

الفصل الخامس

من يمول النظم الصحية؟

يترك اختيار سبل تمويل النظم الصحية أثره على مدى الانصاف في توزيع عبء السداد. فهل يمكن للأغنياء والأصحاء أن يمدوا الفقراء والمرضى بالاعانات في هذا المضمار؟ وفي الواقع أنه لضمان الانصاف والحماية من المخاطر المالية، ينبغي رفع مستوى التمويل عن طريق السداد المسبق؛ وتوزيع المخاطر (بنقل عبء التمويل ممن هم أقل تعرضا للمخاطر الصحية الى من ترتفع لديهم احتمالات هذه المخاطر)؛ وتوفير الاعانات للفقراء (بنقل عبء التمويل ممن هم أقل دخلا الى من هم أعلى دخلا)؛ وتجنب تجزئة الأموال المشتركة أو صناديق التأمين؛ وينبغي اتباع أسلوب الشراء الاستراتيجي بغية تحسين حصائل النظم الصحية وقدرتها على الاستجابة.

من يمول النظم الصحية؟

كيفية التمويل

ارتفعت نسبة الانفاق على الرعاية الصحية من ٣٪ من الناتج المحلي الاجمالي في العالم في عام ١٩٤٨ الى ٧,٩٪ في عام ١٩٩٧. ودفع هذا الارتفاع الهائل في الانفاق على نطاق العالم المجتمعات كافة على السعي الى اتخاذ ترتيبات للتمويل الصحي تضمن عدم حرمان الناس من الرعاية الصحية بسبب عجزهم عن تحمل تكاليفها. ومنذ زمن بعيد يعد توفير هذه الرعاية لجميع المواطنين اللبنة الأساسية التي تركز عليها النظم الحديثة للتمويل الصحي في بلدان كثيرة. والوظيفة الأساسية للنظم الصحية هي تقديم الخدمات الصحية للناس، ويركز هذا الفصل على موضوع التمويل الصحي باعتباره الوسيلة الرئيسية لتحقيق التفاعل المجدي بين مقدمي الخدمات الصحية والمواطنين. كما يناقش هذا الفصل أغراض التمويل الصحي والصلات بين التمويل الصحي وتقديم الخدمات من خلال عمليات الشراء. كما يتناول العوامل التي يتأثر بها أداء التمويل الصحي.

وترمي عملية تمويل الصحة الى اإتاحة الأموال وإيجاد الحوافز المالية المناسبة لمقدمي الخدمات الصحية لضمان توفير رعاية صحية عمومية وشخصية ناجعة لجميع الأفراد. ويعني هذا تقليل احتمال عجز الأفراد عن تحمل تكاليف هذه الرعاية وافتقارهم سعياً لتسديدها، أو القضاء على هذا الاحتمال.

وهناك ثلاث وظائف مترابطة تدرج في إطار تمويل النظم الصحية وتلعب دوراً أساسياً في ضمان توفير الخدمات الصحية للجميع؛ وهي تحصيل الإيرادات وتجميع الموارد وشراء التدخلات الطبية. وتمثل التحديات الرئيسية في هذا الصدد في وضع الترتيبات التقنية والتنظيمية والمؤسسية اللازمة لكي تحمي هذه الإجراءات المشتركة الناس من الناحية المالية بأكبر قدر ممكن من الانصاف، وإيجاد الحوافز لدفع مقدمي الخدمات الصحية على الارتقاء بمستوى الصحة وتحسين قدرة النظم على الاستجابة. وغالباً ما تدرج الوظائف الثلاث في إطار تنظيمي واحد كما هو الشأن الآن في نظم صحية كثيرة في العالم. وعلى الرغم من أن هذا الفصل يتناول كلا من هذه الوظائف الثلاث على حدة فإن ذلك لا ينبغي أن يعني محاولة فصلها وإدراجها في أطر تنظيمية مختلفة. بيد أن هناك اتجاهات متزايدة الى الفصل بين تمويل الخدمات وتقديمها.

تحصيل الإيرادات هي العملية التي تتلقى النظم الصحية من خلالها الأموال من الأسر أو المنظمات أو الشركات ومن الجهات المانحة. ويرد الحديث عن مساهمات الجهات المانحة في الاطار ٥-١. ولدى النظم الصحية طرق شتى لجمع الإيرادات، مثل الضرائب العامة والاشتراكات الالزامية في التأمين الصحي الاجتماعي (وتحدد هذه الاشتراكات عادة حسب المرتبات ولا صلة لهما تقريبا بالمخاطر) والاشتراكات الطوعية في صناديق التأمين الصحي الخاصة (التي تحدد عادة حسب المخاطر) والمبالغ المدفوعة مباشرة والتبرعات. وتعتمد معظم البلدان المرتفعة الدخل على الضرائب العامة أو الاشتراكات الالزامية في صناديق التأمين الصحي الاجتماعي بدرجة كبيرة. وعلى النقيض من هذا فان البلدان المنخفضة الدخل تعتمد بدرجة أكبر كثيرا على التمويل المباشر: وتبلغ نسبة النفقات المباشرة ٤٠٪ أو أكثر من اجمالي النفقات في ٦٠٪ من البلدان التي يقل دخل الفرد فيها عن ١٠٠٠ دولار بينما يعتمد ٣٠٪ فقط من البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل على هذا النوع من التمويل بدرجة كبيرة (انظر الجدول ٥-١).

وتتدرج عمليتا تحصيل الإيرادات وتجميع الموارد في اطار تنظيمي واحد وتنطويان على عملية شرائية واحدة في معظم أنظمة الضمان الاجتماعي ومخططات التأمين الخاص الطوعي. ففيما يتعلق بالمؤسسات التي تعتمد أساسا على الضرائب العامة، على غرار وزارة الصحة، تتولى وزارة المالية جمع الأموال ويتم تخصيصها لوزارة الصحة من خلال عملية اعداد الميزانية الحكومية.

تجميع الموارد هو عملية حشد الإيرادات وادارتها بطريقة تضمن تحميل جميع المشتركين في الصندوق تكاليف الرعاية معا وليس كل فرد منهم وحده. ويطلق على عملية تجميع الموارد عادة اسم «وظيفة التأمين» في اطار النظم الصحية سواء أكان التأمين مباشرا (بانضمام الناس الى صندوق التأمين طوعا) أو غير مباشر (عن طريق ضرائب الدخل). وترمي هذه العملية أساسا الى تقاسم المخاطر المالية المرتبطة بالتدخلات الصحية التي يعد الاحتياج اليها غير مؤكدا وبذا فهي تختلف عن عملية تحصيل الإيرادات التي تسمح للأفراد بأن يستمروا في تحمل المخاطر

الاطار ٥-١ أهمية مساهمات الجهات المانحة في تحصيل الإيرادات وعمليات الشراء في البلدان النامية

تعد مساهمات الجهات المانحة، كمصدر رئيسي لإيرادات النظم الصحية ذات أهمية أساسية في بعض البلدان النامية. وقد كانت نسبة هذه المعونات كبيرة من حيث القيمة المطلقة في السنوات الأخيرة في أنغولا، وبنغلاديش، وأكوادور، والهند، واندونيسيا، وموزامبيق، وبابوا غينيا الجديدة، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وعدة بلدان في شرق أوروبا؛ بيد أن المساعدات لا تشكل عادة سوى نسبة صغيرة من اجمالي الانفاق في ميدان الصحة أو حتى من نفقات الدولة في البلدان الأكبر حجما.	وعلى خلاف ذلك فان العديد من البلدان، ولا سيما في أفريقيا، يعتمد على المانحين في نسبة كبيرة من اجمالي الانفاق الصحي. ويمكن أن ترتفع النسبة الى ٤٠٪ (في أوغندا في عام ١٩٩٣) أو حتى ٨٤٪ (في غامبيا في عام ١٩٩٤) وتجاوزت ٢٠٪ في عام ١٩٩٦ أو عام ١٩٩٧ في اريتريا، وكينيا، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ومالي. وخلال السنة أو السنوات الأخيرة، حصلت بوليفيا وتيكاراغوا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزمبابوي من الجهات المانحة على	نسبة تتراوح بين ١٠٪ و ٢٠٪ من مواردها الصحية.	ومعظم المعونات على شكل مشاريع تتولى كل جهة مانحة والسلطات الوطنية اعداد كل واحد منها على حدة والتفاوض عليه. وعلى الرغم من أن التعاون الدولي غير فاشل على الاطلاق فانه قد يؤدي من خلال المشاريع التي تشتت الجهود وازدواجيتها وعلى وجه الخصوص عندما تتعدد الجهات المانحة التي يركز كل منها على أولوياته الجغرافية أو البرمجية. ويحمل هذا النهج السلطات	الوطنية على تكريس المزيد من الوقت والجهد للبحث في أولويات الجهات المانحة واجراءاتها بدلا من التركيز على القوامة الاستراتيجية وتنفيذ برامجها الصحية. ويزداد امتناع الجهات المانحة والحكومات بضرورة التحول عن النهج الذي يركز على المشاريع الى زيادة دعم البرامج والأخذ بالتنمية الاستراتيجية الطويلة الأجل المدمجة في عملية اعداد الميزانيات في البلدان. وفي هذا الصدد، كانت النهج القطاعية فعالة في بلدان مثل بنغلاديش، وغانا، وباكستان.
--	---	--	--	--

الخاصة بهم من مواردهم أو ادخاراتهم الخاصة. فعندما يدفع المرضى جميع النفقات بصورة مباشرة لا تحدث أية عملية تجميع من هذا القبيل.

وقد توجه هذه الأموال في عملية الشراء مباشرة فيما يتعلق بأنشطة الصحة العمومية وحتى فيما يخص بعض جوانب الرعاية الصحية الشخصية كالفحوص الطبية العامة التي لا يكتنفها الشك أو التي تكون تكاليفها منخفضة. وتكتسي هذه النقطة أهمية فيما يتعلق بتنظيم مخططات تجميع الموارد الالزامية حيث تنصب أولويات المستهلك على حوافز التأمين التي تركز غالباً على التدخلات التي تعتبر احتمالات الحاجة إليها مرتفعة والمنخفضة التكلفة في الوقت نفسه (بالنسبة لقدرة الأسر على سداد التكاليف) مع أن أفضل طريقة لتحمل تكاليفها هي سدادها من الدخل الحالي أو من خلال الاعانات الرسمية المباشرة التي تقدم إلى الفقراء.

وتعد عملية تجميع الموارد من عدم اليقين الذي يساور المتفاعلين بالخدمات الصحية ومقدميها على حد سواء. ومن خلال ازدياد الطلب واستقراره وتدفق الأموال يمكن أن تزيد عملية التجميع احتمالية تمكن المرضى من تحمل تكاليف الخدمات وأن يشكل ازدياد حجم هذه الخدمات حافزاً لمقدميها على توظيف استثمارات جديدة.

عملية الشراء هي العملية التي يتم من خلالها دفع الأموال المجمعة إلى مقدمي الخدمات من أجل توفير مجموعة من التدخلات الصحية المحددة أو غير المحددة. ويمكن الاضطلاع بهذه العملية بطريقة عادية أو بطريقة استراتيجية. وتنطوي عملية الشراء العادية على التقيد بالميزانية المحددة سلفاً أو على مجرد سداد الفواتير عند استلامها. أما عملية الشراء الاستراتيجية فتتنطوي على البحث الدؤوب عن أفضل السبل لرفع مستوى أداء النظم الصحية إلى أقصى حد باختيار التدخلات التي ينبغي شراؤها وطريقة شرائها ومقدميها. وهذا يعني الانتقال المجدي للتدخلات بغية تحقيق أفضل أداء ممكن بالنسبة إلى الأفراد والسكان برمتهم عن طريق التعاقد الانتقائي ومخططات الحوافز. وتنطوي عملية الشراء على استخدام وسائل مختلفة لدفع أتعاب مقدمي الخدمات بما فيها عملية وضع الميزانيات. وفي الآونة الأخيرة، حاولت بلدان عديدة، بما فيها شيلي (١، ٢)، وهنغاريا (٣)، ونيوزيلندا (٤، ٥)، والمملكة المتحدة (٦-٨)، ادخال دور الشراء المجدي في نظم الصحة العمومية لديها.

الجدول ٥-١ النسبة المقدرة للنفقات المباشرة من أصل الانفاق الصحي وفقاً لمستوى الدخل، ١٩٩٧

(عدد البلدان في كل فئة من فئات الدخل والانفاق)

الدخل السنوي المقدر للفرد (بسر صرف الدولارات الأمريكية)	دون ٢٠	٢٠-٢٩	٣٠-٣٩	٤٠-٤٩	٥٠-٥٩	٦٠ وما فوق	المجموع
أقل من ١٠٠٠	٧	١٠	٩	٧	١١	١٩	٦٣
٩٩٩٩-١٠٠٠	١٦	١٨	٢٣	١٥	٨	٨	٨٨
١٠٠٠٠ فأكثر	١٩	٧	٤	٥	صفر	٢	٣٧
جميع فئات الدخل	٤٢	٣٥	٣٦	٢٧	١٩	٢٩	١٨٨

المصدر: تقديرات منظمة الصحة العالمية للحسابات الصحية الوطنية: ولا يعرف مستوى الدخل في ثلاثة بلدان.

السداد المسبق وتحصيل الاشتراكات

تدور معظم مناقشات السياسة العامة المتعلقة بتمويل النظم الصحية، بصورة تقليدية، حول آثار التمويل الرسمي مقابل التمويل الخاص على أداء النظم الصحية. ويوضح الفصل الثالث الدور الرئيسي الذي يلعبه التمويل الرسمي في مجال الصحة العمومية. غير أن الانقسام إلى عام وخاص ليس الأمر الأهم في تحديد أداء النظام الصحي فيما يتعلق بالرعاية الصحية الشخصية ولكن الفارق بين السداد المسبق والانفاق المباشر هو الذي يحدد هذا الأداء. فالتمويل الخاص، في البلدان النامية على وجه الخصوص، هو في الأساس مرادف للنفقات المباشرة أو الاشتراكات المستحقة لصناديق التأمين الطوعي الصغيرة والمتجزئة تجزؤًا كبيرًا في أغلب الأحيان. وعلى العكس من هذا يرتبط التمويل الرسمي أو التمويل الخاص الإلزامي دائمًا (عن طريق دفع الضرائب العامة أو اشتراكات الضمان الاجتماعي) بالسداد المسبق وصناديق التأمين الكبيرة. ويكون للطريقة التي يتبعها راسمو السياسات في تنظيم التمويل الرسمي أو التأثير في التمويل الخاص تأثير في أربعة عوامل محددة لأداء تمويل النظم الصحية؛ وهي مستوى السداد المسبق في الأقساط ودرجة توزيع المخاطر المحتملة وحجم الإعانات المالية للفقراء وعملية الشراء الاستراتيجي.

والنظام الصحي الذي يفرض على الأفراد أن يدفعوا بصورة مباشرة جزءًا كبيرًا من تكاليف الخدمات الصحية وقت تلقي المعالجة يقصر هذه الخدمات بوضوح على الفئات القادرة على تحمل تكاليفها ويرجح أن يحرم أفقر فئات المجتمع منها (٩-١٢). وبعض التدخلات الصحية الهامة لا يمكن تمويلها على الإطلاق إذا اضطرت الناس إلى دفع تكاليفها كما هي الحال بالنسبة لنوع التدخلات التي تدخل في إطار الصالح العام والتي ورد ذكرها في الفصل الثالث (١٣). ويجب تمييز عملية تحصيل الاشتراكات عن عملية الاستفادة من الخدمات بقدر الامكان لضمان الحماية العادلة من المخاطر المالية المحتملة. وينطبق ذلك بوجه خاص على التدخلات المرتفعة التكلفة مقارنة بقدرة الأسر على سداد التكاليف.

ووفقًا لما سيرد لاحقًا في هذا الفصل، وفضلاً عن توفير الحماية من دفع التكاليف مباشرة ومواجهة عقبات في الحصول على الخدمات نتيجة ذلك، يتيح السداد المسبق توزيع المخاطر المالية المحتملة بين المؤمن عليهم. أما التمويل المباشر بواسطة النفقات المباشرة الفردية، فلا يتيح توزيع المخاطر المحتملة على ذلك النحو، وبتعبير آخر، ووفقًا لما جاء في التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ١٩٩٩ (١٤)، يتعين اللجوء إلى السداد المسبق من أجل الحصول على خدمات الرعاية الشخصية مرتفعة التكلفة بصفة فعالة.

ويتحدد مستوى السداد المسبق أساسًا من خلال الآلية الرئيسية السائدة في النظم الصحية لتحصيل الإيرادات. ويتيح فرض الضرائب العامة فصل الاشتراكات إلى أبعد حد عن الاستفادة من الخدمات بينما لا يتيح السداد المباشر أي فصل بينهما. فلماذا ينتشر إذن السداد المباشر إلى هذا الحد في البلدان النامية بصفة خاصة؟ (١٥).

وتكمن الإجابة عن هذا السؤال في أن الفصل بين عمليتي تحصيل الاشتراكات والاستفادة من الخدمات يفرض على الوكالات المسؤولة عن التحصيل أن تتمتع بقدرة مؤسسية وتنظيمية راسخة للغاية. والعديد من البلدان النامية يفتقر إلى هذه القدرة. وهكذا فعلى الرغم من أن من المستصوب أن يبلغ السداد المسبق أعلى مستوى ممكن فمن العسير للغاية، عادة، بلوغ هذا المستوى في البلدان المنخفضة الدخل نظرًا لضعف المؤسسات فيها. ويعتبر الاعتماد على ترتيبات

السداد المسبق، ولا سيما الضرائب العامة، أما يتطلب الكثير من الناحية المؤسسية. وتتطلب الضرائب العامة، بوصفها المصدر الرئيسي للتمويل الصحي، توافر قدرة ممتازة على تحصيل الضرائب أو الاشتراكات وترتبط هذه القدرة عادة بوجود اقتصاد اسمي منظم الى حد بعيد بينما يهيمن القطاع غير النظامي على البلدان النامية في الغالب. وفي حين أن الضرائب العامة في المتوسط تبلغ أكثر من ٤٠٪ من الناتج المحلي الاجمالي في البلدان الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي فانها تبلغ أقل من ٢٠٪ في البلدان المنخفضة الدخل.

ومن الأيسر تحصيل جميع مبالغ السداد المسبق الأخرى، بما فيها اشتراكات الضمان الاجتماعي وأقساط صناديق التأمين الطوعي لأن الاستفادة ترتبط بالاشتراكات الفعلية. وفي معظم الحالات، يقتصر الانضمام الى مخططات الضمان الاجتماعي على العاملين في القطاع الرسمي حيث يتم اقتطاع الأقساط المستحقة على هؤلاء العاملين من رواتبهم في موقع العمل. وهذا الأمر يسهل على مؤسسة الضمان الاجتماعي عملية تحديدهم وتحصيل اشتراكاتهم وربما حرمانهم من الاستفادة بالخدمات عندما لا تدفع الاشتراكات. وبالمثل يسهل الى حد كبير تحديد الأشخاص وتحصيل الاشتراكات في حالتها التأمين الصحي الطوعي والتأمينات الصحية المجتمعية. ومع ذلك، لا يزال هذا السداد المسبق يتطلب توافر قدرة تنظيمية ومؤسسية كبيرة مقارنة بالتمويل عن طريق الانفاق المباشر.

وبالتالي، تشد البلدان النامية تحقيق هدف ايجاد الظروف الملائمة لوضع آليات لتحصيل الإيرادات وتتيح تدريجيا فصل عملية تحصيل الاشتراكات عن عملية الاستفادة من الخدمات. ويعني هذا تعزيز أنظمة الاشتراكات المرتبطة بالوظائف حيثما أمكن وتيسير انشاء مخططات مجتمعية أو تركز على مقدمي الخدمات للسداد المسبق في البلدان المنخفضة الدخل حيث ترتفع عادة نسبة مستويات الانفاق المباشر على الصحة وتكون القدرة المؤسسية أضعف من أن تحافظ على الاعتماد بصفة رئيسية على الضرائب العامة. بيد أن القرائن (١٦، ١٧) تبين أن تلك المخططات تشكل تحسنا في التمويل المباشر الا أنه من الصعب الإبقاء عليها بصفة دائمة، وأنه ينبغي اعتبارها عملية انتقالية فقط تستهدف بلوغ مستويات أعلى لعملية تجميع الموارد، أو اعتبارها وسيلة لتحسين مستوى الاعانات العامة المخصصة للصحة. وفي البلدان المتوسطة الدخل، حيث تسود هياكل اقتصادية أكثر انتظاما تشمل الاستراتيجيات الرامية الى تعزيز السداد المسبق وترتيبات تجميع الموارد تدعيم أنظمة الاشتراكات الالزامية المحددة حسب الرواتب أو حسب المخاطر المحتملة وتوسيع نطاقها؛ وزيادة حصة التمويل العام ليستفيد منها الفقراء على وجه الخصوص.

وعلى الرغم من أن السداد المسبق يشكل حجر الزاوية في التمويل في اطار النظم الصحية فان الأمر قد يتطلب سداد بعض الاشتراكات المباشرة عند الاستفادة من الخدمات في البلدان أو المناطق المنخفضة الدخل بهدف زيادة الإيرادات عندما تكون القدرة على السداد المسبق غير كافية. كما يمكن فرض هذا النوع من التمويل على شكل تقاسم تكاليف تدخلات محددة بقصد تخفيض الطلب عليها. ولا ينبغي اتباع مثل هذا النهج الا اذا اتضح أن التمويل عن طريق مخططات السداد المسبق يؤدي الى الإفراط غير المبرر في الاستفادة من تدخلات محددة (خطر الاستغلال). ويترتب على تقاسم التكاليف تقنين الاستفادة من تدخلات معينة، ولكنه لا يترتب عليه ترشيد الطلب عليها من جانب المستفيدين منها. فتقاسم التكاليف يدفع الناس، ولا سيما الفقراء، الى تخفيض مقدار الخدمات المطلوبة (الى حد انعدام الطلب عليها) دون أن يجعلهم ذلك بالضرورة أكثر عقلانية فيما يتعلق بتحديد توقيت طلب الخدمات أو تحديد الخدمات التي

يحتاجون الى طلبها. وبالتالي يؤدي استخدام هذه الصيغة استخداما عشوائيا الى الحد من الطلب على الخدمات دون تمييز والى تضرر الفقراء بصفة خاصة.

ولا يفضي توفير الخدمات المجانية تلقائيا الى الافراط غير المبرر في الاستفادة منها. فالخدمات التي لا تترتب عليها تكاليف مباشرة لا تعتبر في الواقع مجانية أو معقولة التكلفة بالضرورة وخاصة بالنسبة للفقراء بسبب التكاليف الأخرى المرتبطة بطلب الرعاية الصحية كتكاليف الأدوية (عندما لا تكون مجانية) أو المبالغ المدفوعة على نحو غير رسمي أو تكاليف المواصلات أو تكاليف التغيب عن العمل (١٨، ١٩).

ولا ينبغي اختيار صيغة تقاسم التكاليف كمصدر للتمويل الا لتلبية الاحتياجات المنخفضة التكلفة التي يمكن توقعها نظرا لآثارها السلبية المحتملة على الخدمات الضرورية، وخاصة بالنسبة للفقراء. ولكن يمكن بدلا من ذلك استخدامها كوسيلة للحد من الافراط في استخدام تدخلات معينة (اذا اتضح هذا الافراط) أو لاستبعاد بعض الخدمات من مجموعة فوائد التأمين بصورة ضمنية اذا استحال استبعادها صراحة. ولا يجب اللجوء الى السداد المباشر الا اذا تعذر سدادها بطريقة أخرى لأنه من المستصوب الفصل بين عملية تحصيل الاشتراكات وعملية الاستفادة من الخدمات. ولا تفضل جميع أنواع السداد المسبق الا في حالة التدخلات المنخفضة التكلفة التي لا تبرر تحمل التكاليف الادارية المترتبة على ترتيبات السداد المسبق.

توزيع المخاطر المحتملة واعانة الفقراء: تجميع الموارد

تعد عملية تجميع الموارد الطريقة الرئيسية لتوزيع المخاطر المحتملة بين المشتركين. ولا يكفي السداد المسبق وحده لضمان التمويل العادل اذا كان معتمدا على الأفراد فقط أي على التمويل من خلال حسابات الادخار الصحية، حتى عندما يتم الفصل الى حد كبير بين عملية تحصيل الاشتراكات وعملية الاستفادة من الخدمات. فعندئذ تصبح استفادة الأفراد من الخدمات محدودة بعد استنفاد مدخراتهم. ويدعى أن حسابات الادخار الصحية التي فتحت في سنغافورة والولايات المتحدة الأمريكية كانت تهدف الى الحد من الاستغلال ودفع المستفيدين من الخدمات الى شرائها على نحو أكثر تعقلا؛ ولكن على الرغم من أن هناك قرائن تدل على انخفاض النفقات وتحقيق وفورات كبيرة لدى الذين يتمتعون باعفاءات ضريبية مما ساعدهم على ادخار أموالهم (٢٠)، فإنه لا يوجد ما يدل على المزيد من ترشيد شراء الخدمات. وفضلا عن ذلك، يعزز التمويل الفردي السداد مقابل الخدمات ويزيد من صعوبة تنظيم جودة تقديمها (٢١). فقد يحرم من الحصول على الخدمات من يرتفع احتمال احتياجهم اليها كالمريض والمسنين لأنهم لم يتمكنوا من ادخار ما يكفي لذلك من دخلهم. في حين أن الأصحاء والشباب الذين تقل المخاطر في أوساطهم على وجه العموم قد يضطرون الى السداد المسبق خلال فترة طويلة في سبيل الحصول على خدمات ادخروا من أجلها دون أن يحتاجوا اليها. وفي هذه الحالة، تعود آليات نقل عبء التكلفة من المرضى والمسنين الى الأصحاء والشباب بالفائدة على هؤلاء الشباب والأصحاء دون أن تضر بالمرضى والمسنين. وهكذا فإن الآليات التي لا تكتفي برفع السداد المسبق بل توزع كذلك المخاطر المالية المحتملة بين المشتركين تفيد النظم الصحية والناس على حد سواء.

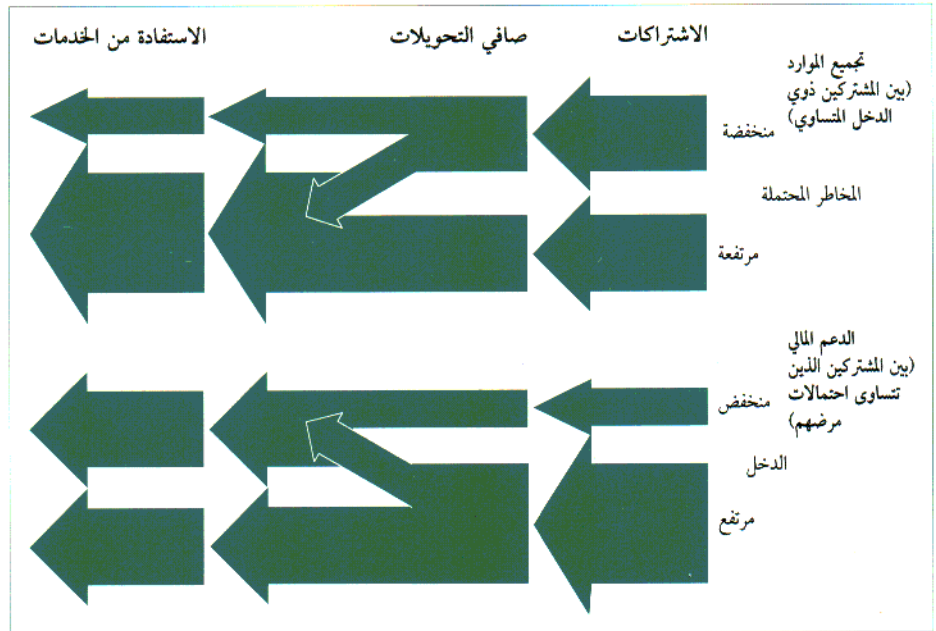
وعلى الرغم من أن السداد المسبق وتجميع الموارد يشكلان تحسنا كبيرا بالنسبة الى التمويل عن طريق الانفاق المباشر فقط ومسألة الدخل لا تؤخذ بعين الاعتبار في هذا المضمار. ويستفيد المجتمع من وفورات في الحجم وقانون الكثرة ونقل عبء التكلفة ممن تزداد لديهم احتمالات

المرض الى من يقل لديهم احتمالات المرض نتيجة لمساهمتهم في صناديق تأمين كبيرة. وتتيح عملية تجميع الموارد في حد ذاتها توزيع اعباء الاشتراكات بالتساوي بين المشتركين في صندوق التأمين بصرف النظر عن المخاطر المالية المرتبطة بالاستفادة من الخدمات المتاحة. غير أنها تتيح كذلك دعم الأغنياء الذين ترتفع لديهم احتمالات المرض من الفقراء الذين تقل لديهم هذه الاحتمالات. ولا تكثر المجتمعات المعنية بمسألة الانصاف بمسألة من يوفر الاعانة لمن. ومن ثم فعلاوة على ضمان الدعم المالي الذي يقدمه من تقل لديهم احتمالات المرض الى من ترتفع لديهم هذه الاحتمالات (كما يجري في أي صندوق من صناديق التأمين الا فيما يتعلق بالاشتراكات المحددة وفقا للمخاطر) ينبغي لهذا التمويل الصحي أن يضمن عدم تناقص هذا الدعم بالنسبة للدخل في اطار تمويل الصحة (انظر الشكل ٥-١).

وتسعى النظم الصحية في جميع أنحاء العالم الى توزيع المخاطر المحتملة ودعم الفقراء باتخاذ مجموعة متنوعة من الترتيبات التنظيمية والتقنية (٢٢). فيمكن توفير الدعم المالي المتبادل المحدد وفقا للمخاطر ومستويات الدخل للمشاركين في صندوق التأمين نفسه، على سبيل المثال في اطار تنظيمي واحد مثل مؤسسة الضمان الاجتماعي في كوستاريكا ومرفق الصحة الوطني في المملكة المتحدة أو تقديم الاعانات الحكومية الى صندوق واحد أو عدة صناديق.

وعلى الصعيد العملي تقدم أغلبية النظم الصحية الدعم المتبادل المرتبط بالمخاطر ومستويات الدخل باتباع النهجين الاثنین معا: تجميع الموارد والاعانات الحكومية. كما يمكن تقديم الدعم المالي المتبادل الى المشتركين في صناديق مختلفة (في اطار نظام متعدد الصناديق) من خلال آليات رسمية لتوزيع الأعباء بالتساوي حسب المخاطر المحتملة ومستويات الدخل المختلفة كالأليات المستخدمة في صناديق الضمان الاجتماعي في الأرجنتين (٢٣) وكولومبيا (٢٤) وهولندا (٢٥). وفي هذه البلدان، يتيح وجود صناديق متعددة للمشاركين فيها الاختيار بين مختلف أنواع

الشكل ٥-١ تجميع الموارد من أجل إعادة توزيع المخاطر المحتملة والدعم المتبادل لتعزيز الانصاف



المخاطر ومستويات الدخل. وقد يدفع هذا الوضع صناديق التأمين الى تفضيل المشتركين الذين تقل لديهم احتمالات المرض على الفقراء والمرضى ما لم توضع آليات للتعويض عن ذلك.

وقد تسفر اللامركزية عن مخاطر كبيرة وتباينات لا يستهان بها بين المناطق ومستويات الدخل حتى ضمن صندوق التأمين ذاته ما لم تصحبها آليات لمعادلة توزيع الموارد بالتساوي. وقد وضع البرازيل آليات تعويضية يخصص من خلالها جزء من إيرادات الحكومة المركزية للولايات للحد من تلك التباينات (٢٦).

ويعطي الجدول ٥-٢ أربعة أمثلة قطرية على الترتيبات المختلفة المتخذة لتوزيع المخاطر واعانة الفقراء. وتقل بعض الترتيبات التنظيمية كفاءة عن غيرها في ضمان تحقيق هذين الغرضين ولا سيما اذا كانت الترتيبات تفسح المجال للتجزئة وتؤدي الى انشاء عدة صناديق صغيرة. وتتطلب عمليات تحصيل الاشتراكات وتجميع الموارد وشراء الخدمات وتقديمها تدفق الأموال من مصادر التمويل الى مقدمي الخدمات وعن طريق شتى المنظمات التي يمكن أن تضطلع بوظيفة واحدة أو أكثر من هذه الوظائف. ويبين الشكل ٥-٢ هيكل تمويل النظم الصحية في أربعة بلدان تختلف

الجدول ٥-٢ نهج توزيع المخاطر واعانة الفقراء: حالات قطرية

البلد	النظام	توزيع المخاطر	اعانة الفقراء
كولومبيا	أنظمة متعددة: عدة صناديق متنافسة للضمان الاجتماعي ونظم صحية بلدية ووزارة الصحة.	داخل أنظمة التأمين: من خلال الاشتراكات غير المرتبطة بالمخاطر – وبين أنظمة التأمين: من خلال صندوق مركزي لمعادلة المخاطر.	داخل أنظمة التأمين وبين أنظمة التأمين: الاشتراكات المتناسبة مع المرتبات بالإضافة الى الدعم الرسمي المقدم الى المؤمن ليتيح للفقراء الانضمام الى صندوق الضمان الاجتماعي والاعانات التي تقدمها وزارة الصحة والنظم البلدية وفقا للعرض.
هولندا	أنظمة متعددة: أغلبها صناديق للضمان الاجتماعي خاصة ومتنافسة.	داخل أنظمة التأمين: الاشتراكات غير المرتبطة بالمخاطر وبين أنظمة التأمين من خلال صندوق مركزي لمعادلة المخاطر.	من خلال صندوق معادلة المخاطر مع استبعاد الموسرين.
جمهورية كوريا	نظامان رئيسيان: التأمين الصحي الوطني ووزارة الصحة.	داخل نظامي التأمين: الاشتراكات غير المرتبطة بالمخاطر.	الاشتراكات المحددة حسب المرتبات بالإضافة الى الدعم الذي يقدمه كل من وزارة الصحة والتأمين الصحي الوطني وفقا للعرض عن طريق الاعتمادات التي تخصصها وزارة المالية.
	لكن التأمين الصحي الوطني لا يغطي الا ٣٠٪ من اجالي الانفاق الصحي لكل مشترك.	توفير مجموعة واحدة محددة من المنافع لجميع المشتركين.	اعانات رسمية للتأمين على الفقراء والمزارعين.
زامبيا	يسود نظام رسمي واحد: وزارة الصحة/ المجلس المركزي للصحة.	داخل نظام التأمين: مجموعة واحدة غير محددة من المنافع للجميع في اطار وزارة الصحة وعلى مستوى الدولة. التمويل عن طريق الضرائب العامة.	داخل نظام التأمين من خلال الضرائب العامة. الدعم الذي تقدمه وزارة الصحة وفقا للعرض.

الشكل ٥-٢ هيكل تمويل النظم الصحية وتقديم الخدمات في أربعة بلدان

بنغلاديش (١٩٩٦/١٩٩٧)

سائر الوسائل	التمويل المباشر	الجهات المانحة	الضرائب العامة	تحويل الإيرادات
	دون تجميع الموارد	البنك الدولي	وزارة الصحة	تجميع الموارد
	عمليات الشراء الفردية	البنك الدولي	وزارة الصحة	شراء الخدمات
	مقدمو الخدمات من القطاع الخاص		وزارة الصحة	تقديم الخدمات

شيلي (١٩٩٧/١٩٩١)

التمويل المباشر	الضمان الاجتماعي	الضرائب العامة	تحويل الإيرادات
دون تجميع الموارد	صناديق التأمين الصحي الخاصة (ISAPREs)	صندوق التأمين الصحي الحكومي (FONASA)	تجميع الموارد
عمليات الشراء الفردية			شراء الخدمات
مقدمو الخدمات من القطاع الخاص	مرفق الصحة الوطني	هيئات حكومية أخرى	تقديم الخدمات

مصر (١٩٩٥/١٩٩٤)

التمويل المباشر	الضمان الاجتماعي	الضرائب العامة	تحويل الإيرادات
دون تجميع الموارد	صناديق التأمين الصحي الخاصة	وزارة الصحة	تجميع الموارد
عمليات الشراء الفردية		وزارة الصحة	شراء الخدمات
مقدمو الخدمات من القطاع الخاص		وزارة الصحة	تقديم الخدمات

الجهات المانحة
هيئات حكومية أخرى

المملكة المتحدة (١٩٩٥/١٩٩٤)

التمويل المباشر	صناديق التأمين الخاصة	الضرائب العامة	تحويل الإيرادات
دون تجميع الموارد	صناديق التأمين الخاصة	وزارة الصحة	تجميع الموارد
عمليات الشراء الفردية		سلطات الصحة	شراء الخدمات
الأطباء الممارسون العامون		مرفق الصحة الوطني	تقديم الخدمات
مقدمو الخدمات من القطاع الخاص			

ملاحظة: عرض الشكل متناسب مع التدفقات المقدرة للأموال.
المصدر: تقديرات الحسابات الصحية الوطنية.

فيما بينها اختلافا كبيرا في مدى تجميع الموارد وشراء الخدمات بصورة رسمية بدلا من أن يدفع المستفيدون من الخدمات الصحية لمقدميها مباشرة دون أي تقاسم للمخاطر.

وتعد صناديق التأمين الكبيرة أفضل من صناديق التأمين الصغيرة لأنها قادرة على تعزيز اتاحة الموارد للخدمات الصحية. فكلما زاد حجم صندوق التأمين كلما ازدادت نسبة الاشتراكات التي يمكن تخصيصها للخدمات الصحية على وجه الحصر. ويمكن لصندوق التأمين الكبير أن يستفيد من وفورات الحجم في ادارة شؤونه ويخفض قيمة الاشتراكات اللازمة للحماية من الاحتياجات غير المؤكدة مع استمرار ضمان توفير الأموال الكافية لتمويل الخدمات في الوقت نفسه. ويحتمل أن تكون التقديرات الفردية مرتفعة للغاية نظرا لتغير الاحتياجات على نحو غير المتوقع. ويستطيع صندوق التأمين أن يخفض المبلغ الاحتياطي المخصص لمواجهة التقلبات في الانفاق الصحي المقدر للمشاركين بالحد من عدم اليقين هذا. وعندئذ يمكن استخدام الأموال المتاحة لتقديم مزيد من الخدمات وتحسينها.

أما تجزئة صناديق التأمين - أي وجود عدد أكبر من اللازم من المؤسسات الصغيرة المعنية بتحصيل الإيرادات وتجميع الموارد وعمليات الشراء - فضرر بأداء جميع هذه الوظائف الثلاث، ولا سيما وظيفة تجميع الموارد. وليس المهم، في النظم المجزأة، عدد صناديق التأمين القائمة وعدد المشترين بل المهم أن العديد منها أصغر مما ينبغي. ففي الأرجنتين، بلغ عدد صناديق التأمين (*Obras Sociales Nacionales*) المعنية بالعاملين في القطاع العام وأسره ما يربو عن ٣٠٠ صندوق قبل عملية الإصلاح في عام ١٩٩٦، وكانت بعض هذه الصناديق لا تضم أكثر من ٥٠٠٠٠ مشترك. وكانت القدرة الادارية والاحتياطيات المالية اللازمة لضمان الاستدامة المالية لصناديق التأمين الصغيرة، علاوة على انخفاض مرتبات المشتركين تحد من مجموعة المنافع المتاحة بدرجة كبيرة. وتواجه الترتيبات المجتمعية الخاصة بتجميع الموارد مشكلة مماثلة في البلدان النامية. فحجمها وقدرتها التنظيمية يهددان استدامتها المالية رغم التحسن الذي طرأ بالنسبة للتمويل المباشر (١٦)، ويمثل التمويل المباشر الواسع النطاق أقصى درجات التجزئة، اذ يشكل كل فرد في هذه الحالة صندوقا خاصا به وبالتالي فعليه دفع تكاليف الخدمات الصحية بنفسه.

وزيادة الحجم أفضل لتجميع الموارد والشراء الا أن وفورات الحجم تشهد تناقصا تدريجيا في العائدات وقد تصبح المنفعة الحدية غير ذات بال اذا تعدى حجم هذه الوفورات الحجم الحرج. وعليه، فان الدفاع عن الصناديق الكبيرة ليس دفاعا عن الصناديق الفردية ان أمكن تشكيل صناديق متعددة دون تجزئتها وعندما يسمح حجمها وآليات تمويلها بتوزيع المخاطر واعانة الفقراء بصورة كافية.

ويلزم أن تركز سياسات النظم الصحية فيما يتعلق بتجميع الموارد على ايجاد الظروف الملائمة لاتخاذ ترتيبات تجميع الموارد الواسعة النطاق بقدر الامكان. واذا افتقر أحد البلدان في الوقت الحاضر الى القدرة التنظيمية والمؤسسية اللازمة لاتاحة نظام تأميني وحيد أو صناديق تأمين كبيرة لجميع المواطنين ينبغي لراسمي السياسات والمناحين أن يسعوا الى ايجاد الظروف الملائمة لانشاء مثل هذه الصناديق. كما ينبغي لراسمي السياسات في الوقت ذاته أن يرتقوا على قدر المستطاع بآليات تجميع الموارد كلما أمكن كمرحلة انتقالية نحو التجميع المستقبلي لصناديق التأمين. وحتى صناديق التأمين الصغيرة أو التي تؤمن على بعض الفئات من الناس فتعد أفضل من نظام التمويل المباشر الذي ينطبق عليهم جميعا. ومعارضة اتخاذ مثل هذه الترتيبات أو اغفالها ريشما تتوافر القدرة على انشاء نظام موحد فعال ينطوي على عاتقين. فهو يحرم المستهلكين من التمتع بحماية أفضل؛ وقد يعوق مساعي الدولة لتنظيم مثل هذه المبادرات وتوجيهها نحو انشاء أنظمة تأمين

كبيرة أو نظام تأميني موحد في المستقبل. فادخال لوائح تنظيمية من قبيل تصنيف مجموعات المشتركين الى فئات (وتعديلها حسب متوسط احتمال المخاطر للمجموعة المعنية) وتوفير مخططات التأمين التي يحتفظ بها عند الانتقال من وظيفة لأخرى (أي التأمين الذي يحتفظ به العاملون عندما يغيرون وظائفهم). وتوفير الحد الأدنى لمجموعة المنافع المتساوية دون تمييز (أي اتاحة الخدمات نفسها في جميع صناديق التأمين) ولا يحمي هذا المشتركين فحسب بل يمهد السبيل لانشاء صناديق تأمين أكبر في المستقبل.

وهذا يعني النهوض بتجميع الموارد على الصعيد المجتمعي في البلدان المنخفضة الدخل حيث يكون حجم القطاع النظامي صغيرا. وقد يكون عدم ثقة المجتمعات المحلية في المؤسسات المحلية لتجميع الموارد عاملا معيقا ولكن هذه المبادرات تتيح الفرصة للتعاون الدولي بحيث يضطلع المانحون بدور الكفيل لتلك المجتمعات ويساعدون على تكوين القدرات التنظيمية والمؤسسية اللازمة. وهذا يعني بالنسبة للبلدان النامية المتوسطة الدخل التشجيع على انشاء صناديق التأمين، وعلى القيام حيثما أمكن بانشاء صندوق كبير مباشرة أو بسن لوائح تنظيمية تحدد الحجم الأدنى لصناديق التأمين لضمان استدامتها المالية وكذلك تنظيم مبادرات تجميع الموارد على نحو يسهل توحيد صناديق التأمين في المستقبل.

بيد أن المنافسة بين صناديق التأمين ليست أمرا سيئا تماما. فهي يمكن أن تعزز قدرتها على الاستجابة الى احتياجات المشتركين وتحفزها على الابتكار. كما يمكن أيضا أن تحفزها على تخفيض التكاليف (لزيادة حصتها في السوق وأرباحها) من خلال عمليات الاندماج مثلا كاصلاح مؤسسات التأمين الصحي شبه الرسمية (*Obras Sociales*) في الأرجنتين في عام ١٩٩٦. فالمسؤولون عن ادارة صناديق التأمين لم يكتثروا للتكاليف الادارية المرتفعة والفوائد المحدودة المتاحة للمشاركين نظرا لغياب المنافسة ولوجود مجموعة من المشتركين الملزمين في كل الأحوال. أما المنافسة وعمليات الاندماج التي نجمت عنها والاعانات المباشرة المقدمة الى المتفعين بالخدمات من ذوي الدخل المنخفض فقد أتاحت للمشاركين في صناديق التأمين الصغيرة الانضمام الى صناديق أكبر والحصول على فوائد أفضل مقابل مستوى الاشتراكات ذاته.

وتسبب المنافسة بين صناديق التأمين مشاكل كبيرة للنظم الصحية على الرغم من الفوائد التي قد تنجم عنها ولا سيما فيما يتعلق بسلوك الانتقاء من جانب صناديق التأمين والمشاركين. فالاشتراك الالزامي (أي وجوب انضمام جميع الذين تنطبق عليهم الشروط اللازمة الى صندوق التأمين) يحد بدرجة كبيرة من مجال الاختيار دون أن يزيل نهائيا الحوافز التي ترتبط به وخاصة في اطار مخططات الاشتراك غير المرتبطة بالمخاطر المحتملة.

وقد يثير سلوك الانتقاء مشكلة في مجال المنافسة كلما جرى تجميع الموارد ومهما كانت المستويات التنظيمية لتجميعها (٢٧، ٢٨). وتصادف هذه المشكلة بصورة خاصة فيما يتعلق بمخططات الاشتراك غير المرتبطة بالمخاطر المحتملة. وهنا يتعين اما أن تسعى صناديق التأمين الى اجتذاب المشتركين الذين لديهم أقل احتمالات المخاطر (اختيار مرتبط باحتمالات المخاطر)، والذين يسددون الاشتراكات المستحقة عليهم دون أن يتسببوا في أي تكاليف، أو أن يسعى الأفراد الذين تكون لديهم أعلى احتمالات المخاطر الى تغطية أنفسهم بالتأمين بصورة أنشط من الباقين (الاختيار المعاكس). وبالتالي، تصبح المنافسة بين صناديق التأمين معركة للحصول على المعلومات بين المستهلكين (وهم عادة يعرفون مدى احتمال احتياجهم الى التدخلات الصحية) ومؤسسات التأمين (التي تحتاج الى المزيد من المعلومات عن المخاطر المحتملة لدى المشتركين لضمان استدامتها المالية في الأمد الطويل). وهذا الأمر يؤثر تأثيرا كبيرا في صناديق التأمين من

حيث التكاليف الادارية . فاذا ساد الاختيار المعاكس تزداد التكاليف التي تتحملها مؤسسات التأمين مما يضطرها الى زيادة قيمة الاشتراكات . وقد تفلس هذه المؤسسات في نهاية المطاف . ولا تنطبق هذه الحالة على مخططات التأمين الصحي الخاصة فحسب بل على صناديق التأمين المجتمعية كذلك . وثمة قرائن تبين أن صناديق التأمين المجتمعية التي تعتمد أساسا على الاشتراك الطوعي تواجه صعوبات حمة في مسألة الاختيار المعاكس (١٧) . أما اذا ساد الاختيار المرتبط باحتمالات المخاطر مثلما يحدث على الأرجح في الحالات التي يكون فيها تنظيم المنافسة بين صناديق التأمين ضعيفا فيجري استبعاد الفقراء والمرضى .

وينبغي تدارك مشكلة استبعاد المشتركين من خلال مجموعة من اللوائح التنظيمية والحوافز المالية . فقد تشمل اللوائح التنظيمية عدة جوانب كالاشتراك الالزامي أو الاشتراكات غير المرتبطة باحتمالات المخاطر أو تصنيف مجموعات المجتمع الى فئات (بتوحيد أقساط المشتركين الذين ينتمون الى المنطقة الجغرافية نفسها أو يعملون في المكان ذاته) وحظر المطالبة بضمانات اضافية (أي طلب معلومات اضافية عن المخاطر الصحية لدى المشتركين) وقد تشمل الحوافز المالية آليات تعوض الفقراء عن المخاطر وعلى اعانات تتيح لهم الانضمام الى أحد صناديق التأمين . وهذه النهج تحد من المشاكل الناجمة عن المنافسة بين صناديق التأمين الا أنه تترتب عليها تكاليف ادارية باهظة تعزى الى ارتفاع تكاليف المعاملات الجارية ضمن النظام وترتبط بالتحول من الترتيبات الهرمية التنظيم لصناديق التأمين غير التنافسية الى سوق للتأمين (٢٩ ، ٣٠) .

كما ينبغي أن ترمي اللوائح التنظيمية والحوافز المالية الى تجنب تجزؤ صناديق التأمين نتيجة للمنافسة . ويكون انشاء صناديق التأمين الكبيرة أكثر فعالية من المنافسة بينها اذا كانت الحوافز التنظيمية والمؤسسية كافية . ولعل صناديق التأمين الوطنية الموحدة تمثل أفضل الطرق لتجميع الموارد على نحو فعال باعتبار أنها أكبر صناديق التأمين التي يمكن تشكيلها وأنها غير متنافسة . فهي تحول دون تجزؤ صناديق التأمين وتتفادى جميع المشاكل المتعلقة بالمنافسة غير أنها تضيّع الفرص التي تتيحها المنافسة أيضا .

وتندرج عمليتا تجميع الموارد وشراء الخدمات داخل المؤسسة ذاتها في معظم آليات التمويل الصحي ويتم رصد الأموال من الصندوق لشراء الخدمات من خلال عملية وضع ميزانية المؤسسة . بيد أن هناك بضع حالات في العالم التي بذلت فيها الجهود للفصل بين الوظائف وتخصيص الموارد من مؤسسة تأمين لعدة جهات مشتريه بتعديل الاشتراكات الفردية حسب المخاطر المحتملة . ففي كولومبيا (٣١ ، ٣٢) والولايات المتحدة الأمريكية (٣٣ ، ٣٤) مثلا، تبذل محاولات للاستفادة من المنافسة الشرائية للحد بقدر الامكان من مشاكل المنافسة بين صناديق التأمين التي ورد الحديث عنها آنفا .

الشراء الاستراتيجي

يلزم النظم الصحية أن تضمن استيفاء مجموعة التدخلات الصحية التي تقدمها وتمولها المعايير التي نوقشت في الفصل الثالث . كما يلزم أن تضمن أن طريقة توفير التدخلات تساعد على النهوض بقدرة النظم على الاستجابة وتعزيز الانصاف في تمويلها . والشراء الاستراتيجي هو وسيلة تحقيق ذلك .

ولكن مثلما يبين الفصل الثالث، فان مسؤولية ضمان نجاعة التدخلات الصحية تقع أساسا على عاتق مقدمي الخدمات الصحية . ويلزم أن تتاح لهؤلاء المدخلات الكافية والترتيبات

التنظيمية الملائمة وتقدم اليهم الحوافز المتسقة في اطار النظم الصحية وخارجها لكي يضطلعوا بدورهم على نحو فعال. وتلعب عملية الشراء دورا أساسيا في ضمان اتساق الحوافز الخارجية المقدمة اليهم من خلال آليات التعاقد والميزنة والسداد.

ويواجه الشراء الاستراتيجي ثلاثة تحديات أساسية هي: تحديد التدخلات التي يتعين شراؤها، وتحديد من تشتري منهم، وتحديد طريقة تقديم هذه التدخلات؛ كما أن للحجم دور هام بالنسبة للمؤسسات المشترية. فالجهات المشترية الكبيرة الحجم لا تستفيد من وفورات الحجم فحسب بل تتمتع أيضا بقدرة أفضل على المساومة (قدرة احتكار الشراء) مع مراكز الاحتكار العادية لمقدمي الخدمات الصحية فيما يخص الأسعار والجودة وفرص تقديم الخدمات.

ويقتضي الشراء الاستراتيجي البحث المتواصل عن أفضل التدخلات لشرائها وأفضل مقدمي الخدمات لشرائها منهم وأفضل آليات السداد والترتيبات التعاقدية الخاص بسداد تكلفة تلك التدخلات. ويعني تحديد أفضل مقدمي الخدمات الصحية عقد أفضل الصفقات (مثل سرعة حصول المرضى على الخدمات المتعاقد عليها). كما يعني اقامة تحالفات استراتيجية للتطور المستقبلي لمقدمي الخدمات أولئك واطلاع غيرهم من مقدمي الخدمات على أفضل ممارساتهم.

ويناقش الفصل الثالث دور الصحة العمومية الهام والخصائص التقنية لتحديد التدخلات التي يجب توفيرها. ويحدد نوع التدخلات التي يتعين شراؤها في اطار الرعاية الشخصية على مستويين يرتبط أولهما بالقوامة الى حد كبير. وفي هذه الحالة يحدد المجتمع (بصورة غير مباشرة في معظم الأحيان) الأهمية النسبية لمرامي النظام، أي توفير الصحة، والقدرة على الاستجابة وعدالة المساهمة في التمويل. ويتم ذلك عن طريق تحديد أولويات التمويل العمومي لبرامج معينة أو بوضع اللوائح التنظيمية وتقديم الحوافز المالية للتمويل الخاص الطوعي أو الالزامي. وتحدد في الواقع الجهات المشترية وقوى السوق الأهمية النسبية لتلك المرامي اذا كانت القوامة ضعيفة. أما المستوى الثاني فيتعلق بالمسؤولية المنوطة بالجهات المشترية. وهذا يعني أن الجهة المشترية مسؤولة عن الاختيار اليومي للتدخلات التي تحقق مرامي النظام (مثلما حددت على مستوى القوامة) وتحسم الأمور المتصلة بصيغة السداد المشترك وسائر الجوانب المالية. كما يعني هذا أيضا أن الجهة المشترية سلطة التفاوض مع مقدمي الخدمات الصحية بشأن ما يتوقع من جودة التدخلات التي يتعين شراؤها وتقديمها ومقدار هذه التدخلات واتاحتها.

ويلزم للمؤسسات المشترية كذلك أن تحدد هوية من تشتري منهم. ويعد ذلك أمرا أساسيا إذ يوفر عليها عناء الخوض في شؤون الادارة الجزئية الخاصة بمقدمي الخدمات. ويلزم المؤسسات المشترية من أجل تقديم الحوافز لضبط التكاليف والتركيز على الرعاية الوقائية والمحافظة على جودة الخدمات أو الارتقاء بها، أن تحدد ترتيب أولويات الوحدات الشرائية: أي تحديد ما اذا كان ينبغي شراء خدمات منفردة أم شراء مجموعة محددة من خدمات الرعاية أم جميع خدمات رعاية الأفراد أو الجماعات أم جميع المدخلات اللازمة لتوفير هذه الرعاية. ويجب أن تتمتع كل وحدة شرائية بحجم كبير وأن تضم مجموعة متنوعة كافية وكبيرة من مقدمي الخدمات الصحية لضمان توفير تشكيلة ملائمة من الخدمات. وتلك الوحدات تيسر الاتفاق بين الجهات المشترية ومقدمي الخدمات بشأن آليات السداد التي تتيح توزيع المخاطر المحتملة بين الجهتين (أي يضطلع مقدمو الخدمات بجزء من المسؤولية عن توفير مجموعة كاملة من الخدمات لقاء مبلغ من المال ثابت القيمة نسبيا). وقد ناقش التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ١٩٩٩ شتى وسائل تقاسم المخاطر المحتملة ابتداء من تحميل جميع المخاطر للجهات المشترية على مقدمي الخسائر. وحتى نقل جميع المخاطر الى مقدمي الخدمات.

ووجود تلك الوحدات يسر على الجهات المشترية إبرام عقود طويلة الأجل مع مقدمي الخدمات الذين يعنون بجميع جوانب الرعاية الصحية اللازمة لمجموعات المشتركين في صندوق التأمين. ومن الصعب أن تقبل الجهات المشترية بآليات السداد القائمة على تقاسم المخاطر المحتملة إذا كانت الوحدات الشرائية صغيرة للغاية، وذلك بسبب التجزئة المحتملة لصناديق التأمين كما أنها تضطر إلى اللجوء إلى أشكال تقليدية لشراء الخدمات أو إلى السداد المباشر مقابل الخدمات. وهذه الحالة تضطر الجهة المشترية إلى التركيز على خدمات منفردة قصيرة الأجل في غياب اتفاق على تقاسم المخاطر المحتملة يكون من العسير إبرام عقد طويل الأجل بخصوص تدخلات تستهدف مجموعات سكانية معينة. ويؤدي ذلك إلى زيادة التكاليف الإدارية العامة في النظم بالنسبة لمقدار التدخلات المعنية.

وفيما يتعلق بطريقة شراء الخدمات، يوجد غرضان اثنان. وأولهما تجنب عمليات الشراء الصغيرة؛ أي شراء التدخلات على نطاق محدود بحيث يتعين الخوض في شؤون الإدارة الجزئية لمقدمي الخدمات. (غير أن هناك حالات قد تبرر فيها عمليات الشراء الصغيرة أو الخوض في شؤون الإدارة الجزئية لمقدمي الخدمات وخاصة بالنسبة للخدمات الشديدة التعقيد والمرتفعة التكلفة للغاية وغير الدارجة). أما الغرض الثاني فهو بوضع وتنفيذ آليات فعالة للتعاقد والميزنة والسداد. ويقتضي تجنب عمليات الشراء الصغيرة تركيز عملية تقديم الخدمات على أعداد الحوافز الخارجية الصحيحة وتقييم النتائج. ويتمثل التحدي في هذه الحالة في تحديد مرامي عملية الشراء التي تتيح لمقدمي الخدمات الصحية ما يلزم من سلطة استثنائية تامة في إطار العلاقة بينهم وبين المستفيدين من الخدمات، غير أنها تترك للجهة المشترية القدرة على التأثير عموماً في سبل الحصول على الخدمات الشخصية وغير الشخصية والجماعية للمشاركين في صندوق التأمين.

وتعد آليات الميزنة ودفع أتعاب مقدمي الخدمات الصحية جزءاً أساسياً من عملية التفاعل بين الجهة المشترية ومقدمي الخدمات الصحية. وتؤدي تلك الآليات مع عملية التعاقد إلى إيجاد بيئة تحفز مقدمي الخدمات الصحية على التصرف بما يتماشى مع الأغراض الأربعة التالية: وقاية المشتركين في صندوق التأمين من المشاكل الصحية؛ وتقديم الخدمات اللازمة لهم ومعالجة مشاكلهم الصحية؛ وتلبية تطلعات الناس المشروعة؛ واحتواء التكاليف.

ولا يمكن تحقيق الأغراض الأربعة المنشودة في آن واحد عن طريق آلية الميزنة وحدها أو آلية دفع أتعاب مقدمي الخدمات الصحية وحدها (٣٥). ويلخص الجدول ٥-٣ خصائص أكثر آليات الميزنة شيوعاً ودفع الأجور والتي وضعت لتحقيق تلك الأغراض. ويمكن أن تكون اعتمادات فعالة في ضبط التكاليف إلا أنها لا تقدم سوى قليل من الحوافز اللازمة لتحقيق الأغراض الثلاثة الأخرى. وعلى النقيض من هذا فإن آلية السداد المباشر لقاء الخدمات تنطوي على حوافز قوية لتقديم الخدمات كما أنها توفر حوافز تؤدي كذلك إلى زيادة عامة في تكاليف النظم. وبالتالي يلزم الجهات المشترية أن تستخدم صيغة تجمع بين عدة آليات للسداد بهدف تحقيق الأغراض المنشودة. والحرية التي يتمتع بها المستفيدون من الخدمات الصحية في اختيار مقدمي الخدمات تعزز القدرة على الاستجابة بصرف النظر عن نظم السداد، ولا سيما الآليات التي تحتاج إلى اجتذاب المرضى لضمان قيام الجهة المشترية بالسداد (عن طريق السداد المباشر لقاء الخدمات أو السداد المرتبط بالتشخيص).

وضريبة الفرد هي مبلغ ثابت يدفعه كل فرد مستفيد إلى مقدم خدمات مسؤول عن تقديم مجموعة من الخدمات الصحية. وهذه الضريبة توفر حوافز قوية محتملة تشجع على عمليتي الوقاية وضبط التكاليف إلى حد أن مقدم الخدمات الذي يتلقاها يستفيد من كليهما معاً. فإذا

الجدول ٥-٣ آليات دفع أتعاب مقدمي الخدمات وسلوك مقدمي الخدمات

سلوك مقدمي الخدمات	الآلية	الوقاية من المشاكل الصحية	تقديم الخدمات	تلبية التطلعات المشروعة	احتواء التكاليف
الميزانية المفصلة	-/+	- -	-/+	+++	+++
الميزانية العامة	++	- -	-/+	-/+	+++
ضريبة الفرد (المرتبطة بالمنافسة)	+++	- -	+++	++	+++
السداد المرتبط بالتشخيص	-/+	++	++	++	++
السداد لقاء الخدمات	-/+	+++	+++	+++	- - -

الرموز: +++ أثر إيجابي للغاية؛ ++ أثر إيجابي الى حد ما؛ +/- أثر محدود أو متغير؛ - - أثر سلبي الى حد ما؛ - - - أثر سلبي للغاية.

كان العقد قصير الأجل بحيث لا يكون لتدخل وقائي معين أي أثر ملموس قبل انتهاء أجل العقد فانه لن يكون هناك سوى قليل من حوافز الوقاية أو لن تكون هناك حوافز من هذا القبيل. وبالمثل اذا لم تتم لمقدم الخدمات الاستفادة من فوائض الوفورات أو إعادة الاستثمار فيها فلن يكون هناك سوى قليل من الحوافز الخاصة بضبط التكاليف واللازمة لتحقيق الاستفادة المالية للمؤسسة المقدمة للخدمات.

وقد أدخلت ضريبة الفرد في مؤسسات مشترية عديدة في العالم نظرا لميزاتها فيما يتعلق باحتواء التكاليف وتوفير الوقاية. ففيما يتعلق بالممارسين العامين، طبق مرفق الصحة الوطني في المملكة المتحدة هذه الضريبة التي لعبت في وقت لاحق دورا أكبر في تقاسم المخاطر المحتملة من خلال ادخال نظام المسؤولية المالية للأطباء الممارسين يسمح لهم باستثمار فائض الوفورات في ممارسة المشتركين في الصندوق المذكور مهنتهم (٦). كما طبقت هذه الضريبة في الأرجنتين فيما يتعلق بشبكات مقدمي الخدمات الصحية بمؤسسة الضمان الاجتماعي الخاص بالمتقاعدين (٢٣)، وطبقت في نيوزيلندا ضمن رابطات الأطباء المستقلين (٣٦)، وفي الولايات المتحدة الأمريكية في مؤسسات المحافظة على الصحة (٣٧). وقد يضطلع مقدمو الخدمات ببعض وظائف تجميع الموارد المتعلقة بتوزيع المخاطر المحتملة بين المشتركين في صندوق التأمين عندما تستخدم آليات السداد الخاصة بتقاسم المخاطر حسب الشروط المحددة الخاصة بآليات السداد وهكذا. فاذا تعاقدت مؤسسة معنية بتجميع الموارد وشراء الخدمات مع مؤسسات أصغر حجما لتقديم الخدمات فقد يصبح كل من مقدمي الخدمات مؤسسة لتجميع الموارد. ويحتمل بالتالي أن تنجزاً صناديق التأمين اذا كانت مجموعات مقدمي الخدمات مجموعات صغيرة للغاية. وفي عام ١٩٩٩، تذرعت المملكة المتحدة أساسا بذلك لتبرير الانتقال من المسؤولية المالية للممارسين العامين الى صناديق أكبر أي الى مجموعات الرعاية الصحية الأولية.

وفي اطار الآليات الموضوعية لدفع أتعاب مقدمي الخدمات الصحية وفقا للعرض، كينود اعتمادات الميزانية، تركز الجهود المبذولة على المدخلات وتجعل من المحال لمقدمي الخدمات الاستجابة للحوافز الخارجية بمرونة. وفي أغلب الأحيان، تكون هذه هي الآليات الرئيسية لتخصيص الموارد لمقدمي الخدمات العموميين في البلدان النامية. ونتيجة لذلك، يعدل مقدمو الخدمات عن تكييف تشكيلة الخدمات المتاحة باستمرار. وهذا عائق كبير يحول دون تحسين كفاءة النظم الصحية في العديد من البلدان النامية (٣٨). كما أنه يشكل عائقا كبيرا يحول دون تحسين

التعاون بين القطاع العام والقطاع الخاص فيما يتعلق بتقديم الخدمات (٣٩). وفي هذا الصدد، تكون الميزانيات المفصلة أسوأ من الميزانيات الكلية التي تتيح أيضا ضبط احتواء التكاليف.

ما هي متطلبات التحول الى ادارة الموارد بمزيد من المرونة على مستوى مقدمي الخدمات؟ ويتضمن تقرير الصحة في العالم لعام ١٩٩٩ الاجابة على هذا السؤال (١٤) على النحو التالي: ينبغي التوصل الى اتفاقات واضحة بين الجهات المشترية ومقدمي الخدمات بشأن توفير الخدمات (أي اتفاقات وشبه عقود وعقود بشأن الأداء).

والترتيبات شبه التعاقدية هي عبارة عن اتفاقات صريحة غير ملزمة قانونا تبرم بين طرفين اثنين أي بين الجهة المشترية ومقدم الخدمات في هذه الحالة. وتتطلب ادارة الموارد أيضا ادخال مخططات بشأن «التمويل المعتمد على المرضى»، ولا سيما عندما تكون السياسات مواتية لحرية اختيار مقدمي الخدمات. ولتتم ذلك بصورة جيدة يقتضي الأمر توافر قدرة تنظيمية ومؤسسية كبيرة وأن تتاح الظروف السياسية الملائمة وخاصة بالنظر الى العواقب التي قد تترتب بالنسبة لمقدمي الخدمات من القطاع العام. فعدم بناء تلك القدرة وتوفير الظروف السياسية الملائمة قبل أو أثناء الشروع في اصلاحات مالية بشأن التعاقد والتمويل القائم على الطلب قد يترتب عليه آثار سلبية كما يبدو في الواقع من تجربة الهند والمكسيك وباراغوايا الجديدة وجنوب أفريقيا وتايلند وزمبابوي (٤٠، ٤١). وتكون عملية التعاقد مع جهات خارجية على تقديم خدمات سريرية معقدة بصفة خاصة حتى اذا اقتصر على مقدمي الخدمات الذين لا يستهدفون الربح كالخدمات المتاحة في المستشفيات الكنسية في غانا وجمهورية تنزانيا المتحدة وزمبابوي (٤٢).

وبإيجاز، يلزم الجهات المشترية أن تتحول عن آليات السداد القائمة على العرض الى الآليات القائمة على الطلب لدفع أتعاب مقدمي الخدمات ومن العقود الصريحة الى العقود الضمنية ومن آليات السداد القائمة على السداد المباشر مقابل الخدمات الى شكل من أشكال الآليات القائمة على تقاسم المخاطر. والأمر يتطلب مستوى مرتفعا من القدرة التقنية والتنظيمية والمؤسسية وتوافر الفعالية السياسية بدرجة كبيرة من أجل ابرام العقود والتحول الى السداد القائم على الطلب والأخذ بالآليات القائمة على تقاسم التكاليف لدفع أتعاب مقدمي الخدمات لأن مقدمي الخدمات، ولا سيما العاملين من القطاع العام، قد يعترضون على تحمل المزيد من المخاطر والاضطلاع بمسؤولية أكبر.

الأشكال التنظيمية

تركز المناقشات بشأن بدائل السياسة العامة الخاصة بتمويل النظم الصحية في الغالب على الجوانب التقنية حصرا مع بخص أهمية العوامل التنظيمية والمؤسسية. وتشمل أمثلة النتائج المترتبة على هذا النهج عمليات اصلاح آليات دفع أتعاب مقدمي الخدمات التي أجرتها بعض البلدان في أمريكا اللاتينية (الأرجنتين، وشيلي، وكوستاريكا، ونيكاراغوا) في أوائل التسعينات (٣٩). وفي بادئ الأمر، بخصت تلك العمليات أهمية الآثار التنظيمية والمؤسسية بافتراض أن اشارات الأسعار تكفي لاستحث مقدمي الخدمات الصحية على تغيير سلوكهم كما كان يفترض (صراحة أو ضمنا) على ما يبدو أن مديري جهات تقديم الخدمات في القطاع العام ويفهمون اشارات الأسعار، بفضل آليات جديدة مثل السداد المرتبطة بالتشخيص أو ضريبة الفرد أساسا، ويجدون الوسيلة للاستجابة لها ويعتزمون بناء على ذلك اتخاذ التدابير اللازمة بصرف النظر عن الثقافة السائدة في المؤسسات التي يعملون فيها كما بخصت عمليات الاصلاح هذه ما ينطوي

عليه توفير اطار قانوني واداري مرن يسمح للمديرين باتخاذ الاجراءات اللازمة للقيام بتغييرات صحيحة من أهمية وصعوبات. وعلاوة على ذلك، يبدو أن عمليات الاصلاح افترضت أن تكون الحكومات عازمة وقادرة على التصدي للمشاكل السياسية المرتبطة بهذه المرونة المشار إليها. الا أن الخبرات المكتسبة على مدى السنوات العشر الأخيرة، أظهرت أن تلك الافتراضات ليست صحيحة دائما، وأنه تلزم زيادة التركيز على التغييرات التنظيمية والمؤسسية من أجل تفعيل الاصلاحات الخاصة بدفع أتعاب مقدمي الخدمات.

ويحلل الفصل الثالث خصائص مؤسسات تقديم الخدمات. ويمكن تحليل مؤسسات التمويل الصحي على نفس الشاكلة. وسيرد الحديث فيما بعد عن بعض أهم العوامل التي تؤثر في أداء مؤسسات التمويل الصحي، ومن خلال ذلك مناقشة الحماية التي توفرها النظم الصحية من المخاطر المالية.

ويساهم المواطنون في تمويل النظم الصحية عن طريق السداد المباشر عند طلب الخدمات فضلا عن مساهمتهم في تمويل معظمها في العالم من خلال مجموعة متنوعة من الأشكال التنظيمية التالية:

- وزارة الصحة، ترأس عادة شبكة واسعة من مقدمي الخدمات في القطاع العام تعد من الناحية التنظيمية مرفق الصحة الوطني وتعتمد على الضرائب العامة التي تحصلها وزارة المالية كمصدر رئيسي للايرادات وتخدم مصالح الشعب عامة.
- صندوق الضمان الاجتماعي (وهو يشمل صندوقا واحدا أو عدة صناديق متنافسة أو غير متنافسة) يمول أساسا من خلال الاشتراكات المحددة حسب المرتبات ولديه شبكة من مقدمي الخدمات يقوم بشراء الخدمات من مقدمي الخدمات الخارجيين ويوفر أساسا الخدمات الى المشتركين فيه (الذين يعملون عادة في القطاع النظامي).
- صندوق تأمين مجتمعي أو صندوق خاص قائم على مقدمي الخدمات الصحية، يكون عادة عبارة عن صندوق تأمين صغير أو منظمة لشراء الخدمات ويستمد موارده أساسا من المساهمات الطوعية.
- صناديق التأمين الصحي الخاصة (الخاضعة للنظام أو غير الخاضعة له)، تمول أساسا عن طريق الاشتراكات الطوعية (أقساط التأمين) التي قد تحدد وفقا لاحتمالات الخطر غير أنها لا تحدد عموما بحسب الدخل، وفي الغالب يتعاقد معها رب العمل للتأمين على جميع موظفيه.

ووفقا لما ورد ذكره آنفا يمكن لمقدمي الخدمات أن يؤديوا دور مؤسسات تجميع الموارد من خلال آلية ضريبة الفرد التي لا تأخذ بعين الاعتبار احتمالات الخطر. ووفقا لهذا التصور يحتمل أن تتواجد الحوافز الداخلية لمقدمي الخدمات مع الحوافز الداخلية للمؤسسات الممولة وهو أمر قد يعوق الاتساق بين الحوافز.

وكل شكل تنظيمي له طريقته الخاصة لمعالجة الخصائص التقنية للتمويل الصحي. ويتضح ذلك على وجه الخصوص من خلال مقارنة مؤسسات التأمين الصحي الخاصة المرتبطة باحتمالات الخطر بمؤسسات الضمان الاجتماعي. فمؤسسات الضمان الاجتماعي توزع المخاطر المحتملة بين جميع المؤمن عليهم من خلال الاشتراكات غير المرتبطة باحتمالات الخطر لديهم. ويدفع جميع المشتركون نسبة من رواتبهم بصرف النظر عن احتمالات الخطر لديهم.

وعلى خلاف ذلك فإن اشتراكات التأمين الصحي في الصناديق الطوعية الخاصة تفرض الأقساط ذاتها على فئات المشتركين المحددة وفقا لاحتمالات الخطر لديهم (مثل نوع الجنس والسن ومحل الإقامة). وتتعدد فئات المشتركين في صناديق التأمين الصحي الخاصة وتحدد اشتراكاتهم فيها حسب الفئة التي ينتمون إليها فيما يتعلق باحتمالات الخطر. وتتبع صناديق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة نهجا متناقضة كما أن تواجدها معا يوجد حوافز مختلفة للمتفعين بتغطيتها. فجميع المتفعين بتغطيتها الذين ينتمون الى فئة من الفئات المحددة حسب احتمال الخطر تكون أقساط التأمين المستحقة عليها لصندوق التأمين الخاص منخفضة بالمقارنة مع الأقساط المفروضة في صندوق الضمان الاجتماعي تكون لديهم حافز على الاشتراك في الصناديق الخاصة اذا أتيح لهم ذلك بدلا من الاشتراك في صناديق الضمان الاجتماعي. غير أن

الاطار ٥-٢ سوق التأمين الصحي في شيلي؛ عندما تخفق آلية القوامة في معالجة آثار المشاكل الناجمة عن المنافسة على تجميع الموارد وضبط الاختلالات بين الحوافز الداخلية والخارجية

وانتقت صناديق التأمين الصحي الخاصة أثري المؤمنين وأوفرهم صحة. ولم يتسن وضع لوائح تنظيمية للنحد من عمليات الانقضاء حسب احتمالات الخطر الا في الأونة الأخيرة. ونتيجة لتجزئة السوق، يتضح أن ما يزيد على ٩٪ من مجموع سكان شيلي يتجاوز سن الستين (وهي الفئة الأكثر عرضة عموما لاحتمالات الخطر)، وهذه الفئة السكانية لا تمثل سوى ٣٪ تقريبا من المشتركين في صناديق التأمين الصحي الخاصة. وفي الوقت نفسه يضم صندوق الصحة الوطني معظم العاملين ذوي الدخل المنخفض. بينما لا تشمل صناديق التأمين الصحي الخاصة إلا عددا قليلا جدا منهم، كما يتضح من الرسم البياني الوارد أدناه. وثمة نقاش مستمر في شيلي حول موضوع اصلاح نظام التأمين الصحي للتصدي لهذه المشكلة الهيكلية.

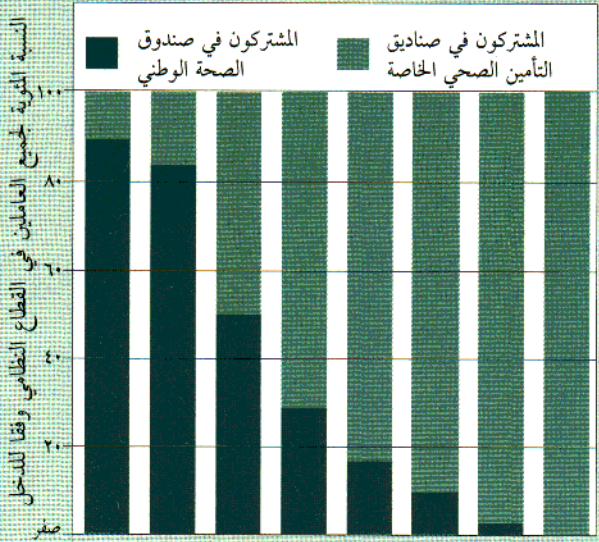
من السكان في عام ١٩٨٣ الى ٢٧٪ في عام ١٩٩٦. وتجرت سوق التأمين الصحي بدرجة كبيرة بسبب عدم وجود اللوائح التنظيمية وضعف آلية القوامة (لأسباب سياسية)، واتباع سياسة عامة محددة ترمي الى إعادة توزيع جميع الاعانات من خلال صندوق الصحة الوطني فقط.

الصحي الخاصة، فيقوم تمويلها في الواقع على الاشتراكات المحددة حسب احتمالات الخطر. ولم تتمكن أي هيئة تنظيمية من تنظيم صناديق التأمين الصحي الخاصة خلال السنوات العشر التي تلت انشاءها، باستثناء وزارة الصحة التي تتمتع في هذا الصدد سلطة محدودة للغاية ونتيجة لذلك ارتفعت نسبة المشتركين فيها من ٢٪

شرعت حكومة شيلي في اصلاح نظامها الصحي اصلاحا جذريا في عام ١٩٨٠. وفضلت الادارة المالية عن مقدمي الخدمات العموميين ووزارة الصحة، في قطاع الصحة العام. وأنشأت صندوق الصحة الوطني (FONASA) الذي يمول من خلال الضرائب العامة (من أجل الفقراء الذين يضمهم الصندوق أيضا) والضرائب المتقطعة من أجور العاملين في القطاع النظامي بنسبة ٧٪. وفي الوقت ذاته سمحت بانشاء صناديق خاصة متنافسة للتأمين الصحي (ISAPRES).

وعلى جميع العاملين في القطاع النظامي وأسره الاشتراك في صندوق الصحة الوطني أو أحد صناديق التأمين الصحي الخاصة. في حين أن بقية السكان تتمتع بتغطية صندوق الصحة الوطني. وعلى خلاف صندوق الصحة الوطني الذي يفرض ضريبة تبلغ نسبتها ٧٪ من أجور جميع المشتركين فيه بصرف النظر عن احتمالات الخطر لديهم يُسمح لصناديق التأمين الصحي الخاصة بتعديل اشتراكاتها (ابتداء من ٧٪ من أجور المشتركين كحد أدنى) وتعديل مجموعة المنافع المتاحة وفقا لاحتمالات الخطر لدى المشتركين وأسره. ويستند هذان الشكلان التنظيميان الى مبادئ متناقضة. فصندوق الصحة الوطني يعتمد على الاشتراكات المحددة حسب الأجور ولا يستثنى اشتراك أي فرد. أما صناديق التأمين

التأمين الصحي على العاملين في القطاع النظامي. بيان نسبة المشتركين في صندوق الصحة الوطني وصناديق التأمين الصحي الخاصة وفقا للدخل الشهري للفرد المؤمن عليه، شيلي ١٩٩٤



المصدر: صناديق التأمين الصحي الخاصة وصندوق الصحة الوطني، ١٩٩٥.

Baeza C, Copetta C. Análisis: المصادر: conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile. [Conceptual analysis of the necessity and feasibility of introducing mechanisms for risk adjustment and portability of public subsidies in the health insurance system of Chile.] Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) and Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999 (in Spanish).

الأشخاص الذين تكون احتمالات الخطر مرتفعة لديهم يكون لديهم الحافز على الاشتراك في صندوق الضمان الاجتماعي مما يزيد عدد المشتركين الذين تكون احتمالات الخطر مرتفعة لديهم، مما يؤدي الى زيادة تكلفة الفرد المترتبة على الخدمات المقدمة لجميع المشتركين في الصندوق. ويعطي الاطار ٥-٢ مثالا على هذه الظاهرة في شيلي (٤٣)، حيث يمكن للمشاركين أن يختاروا سحب اشتراكهم من صندوق الضمان الاجتماعي للانضمام الى صندوق التأمين الخاص. ولا يمكن وضع حد لتعارض الحوافز الا بفرض الاشتراك الالزامي في صناديق الضمان الاجتماعي.

وفي الغالب تضطلع المؤسسة بنفسها بوظائف التمويل الصحي. ومع هذا تتولى عادة وزارة المالية (أو مرفق الصحة الوطني) مهمة تحصيل الأموال لصالح وزارة الصحة. وأنشأت بعض النظم الصحية التي تشمل عدة مؤسسات للضمان الاجتماعي وكالات مركزية لتحصيل الأموال تعنى بمعادلة المخاطر المحتملة بين صناديق التأمين (في كولومبيا، وألمانيا، وهولندا، على سبيل المثال). وقد أجريت محاولات عديدة لفصل وظيفة تجميع الموارد عن وظيفة شراء الخدمات (في كولومبيا والولايات المتحدة الأمريكية مثلا). أما الفصل التنظيمي بين وظيفتي تحصيل الأموال وتجميع الموارد فأمر أقل حدوثا مقارنة بالفصل بين شراء الخدمات وتقديمها. وهو أمر قلما جرى بحثه. ويبدو أن هذا الأمر أقل أهمية في تحديد الحوافز الصحيحة لمقدمي الخدمات الصحية من الفصل بين شراء الخدمات وتقديمها وهو الأمر المأخوذ به في عمليات الاصلاح الخاصة بالمنافسة المنظمة وعمليات اصلاح السوق الداخلية (٤٤-٤٧).

الحوافز

تخضع أنظمة التمويل الصحي الى حوافز داخلية كما هو الشأن بالنسبة لمؤسسات مقدمي الخدمات الصحية التي ورد بيانها في الفصل ٣. ويتوقف أداء هذه المؤسسات على اتساق الحوافز الداخلية التالية:

- مستوى استقلالية المؤسسة أو الحقوق الخاصة بالقرارات فيما يتعلق بالعلاقة مع مالكيها وسلطة الاشراف والحكومة. وتشمل الحقوق الخاصة بالقرارات الحاسمة تحديد مستويات الاشتراكات (أقساط التأمين أو ضرائب الأجر)، ومستويات السداد المشترك، وتصنيف التدخلات التي يتعين شراؤها وفقا للأولويات، واعداد العقود ووضع آليات لدفع أتعاب مقدمي الخدمات، والتفاوض على هذه العقود والآليات، وتوخي الانتقائية في التعاقد مع مقدمي الخدمات، وحرية تحديد الاستثمارات في كثير من الأحوال.
- مدى المسؤولية: مع تزايد الاستقلالية يحتاج المالكون أو سلطات الاشراف أو الحكومة الى وضع آليات تجعل المؤسسات مسؤولة عن النتائج المتوقعة من خلال الاشراف الهرمي التنظيم، أو التنظيم، أو تقديم الحوافز المالية.
- مدى التعرض لظروف السوق، أي نسبة الإيرادات المتأتية بطريقة تنافسية وليس من خلال مخصصات الميزانية. وتكون الاعتمادات التكميلية التي قد تخصصها الحكومات لسد العجز الناجم عن سوء أداء المؤسسات ذات أهمية خاصة للأداء.
- مدى المسؤولية المالية عن الخسائر والحق في تحصيل الأرباح (الأرباح المحتجزة والإيرادات المولدة من بيع الأصول الرأسمالية أو تأجيرها).

• نسبة الالتزامات غير الممولة، أي نسبة (الإيرادات المخصصة)، الالتزامات التي تتولى المؤسسة المسؤولة عن الوفاء بها قانوناً، ولكن لا يجوز لها فرض رسوم عليها أو الحصول على أي تعويض مالي لقاءها. وقد تشمل تلك الالتزامات أفقر المشتركين في صناديق التأمين وأشدهم مرضاً على غرار ما يحصل عادة في إطار وزارات الصحة أو بمرافق الصحة الوطنية. وربما يوجد أيضاً التزام على المؤسسة المشتركة بتحمل تكلفة الرعاية الطارئة عندما تتعرض حياة المرضى للخطر بصرف النظر عن مكان تقديم خدمات الرعاية ومهما كانت تكلفتها.

وتتألف جميع أنظمة التمويل الصحي عن طريق السداد المسبق في العالم، مجموعة من مزيج من الأشكال التنظيمية الأربعة التي سبق بيانها، ومن الواضح أن كل هيكل تنظيمي يختلف عن غيره في مستوى استجابته للحوافز الداخلية. فعلى سبيل المثال، تزداد احتمالية تحمل وزارة الصحة أو وزارة المالية للالتزامات غير الممولة، عن احتمالية تحمل صناديق التأمين الخاصة إياها. وبالإضافة إلى ذلك، تختلف طرق وفاء المؤسسات بتلك الالتزامات اختلافاً كبيراً نظراً للتباينات في مدى تعرضها لظروف السوق ومدى المسؤولية المنوطة بهما. وفي حين أنه يمكن لوزاري الصحة والمالية الوفاء بالالتزامات غير الممولة بضبط جودتها وتكييف فرص توفير التدخلات حتى إذا تسبب ذلك في عجز الميزانية فإن صناديق التأمين الخاصة قد تستجيب باقضاء المشتركين الذين يحتمل بشدة أن يحتاجوا إلى تلك الخدمات المدرجة ضمن الالتزامات غير الممولة. وتحاشياً لحدوث آثار سلبية على الانصاف، وخاصة في ظل تزايد الاستقلالية، يلزم تقديم حوافز تنظيمية ومالية من أجل حماية المرضى والفقراء (كآليات التعويض عن المخاطر المحتملة).

وهناك مثال آخر على التباينات الكبيرة بين الحوافز الداخلية يتعلق بجهة مساءلة كل شكل تنظيمي ولأن الحكومة هي جهة مساءلة وزارتي الصحة والمالية، يلزم تقديم حوافز خارجية لضمان قدرتهما على الاستجابة لاحتياجات المتفاعلين بالخدمات. أما صناديق التأمين الصحي الخاصة فيتولى أصحابها والمتفاعلين بخدماتها مساءلتها وبالتالي تلزم اتاحة حوافز خارجية ووضع اللوائح التنظيمية لضمان اتساق مجموعة المنافع والممارسات الخاصة بالتأمين مع الأولويات والسياسات الوطنية المتعلقة بالصحة، والعدالة المالية، والقدرة على الاستجابة. وفي الغالب تستجيب صناديق التأمين الخاصة لطلبات المشتركين، مثلما كان يحدث في صناديق التأمين الخاصة غير الخاضعة للتنظيم حتى عام ١٩٩٦ في الأرجنتين (٢٣)، بتركيز مجموعة المنافع على التدخلات المنخفضة التكلفة والشائعة الاستخدام والتحول عن الخدمات المرتفعة التكلفة جداً والتي يقل الاحتياج إليها (حالات الكوارث) والمدرجة، على نحو مناسب، في ترتيبات تجميع الموارد. وفي هذه الظروف يلزم تنظيم مجموعة منافع دنيا لجميع المشتركين، بما فيها التغطية في حالات الكوارث من كل صندوق أو من خلال إعادة التأمين.

وبين الجدول ٥-٤ بإيجاز مستوى كل حافز من الحوافز الداخلية في إطار كل شكل من الأشكال التنظيمية الأربعة.

وللقوامة دور رئيسي يتعين أن تضطلع به في مجال التمويل الصحي لتحسين أداء النظم الصحية. ويرجع ذلك إلى أن الحوافز الخارجية اللازمة لموازنة ما تواجهه مؤسسات التمويل الصحي المختلفة من اختلافات بين الحوافز الداخلية.

وتحكم مجموعة من الحوافز الخارجية (قواعد وأعراف) طريقة تفاعل مختلف الأشكال التنظيمية في إطار النظام المعني. وتتمثل الحوافز الخارجية الرئيسية الثلاثة التي تؤثر في سلوك

مؤسسات التمويل الصحي في القواعد والأعراف المتعلقة بالادارة وأغراض السياسة العامة وآليات الرقابة .

- القواعد والأعراف المتعلقة بالادارة تحكم العلاقة بين المؤسسات ومالكها . فالملكية (العامة أو الخاصة) تعطي عادة الحق في اتخاذ القرارات الخاصة بالتصرف في الأصول والدخل المتبقي بعد الوفاء بجميع الالتزامات المحددة . وفي أغلب الأحيان تنطوي عملية التنظيم أساسا على تعريف تلك الحقوق وتحديد نطاقها .
- القواعد والأعراف المتعلقة بأغراض السياسة العامة التي تؤثر في سلوك المؤسسات تشمل الارشادات بشأن تنفيذ الميزانية (لوزارات الصحة أو المرافق الصحية الوطنية) ومعايير استحقاق الاعانات العامة (لصناديق التأمين الخاصة والمجتمعية) وتقتضي اجراءات معينة لمراجعة الحسابات .
- القواعد والأعراف المتعلقة بآليات الرقابة تحدد شكل العلاقات بين المؤسسات والسلطات العامة وكذلك بين المؤسسات والمتفاعلين بخدماتها . والسلطات العامة في هذا السياق هي السلطات المعنية بمجالات مثل رسم السياسات ووضع اللوائح وانفاذها . ولدى السلطات العامة مجموعة من الوسائل تحت تصرفها تحدد من خلالها الحوافز الخارجية لمؤسسات التمويل الصحي؛ وتتراوح بين اصدار التعليمات والرقابة من النظام الهرمي التنظيم (مثل التعليمات السياسية أو الادارية التي تصدرها الحكومات لوزارات الصحة أو المرافق الصحية الوطنية) وبين وضع اللوائح والحوافز المالية . وقد تتضمن تلك الوسائل قواعد تتعلق بمواضيع مثل تحديد نسبة ضرائب الأجور المخصصة لتمويل مؤسسات الضمان الاجتماعي والحد الأدنى الذي تشمله مجموعة المنافع وحالات اقضاء المشتركين المسموح بها والاعتلالات السابقة التي يجب تغطيتها ومدد العقود والقيود المتعلقة باضفاء الطابع التجاري والتسويق وتحديد أسعار التأمين الخاص والارسال الالزامي للمعلومات الى السلطات التنظيمية .

الجدول ٤-٥ خضوع الأشكال التنظيمية المختلفة لتأثير الحوافز الداخلية

الأشكال التنظيمية الحوافز الداخلية	وزارة الصحة أو وزارة المالية	مؤسسات الضمان الاجتماعي	المؤسسات المجتمعية لتجميع الموارد	صناديق التأمين الصحي الخاصة
الحقوق الخاصة باتخاذ القرارات (الاستقلالية)	محدودة	متغيرة وواسعة النطاق عادة	واسعة النطاق	واسعة النطاق
جهة المساءلة	الحكومة والناخبون	مجلس الحكومة غالبا	المتفاعون بالخدمات المالكون/	المتفاعون بالخدمات المالكون/
التعرض لظروف السوق	معدوم	متغير المستوى؛ وعالي المستوى عند التنافس بين عدة مؤسسات	عالي المستوى	عالي المستوى
المسؤولية المالية	معدومة أو محدودة جدا	منخفضة المستوى	عالية المستوى	عالية المستوى
الالتزامات غير الممولة	واسعة النطاق	منخفضة المستوى	معدومة أو محدودة جدا	معدومة أو محدودة جدا

وتخضع الهياكل التنظيمية الأربعة بدرجات مختلفة لتأثير شتى الحوافز الخارجية كما هو الحال بالنسبة للحوافز الداخلية. ويعرض الجدول ٥-٥ باختصار أهم الاختلافات.

والاختلافات في الحوافز الخارجية بين وزارة الصحة أو وزارة المالية وبين صناديق التأمين الصحي الخاصة باختلافات ملائمة بصفة خاصة. ففي حين أن الرقابة الهرمية التنظيم لها أثرها في وزارتي الصحة والمالية فإن تأثيرها في صناديق التأمين الخاصة أو الترتيبات المجتمعية لتجميع الموارد ضئيل أو منعدم. ويقتضي اعتماد المنافسة في إطار صناديق التأمين الصحي الخاصة (كخيار سياسي واضح) أو تزايد الترتيبات المجتمعية غير الرسمية لتجميع الموارد (أو التأمين الصحي غير الرسمي) الاضطلاع بالقوامة من أجل التحول عن الرقابة الهرمية التنظيم الى اللوائح والحوافز المالية كوسيلة للتأثير في سلوك المنظمات. وعادة ما يمثل هذا التحول تغيرا هاما في الطريقة التقليدية التي تؤدي بها الرقابة. ويتطلب هذا التحول توافر القدرة على التنبؤ بالتعديلات القانونية والادارية اللازمة وتطبيقها، كما يقتضي تغيرا كبيرا في تشكيلة المهارات وفي الثقافة في المؤسسات المسؤولة عن الرقابة.

وتبين الدلائل المستقاة من اتجاهات اصلاح أنظمة تمويل الصحة في بعض بلدان شرق أوروبا وأمريكا اللاتينية (٣، ٤٨) الآثار السلبية المحتمل ترتبها على الاخفاق في تعزيز الرقابة والتحول الى حوافز خارجية مختلفة عند الأخذ بنظام التأمين الصحي الخاص القائم على المنافسة. ويكون انتقاء المشتركين وفقا لاحتمالات الخطر أمرا شبه مؤكد مما يدفع المشتركين المسورين الذين تكون لديهم احتمالات الخطر منخفضة الى ترك صناديق التأمين العامة مما يسفر عن تدهور وضعها المالي.

وينبغي أن تكون الحوافز الخارجية والداخلية متسقة ومنظمة لكي تؤدي دورها وتتصدى لمشكلتين أساسيتين تزدادان وضوحا في البلدان النامية، وهما: «غلبة» المصالح الأخرى على عملية اتخاذ القرار، وعدم كفاءة التمويل المعتمد على العرض.

ولما كانت الحوافز الداخلية والخارجية تجعل وزارات الصحة والمالية، وحتى مؤسسات الضمان الاجتماعي الفردية، تركز على الشواغل السياسية أكثر من تركيزها على مصالح المشتركين. فإن هذه المؤسسات معرضة بوجه خاص لغلبة هذه المصالح. وبتعبير آخر، تخضع عملية اتخاذ القرار في مؤسسات تجميع الموارد أو شراء الخدمات لمصالح أخرى غير الصحة

الجدول ٥-٥ خضوع الهياكل التنظيمية المختلفة لتأثير الحوافز الخارجية

الأشكال التنظيمية	وزارة الصحة أو وزارة المالية	مؤسسات الضمان الاجتماعي	المؤسسات المجتمعية لتجميع الموارد	صناديق التأمين الصحي الخاصة
الحوافز الخارجية				
الإدارة	إدارة عامة، والحقوق الخاصة باتخاذ القرارات محدودة	إدارة عامة أو شبه عامة، مع مستويات صغيرة من الحقوق الخاصة باتخاذ القرارات	إدارة خاصة، نطاق واسع للحقوق الخاصة باتخاذ القرارات	إدارة خاصة، نطاق واسع للحقوق الخاصة باتخاذ القرارات
التمويل لتحقيق أغراض السياسة العامة	عالي المستوى	متغير ثابت؛ عن طريق الحكومة والسوق	معدوم، الا في حالة تلقي الاعانات العامة المشروطة	معدوم، الا في حالة تلقي الاعانات العامة المشروطة
آليات الرقابة	رقابة هرمية التنظيم	درجات متفاوتة من الرقابة الهرمية التنظيم، ولوائح وحوافز مالية	لوائح تنظيمية وحوافز مالية محتملة	لوائح تنظيمية وحوافز مالية محتملة

والقدرة على تلبية احتياجات المستفيدين من الخدمات والعدالة المالية. وبالتالي، قد تنشأ غلبة المصالح نتيجة المصالح الضريبية ومصالح الشركات، ومصالح النقابات، ومصالح الأحزاب السياسية، وما إلى ذلك. وتوجد أمثلة كثيرة على نظم صحية تستخدم فيها الإيرادات الخاصة بالضمان الاجتماعي لأغراض ضريبية (وتلك مشكلة كانت سائدة في أمريكا اللاتينية) أو لا تقوم الحكومات ببساطة، بوصفها رب عمل، بسداد مستحقات الضمان الاجتماعي حسب ترتيبات التمويل الثلاثية الأطراف (حيث يشارك العاملون وأرباب العمل والحكومة، جميعهم)، مثلما كان يحدث في كوستاريكا في الثمانينات. كما تبين اضطرابات الأطباء وآثارها على أجور العاملين في المرافق الصحية الوطنية أيضا مدى تعرض هذه النظم لغلبة المصالح المهنية وتبين أحد مخاطر تقديم الخدمات من القطاع العام على نطاق واسع.

كيفية تأثير التمويل في الانصاف والكفاءة

تعد نسبة السداد المسبق من إجمالي الانفاق أهم عامل محدد لمدى العدالة في تمويل النظم الصحية وفقا لما ورد في الفصل الثاني. وعادة ما يكون الانفاق المباشر أكثر الطرق التي تتسبب في تناقص طريقة الانفاق على الصحة؛ وأكثر الطرق التي تعرض الناس لمخاطر مالية جسيمة. وبالتالي فإن طريقة تحصيل الإيرادات تؤثر تأثيرا كبيرا في مدى انصاف النظم.

ولكن حتى إذا كانت جميع أشكال السداد المسبق مفضلة على الانفاق المباشر لهذه الأسباب فإن طريقة تجميع الإيرادات الرامية إلى توزيع المخاطر المحتملة تكتسي بدورها أهمية كبيرة، وهذه الطريقة قد تتمثل في تحديد عدد صناديق التأمين، وحجمها، وكون الانضمام إليها طوعيا أو الزاميا، وإمكانية استبعاد المشتركين فيها، ومدى المنافسة بين صناديق التأمين ونوعها، ووجود آليات لمعاوضة الاختلافات بين المخاطر المحتملة والقدرة على السداد في إطار صناديق التأمين المتنافسة. فتلك الخصائص كلها تؤثر أيضا في مدى عدالة النظم وتساعد كذلك على تحديد مدى الكفاءة في عملها. وتتعلق الحجج التي تبرر انشاء صندوق تأمين واحد أو عدد صغير من الصناديق الملائمة، وتعارض تجزئتها بالاستدامة المالية لصناديق التأمين وتكاليف التأمين الإدارية وتوازن وفورات الحجم (عند وجود منافسة محدودة أو عند انعدام المنافسة)، واحتمال غلبة مصالح أخرى وعدم القدرة على الاستجابة، والقيود المرتبطة باختيار المشتركين حسب احتمالات الخطر (وهو أمر يتعلق بالكفاءة والانصاف). وتؤدي عدم كفاءة تحصيل الإيرادات وتجميع الموارد إلى تقليص الأموال المتاحة للاستثمار وتقديم الخدمات وإلى تعذر حصول الناس على الخدمات التي يمكن تمويلها.

وفي الختام، تؤثر عملية الشراء أيضا في مدى الانصاف والكفاءة إذ أنها تحدد الاستثمارات والتدخلات التي يجري شراؤها ومن يستفيدون منها. ويمكن تحصيل الإيرادات بعدالة ومع تحمل حد أدنى من الخسائر تكاليف باهظة وتجميعها بحيث تضمن مساعدة الأصحاء للمرضى ودعم الأغنياء للفقراء. ولكن أداء النظم الصحية يبقى دون مستوى إمكاناته ما لم تستخدم الموارد المجمعة بحصافة لشراء أجود تشكيلة ممكنة من الخدمات وتحسين مستوى الصحة وارضاء توقعات الناس.

المراجع

1. **Musgrove P.** Reformas al sector salud en Chile: contexto, logica y posibles caminos [Reforms to the Chilean health sector: context, logic and possible trajectories]. In: Giaconi J. ed. *La salud en el siglo XXI*. Santiago, Chile, Centuro de Estudios Publicos, 1995 (in Spanish).
2. **Oyarzo C, Galleguillos S.** Reforma del Sistema de Salud Chileno: Marco Conceptual de la Propuesta del Fondo Nacional de Salud. *Cuadernos de Economia*, 1995, **32** (95) (in Spanish).
3. **Preker A et al.** *Health financing systems in transition: trends in Eastern Europe and Central Asia*. Washington, DC, The World Bank, 1999 (World Bank Technical Paper, forthcoming).
4. **New Zealand Ministry of Health.** *Healthy New Zealanders: briefing papers for the Minister of Health 1996*. Wellington, Ministry of Health, 1996.
5. **Hornblow A.** New Zealand's health reforms: a clash of cultures. *British Medical Journal*, 1997, **314**: 1892-1894.
6. **Robinson R, Le Grand J.** *Evaluating the National Health Service reforms*. Oxford, Policy Journals, Transaction Books, 1994.
7. **United Kingdom Department of Health.** *Working for patients*. London, HMSO, 1989.
8. **United Kingdom Department of Health.** *The new NHS*. London, The Stationery Office, 1998.
9. **Gertler P, van der Gaag J.** *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1990.
10. **Bitran R, McInnes DK.** *The demand for health care in Latin America: lessons from the Dominican Republic and El Salvador*. Washington, DC, Economic Development Institute of the World Bank, 1993.
11. **Lavy V, Quingley JM.** *Willingness to pay for the quality and intensity of medical care by low-income households in Ghana*. Washington, DC, The World Bank, 1993 (Living Standards Measurement Study, Working Paper No. 94).
12. **Nyonator F, Kutzin J.** Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999, **14** (4): 329-341.
13. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
14. *The World Health Report 1999 – Making a difference*. Geneva, World Health Organization, 1999: 37-43.
15. **Shieber G, Maeda A.** A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries. In: *Innovations in health care financing*. Proceedings of a World Bank Conference, Washington, DC, 1997.
16. **Bennett S, Creese A, Monash R.** *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/ARA/CC/98.1).
17. **ILO.** *Estudio de casos de esquemas de extension de cobertura en salud para el sector informal en America Latina [Case studies of schemes for extending health coverage for the informal sector in Latin America]*. Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (in Spanish).
18. **Newhouse JP, Manning WG, Morris CN.** Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *New England Journal of Medicine*, 1981, **305**: 1501-1507.
19. **Abel-Smith B, Rawal P.** Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, 1992, **7** (4): 329-341.
20. **Scheffler R, Yu W.** Medical savings accounts: a worthy experiment. *European Journal of Public Health*, 1998, **8**: 274-276.
21. **Saltman RB.** Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. *European Journal of Public Health*, 1998, **8**: 276-278.
22. **Londoño JL, Frenk J.** Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, **41** (1): 1-36.
23. **World Bank.** *Argentina, facing the challenge of health insurance reform*. Washington, DC, The World Bank, 1997 (LASHD ESW Report 16402-AR).
24. **Baeza C, Cabezas M.** *Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina? [Is risk adjustment necessary in health insurance markets in Latin America?]*. Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (in Spanish).
25. **Van de Ven WP et al.** Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands. *Health Affairs*, 1994, **13** (5): 120-136.
26. **Musgrove P.** *Equitable allocation of ceilings on public investment: a general formula and a Brazilian example in the health sector*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (Working Paper No. 69).
27. **Arrow K.** Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 1963, **53** (5): 941-973.
28. **Feldstein P.** *Health care economics*. New York, Delmar Publisher, 1993.
29. **Coase R.** The nature of the firm. *Economica*, 1937, **4**.
30. **Williamson O.** *The economic institutions of capitalism*. New York, The Free Press, 1985.
31. **Londoño JL.** Estructurando pluralismo en los servicios de salud: la experiencia Colombiana. *Revista de Análisis Económico*, 1996, **11** (2) (in Spanish).

32. **Titelman D, Uthoff A.** *The health care market and reform of health system financing*. Santiago, Chile, ECLA, 1999.
33. **Weiner J et al.** Risk-adjusted Medicare capitation rates using ambulatory and inpatient diagnoses. *Health Care Financing Review*, 1996, 17 (3): 77-99.
34. **Actuarial Research Corp.** *Medical capitation rate development*. Annandale, VA, US Department of Commerce, 1996 (National Technical Information, 1996 PB 96214887).
35. **Barnum H, Kutzin J, Saxenian H.** Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 1995, 10: 23-45.
36. **Wilton P, Smith RD.** Primary care reform: a three country comparison of budget holding. *Health Policy*, 1998, 44 (2): 149-166.
37. **Sekhri Feachem N.** Managed care: the US experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6) (in press).
38. **Preker A, Feachem RGA.** *Market mechanisms and the health sector in Central and Eastern Europe*. Washington, DC, The World Bank, 1995 (Technical Paper No. 293).
39. **Baeza C.** *Taking stock of health sector reform in LAC*. Washington, DC, The World Bank, 1998 (World Bank Technical Discussion Paper, LASHD).
40. **Mills A.** Contractual relationships between governments and the commercial private sector in developing countries. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London, Zed Books, 1996.
41. **McPake B, Hongoro C.** Contracting out clinical services in Zimbabwe. *Social Science and Medicine*, 1995, 41 (1): 13-24.
42. **Gilson L et al.** Should African governments contract out clinical health services to church providers? In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London, Zed Books, 1996.
43. **Baeza C, Copetta C.** *Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile* [Conceptual analysis of the necessity and feasibility of introducing mechanisms for risk adjustment and portability of public subsidies in the health insurance system of Chile]. Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) and Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile, 1999 (in Spanish).
44. **Enthoven A.** *Reflections on the management of the National Health Service*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
45. **Enthoven A.** Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1988, 13: 305-321.
46. **Enthoven A.** The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 1993, 12: 24-48.
47. **Ovretveit J.** *Purchasing for health: a multidisciplinary introduction to the theory and practice of health purchasing*. Buckingham, UK, Open University Press, 1995 (Health Services Management Series).
48. **Baeza C.** *Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI* [Problems and challenges for the Chilean health system in the 21st century]. Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS), 1999 (Documentos para el Dialogo en Salud No. 3) (in Spanish).

