

المحاضرة الثامنة

نظام الرعاية الصحية، دور وتنظيم نظم الرعاية الصحية

تمهيد

لقد عرضنا في المحاضرة السابقة مفهوم الإدارة الصحية وتحدثنا عن خصوصية الإدارة الصحية سيما ان المدخلات في الإدارة الصحية هو الانسان ومن ثم تحدثنا عن مكونات نظام الإدارة الصحية. وسنقوم في هذه المحاضرة بشرح نظام الرعاية الصحية والنظم الصحية.

مقدمة

تعتبر النظم الصحية مسؤولية حيوية ومستمرة للناس خلال مراحل العمر وهي جوهرية بالنسبة للتنمية الصحية للأفراد والأسر والمجتمعات في كل مكان. يعتمد التطور الحقيقي في الصحة باتجاه الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة للأمم المتحدة وبعض الأولويات الصحية الوطنية الأخرى بشكل اساسي على نظم صحية قوية مرتكزة على الرعاية الصحية الأولية. إن الهدف الرئيسي لكل نظام صحي هو تحسين الصحة ولكنه ليس الوحيد. إن هدف الصحة الجيدة يتضمن نفسه مجالان: مستوى أفضل معدل يمكن بلوغه (الجودة) وأقل الاختلافات الممكنة بين الأفراد والجماعات (العدالة). الجودة تعني أن النظام الصحي يستجيب جيدا لما يتوقعه الناس منه والعدالة تعني أنه يستجيب جيدا بشكل متساو للجميع دون تمييز. يجب أن يكون كل نظام صحي وطني موجه نحو تحقيق ثلاثة أهداف شاملة:

- الصحة الجيدة،
- القدرة على تلبية تطلعات المواطنين،
- وعدالة التوزيع المالي.

يعتمد التقدم نحو تحقيقها بشكل أساسي على كيفية قيام النظم بتنفيذ أربع وظائف حيوية. وهي: تقديم الخدمة، استقرار الموارد، التمويل والإدارة. إن مقارنة الطريقة التي يتم بموجبها تنفيذ هذه الوظائف يقدم الأساس لفهم تباينات الأداء مع مرور الوقت وفيما بين البلدان.

يوجد حد أدنى من المتطلبات التي يجب أن يلبها كل نظام رعاية صحية بعدالة:

1. الحصول على خدمات نوعية للحاجات الصحية الحادة والمزمنة،
2. التعزيز الفعال للصحة وخدمات الوقاية من الأمراض
3. الاستجابة المناسبة للمخاطر الجديدة عند ظهورها (ظهور الأمراض المعدية، تزايد عبء الأمراض غير المعدية والإصابات، والتأثيرات الصحية للتغيرات البيئية العالمية الناشئة).

ساهمت النظم الصحية بشكل كبير لصحة أفضل لمعظم سكان العالم خلال القرن العشرين. تلعب النظم الصحية اليوم في جميع البلدان غنيها وفقيرها دوراً أكبر وأكثر تأثيراً في حياة الناس أكثر من ذي قبل. النظم الصحية من نوع محدد موجودة منذ فترة طويلة حيث حاولت الشعوب حماية صحتها ومعالجة الأمراض. كانت الممارسات التقليدية التي اندمجت غالباً مع تقديم الإرشاد الروحي وتوفير الرعاية الوقائية والعلاجية على حد سواء، موجودة منذ آلاف السنين وغالباً ما تتعايش اليوم مع الطب الحديث. اجتازت النظم الصحية أجيال متداخلة من الإصلاحات في السنوات الـ 100 الماضية متضمنة تأسيس نظم الرعاية الصحية الوطنية وتوسيع مجال أنظمة التأمين الاجتماعي. أخيراً يأتي تعزيز الرعاية الصحية الأولية بوصفها طريقاً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بتكلفة معقولة-هدف الصحة للجميع. في العقد الماضي أو حيثما هناك تحول تدريجي للرؤية تجاه ما تدعوه منظمة الصحة العالمية "الشمولية الجديدة". أو بالأحرى كل العلاج الممكن لأي فرد أو فقط الرعاية الأبسط أو الأشد حاجة للفقراء وهذا يعني التسليم بأن الرعاية الأساسية عالية الجودة تحدد بشكل أساسي عن طريق معايير الفعالية والتكلفة والمقبولية الاجتماعية. قد يعود هذا التحول جزئياً إلى التغيرات السياسية والاقتصادية العميقة في السنوات الـ 20 الماضية أو نحو ذلك.

وهذه تشمل التحول من الاقتصاديات المخططة مركزياً إلى الاقتصاديات الموجهة نحو السوق. مخفضة تدخل الدولة الـ في الاقتصاديات الوطنية ورقابة حكومية أقل وزيادة في اللامركزية. يوجد داخل جميع النظم العديد من الأشخاص المتقنين من ذوي المهارات العالية الذين يعملون على جميع المستويات لتحسين صحة مجتمعاتهم. عندما بدأ القرن الجديد امتلكت نظم الصحة السلطة والقدرة على تحقيق المزيد من التحسينات الاستثنائية أو الخارقة. لسوء الحظ، يمكن أيضاً ان تحد النظم الصحية من سلطتهم وتبديد إمكاناتهم. يمكن أن تسبب النظم الصحية سيئة التنظيم والمنظمة والمدارة بشكل سيئ والممولة بشكل غير مناسب ضرراً أكثر من المنفعة. وتقع المسؤولية النهائية عن الأداء العام للنظام الصحي للبلد على عاتق الحكومة التي بدورها ينبغي أن تشرك جميع قطاعات المجتمع في إدارتها. إن الإدارة المتأنيبة والمسؤولة لرعاية السكان هي جوهر الجودة. وهذا يعني لكل بلد إنشاء أفضل وأعدل نظام صحي ممكن مع الموارد المتاحة. إن صحة الناس هي دائماً أولوية وطنية ومسؤولية الحكومة لأنه ينبغي أن تكون مستمرة ودائمة. ولذلك يجب أن تلعب وزارات الصحة دوراً كبيراً في إدارة النظم الصحية. تحتاج السياسات الصحية والاستراتيجيات إلى تغطية توفير الخدمات من

القطاع الخاص وتمويلها إضافة إلى تمويل المحافظات والنشاطات. وبهذه الطريقة وحدها يمكن أن تكون النظم الصحية ككل موجهة نحو تحقيق الأهداف التي هي في المصلحة العامة.

خدمات الرعاية الصحية ومنظمات الخدمات الصحية

الرعاية الصحية هي الجهد الاجتماعي الشامل المنظم ام غير المنظم خاص أو عام والذي يسعى إلى ضمان وتوفير وتمويل وترويج الصحة. وتتألف الرعاية الصحية من التدابير والأنشطة والإجراءات المتخذة لضمان وتحسين الصحة والمعيشة وبيئة العمل فضلاً عن التدابير والأنشطة والإجراءات المباشر بها في مجال الرعاية الصحية لضمان وتحسين صحة السكان والوقاية والسيطرة على أمراض معينة والاكتشاف المبكر للأمراض وظروف اعتلال الصحة كذلك العلاج وإعادة التأهيل في الوقت المناسب والكفاءة. لقد تغيرت بشكل ملحوظ خلال القرن العشرين باتجاه المثالية في الرفاهية والوقاية من المرض والعجز. يتضمن تقديم خدمات الرعاية الصحية الجهود المنظمة العامة أو الخاصة التي تساعد الأفراد في المقام الأول في استعادة الصحة وكذلك أيضاً في الوقاية من المرض والإعاقة.

يتم تقديم الخدمات للمرضى/المستهلكين عن طريق مجموعة متنوعة من الإعدادات التنظيمية ("المرضى" أي شخص عولج من قبل منظمات الخدمات الصحية). الخدمات الصحية هي نظام وطني دائم للمؤسسات المحدثة والتي هدفها متعدد الأغراض يتماشى مع مختلف الاحتياجات الصحية ومطالب السكان وبالتالي توفير الرعاية الصحية للأفراد والمجتمع المتضمنة طيف شمولي من الأنشطة الوقائية والعلاجية. ويمكن أن تصنف جميع منظمات الخدمات الصحية حسب الملكية ودافع الربح. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تصنف حسب ما إذا كان المريض مقبول كمرضى داخلي في المستشفى أو كمرضى عيادات خارجية وبالنسبة للمرضى داخل المستشفى بمتوسط مدة الإقامة. تاريخياً كانت المستشفيات ومرافق التمريض الصحي أكثر منظمات الخدمات الصحية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية شيوعاً وهيمنةً.

أنها تظل بارزة في نظم الرعاية الصحية المعاصرة ولكن منظمات الخدمات الصحية الأخرى قد حققت مكانة. ومن بينها العيادات الخارجية ومراكز التصوير ومراكز الرعاية المستعجلة الفورية والمراكز الجراحية ومجموعة واسعة من الممارسات المهنية ووكالات الصحة المنزلية. تنتشر النظم متعددة التنظيم المتكاملة رأسياً وأفقياً على حد سواء على نطاق واسع. وتواجه هذه المنظمات المختلفة من الخدمات الصحية وغيرها البيئات الجديدة التي تحتوي على مجموعة واسعة من الضغوط الخارجية المتضمنة القواعد و التقنيات الجديدة، والديموغرافيا المتغيرة، المحاسبة لمجموعة مكونات ومحدودية الموارد. بالنتيجة على منظمات الخدمات الصحية أن تخصص وتستخدم الموارد بفعالية أكبر وتعمل على التحسين المستمر والتميز المستمر في بيئة مقيّدة أكثر فأكثر.

ما هو النظام الصحي؟

في عالم اليوم المعقد، قد يكون من الصعب القول تماماً ما هو نظام صحي ما، ومما يتألف ، وأين يبدأ وينتهي. يشمل النظام الصحي جميع الأنشطة التي هدفها الأساسي هو تعزيز واستعادة الصحة والحفاظ عليها. فهذا يعني أن النظام الصحي مكون من عناصر مترابطة تساهم في الصحة في المنازل والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل والأماكن العامة والمجتمعات وكذلك في البيئة المادية والنفسية الاجتماعية والصحة والقطاعات الأخرى ذات الصلة.

عادة ما يتم تنظيم نظام صحة ما على مستويات مختلفة ابتداء من المستوى المحلي والمعروف بالمستوى المحلي أو المستوى الأولي للرعاية الصحية والمتابع على المستوى الوسيط (منطقة، محافظة أو بلدة) إلى المستوى المركزي. المستويات الوسيطة والمركزية تنطرق إلى عناصر النظام الصحي التي تقدم تدريجياً الرعاية والدعم الأكثر تعقيداً وتخصصاً. إنه ليس من السهولة تصور مثل هكذا نظام صحي متعدد الأوجه ليحافظ على تماسكها ويضمن أن وظائفها متوافقة مع السياسات المتفق عليها.

إن النظام الصحي الشامل هو ذلك الذي يتضمن جميع العناصر اللازمة لتلبية كافة الاحتياجات الصحية لسكان. تشمل البنية التحتية للنظام الصحي الخدمات، المرافق، المؤسسات أو المنشآت وتلك المستخدمة لتقديم مجموعة متنوعة من البرامج الصحية. أنها توفر للأفراد والأسر والمجتمعات المحلية الرعاية الصحية التي تتكون من مزيج من التدابير التشجيعية، الوقائية، التشخيصية والعلاجية والتأهيلية.

الموارد الصحية هي كافة وسائل نظام الرعاية الصحية المتاحة لتشغيلها متضمنة القوى العاملة والمباني والمعدات والامداد والأموال والمعرفة والتكنولوجيا. يشمل قطاع الصحة الوزارات والإدارات الحكومية والمنظمات والخدمات ونظام الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي والمنظمات الطوعية والإدارات والأفراد والمجموعات الخاصة التي تقدم الخدمات الصحية.

العمل المشترك بين القطاعات هو العمل الذي يتم فيه التعاون بين قطاع الصحة والقطاعات الأخرى ذات الصلة لتحقيق هدف مشترك وهو ان تصبح المساهمات المقدمة من مختلف القطاعات منسقة بشكل وثيق. العمل متعدد القطاعات هو مصطلح مرادف للعمل المشترك بين القطاعات. حيث يتم التركيز في العمل بين القطاعات على عنصر التركيز في حين يتم التركيز في العمل متعدد القطاعات على مساهمة عدد القطاعات.

تعرف النظم الصحية من قبل منظمة الصحة العالمية على أنها متضمنة جميع المنظمات والمؤسسات والموارد التي تخصص لإنتاج الأعمال الصحية. يعرف العمل الصحي بأنه كل جهد، سواء في الرعاية الصحية الشخصية والخدمات الصحية العامة أو من خلال المبادرات المشتركة بين القطاعات، الذي هدفه الرئيسي هو تحسين الصحة وتكون الخدمات الصحية الرسمية المتضمنة التقديم المهني للعناية الطبية الشخصية جلية

داخل هذه الحدود. هكذا تكون الأعمال من قبل المعالجين التقليديين وفي كل استخدامات العلاج سواء توصف من قبل مزود خدمة ام لا. هكذا تكون العناية المنزلية بالمرضى والتي يدار فيها في مكان ما بين 70% و90% من المرض. على سبيل المثال أنشطة الصحة العامة التقليدية كترويج الصحة والوقاية من الأمراض وغيرها من التدخلات المعززة للصحة مثل الطرق، وتحسين السلامة البيئية هي أيضا جزء من النظام.

وخارج نطاق حدود هذا التعريف تكون الأنشطة التي يكون هدفها الرئيسي شيء آخر غير الصحة - التعليم على سبيل المثال وحتى إذا كانت هذه الأنشطة لها فائدة ثانوية على تعزيز الصحة. ولذلك يكون نظام التعليم العام خارج الحدود، ولكن بشكل خاص يتضمن التعليم المتعلق بالصحة. هكذا تؤثر الإجراءات المعدة بالدرجة الأولى لتحسين الصحة بشكل غير مباشر على كيفية عمل النظم غير الصحية - على سبيل المثال، حملات زيادة التحاق الفتيات بالمدارس أو تغيير المناهج الدراسية لجعل الطلاب مستقبلا أفضل المقدمين والمستهلكين للرعاية الصحية.

تشير كل المعلومات المتوفرة حول النظم الصحية فقط إلى توفير الخدمات الصحية والاستثمار فيها: هذا يعني أن نظام الرعاية الصحية يتضمن التدخلات الوقائية والعلاجية والتلطيفية سواء كانت موجهة للأفراد أو للسكان. ولا بد من بذل الجهود لقياس وتقييم تلك الأنشطة التي تنطوي تحت التعريف الأوسع للبدء في قياس مدى التكلفة النسبية وفعاليتها في المساهمة في تحقيق أهداف النظام الصحي. حتى في التعريف الأكثر محدودية تمثل النظم الصحية اليوم واحدة من أكبر القطاعات في الاقتصاد العالمي. وكان الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية يساوي تقريبا 8% من الناتج المحلي الإجمالي العالمي في عام 1997. مع استثناءات نادرة حتى في البلدان الصناعية تهدف أنظمة الصحة المنظمة بالمفهوم الحديث إلى تحقيق الفائدة للسكان بشكل عام وهي توجد بالكاد منذ قرن من الزمان. المستشفيات لديها تاريخاً أطول من الأنظمة الكاملة في العديد من البلدان. حتى في القرن التاسع عشر تم تشغيلها بالجزء الأكبر كمنظمات خيرية وكثيراً ما كانت أكثر بقليل من ملاجئ للأيتام والعجزة والمعوزين أو المجانين. ولا يوجد شيء مثل الممارسة الحديثة للإحالة من مستوى واحد من النظام إلى آخر وحماية قليلة من المخاطر المالية ماعدا التي تقدمها الجمعيات الخيرية أو عن طريق توحيد المساهمات على نطاق ضيق بين العاملين في نفس المهنة. ساهمت الثورة الصناعية في نهاية القرن التاسع عشر في تحويل حياة الناس إلى إطار عالمي. وفي الوقت نفسه بدأت المجتمعات بتسجيل الأعداد الكبيرة للموت والمرض والإعاقة التي تحدث بين العمال سواء كانت بسبب الأمراض المعدية أو بسبب الحوادث الصناعية والتعرض للمخاطر.

في الوقت ذاته أصبحت صحة العمال قضية سياسية في بعض البلدان الأوروبية ولكن لأسباب مختلفة تماما وضع المستشار الألماني بسمارك في عام 1883 قانونا يتطلب مساهمات رب العمل للتغطية الصحية للعمال ذوي الأجور المنخفضة في بعض الوظائف مضيئاً فئات أخرى من العمال في السنوات اللاحقة. وكان هذا

أول مثال لنموذج تأمين اجتماعي تحت سلطة الدولة. قادت شعبية هذا القانون بين العمال إلى اعتماد تشريعات مماثلة في بلجيكا عام 1894 والنرويج عام 1909 والدانمرك عام 1935 وفي هولندا بعد بضع سنوات. بدأ تأثير النموذج الألماني ينتشر خارج أوروبا بعد الحرب العالمية الأولى (اليابان في عام 1922 ، شيلي في عام 1924). في أواخر القرن التاسع عشر بدأت روسيا في إنشاء شبكة ضخمة من المراكز الطبية والمستشفيات الريفية حيث كان العلاج مجانياً ومدعوماً من أموال الضرائب. وبعد قيام الثورة البلشفية في عام 1917 صدر مرسوم بتوفير الرعاية الطبية المجانية لجميع السكان وتمت المحافظة على النظام الناتج إلى حد كبير لأكثر من ثمانية عقود. وكان هذا المثال الأكبر لنموذج مركزي بشكل كامل وخاضع لسيطرة الدولة. ألحقت الحرب العالمية الثانية أذىً أو تقريباً دمرت البنى التحتية الصحية في بلدان عديدة وأخرت خطط نظامها الصحي. ومن المفارقات أنه أيضاً مهد الطريق لوضع الخطط بالنسبة للبعض الآخر. ما تعاملت به خدمة الطوارئ الوطنية البريطانية زمن الحرب مع الإصابات كان مفيداً في بناء ما وصلت إليه إدارة الصحة الوطنية في عام 1948 وربما النموذج ذات النفوذ الأكثر انتشاراً لنظام صحة.

وقد حدد تقرير بيفريدج لعام 1942 الرعاية الصحية كأحد المتطلبات الأساسية الثلاثة لنظام ضمان اجتماعي صالح. ولقد وضع كتاب الحكومة الأبيض لعام 1944 السياسة التي تبين بأن لكل شخص بغض النظر عن الموارد المالية والعمر والجنس أو المهنة فرصة متساوية في الاستفادة من الخدمات الطبية المتكاملة الأفضل والأحدث والمتاحة إضافة إلى تلك الخدمات والتي يجب أن تكون شاملة ومجانية وينبغي ان تعزز الصحة الجيدة فضلاً عن علاج السقم والمرضى.

تتنمذج النظم الصحية للوقت الراهن في واحد أو أكثر من بضعة تصاميم أساسية والتي برزت منذ أواخر القرن التاسع عشر. واحد من هذه الأهداف كان لتغطية جميع أو معظم المواطنين عن طريق مساهمات رب العمل والموظف المعني بها لصناديق التأمين أو حسابات المرضى مع توفير الرعاية من خلال مقدمي الخدمات العامة والخاصة على السواء. وقد تركز الكثير من النقاش حول ما إذا كان أحد الأنظمة الصحية أفضل من الآخر ولكن ما يهم حول الهيكل العام للنظام هو كيف أنه يسهل أداء مهامه الرئيسية.

نماذج لنظم الرعاية الصحية الوطنية حسب مصادر التمويل

يمكن تمييز ثلاثة نماذج رئيسية لأنظمة الرعاية الصحية الوطنية حسب مصدر تمويلها: نموذج Beveridge، نموذج بسمارك ونموذج التأمين الخاص:

واستوحي نموذج Beveridge "العام" من تقرير ويليام بيفيريدج للتأمينات الاجتماعية المقدمة في البرلمان الإنجليزي في عام 1942. يستند التمويل أساساً على الضرائب ويتصف بالخدمة الوطنية الصحية المنظمة مركزياً حيث أن الخدمات التي يوفرها بشكل أساسي مقدمي الصحة العامة (المستشفيات وخدمات المجتمع

العام والأخصائيين وخدمات الصحة العامة). وفي هذا النموذج تتنافس ميزانيات الرعاية الصحية مع أولويات الإنفاق الأخرى.

واستوحى نموذج بسمارك "المختلط" من التشريعات الاجتماعية الألمانية لعام 1883 ومن خطة التأمين الصحي الوطنية للعمال والتي أقرت من قبل أوتو فون بيسمارك "مستشار ألمانيا". وتوفر الأموال أساساً عن طريق قسط التأمين الاجتماعي/الزامية التأمين. ينتج هذا النموذج عن مزيج من مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص ويتيح مرونة أكثر في الإنفاق على الرعاية الصحية.

يعرف نموذج التأمين "الخاص أيضاً بنموذج "الزبون المستقل". يستند تمويل النظام على أقساط التأمين المدفوعة إلى شركات التأمين الخاصة ويوجد في شكله الحالي فقط في الولايات المتحدة الأمريكية. في هذا النظام يكون التمويل الغالب خاص باستثناء الرعاية الاجتماعية من خلال برنامج الحكومة لرعاية الشيخوخة (Medicare) وبرنامج الحكومة الصحي لرعاية ذوي الدخل المحدود (Medicaid) تنتمي الغالبية العظمى من مقدمي الخدمات في هذا النموذج إلى القطاع الخاص.

تعد هذه النماذج الثلاثة للرعاية الصحية غير كافية ومكلفة جداً. جميع أنظمة الرعاية الصحية تهدف إلى "الكمال"، أي أنها محاولة لتحقيق خليط أمثل للوصول إلى الرعاية الصحية وجودة العلاج والرعاية وكفاءة التكلفة.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO)، تتأثر أنظمة الرعاية الصحية الحالية في مختلف البلدان بشكل كبير بالمعايير والقيم السائدة في المجتمعات المعنية الأساسية. كنظم الخدمات البشرية الأخرى غالباً ما تعكس خدمات الرعاية الصحية التوقعات الاجتماعية والثقافية المترسخة في المجتمع. على الرغم من أنه يتم تعميم هذه القيم الأساسية خارج الهيكل الرسمي لنظام الرعاية الصحية وهي غالباً ما تحدد طابعها العام وقدرتها. ولذلك تتأثر نظم الرعاية الصحية المختلفة في جميع أنحاء العالم بالتاريخ الفريد لكل أمة والتقاليد والنظام السياسي. هذا يؤدي إلى وجود مؤسسات مختلفة وتباين كبير في نوع العقود الاجتماعية بين المواطنين وحكوماتهم الخاصة.

وفي بعض المجتمعات ينظر إلى الرعاية الصحية كسلعة اجتماعية قوية أو جماعية والتي يجب من خلالها على جميع المواطنين الذين ينتمون إلى المجتمع أن يستفيدوا أياً كانت الرعاية المحتاجة فردية علاجية أو وقائية. ويتعلق بهذه النظرة مبدأ التكافل حيث يشترك الشباب والمسنين، الأغنياء والفقراء، الأصحاء والمرضى في دعم نفقات الرعاية.

تتظر بعض المجتمعات المتأثرة أكثر بتفكير موجه نحو السوق في الثمانينات بشكل متزايد إلى الرعاية الصحية كسلعة ينبغي أن تشتري وتباع في السوق المفتوحة. ربما تسمح هذه الحوافز التسويقية لخدمات رعاية أفضل

كفاءة وأكبر دينامية وتحكم أفضل للنمو في الإنفاق على الرعاية الصحية. لكن في الوقت الحاضر لا يسود هذا المفهوم الذي يعتبر خدمات الرعاية الصحية كسلعة في أوروبا.

تنظيم النظام الصحي

يتكون تنظيم النظام الصحي من أربع حلقات:

الحلقة الأولى: العرض العلاجي وهو يجمع مجموعة من المكونات:

- الصيدالة
- الأطباء الأخصائيين
- الأطباء العامين
- القطاع الخاص
- القطاع العام
- المشافي

الحلقة الثانية: التمويل يتكون من العناصر التالية:

- مخصصات الدولة
- مؤسسات الضمان الصحي العام والخاص
- الجمعيات الخيرية
- النقابات الصحية
- التبرعات

الحلقة الثالثة: الطاب على العلاج:

- الموظفين
- المؤسسات والمشاريع
- أصحاب الدخل المحدود
- المسنين
- العمال المستقلين
- بقية المواطنين

الحلقة الرابعة: حلقة الربط بين الحلقات الثلاثة الأخرى وتتكون من:

- التدفقات النقدية) الاشتراك بالضمان الصحي - الضرائب - مساعدات الدولة - الرواتب

- تدفقات الأشخاص: حرية اختيار الطبيب
- تدفق المعلومات مناقشة التعرف - المعلومات حول صحة الفرد- دراسة الجائحات- مستوى النشاطات

إضافات مدرس المقرر

