

الصحة أهم من المال

بحاجة ماسة إليها. أحسنت بعض الدول أيضا في فرض تخفيض أسعار على الشركات المنتجة. أما نظام براءات الاختراع Patent الذي يشجع على البحث والانتاج، فله أيضا مساوئه من ناحية الأسعار بالنسبة للدوية المستهلكة في الدول الفقيرة.

تكمن المشكلة في أن شركات الأدوية بمعظمها تنتج للأغنياء، أي لأصحاب القوة الشرائية القوية الذين يستهلكون أدويتهم بكثرة. فشركات الأدوية هي تجارية كغيرها وتحاول زيادة أرباحها لتمويل البحث الذي يصبح مكلفا أكثر فأكثر. إلا أن طبيعة إنتاجها يدخل إليها العامل الانساني، من هنا أهمية النظر من قبلها الى أوضاع الفقراء. عليها أن تدخل هذه السياسة ضمن أهدافها التجارية بحيث تريح في السمعة ما خسرته في المادة، وتكون هي الرابحة حتما على المدى البعيد. لا بد من أن يشجع القطاع العام المحلي والدولي شركات الأدوية على اتباع سياسات انسانية في خدمة المجتمع.

يحق لكل دولة اعتماد النظام الصحي الذي يناسب أوضاعها الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية. هنالك مدرستان عالميتان كبيرتان تدور حولهما الأنظمة الصحية الوطنية، وهما الأميركية والفرنسية. نجحت الدول الغربية، عبر عقود من الاستثمارات في صحة مواطنيها، في تحقيق مؤشرات انسانية لم يعرفها التاريخ من قبل. فمؤشر العمر المرتقب أي معدل حياة الانسان وصل الى 80 سنة في فرنسا و 77 في أميركا. أما مؤشر الوفاة عند الولادة، فوصل الى 5 في فرنسا و 8 في أميركا لكل ألف شخص. من ناحية الانفاق، يعتبر النظام الأميركي الأكثر تكلفة اذ وصل الى حدود 5267 دولار للأميركي الواحد مقابل 2736 دولار للفرنسي. أما نسبة الانفاق على الصحة من الناتج المحلي الاجمالي، فبلغت 13.5% في أميركا (كانت 5.2% في سنة 1960) و 9.7% في فرنسا. بلغت النسبة الممولة من قبل الدولة 45% في أميركا و 76% في فرنسا. تشير الاحصائيات الى وجود 2.7 طبيب لكل ألف شخص في أميركا مقابل 3.3 في فرنسا.

طبيعة الموضوع الصحي تجعل امكانية تركه لعوامل العرض والطلب ضئيلة. فالأسعار التي توازن بين الكميات المطلوبة والمعروضة ليست أسعار فضلى، كما هو الحال بالنسبة للسلع والخدمات التجارية والصناعية. يعود السبب الى عدم توافر المعلومات الكاملة للجميع بسرعة، مما يخفف من شفافية هذه الأسواق وفعاليتها وتنافسياتها ويزيد من خطورتها. في الدول النامية وبالرغم من الجهود المبذولة على الصعيدين العام والخاص، تبقى المشكلة كبيرة لعدم توافر مستشفيات رسمية عديدة جيدة. ان ارتفاع تكلفتي التأمين الخاص والصحة في كل الدول يهدد أمن المواطن وي طرح مشكلة اجتماعية مستقبلية كبرى. لا بد من ذكر الجهود الكبرى التي بذلها الرئيس كلبنتون خلال ولايته لادخال اصلاحات على النظام الصحي الأميركي بهدف ضبط الارتفاع الجنوني في التكلفة والاسعار. فشل كلبنتون في تنفيذ برنامجه

صحة الانسان هي أعلى ما لديه، وهذا ما ننسأه أحيانا في عالمنا الذي يصف حتى الوقت بالمال. اذا كانت الصحة الجيدة تسمح للانسان بالحصول على المال، فالعكس ليس دائما ممكنا. ان العمر المرتقب هو أحد أهم مؤشرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية ويعتمد تحسنه الى حد بعيد على تقدم الصحة وتطور التغذية النوعية. تلعب الدولة في كل العالم دورا رئيسيا في تأمين هذه الخدمة الحيوية لكل مواطنيها، طبعا اذا سمحت الامكانيات. يختلف شكل هذا الدور من دولة الى أخرى تبعا لتقاليدها ومفاهيمها وأنظمتها الاجتماعية والاقتصادية. من الخطاء وضع موضوع الصحة فقط في خانة المواضيع الاجتماعية، اذ أنها أيضا وخاصة عامل اقتصادي أساسي مؤثر في النمو. تؤثر الصحة الجيدة ايجابا على مستوى الانتاج، أي على الناتج المحلي الاجمالي. تؤكد الدراسات التطبيقية على أن زيادة سنة واحدة في العمر المرتقب تساهم في زيادة الانتاج بنسبة 4%. من الضروري ان يلعب القطاع الخاص عبر التأمين الصحي دورا رئيسيا في هذا المضمار.

ان التوزع الافضل للانفاق بين القطاعين العام والخاص يختلف من دولة الى أخرى، وتدخل اجمالا العوامل السياسية في اقراره. نذكر ان 43 بالمئة من نفقات الصحة تقع على عاتق القطاع الخاص في دول الشرق الأوسط مقارنة ب 78 بالمئة في الهند و 61 بالمئة في مجمل آسيا. ان القطاعات الخاصة والمؤسسات غير الحكومية تعمل في الدول العربية منذ سنوات طويلة على تقديم العديد من الخدمات الصحية. أما دور الدولة الرئيسي، فيمكن أن يتركز في المحافظة على حقوق المواطن وكرامته عبر المراقبة الفاعلة والمتواصلة لنوعية وتعريف الخدمات المقدمة من القطاع الخاص؛ وثانيا في التحديث المتواصل للأطر القانونية والادارية التي تسمح للقطاع الخاص بالعمل بنجاح وربحية وانتاجية عالية تمكنه من تمويل نفسه وتطوير خدماته. ان مساهمة الشركات الخاصة في دفع قسم كبير من اقساط التأمين الصحي الخاص عن موظفيها هو عمل جيد ويساهم في تعلمين الموظف ويجعله يعمل أكثر وبأخلاص أكبر لصالح شركته. هذا لا يغني عن ضرورة حزم الدولة أمرها لتطوير أنظمة الضمان الاجتماعي والصحي وتفعيلها كي تقدم خدمات أكثر وبصورة أسرع للمواطن.

ان عمليات الدمج الحاصلة بين شركات الأدوية العالمية تتذر مع الوقت بارتفاع الأسعار مما يؤذي الدول الفقيرة. من هنا ضرورة التنبه الى مكافحة الاحتكار عبر مراقبة هذه العمليات والسماح فقط لتلك التي لا تضر بالمنافسة. تحصل عمليات الدمج أيضا بين المستشفيات وبين كافة الشركات التي تتعاطى الأمور الصحية. لم تمنع الأجهزة التنظيمية الأميركية مثلا الا 2% من طلبات الدمج المقدمة من قبل المستشفيات، مما يندب بعواقب مستقبلية وخيمة من ناحية السعر. فموضوع أسعار الأدوية هو أساسي بالنسبة للدول الفقيرة، وقد أحسنت بعض الشركات بتحديد اسعار مخفضة للأدوية التي هي



بقلم الخبير الاقتصادي الدكتور لويس حبيقة

الدراسات الخاصة بتكلفة المرض



لا مراء في أن التكاليف المباشرة للرعاية الصحية والسلع غير الطبية والخدمات المقدمة لمعالجة الأمراض المزمنة باهظة للغاية. وتتفاوت التقديرات من بلد لآخر، ووفقاً للعام، بل وفي نفس العام في أي بلد، مما يعكس التفاوت في مستوى الوصول للرعاية الصحية وإتاحتها، ونظم تمويل البلدان، والتفاوتات المنهجية.

ففي الولايات المتحدة الأميركية، زاد إجمالي تكاليف الرعاية الصحية الناجمة عن الأمراض القلبية من 298.2 مليار دولار أميركي في عام 2000 إلى 329.2 مليار في عام 2001 و 351.8 مليار دولار أميركي في عام 2002.

وقد كلفت الاثني مليون حالة سكتة نظم الرعاية الصحية في الولايات المتحدة نحو 8.3 مليار دولار أميركي في عام 1996، كما اهدرت 5.2 مليون يوم عمل. وكلفت امراض القلب نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة نحو 1.7 مليار جنيه استرليني (أي 3 مليار دولار أميركي تقريباً) في عام 1999: 2.4 مليار جنيه استرليني (4.3 مليار دولار أميركي تقريباً) في الرعاية غير الرسمية و 2.9 مليار (5.2 مليار دولار أميركي تقريباً) إهدار في الإنتاجية. وكلفت السكتة الخدمات الصحية الوطنية 15303 جنيه استرليني (27306 دولاراً أميركياً تقريباً) على مدى خمس سنوات، لكل شخص عانى من السكتة، وتزيد هذه التكلفة لتصل إلى 29405 جنيه استرليني (52470 دولاراً أميركياً تقريباً) بأسعار عام 2001/2002، إذا ما أضفنا الرعاية غير الرسمية. فأمرض القلب وحدها كلفت نحو 6% من إيرادات الخدمات الصحية الوطنية وفقاً لاسعار الثنائية 1994-1995. وفي استراليا، يعزى نحو 2% من إجمالي تكاليف الرعاية الصحية المباشرة للبلد، للسكتة.

عوامل الاختصار تفرض عبئاً اقتصادياً على المجتمع

ومن الاشياء التي تتداخل نوعاً ما مع هذه التقديرات، نجد ان البدانة تستحوذ على نحو 5% من النفقات الصحية الوطنية في الولايات المتحدة، وما بين 2% و 3.5% من النفقات الصحية في البلدان الاخرى. وقد اوضحت بعض الدراسات تأثير عبء السمنة من جوانب اخرى، مثل نظم التأمين الصحي، وكذلك تأثير البدانة على مخاطر التعرض للأمراض في المستقبل، ونفقات الرعاية الطبية المصاحبة.

الصحي والذي ربما يعود الى الواجهة اذا ما فازت زوجته في انتخابات 2008.

تكمّن المشكلة الطبية في الدول النامية في وجود الاكثية الساحقة من الاطباء في المدن الكبرى. تحسين هذا التوزع أو على الاقل تشجيع الاطباء الجدد على ممارسة المهنة في الريف عبر أفضلويات ضرائبية واسكانية، يحسن في توازن النمو الاجتماعي الوطني ويساعد على بقاء المواطن في ريفه وأرضه. أما مجمل السياسة الصحية، فيجب ان يرتكز عنوانها على ان الوقاية خير من العلاج مشجعة بذلك كل المواطنين على القيام بالفحوصات العامة الطبية والمخبرية الفصلية خاصة بعد عمر الاربعين وذلك للوقاية.

ان تجارب الوقاية الطبية الآتية من الولايات المتحدة الاميركية مهمة جدا وتدعو الى الدرس الجدي من قبل كل المهتمين في الدول النامية. ان تفشي ظاهرة مؤسسات الادارة الصحية HMO على كل الأراضي الاميركية (بعد فشل مشروع كلينتون) خفض تكلفة الصحة وعدد المواطنين غير المضمونين الذي وصل منذ بداية التسعينات الى أكثر من 10% من السكان. تعمل هذه المؤسسات الجديدة على رعاية صحة الانسان دورياً أي قبل أن يمرض وذلك عبر شبكات اطباء ومستشفيات وصيدليات ومختبرات تابعة لها بحيث تقلل من تكلفة المعالجات الحالية واللاحقة. يتم ذلك أيضاً عبر تحسين وتوفير كل وسائل الوقاية الضرورية، أي اجراء فقط ما يلزم من فحوصات طبية ومخبرية وعمليات جراحية كانت تأكل ميزانيات المؤسسات والافراد وتقلل من ثقة المواطن في الجسم الصحي. في دراسة للجمعية الطبية الأميركية AMA يتبين ان الإقامة في المستشفيات انخفضت بنسبة 30%، كما ان نسبة الزيادة السنوية لأقساط التأمين تدنّت من 10.8% الى 0.5% بفضل النظام الجديد

ان الاهتمام بمواضيع الصحة العامة والضمان الصحي هو من الواجبات الأساسية لكل دولة. تشير كل الوقائع الى صحة المثل القديم الرائج «العقل السليم في الجسم السليم».