

## الفصل الأول

# أهمية النظم الصحية

النظم الصحية عبارة عن مجموع الأشخاص العاملين في اطارها والاجراءات التي يتخذونها بهدف تحسين مستوى الصحة أساسا . ويمكن دمج هذه النظم وادارتها مركزيا الا أن ذلك أمر كثيرا ما يكون متعذرا . فبعد أن كانت النظم تشكل طوال قرون كيانات صغيرة خاصة أو خيرية تعوزها الفعالية في أغلب الأحيان، فانها تطورت تطورا سريعا مع اكتساب وتطبيق معارف جديدة خلال هذا القرن . وقد ساهمت مساهمة هائلة في تحسين مستوى الصحة غير أن هذه المساهمة يمكن توسيع نطاقها ليشمل الفقراء خاصة . ويعزى الفشل في تحقيق هذه الامكانيات الى ضعف النظم أكثر منه الى قصور الوسائل التقنية وعليه لا بد من تقييم أداء النظم الصحية الحالي بأسرع وقت وايجاد طريقة تسمح لها بتفجير طاقاتها .



## أهمية النظم الصحية

### تطور النظم الصحية

**في** ١٣ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٩، ولدت فاطمة هيلاتشي صبيًا في عيادة توليد في مدينة سراييفو، وقد اكتسى هذا الحدث أهمية خاصة إذ توقع علماء الديمغرافيا العاملون في الأمم المتحدة أن يبلغ عدد سكان العالم ستة مليارات نسمة في ذلك اليوم. وعليه وقع الاختيار على صبي مدينة سراييفو الصغير ليكون تنمة المليار السادس من سكان العالم.

لقد بلغ عدد سكان العالم أربعة أمثال ما كان عليه منذ مائة سنة - إذ يولد يوميا ما يقارب ٤٠٠٠ طفل في الدقيقة الواحدة - ومنذ ذلك الحين طرأت عدة تغيرات مدهشة ارتبطت أهمها بالصحة البشرية. فُيستبعد، على سبيل المثال، أن يكون أسلاف فاطمة هيلاتشي قد رأوا مستشفى في حياتهم أو ولدوا في أحدها حوالي عام ١٨٩٩.

وينطبق الأمر نفسه كذلك على الغالبية العظمى من سكان العالم الذين كان يبلغ عددهم ١,٥ مليار نسمة آنذاك. ففي جميع أصقاع العالم، كان الأطفال يولدون دائما في البيت دون حضور الطبيب في أغلب الأحيان. وكان معظم الناس يعتمدون على الأدوية والعلاجات التقليدية التي يعود تاريخ بعضها الى آلاف السنين. وغالبا ما كان الأطفال يولدون في أسر أفرادها كثيرون ويتعرضون لعدد لا يستهان به من الأمراض التي قد تكون فتاكة كالخصبة والجذري والملاريا وشلل الأطفال. وكان معدل وفيات كل من الرضع والأطفال والأمهات مرتفعا جدا. أما متوسط العمر المأمول لدى البالغين فكان منخفضا ولا يزيد عن ٤٨ سنة عند الميلاد منذ نصف قرن فقط.

وعندما أبصر ابن فاطمة هيلاتشي النور في العام الماضي كان متوسط عمره المأمول يبلغ ٧٣ سنة وهو المتوسط الحالي في البوسنة بينما يبلغ المتوسط العالمي ٦٦ سنة. وقد ولد الصبي في مستشفى حضري كبير يعمل فيه عدد من القابلات والممرضات والأطباء والتقنيين المؤهلين الذين يستخدمون معدات وأدوية حديثة. ويشكل المستشفى جزءا من الخدمة الصحية المتطورة. وهو موصول بشبكة واسعة من الأشخاص والأنشطة ترمي بطريقة أو بأخرى الى حماية وتحسين صحة الطفل طوال حياته بالاضافة الى صحة باقي السكان. وجميع هذه الأطراف المعنية التي توفر الخدمات أو تمويلها أو ترسم السياسات الرامية الى ادارتها هي التي يتكون منها النظام الصحي.

وساهمت النظم الصحية في الارتفاع الهائل في متوسط العمر المأمول الذي شهده القرن العشرون. كما ساهمت مساهمة ضخمة في تحسين مستوى الصحة وأثرت في حياة المليارات من الرجال والنساء والأطفال وفي عافيتهم في جميع أنحاء العالم. وقد أصبح الدور الذي تضطلع به مطرد الأهمية.

ومع ذلك، فإن الفجوة التي تفصل بين الطاقة الكامنة للنظم الصحية وبين أدائها الفعلي لا تزال واسعة جدا كما أن الحصائل تتباين تباينا كبيرا بين البلدان التي قد تتوفر فيها الموارد والامكانيات ذاتها. فما سبب ذلك؟ يبدو أن النظم الصحية لا تختلف إطلاقا عن النظم الاجتماعية الأخرى حيث انها تستجيب للطلبات المقدمة ويجري حثها على حسن الأداء قدر الامكان. ويمكن أن نتوقع أن يخضع أداؤها الى حد كبير - بفضل تدخل الدولة الى حد ما - لقوانين العرض والطلب تماما كما يحدث بالنسبة لمعظم السلع والخدمات الأخرى.

غير أن الصحة ليست في جوهرها كباقي السلع التي يرغب الناس في الحصول عليها ويعود هذا الفارق الى علم الأحياء. وما أحسن ما قاله جوناثان ميلر عندما أشار الى أن «جسم الانسان يحتل مكانة خاصة لا يحتلها غيره من الأشياء في العالم لأن الانسان ليس سيد جسمه فحسب بل ان الجسم يملك صاحبه ويعد جزءا لا يتجزأ منه. ويختلف جسم الانسان اختلافا تاما عن باقي الأشياء التي نملكها. فقد يفقد المرء أمواله وكل ما في حوزته من كتب وبيوت دون أن تتغير شخصيته. الا أن من الصعب أن نتصور انسانا دون بدن. ويقال ان الجسم مسكن الانسان ولكنه مسكن من نوع خاص: فحيث يوجد الجسم يوجد الانسان» (١). ولا شك أن مثال الشخص الذي يستفيد من الرعاية الصحية كمثال من يستهلك جميع المنتجات والخدمات الأخرى. ولعله يشارك أيضا في رعاية صحته بوصفه منتجا لها من خلال اتباع عادات سليمة في التغذية والنظافة الشخصية والتمارين البدنية والتقيد بتعليمات الأطباء العلاجية وتوصياتهم الأخرى. ولكن الشخص هو أيضا الجسم المادي الذي هو محور هذه الرعاية.

فالصحة اذن هي من مقومات الثروة غير القابلة للتصرف. وهي، في هذا الصدد، تشبه الى حد ما الأشكال الأخرى من رأس المال البشري كالتعليم والمعارف المهنية والمهارات الرياضية. الا أن هناك أوجه اختلاف رئيسية فيما بينها. فالصحة معرضة لأخطار جسيمة لا يمكن توقعها ولا يرتبط بعضها ببعض في أغلب الأحيان. كما لا يمكن اكتسابها كالكسب المعارف والمهارات. وتكفي هذه الخصائص لابرز التباين التام بين الصحة والأموال الأخرى التي يؤمن الناس عليها من السرقة أو الأضرار وتفسر سبب تعقيد الضمان الصحي دون غيره من الضمانات. فاذا تعرضت سيارة تبلغ قيمتها ١٠ ٠٠٠ دولار أمريكي لعطب على اثر حادث وكلف اصلاحها ١٥ ٠٠٠ دولار فان شركة التأمين لن تدفع غير ١٠ ٠٠٠ دولار. أما استحالة الاستعاضة عن الجسم وتعذر عرض ثمن له في السوق فانهما يحولان دون تحديد سقف أعلى فيما يتعلق بالنفقات الصحية.

والفقراء كالأثرياء محكوم عليهم أن يعيشوا داخل أبدانهم وبالتالي فهم يحتاجون الى حماية صحتهم من الأخطار قدر حاجة الأغنياء الى حماية صحتهم منها. أما فيما يتعلق بالأموال الأخرى كالمسكن فلا تطرح مشكلة توفير مثل هذه الحماية الا بصفة متناسبة مع الدخل. وهذا الاختلاف البيولوجي الأساسي بين الصحة والأموال الأخرى يهول من مساوئ قانون العرض والطلب، كالمخاطر المعنوية والمعلومات المغرضة وغير الدقيقة والتي تطرح عندما يتعلق الأمر بالسلع والخدمات الأخرى. كما يفسر بصفة مباشرة أو غير مباشرة، لماذا تعمل قوانين العرض

والطلب بشكل أقل جودة عندما يتعلق الأمر بالصحة وضرورة اضطلاع الدولة بدور أكثر فعالية وتعقداً واستحالة اعتبار جودة الأداء على أنها تحصيل حاصل.

ويعترف القانون الدولي بسلامة الفرد البدنية وكرامته غير أن هناك أمثلة مخزية على انحراف المعارف والمهارات الطبية كالمشاركة غير الطوعية وغير الواعية في التجارب أو التقييم القسري أو نزع الأعضاء القهري. وبالتالي يتعين على النظم الصحية أن تضطلع بدور اضافي لتضمن معالجة الناس مع احترامهم ومراعاة حقوق الانسان.

ويحلل هذا التقرير دور النظم الصحية ويبين الطريقة التي تسمح بتعزيز فعاليتها ولا سيما بتيسير فرص الافادة منها أمام مئات الملايين من الناس الذين لا يستخدمونها على الوجه الكامل في الوقت الحاضر وبتلبية حاجاتهم من خلالها. ويرتبط عدم تيسر الرعاية الصحية الأساسية ارتباطاً جوهرياً بالفقر الذي يمثل أفطع آفة تصيب البشر. فقد عجزت النظم الصحية عن ردم الفجوة بين الأغنياء والفقراء على المستوى العالمي في السنوات المائة الأخيرة على الرغم من التقدم الذي أحرزته وحسن نواياها. والواقع أن هذه الفجوة أخذت في الاتساع. وكثيراً ما يقترن هذا التدهور بالتقدم الاقتصادي الذي يعود بالفائدة على المسورين في المقام الأول. ومع ذلك فإن هناك وسائل تتيح للفقراء الانتفاع من هذا التقدم بأسرع وقت وبتكاليف منخفضة نسبياً (انظر الاطار 1-1). وعليه، فإن النجاح في إعادة توجيه النظم الصحية هو سلاح بئار في عملية مكافحة الفقر الذي تكرر منظمة الصحة العالمية نفسها لها. وتحتاج البلدان الى نظم قادرة على حماية جميع مواطنيها ولا سيما أطفال القرن الجديد من احتمالات الخطر التي قد تتعرض لها الصحة والخسائر المالية التي قد تنجم عن الاصابة بالمرض.

## ما هو النظام الصحي؟

قد يصعب في علمنا المعقد تعريف النظام الصحي تعريفاً دقيقاً وتحديد فحواه ومداه. والنظام الصحي في مصطلح هذا التقرير يشمل جميع الأنشطة التي ترمي أساساً الى تعزيز الصحة واعادتها الى سالف عهدتها وحفظها.

ولا يخفى أن الخدمات الصحية بما فيها توفير الرعاية الطبية الشخصية تدخل في اطار هذا التعريف. فهي تضم رعاية المريض المنزلية - أي هناك ما يقارب 70٪ الى 90٪ من الأمراض التي يجري تدبير علاجها في هذا المجال فقط (2) - والعلاجات التي يصفها المتطببون التقليديون واستخدام جميع أنواع الأدوية سواء بوصفة طبية أو بدونها. ويشمل هذا النظام كذلك الأنشطة التقليدية المضطلع بها في مجال الصحة العمومية كتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض وغيرها من الأنشطة التي ترتقي بمستوى الصحة كضمان سلامة الطرق والبيئة. بيد أن هذا التعريف لا يتضمن الأنشطة التي لا تستهدف الصحة أساساً - كالتعليم مثلاً - رغم أن هذه الأنشطة تعود بالفائدة على الصحة. فالنظام التعليمي العام لا ينطبق عليه هذا التعريف باستثناء التعليم المتعلق بالصحة تحديداً كالأنشطة التي تهدف أساساً الى تحسين مستوى الصحة بصفة غير مباشرة من خلال تأثيرها في عمل النظم غير الصحية - مثل التدابير المتخذة لزيادة عدد البنات في المدارس أو تعديل برامج التدريس بهدف الارتقاء بمستوى الطلاب وتكوين جيل أفضل من مقدمي خدمات الرعاية الصحية ومستهلكيها في المستقبل.

ولا يعني هذا التعريف درجة معينة من التكامل كما أنه لا يفترض وجود شخص ما يهتم بالادارة العامة للأنشطة التي تدخل في اطار النظام الصحي. ومن هذا المنطلق، يكون لكل بلد

نظامها الصحي مهما تقاسمتها المنظمات المختلفة وبدا فوضوي التنظيم. ولا يحدد النظام عن طريق التكامل والادارة العامة بيد أن أداءه قد يتأثر تأثيرا كبيرا بهما.

ومن دواعي الأسف أن معظم المعلومات المتاحة عن النظم الصحية لا تشير الا الى توفير الخدمات الصحية وتمويلها أي الى نظام الرعاية الصحية والموظفة سواء أكانت تستهدف الأفراد أم الشعوب. وفي معظم البلدان، تمثل هذه الخدمات الجزء الأكبر من الوظائف والتنفقات والأنشطة التي تندرج في مفهوم أوسع للنظام الصحي. وبالتالي يبدو أن هذا المفهوم يفقد معناه كليا بالاعتماد على تعريف أكثر تحديدا يتسق مع البيانات المتاحة. وقد اقتضت عملية جمع هذه البيانات بذل جهود جبارة - ويفيد هذا التقرير فيما يلي بمعلومات وتحليلات متنوعة كتقدير معدل العمر المأمول والمصحح باحتساب مدد التعوق وتقييم جودة العلاج الذي تقدمه النظم الصحية الى المرضى والميزانيات الوطنية المخصصة للصحة وتقدير مساهمة الأسر في تمويل النظام.

وعلى الرغم من ذلك، لا بد من بذل جهود لتحديد وتقييم الأنشطة التي يشملها التعريف بمفهومه الواسع من أجل الشروع في تقدير التكاليف المترتبة عنها وفعاليتها في المساهمة في تحقيق أهداف النظام المنشودة. فعلى سبيل المثال، ساعد استحداث مجموعة متنوعة من الأجهزة التي تضمن السلامة في تصميم السيارات في الولايات المتحدة الأمريكية بين عامي ١٩٦٦ و ١٩٧٩ على تخفيض الوفيات بسبب حوادث الطرق بمعدل ٤٠٪ في الكيلو متر الواحد (مثل حاجب

#### الاطار ١-١ الفقر والمرض والفعالية لقاء التكاليف

لا تميز سلسلة التقديرات العالمية المقدمة بشأن عبء المرض بين الأغنياء والفقراء الا أنه يمكن اجراء عملية تقسيم تقريبية بترتيب البلدان وفقا للدخل الفردي فيها وجمع أصحاب الدخل الأكثر انخفاضا وأصحاب الدخل الأكثر ارتفاعا في فئتين تشكل كل منهما ٢٠٪ من سكان العالم ودراسة توزيع معدل الوفيات في كل منهما بحسب السن<sup>١</sup> وسبب الوفاة والجنس<sup>٢</sup> وتبين هذه التقديرات أن معدل الوفيات كان مرتفعا للغاية بالنسبة للخمسة الأشد فقرا مقارنة بالخمسة الأكثر ثراء في عام ١٩٩٠ إذ بلغ ٧٠٪ لأسباب شتى و ٩٢٪ بسبب الأمراض السارية. ولا تختلف الأرقام التي تدل على مجموع السنوات المفقودة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق عن تلك المعدلات الا من باب مساهمة الأمراض غير السارية في تحديدها بصفة أكبر. ويعكس التباين الكبير

بين آثار كل من الأمراض السارية والأمراض غير السارية ارتفاع معدل الوفيات وعدد السنوات المفقودة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق الناجم عن الأمراض السارية لدى الفئات الفقيرة في العالم أي أن معدل الوفيات بسبب جميع أنواع الأمراض يبلغ حوالي ٦٠٪ لدى الخمسة الأشد فقرا و ٨٪ الى ١١٪ لدى الخمسة الأكثر ثراء. ويرتبط ذلك ارتباطا وثيقا باختلاف توزيع معدل الوفيات بحسب السن. فيبلغ عدد الوفيات لدى الفقراء الذين لا تتجاوز أعمارهم ١٥ سنة ما يزيد عن نصف مجموع الوفيات المسجلة بينما يبلغ معدل الوفيات لدى الأغنياء ٤٪ فقط. ويظهر هذا التفاوت بين الفقراء والأغنياء بدرجة كبيرة في بلد أفريقي نموذجي يكون فيه معدل الوفيات مرتفعا وبدرجة أكبر في بلد نموذجي من بلدان أمريكا اللاتينية

حيث يكون معدل الوفيات في السن المبكرة أقل ارتفاعا لدى الأغنياء بصفة تكاد تكون تامة. وثمة تدخلات فعالة نسبيا مقارنة بالتكاليف تسمح بمكافحة الأمراض المسؤولة عن معظم هذه التباينات بين الأغنياء والفقراء ولا سيما بتخفيض معدل الوفيات ومكافحة الأمراض لدى صغار الأطفال<sup>٣</sup>. وقد تمكن تدخلات تقدر تكلفتها بمائة دولار أو أقل لكل سنة مكتسبة من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق من معالجة ثمانية أو تسعة أسباب من الأسباب الرئيسية العشرة التي تكمن وراء مرض الأطفال دون الخامسة من العمر ومعالجة ستة أو ثمانية أسباب من الأسباب الرئيسية العشرة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٥ أعوام و ١٤ عاما. وتعزى جميع هذه الحالات الى الأمراض السارية أو الى مختلف أشكال سوء التغذية. ويتوقع أن

ينخفض عدد الوفيات وحالات التعوق الناجمة عن هذه الأسباب انخفاضا سريعا بحلول عام ٢٠٢٠ مما يؤدي الى ازالة التباين بين آثار الأمراض السارية وآثار الأمراض غير السارية لدى الفقراء ازالة شبه تامة. فاذا تضاعف المعدل المتوقع لتراجع آثار الأمراض السارية فلن يرتفع متوسط العمر المأمول لدى السكان الأغنياء في العالم الا بنسبة ٠.٤ سنة في حين أنه سيرتفع بنسبة ١.٤ أعوام لدى الفقراء مما يحدد من التفاوت بين الفئتين من ١٨.٤ عاما الى ١٣.٧ عاما. أما اذا تضاعفت سرعة تراجع آثار الأمراض غير السارية فترجح أن يستفيد الأغنياء من ذلك وأن ترتفع التكاليف ارتفاعا كبيرا. والارتباط بين الفقر والمردودية إنما هو ارتباط جزئي وتكون هذه الصلة مؤقتة في أغلب الظن الا أنها وثيقة الى حد ما في الظروف الوبائية والاقتصادية السائدة.

<sup>١</sup> Gwatkin DR. *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches*. Washington, DC, The World Bank, 5 February 1998 (discussion draft).

<sup>٢</sup> Gwatkin DR, Guillot M. *The burden of disease among the world's poor: current situation, future trends, and implications for policy*. Washington, DC, Human Development Network of The World Bank, 2000.

<sup>٣</sup> *World development report 1993 - Investing in health*. New York, Oxford University Press for the World Bank, 1993: Tables B.6 and B.7.

الرياح المصفح وعمود القيادة القابل للطبي والتنجيد الداخلي وأحزمة الوسط والكتف والأصواء الجانبية ومساند الرأس وأجهزة الوقود المقاومة للتسرب وواقبات الصدمات المتينة والأبواب المدعمة والمكابح المحسنة). وأسفرت ثلاثة ابتكارات عن ارتفاع سعر السيارة بما يزيد عن ١٠ دولارات ولم تؤدّ الابتكارات بمجملها الى زيادة سعر السيارات الا بنسبة ٢٪ من متوسط الارتفاع المسجل خلال الفترة من عام ١٩٧٥ الى عام ١٩٧٩ (٣). ومن عام ١٩٧٥ الى عام ١٩٩٨، أنقذت الأحزمة حياة ١١٢ ٠٠٠ شخص تقريبا في الولايات المتحدة الأمريكية وتواصل انخفاض معدل الوفيات بسبب حوادث الطرق، وكان من الممكن انقاذ حياة عدد أكبر من الناس فقد توفي ٩٠٠٠ شخص لأنهم لم يشدوا أحزمتهم في عام ١٩٩٨ فقط (٤).

ويحتمل كذلك انقاذ حياة عدد كبير جدا من الناس في البلدان الأخرى. فحوادث السير تزداد بسرعة في البلدان الفقيرة ويتوقع أن تحتل المرتبة الثالثة من الترتيب العالمي لعبء المرض بحلول عام ٢٠٢٠ بعدما كانت تحتل المرتبة التاسعة. بل أن معدل الوفيات بالنسبة للأفراد أو لعدد السيارات والكيلومترات يفوق، في العديد من البلدان المتوسطة الدخل، معدل الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية بدرجة كبيرة (٥). وتسجل أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى أعلى معدل للوفيات في العالم بالنسبة لعدد السيارات. وقد تترتب على عملية تحسين السيارات تكاليف باهظة مقارنة بالنفقات الصحية في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل بحيث أن الآثار الناجمة عن ادراج مثل هذه الأنشطة في تعريف النظام الصحي قد تكون أكبر. ويتسبب عدم أمان الطرق أيضا في حوادث السيارات في البلدان الفقيرة بدرجة كبيرة. وقد تفوق تكاليف عملية تحسين الطرق ما تكلفه صناعة سيارات آمنة. الا أن التكاليف قد تكون شبه معدومة في حال تغيير السلوك باستخدام الأحزمة المتاحة واحترام السرعة المحددة، كما يمكن انقاذ حياة العديد من الناس. وتغيير السلوك قد يكون أكثر مردودية من معالجة ضحايا حوادث الطرق.

ويلجأ هذا التقرير الى البيانات المتاحة والمتوافقة مع مفهوم نظام الرعاية الصحية اذا تعذر الحصول على المعلومات التي تتفق مع تعريف النظم الصحية الواسع. وتمثل النظم الصحية حاليا أحد قطاعات الاقتصاد العالمي الرئيسية حتى لو تم اعتماد هذا التعريف المحدود. وارتفع الانفاق العالمي في مجال الرعاية الصحية ليلغ ما يقارب ٢٩٨٥ مليار دولار في عام ١٩٩٧ أي حوالي ٨٪ من الناتج المحلي الاجمالي العالمي. وتشير تقديرات منظمة العمل الدولية الى أن عدد العاملين الصحيين في العالم قد بلغ ٣٥ مليون شخص تقريبا منذ ١٠ أعوام وقد يكون هذا العدد أكبر بكثير في الوقت الحاضر. وتبين هذه الأرقام كيف أن العلاقات الأساسية الخاصة التي كانت قائمة طوال آلاف السنين – والتي كان المريض يتلقى عن طريقها العناية على يد أفراد عائلته أو مقدمي الرعاية من رجال الدين أو يلجأ أحيانا الى متطبل مهني لمعالجته لقاء مبلغ من المال – تحول على مدى القرنين الأخيرين الى شبكة معقدة من الأنشطة التي تشكل حاليا النظام الصحي.

وأدى انشاء نظم صحية حديثة الى تميز المهارات والأنشطة وتخصصها بصفة متزايدة أكثر منه الى تحقيق مجرد نمو فيها. كما أدى الى تحويل أعباء المرض الاقتصادية تحويلا جذريا. فقد تمثلت هذه الأعباء أساسا، حتى زمن غير بعيد، في انخفاض مستوى الانتاجية بسبب وفاة الشبان أو اصابة الناس بأمراض يمنعهم تفاقمها من العمل بكامل قواهم، ولم تشكل تكاليف الرعاية الصحية الا جزءا صغيرا من الخسائر الاقتصادية لأن الرعاية كانت منخفضة التكاليف نسبيا وتعوزها الفعالية غالبا. ولا يزال مستوى الانتاجية منخفضا جدا ولا سيما في أشد البلدان

فقرا الا أن النجاح في اطالة العمر والحد من حالات التعوق أدى بالنظم الصحية الى تحمل جزء متزايد من الأعباء بما فيها تكاليف الأدوية اللازمة لمكافحة داء السكري وفرط ضغط الدم وأمراض القلب، مثلا، والتي تمكن الناس من الاحتفاظ بنشاطهم ونتاجيتهم. ويعزى ازدياد الموارد المتاحة للنظم الصحية، الى حد ما، الى تحويل الأموال التي كانت تخصص لتعويض الخسائر الاقتصادية الناجمة عن المرض والوفاة في سن مبكرة.

والموارد المكرسة للنظم الصحية لا توزع بالتساوي ولا بالتناسب مع توزع المشاكل الصحية بصفة مطلقة. ولا تمثل البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل سوى ١٨٪ من الدخل العالمي و١١٪ من النفقات العالمية في ميدان الصحة (أي ما يساوي ٢٥٠ مليار دولار أو ٤٪ من الناتج المحلي الاجمالي في هذه البلدان). ولكن عدد السكان الذين يعيشون في هذه البلدان يشكل ٨٤٪ من سكان العالم. وهم يتحملون ٩٣٪ من عبء الأمراض العالمي. وتصادف هذه البلدان صعوبات جمة في سعيها الى تلبية احتياجات شعوبها في المجال الصحي وحشد الأموال الكافية بطريقة منصفة وميسورة التكلفة وضمان استخدام الموارد الشحيحة استخداما سليما.

وفي الوقت الحاضر، أصبحت الحكومات في معظم البلدان المتقدمة وفي العديد من البلدان المتوسطة الدخل تضطلع بدور رئيسي في مجالي السياسة الاجتماعية والرعاية الصحية. ويقوم تدخلها على أساس الانصاف والكفاءة. بينما يتولى القطاع الخاص تمويل الخدمات الصحية وتوفيرها بدرجة كبيرة في البلدان المنخفضة الدخل حيث يكون مجموع إيرادات الدولة المخصصة لجميع الاستخدامات محدودا (أي غالبا ما يقل عن ٢٠٪ من الناتج المحلي الاجمالي). وهناك مجموعات كبيرة من الفقراء الذين لا يتيسر لهم تلقي رعاية أساسية وفعالة في العديد من هذه البلدان.

### ما هي مهمة النظم الصحية؟

ان احتياجات الناس الصحية، سواء أكانوا أغنياء أم فقراء، تختلف في الوقت الحاضر اختلافا كبيرا عن احتياجاتهم فيما مضى منذ ١٠٠ عام أو حتى ٥٠ عاما. فالآمال المعلقة على التوصل الى نوع من أنواع الرعاية الصحية تتنامى وتتزايد الطلبات من أجل اتخاذ التدابير اللازمة لحماية المرضى وأسره من التكاليف المالية المترتبة عن المرض. وقد جرى مجددا توسيع الدائرة التي يتعين على النظم الصحية أن تعمل فيها بفضل تزايد الوعي بآثار التغيرات كالتصنيع وتطور النقل البري وتضرر البيئة وعوالة السوق التجارية على الصحة. كما يطلب الناس المساعدة من النظم الصحية في مجالات أكثر تنوعا من قبل. فهم لا يلجأون اليها بهدف تسكين آلامهم ومعالجة عاهاتهم واضطراباتهم النفسية فحسب بل كذلك لاستشارتها في مسائل كانوا يطرحونها على مصادر أخرى كمسائل النظام الغذائي وتربية الأطفال والسلوك الجنسي.

ولا تكون للناس صلة مباشرة بالنظم الصحية عادة الا مرة أو مرتين في السنة عندما يذهبون الى الطبيب. ولا تزيد علاقتهم بها في أغلب الأحيان، على استهلاك أدوية تصرف بدون وصفة والاستفادة من المعلومات والنصائح المتعلقة بالصحة. كما أنهم يرتبطون بها عن طريق تمويلها أي كلما عزموا على دفع تكاليف الرعاية نقدا أو تسديد أقساط التأمين واشتراقات الضمان الاجتماعي من جهة ودفعوا الضرائب التي يستخدم جزء منها لتمويل الصحة بصفة غير مباشرة من جهة أخرى. وتعلق أهمية كبيرة جدا على الطريقة التي تتبعها النظم الصحية في تلبية

احتياجات الناس الصحية وفي استنهاضهم لضمان تمويلها وعلى مدى الحماية التي تؤمنها لهم من الخسائر المالية المحتملة وكذلك على الطريقة التي تستجيب من خلالها لتوقعاتهم. فيحق للناس، على وجه الخصوص، أن يتوقعوا من النظم الصحية معاملتهم باحترام كرامة كل فرد منهم. وينبغي، تلبية احتياجاتهم، قدر الامكان، على الفور دون المماطلة في تقديم التشخيصات وتوفير العلاجات بهدف مراعاة وقتهم الثمين والحد من قلقهم فضلا عن تحسين مستوى رعايتهم. كما يأمل المرضى، غالبا، أن تتوفر السرية في مجال الرعاية وأن يشاركوا في الاختيارات المتعلقة بصحتهم بما في ذلك اختيار أماكن الرعاية والأشخاص الذين يتولون رعايتهم. فلا ينبغي أن يُفترض منهم دائما تلقي الخدمات التي يحددها الطبيب لوحده دون استشارتهم.

وخلاصة القول انه، لا يجب على النظم الصحية أن تضطلع بتحسين مستوى صحة الناس فحسب بل بحمايتهم من التكاليف المالية التي تترتب عليها الأمراض ومعاملتهم باحترام كرامتهم. وكما جاء في الفصل الثاني بشكل أكثر تفصيلا، فإن النظم الصحية تحدد ثلاثة أهداف أساسية ترمي الى تحقيقها. وتمثل فيما يلي:

- تحسين مستوى صحة الشعوب التي توفر لها الخدمات؛
- الاستجابة لتوقعات الناس؛
- ضمان الحماية المالية من التكاليف المترتبة على الأمراض.

غير أن الشعور بالاستياء من طريقة ادارة الخدمات الصحية أو تمويلها منتشر بين الناس نظرا لعدم مراعاة تلك الأهداف دائما. وهناك عدد كبير من التقارير التي تفيد بارتكاب العاملين في ميدان الصحة الأخطاء وبمماطلتهم وفضاظتهم وعدوانيتهم ولا مبالاهم كما تفيد برفض المؤمنين والحكومات توفير الرعاية وتسببهم في خسائر مالية فادحة.

وبما أن الغرض الرئيسي الذي ترمي النظم الصحية الى بلوغه يتمثل بوضوح في تحسين مستوى الصحة، ونظرا لتدهور صحة الفئات السكانية الفقيرة، قد يغلب الظن على أن هذا الهدف يستحوذ على الاهتمام دون غيره من الأهداف فيما يخص الشعوب المنخفضة الدخل. والمشاغل بشأن منتجات النظام غير الصحية وتوزيع الأعباء المالية في ميدان الصحة توزيعا عادلا يمنع تعرض أي شخص لخطر تحمل أعباء مالية كبيرة وتلبية رغبات الناس وتحقيق آمالهم المتعلقة بطريقة معالجتهم قد تعتبر مشاغل غير مجدية لا تكتسي أهمية كبيرة الا اذا ارتفع الدخل وتحسن مستوى الصحة، ولكن هذا الرأي غير صحيح لأسباب عديدة. فالفقراء، كما ورد أنفا، يحتاجون الى حماية مالية بقدر ما يحتاج الأثرياء اليها أو بدرجة أكبر باعتبار أن مجرد تعرضهم لمخاطر طفيفة قد يؤدي الى عواقب وخيمة. ويحق للفقراء أن يعاملوا باحترام شأنهم شأن الأغنياء حتى لو كان هناك تقصير في تلبية احتياجاتهم المادية. وعلاوة على ذلك، فالسعي الى تحقيق الأهداف المنشودة التي تتعلق بالقدرة على الاستجابة والحماية المالية لا يؤدي بالضرورة الى تحويل كميات هائلة من الموارد المتاحة عن الأنشطة التي تستهدف تحسين مستوى الصحة. وكثيرا ما يتيسر تحسين أداء النظم الصحية في اضطلاعها بهذه المسؤوليات بدرجة كبيرة بتكاليف منخفضة أو دون تحمل أي تكاليف. وبالتالي، تكون للأغراض الثلاثة أهميتها في كل بلد سواء أكان غنيا أم فقيرا وبصرف النظر عن طريقة تنظيم نظامه الصحي. وتناسب أفضل الطرق لتحقيق هذه الأهداف التي يرد ذكرها في الفصول التالية مع جميع البلدان والنظم الصحية رغم أن آثارها المحددة على السياسة العامة قد تتغير بحسب مستوى الدخل والخصائص الثقافية والتنظيمية للنظم.

## أهمية النظم الصحية

تم بحث مساهمة النظم الصحية في تحسين مستوى الصحة بدرجة أعمق من مساهمتها في تحقيق الغرضين الآخرين المذكورين أعلاه بسبب توفر كمية قليلة من المعلومات والتحليلات المماثلة. وبالتالي، فإن هذا التقرير يعرض التدابير المتخذة لتقييم أداء النظم في إطار الأغراض الثلاثة المنشودة. ويصعب تقييم مساهمة النظم الصحية في تحسين مستوى الصحة بالذات نظرا لتناقض مختلف القرائن. أما على صعيد التدخلات التي ترمي الى مكافحة أمراض أو إصابات معينة فهناك ما يدل باطراد على احتمال تحسين مستوى صحة الأفراد ومجموعات سكانية كبيرة الى حد بعيد مقابل تكاليف معقولة (٦). وبالاستناد الى هذه البيانات، تشير التقديرات الى أنه كان من الممكن تجنب ما يقارب ثلث عبء المرض المسجل في عام ١٩٩٠ في البلدان الفقيرة بتحمل ما لا يزيد عن ١٢ دولارا من مجموع التكاليف بالنسبة للفرد (٧).

ويمكن وقف تفشي الأوبئة وتخفيض التكاليف المترتبة عن عمليات انقاذ الحياة بدرجة كبيرة من خلال تغيير طريقة تنظيم وتوفير التدخلات المتاحة حاليا حتى لو لم يحرز تقدم في مجال العلوم الأساسية. ففي الأمازون في البرازيل، مثلا، تم صد الملايا وتخفيض تكاليف التدابير الوقائية المتخذة لانقاذ حياة الفرد من ١٣٠٠٠ دولار الى ما يقارب ٢٠٠٠ دولار تقريبا بالتركيز باطراد على تقصي منشأ الملايا ومعالجتها في وقت مبكر بالاضافة الى تكثيف الجهود لمكافحة البعوض (٨).

أما فيما يتعلق بالتقدم العام المحرز في ميدان الصحة وفقا لما ورد في التقرير الخاص بالصحة في العالم، ١٩٩٩، فيفسر اكتساب المعارف واستخدامها - أي التقدم العلمي والتقني - سبب انخفاض ما يقارب نصف عدد الوفيات بين عامي ١٩٦٠ و١٩٩٠ في ١١٥ بلدا من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل بينما يفسر نمو الدخل سبب هذا الانخفاض بنسبة تقل عن ٢٠٪ من جهة وارتفاع مستوى الفتيات التعليمي بنسبة لا تزيد عن ٤٠٪ من جهة أخرى. وتعطي هذه التقديرات فكرة موجزة عن التقدم المحرز في استنباط وتطبيق عدة أنواع من التدخلات الرامية الى مكافحة عدد كبير من الأمراض. ومن أهمها برامج مكافحة الملايا والتطعيم واستخدام المضادات الحيوية المتزايدة لمعالجة الأمراض التنفسية والأمراض المعدية الأخرى. وحيث ان النظم الصحية هي التي تستنبط هذه التدخلات وتطبقها فهي ليست قادرة فحسب على تحسين مستوى الصحة بشكل ملموس بل انها نجحت في ذلك كما أبرزت ذلك بوضوح الملاحظات المفصلة والشاملة.

وبينت عدة دراسات صدرت منذ السبعينات (٩ و١٠) باستمرار أن عدد الوفيات التي يمكن اتقاؤها أي «الوفيات الناجمة عن أسباب تخضع للرعاية الطبية» انخفض بسرعة تفوق انخفاض عدد الوفيات الأخرى اذ ركزت هذه الدراسات بصفة أكبر على الأمراض التي لا توجد لها علاجات ناجعة. وبالمثل، أجريت دراسة تقارن الفروق في معدل الوفيات بين أوروبا الغربية والبلدان الشيوعية السابقة في أوروبا الشرقية ونسبت ٢٤٪ من الفرق في متوسط العمر المأمول لدى الذكور و٣٩٪ من الفرق في متوسط العمر المأمول لدى الاناث الى تيسر خدمات الرعاية الطبية الحديثة. ولا يتعلق ضمان هذه الرعاية بمجرد وجود مرافق طبية (١١).

وعلى الرغم من ذلك، يبدو أن هناك ما يشير الى أن تأثير النظم الصحية ضعيف بل معدوم. ولا يبرز ذلك من خلال المقارنات الزمنية بقدر ما يبرز من خلال بعض المقارنات الأخرى بين البلدان. وتبين المقارنات بين البلدان، في أغلب الأحيان، أن الدخل الفردي مثله مثل العوامل

الأخرى، كتعليم المرأة والتفاوت في الدخل والخصائص الثقافية، يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتقييم الحالة الصحية بينما لا توجد أية علاقة مستقلة مع مدخلات مثل أعداد الأطباء أو الأسرة في المستشفيات (١٢) أو الانفاق الصحي الاجمالي (١٣) أو النفقات التي لا تعني سوى العلل الخاضعة للرعاية الصحية (١٤) أو الانفاق الصحي العام (١٥). ولا عجب أن تكون هذه العلاقات ضعيفة في البلدان الغنية التي تمت فيها بالفعل مكافحة عدد كبير من أسباب الوفاة والتعوق كما تتعدد فيها طرق انفاق الموارد المخصصة للنظم الصحية وتنوع آثارها على الحالة الصحية تنوعاً كبيراً. غير أن تأثير نفقات النظم الصحية كثيراً ما يبدو طفيفاً في البلدان الفقيرة التي يرتفع فيها معدل وفيات الرضع والأطفال على الرغم من أن تخفيضه ينبغي أن يحظى بالأولوية.

وعلاوة على ذلك، ترتكب النظم الصحية مراراً وتكراراً أخطاء باهظة التكاليف بل قاتلة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية فقط، تؤدي الأخطاء الطبية المرتكبة في المستشفيات إلى وفاة ٤٤ ٠٠٠ شخص في العام على الأقل. وهي وفيات يمكن اتقاؤها. كما تؤدي الأخطاء المرتكبة في وصف الأدوية أو استخدامها إلى وفاة ٧٠٠٠ شخص مما يجعلها أكثر فتكاً من حوادث الطرق وسرطان الثدي والأيذز (١٦). وتنتج عن هذه الأخطاء تكاليف اقتصادية لا تقل عن ١٧ مليار دولار أكثر من نصفها بسبب الرعاية الصحية. وحتى إذا لم يرتكب أي خطأ، فإن المرضى يصابون غالباً بأنواع جديدة من الأحمال في المستشفيات كما أن استخدام المضادات الحيوية على نطاق واسع يزيد من مقاومة الكائنات المرضية بحيث أن بعض المراضة هي، إلى حد ما، وليدة الجهود المبذولة لمعالجتها بالذات.

ويمكن التوفيق بين هذين النوعين المتضارين من الأدلة بطريقتين أولهما بملاحظة أن النظم الصحية كانت وراء كثير من التقدم الذي أحرز في مجال الصحة عبر الزمن وأن التقدم ليس متجانساً بين البلدان في أي فترة، حتى بين البلدان التي تتمثل مستويات دخلها ونفقاتها الصحية؛ وثانيتهما بالاعتراف بأن أخطاء النظم تحد من التقدم الذي تحققه هذه النظم ولا تلغيه. ومع ذلك فإن هناك «فجوة هائلة بين تحسين الحالة الصحية الذي يؤمل أن يحدث بفضل النفقات العامة وبين الأداء الفعلي» (١٥) الأمر الذي ينطبق أيضاً دون شك على استخدام الموارد عموماً. ولا أدل على هذه الفجوة من أن العديد من وفيات الأطفال يمكن توقيها بانفاق ١٠ دولارات أو أقل حسب تقدير دراسات فعالية التكاليف الخاصة ببعض التدخلات الهامة. أما متوسط الانفاق الفعلي على كل وفاة يتم اتقاؤها في البلدان الفقيرة فهو ٥٠ ٠٠٠ دولار أو أكثر وفق التقديرات المستنتجة من العلاقة الشاملة بين الانفاق والوفيات. وتدل العلاقة الشاملة بين وفيات الأطفال والدخل على أن اجمالي الدخل يتعين أن يرتفع بنحو مليون دولار في بلد فقير عدد سكانه مليونان للحيلولة دون حدوث وفاة واحدة وهذا يفوق بدرجات كبيرة معدل الانفاق على الصحة لاتخاذ حياة شخص واحد. وتعني هذه الأرقام انفاق ٠,٠٢٥ دولار فقط مقابل زيادة في الدخل قدرها ٠,٥٠ دولار للفرد الواحد. واختلاف المستوى الصحي بين البلدان قد يفسره تباين الدخل أكثر مما يفسره التباين في الانفاق على الصحة. إلا أن زيادة الدخل ليست في هذا الصدد طريقة أرخص أو أسهل لتحسين الصحة.

وفيما يخص الماضي البعيد ما زال المؤرخون يتساءلون عن الأسباب التي أدت إلى انحسار معدلات الوفيات الذي شهدته بعض البلدان الأوروبية والأمريكية اللاتينية في القرنين التاسع عشر والعشرين. فهل هي تعود إلى تحسين العادات الغذائية والتقدم الاقتصادي الاجتماعي أم إلى الرعاية الطبية الشخصية. إلا أن النظم الصحية، بمفهومها العريض، تشمل كل التدخلات

غير الشخصية أو القائمة على السكان أو المعنية بالصحة العمومية كتعزيز أنماط الحياة الصحية والرش بالمبيدات الحشرية لمكافحة الأمراض المحمولة بالنواقل وحملات مكافحة التبغ وحماية الأغذية والمياه. وهكذا فانه حتى وان لم تكن الخدمات الشخصية تمثل، حتى عهد قريب، مكاسب صحية هامة فان النظام الصحي كما هو معرف في هذا التقرير بدأ في التأثير، على نحو كبير، قبل أكثر من قرن خاصة من خلال ادخال تحسينات على نظم الاصحاح والنظافة الشخصية في المناطق الحضرية. وقد حدثت هذه التغييرات المتمثلة في ازالة - أكوام المرفغات والقمامة وحماية موارد المياه وغسل اليدين - بسبب تزايد فهم كيفية انتشار الأمراض وقبل أن تتوافر أي معلومات مفيدة عن مسبباتها. وبعض الممارسات الصحية الفردية التي شهدت تحسنا سائدة منذ قرون أما التدابير الجماعية فأحدث عهدا، بوجه عام، وما كان لتزايد الدخل وحده أن ينهض بالصحة في الظروف القائمة يومئذ بل كان من الممكن لها أن تتراجع بفعل القذارة والتكدس في المناطق الحضرية. وكثيرا ما تسود ظروف مشابهة في مدن البلدان الفقيرة اليوم الا أن الأخطار التي تحيق بالصحة تخضع لمزيد من السيطرة (انظر الاطار ١-٢).

النظم الصحية اذن مفيدة وهامة الا أن بوسعها تحقيق المزيد بفضل المعارف المتاحة عن طرق تحسين الصحة. وأوجه القصور التي تؤثر على الأداء ليست بالضرورة وليدة نقص في المعارف بل هي نتيجة تقصير في تطبيق ما هو معروف أصلا، أي أنها تعود الى أخطاء منهجية لا تقنية. وينطبق هذا على معظم الأخطاء الطبية لأن «المشكلة لا تتمثل في سوء نوعية العاملين بقدر ما تتمثل في جعل النظام أكثر أمانا» (١٦). وموضوع هذا التقرير هو معرفة كيفية قياس الأداء وكيفية تحسينه. وكما أثبت التقدم المحرز خلال القرنين الماضيين فان البحوث الهادفة الى توسيع المعارف هامة في الأجل. أما في العاجل فان بالامكان تحقيق الكثير من خلال التوسع في تطبيق المعارف القائمة على نحو أفضل. ومن شأن ذلك أن يؤدي الى تحسين الصحة بوتيرة أسرع من تلك التي يمكن تحقيقها من خلال التقدم الاقتصادي/ الاجتماعي المتواصل والشامل، على

#### الاطار ١-٢ المعارف الصحية، وليس الدخل، هي ما يفسر تطور اختلاف الوضع الصحي بين المناطق الحضرية والريفية

كان متوسط العمر المأمول عند الميلاد في النصف الأول من القرن التاسع عشر في كل من لندن وباريس على التوالي أقل مما كان عليه في المناطق الريفية من انكلترا وويلز أو فرنسا. وقد لوحظ الفرق ذاته بين المناطق الحضرية والريفية في السويد خلال العقود المبكرة من القرن العشرين. وكانت المدن الكبرى موبوءة لأن انعدام النظافة الشخصية كان يؤدي الى نشر الأمراض في المناطق المزدحمة بالناس ولأن النفايات والبراز كانت تتراكم فتستقطب الذباب والقوارض وتؤدي الى تلوث الهواء والمياه. ومما كان يزيد من تفاقم التلوث حرق أنواع الفحم	الطري والانبعاثات الصادرة عن المصانع. وما زال الازدحام والفقر وراء حدوث المشكلات ذاتها في المدن الكبيرة في البلدان الفقيرة التي تعاني من تلوث الهواء والمياه بدرجات تفوق تلك السائدة في المناطق الحضرية في الدول الغنية. فالانبعاثات الناجمة عن عوادم السيارات التي لم تكن معروفة قبل قرن من الزمن أصبحت اليوم تمثل خطرا كبيرا يهدد الصحة العمومية في دلهي ومكسيكو سيتي مثلا. فتسارع النمو لا يسمح بالتوسع في خدمات امدادات المياه ومرافق الصرف الصحي وجمع القمامة. ولا تتوافر للأسر في الأحياء الفقيرة مرافق صحية للتخلص من	الفضلات، حتى لو توافرت مياه الشرب المأمونة، وكثيرا ما يلقي بالقمامة في الأماكن المفتوحة أو يجري احراقها في العراء. ومع ذلك فان عواقب ذلك على الصحة ليست بالحدة التي كانت عليها في المدن الأوروبية قبل ١٥٠ عاما. فقد أدى تزايد المعرفة بأسباب الأمراض وطرق انتشارها، من جهة، الى بذل جهود شجاعة من أجل الحد من التلوث ومكافحة نواقل المرض وتقيف السكان للاعتناء بصحتهم. بل أن سكان المناطق الحضرية الشديدة الفقر أصبحوا يحصلون على فرص رعاية صحية شخصية تفوق الفرص المتاحة لسكان المناطق الريفية مما زاد من مغريات النزوح الى المدن واحتمالات تمعيق
---	--	--

<sup>١</sup> Easterlin RA. How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality. Los Angeles, University of Southern California, 1998 (unpublished paper).

<sup>٢</sup> Musgrove P. Measurement of equity in health. *World Health Statistics Quarterly*, 1986, 39 (4).

أهميته. وستتناول الفصول التالية من التقرير نشوء النظم الصحية الحديثة والاصلاحات العديدة التي أدخلت عليها بغرض تحسين أدائها بطريقة أو بأخرى.

### كيف نشأت النظم الصحية الحديثة؟

لقد وجدت النظم الصحية، بشكل أو بآخر، منذ أن اهتم الناس بحماية صحتهم ومعالجة الأمراض التي تصيبهم. فالممارسات التقليدية القائمة على المداواة بالأعشاب التي كثيرا ما تقترن باستشارة الأرواح موجودة منذ آلاف السنين في مختلف أرجاء العالم لتوفر الرعاية الوقائية والعلاجية بل أنها كثيرا ما توجد اليوم في موازاة الطب الحديث. وما زال بعض هذه الممارسات العلاج المختار لعدد من الاعتلالات كما يلجأ إليها عندما لا تكون البدائل الحديثة مفهومة أو محل ثقة أو عندما تفشل هذه البدائل أو لا تتيسر. ويعود الطب الصيني التقليدي الى ما قبل عام ٣٠٠٠ عام وهو ما زال يؤدي دورا هائلا في النظام الصحي الصيني شأنه شأن النظم المشابهة التي لا تقل عنه قدما في شبه القارة الهندية ونظم المعتقدات والممارسات لدى الشعوب الأفريقية والأمريكية الأصلية. غير أن طرق العلاج، قبل تطور المعارف عن الأمراض في العصر الحديث، كانت نادرة كما أن طرق الوقاية من الأمراض كانت تعوزها النجاعة.

ولم يكن للنظم الصحية النظامية الهادفة لخدمة السكان ككل وجود قبل قرن من الزمن حتى في البلدان الصناعية، باستثناء بعض الحالات. وعلى الرغم من أن تاريخ المستشفيات يعود الى أبعد مما تعود اليه النظم المتكاملة فإن قلة قليلة من الناس كانت تؤمها قبل ١٠٠ سنة وهو ما يطبق اليوم أيضا على الملايين من الفقراء. وكانت معظم المستشفيات تدار حتى القرن التاسع عشر من قبل المؤسسات الخيرية وهي لا تعدو عن كونها ملاجئ للأيتام والمقعدين والمعدمين والمجانين. ولم يكن هناك ما يشبه نظام الاحالة الحديث من مستوى الى آخر أو ما يوفر الحماية من المخاطر المالية باستثناء ما يتوافر من خلال الهيئات الخيرية أو ما يساهم فيه طوعا على نطاق ضيق عمال المهنة الواحدة.

ومع اقتراب نهاية القرن التاسع عشر غيرت الثورة الصناعية حياة الناس في مختلف أرجاء العالم. وبدأت المجتمعات في الوقت نفسه تدرك فداحة الضريبة التي تدفعها القوى العاملة من وفيات وأمراض وتعوق سواء كان ذلك نتيجة الإصابة بالأمراض السارية التي فتكت بالآلاف العمال أثناء شق قناة بنما أو من جراء الحوادث وحالات التعرض الصناعية. فعندما اكتشف أن البعوض ينقل الملاريا والحمى الصفراء أخذت جهود الوقاية تركز على مكافحة مواقع تكاثر الحشرات مما عاد بالنفع على المجتمعات المحيطة. والأمراض لا تسبب خسائر بشرية فحسب بل تؤدي الى خسائر في الانتاج ولذلك قام أصحاب الشركات بتوفير خدمات طبية لمعالجة العمال وعمدوا الى تحسين ظروف معيشتهم الأساسية عندما أدركوا أهمية المياه ومرافق الاصحاح النظيفة. وكان للحروب دورها أيضا، فقد بينت الحرب الأهلية الأمريكية أن احتمالات موت الجندي من كلا المعسكرين ضحية لاصابته بأحد الأمراض هي أكبر من سقوطه برصاص العدو، وهو ما أكدته أيضا حرب القرم وحرب البوير.

وفي هذه الأثناء أصبحت صحة العمال قضية سياسية في بعض البلدان الأوروبية، ولكن لأسباب مختلفة. فقد رأى المستشار الألماني بسمارك، أمام استفحال الحركات الاشتراكية، أن استيلاء الحكومة على صناديق المرض التابعة لنقابات العمال سيقتضي على أحد المصادر التي تمددها بالدعم وسيؤدي الى تعزيز أمن العمال الاقتصادي (١٧). وهكذا سنت ألمانيا، في عام

١٨٨٣، قانونا يفرض على أرباب العمل المساهمة في نظام التغطية الصحية للعمال المنخفضي الأجور في مهن محددة، أضيفت إليها فئات أخرى من العمال في السنوات اللاحقة. وكان هذا أول نظام للتأمينات الاجتماعية تفرضه الدولة. وقد أدت شعبية هذا القانون لدى العمال الى اعتماد قانون مشابه له في بلجيكا عام ١٨٩٤ وفي النرويج عام ١٩٠٩. وكانت تكاليف الرعاية الطبية للعمالين بأجر، حتى انضمام بريطانيا الى الركب عام ١٩١١ تسدد من الاشتراكات التي يدفعونها الى النقابات أو جمعيات التضامن. ولكن هذه التغطية كانت تقتصر على العمال دون أسرهم.

وفي أواخر القرن الثامن عشر شرعت روسيا في انشاء شبكة ضخمة من المراكز الطبية والمستشفيات في المقاطعات توفر المعالجة مجانا بتمويل من أموال الضرائب. وتقرر بعد الثورة البلشفية عام ١٩١٧ أن توفر الرعاية الطبية المجانية لكل السكان وهو ما جرى العمل به لثمانية عقود لاحقة تقريبا. وكان هذا أول نموذج لنظام مركزي تديره الدولة كليا.

وكان تأثير النموذج الألماني قد أخذ ينتشر خارج ألمانيا بعد الحرب العالمية الأولى. ففي عام ١٩٢٢، أضافت اليابان الاعانات الصحية الى الاعانات الأخرى التي كان العمال يتمتعون بها انطلاقا من تقاليد اليابان الادارية الأبوية. وفي عام ١٩٢٤، تولت وزارة العمل في شيبي مسألة التغطية الاجتماعية لكل العمال المشمولين بنظام للتأمين. وبحلول عام ١٩٣٥، كان ٩٠٪ من سكان الدانمرك مشمولين بالتأمين الصحي الخاص بالعمال. وبدأ تطبيق التأمينات الاجتماعية في هولندا خلال فترة احتلالها في الحرب العالمية الثانية.

ومن الآثار التي خلفتها الحرب العالمية الثانية أنها أضرت بالبنى الأساسية الصحية أو دمرتها بشكل يكاد يكون تاما في بلدان جديدة وأعاقت تنفيذ خطط نظمها الصحية. الا أنها مهدت السبيل أيضا لتطبيق نظم جديدة. فالهيئة الوطنية للطوارئ التي أنشئت في بريطانيا أثناء الحرب لمعالجة الاصابات أسهمت في انشاء ما أصبح يعرف عام ١٩٤٨ بالنظام الوطني للصحة الذي قد يكون أكثر النظم الصحية أثرا. وكان تقرير بيفرديج لعام ١٩٤٢ (١٨) قد اعتبر أن الرعاية الصحية هي أحد ثلاثة شروط مسبقة أساسية لقيام نظام للتضامن الاجتماعي يملك مقومات البقاء. وأشارت الحكومة في كتاب أبيض عام ١٩٤٤ الى ضرورة انتهاز سياسة «تتيح لكل فرد أيا كان دخله أو عمره أو جنسه أو مهنته فرصة متكافئة للحصول على أفضل وأحدث الخدمات الطبية والخدمات المتصلة بها». وأضاف التقرير أن هذه الخدمات ينبغي أن تكون شاملة ومجانية وأن تعزز الصحة وأن تعالج العلل والأمراض. وكانت نيوزيلندا عام ١٩٣٨ أول بلد يطبق نظاما وطنيا للصحة. وفي الوقت ذاته تقريبا كانت كوستاريكا تضع الأسس الضرورية لانشاء نظام تأمين صحي للجميع في عام ١٩٤١. وفي المكسيك شهد عام ١٩٤٣ في وقت واحد انشاء معهد التضامن الاجتماعي ووزارة الصحة. وطرح في جنوب أفريقيا عام ١٩٤٤ نظام للخدمات الصحية الوطنية يشبه في خطوطه العريضة النموذج البريطاني ويقوم على الرعاية الصحية المجانية وعلى شبكة من المراكز المجتمعية والأطباء الممارسين كجزء من نظام للحالة؛ الا أن النظام المقترح لم ينفذ (١٩).

وفي الفترة التي تلت الحرب مباشرة وسع كل من اليابان والاتحاد السوفيتي نطاق نظاميهما الوطنيين المحدودين ليشملا معظم السكان أو جميعهم وفعلت ذلك أيضا كل من النرويج والسويد وهنغاريا ودول شيوعية أخرى في أوروبا وشيبي. وعندما حصلت المستعمرات السابقة على استقلالها أخذت تسعى لاعتماد نظم حديثة وشاملة بمشاركة قوية من الدولة، ووضعت الهند خطة تنمية خمسية طموحة لانشاء نظام صحي على أساس تقرير بهور لعام ١٩٤٦ (٢٠). ومن

العوامل التي جعلت من بناء النظم والتوسع في هذه الفترة أمرا ممكنا اكتشاف قوة الدولة الحديثة، والتحرك بعد الحرب نحو الوفاق والاستقرار والاعمار والتكافل الجماعي الذي كان نفسه من ثمرات جهود ودعم الحرب. وأدى الاحساس بالمواطنة الجديدة المكتسبة والايان بقدرة الدولة، بفعاليتها النسبية ورعايتها الرؤوفة، على تنمية كل شيء الى نشوء بيئة اجتماعية وسياسية مواتية لترسيخ مفهوم «العالمية الكلاسيكية»، أو مفهوم حق الجميع في الحصول على مختلف أشكال الرعاية الصحية.

وتستند النظم الصحية اليوم بدرجات مختلفة الى عدد من النماذج الأساسية التي برزت أو طورت منذ أواخر القرن التاسع عشر. ومن هذه النماذج ما يهدف الى تغطية كل المواطنين أو معظمهم من خلال اشتراكات الزامية يسدها أرباب العمل والعمال الى صناديق تأمين أو صناديق تأمين ضد المرض وتوفير الرعاية عن طريق مقدمي خدمات من القطاعين العام والخاص. وغالبا ما كانت بواكير نظم التأمين الاجتماعي هذه امتدادا لجمعيات صغيرة كانت طوعية في بدايتها. أما الأشكال اللاحقة فغالبا ما كانت من صنع الحكومات. وهناك نموذج أحدث قليلا يقوم على التخطيط والتمويل المركزيين ويعتمد بشكل رئيسي على إيرادات الضرائب وعلى مخصصات الخزينة العامة. وغالبا ما توزع الموارد في هذا النموذج على السكان والعاملين الصحيين أو المرافق وفق نسب محددة. وهناك نموذج ثالث مشاركة الدولة فيه محدودة، رغم أنها ملحوظة، لا يوفر التغطية الا لشرائح سكانية معينة تاركا بقية السكان للقطاع الخاص الذي يمول المرافق ويديرها ويملكها. ولا نجد في غير البلدان الغنية نظما تملك معظم الموارد وتقدم معظم الخدمات وتتبع هذا النموذج وذاك. وغالبا ما تكون النظم الصحية في البلدان ذات الدخل المتوسط وخاصة في أمريكا اللاتينية مزيجا من نوعين أو حتى ثلاثة أنواع من النظم (٢١). ويدور حوار كثير عن أفضل طرق تنظيم النظم الصحية، الا أن المهم في الأمر هو ما اذا كانت هيكلية النظام برمتها تيسر أداءه لوظائفه الأساسية.

### مراحل اصلاح النظم الصحية الثلاث

شهد القرن العشرون ثلاث موجات متداخلة لاصلاح النظم الصحية. ولم يكن الباعث لها الفشل الملاحظ في ميدان الصحة فحسب بل كذلك الرغبة في تحقيق مزيد من الكفاءة والعدالة والقدرة على الاستجابة لتطلعات السكان. وتمثلت الموجة الأولى في انشاء النظم الوطنية كالرعاية الصحية وتوسيع نطاق التأمين الاجتماعي ليشمل الأمم ذات الدخل المتوسط. وقد تم هذا في الأربعينات والخمسينات بالنسبة للدول الغنية وبعدها بقليل في الدول الفقيرة. وعندما شارفت الستينات على نهايتها أصبحت نظم عديدة من تلك التي أنشئت قبل ١٠ سنوات أو ٢٠ سنة تعاني من ضغوط كبيرة. فقد كانت التكاليف تتزايد بتزايد حجم وكثافة الرعاية القائمة على المستشفيات سواء في البلدان المتقدمة أو البلدان النامية. وكانت حصة الأغنياء من الخدمات التي توفرها النظم الصحية التي تغطي الجميع نظريا هو حصة الأسد، وبقيت الجهود التي تبذل للوصول الى الفقراء قاصرة ومقصرة. وكان العديد من الناس يضطرون الى الاعتماد على مواردهم الخاصة لتسديد تكاليف الرعاية الصحية وما كانوا يحصلون في غالب الأحوال الا على رعاية غير فعالة ومدنية الجودة.

وكانت هذه المشكلات تتجلى على أشدها في البلدان الفقيرة. فقد أنشأت السلطات الاستعمارية في أفريقيا وآسيا والحكومات في أمريكا اللاتينية خدمات صحية تستثني في معظمها السكان الأصليين. وكانت النماذج الأوروبية للرعاية الصحية التي طبقت في البلدان الأفريقية

الخاضعة للإدارة البريطانية، مثلاً، موجهة في معظمها لخدمة الموظفين والمواطنين البريطانيين مع تسهيلات منفصلة وأدنى للأفريقيين، هذا ان وفرت أصلاً. وكانت البعثات الخيرية وبرامج الصحة العامة توفر الرعاية للأغلبية، كما كان عليه الحال في بعض المناطق في أوروبا. لهذا بقي النظام الصحي في المستعمرات السابقة وفي البلدان المنخفضة الدخل عاجزاً عن توفير الخدمات الأساسية لسكان المناطق الريفية. فالمرافق الصحية التي أنشئت إنما أقيمت بشكل رئيسي في المناطق الحضرية. وفي معظم البلدان النامية كانت المستشفيات في المراكز الحضرية الرئيسية تتلقى نحو ثلثي المخصصات الحكومية للصحة رغم أنها لا توفر خدماتها إلا لما بين ١٠ إلى ٢٠ بالمائة من السكان فقط. وقد بينت الدراسات التي أجريت عن عمل المستشفيات أن نصف الأموال التي أنفقت على المرضى الداخليين الذين عولجوا في المستشفيات أو أكثر من نصفها صرفت لمعالجة حالات كان يمكن معالجتها في العيادات الخارجية ومنها حالات الاسهال والملاريا والتدرن والأمراض التنفسية الحادة (٢٢).

لهذا كله برزت الحاجة إلى ادخال تغيير جذري يجعل النظم أكثر مردودية وأكثر عدالة وتيسراً. وهكذا ظهرت موجة ثانية من الإصلاحات ترى في النهوض بالرعاية الصحية الأولية سبيلاً لتحقيق التغطية المسورة للجميع. وكان هذا النهج ثمرة الخبرات المكتسبة من مشروعات مكافحة الأمراض في الأربعينات في بلدان كجنوب أفريقيا وجمهورية إيران الإسلامية ويوغوسلافيا السابقة. واستند في هذا النهج أيضاً على المنجزات والتجارب التي حققت في الصين وكوبا وغواتيمالا واندونيسيا والنيجر وجمهورية تنزانيا المتحدة وولاية ماهاراشترا الهندية (٢٣). فبعض هذه البلدان وغيرها، ككوستاريكا وسري لانكا، أنجزت نتائج هامة جداً في ميدان الصحة بتكاليف قليلة نسبياً إذ أضافت من ١٥ إلى ٢٠ سنة لمتوسط العمر المأمول عند الميلاد في فترة لم تتجاوز عقدين من الزمن. واتسمت كل حالة من هذه الحالات بالتزام صارم بضمان حد أدنى من الخدمات الصحية والغذائية والتعليمية للجميع إضافة إلى امدادات كافية من مياه الشرب ومرافق الاصحاح الأساسية. وشكلت هذه الخدمات العناصر الأساسية للنظام إضافة إلى التركيز على تدابير الصحة العمومية المتصلة بالرعاية السريرية وعلى الوقاية كبديل للعلاج، وعلى الأدوية الأساسية وتثقيف الجماهير على أيدي عاملين صحيين على صعيد المجتمعات المحلية. وعززت منظمة الصحة العالمية جهودها الهادفة إلى توفير الرعاية الصحية الأساسية لكل الناس في كل مكان عندما اعتمدت الرعاية الصحية الأولية استراتيجية لتحقيق هدف «توفير الصحة للجميع» في المؤتمر الدولي المشترك بين المنظمة ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) بشأن الرعاية الصحية الأولية الذي عقد في ألما آتا في الاتحاد السوفيتي (ألمانيا، كازاخستان الآن) عام ١٩٧٨.

وسرعان ما اكتسبت كلمة «أولية» مدلولات مختلفة بعضها تقني (يتعلق بالاتصال الأول مع النظام الصحي أو المستوى الأول من الرعاية أو مجرد المعالجة البسيطة التي يوفرها مقدمو الخدمات الصحية غير المديرين نسبياً أو التدخلات المستندة إلى مسببات المرض الأولية) وبعضها سياسي (يتوقف على اجراءات متعددة القطاعات أو على مشاركة المجتمعات المحلية). ويفسر تعدد المدلولات وآثارها المتناقضة أحياناً على السياسات غياب أي نموذج وحيد للرعاية الأولية وقلة عدد البلدان النامية التي نجحت في السير على نهج البلدان أو الدول التي أفضت تجاربها إلى نشوء مفهوم الرعاية الأولية وقدمت الدليل الأول على امكانية تحقيق تحسينات كبيرة في مجال الصحة بتكاليف ميسورة. وبرزت محاولات جديدة بالتقدير لتدريب العاملين الصحيين على صعيد المجتمعات المحلية واستخدامهم لتوفير الخدمات الصحية الأساسية في مرافق بسيطة في

المناطق الريفية. وقد دربت الهند عاملين من هذا القبيل ووظفتهم في ١٠٠ ٠٠٠ مركز صحي يوفر نظريا الخدمات لثلثي السكان تقريبا.

وعلى الرغم من هذه الجهود فقد اعتبرت برامج كثيرة فاشلة، جزئيا على الأقل، في نهاية المطاف. اذ لم يتح للعاملين الوقت للعمل في مجالي الوقاية والتثقيف المجتمعي ولم يكن تدريبهم أو المعدات المتاحة لهم على درجة كافية لمواجهة المشكلات التي تعترضهم؛ وكثيرا ما كانت نوعية الرعاية رديئة لدرجة أنها كانت توصف بالبدائية بدلا من الأولية خاصة عندما كانت الرعاية الأولية تقتصر على الفقراء وتقدم أبسط الخدمات لا غير. وكان من الصعب جدا تشغيل نظم الاحالة تشغيليا وافيا رغم تفرداها، بالنسبة للخدمات الصحية وضرورتها لحسن أداء هذه الخدمات (٢٤). أما خدمات المستويات الأدنى فغالبا ما كان الناس يهجرونها وكثيرا ما كان المرضى يتجاوزونها ليتجهوا مباشرة الى المستشفيات مما جعل البلدان تواصل الاستثمار الى حد ما في مراكز الرعاية من المرتبة الثالثة الموجودة في المراكز الحضرية.

وتشكل الرعاية الأولية في البلدان المتقدمة جزءا متكاملًا من النظام ككل لارتباطها بالممارسة الطبية العامة وطب الأسرة وبمقدمي الخدمات الصحية على المستويات الأدنى كالعاملين في مجال التمريض ومساعدي الأطباء. وتضع بلدان متقدمة كثيرة تعزيز الاعتماد على هؤلاء الممارسين في صلب برامج الاصلاح الجارية فيها. فالرعاية المنظمة، مثلا، تتمحور الى حد كبير حول تعزيز الرعاية الأولية وتجنب المعالجة غير الضرورية لا سيما قبول المرضى في المستشفيات.

ويؤخذ على النهج الذي تشدد عليه حركة الرعاية الصحية الأولية قلة اهتمامه بالطلب على الرعاية الصحية من جانب السكان الذي يتأثر بتوافر الجودة والقدرة على الاستجابة وتركيزه بدلا من ذلك تركيزا حصريا تقريبا على احتياجاتهم المفترضة. وتصاب النظم بالفشل عندما لا يتوازي هذان المفهومان لأن عرض الخدمات يعجز عندئذ عن مواكبة أي منهما. ولا أدل على قلة الاهتمام هذا من اغفال اعلان ألما آتا الكامل لمسألة تمويل الرعاية وتوفيرها من قبل القطاع الخاص، اللهم الا اذا فسرت مشاركة المجتمعات المحلية على أنها تشمل التمويل الخاص للمشروعات الصغيرة.

ويعتبر الفقر أحد الأسباب التي تجعل الطلب لا يعبر عن الاحتياجات. ويمكن التغلب على ذلك بتقديم الرعاية بتكاليف زهيدة لا من حيث المال فحسب بل من حيث الوقت والتكاليف غير الطبية أيضا. وهناك فضلا عن ذلك أسباب عديدة أخرى لعدم التوازي بين ما يحتاجه الناس وما يريدون وهي أسباب قد لا يؤدي مجرد توفير المرافق والخدمات الطبية الى حلها. فقد كانت موجتا الاصلاحات الأولى والثانية عموما قائمتين على العرض الى حد كبير. والاهتمام بالطلب أصق بموجة الاصلاحات الثالثة الجارية حاليا في بلدان عديدة والتي تشمل اصلاحات من قبيل جعل «المال يتبع المريض» والابتعاد عن مجرد تخصيص ميزانيات لمقدمي الخدمات غالبا ما تحدها احتياجات مفترضة.

وإذا كانت القاعدة التنظيمية للرعاية الصحية الأولية وجودتها قد فشلت في تحقيق ما يتوقع منها، فان الأسس التقنية بقيت في معظمها سليمة وخضعت لتحسينات مستمرة. ويمكن تصوير خط التطور هذا بأنه تحرك نحو ما تسميه منظمة الصحة العالمية «بالعالمية الجديدة» — أي توفير الرعاية الأساسية الجيدة بمعايير فعالية التكاليف للجميع بدلا من تقديم كل رعاية ممكنة لسائر السكان أو رعاية بسيطة وأساسية للفقراء (انظر الشكل ١-١).

## الشكل ١-١ تغطية السكان والتدخلات في اطار مختلف مفاهيم الرعاية الصحية الأولية

التغطية السكانية		التدخلات المشمولة
كل الناس	الفقراء فقط	
المفهوم المبدئي	رعاية صحية «بدائية»	«أساسية» أو بسيطة
العالمية الجديدة	رعاية صحية أولية انتقائية	«رئيسية» وذات مردودية
العالمية الكلاسيكية	لم يتم التفكير فيها جديا	كل ما هو مفيد طبيا

Adapted from Frenk J. *Building on the legacy: primary health care and the new policy directions at WHO*. Address to the American Public Health Association, Chicago, IL, 8 November 1999.

وتشكل الفكرة القائلة بأن التدخلات الصحية والتغذوية تؤثر تأثيرا كبيرا على صحة شرائح كبيرة من السكان وتوفر «العافية بتكاليف قليلة» من خلال التركيز على مكافحة تلك الأمراض المسؤولة عن قدر كبير من أعباء المرض التي يمكن توقيها قاعدة لمجموعات من التدخلات التي تسمى «أساسية» أو «رئيسية» أو ذات «أولوية» جرى تطويرها في بلدان عديدة استنادا الى معلومات وبائية والى تقديرات المردودية (٢٧، ٢٨). وقد أدت حالات سوء التشخيص والمعالجة الناجمة عن سوء التدريب وشدة الفصل بين جهود مكافحة الأمراض الى استنباط مجموعة من التدخلات وتعزيز التدريب لدعم تنفيذها لا سيما في مجال المعالجة المتكاملة لأمراض الطفولة (٢٩).

ويعني هذا التطور أيضا التوكيد على التمويل العام أو التمويل المضمون والمنظم حكوميا دون التشديد بالضرورة على تقديم الخدمات من قبل القطاع العام. وهو ينطوي أيضا على اختيار ضمني للأولويات من ضمن التدخلات مع احترام المبدأ الأخلاقي الذي يسمح بتقنين الخدمات عند الضرورة ولتقتضيات الكفاءة دون أن يسمح باستبعاد مجموعات كاملة من السكان منها. إلا أن من الأسهل تحديد مجموعة من التدخلات التي من شأنها أن تعود بالنفع على الفقراء اذا ما طبقت تطبيقا كاملا على السكان من ضمان انتفاع معظم الفقراء أو ضمان كون معظم المستفيدين من الفقراء. وكثيرا ما يفيد الأغنياء من خدمات الرعاية الصحية الحكومية أكثر مما يفيد منها الفقراء التي جعلت لهم أصلا. وقد وجد في البلدان الاحدى عشرة التي تم فيها حساب توزيع المنافع استنادا الى معدلات توزيع الانفاق العام ومعدلات الاستخدام أن الخمس الأقر من السكان لا يحصل حتى ولا على حصته (٢٠ بالمائة) بينما ينال الخمس الأغنى من ٢٩ الى ٣٣ بالمائة من مجموع المنافع في سبعة من هذه البلدان. وتعود غلبة الأغنياء هذه الى أن المسورين هم الذين يستعملون خدمات المستشفيات بنسبة تفوق عددهم وهم دائما يستفيدون، باستثناء وحيد، من ٢٦ بالمائة على الأقل من مجموع المنافع. ويفيد الفقراء من الرعاية الأولية أكثر مما يفيدون من رعاية المستشفيات مما يبرر التركيز على الرعاية الأولية سبيلا للوصول الى الفقراء. ومع ذلك فإن من الفقراء كثيرا ما يحصلون على الرعاية الصحية بقدر أقل من الأغنياء (٣٠). وغالبا ما يحصل الفقراء على الرعاية الشخصية المتقلة - التي تمثل جل استخدامهم للنظام الصحي وجل نفقاتهم المباشرة والتي توفر لهم أفضل الفرص لتحقيق مكتسبات صحية جديدة من مقدمي الخدمات في القطاع الخاص (٣١). وتتباين هذه الخدمات في تركيزها على الفقراء فهي أحيانا أشد تركيزا عليهم من الخدمات التي يقدمها القطاع العام وأحيانا أقل.

وتتجسد في العديد من اصلاحات الموجة الثالثة الجارية الأفكار المتعلقة بالاستجابة للطلب والسعي من أجل تمكين الفقراء من الحصول على الخدمات والتشديد على التمويل بما فيه تقديم الاعانات بدلا من مجرد تقديم الخدمات في اطار القطاع العام. وتعريف هذه الجهود أمر أكثر صعوبة من تعريف الاصلاحات السابقة لأن هذه الجهود ثمره أسباب عديدة بما فيها زيادة التجريب. وهي تعكس جزئيا التغيرات السياسية والاقتصادية العميقة التي تحدث في العالم. فبنهاية الثمانينات بدأت الصين وأوروبا الوسطى والاتحاد السوفيتي السابق التحول من الشيوعية الى اقتصاد السوق. وكانت الثقة قد ضعفت في كل مكان في تدخل الدولة الصارم في الاقتصاد مما أدى الى تخلي الدولة على نطاق واسع عن المؤسسات التابعة لها وتعزيز التنافس داخليا وخارجيا والحد من القيود التنظيمية الحكومية وتزايد الاعتماد عموما على آليات السوق. وكان ذلك يعني، ايدولوجيا، التشديد على تعزيز حرية الاختيار الفردي والمسؤولية الفردية. أما سياسيا فقد كان ذلك يعني الحد من الوعود المقطوعة والتوقعات بشأن ما ينبغي للحكومات أن تقوم به لا سيما من خلال الايرادات العامة كيما تتسجم على نحو أفضل مع قدراتها المالية والتنظيمية الفعلية.

ولم تنج النظم الصحية من هذه التغيرات البعيدة المدى. وقد كان من نتائج ذلك تزايد الاهتمام باليات التأمين المؤسسية بما فيها التأمين الممول من الأفراد. وقد أجريت اصلاحات من هذا القبيل في عدة بلدان آسيوية وجرى تطبيق التأمين الصحي للجميع بدرجات متفاوتة في جمهورية كوريا وماليزيا وسنغافورة والصين (مقاطعة تايبان). كما أدخلت اصلاحات في الأرجنتين وشيلي وكولومبيا والمكسيك هدفها تعزيز التغطية بنظم التأمين وتوسيع نطاقها أو دمجها لتحقيق تقاسم أكبر للمخاطر، وحل مزيج من التأمين والرعاية الصحية التي يسد تكاليفها المعنويون مباشرة من جيوبهم محل معظم النظم الحكومية في مختلف البلدان الشيوعية السابقة. أما البلدان المتقدمة التي تشمل التغطية فيها الجميع، بشكل يكاد يكون كليا، فقد شهدت عموما تغيرات أقل في طرق تمويل الرعاية الصحية وان طرأت تغيرات جوهرية بشأن من يحدد كيفية استخدام الموارد وعلى الترتيبات التي يتم بموجبها جمع الأموال وتسديدها الى مقدمي الخدمات. وأصبح الممارسون العامون وأطباء الرعاية الأولية، بوصفهم «حراس» النظام الصحي، يعتبرون أحيانا مسؤولين «ليس عن مرضاهم فحسب» بل كذلك عن الآثار العامة المترتبة على الموارد من جراء المعالجة التي يقررونها. وقد أضفت بعض البلدان صفة نظامية على هذا الدور من خلال انشاء ميزانيات خاصة للممارسين العامين وأطباء الرعاية الأولية منها، على سبيل المثال، المسؤولية المالية الذاتية للعيادات الطبية في المملكة المتحدة ومؤسسات صون الصحة في الولايات المتحدة ورابطات الممارسة المستقلة في نيوزيلندا (٣٢). وفي الولايات المتحدة خسر مقدمو الخدمات نفوذهم لصالح شركات التأمين التي أصبحت تسيطر الى حد كبير على العلاقات بين الأطباء والمرضى.

### التركيز على الأداء

لا يحلل هذا التقرير بالتفصيل مختلف الجهود المبذولة والاقتراحات المقدمة في اطار الاصلاحات الجارية ولا يقدم نموذجا لأفضل الطرق لانشاء نظام صحي ما أو إعادة بنائه. فالعالم يعكف اليوم على تجريب متغيرات كثيرة وليس هناك طريق مثلى للسير قدما وان كانت هناك استنتاجات واضحة عن التنظيمات والقواعد والحوافز التي من شأنها أن تساعد النظام الصحي على استغلال موارده لتحقيق أهدافه — وهي موضوع الفصل الثالث. ويتوقف ما يمكن انجازه

بالموارد المتاحة حالياً – من أشخاص ومبان ومعدات ومعارف – الى حد كبير على الاستثمارات والأنشطة التدريبية التي أنشأت هذه الموارد. ويمكن أن تؤدي الأخطاء المرتكبة في مجال الاستثمار الى عواقب بعيدة المدى وتمثل مسألة معرفة أفضل الطرق لاستحداث الموارد ومسألة الأخطاء التي ينبغي تجنبها موضوع الفصل الرابع. ويعالج الفصل الخامس الاستثمارات المشابهة المتعلقة بمتطلبات تمويل النظام. وأخيراً، يحتاج النظام الصحي ككل الى مراقبة شاملة كي يبقى على مساره في اتجاه تحقيق مراميه وضمان التنفيذ السليم لمهام تمويل الخدمات والاستثمار فيها وتقديمها. ويقدم الفصل السادس اقتراحات بشأن هذه المهمة العامة. ويعود التركيز على هذه الموضوعات، الى حد ما، الى أن كثيراً من هذه الاصلاحات تسعى الى تغيير هذه الجوانب بدلا من مجرد زيادة العرض أو تحديد التدخلات التي ينبغي تقديمها. ولا بد للتغيرات أن تسهم في تعزيز أداء النظام لكي تجد ما يبررها.

كيف يمكن تفجير طاقات النظم الصحية اذن؟ كيف لها أن تحسن أداءها بحيث لا تكتفي بحماية الصحة بل تستجيب أيضا لتوقعات الناس وتحميهم ماديا من تكاليف المرض؟ ويسمح الاطار الوارد في الفصل الثاني بتقييم أداء النظم الصحية وفهم العوامل التي تسهم فيها ضمن المجالات الأربعة الرئيسية التي تعالجها الفصول اللاحقة: توفير الخدمات، وتنمية الموارد – البشرية والمادية والفكرية – المطلوبة لتشغيل النظام، وحشد الأموال وتوجيهها وضمان تصرف الأفراد والمؤسسات، من القائمين على النظام، كقيمين مخلصين على الموارد التي ائتمنوا عليها.

## المراجع

1. Miller J. *The body in question*. New York, Random House, 1978: 14.
2. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 1978, 12: 85-93.
3. Claybrook J. Remarks at the Seventh Annual North Carolina Highway Safety Conference, 1980. On Bureau of Transportation Statistics, Transportation Research Board web site at <http://www4.nas.edu/trb/crp.nsf/>
4. US Department of Transportation. *Traffic safety facts 1998*. Washington, DC, National Highway Traffic Safety Administration, 1998.
5. OECD. *International road traffic and accident database*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 1999.
6. Jamison DT et al. *Disease control priorities in developing countries*. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.
7. **World development report 1993 – Investing in health**. New York, Oxford University Press for The World Bank, Washington, DC, 1993: Table 5.3.
8. Akhavan D et al. Cost-effective malaria control in Brazil. Cost-effectiveness of a malaria control program in the Amazon Basin of Brazil, 1988-1996. *Social Science and Medicine*, 1999, 49 (10): 1385-99: Table 5.
9. Rutstein DD et al. Measuring the quality of medical care – a clinical method. *New England Journal of Medicine*, 1976, 294 (11): 582-588.
10. Charlton JR, Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *British Medical Journal*, 1986, 292: 295-301.
11. Velkova A, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Mackenbach JP. The East-West life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention. *International Journal of Epidemiology*, 1997, 26 (1): 75-84.
12. Cochrane AL, St Leger AS, Moore F. Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1978, 32 (3): 200-205.
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. Mackenbach JP. Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. *Health Policy*, 1991, 19: 245-255.

15. **Filmer D, Pritchett L.** The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, **49** (10): 1309-1323.
16. **Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds.** *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1999.
17. **Taylor ASP.** *Bismarck – the man and the statesman*. London, Penguin, 1995: 204.
18. Social insurance and allied services. Report by Sir William Beveridge. London, HMSO, 1942.
19. **Savage M, Shisana O.** Health service provision in a future South Africa. In: Spence J. ed. *Change in South Africa*. London, The Royal Institute of International Affairs, 1994.
20. **Government of India.** *Health Survey and Development Committee Report. Vol. 1.4*. New Delhi, Ministry of Health, 1946.
21. **Londoño JL, Frenk J.** Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997, **41** (1):1-36.
22. **Barnum H, Kutzin J.** *Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing*. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1993.
23. **Newell KN.** *Health by the people*. Geneva, World Health Organization, 1975.
24. **Sanders D et al.** Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, **13**: 359-370.
25. **Gwatkin DR, Wilcox JR, Wray JD.** The policy implications of field experiments in primary health nutrition care. *Social Science and Medicine*, 1980, **14** (2): 121-128.
26. **Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds.** *Good health at low cost*. New York, Rockefeller Foundation, 1985.
27. **Bobadilla JL et al.** Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, **72** (4): 653-662.
28. **Bobadilla JL.** *Searching for essential health services in low- and middle-income countries*. Washington, DC, Inter-American Development Bank, 1998.
29. **Tullock J.** Integrated approach to child health in developing countries. *The Lancet*, 1999, **354** (Suppl. II): 16-20.
30. **Gwatkin DR.** *The current state of knowledge about how well government health services reach the poor: implications for sector-wide approaches*. Washington, DC, The World Bank, 5 February 1998 (discussion draft).
31. **Berman P.** The organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (in press).
32. **Wilton P, Smith RD.** Primary care reform: a three country comparison of budget holding? *Health Policy*, 1998, **44** (2): 149-166.

