

المحاضرة الثامنة: تمويل الرعاية الصحية

1

تمويل النظام الصحي

هو العملية التي يتم من خلالها جمع الأموال من مصادر أولية وثانوية حيث تتراكم في مجموع الأموال ويتم توزيعها على مزودي الرعاية الصحية. يوجد ثلاثة أنشطة رئيسة يقوم بها التمويل في النظام الصحي:

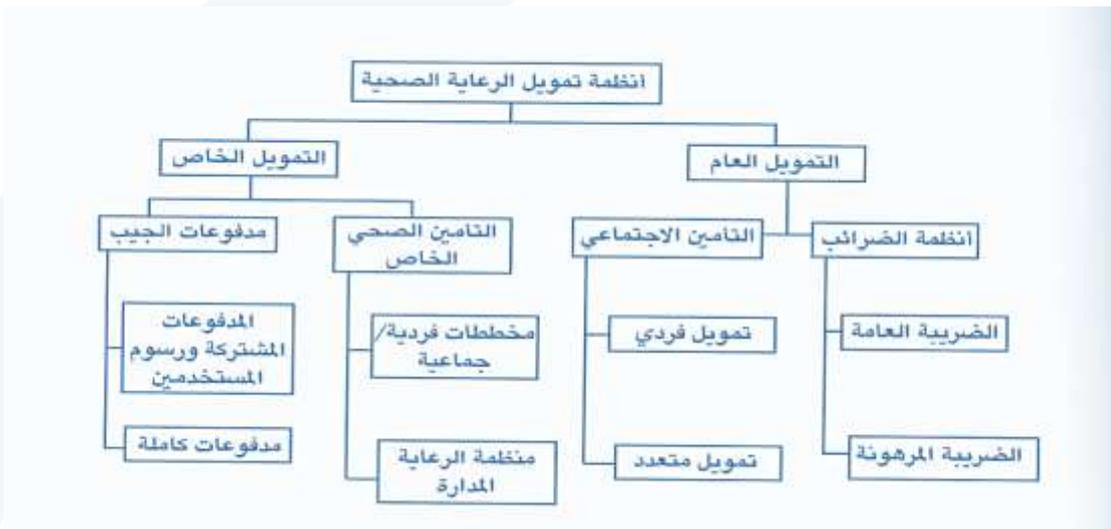
1. تحصيل الإيرادات: وهو يشير إلى زيادة الأموال سواء بشكل مباشر من خلال من يسعون إلى الرعاية الصحية أو بشكل غير مباشر من خلال الحكومة أو المتبرعين.

2. 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

3. الشراء: هو عملية توزيع الأموال على مزودي الرعاية الصحية

يبدأ تمويل الرعاية الصحية بالأمر سواء من خلال مدفوعات الجيب، الضرائب أو التأمين الصحي. وبالتالي فإن تمويل الرعاية الصحية يمثل طريقاً لتدفق الأموال من المرضى لمزودي الرعاية الصحية للحصول على الخدمات. والشكل التالي

يبين أنظمة تمويل الرعاية الصحية:



ويوجد طريقتان لدفع الخدمات الصحية:

1. مدفوعات الجيب: وهي أبسط وأقدم أشكال الصفقات بين المريض ومزود الرعاية الصحية وتلعب دوراً مهماً في

الرعاية الصحية في العديد من البلدان وتشمل مصروفات مدفوعات الجيب ما يلي:

✍ الاستشارات الخاصة مع الأطباء

✍ الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية

✍ المدفوعات المشتركة ورسوم المستخدم: حيث تكون مدفوعات الطرف الثالث هي السائدة وتطبق في

الأدوية التي تحتاج لوصفة طبيب ليتم صرفها ورعاية المستشفى ورعاية مرضى العيادات الخارجية

ووسائل نقل الطوارئ.

✍ الرسوم غير الرسمية: هي الأكثر شيوعاً في الكثير من الدول

✍ الخدمات غير المغطاة بالتأمين: تكاليف وسائل النقل والأدوية التقليدية أو التكميلية وخدمات

الرفاهية كجراحات التجميل.

2. مدفوعات الطرف الثالث: حيث يتم الدفع لمزود الرعاية الصحية من خلال شركة تمويل أو حكومة.

وترجع 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 تطوير الخدمات المقدمة من الحكومة، أو المؤسسات الخيرية، ويلها 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 المدنية، وبعثات المستشفيات.

كما أن وجود مصدر واحد للتمويل لا يعني بالضرورة تغطية جميع السكان. تعتمد معظم الدول على مصادر متعددة للتمويل حيث يتم الإبقاء على بعض عناصر الترتيبات السابقة حينما تدخل طرق جديدة للتمويل.

زيادة تكاليف الرعاية الصحية :

كلما تطورت أنظمة الصحة، وتم تغطية نسبة أكبر من السكان بالتأمين الصحي، كلما زاد القلق على زيادة تكاليف الرعاية الصحية. تبين الإحصائيات أن النمو في إجمالي الإنفاق على الصحة تجاوز النمو في الناتج المحلي الإجمالي في معظم دول منظمة التعاون الاقتصادي، والتنمية خلال الخمسة عشرة سنة الماضية.

أسباب زيادة تكاليف الخدمات الصحية

1. العوامل الديموغرافية: تقوم التغيرات النسبية فيما بين السكان بالتأثير على تكاليف الرعاية الصحية. فقد تعني التغيرات النسبية أن توزيع السكان يتجه نحو المجموعات ذات الاحتياج الأكبر للرعاية الصحية (كبار السن - صغار السن - السكان المشردون).

2. العوامل الاقتصادية: إن التوجهات الاقتصادية تؤثر على قطاع الصحة وتكاليف الخدمات الصحية. يصاحب النمو الاقتصادي في العموم زيادة في تكاليف الخدمات الصحية، كما أن للركود الاقتصادي تأثير معاكساً، ولكن من المعروف أن البطالة والفقر مرتبطان بالأمراض، وهذا ما يزيد الضغط على الخدمات الصحية. وعند تقييم ارتفاع التكاليف يجب الأخذ في عين الاعتبار الزيادة العامة للأسعار من خلال متابعة معدل التضخم، كما أن عوامل الإمداد تمثل ضغوطاً مهمة على سبيل المثال: ازدياد عدد الأطباء، والمستشفيات، أو زيادة المدفوعات لعمال الصحة.

3. تقدم التكنولوجيا الصحية: قد يرجع نمو الإنفاق الصحي في معظم حالاته إلى التقدم التكنولوجي وحديثاً عمل استخدام الأدوات التشخيصية باهظة الثمن مثل الرنين المغناطيسي وأجهزة التصوير المقطعية المحوسبة على زيادة تكاليف الرعاية الصحية، مع زيادة أكثر من 100% لوحادات الرنين المغناطيسي للفرد عبر دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

4. أنماط المرض: يؤدي تغير أنماط المرض خاصة في العديد من الدول ذات الدخل المنخفض إلى التأثير على تكاليف الرعاية الصحية للأسباب التالية:

➤ زادت الأمراض الحديثة مستوى اعتلال الصحة بين السكان مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز.

➤ تؤدي الزيادة النسبية في الأمراض المزمنة والأمراض طويلة الأمد إلى زيادة تكاليف الرعاية الصحية.

كان على الدول مع هذا التطور الاقتصادي أن تتعامل مع زيادة تكاليف الرعاية الصحية. وطالما أنه قلت نسبة الوفيات الناتجة عن الأمراض المعدية عند الأطفال قياساً بنسبة الوفيات الناتجة عن الأمراض المزمنة عند الكبار. ويسمى هذا الاتجاه بالتحول الوبائي (أو الصحي). هناك 60% من مجموع الوفيات في عام 2001 كانت بسبب أمراض غير معدية، وتتوزع هذه الأرقام بشكل غير متساو تبعاً لفئة الدخل: الأمراض غير المعدية هي المسؤولة عن 36% من الوفيات في 20% من أفقر السكان في العالم مقارنة بـ 87% من السكان الأكثر غنى. يشير هذا إلى أن التدخلات الفعالة غير المكلفة في محاربة الأمراض المعدية غير الباهظة كان لها الأولوية في تحسين صحة الفقراء.

5. تطور نظام الصحة: صنف بعض الكتاب تطور نظام الصحة من خلال طرح نموذج المراحل الثلاث لشرح كيفية تغير الأنظمة الصحية خلال الأعوام الـ 60 الماضية، والتي لعبت دوراً في تغير التكاليف.

1. أثناء المرحلة الأولى قامت السياسات بإزالة العوائق المالية للرعاية الصحية حيث زادت الترتيبات التمويلية الجديدة تغطية السكان وحفزت التوسع في الخدمات الصحية.

2. الزيادة اللاحقة في الطلب أدت إلى النمو السريع في نفقات الرعاية الصحية. يزداد عادة الإنفاق بشكل أكبر من الناتج المحلي الإجمالي وركزت الجهود السياسية على السيطرة على التكاليف.

3. من خلال تجربة الارتفاع الكبير في التكاليف الصحية تم الإدراك أن السيطرة على التكاليف وحدها ليست فعالة. وتهدف سياسات المرحلة الثالثة إلى تحسين كفاءة توصيل واستخدام الخدمة.

6. العوامل السياسية: تعتمد الموازنات الصحية بلا شك على حكم سياسي. قد يكون هناك ضخ نقدي إضافي قبل الانتخابات أو الانحرافات عن معدلات النمو المخطط لها نظراً للأولويات الأخرى، وقد تكون التمويلات الصحية محولة رسمياً لدعم أغراض أخرى كالمخاوف 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.

طرق الدفع لمختصي الصحة:

يتم الدفع لمختصي الصحة باستخدام نوع، وأحياناً وهو الأكثر شيوعاً في مجموعة من أربع آليات: تكلفة لكل خدمة – ضريبة الرؤوس – الراتب أو الدفع على أساس الأداء.

1. التكلفة لكل خدمة (Fee-for-service):

تشمل طريقة "تكلفة لكل خدمة" الدفع لمختصي الصحة من خلال كل خدمة ممنوحة للمريض (استشارة – جراحة – أشعة ...). بمعنى آخر يتلقى مختصو الصحة كمية محددة من الأموال لكل استشارة يتلقاها المريض وهذه 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 الأولية في كل من فرنسا، وألمانيا. لأن هذا يعمل على ربط ربح مختصي الصحة بكمية الخدمات الممنوحة. هذه الطريقة تولد "الحافز" للمزود لزيادة عدد الاستشارات، أو منح أكثر من خدمة للمريض ذاته.

2. ضريبة الرؤوس (Capitation):

يتم الدفع لمقدمي الخدمات الصحية مبلغ محدد سلفاً عن كل فرد من السكان المحددين، لتغطية تقديم خدمات معينة على أساس مستمر في فترة زمنية معينة (سنة واحدة عموماً). وتتبع هذه الطريقة في الدفع كطريقة أساسية للممارس العام في المملكة المتحدة كما هو الحال أيضاً في إيطاليا، وإسبانيا. تتبع هذه الطريقة أحياناً لتشجيع المزود لإعطاء أقل رعاية ممكنة (تقليل 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،

3. الراتب (Salary) :

وفي هذا النهج، يعمل مقدمو الرعاية الصحية لدى منظمة معينة (عادة النظام الصحي الوطني أو المؤمن) ويحصلون على راتب ثابت كل شهر. هذه الطريقة في الدفع أكثر تواضعاً في أكثر البلاد تدنياً في الدخل في بلاد أوروبا الغربية حيث يتلقى الأطباء الراتب من خلال عملهم في مرافق الصحة العامة. 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 مجهود مختصي الصحة. بالإضافة إلى ذلك وعلى عكس نظام ضريبة الرؤوس، فإنه لا يوجد حافز لمختصي 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 الأخرى (تكلفة لكل خدمة - ضريبة الرؤوس).

4. الدفع حسب الأداء (Performance-based payment):

لمواجهة القيود الناتجة عن آليات الدفع التقليدية الثلاث المعروضة أعلاه، تم إدخال آليات الدفع التي تربط الأجر بنتائج معينة مرغوبة بشكل متزايد في قطاع الرعاية الصحية، ولا سيما في الولايات المتحدة. تسعى آليات الدفع حسب الأداء (تسمى أيضاً طرق الدفع للأداء) إلى التوفيق مباشرة بين مصلحة الوكيل (مقدم الخدمة) ومصلحة الموكل بهدف تحسين نوعية الرعاية. ، وعلى سبيل المثال في المملكة المتحدة: يتلقى الممارس العام زيادة في الدفع حين يصل عدد المرضى الذين يتلقون اللقاحات إلى حد معين. يكمن الخطر هنا في الانصراف نحو تحقيق الهدف، وتجاهل وظيفتهم الحقيقية في الرعاية.

يتعلق جزء من الأجر الذي يتلقاه المزود مباشرةً بأهداف محددة، والتي يمكن على سبيل المثال تعريفها في استخدام الخدمات (عدد النساء اللواتي تمت معالجتهم من سرطان عنق الرحم) أو جودة الخدمات المقدمة (الوقت الذي يتم منحه لكل مريض على حده).

طرق الدفع للمستشفيات:

هناك أربع آليات رئيسية والتي يتم بها تعويض المستشفيات عن خدمات الصحة التي تمنحها ألا وهي: ميزانية البنود – الميزانية الشاملة – الدفع باليوم – الدفع بالحالة. كما هو الحال في آليات الدفع للأفراد لكل من هذه الأساليب تأثيره المختلف على سلوك المستشفى.

1. الميزانية القائمة على البنود (Line-item budgets):

تحدد هذه الآلية ميزانية مفصلة للفئات الرئيسية من المدخلات المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية (مثل الموظفين والأدوية والغذاء، إلخ). عادة ما يكون التخصيص بناء على مخصصات السنة السابقة و/أو التسليم المتوقع للخدمات. ونظراً لجمود ميزانيات البنود، فإنها توفر حوافز محدودة لاستخدام المستشفيات للموارد بكفاءة. وبالإضافة إلى ذلك، فإنها عادة ما تكون ذات علاقة غير دقيقة بالخدمات الفعلية المقدمة.

ودون ربط الميزانية بمعايير الجودة فلن يكون أية حوافز مالية لتقوم لتشجيع تقديم خدمات ذات جودة عالية. هذه الطريقة في الدفع للمستشفيات كانت مستخدمة من قبل الدول الشيوعية سابقاً حيث كانت تمنح أعلى مستويات للتحكم من قبل المستويات المركزية. إلا أنها لا زالت متواجدة بكثرة في الأماكن محدودة الدخل حيث قلة المعلومات عن التكاليف، وحجم المرضى وخصائصهم تمنع الحكومة من تنفيذ طرق أكثر تعقيداً.

2. الميزانية الشاملة (Global budgets):

وفي هذا النهج، تتلقى المستشفيات مبلغاً مقطوعاً، يتوقع أن يغطي جميع نفقاتها لتوفير الخدمات الصحية للسكان على مدى فترة معينة من الزمن (عادة في السنة). على عكس ميزانيات البنود، تسمح الميزانيات الشاملة بالمرونة في إدارة الموارد لأنها توفر بعض الاستقلالية للمستشفيات. وإذا سمح لها بالاحتفاظ بأي فائض متبقي في نهاية الفترة (أو كان من المتوقع أن تغطي أي نقص)، يمكن تشجيع المستشفيات على التحكم في التكاليف واستخدام الموارد بكفاءة. ويكمن الخطر هنا

في أنه يتم تشجيعهم على الاقتصاد في الخدمات الصحية، والحد من الخدمات المعطاة للتأكد من أن المصاريف لا تزال في حدود الميزانية.

يتم اعتماد الميزانية الشاملة كثيراً في العديد من البلدان في الاتحاد الأوروبي كآلية دفع أساسية للمستشفيات، وعلى أية حال فقد أدخلت هذه الآلية في معظم الإصلاحات المقررة لتسهيل بعض أشكال الدفع حسب الحالة .

3. الدفع لكل يوم (Payment per day):

من خلال هذه الآلية في الدفع – تتلقى المستشفيات مبلغاً محدداً من المال عن كل سرير مشغول باليوم. لأن تكاليف رعاية المستشفى تكون عادةً أكثر خلال الأيام الأولى للدخول، ومن ثم تنقلص. الحافز الناتج عن الدفع باليوم هو إبقاء المريض لمدة أطول لزيادة الربح خاصةً حينما يكون الدفع باليوم أكثر من التكلفة الحدية لليوم بالسرير. وعلى الرغم من هذا، وكما هو بالتكلفة لكل خدمة فإن هذه الحوافز قد ترتبط بعوامل أخرى، وعلى سبيل المثال: إذا تم تنفيذ مدفوعات مختلفة لليوم لمرضى مختلفين، أو إذا عرض المؤمن معدلات متنوعة ستقوم المستشفيات بتفضيل الإقامة الأطول لبعض المرضى في حين يقومون بتجنب دخول الآخرين.

4. الدفع لكل حالة (Payment per case):

يقوم على الدفع لمقدمي الخدمات مبلغاً ثابتاً لكل إقامة في المستشفى. وفي أبسط أشكاله، يتم دفع مبلغ موحد عن كل حالة أو خروج من المستشفى بغض النظر عن التكلفة الفعلية 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 الحدية الحقيقية للحالة. يشجع هذا النموذج المستشفيات بأن تكون شحيحة الاستخدام للمصادر (التأكد من أن المصادر المستخدمة لحالة محددة تكون في إطار محدد) وقد تؤدي أيضاً إلى زيادة دخول 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 مريض.

و يتم استخدام هذه الحالة في الدول المتقدمة في المستشفيات بناءً على أنظمة تشخيص مصنفة و تسمى المجموعات المرتبطة بالتشخيص أو مجموعات المرضى المتجانسين حيث يتم توزيع المرضى إلى مجموعات متشابهة و تستهلك مصادر

متشابهة في المستشفى و تعلم المستشفى كمية الأموال التي ستلتقاها لقاء كل مريض يقع ضمن المجموعة الخاصة بالتشخيص.

التأمين الصحي الخاص

التأمين الصحي الخاص: هو أحد الآليات الأربعة الرئيسية المتبعة في تمويل الرعاية الصحية ويعرف بأنه مجموعة من الخدمات الصحية التي يمولها الطرف الثالث الدافع من خلال مدفوعات خاصة غير متعلقة بالدخل تسمى الأقساط ويعد الاشتراك في التأمين الصحي الخاص اختياري. يغطي التأمين الصحي الخاص على الأقل 30% من السكان في ثلث دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وتعد الولايات المتحدة الأمريكية هي الوحيدة من دول هذه المنظمة حيث يعتبر التأمين الصحي الخاص آلية التمويل العظمى للرعاية الصحية (أكثر من 35%). ويأخذ التأمين الصحي الخاص نسبة كبيرة من الإنفاق في الدول ذات الدخل المرتفع والمتوسط (20 و 12% من مجموع النفقات الصحية) مقارنة بالدول ذات الدخل المنخفض وتحت المتوسط (2 و 3% من مجموع النفقات الصحية).

آليات التأمين الصحي الخاص:

في ظل التأمين الخاص يتم الدفع المسبق والاختياري للأقساط لشركة التأمين بهدف تغطية تكاليف الرعاية الصحية في وقت المرض. ويمكن أن يتم تقديم حزم التأمين في شكل مخطط فردي أو مجموعة مخططات كتأمين تعويضي أو في شكل خطط الرعاية المدارة. ويوجد العديد من أنواع التأمين الصحي الخاص:

1. **المسؤول الرئيسي:** يعمل التأمين الخاص كمسؤول رئيسي أو كتغطية رئيسية في حال عدم توفر تغطية التأمين الصحي العام كما هو الحال في الولايات المتحدة حيث يشمل الأفراد غير المسموح لهم ببرامج التأمين العامة (برنامج مساعدة المسنين، برنامج المساعدة الطبية للفقراء وبرنامج التأمين الصحي للأطفال).
2. **البديل:** يحل التأمين الصحي الخاص محل التأمين الصحي العام أو بديلاً عنه في حال انسحاب الفرد من التغطية العامة الإلزامية فمثلاً في ألمانيا يحق لمن يتعدى دخلهم مستوى معين الانسحاب من الأنظمة الاجتماعية لتمويل الأمراض.

3. التكميلي: يقوم في هذه الحالة التأمين الصحي الخاص بتغطية المدفوعات المشتركة التي يتكبدها النظام العام ولا يقوم بتغطيتها التأمين العام مثال فرنسا.
4. الإضافي: إذا قام التأمين الصحي بتغطية تكاليف غير التكاليف المشتركة (كتكاليف الأدوية) والتي لا يتم تغطيتها بالتأمين العام فيسمى هذا النوع بالتأمين الصحي الإضافي (كندا).
5. المزدوج: إذا قام التأمين الصحي الخاص بتغطية مزودي الخدمة الصحية الذين يمتلكون التأمين العام يسمى في هذه الحالة مزدوجاً (بريطانيا).

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 خيارات أخرى أرخص
- ✓ المستوى الذي يتم تحديد القسط عليه (السعر).
- ✓ القابلية للدفع حيث يتوجب امتلاك الأفراد لوسائل دفع القسط لاسيما وأن تسعير القسط يتم وفقاً للمخاطر وليس وفقاً للقدررة على الدفع.
- ✓ خطر احتياج العلاج: إن الأشخاص الذين لديهم خطر يتعدى المتوسط لاحتياجاتهم للعلاج داخل المستشفى هم أكثر الراغبين للقيام بالتأمين الاختياري.

التغطية الصحية الشاملة

طرح التقرير الخاص بالصحة في العالم عام ٢٠١٠ مفهوم التغطية الصحية الشاملة في ثلاثة محاور هي: الخدمات الصحية المطلوبة، وعدد الأشخاص الذين يحتاجون إليها، والتكاليف التي سيتكبدها من وجب عليه دفع تكاليف الخدمات - سواء أكان الشخص المستفيد منها أم طرفاً من الأطراف الأخرى الممولة لها.

وتشمل الخدمات الصحية نهجاً للوقاية والتعزيز والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة ولا بد أن تكون هذه الخدمات كافية لتلبية الاحتياجات الصحية سواء من حيث الكم أو الكيف .

والهدف من التغطية الشاملة هو أن يحصل الجميع على ما يحتاجون إليه من خدمات بتكلفة معقولة لا تثقل كاهلهم ولا كاهل الخزينة العامة . إن التغطية الشاملة تعني بوجود عدالة في الحصول على الرعاية والحماية من المخاطر المالية وتستند إلى فكرة العدالة في التمويل حيث أن المساهمات تعتمد على القدرة على الدفع وليس على إمكانية الإصابة بالمرض. والعدالة في تمويل الرعاية الصحية تقتضي حسب رأي الكثيرين أن الذين يمتلكون الأموال عليهم المساهمة بنسبة أكبر من دخلهم عن النسبة التي يدفعها الفقراء للرعاية الصحية و مدى اختلاف تلك المساهمات للرعاية الصحية وفقاً للقدرة على الدفع.

وهناك العديد من الطرق للوصول إلى التغطية الشاملة ويتم تمويل التغطية الشاملة من خلال الضرائب العامة 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 راس مال مسبق الدفع والتأكد من أن التمويل المستخدم من المجموعات الأغنى على درجات مختلفة يساعد المجموعات الأفقر على استخدام الرعاية الصحية.

فوائد الانتقال إلى التغطية الصحية الشاملة

تُعتبر التغطية الصحية الشاملة وسيلةً فعالةً للغاية تستطيع البلدان من خلالها توفير منافع صحية واقتصادية وسياسية جمّة من عدة نواحي منها:

أولاً: من الناحية الصحية: إن التغطية الصحية الشاملة تحسّن صحة سكان البلدان التي تطبقها حيث دلت الأبحاث أن توسيع التغطية الصحية يؤدي عموماً إلى زيادة فرص الحصول على الرعاية الضرورية وتحسين صحة السكان والمستفيد الأكبر منها هم أفقر الناس كما وجدت إحدى الدراسات الحديثة أن الإصلاحات في مجال التغطية الصحية الشاملة شكلت دافعاً قوياً لتحسين صحة المرأة في عدد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، بما فيها أفغانستان، والمكسيك، ورواندا، وتايلاند.

ثانياً: من الناحية الاقتصادية: بالإضافة إلى تحسين الصحة يمكن أن تشكل التغطية الصحية الشاملة سياسةً فعالةً في الحد من مستويات الفقر وعدم المساواة. فالحماية المالية التي توفرها يمكن أن تحمل منافع إضافية بأن تساعد مثلاً في خفض معدلات الادخار المفرطة لدى الأسر القلقة من تكاليف الرعاية الصحية المفاجئة، كما سبق وحدث في الصين. كما تساعد أنظمة التغطية الصحية الشاملة في خلق فرص عمل كبيرة في قطاعي الصحة وعلوم الحياة.

ثالثاً: من الناحية السياسية: إن تطبيق التغطية الصحية الشاملة يساعد في المحافظة على النظام الاجتماعي وخفض معدلات النزاعات وضمان الحفاظ على مجتمع منسجم.

طرق تمويل التغطية الصحية الشاملة

الأنظمة المرتكزة على الضرائب (نموذج بيفريدج)

في حال تمويل الرعاية الصحية عن طريق الضرائب العامة يتم استخدام الأموال التي تأتي من دفع الضرائب في تمويل الخدمات الصحية المقدمة لعامة السكان. ويذهب التمويل مباشرة لمزودي الخدمة الصحية أو من خلال وسائط تقوم بشراء الخدمات نيابة عن السكان (التأكد من انشقاق المشتري عن المزود). مثال ذلك النظام الصحي البريطاني.

من مميزات التمويل في أنظمة الضرائب هو أنها غالباً ما تكون تصاعديّة بمعنى أن الأغنى يقوم بدفع نسبة أعلى من دخله عن تلك التي يدفعها الفقراء. تأتي الضرائب من مصادر عدة وتكون ضريبة الدخل متزايدة جداً حيث أن الأفراد الذين يكون دخلهم أعلى يدفعون ضرائب أكبر من هؤلاء أصحاب الدخل الأدنى. وفي البلدان ذات الدخل الأعلى تشكل ضرائب الدخل نسبة ضخمة من إجمالي الضرائب.

يستخدم التمويل الضريبي لتمويل الخطط المالية الإعفائية في كل من الدول المنخفضة الدخل والدول الأعلى دخلاً. تلك الخطط المالية تركز على أن هناك مجموعة معينة من السكان وهي المجموعة الضعيفة تكون معفاة من الدفع مقابل الخدمات الصحية (الأطفال تحت سن 5 سنوات- المرأة الحامل- الفقراء). ففي الولايات المتحدة تعد المساعدة الطبية لكبار السن والمساعدة الطبية للفقراء هيئات ممولة حكومياً تقوم بتمويل الرعاية لكبار السن والمقعدين والفقراء بالترتيب. وتتضمن خطط المملكة المتحدة (شورستار 'Sure Start') الممولة حكومياً برامج لرعاية الطفولة والتعلم المبكر والصحة ودعم الأسرة للأبوين والأطفال. بينما تستهدف خطط الإعفاء مجموعات سكانية محددة أو خدمات فعالة نسبياً وغالباً ما تعاني الخطط الموجهة للفقراء من الصعوبة وتكاليف الكفاءة نتيجة عدم تقييم الأهلية.

يتم استخدام تمويل الضرائب في بعض الدول في منح حماية مالية للقطاعات غير الرسمية غير المغطاة بالتأمين الصحي الاجتماعي.

التأمين الصحي الاجتماعي (نموذج ببسمارك)

تقوم وكالات عامة بتشغيل التأمين الصحي الاجتماعي ويتم تمويلها من خلال مساهمات إجبارية من الرواتب. وعادة ما يتم تقسيم المبلغ بين أرباب العمل والعمال. وتعد المساهمات للتأمين الصحي الاجتماعي متزايدة ولكن الفوائد الناتجة من هذه المساهمات تصل فقط للأعضاء الذين هم جزء من خطة التأمين فيما عدا حالات الإعانة المتبادلة مع غيرها من الخطط. كما أن الاشتراكات تكون من خلال نسبة مئوية من الدخل إلا أنها تعتمد أيضا على كونها طريقة متفق عليها في قياس الدخل وتعمل بشكل أفضل في القطاع العام. وقد نجح التأمين الصحي الاجتماعي في الدول الأوروبية في تغطية الغالبية العظمى من السكان وهو قادر على تغطية عدد كبير من المخاطر. من أكثر الدول تطبيقاً لهذا النظام ألمانيا وفرنسا حيث بدأت ألمانيا في تطبيقه منذ عام 1883 حينما جعلت الحكومة التأمين الصحي إلزامي للجميع ويتم تمويل التأمين من خلال مشاركات العمال وأرباب العمل وإعانات الحكومة. وطبق في فرنسا بعد الحرب العالمية الثانية وتم تحقيق نظام التغطية الشاملة في عام 2000 على أساس الإقامة في فرنسا. كما بدأت بعض الدول منخفضة الدخل بتطبيقه في القطاعات الحكومية ومع مرور الوقت يتم توسيعه ليشمل القطاع الخاص. ولعل أهم ما يميز التأمين الصحي الاجتماعي ما يلي:

- ✓ عضويته إلزامية
- ✓ يتم خصم المشاركات من الرواتب
- ✓ تقام من خلال هيئات سواء منظمات فردية أو عدة منظمات.
- ✓ مبنية على سياسات إعادة التوزيع
- ✓ يتم تعريفها بشكل واضح - مخصصة الموارد
- ✓ عادة تكون إدارتها مركبة وغالية الثمن مقارنة بأنظمة الضرائب
- ✓ باستطاعتها تحريك موارد إضافية للقطاع الصحي.