
- 113 - أسس الرعاية الطارئة
سلسلة المناهج الطبية (115)
- 114 - الصحة العامة للقرن الحادي والعشرين
آفاق جديدة للسياسة والمشاركة والممارسة
سلسلة المناهج الطبية (116)
- 115 - الدقيقة الأخيرة - طب الطوارئ
سلسلة المناهج الطبية (117)
- 116 - فهم الصحة العالمية
سلسلة المناهج الطبية (118)
- 117 - التدبیر العلاجي لألم السرطان
سلسلة المناهج الطبية (119)
- 118 - التشخيص والمعالجة الحالية - طب الروماتزم -
سلسلة المناهج الطبية (120)
- 119 - التشخيص والمعالجة الحالية - الطب الرياضي
سلسلة المناهج الطبية (121)
- 120 - السياسة الاجتماعية للممرضات والمهن المساعدة
سلسلة المناهج الطبية (122)
- 121 - التسمم وجرعة الدواء المفرطة
سلسلة المناهج الطبية (123)
- 122 - الأرجبة والربو
«التشخيص العملي والتدبیر العلاجي»
سلسلة المناهج الطبية (124)
- 123 - دليل أمراض الكبد
- 125 - سلسلة المناهج الطبية

- تأليف: د. ميشيل م. كلوتير 124
 ترجمة: د. محمود باكير وآخرين سلسلة المناهج الطبية (126)
- تأليف: روبرت نورمان و ديفيد لودويك 125 - البيولوجيا الخلوية الطبية
- ترجمة: د. عماد أبو عسلي و د. رانيا توما سلسلة المناهج الطبية (127)
- تأليف: د. مورديكاي بلوشتاين و آخرين 126 - الفيزيولوجيا الخلوية
- ترجمة: د. نائل بازركان سلسلة المناهج الطبية (128)
- تحرير: د. جراهام سكامبل 127 - تطبيقات علم الاجتماع الطبي
- ترجمة: د. أحمد ديب دشاش سلسلة المناهج الطبية (129)
- تأليف: د. جيفري ماكولف 128 - طب نقل الدم
- ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين سلسلة المناهج الطبية (130)
- تأليف: د. بروس كوبن وآخرين 129 - الفيزيولوجيا الكلوية
- ترجمة: د. محمد برकات سلسلة المناهج الطبية (131)
- تأليف: د. ديفيد هيرناندون 130 - الرعاية الشاملة للحرقوق
- ترجمة: د. حسام الدين خلف وآخرين سلسلة المناهج الطبية (132)
- تحرير: د. كيرين ولش و د. روث بودن 131 - سلامـة المريض - بحـث الممارـسة
- ترجمة: د. تيسير العاصـي سلسلة المـناهج الطـبـية (133)
- إعداد: د. يعقوـب أـحمد الشـرـاج 132 - المعـجم المـفسـر لـلـطبـ وـالـعـلـمـ الـصـحـيـةـ
- إشراف: د. عبدالـرحـمـ عبدـالـلهـ العـوـضـيـ (ـالـإـصـدـارـ الـأـوـلـ حـرفـ Dـ) سلسلـةـ المعـاجـمـ الطـبـيـةـ المتـخـصـصـةـ (Dـ)
- تحرير: د. جـايـ كـايـستـونـ وـآـخـرـينـ 133 - طـبـ السـفـرـ
- ترجمـةـ: دـ.ـ عـادـلـ نـوـفـلـ وـآـخـرـينـ سلسلـةـ المـناـهـجـ الطـبـيـةـ (134ـ)
- تحرـيرـ: دـ.ـ جـونـ فـورـسيـثـ 134 - زـرعـ الأـعـضـاءـ
- ترجمـةـ: دـ.ـ عـابـدـ الرـزـاقـ السـبـاعـيـ دـلـيـلـ لـلـمـارـسـةـ الـجـراـحـيـةـ التـخـصـصـيـةـ
- دـ.ـ أـحـمـدـ طـالـبـ الـحـلـبـيـ سلسلـةـ المـناـهـجـ الطـبـيـةـ (135ـ)
- تأـلـيفـ: دـ.ـ مـحـمـدـ عـصـامـ الشـيـخـ 135 - إـصـابـاتـ الـأـسـلـحةـ النـارـيـةـ فـيـ الطـبـ الشـرـعـيـ سلسلـةـ المـناـهـجـ الطـبـيـةـ (136ـ)
- تأـلـيفـ: دـ.ـ جـونـ بـوـكـرـ وـمـايـكلـ فـايـثـ 136 - «ـلـيـثـيـنـ وـأـوـنـيـلـ»ـ الـقـدـمـ السـكـريـ
- ترجمـةـ: دـ.ـ أـشـرـفـ رـمـسيـسـ وـآـخـرـينـ سلسلـةـ المـناـهـجـ الطـبـيـةـ (137ـ)
- إعدادـ: دـ.ـ يـعقوـبـ أـحمدـ الشـرـاجـ 137 - المعـجمـ المـفسـرـ لـلـطبـ وـالـعـلـمـ الـصـحـيـةـ
- إـشـرـافـ: دـ.ـ عـابـدـ الـرـحـمـ عبدـالـلهـ العـوـضـيـ (ـالـإـصـدـارـ الـأـوـلـ حـرفـ Eـ) سلسلـةـ المعـاجـمـ الطـبـيـةـ المتـخـصـصـةـ (Eـ)
- تأـلـيفـ: دـ.ـ مـيـشـيلـ مـيـلـوـدـوـتـ 138 - معـجمـ تصـحـيـحـ الـبـصـرـ وـعـلـمـ الـإـبـصارـ
- ترجمـةـ: دـ.ـ سـُرـىـ سـيـعـ العـيـشـ سلسلـةـ المعـاجـمـ الطـبـيـةـ المتـخـصـصـةـ (138ـ)
- وـدـ.ـ جـمـالـ إـبرـاهـيمـ الـمرـجانـ 139 - معـجمـ «ـبـيـلـيـرـ»ـ
- تأـلـيفـ: دـ.ـ بـارـبـاـ فـ.ـ وـيلـلـرـ للـمـرـضـيـنـ وـالـمـرـضـاتـ وـالـعـامـلـيـنـ
- ترجمـةـ: دـ.ـ طـالـبـ الـحـلـبـيـ وـآـخـرـينـ فيـ مـجـالـ الرـعاـيـةـ الصـحـيـةـ
- سلسلـةـ المعـاجـمـ الطـبـيـةـ المتـخـصـصـةـ (139ـ)

- تأليف: د. روبرت ستيفن جولد و ما�ي والكر
ترجمة: د. عبير محمد عدس
و د. نيرمين سمير شنودة
- تأليف: د. هيyo مكجافوك
ترجمة: د. دينا محمد صيري
- تحرير: أنجيلا ساوثال وكلاريسا مارتن
ترجمة: د. خالد المدنى وأخرين
- إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي
- تحرير: إبراهام رودنيك وديفيد رووي
ترجمة: د. محمد صيري سليمان
- تأليف: راجا باندارانا ياكى
ترجمة: د. جاكلين ولسن
- تأليف: جانيتا بنسيولا
ترجمة: د. محمد جابر صدقى
- تحرير: بيتر وييسس جورمان
ترجمة: د. هشام الوكيل
- تأليف: جون واتيس و ستيفن كوران
ترجمة: د. طارق حمزه عبد الرؤوف
- تأليف: كولبي كريغ إيفانز و ويتنى هاي
ترجمة: د. تيسير كايد العاصى
- تأليف: د. أرنست هارمان
ترجمة: د. تيسير كايد العاصى
- تأليف: د. محمد جابر صدقى
- 140 - علم أعصاب النوم
سلسلة المناهج الطبية (140)
- 141 - كيف يعمل الدواء
علم الأدوية الأساسية المهنية الرعاية الصحية»
سلسلة المناهج الطبية (141)
- 142 - مشكلات التغذية لدى الأطفال
«دليل عملي»
سلسلة المناهج الطبية (142)
- 143 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدارات الأول حرف F)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (F)
- 144 - المرض العقلي الخطير -
الأساليب المتمركزة على الشخص
سلسلة المناهج الطبية (143)
- 145 - النهج الطبى المتكامل
سلسلة المناهج الطبية (144)
- 146 - فقد الحمل
«الدليل إلى ما يمكن أن يوفره كل من الطب المكمل والبديل»
سلسلة المناهج الطبية (145)
- 147 - الألم والمعاناة والمداواة
«الاستبصار والفهم»
سلسلة المناهج الطبية (146)
- 148 - الممارسة الإدارية والقيادة للأطباء
سلسلة المناهج الطبية (147)
- 149 - الأمراض الجلدية لدى المسنين
سلسلة الأطلالس الطبية العربية (148)
- 150 - طبيعة ووظائف الأحلام
سلسلة المناهج الطبية (149)
- 151 - تاريخ الطب العربي
سلسلة المناهج الطبية (150)

- تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح 152 - عوائد المعرفة والصحة العامة
سلسلة المناهج الطيبة (151)
- تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح 153 - الإنسان واستدامة البيئة
سلسلة المناهج الطيبة (152)
- تأليف: جوناثان فلنت و رالف غرينسبان 154 - كيف تؤثر الجينات على السلوك
و كينيث كندر سلسلة المناهج الطيبة (153)
- ترجمة: د. علي عبد العزيز التفييلي 155 - التمريض للصحة العامة
و د. إسراء عبد السلام بشر التعزيز والمبادئ والممارسة
تحرير: بول لينسلي و روزلين كين و سارة أوين سلسلة المناهج الطيبة (154)
- ترجمة: د. أشرف إبراهيم سليم 156 - مدخل إلى الاقتصاد الصحي
تحرير: لورنا جينيس و فيرجينيا وايزمان سلسلة المناهج الطيبة (155)
- ترجمة: د. سارة سيد الحارتي و آخرين

ثانياً: سلسلة الثقافة الصحية

- تأليف: د. صاحب القطنان
- تأليف: د. لطفي الشربيني
- تأليف: د. خالد محمد دياب
- تأليف: د. محمود سعيد شلهوب
- تأليف: د. ضياء الدين الجماس
- تأليف الصيدلي: محمود ياسين
- تأليف: د. عبدالرزاق السباعي
- تأليف: د. لطفية كمال علوان
- تأليف: د. عادل ملا حسين التركيت
- تأليف: د. لطفي الشربيني
- تأليف: د. ماهر مصطفى عطري
- تأليف: د. عبير فوزي محمد عبدالوهاب
- تأليف: د. ناصر بوكلبي حسن
- تأليف: د. أحمد دهمان
- تأليف: د. حسان أحمد قمحية
- تأليف: د. سيد الحديدي
- تأليف: د. ندى السباعي
- تأليف: د. چاکلین ولسن
- تأليف: د. محمد المنشاوي
- تأليف: د. مصطفى أحمد القباني
- تأليف: أ. سعاد الشامر
- تأليف: د. أحمد شوقي
- تأليف: د. موسى حيدر قاسه
- تأليف: د. لطفي الشربيني
- تأليف: د. منال طبالة
- تأليف: د. أحمد الخولي
- تأليف: د. إبراهيم الصياد
- 1 - الأسنان وصحة الإنسان
- 2 - الدليل الموجز في الطب النفسي
- 3 - أمراض الجهاز الحركي
- 4 - الإمكانية الجنسية والعقم
- 5 - الدليل الموجز عن أمراض الصدر
- 6 - الدواء والإدمان
- 7 - جهازك الهضمي
- 8 - المعالجة بالوخز الإبري
- 9 - التمنيع والأمراض المعدية
- 10 - النوم والصحة
- 11 - التدخين والصحة
- 12 - الأمراض الجلدية في الأطفال
- 13 - صحة البيئة
- 14 - العقم: أسبابه وعلاجه
- 15 - فرط ضغط الدم
- 16 - المخدرات والمسكرات والصحة العامة
- 17 - أساليب التمريض المنزلي
- 18 - ماذا تفعل لو كنت مريضاً
- 19 - كل شيء عن الربو
- 20 - أورام الثدي
- 21 - العلاج الطبيعي للأمراض الصدرية عند الأطفال
- 22 - تغذية الأطفال
- 23 - صحتك في الحج
- 24 - الصرع، المرض.. والعلاج
- 25 - نمو الطفل
- 26 - السمنة
- 27 - البهاق

- تأليف: د. جمال جودة 28 - طب الطوارئ
- تأليف: د. أحمد فرج الحسانين 29 - الحساسية (الأرجية)
- تأليف: د. عبدالرحمن لطفي عبد الرحمن 30 - سلامه المريض
- تأليف: د. سلام محمد أبو شعبان 31 - طب السفر
- تأليف: د. خالد مدني 32 - التغذية الصحية
- تأليف: د. حبابة المزیدي 33 - صحة أسنان طفلك
- تأليف: د. منال طيبة 34 - الخلل الوظيفي للغدة الدرقية عند الأطفال
- تأليف: د. سعيد نسيب أبو سعدة 35 - زرع الأسنان
- تأليف: د. أحمد سيف النصر 36 - الأمراض المنقوله جنسياً
- تأليف: د. عهد عمر عرفة 37 - القشرة القلبية
- تأليف: د. ضياء الدين جماس 38 - الفحص الطبي الدوري
- تأليف: د. فاطمة محمد المأمون 39 - الغبار والصحة
- تأليف: د. سُری سبع العيش 40 - الكاتاراتک (الساد العیني)
- تأليف: د. ياسر حسين الحسيني 41 - السمنة عند الأطفال
- تأليف: د. سعاد يحيى المستكاوي 42 - الشخير
- تأليف: د. سيد الحديدي 43 - زرع الأعضاء
- تأليف: د. محمد عبدالله إسماعيل 44 - تساقط الشعر
- تأليف: د. محمد عبيد الأحمد 45 - سن الإياس
- تأليف: د. محمد صبري 46 - الاكتئاب
- تأليف: د. لطفية كمال علوان 47 - العجز السمعي
- تأليف: د. علاء الدين حسني 48 - الطب البديل (في علاج بعض الأمراض)
- تأليف: د. أحمد علي يوسف 49 - استخدامات الليزر في الطب
- تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش 50 - متلازمة القولون العصبي
- تأليف: د. عبد الرزاق سري السباعي 51 - سلس البول عند النساء (الأسباب - العلاج)
- تأليف: د. هناء حامد المسوكر 52 - الشعريانية «المرأة المشعرة»
- تأليف: د. وائل محمد صبح 53 - الإخصاب الاصطناعي
- تأليف: د. محمد براء الجندي 54 - أمراض الفم واللهة
- تأليف: د. رُلی سليم المختار 55 - جراحة المنظار
- تأليف: د. ندى سعد الله السباعي 56 - الاستشارة قبل الزواج
- تأليف: د. ندى سعد الله السباعي 57 - التشقيق الصحي
- تأليف: د. حسان عدنان البارد 58 - الضعف الجنسي

- | | |
|------------------------------------|---|
| تأليف: د. لطفي عبد العزيز الشربيني | 59 - الشباب والثقافة الجنسية |
| تأليف: د. سلام أبو شعبان | 60 - الوجبات السريعة وصحة المجتمع |
| تأليف: د. موسى حيدر قاسه | 61 - الحاليا الجذعية |
| تأليف: د. عبير محمد عدس | 62 - ألزهابير (الحروف المبكرة) |
| تأليف: د. أحمد خليل | 63 - الأمراض المعدية |
| تأليف: د. ماهر الخاناتي | 64 - أداب زيارة المريض |
| تأليف: د. بشار الجمال | 65 - الأدوية الأساسية |
| تأليف: د. جلنار الحديدي | 66 - السعال |
| تأليف: د. خالد المدنى | 67 - تغذية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة |
| تأليف: د. رؤى المختار | 68 - الأمراض الشرجية |
| تأليف: د. جمال جوده | 69 - النفايات الطبية |
| تأليف: د. محمود الرغبي | 70 - آلام الظهر |
| تأليف: د. أيمن محمود مرعي | 71 - متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز) |
| تأليف: د. محمد حسن برकات | 72 - التهاب الكبد |
| تأليف: د. بدر محمد المراد | 73 - الأشعة التداخلية |
| تأليف: د. حسن عبد العظيم محمد | 74 - سلس البول |
| تأليف: د. أحمد محمد الخولي | 75 - المكملات الغذائية |
| تأليف: د. عبدالمنعم محمود البار | 76 - التسمم الغذائي |
| تأليف: د. منال محمد طبillaة | 77 - أسرار النوم |
| تأليف: د. أشرف إبراهيم سليم | 78 - التطعيمات الأساسية لدى الأطفال |
| تأليف: د. سميرة عبد اللطيف السعد | 79 - التوحد |
| تأليف: د. كفاح محسن أبو راس | 80 - التهاب الزائدة الدودية |
| تأليف: د. صلاح محمد ثابت | 81 - الحمل عالي الخطورة |
| تأليف: د. علي أحمد عرفه | 82 - جودة الخدمات الصحية |
| تأليف: د. عبد الرحمن عبيد مصيقر | 83 - التغذية والسرطان وأسس الوقاية |
| تأليف: د. عادل أحمد الزايد | 84 - أنفاط الحياة اليومية والصحة |
| تأليف: د. وفاء أحمد الحشاش | 85 - حرقة المعدة |
| تأليف: د. عادل محمد السيسى | 86 - وحدة العناية المركزة |
| تأليف: د. طالب محمد الحلبي | 87 - الأمراض الروماتزمية |
| تأليف: أ. ازدهار عبد الله العنجري | 88 - رعاية المراهقين |
| إعداد: المركز | 89 - الموسمان الثقافيان الأول والثاني |
| إعداد: المركز | 90 - الموسمان الثقافيان الثالث والرابع |

ثالثاً: مجلة تعریب الطب

- أمراض القلب والأوعية الدموية
مدخل إلى الطب النفسي
الخصوصية ووسائل منع الحمل
الداء السكري (الجزء الأول)
الداء السكري (الجزء الثاني)
مدخل إلى المعالجة الجينية
الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الأول)
الكبد والجهاز الصفراوي (الجزء الثاني)
الفشل الكلوي
المرأة بعد الأربعين
السمنة المشكلة والحل
الجينيوم هذا المجهول
الحرب البيولوجية
التطبيب عن بعد
اللغة والدماغ
الملاриاء
مرض ألزهaimer
إنفلونزا الطيور
التدخين: الداء والدواء (الجزء الأول)
التدخين: الداء والدواء (الجزء الثاني)
البيئة والصحة (الجزء الأول)
البيئة والصحة (الجزء الثاني)
الألم.. «الأنواع، الأسباب، العلاج»
الأخطاء الطبية
اللقاحات.. وصحة الإنسان
الطبيب والمجتمع
الجلد.. الكاشف.. الساتر
الجرحات التجميلية
العظام والمفاصل.. كيف نحافظ عليها؟
الكلى... كيف نرعاها ونداوينها؟
- 1 - العدد الأول «يناير 1997»
2 - العدد الثاني «أبريل 1997»
3 - العدد الثالث «يوليو 1997»
4 - العدد الرابع «أكتوبر 1997»
5 - العدد الخامس «فبراير 1998»
6 - العدد السادس «يونيو 1998»
7 - العدد السابع «نوفمبر 1998»
8 - العدد الثامن «فبراير 1999»
9 - العدد التاسع «سبتمبر 1999»
10 - العدد العاشر «مارس 2000»
11 - العدد الحادي عشر «سبتمبر 2000»
12 - العدد الثاني عشر «يونيو 2001»
13 - العدد الثالث عشر «مايو 2002»
14 - العدد الرابع عشر «مارس 2003»
15 - العدد الخامس عشر «أبريل 2004»
16 - العدد السادس عشر «يناير 2005»
17 - العدد السابع عشر «نوفمبر 2005»
18 - العدد الثامن عشر «مايو 2006»
19 - العدد التاسع عشر «يناير 2007»
20 - العدد العشرون «يونيو 2007»
21 - العدد الحادي والعشرون «فبراير 2008»
22 - العدد الثاني والعشرون «يونيو 2008»
23 - العدد الثالث والعشرون «نوفمبر 2008»
24 - العدد الرابع والعشرون «فبراير 2009»
25 - العدد الخامس والعشرون «يونيو 2009»
26 - العدد السادس والعشرون «أكتوبر 2009»
27 - العدد السابع والعشرون «يناير 2010»
28 - العدد الثامن والعشرون «أبريل 2010»
29 - العدد التاسع والعشرون «يوليو 2010»
30 - العدد الثلاثون «أكتوبر 2010»

- آلام أسفل الظهر 31
- شاشة العظام 32
- إصابة الملاعب «آلام الكتف.. الركبة.. الكاحل» 33
- العلاج الطبيعي لذوي الاحتياجات الخاصة 34
- العلاج الطبيعي التالي للعمليات الجراحية 35
- العلاج الطبيعي المائي 36
- طب الأعماق.. العلاج بالأكسجين المضغوط 37
- الاستعداد لقضاء عطلة صيفية بدون أمراض 38
- تغير الساعة البيولوجية في المسافات الطويلة 39
- علاج بلا دواء ... عالج أمراضك بالغذاء 40
- علاج بلا دواء ... العلاج بالرياضة 41
- علاج بلا دواء ... المعالجة النفسية 42
- جراحات إنفاس الوزن: عملية تكميم المعدة ... 43
- ما لها وما عليها 44
- جراحات إنفاس الوزن: جراحة تطويق المعدة
(ربط المعدة) 45