

تمويل الخدمات الصحية العامة في العراق (دراسة تحليلية للسنوات ٢٠٠٢-٢٠١٤)

د. صباح صاحب المستوفي *

المخلص :

تناولت هذه الدراسة خيارات تمويل الخدمات الصحية في العراق، حيث تناول الجزء الاول منهجية بحث مشكلة عدم استطاعة تمويل القطاع الصحي الحكومي بشقيه المركزي وغير المركزي خلال السنوات الاخيرة من رفع مستوى التمويل الصحي للفرد الواحد الى مستوى تمويله في الأقطار المجاورة في حين تناول الجزء الثاني اساليب تمويل الخدمات الصحية، كما تناول الجزء الثالث مراجعة لبعض الانظمة الصحية، وتناول الجزء الرابع تحليلا لواقع التمويل الصحي للسنوات ٢٠٠٢-٢٠١٤.

انّ استيفاء اجور الخدمات الصحية المقدمة من المرضى المستفيدين سيوفر عوائد مالية تسهم في تغطية نفقات وتطوير الخدمات الصحية المقدمة وفي نفس الوقت نفسه سيؤدي استيفاء هذه الاجور الى تقليل اساءة استخدام تلك الخدمات، كما ان استمرار العمل بمبدأ تغطية الدولة الشاملة للخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي الحكومي من خلال توفير التخصيصات المناسبة لوزارة الصحة ضمن الموازنة السنوية الصادرة من وزارة المالية سيوفر العدالة من خلال تغطية كافة نفقات الخدمات العلاجية الطارئة والخدمات الصحية الوقائية فضلاً عن الى اتاحة الخدمات الطبية للفقراء من خلال استثناءات او تقديم اعانات فضلاً عن الى تغطية اغلب تكاليف الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى العراقيين واتاحة المجال لهم لدفع ما تبقى من تلك الاجور من خلال صناديق الضمان الصحي.

يمكن ان تشكل مصادر التمويل الاسلامي فضلاً عن تبرعات الجمعيات الخيرية مصدراً من مصادر التمويل الصحي الحكومي او تمويل صناديق الضمان الصحي، كما يمكن لوزارة الصحة تحقيق مصادر تمويلية فضلاً عن طريق فرض الرسوم او استيفاء ضرائب لحسابها على بعض السلع التي تنقل كاهل القطاع الصحي بما تسببه من مضاعفات جانبية ومنها السكائر.

* خبير الاقتصاد الصحي ، وزارة الصحة والبيئة ، E.mail : almustwfi@yahoo.com

Abstract

The study discuss financing forms for Iraqi's health sector.

The 1st part discuss the methodology of the study for the problem of failure of both the central budget and the other financing methods to increase the health expenditure per capita to the same level in the surrounding countries, The 2cd part review the methods for financing the health system, The third part discuss some health systems , while the 4th part of the study analyse the health financial data through the years 2002-2014.

The main option to raise money for health is to charge patients for health care, charges were the main sources to improve the health system and make users aware of the real costs of health care.

To increase financial risk protection , a high percentage of funding should be prepayment rather than coming from out of pocket of patient at the point of using the health services, so that it is important to insure that appropriate level of financing for health sector are included when ever the government prepares its budgets. Islamic aids as an alternative can contribute to social health insurance funds, atax on tobcco could be introduced and the proceeds allocated to the health budget on the ground that smoking cause ill health and impose extra costs on the health services.

المقدمة

تشير المؤشرات الصحية الى انخفاض مستوى الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية المقدمة من قبل القطاع الصحي الحكومي، بسبب ما عاناه هذا القطاع العقود السابقة في ايقاف عجلة التطور الصحي ، ولغرض اصلاح هذا القطاع يجب توفير التمويل اللازم في الوقت الذي لم يستطع التمويل الصحي بشقيه المركزي (الموازنة العامة) وغير المركزي (ما سمي بالتمويل الذاتي) خلال السنوات الاخيرة من رفع مستوى التمويل الصحي للفرد العراقي الواحد الى مستوى تمويله في الاقطار المجاورة للحصول على نفس مستوى الخدمات الصحية المقدمة في تلك البلدان الامر الذي يتطلب البحث والدراسة لأيجاد بدائل تمويلية اضافية.

وفي الوقت الذي تدنى به المستوى الاقتصادي للفرد العراقي وارتفعت نسبة البطالة فأن الكثير من المرضى يصعب عليهم دفع تكاليف العلاج المقدم من دون ان يكون للدولة دور فعال ومساعد من خلال تحقيق عدالة النظام الصحي وتوفير التأمين الصحي وزيادة الحماية من مخاطر التمويل وضمان حصول المرضى الفقراء على العلاج اللازم وتوفير الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية الطارئة بصورة مجانية.

ولغرض الاحاطة بالموضوع قسم هذا البحث على خمسة محاور:

- ١- المحور الاول : منهجية البحث .
- ٢- المحور الثاني : اساليب التمويل الصحي .
- ٣- المحور الثالث : مراجعة لبعض الانظمة الصحية .
- ٤- المحور الرابع : تحليل واقع التمويل الصحي للفترة ٢٠٠٢م - ٢٠١٤م .
- ٥- المحور الخامس : الاستنتاجات والتوصيات .

المحور الأول منهجية البحث

مشكلة البحث

على الرغم من الزيادة الكبيرة في تمويل وزارة الصحة من تخصيصاتها ضمن الموازنة السنوية الصادرة من وزارة المالية فلا تزال نسبة التمويل الصحي للفرد الواحد في العراق منخفضة مقارنة ببعض الدول العربية ومنخفضة جداً مقارنة بدول الخليج العربي، في الوقت الذي وضعت فيه وزارة الصحة استراتيجية لاعادة تأهيل وبناء القطاع الصحي وبذلك تبرز المشكلة الى ايجاد بدائل تمويلية اضافية بحيث تسد النقص في التمويل المركزي وفي نفس الوقت لا تتقل كاهل المرضى المستفيدين من الرعاية الصحية ولا تحرم الفقراء والمصابين بالامراض المزمنة من تلقي ما يحتاجوه من العلاج بسبب عدم قدرتهم على دفع تكاليف ذلك العلاج.

هدف البحث

ان الهدف الرئيس هو البحث عن وسائل تمويلية اضافية للقطاع الصحي الحكومي لتوفير الاموال اللازمة لاصلاح وتطوير القطاع الصحي بسبب ما عاناه من الاثار السلبية في ايقاف عجلة التطور الصحي في العراق.

حيث ان توفير الموارد هو ليس توفير الاموال فقط وانما هو كيفية استخدامها بالشكل الافضل لتحقيق افضل النتائج بأقل التكاليف الامر الذي يتطلب اصلاح النظام المالي الصحي في العراق الذي عجز خلال المدة الاخيرة عن رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بنفس نسبة زيادة تمويله المركزي في الموازنة العامة السنوية الصادرة من وزارة المالية .

اهمية البحث

يواجه القطاع الصحي في العراق تحديات كبيرة بسبب التدهور الذي تعرض له خلال السنوات السابقة نتيجة لخفض الانفاق المالي على هذا القطاع فأرتفعت معدلات الوفيات للاطفال الرضع والاطفال دون سن الخمس سنوات والامهات ارتفاعاً كبيراً فضلاً عن ان القطاع الصحي يواجه حالياً عبئاً مرضياً مزدوجاً، ففي الوقت الذي لا تزال فيه الامراض

الانتقالية تشكل سبباً رئيساً للمراضة والوفاة اصبحت الامراض غير المعدية مثل امراض القلب والاعوية الدموية تشكل السبب الرئيس للوفيات في الوقت الحاضر مع انتشار الفقر والبطوانخفاض مستوى التعليم.

المحور الثاني

اساليب التمويل الصحي

يعني التمويل في المجال الصحي الحصول على الموارد المالية اللازمة لانشاء المؤسسات الصحية وتحقيق اهدافها.

١-٢- التمويل المركزي (الموازنة العامة)

وتتضمن موازنة القطاع الحكومي الممول مركزياً جميع الموارد المتوقع تحصيلها من مصادر التمويل التي تقع مسؤولية جبايتها على الوزارات والتقسيمات المرتبطة بها والدوائر غير المرتبطة بوزارة، كما تتضمن التخصيصات المعتمدة لاستخداماتها خلال السنة المالية وبحسب نظرية الاموال المخصصة تحدد المقدرة الانفاقية للوحدة المحاسبية كماً ونوعاً بما يوضع تحت تصرفها ولمدة زمنية معينة، وقد حددت العلاقة بين النظام المحاسبي الحكومي ونظرية الاموال المخصصة بموجب القواعد الاساسية للنظام المحاسبي الحكومي الموحد للدول العربية بما يأتي:

أ- يعتمد مبدأ التخصيصات المعتمدة على الوحدة المحاسبية التي تستمد قدرتها في التصرف المالي من التخصيصات المعتمدة التي توضع تحت تصرفها كماً ونوعاً ولمدة زمنية معينة لاداء خدمة عامة.

ب- تعد الموازنة الاداة الوحيدة لتنفيذ التخصيصات المعتمدة. (١)

ان وضع جميع العوائد المالية في صندوق وتحت تصرف جهة واحدة وهي وزارة الصحة لغرض شراء الخدمات الصحية من القطاع العام او القطاع الخاص وتوزيع العلاج على جميع الافراد المرضى وسوف يحقق عدالة النظام الصحي Equity وتوفير الحماية من خطورة التمويل Financial Risk Protection من خلال عدم حرمان المرضى الفقراء من عدم تلقي العلاج اللازم بسبب عدم استطاعتهم دفع اجور ذلك العلاج وتخفيف اعباء اجور العلاج على باقي المرضى. (٢)

ان المرحلة الاولى في تهيئة مقومات التنفيذ العملي للموازنة هو انشاء صندوق عام للدولة، والزام كافة الادارات الحكومية بايداع ما تجبیه من ايرادات من مصادر الايراد المكلفة بجبايتها في هذا الصندوق، والزام هذا الصندوق بتسديد نفقات الادارات الحكومية المختلفة بحسب اوجه الصرف المعتمدة في الموازنة وضمن التخصيصات المقررة لكل نوع منها. (٣)

٢-٢- التمويل غير المركزي

٢-٢-١- الأجرور التي يدفعها المستفيدون User Fees

يعد هذا الاسلوب من اكثر الطرق المعروفة ولا سيما في الاقطار المتطورة ، اذ يقوم المرضى بالدفع بصورة مباشرة مقابل الخدمات الصحية المقدمة، فيمكن فرض اجور معينة على مختلف عناصر الرعاية الصحية كالزيارة الاولى الى الطبيب والادوية واجور الرقود في المستشفيات. (٤)

انّ استيفاء الاجور عن الخدمات الصحية المقدمة سوف يقلل من اساءة استخدام تلك الخدمات والاقبال من الافراط في استخدامها من قبل المرضى والاقتصار على الحاجة الفعلية وبحسب القابلية على دفع اثمانها، وفي الوقت نفسه سيوفر الحوافز للقائمين على توفير تلك الخدمات لرفع مستوى الرعاية الصحية (على افتراض ان الاجور المستحصلة تبقى تحت تصرف مقدمي الرعاية الصحية).

غير ان نظام الاجور المستحصلة من المرضى قد يتصف بدرجة كبيرة من انعدام العدالة والمساواة ويحول دون حصول الفقراء من المرضى والمصابين بالامراض المزمنة على الرعاية المناسبة اذا لم يكن بإمكانهم توفير النفقات اللازمة وخاصة اذا تم رفع الاجور الى الحد الذي يكفي لتوفير موارد مهمة فان هذه الاجور ستكون اكثر مما يستطيع توفيرها المستخدم الفقير، ومن اجل التصدي لهذه القضية ربما يكون بالامكان رسم سياسة لاستثناء الفقراء من دفع الاجور وذلك بتطوير نظام استيفاء اجور الخدمات الصحية المقدمة من المرضى المستفيدين بما يضمن تحقيق عدالة النظام الصحي من خلال استيفاء اجور الخدمات من المرضى القادرين على دفع اجور تغطية تكاليفها، وفي نفس الوقت توفير اعانات (مساعدات) للمرضى غير القادرين على دفع تكاليف تلك الخدمات او اعتماد استثناءات من استيفاء اجور الخدمات المقدمة من المرضى غير القادرين على دفع اثمانها وذلك لإتاحة الفرصة لهم للاستفادة من هذه الخدمات. (٥)

ان وضع تسعيرة للخدمات الصحية المقدمة على اساس حساب تكلفة وحدة الخدمة المقدمة سوف يكون حافزاً لمقدمي تلك الخدمات لإعادة دراسة وتقييم تكاليف تقديم تلك الخدمة في محاولة للوصول الى اقل التكاليف الممكنة وهذا يعني زيادة كفاءة الخدمة الصحية المقدمة.^(٦)

*الكفاءة Efficiency

ان أسعار الخدمات الصحية في القطاع الصحي الحكومي يجب ان تحدد بشكل يحقق الكفاءة من خلال تشجيع المرضى للبحث عن الرعاية الصحية في المستوى المناسب ابتداء من المستوى الاول المتمثل بمراكز الرعاية الصحية الاولية وهو المستوى الاقل كلفة مقارنة مع المستوى الثاني والثالث (المستشفيات) ذات الكلف الاعلى، فضلاً عن تحديد تسعيرة للخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحي الحكومي بالطريقة التي يمكن من خلالها المحافظة على موارده المالية مع عدم تحميل المرضى من الفقراء ما لا يستطيعوا دفعه مقابل علاجهم، اذ سيتم استيفاء الاجور الاوطيء مقابل خدمات مراكز الرعاية الصحية الاولية لتشجيع المرضى للمراجعة عبر تلك المراكز وعدم مراجعة المستشفى مباشرة، كما تكون الاجور المستحصلة من مراجعي العيادة الخارجية والردهات في مستشفيات الارياف هي اقل من الاجور المستحصلة لنفس الخدمات في مستشفيات المحافظات والتي هي بدورها هي اقل من الاجور المستحصلة في المستشفيات المركزية في العاصمة.

ان استيفاء اثمان الادوية المصروفة للمرضى في القطاع الصحي الحكومي سوف يحد من صفات الادوية غير الرشيدة المحررة من قبل الاطباء والاستخدام غير العقلاني للادوية من قبل المرضى.

*عدالة النظام الصحي Equity

يقصد بعدالة النظام الصحي من خلال استيفاء اجور الخدمات الصحية من المرضى المستفيدين ان يقوم المرضى ذو الدخل الاعلى بدفع الجزء الاكبر من تكاليف الخدمات الصحية المقدمة لهم في حين ان المرضى ذا الدخل المنخفض جداً يجب ان يكونوا قادرين على الحصول على الرعاية الصحية الاساسية بأقل الاجور او مجاناً ويجب ان لا يحرموا من الرعاية الصحية بسبب عدم قدرتهم على دفع اجورها.

*** احتساب اجور الخدمات الصحية Pricing of Health Services**

يتم احتساب اجور الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي الحكومي على اساس نوع الخدمة ومستوى تقديم الخدمة Pricing and Type of Service اذ تكون اجور الخدمات المقدمة في مستشفيات الدرجة الاولى اعلى من اجور مستشفيات الدرجات الاخرى، وتكون اجور الخدمات العلاجية المقدمة بسعر الكلفة او بالقرب منها في حين تكون خدمات التلقيحات والامومة والطفولة مجانية او باسعار منخفضة، وان تقدم الخدمات العلاجية لمرضى الاورام والتدرن بصورة مجانية. (٧)

ويمكن ايضاً الاخذ بعين الاعتبار فرض اجور اضافية مقابل تقديم خدمات اضافية مثل الرقود في غرف خاصة وتقديم وجبات طعام خاصة وتوفير جهاز تلفزيون في الغرفة وغيرها من الخدمات الخاصة.

٢-٢-٢ - التأمين (الضمان) الصحي Health Insurance

يهدف نظام التأمين (الضمان) الصحي الى حماية الافراد الذين يصابون بأمراض خطيرة او حوادث كارثية من خلال تجميع واردات لتمويل الخدمات الصحية من عدة افراد في المجتمع من المشتركين بهذا النظام لتغطية تكاليف علاج المرضى منهم ولا سيما ان الكثير منهم غير قادر على دفع تلك التكاليف.

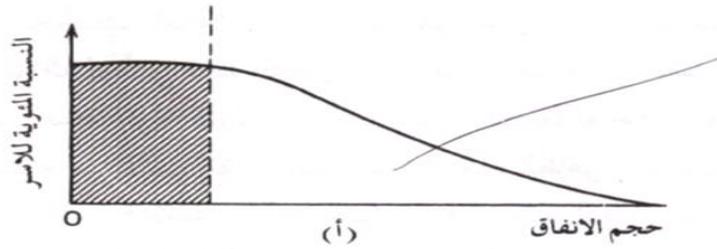
التأمين الصحي ينظم ويمول بعدة طرق كما يمكن شراؤه بواسطة الفرد او المجموعة من خلال شركات التأمين الهادفة للربح او الشركات غير الهادفة للربح، ويمكن ان يكون التأمين اجباري او اختياري، اما الخدمة الصحية فسوف يتم تقديمها من قبل مجهزين خارجيين او من قبل نفس شركة التأمين. (٨)

عدالة نظام الضمان الصحي

احد منافع الضمان الصحي هو تحقيق العدالة equity من خلال توافر الخدمات العلاجية على اساس الاحتياج وليس على اساس دخل الفرد اذ تذهب مدفوعات المشتركين الى اكثر الافراد مرضاً، ومن هنا نرى ان الافراد من ذوي الدخل الواطيء ومن غير المتعلمين هم الاكثر تعرضاً للاصابة بالامراض والاكثر استفادة من فوائد نظام الضمان الصحي. (٩)

نظام التأمين القابل للحسم (التحمل) (الولايات المتحدة الامريكية) Deductible

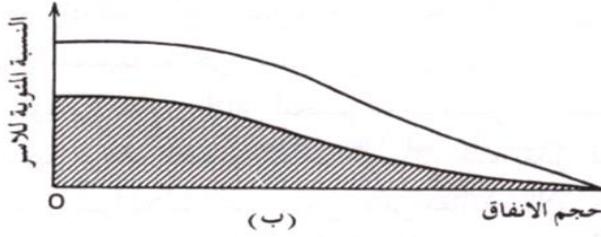
عندما يدفع المستهلكون قدراً محدداً من الدولارات للخدمات الطبية قبل ان تدفع شركة تأمينهم جزءاً او كل ما تبقى من سعر تلك الخدمات، يشار الى ذلك بالتأمين القابل للحسم او التحمل، اما تأثير التأمين القابل للحسم او التحمل على استخدام الخدمات الطبية فهو معقد، فاذا كان هناك مبلغ قابل للحسم تصبح الخدمات التي تزيد على قيمته اي بعد تجاوزه مجانية لذا فسوف يصبح عديم الاثر على تخفيض استخدام الخدمات، فبعد دفعه سوف يستعمل المريض الخدمات وكأن سعرها قد اصبح صفرًا. (١٠)



الشكل رقم (١) منحني نظام التأمين القابل للحسم

نظام التأمين المشترك (الولايات المتحدة الامريكية) Coinsurance

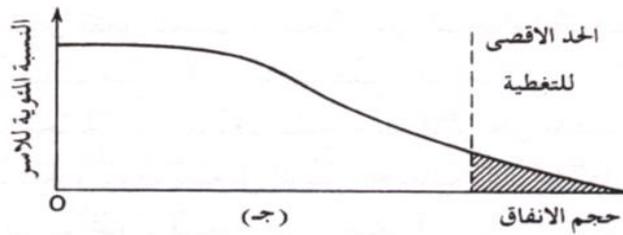
عندما يعرض الطرف الثالث (شركة التأمين) المريض جزءاً معيناً من سعر الخدمة الطبية يسمى هذا النظام بالتأمين المشترك، فمستوى التأمين المشترك الذي يصل الى ٨٠% يخفض السعر الذي يدفعه المريض للخدمات التي يغذيها مثل هذا التأمين بما يعادل ٨٠% ويدفع المريض الجزء المتبقي اي ٢٠%، فاذا ارتفع سعر الخدمة، يدفع التأمين ٨٠% من السعر الجديد الاعلى، ويمكن ان يتفاوت التأمين المشترك ايضاً باختلاف الخدمة التي يغطيها ودخل الاسرة. (١١)



الشكل رقم (٢) منحنى نظام التأمين المشترك

نظام الحدود والتغطية القصوى (الولايات المتحدة) Limits and Maximus

والجزء من النفقات الطبية المستثنى بالحدود والتغطية القصوى هو الجزء الواقع في ذيل التوزيع بحسبما هو موضح في الشكل (١-ج)، والنفقات الكبيرة هي التي تقع على عاتق نسبة صغيرة من الاسر، لذا فأن استثناء هذا الجزء من السكان من التغطية التأمينية يبدو انه اجراء غير حكيم طالما ان الخسائر الكبيرة غير المتوقعة والتي تصيب نسبة ضئيلة من السكان تنسجم مع مفهوم مخاطرة التأمين، فاذا كان هدف شركة التأمين من وضع الحدود العليا هو تخفيض قسط التأمين للمستهلكين، فالاسلوب البديل هو تخفيض المبلغ القابل للحسم (التحمل) للعديد من الاسر ذات الانفاق القليل على الخدمات الطبية. وهذا الحسم عندما يطبق على اسر كثيرة سيكون عبئاً مالياً اخف مقارنةً بنفقات الكوارث التي تصاب بها نسبة ضئيلة من السكان. (١٢)



الشكل رقم (٣) منحنى نظام تأمين الحدود والتغطية القصوى

٢-٢-٣- الرسوم

تعد الرسوم وسيلة لتنظيم اداء بعض الهيآت العامة لنشاطها العام وسببياً للحصول على مورد مال يساهم بنسبة متفاوتة في تغطية النفقات العامة للدولة وكنتيجة لذلك اقتصر دور

الرسوم على تمويل المرافق العامة التي تؤدي بعض الخدمات التي تعود بنفع خاص للمواطنين الذين يطلبونها.

يعرف الرسم بأنه مبلغ من النقود يدفعه الفرد الى الدولة او احدى هيئاتها العامة نظير خدمة معينة تؤديها له بناءً على طلبه، وقد تكون هذه الخدمة:

أ- نشاطاً تبذله الدولة لمصلحة الفرد او اي عمل يقوم به الموظف الحكومي لمصلحة الفرد مثل تسجيل شهادات الولادة والوفاة.

ب- امتيازاً خاصاً يمنح لفرد معين مثل فتح مستشفى اهلي.

ج- انفاقاً من جانب الدولة يبسر لأفراد معينين اداء عملهم او مزاوله مهنتهم مثل العيادات الخاصة.

د- السماح له باستعمال مرفق عام استعمالاً غير عادي يكلف الدولة نفقات اضافية كوقوف السيارات في ساحات المرافق الصحية الحكومية.

واهم ما يميز الرسم هو ما يأتي

أ- يجب ان يكون غرض الدولة الاول هو تحقيق النفع العام وليس الحصول على المورد اي تكون جباية الرسم حادثاً ثانوياً بالنسبة للغرض الاول وهو النفع العام، اما مبلغ الرسم فهو مساهمة من الفرد في نفقات اداء الخدمة.

ب- ان عنصر الاختيار يكون متوافراً عند طالب الخدمة وبمحض الارادة، والاختيار هنا في الحقيقة ظاهري ، لأن الفرد لا يستطيع الا ان يطلب الخدمة والا عرض مصالحه للضياع او حرما من ميزة معينة.

ويكون تحصيل الرسوم اما مباشر او غير مباشر: فيكون مباشراً اذا كان على طالب الخدمة ان يدفع مبلغ الرسم الى الخزينة العامة مقابل ائصال يحصل عليه بوساطة الموظف المختص على الخدمة المطلوبة، او كان الدفع لنفس الدائرة التي تتولى الخدمة مثل الخدمات الصحية، ويكون التحصيل غير مباشر بواسطة الطوابع اذا كان الغرض من الخدمة الحصول على وثيقة مكتوبة او اذا كان الواجب تقديم طلب تحريري للحصول على الخدمة.

اذا ازدادت قيمة الرسم عن المنفعة التي تعود على دافعة او عن نفقات اداء الخدمة زيادة واضحة فان الرسم ينقلب الى ضريبة. (١٣)

٢-٢-٤ - الضرائب Taxes

الضريبة مبلغ من النقود تعرضه الدولة على الاشخاص ويستحصل منهم بصورة اجبارية وبصفة نهائية من دون مقابل معين وذلك لغرض استخدامها في تحقيق منفعة عامة، فالدولة بما لها من سيادة على الاشخاص تتفرد بوضع القانون الذي يفرض على رعاياها الضريبة ولا يمكن فرض اية ضريبة او تعديلها او الغائها الا بقانون، كما ان دافع الضرائب ليس له الحق في استرداد المبالغ التي دفعها كضريبة ولا المطالبة بفوائد عنها لانها تستحصل منه بصورة نهائية.

كما ان الضريبة لا تدفع مقابل النفع الخاص الذي يعود على دافعها ولا يحدد مقدارها على اساس هذا النفع بل الدولة تفرضها على المكلف بحسب مقدرته التكليفية وحدها، والغرض من فرض الضريبة وجبايتها هو الحصول على الاموال اللازمة لسد الحاجات العامة وتغطية النفقات العامة.

اما الضرائب على الانفاق (الاستهلاك) وهي من اهم الضرائب غير المباشرة وهي التي يتجه اليها الذهن عادة عند ذكر هذا الاصطلاح، فتفرض هذه الضريبة عادة على سلع الاستهلاك الجاري فتفرض على عدد من السلع، وقد تفرض هذه الضريبة على سلعة معينة فيختار المشرع سلعة من السلع كالسكائر والمشروبات الروحية. (١٤)

يتمتع النظام القائم على الضرائب بعدد من المزايا، فهو يمثل طريقة سهلة وذات كفاءة لجباية الايرادات وتوجيهها الى القنوات المختلفة، كما انه يوفر مصدراً ثابتاً نسبياً لتمويل الرعاية الصحية، وهو من ناحية اخرى يتميز بالعدالة في التعامل مع مختلف المجموعات ذات الدخل الخاضعة للضريبة شريطة ان يكون نظام الجباية نفسه تصاعدياً (اي ان الاشخاص الاغنياء يدفعون نسبة من الضرائب اعلى مما يدفعها الفقراء او الاقل ثراءً). ومن المساويء الرئيسية لنظام قائم على الضرائب هو انه قد يكون من الصعب توافر موارد كافية عن طريق الضرائب لمواجهة متطلبات ميزانية الصحة بكاملها.

ومن الخيارات المتاحة لمواجهة بعض هذه الصعوبات هو تخصيص ضريبة معينة او مصدر عائدات محدد لتذهب حصراً الى القطاع الصحي وذلك لضمان وجود فرض ضريبة معينة على السكائر والمشروبات الروحية وتخصيص عوائدها لميزانية وزارة الصحة على اعتبار ان التدخين يضر بالصحة ويفرض تكاليف اضافية على الخدمات الصحية، كما انه

من شأن فرض ضريبة على التدخين ان يشجع على التقليل من التدخين وفي الوقت نفسه يوفر مصادر عوائد اضافية. (١٥)

٢-٢-٥ - التمويل الإسلامي (الخيرى)

ادت مؤسسات العمل الاسلامي وكذلك المؤسسات الخيرية ولازالت تؤدي دوراً مهماً في حياة المسلمين الاجتماعية والسياسية والثقافية والاقتصادية، واصبحت تمثل احد الركائز الاساسية التي تعتمد عليها المجتمعات الاسلامية في نموها الاقتصادي والفكري او في تعزيز الروابط بين افراد المجتمع وفي مواجهة مختلف التحديات التي تهدد كيان المجتمع . (١٦)

٢-٢-٦ - القروض الخارجية External loans

القرض الخارجي هو عقد تبرمه الدولة او احدى هيئاتها العامة مع دولة اخرى تتعهد بموجبه على سداد اصل القرض وفوائده عند حلول موعد السداد وذلك طبقاً لأذن يصدر من السلطة المختصة. (١٧)

٢-٢-٧ - الاعانات الدولية External Aids

ومن حيث الشكل يميز بين الاعانات النقدية والاعانات العينية، فالاعانات النقدية هي التي تدفع للدولة نقداً اما العينية فهي التي تدفع للدولة على شكل سلعة للإستخدام المدني او العسكري، ويمكن القول ان الاعانات النقدية هي اكثر مرونة من تلك العينية، وذلك ان الدولة قد تستفيد من النقد الاجنبي بوصفه غطاءً لعملة وطنية جديدة تقوم باصدارها، كما تستطيع الحصول على السلع من الاسواق الاجنبية التي تراها اكثر مناسبة لها، اما الاعانات العينية فلا تصلح الا للاستعمال في نطاقها المخصص لها، كما انها تضيع على الدولة فرصة الاختيار بين البدائل المطروحة عند القيام بشراء السلع. (١٨)

٢-٢-٨ - الاستثمار الأجنبي Foreign Investment

ان الاستثمار الصحي الاجنبي يؤدي الى زيادة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وفي نفس الوقت ستكون الخدمات المقدمة في هذا المجال حافزاً للقطاع الصحي الحكومي لتطوير خدماته. وكما ان الاستثمار الاجنبي هو وسيلة لادخال التكنولوجيا والخبرات الطبية الى داخل البلد فإنه سوف يقلل هجرة الاطباء والكوادر الطبية الاخرى الى خارج البلد من خلال توفير فرص العمل المناسبة لهم. (١٩)

٢-٢-٩- نظام التمويل الذاتي Auto – Financing System

تم تطبيق هذا النظام في وزارة الصحة في جمهورية العراق خلال ١٩٩٧ - ٢٠٠٣ تحت اسم نظام التمويل الذاتي (تعد هذه التسمية غير دقيقة ، لأنَّ التمويل الذاتي محاسبياً ومالياً يعني الارباح المحتجزة)، وبحسب هذا النظام يتم استيفاء جزء من اجور تكاليف الخدمات الصحية من المرضى ويتم تغطية باقي نفقات تلك الخدمات من التمويل المركزي لوزارة الصحة المتمثل بتخصيصات وزارة الصحة ضمن الموازنة العامة السنوية الصادرة من وزارة المالية.

يعني هذا النظام اعتماد المؤسسة الصحية (مستشفى ومركز صحي ومركز تخصصي) على الموارد المتحققة ذاتياً في تغطية نفقاتها بهدف تقديم خدمات صحية بمستوى عال من الكفاءة والجودة، اذ تتمتع المؤسسة الصحية المشمولة بهذا النظام بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي والاداري، ويمثل المؤسسة الصحية المدير او من يخوله، وللمؤسسة الصحية مجلس ادارة برئاسة مدير المؤسسة الصحية وعضوية اربعة اشخاص حيث تحدد طريقة اختيار اعضاء مجلس الادارة وسير العمل وكيفية اتخاذ القرارات بتعليمات يصدرها الوزير

تقدم المؤسسة الصحية خدمات طبية لقاء اجور تحدد على وفق قواعد تضعها وزارة الصحة، لوزارة الصحة تكليف اي من المؤسسات الصحية المشمولة بتقديم الخدمات الطبية للمواطنين دون مقابل عند حدوث الاوبئة وفي حالات الطوارئ وتتحمل وزارة المالية اللام لذلك، تقوم وزارة المالية بتسليف المؤسسات الصحية المبالغ اللازمة لتحقيق اغراضها ويتم استرجاعها بعد نجاح تجربة المؤسسة الصحية، يصدر وزير الصحة تعليمات لتوزيع الارباح المتحققة في المؤسسة الصحية، كما تتولى وزارة الصحة تحديد اسعار الادوية والمستلزمات الطبية. (٢٠)

يسهم هذا النظام في تطوير المؤسسات الصحية ويجعلها تقدم خدمات افضل وعلى نحو سليم وسلس وفي الوقت نفسه يحرك الطاقات الكامنة للأفراد ويرفع من مستوى الانتاجية ويحسن مستواها من خلال زيادة المداخل عند تطبيق انظمة الحوافز وهذا يؤدي الى صيانتها من التدهور واتباع الاساليب غير السليمة في تحقيق مداخل غير مشروعة. (٢١)

انّ هذا النظام هو موازنة متطورة بين زيادة الكفاءة الانتاجية للمؤسسات الصحية (كيانات وافراد) في تقديمها الخدمة الصحية لافراد المجتمع ورفع مداخيل العاملين في هذه المؤسسات الصحية وزيادة كفاءتهم وتحريك الكوامن والطاقات غير الظاهرة لخلق الابداع في تقديم الخدمات وزيادة الهمم والمثابرة في العمل. (قسم التخطيط والسياسات، وزارة الصحة) .

المحور الثالث

مراجعة لبعض الانظمة الصحية

١-٣ نظام الضمان الصحي الاجتماعي (مثال:- المانيا واليابان)

Social Health Insurance System

الإيرادات:-

تعتمد على الضرائب المستقطعة من الرواتب اضافة الى المساهمات النسبية لرب العمل مع الموظف. وتقوم الموارد العامة بدعم تكاليف علاج العاطلين والفئات الاخرى غير المشمولة بتسديد النفقات، مع تغطية الضمان الخاص لجميع الخدمات التي لا يغطيها الضمان الاجتماعي.

مقدمو الخدمة:-

مزيج من القطاع العام والخاص حيث يتم اعادة المدفوعات اليهم تبعاً عن طريق التعاقد مع مؤسسات الضمان الاجتماعي. وغالباً ما تكون المؤسسات التعليمية والبحثية ملكاً للحكومة وتحصل على تمويل حكومي من خلال الموازنة.

الحصول على الخدمة:-

تكون المشاركة عن طريق مؤسسات الضمان الاجتماعي المختلفة (المنظمات والاتحادات التعاونية والاتحادات) وغالباً ما يكون على وفق طبيعة المهنة ويتم التسديد عن طريق العقود او الاتفاقات بين مؤسسات الضمان الاجتماعي ومقدمي الخدمة للقطاع العام او الخاص من خلال طرق مختلفة للتسديد مثل اجور تدفع على اساس الاداء لخدمات الرعاية الاولية واجور تدفع على اساس الحالات المرضية لخدمات المستشفيات. (٢٢)

٣-٢ - نظام التأمين الصحي الخاص (مثال: - الولايات المتحدة الأمريكية)

Private health insurance system

الإيرادات:-

تعتمد على مساهمات الافراد والمجاميع في خطة التأمين الخاص مع اعتماد آلية الدفع المباشر من المستفيدين.

مقدمو الخدمة:-

بصورة اساسية من قبل القطاع الخاص الذي يتم التعاقد معه.

الحصول على الخدمة:-

المنافسة بين القطاع الخاص على وفق حالة السوق. (٢٣)

٣-٣ - برنامج الرعاية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية Medicare

فكل المسنين مشمولين حالياً في هذا البرنامج بغض النظر عن مستويات دخولهم، المنافع الصحية التي يحصلون عليها والاسعار والحسميات والمدفوعات المشتركة لكل من خدمات المستشفى والاطباء كلها متساوية، ويستطيع ذوو الدخل الاعلى منهم ان يشتروا المزيد من التأمين لتغطية ما لا يغطيه هذا البرنامج، فتغطية الكوارث ناقصة والخدمات المغطاة غير شاملة، فمنافع رعاية ما بعد المستشفى وخدمات الممرضات الماهرات والرعاية المنزلية والادوية التي توصف للمرضى الخارجيين محدودة.

ولأن منافع برنامج الرعاية الطبية ترتبط بالدخل، يجد كثير من المسنين صعوبة في دفع ما يجب عليهم دفعه من دخولهم، ونتيجة لهذه النفقات الكبيرة وعدم كفاية التغطية التأمينية نجد ان ٢٠% من المسنين لابد ان يعتمدوا على برنامج المساعدات الطبية، يمول برنامج الرعاية الطبية من إيرادات الضرائب العامة التي يأتي جزء كبير منها من ضريبة الدخل، وبما انه لا يمول باعتمادات مالية معينة فالزيادة في الانفاق عليه تسهم مباشرة في عجز الميزانية، وقد يؤدي هذا البرنامج الى تحويل الثروة عبر الاجيال لمصلحة المسنين الاغنياء نسبياً وذلك نتيجة للطريقة التي يمول بها. (٢٤)

٣-٤ - نظام المساعدات الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية Medicaid

بدأ برنامج المساعدات الطبية ايضاً عام ١٩٦٦ وهو برنامج فدرالي وولاياتي يستفيد منه اساساً الفقراء، وينحصر دور الحكومة الفدرالية في هذا البرنامج فقط في اقتسام تكلفة

البرنامج مع الولايات التي تقع عليها مسؤولية تحديد شروط التأهيل للاستفادة من هذا البرنامج والمنافع الصحية التي يغطيها والدفع لمن يحتاج لمساعدات مالية، ولأن برنامج المساعدات الطبية يدار بواسطة الولايات كل على حده، هناك اختلافات في شروط الأهلية والمنافع المغطاة، ففي بعض الولايات يفقد الناس أهليتهم لهذا البرنامج إذا ارتفع دخلهم قليلاً عن الحد المقرر. ولا توجد ولاية واحدة تغطي كل تكلفة علاج الذين يقل دخلهم عن مستوى الفقر الذي تحدده الحكومة الفيدرالية، وحتى في داخل الولاية نجد اختلافاً في المقدرة على الحصول على منافع هذا البرنامج وفي استخدام الخدمات الطبية بين البيض وغيرهم من سكان المدن وسكان الأرياف.

يمول برنامج المساعدات الطبية من ضريبة الدخل التي تجمعها الولايات والحكومة الفيدرالية، ولأن نفقات هذا البرنامج قد ارتفعت بسرعة شديدة من ٣.٤٥ بليون دولار من الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات في عام ١٩٨٦ إلى ٧٠ بليون دولار في عام ١٩٩٩، وجدت الولايات نفسها تحت ضغط لتخفيف نصيبها من تكاليف برنامج المساعدات الطبية المتزايدة.

وقد قلل هذا الأسلوب من إمكانية الفقراء في الحصول على الرعاية الطبية، وذلك لأن انخفاض التعويضات قلل استعداد الكثير من مقدمي الخدمات الصحية لاستقبال مرضى هذا البرنامج وتذليل الصعوبات التي تواجهها الولايات في الإنفاق المتزايد على هذا البرنامج، فمن غير المحتمل معالجة ثغراته ما لم تتوفر مصادر تمويل أخرى غير حكومات الولايات. (٢٥)

٣-٥- نظام خدمات الصحة الوطنية (مثال: - المملكة المتحدة، الدول الإسكندنافية)

National Health Service System (N.H.S.)

الإيرادات:-

إن الجزء الأكبر من إيرادات النظام الصحي الوطني غالباً ما يكون من الإيرادات الوطنية، المحلية والإقليمية.

مقدمى الخدمة:-

تقدم الخدمة من قبل المستشفيات الحكومية، اما ملكية المستشفيات وادارتها فتكون لامركزية للسلطات المحلية او الاقليمية، وبالنسبة لخدمات الرعاية الصحية الاولية فيتم التعاقد بموجب عدد المستفيدين.

الحصول على الخدمة:-

توفر الموازنة الرواتب لمقدمى الخدمة الحكوميين، ولكن في السنوات الاخيرة اخذت الانظمة الصحية الوطنية تعتمد على الموازنات المعتمدة على الاداء والعقود الداخلية مع المقدمين الحكوميين وبمشاركة المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، ويكون مقر ممولى الخدمة الصحية على مستوى الاقليم او المقاطعة او المحافظة، بينما تقوم السلطات الحكومية باعادة توزيع الموازنات بصورة متساوية وفق الاقاليم الجغرافية. (٢٦)

المحور الرابع

تحليل واقع التمويل الصحي للفترة ٢٠٠٢م - ٢٠١٤م

٤-١- توزيع تخصيصات الموازنة السنوية لسنة ٢٠٠٢ (باستثناء التخصيصات الاستثمارية وتخصيصات شراء الادوية) ())))))

الجدول رقم (١) يكشف مقدار تخصيصات التمويل المركزي لوزارة الصحة ضمن الموازنة العامة للدولة لسنة ٢٠٠٢ وجرى توزيعها الى أقسام وعلى مستوى المحافظات حسب نظام المحاسبة الحكومية وقد جرى دمج دوائر الصحة في محافظة بغداد في فقرة واحدة. (٢٧)

| القسم | المحافظة | التخصيصات (مليون دينار) | عدد السكان | حصة الفرد الواحد (دينار) |
|-------|--------------|-------------------------|------------|--------------------------|
| ٠١ | مركز الوزارة | ٢٣٣١ | | |
| | بغداد | ٤٩٠٤ | ٦٢٢٢١٨٦ | ٧٨٨ |
| ١٠ | البصرة | ٦١٦ | ١٧٢٤٨٤٤ | ٣٥٧ |
| ١١ | نينوى | ٥٦٨ | ٢٣٩٥٧١١ | ٢٣٧ |
| ١٥ | ذي قار | ٥٧٦ | ١٣٨٣٤١١ | ٤١٦ |
| ١٦ | ديالى | ٣١٠ | ١٣٣٠٦٦٢ | ٢٣٣ |
| ١٧ | بابل | ٣٣٣ | ١٣٩٦٦٥٥ | ٢٣٨ |
| ١٨ | الانبار | ٣٨٤ | ١٢٣٣٠٤٧ | ٣١١ |
| ١٩ | ميسان | ٣٤٤ | ٧٢٤٤٢٥ | ٤٧٥ |
| ٢٠ | واسط | ٣٥٠ | ٩١٣٢٦٠ | ٣٨٣ |
| ٢١ | التأميم | ٣٣٣ | ٨٢٤٠١١ | ٤٠٤ |
| ٢٢ | النجف | ٣٣٦ | ٩١٥١٥٥ | ٣٦٧ |
| ٢٣ | القادسية | ٣٥٦ | ٨٦٢٤١٨ | ٤١٣ |
| ٢٤ | المتن | ٣٠٩ | ٥١٨١٦٦ | ٥٩٦ |
| ٢٥ | كربلاء | ٣٩٨ | ٧٢٦١٥٥ | ٥٤٨ |
| ٢٦ | صلاح الدين | ٤٢٤ | ١٠٣٧٧٥٨ | ٤٠٨ |
| | المجموع | ١٢٨٧٢ | ٢٢٢٠٧٨٦٤ | ٥٧٩ |

جدول رقم (١)

توزيع تخصيصات الموازنة السنوية لوزارة الصحة لسنة ٢٠٠٢

٤-٢- توزيع تخصيصات الموازنة السنوية لسنة ٢٠٠٨ (باستثناء التخصيصات

الاستثمارية وتخصيصات شراء الادوية) ())))))

الجدول رقم (٢) يكشف مقدار تخصيصات التمويل المركزي لوزارة الصحة ضمن الموازنة العامة للدولة لسنة ٢٠٠٨ وجرى توزيعها الى أقسام وعلى مستوى المحافظات حسب نظام المحاسبة الحكومية وقد تم احتساب حصة الفرد العراقي الواحد من خلال قسمة التخصيصات على عدد السكان. (٢٨)

| القسم | المحافظة | التخصيصات (مليون دينار) | عدد السكان | حصة الفرد الواحد (دينار) |
|-------|--------------|----------------------------|------------|-----------------------------|
| ٠١ | مركز الوزارة | ٣٢٦٢٦٠ | | |
| | بغداد | ٤٩٧٠١٦ | ٧١٣٧٧٧٧ | ٦٩٦٣١ |
| ١٠ | البصرة | ١٦٤٥١٤ | ٢٥٥٧٨٣٩ | ٦٥٠٠٠ |
| ١١ | نينوى | ١٦٢٨٩٢ | ٣٠٢٦١٢١ | ٥٣٨٢٨ |
| ١٥ | ذي قار | ١٠٧٣٥٤ | ١٨٣٢٤٩٣ | ٥٨٥٨٣ |
| ١٦ | ديالى | ١٠١١٨٧ | ١٣١٨٣٥١ | ٧٦٧٥٢ |
| ١٧ | بابل | ١٣١١٨٢ | ١٧١٣٩٤٤ | ٧٦٥٣٨ |
| ١٨ | الانبار | ٩٧٨٣٩ | ١٤٤٦١٠٤ | ٦٧٦٥٦ |
| ١٩ | ميسان | ٧٥٢٨٧ | ١٠٢٠١٢٢ | ٧٣٨٠٢ |
| ٢٠ | واسط | ٦٩٧٥٩ | ١١٥٣٠٣٦ | ٦٠٥٠٠ |
| ٢١ | التأميم | ٧٤٦٩٩ | ١١٩٥٩٢٥ | ٦٢٤٦١ |
| ٢٢ | النجف | ١٠٣٧٩١ | ١٢١٥٥٢١ | ٨٥٣٨٨ |
| ٢٣ | القادسية | ٩١٤١٤ | ١١١٤٨٨٤ | ٨١٩٩٤ |
| ٢٤ | المتن | ٥٠٣٧٧ | ٧١١٧٦٩ | ٧٠٧٧٧ |
| ٢٥ | كربلاء | ٨٤٩٠٩ | ١٠٠٦٢٠٥ | ٨٤٣٨٥ |
| ٢٦ | صلاح الدين | ٨٢٣٩٤ | ١٢٤٦٥١٥ | ٦٦٠٩٩ |
| | المجموع | ٢٩٠٨١٨٦ | ٢٧٦٩٦٦٠٦ | ٩٥١٣١٧ |

جدول رقم (٢)

توزيع تخصيصات الموازنة السنوية لوزارة الصحة لسنة ٢٠٠٨

٤-٣- توزيع تخصيصات الموازنة السنوية لسنة ٢٠١٤ (باستثناء التخصيصات

الاستثمارية وتخصيصات شراء الادوية) ())))))

الجدول رقم (٣) يكشف مقدار تخصيصات التمويل المركزي لوزارة الصحة ضمن الموازنة العامة للدولة لسنة ٢٠١٤ كما يكشف بانه على الرغم من الزيادة الكبيرة في تمويل وزارة الصحة من لا تزال حصة الفرد (التمويل الصحي للفرد الواحد في العراق) منخفضة مقارنة ببعض الدول الاخرى . (٢٩)

| القسم | المحافظة | التخصيصات (مليون دينار) | عدد السكان | حصة الفرد الواحد (دينار) |
|-------|--------------|-------------------------|------------|--------------------------|
| ٠١ | مركز الوزارة | ٦٧١٥٠٥ | | |
| | بغداد | ٩٧٦١٦٧ | ٦٧٠٨٨٥٣ | ١٤٥٥٠٤ |
| ١٠ | البصرة | ٣١٨٩٩٠ | ٢٢٠٨٣٥٢ | ١٤٤٤٤٧ |
| ١١ | نينوى | ٣٦٨٦٣٣ | ٢١٦٨٨٦٧ | ١٦٩٩٦٥ |
| ١٥ | ذي قار | ٢٦١٦٧٩ | ١٢٦٠٠٢٢ | ٢٠٧٦٧٨ |
| ١٦ | ديالى | ١٩١٠٤٥ | ٧٥٤٧٢٦ | ٢٥٣١٣١ |
| ١٧ | بابل | ٢٦٥٨٥٤ | ٩٣٧٢١٥ | ٢٨٣٦٦٣ |
| ١٨ | الانبار | ٢١٤٧٠٨ | ٨٢٥١٦٧ | ٢٦٠١٩٩ |
| ١٩ | ميسان | ١٤٤٨٢٩ | ٧٦٧٢٠٦ | ١٨٨٧٧٤ |
| ٢٠ | واسط | ١٦١٤٦٥ | ٧٦٤٩٩٢ | ٢١١٠٦٧ |
| ٢١ | التأميم | ١٦٠٩٢٥ | ١٠٩٠٥١٨ | ١٤٧٥٦٧ |
| ٢٢ | النجف | ٢٠٧٢٠٣ | ٩٩٦٦٥١ | ٢٠٧٨٩٩ |
| ٢٣ | القادسية | ١٨٢٩٥١ | ٦٩٨٣٨٥ | ٢٦١٩٦٢ |
| ٢٤ | المتن | ١١١٥٨٤ | ٣٤٢٩٩٩ | ٣٢٥٣١٨ |
| ٢٥ | كربلاء | ١٨٤٩٥٩ | ٧٧٣٥٠٦ | ٢٣٩١١٧ |
| ٢٦ | صلاح الدين | ١٧٢٧٢٣ | ٦٧٩٠٤٥ | ٢٥٤٣٦١ |
| | المجموع | ٤٥٩٥٢٢٧ | ٢٠٩٧٦٥٠٤ | ٢١٩٠٦٦ |

جدول رقم (٣)

توزيع تخصيصات الموازنة السنوية لوزارة الصحة لسنة ٢٠١٤

المحور الخامس

الاستنتاجات و التوصيات

الاستنتاجات

١. لم يستطع تمويل القطاع الصحي الحكومي بشقيه المركزي وغير المركزي خلال السنوات الاخيرة من رفع مستوى التمويل الصحي للفرد العراقي الواحد الى مستوى تمويله في الاقطار المجاورة للحصول على نفس مستوى الخدمات الصحية المقدمة في تلك البلدان الامر الذي يتطلب البحث والدراسة لايجاد بدائل تمويلية اضافية.
٢. انّ المستوى الاقتصادي الحالي للفرد العراقي ضعيف ونسبة البطالة عالية في الوقت الذي يصعب على الكثير منهم استيعاب ان يكون العلاج في مؤسسات وزارة الصحة مقابل اجور تغطي تكاليفه، كما يستحيل على اكثرية المرضى تحمل هذه الاجور من دون ان يكون للدولة دور فعال ومساعد في توفير الخدمات الصحية الحكومية.
٣. انّ توزيع تخصيصات وزارة الصحة في الموازنة السنوية العامة على دوائرها على اساس المخرجات (مثل اعتماد المؤشرات الصحية وتقارير تقييم الاداء) فضلاً عن المدخلات (مثل عدد سكان المحافظة وعدد الاسرة وحجم المؤسسات الصحية وغيرها) هو افضل من توزيعها على اساس المدخلات فقط كما هو الحال حالياً.
٤. لا يمكن تحقيق موارد تمويلية مهمة من الفقراء وفي نفس الوقت يتوجب على الحكومة حمايتهم من احتمال حرمانهم من تلقي الرعاية الصحية من خلال السماح لهم بدفع اجور قليلة مقارنة بغيرهم من الميسورين او اعفائهم من تلك الاجور من خلال وضع استثناءات او من خلال المساعدات المالية المقدمة لهم في نظام يعتمد على الضمان الصحي.
٥. يمكن تحقيق ايرادات اضافية للقطاع الصحي الحكومي من خلال تقديم خدمات اضافية مثل الرقود في غرف خاصة وتقديم وجبات طعام خاصة وغيرها من التسهيلات.
٦. ان تطبيق التأمين الصحي في نظام يعتمد على استيفاء اجور العلاج من المستفيدين سوف يحول المخاطر من الشخص الى المجموعة كما انه سوف ينمي شعور المواطن بالمسؤولية عندما يدفع جزء من اجور العلاج مما سيحد من سوء استخدام الخدمات

- الطبية المقدمة واخيراً فإنه سوف يجبر المستشفيات في القطاع الحكومي او القطاع الخاص على رفع مستوى خدماتها وذلك لجذب المريض او جذب شركات التأمين.
٧. يمكن فرض ضريبة معينة على السكائر وتخصيص عوائدها لميزانية وزارة الصحة على اعتبار ان التدخين يضر بالصحة ويفرض تكاليف اضافية على الخدمات الصحية.
٨. ان قيام وزارة الصحة باستيفاء اجور من المرضى تغطي جزء من تكاليف الخدمات الصحية المقدمة (سمي بنظام التمويل الذاتي) في نهاية عقد التسعينات ادى الى تطوير مستوى الخدمات الصحية المقدمة وذلك بسبب منح ادارات المستشفيات الشخصية المعنوية والاستقلال المالي والاداري واستغلال جزء من الموارد المتحققة لتوزيعها كحوافز تشجيعية للعاملين.
٩. يعد نظام خدمات الصحة الوطنية N.H.S المطبق في المملكة المتحدة والدول الاسكندنافية من الانظمة الملائمة للتطبيق في القطاع الصحي الحكومي من حيث امكانية تمويله من عائدات النفط بصورة رئيسة كما يمكن ان تضاف اليها ايرادات من فرض الضرائب العامة مستقبلاً ولكن لا يمكن تطبيق هذا النظام في العراق في الوقت الحاضر لأنه يحتاج الى نظام اداري متطور ونظام رقابة فعال ونظام دقيق لتقييم الاداء وهذه غير متوافرة حالياً ضمن القطاع الصحي الحكومي في العراق.
١٠. انّ خصخصة الخدمات الصحية (وخاصة في المستوى الثالث من الرعاية الصحية) لا يمكن اقراره بدون انشاء الضمان الصحي لتوفير الحماية والدفع للحوادث الكارثية.
١١. في الدول التي تعتمد نظام الضمان الصحي الخاص كالولايات المتحدة الامريكية يتوجب حماية الافراد من غير العاملين من الفقراء والمسنين من حرمانهم من تلقي العلاج بسبب عدم استطاعتهم المشاركة بهذا النظام ويتم ذلك من خلال برنامج الرعاية الطبية الممول من ايرادات الضرائب المحلية لتقديم الخدمات الصحية للمشمولين من خلال المستشفيات المتعاقد

التوصيات

اولاً/ استمرار العمل بمبدأ تغطية الدولة الشاملة للخدمات الصحية المقدمة في القطاع الصحي الحكومي من العوائد الحكومية (عوائد النفط) وذلك من خلال توفير التخصيصات المناسبة لوزارة الصحة ضمن الموازنة السنوية الصادرة من وزارة المالية.

يفضل ان يتم توزيع تخصيصات وزارة الصحة على مؤسساتها الصحية على اساس المخرجات المتمثلة بتقييم المؤشرات الصحية وتقارير تقييم الاداء فضلاً عن المدخلات المتمثلة بعدد السكان وحجم المؤسسات الصحية وعدد الاسرة ومستوى انتشار الامراض المتوطنة والانتقالية وبعض خصوصيات المحافظة كالسياحة مثلاً بدلاً من الاعتماد على المدخلات فقط.

يفضل ايضاً ان يتم تحديد رواتب الموظفين والعاملين في القطاع الصحي الحكومي على اساس المخرجات المتمثلة بالاداء والابداع والعمل في المناطق البعيدة والتعرض للظروف الخطرة كالأشعاع والعدوى وغيرها مع الاخذ بالاعتبار المدخلات المتمثلة بالتحصيل العلمي وعدد سنوات الخدمة.

انّ لابر اعتماد اسلوب الحوافز على قدر حجم العمل والابداع سوف يخلق روح العمل الجاد والالتزام العالي لدى العاملين لتقديم افضل الخدمات.

ثانياً/ قيام المؤسسات الصحية الحكومية باستيفاء اجور من المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة لهم وعلى النحو الآتي:

أ- المرضى الاجانب والمقيمين يتم استيفاء الاجور التي تغطي تكاليف الخدمات الصحية والادوية المقدمة لهم.

ب- اما المرضى العراقيون فيتم تحديد الاجور المستحقة منهم بحيث تغطي جزء من تكاليف الخدمات الصحية والادوية المقدمة لهم في حين يتم تغطية الجزء الاخر من تخصيصات وزارة الصحة من الموازنة السنوية العامة لوزارة المالية وكما يأتي:-

(١) الخدمات الاتية تقدم بصورة مجانية:-

❖ الخدمات الوقائية والسيطرة على الامراض الانتقالية.

❖ خدمات التلقيحات والامومة والطفولة.

❖ الخدمات العلاجية لمرضى الاورام والتدرن والحميات والاضطرابات النفسية.

❖ الخدمات العلاجية المقدمة في ردهات الطوارئ والعناية المركزة والحروق والكلية الصناعية وردهات الثلاثيميا.

❖ خدمات الصحة المدرسية ونزلاء دور الدولة.

❖ الخدمات الصحية المقدمة للسجناء والموقوفين.

٢) إعفاء المشمولين بالرعاية الاجتماعية (الفقراء) من دفع الاجور او السماح لهم بدفع اجور اقل من غيرهم من الميسورين من خلال استثناءات.

٣) تكون الاجور المستحصلة عن الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الصحية الاولية اقل من مثيلاتها من الخدمات المقدمة في العيادات الخارجية للمستشفيات.

٤) تكون تسعيرة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الصغيرة والعامه اقل من مثيلاتها من الخدمات المقدمة في المستشفيات المركزية الاكثر تطوراً.

٥) تكون الاجور المستحصلة عن الخدمات الطبية المقدمة للاغراض التجميلية والترفيهية اكثر من غيرها من الاجور.

٦) استيفاء اجور اضافية عن خدمات خاصة اضافية يتم تقديمها للمرضى في المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.

ثالثاً/ العمل باتجاه انشاء وتطبيق الضمان الصحي وابتداءً بالمدن الكبيرة ويشمل

أ- الضمان الصحي الخاص:- لتغطية علاج الاجانب والمقيمين داخل العراق بالاضافة الى من يرغب من المرضى العراقيين.

ب- الضمان الصحي الاجتماعي:- لتغطية علاج الموظفين والعاملين حيث يتم تمويل صندوق هذا الضمان من قبل ارباب العمل والحكومة وبنسبة قليلة من المشتركين (الموظفين والعمال)، ويمكن ان تشارك المرجعيات الدينية والجمعيات الخيرية في تمويل هذا الصندوق. رابعاً/ ان ايرادات الضرائب العامة هي واحدة من اساليب تمويل القطاع الصحي الحكومي، ولكون العراق ينعم بواردات نفطية لذا فأن دور ايرادات الضرائب العامة في تمويل القطاع الصحي الحكومي في العراق في الوقت الحاضر غير مفعول ويمكن ان تبرز الحاجة لتفعيله مستقبلاً، ولكن في الوقت الحاضر يمكن ان يقوم القطاع الصحي الحكومي في العراق بفرض ضرائب لحسابه على مبيعات السكائر والمشروبات الروحية وذلك لتقليل مضارها على صحة المواطنين من خلال تقليل استهلاكها وفي نفس الوقت توفير مصدر تمويل اضافي للقطاع الصحي الحكومي.

خامساً/ من بدائل تمويل القطاع الصحي الحكومي هو قيام وزارة الصحة بفرض رسوم لحسابها تكون مناسبة ومعقولة عند منح او تجديد اجازة ممارسة المهنة للمستشفيات الخاصة، المختبرات الخاصة، مذاخر وشركات الادوية الخاصة، الصيدليات الخاصة،

عيادات الاطباء واطباء الاسنان الخاصة، محلات عمل الممرضين الصحيين، محلات بيع العدسات والنظارات، مراكز التجميل والرشاقة والعلاج الطبيعي الخاصة، المسابح، المطاعم، معامل الصناعات الغذائية، الفنادق، محلات الحلاقة والتجميل وغيرها.

سادساً/ فتح المجال امام القطاع الطبي الخاص (المحلي او الاجنبي) وتشجيعه لتقديم خدماته العلاجية داخل البلد تحت ظروف رقابية صارمة تفرضها وزارة الصحة وذلك لضمان تحقيق جودة الخدمات التي يقدمها وبما لا يؤثر سلباً على اعمال القطاع الصحي الحكومي وذلك بعد اصدار تعليمات جديدة تحدد الشروط الواجب توافرها في هذا القطاع بما فيها العاملين في هذا القطاع وامكانية العاملين الدمج بين العمل في القطاع الخاص والقطاع الحكومي.

ثامناً/ يمكن اعتماد الخصخصة مستقبلاً من خلال الاستثمار الاجنبي وسيلة لتوسيع وتطوير الخدمات الطبية المقدمة للمواطنين من قبل القطاع الطبي الخاص داخل البلد بشرط ان لا تشمل هذه العملية المؤسسات الصحية الاستراتيجية والتي لها علاقة مباشرة بحياة المواطنين وانما يمكن ان تشمل المؤسسات الصحية التي يشكل ادامتها وتطويرها عبئاً على وزارة الصحة.

تاسعاً/ ان استيفاء اثمان مقابل الادوية الموزعة للمرضى في القطاع الصحي الحكومي سوف يرشد توزيع الادوية من خلال الحد من وصفات الاطباء غير الضرورية وتقليل الاستخدام غير العقلاني للادوية من قبل المرضى.

الموامش

(١) سلوم، حسن عبد الكريم، الاصول النظرية والعملية للمحاسبة الحكومية مع التطبيقات لجمهورية العراق، بغداد، ٢٠٠٠، ص ٣٠.

2) Vision for the Iraq Health system, Iraq Ministry of Health with CPA and IHSS, USAID, April 2004. ص ٥،

(٣) الصائغ، حنا رزوقي ١٩٨٩، المحاسبة الحكومية والادارة المالية العامة، الجزء الاول، الطبعة الخامسة، بغداد، ١٩٨٩، ص ١١٤.

(٤) العلوان، د. علاء الدين، التخصيصات الحكومية غير كافية ولا بد من ايجاد موارد اخرى، بغداد، جريدة الصباح، ١٢ ايار ٢٠٠٥.

٥) تمويل النظام الصحي، قسم السياسات في دائرة التخطيط وتنمية الموارد بوزارة الصحة، بغداد، ٢٠٠٤ ، ص٦.

6) R. paul shaw and Martha Ainsworth, Financing Health services through user Fees and Insurance, world Bank Discussion paper No. 294, 1995 ، P.2

7) R. paul shaw and Martha Ainsworth, Financing Health services through user Fees and Insurance, world Bank Discussion paper No. 294, 1995 ، P.47.

8) Kenneth Lee and Anne Mills, the Economics of Health in Developing countries, 1985 ، P67.

9) R. paul shaw and Martha Ainsworth, Financing Health services through user Fees and Insurance, world Bank Discussion paper No. 294, 1995 ، p152.

١٠) عبد الله، محمد حامد، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الاول والثاني، الرياض، ٢٠٠٢، ص ١٨٢.

١١) عبد الله، محمد حامد، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الاول والثاني، الرياض، ٢٠٠٢، ص ١٨٥.

١٢) عبد الله، محمد حامد، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الاول والثاني، الرياض، ٢٠٠٢، ص ١٨٥.

١٣) (العمرى، هشام محمد صفوت، المالية العامة والسياسة المالية، الجزء الاول والثاني، الطبعة الثانية، بغداد، ١٩٨٨، ص٧٥)

١٤) (العمرى، هشام محمد صفوت، المالية العامة والسياسة المالية، الجزء الاول والثاني، الطبعة الثانية، بغداد، ١٩٨٨، ص٨١ - ١٠٨.

15) Financing options for Iraq's Health sector, Ministry of Health in Republic of Iraq, Amman seminar, November 2004 p10

16) <http://www.bahrainonline>

- ١٧) العلي، عادل فليح، المالية العامة والتشريع المالي، الموصل، ٢٠٠٢، ص ١٥٣
- ١٨) العلي، عادل فليح، المالية العامة والتشريع المالي، الموصل، ٢٠٠٢، ص ١٦٧.
- ١٩) الجبوري، عبد الرزاق حمد حسين، مساهمات المدخرات الوطنية في تمويل التنمية الاقتصادية، رسالة ماجستير، بغداد، ٢٠٠٣، ص ١٢٥.
- ٢٠) السامرائي، رفاه فائق، دليل التمويل الذاتي، وزارة الصحة - بغداد- ٢٠٠٢، ص ٥٠.
- ٢١) الخزرجي، كمال عبد الجبار عباس، نظام التمويل الذاتي في المستشفيات العراقية وانعكاساته على جودة الاداء والحوافز للتخصصات الطبية، بحث دبلوم عالي ادارة المستشفيات، بغداد، ٢٠٠١، ص ١١.
- 22) Financing options for Iraq's Health sector, Ministry of Health in Republic of Iraq, Amman seminar, November 20044 p8
- 23) Financing options for Iraq's Health sector, Ministry of Health in Republic of Iraq, Amman seminar, November 20044 p12
- ٢٤) عبد الله، محمد حامد، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الاول والثاني، الرياض، ٢٠٠٢، ص ٨٧٩.
- ٢٥) عبد الله، محمد حامد، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الاول والثاني، الرياض، ٢٠٠٢، ص ٨٨١
- 26) Financing options for Iraq's Health sector, Ministry of Health in Republic of Iraq, Amman seminar, November 2004 p9
- ٢٧) موازنة وزارة الصحة لعام ٢٠٠٢
- ٢٨) موازنة وزارة الصحة لعام ٢٠٠٨
- ٢٩) موازنة وزارة الصحة لعام ٢٠٠١٤

المصادر العربية

أ - التقارير العربية

١. تمويل النظام الصحي، قسم السياسات في دائرة التخطيط وتنمية الموارد بوزارة الصحة، بغداد، ٢٠٠٤.
٢. العلوان، د. علاء الدين، التخصيصات الحكومية غير كافية ولا بد من ايجاد موارد اخرى، بغداد، جريدة الصباح، ١٢ ايار ٢٠٠٥.

ب - الكتب العربية

١. عبد الله، محمد حامد، اقتصاديات الرعاية الصحية، الجزء الاول والثاني، الرياض، ٢٠٠٢.
٢. الصائغ، حنا رزوقي، المحاسبة الحكومية والادارة المالية العامة، الجزء الاول، الطبعة الخامسة، بغداد، ١٩٨٩.
٤. العمري، هشام محمد صفوت، المالية العامة والسياسة المالية، الجزء الاول والثاني، الطبعة الثانية، بغداد، ١٩٨٨.
٦. السامرائي، رفاه فائق، دليل التمويل الذاتي، وزارة الصحة - بغداد - ٢٠٠٢.
٨. العلي، عادل فليح، المالية العامة والتشريع المالي، الموصل، ٢٠٠٢.
٩. سلوم، حسن عبد الكريم، الاصول النظرية والعملية للمحاسبة الحكومية مع التطبيقات لجمهورية العراق، بغداد، ٢٠٠٠.

ج - الرسائل الجامعية

١. الجبوري، عبد الرزاق حمد حسين، مساهمات المدخرات الوطنية في تمويل التنمية الاقتصادية، رسالة ماجستير، بغداد، ٢٠٠٣.
٢. الخزرجي، كمال عبد الجبار عباس، نظام التمويل الذاتي في المستشفيات العراقية وانعكاساته على جودة الاداء والحوافز للتخصصات الطبية، بحث دبلوم عالي ادارة المستشفيات، بغداد، ٢٠٠١.

المصادر الاجنبية

أ - الكتب الأجنبية

1. R. paul shaw and Martha Ainsworth, Financing Health services through user Fees and Insurance, world Bank Discussion paper No. 294, 1995.
2. Kenneth Lee and Anne Mills, the Economics of Health in Developing countries, 1985.

ب - التقارير الأجنبية

1. Financing options for Iraq's Health sector, Ministry of Health in Republic of Iraq, Amman seminar, November 2004.
2. Vision for the Iraq Health system, Iraq Ministry of Health with CPA and IHSS, USAID, April 2004.

ج - تقارير الإنترنت

1. [http:// www.bahrainonline.org/showthread.php.2t=121869](http://www.bahrainonline.org/showthread.php.2t=121869)
2. [http:// www.dfidhealth rg.org/shared/publications/issues-papers/health financing pro poor.pdf](http://www.dfidhealth rg.org/shared/publications/issues-papers/health financing pro poor.pdf)
3. [http:// www.moh.gov.sa/template.asp?id=128](http://www.moh.gov.sa/template.asp?id=128)
4. <http://66.102.9.104/search?q=cach:wuir6p72ntsj:law.yued>