

الفصل الثاني

ما هي معايير تحديد حسن أداء النظم الصحية؟

مما لا شك فيه أن تحسين الصحة هو أول المرامي التي ينشد تحقيقها كل نظام صحي. لكن تكاليف الرعاية الصحية قد تكون هائلة، كما قد يتعذر التنبؤ بنشوء الحاجة إليها، مما يجعل وجود آليات لتقاسم المخاطر وتأمين الحماية من الناحية المالية أمراً في غاية الأهمية. وبذا فإن أحد المرامي الأخرى للنظم الصحية هو عدالة المساهمة المالية. وثمة هدف ثالث هو القدرة على الاستجابة لتوقعات الناس في الأمور غير الصحية وهو يجسد أهمية احترام كرامة الفرد واستقلاليتته والطابع السري للمعلومات الخاصة به. وقد بدأت المنظمة عملية كبرى للحصول على البيانات وتحليلها بغية تقييم المدى الذي تحقق فيه النظم الصحية في الدول الأعضاء بالمنظمة هذه المرامي التي ينبغي مساءلتها عنها، ومدى كفاءتها في استخدام مواردها في تحقيق تلك المرامي. ويشكل هذا التقرير، بتركيزه على بضع مهام عامة تضطلع بها النظم الصحية، قاعدة للقرائن من شأنها مساعدة راسمي السياسات على تحسين أداء النظم الصحية.

ما هي معايير تحديد حسن أداء النظم الصحية؟

النتائج والأداء

يقتضي تقييم أداء أي نظام صحي لوظيفته طرح سؤالين هامين: أولهما كيفية قياس النتائج الهامة - أي تحديد ما تم انجازه فيما يتعلق بالغايات الثلاث وهي تحسين الصحة والقدرة على الاستجابة وعدالة المساهمة المالية (بلوغ المرامي). وثانيهما كيفية مقارنة هذه الانجازات بما ينبغي أن يحققه النظام الصحي - أي أفضل ما يمكن تحقيقه بالموارد ذاتها (الأداء). ومع أنه يمكن احراز التقدم في مواجهة العديد من المشكلات الصحية في المجتمع، فإن بعض أسبابها تقع كليا خارج نطاق أعم التصورات المتصلة بطبيعة النظم الصحية. اذ لا يعقل تحميل النظم الصحية المسؤولية عن تأثيرات من قبيل توزع الدخل والثروة، ولا عن أثر المناخ طبعاً. غير أنه يمكن الصاق المسؤولية الكاملة عن الوفيات والأمراض الممكن تفاديها بدءاً بالولادة ومروراً بالحصبة أو الملاريا أو تعاطي التبغ بهذه النظم. أما اطلاق أحكام نزيهة عن مقدار الضرر الصحي الممكن تفاديته فيطلب وضع تقديرات بأفضل ما يمكن انتظاره من أي نظام صحي وأقل ما يمكن مطالته به. وينطبق هذا على التقدم صوب تحقيق الغايتين الأخيرين، رغم أن المعلومات المتوفرة عنهما نادرة جداً (1).

المرامي المنشودة والوظائف

ان تحسين الصحة هو بطبيعة الحال علة وجود أي نظام صحي كان، ومما لا جدال فيه أنه المرمى الأول أو الأهم الذي يسعى لبلوغه: فإذا لم تفعل النظم الصحية شيئاً لحماية الصحة أو تحسينها يسقط سبب وجودها. نعم هناك نظم أخرى في المجتمع قد تساهم مساهمة كبرى في تحسين صحة الناس، لكن ذلك ليس هدفها الأول. ومن الأمثلة على ذلك أن نظام التعليم يترك أثراً كبيراً على الصحة، لكن هدفه الأهم هو التعليم. ويفعل هذا الأثر فعله في الاتجاه المقابل أيضاً: فتمتع الطفل بالعافية يزيد من قدرته على التعلم، لكن هذا ليس هو الغرض الرئيسي للنظام الصحي. وعلى النقيض من ذلك فإن هدف التمويل العادل يشمل كافة النظم المجتمعية. وأوضح مثال على ذلك هو عندما يدفع المجتمع تكاليف النظام المعني، لكن الأمر يتساوى عندما

يمول كل شيء من خلال المشتريات الفردية وحدها. وفكرة العدالة وحدها هي التي قد تتبدل وتتغير. «فالحصول على ما تدفع ثمنه» يجمع الكل على عدالته في مجال المعاملات التجارية في الأسواق، لكنه يبدو أقل عدلا بكثير عندما يتعلق الأمر بالخدمات الصحية. ومهما كان النظام فإن الناس عندهم توقعات، يعتبرها المجتمع مشروعة بشأن الطريقة التي تتعين معاملتهم بها سواء من الناحية البدنية أو النفسية. وبالتالي فإن القدرة على الاستجابة تشكل دائما هدفا اجتماعيا. وإذا اتخذ نظام التعليم مثالا في هذا المضمار فإن التمويل العادل يعني قيام التوازن الصحيح بين مساهمات الأسر التي لديها أطفال والأسر التي ليس لديها أطفال في المدارس، وتوفير المعونات الكافية للحيلولة دون حرمان الفقراء من الأطفال من الدراسة لأسباب مالية. وتشمل القدرة على الاستجابة احترام رغبات الأبوين بخصوص أولادهم، وتجنب الاساءة الى التلاميذ أو اهانتهم.

ويختلف النظام الصحي عن النظم الاجتماعية الأخرى كالتعليم وعن أسواق معظم السلع الاستهلاكية والخدمات في نقطتين اثنتين تضيفان أهمية خاصة على هدفي التمويل العادل والقدرة على الاستجابة: احدهما أن الرعاية الصحية يمكن أن تكون باهظة التكاليف حيث كثيرا ما تكون الرعاية الصحية الضرورية أمرا لا يمكن التنبؤ به، وعليه فإن من الحيوي ألا يضطر الناس الى الاختيار بين الافلاس وبين السقوط فريسة للمرض. فأليات توزيع المخاطر وتوفير الحماية المالية هما أمران أعظم أهمية حتى من الحالات الأخرى التي يشتري فيها الناس بوليصات التأمين لحماية الأصول المادية كالبيوت أو المركبات، أو للحماية من المخاطر المالية التي تتهدد الأسر التي تفقد معيها في سن مبكرة. أما السمة الأخرى التي تتميز بها الصحة هي أن المرض بحد ذاته، وكذلك الرعاية الطبية، يمكن لهما أن يهدرا كرامة الناس ويقوضا قدرتهم على التحكم في ما يحدث لهم أكثر من أي حدث آخر يتعرضون له. وتعني القدرة على الاستجابة، فيما تعنيه، الأقلال من هدر كرامة الانسان والاضرار باستقلالته، كما تعني الحد من الخوف والعار وهما صِنُوا المرض في أغلب الأحيان.

وكثيرا ما يطلب من النظم أن تكون ميسورة التكلفة، وعادلة ومضمونة الاستمرار وأن تكون ذات نوعية جيدة، وقد يتوقع منها أن تلبى حاجات أخرى أيضا. بيد أن جوانب مثل سهولة الاستفادة منها ليست سوى وسيلة لبلوغ غاية، أي أنها أهداف مساعفة وليست أهدافا نهائية. وكلما سهلت الاستفادة من نظام ما لجأ اليه المزيد من الناس لتحسين صحتهم. ومن ناحية أخرى فإن مرامي الصحة والتمويل العادل والقدرة على الاستجابة يتسم كل منها بأهمية جوهرية. فالتقدم في احراز مرمى ما أو مجموعة من المرامي دون النكوص عن بلوغ أخرى يشكل تحسنا في حد ذاته. وعلى هذا لو أمكن قياس هذه الانجازات، فإن المرامي المساعفة مثل يسر الاستفادة تصبح غير ضرورية لقياس الأداء الكلي بشكل غير مباشر وتكون فقط مجرد وسيلة لتفسير النتائج سواء كانت جيدة أو رديئة.

ومما لا ريب فيه أن توزيع التمويل على نحو أكثر عدلا قد يساهم في تحسين الصحة، وذلك بالاقبال من احتمالات عدم حصول من يحتاج للرعاية على هذه الرعاية بسبب ارتفاع تكلفتها، أو أن يؤدي بهم دفع أجور الرعاية الصحية الى الفقر والتعرض لمزيد من المشاكل الصحية. وأي نظام أكثر استجابة لاحتياجات الناس وتوقعاتهم يساعد على تحسين الصحة أيضا، لأن المرضى المحتملين قد يستفيدون منه لتوقعهم الحصول على علاج جيد. وعليه فإن كلا هذين الهدفين يعد مساعفا الى حد ما أي أنه يعزز تحسين الحالة الصحية. لكنهما يظلان مهمين حتى ولو اذا لم يحدث ذلك. أي أن العدالة في تمويل النظام أمر جيد في حد ذاته. وكذلك الأمر بالنسبة للتأكد من تدبير العلاج السريع للناس، مع احترام كرامتهم ورغباتهم، ومن تلقي المرضى الدعم المادي والمعنوي الكافي أثناء

خضوعهم للعلاج. ويمكن الفصل بين هذه المرامي الثلاثة، كما يتبين في أغلب الأحيان من عدم ارتياح الناس من نظام ما حتى عندما تكون النتائج الصحية التي تحققها تبعث على الرضا.

والمقارنة بين الطريقة التي تؤدي بها النظم الصحية عملها تعني النظر في ما تحققه وفيما تفعله أي كيف تقوم بتنفيذ مهام معينة - للوصول الى أية نتيجة كانت (٢). ويمكن تصنيف هذه المهام وربطها بالغايات التي يتوخاها النظام بطرق كثيرة مختلفة. ومن الأمثلة على ذلك أن مبادرة «الصحة العمومية في الأمريكتين» التي تزعمتها منظمة الصحة للبلدان الأمريكية تتحدث عن ١٢ «مهمة أساسية» مختلفة، وتطرح ما بين ثلاث وست مهام فرعية لكل منها (٣). وتتطابق العديد من هذه المهام مع مهمة القوامة التي يشدد عليها هذا التقرير، وتتطابق الأخرى مع تقديم الخدمات واستدراار الموارد. وتشمل المهام الأربع الوارد بحثها في هذا الفصل هذه المهام وأنشطة أخرى أكثر تحديدا. ويبين الشكل ٢-١ كيف تترابط هذه المهام أي تقديم الخدمات الصحية الشخصية وغير الشخصية، وحشد وتجميع وتخصيص الإيرادات لشراء تلك الخدمات، والاستثمار في البشر، والمباني والمعدات، والاضطلاع بدور القيم العام على الموارد والسلطات المنوطة بهم والأمال العلقمة عليهم، وبغيرها من المهام وبالغايات التي ينشدها النظام. وتحتل القوامة مكانة خاصة لأنها تعني الاشراف على كافة الوظائف الأخرى، وتترك آثارا مباشرة وغير مباشرة على جميع النتائج. وتشكل المقارنة بين طرق الاضطلاع بهذه المهام على الصعيد العملي أساسا لفهم متغيرات الأداء بمرور الزمن وفيما بين البلدان. وتتضمن الفصول الأربعة التالية دراسة بعض القرائن المتعلقة بهذه المهام وتشرح مدى تأثيرها في قدرة مختلف النظم الصحية على بلوغ غاياتها الأساسية.

والنظام الصحي، في رأي غالبية الناس، انما هو مجموع الأشخاص والمنظمات ممن يقدمون الخدمات الطبية الشخصية. وأي تعريف أوسع نطاقا للنظام الصحي يعني أن الأشخاص والمنظمات الذين يقدمون الرعاية الطبية ليسوا هم النظام كله، بل انهم يؤدون واحدة من مهام النظام الرئيسية، وأنهم يشاركون أيضا، أحيانا بشكل مناسب وأخرى على نحو غير مناسب، في المهام الأخرى كالتمويل والاستثمار والقوامة. وتعتبر مسألة تحديد المسؤولين عن الاضطلاع بأية مهمة من المهام احدى القضايا الحاسمة التي تتناولها الفصول التالية.

لقد درجت العادة على التحدث عن الكفاح من أجل تحسين الصحة باستخدام مصطلحات شبه عسكرية، كالحديث عن «محاربة» الملاريا أو الايدز، والاشارة الى «حملة» التمنيع و«قهر» الجذري، و«تحرير» السكان أو منطقة جغرافية من مرض ما، والانشغال «بسباق التسلح» القائم على الدوام بين مسببات المرض والأدوية التي تحد منها وتوقفها، والأمل في توفير «سلاح سحري» ضد السرطان أو الداء السكري. ومن هذا المنطلق يمكن اعتبار مقدمي الخدمات الصحية المباشرة - سواء استهدفت الأفراد أو المجتمعات أو البيئة - جنود الصفوف الأمامية الذين يدافعون عن المجتمع ضد المرض. غير أن النظام الصحي لا بد أن يكون، تماما كما هي الحال بالنسبة للجيش، أكثر من مجرد الجنود في الميدان كي ينتصر في أية معركة يخوضها. فوراء هؤلاء جهاز بكامله يضمن التدريب والارشاد والتمويل والمؤن والدافع والقيادة على نحو واف للمحاربين. ومن الأهمية بمكان أيضا معاملة الناس الذين يفترض فيهم حمايتهم معاملة لائقة، وتعليم «المدنيين» في هذا الكفاح كيف يدافعون عن أنفسهم وعن أسرهم، وتحمل عبء تمويل الحرب على نحو عادل ومنصف.

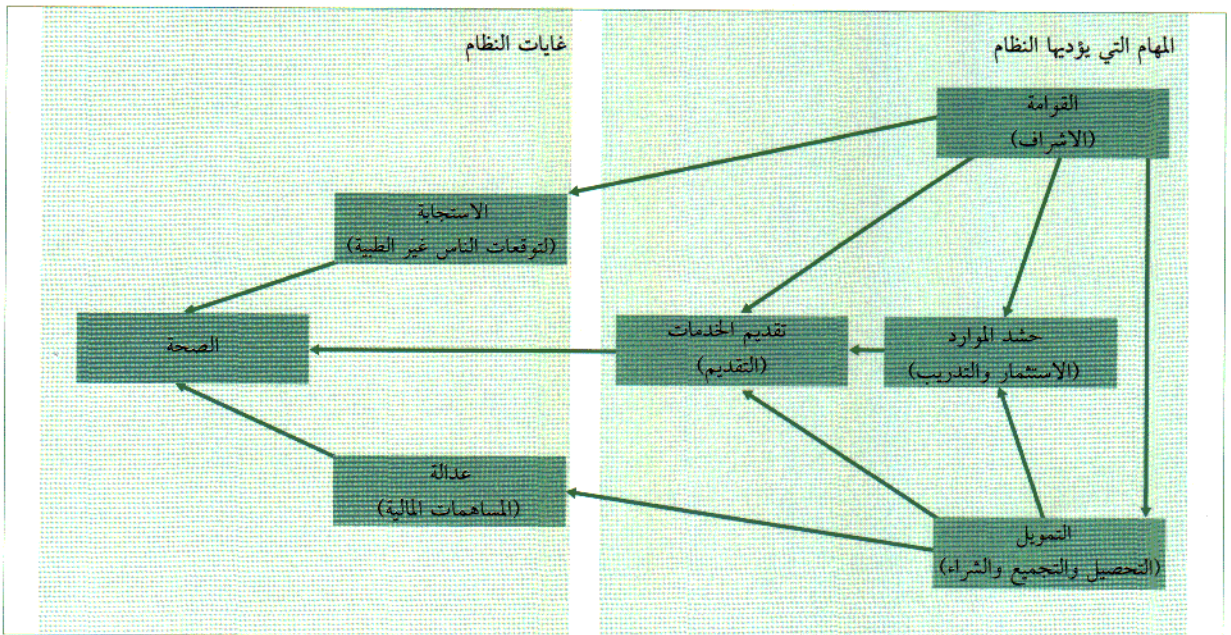
وما لم يتم الاضطلاع بهذه المهام على الوجه الصحيح فان الأسلحة تصبح أقل فعالية مما يؤدي الى زيادة عدد الضحايا. ولا يعني التركيز هنا على النتائج الكلية والمهام الأكثر بعدا عن

الخطوط الأمامية أي انتقاص من أهمية مكافحة الأمراض. بل يعني التريث قليلا والتفكير في الغرض الذي يسعى النظام الصحي ككل لتحقيقه، وإلى أي مدى يحالفه النجاح في ذلك. فالنجاح يعني، فيما يعني، مكافحة الأمراض على نحو أنجع من خلال تحسين الأداء.

الجودة والعدالة: أهمية المستوى والتوزيع

ان النظام الصحي الجيد يساهم قبل كل شيء في تحسين الصحة. لكنه ليس كافيا على الدوام لحماية أو تحسين متوسط المستوى الصحي للسكان، اذا ما تفاقمت في الوقت ذاته أوجه اللامساواة أو اذا ظلت مستفحلة لأن المكاسب يستأثر بمعظمها أولئك الذين يتمتعون بالصحة والعافية فعلا. ويتحمل النظام الصحي أيضا مسؤولية السعي إلى الحد من أوجه اللامساواة بالاتجاه على نحو تفضيلي إلى تحسين صحة من لا يتمتعون بالعافية، اذا ما كان سبب اللامساواة هذه أوضاع يمكن التدخل فيها. وغاية تحسين الصحة غاية ذات شقين في واقع الأمر: الشق الأول هو أرفع مستوى يمكن بلوغه - أي الجودة - والشق الثاني هو السعي إلى تذليل الفوارق بين مختلف الأفراد والفئات - أي العدالة. وأي مكسب يتحقق في أحد هذين المجالين دون تغيير في الآخر يعد تحسنا، لكنه قد يؤدي إلى تضارب بينهما. والمنطق السائد يشبه إلى حد ما ذلك المتعلق بتوزيع الدخل بين السكان. إذ يستحسن رفع المستوى الوسطي، أو الحد من اللامساواة، أو كليهما، واللجوء أحيانا إلى تقييم الأهمية النسبية لكل من هذين المرميين (مع الفارق المتمثل في أنه لا يوجد أي مبرر يسوغ حرمان أي كان من التمتع بالصحة - فالصحة، على العكس من الدخل أو الأصول غير البشرية - لا يمكن إعادة توزيعها بصورة مباشرة).

الشكل ٢-١ العلاقات بين وظائف وغايات النظام الصحي



وينطبق التمييز بين المستوى الاجمالي وكيفية توزيعه على السكان على القدرة على الاستجابة أيضا. فالجودة تعني أن النظام يستجيب على العموم لتوقعات الناس منه، وذلك فيما يخص الجوانب غير الصحية منه. أما العدالة فتعني أنه يستجيب للجميع على قدم المساواة، دون أي تمييز أو فوارق في معاملة الناس. وتوزيع القدرة على الاستجابة أمر له أهميته، تماما مثل أهمية توزيع الصحة. وكلاهما مهم في حد ذاته.

وعلى النقيض من هدفي تحسين الصحة والقدرة على الاستجابة، فإن فكرة الجودة الكلية لا تنطبق على التمويل. بل ثمة طرق جيدة وريثة لحشد الموارد خدمة للنظم الصحية طبعاً، لكنها تظل جيدة الى حد ما خاصة عندما تضمن توزيعاً عادلاً تقاسم الأعباء المالية. فالتمويل العادل، كما يدل عليه اسمه، لا يتعلق الا بالتوزيع، ولا علاقة له بالتكلفة الاجمالية للموارد، ولا بكيفية استخدام الأموال. وإذا كان من الواضح أن من الأفضل تحسين الصحة أو رفع القدرة على الاستجابة فانه ليس من الأفضل دائماً انفاق المزيد على الصحة لأن ارتفاع مستوى الانفاق قد لا يعود بمكاسب صحية اضافية تستحق الذكر من زيادة الموارد. وليس من غايات النظم الصحي بلوغ أي مستوى معين من الانفاق الاجمالي، سواء كان ذلك بالقيمة المطلقة أو بالنسبة للدخل. ذلك أنه مهما اختلفت مستويات الانفاق فان الموارد المكرسة للصحة يمكن استخدامها في أغراض أخرى كما أن المبالغ التي يتعين تخصيصها للنظام الصحي تعتمد على خيار اجتماعي – ولا تعتمد على أي قاعدة اقتصادية. ومع ذلك قد يكون هناك حد أدنى من الانفاق الضروري لتزويد السكان برمتهم بوضع خدمات عالية المردود، وما تنفقه العديد من البلدان الفقيرة اليوم أقل من أن يؤمن حتى هذه الخدمات (٤).

أما في البلدان التي يكون معظم التمويل الصحي فيها من مصادر خاصة ومباشرة الى حد كبير فلا يختار أحد هذه السبل على وجه العموم، ويتم ذلك نتيجة ملايين القرارات الفردية. وكلما زاد مستوى الدفعات المسبقة قلت القرارات واتسع نطاقها، لأن الانفاق يتم تحديده بشكل مطرد من خلال سياسات وميزانيات الكيانات الرسمية وصناديق التأمين. ويؤثر القرار المتصل بميزانية الدولة أكبر الأثر على الاطلاق في البلدان المرتفعة الدخل حيث يخضع معظم التمويل لمراقبة الحكومة، لكنه يظل أو تتم مراقبته بالنيابة عنها في جميع البلدان، أهم القرارات الرسمية الأساسية. وهذا أمر يمكن اختياره على نحو مباشر، لكنه لا ينطبق على مستوى النواتج الصحية أو القدرة على الاستجابة.

قياس مدى بلوغ المرامي

يتطلب تقييم أي نظام صحي قياس خمسة أشياء هي: المستوى الصحي العام، وتوزيع الصحة في أوساط السكان، والمستوى الاجمالي للقدرة على الاستجابة، وتوزع القدرة على الاستجابة، وتوزيع المساهمات المالية. وقد استخدمت منظمة الصحة العالمية في حساب مقاييس بلوغ كل واحد من هذه الأشياء مصادر قائمة أو بيانات تم وضعها مؤخراً فيما يتعلق بالبلدان التي أمكن الحصول على معلومات عنها. واستعملت هذه البيانات أيضاً في تقدير القيم حيثما اعتبرت بعض الأرقام غير موثوقة، ولتقدير انجاز وأداء جميع الدول الأعضاء الأخرى. ويعتبر عدد من هذه المقاييس جديداً ويرد شرحها بالتفصيل في الملحق الاحصائي، حيث تظهر كل التقديرات، بالإضافة الى فواصل تعبر عن عدم اليقين أو درجة الثقة بالنسبة لكل تقدير من التقديرات. وتشير التقديرات الى أن القيمة الصحيحة لأي مؤشر لها احتمالات قدرها ٨٠٪ بالوقوع ضمن فاصلة عدم اليقين واحتمال ١٠٪ بأن تقع دون القيمة الدنيا أو أعلى من العليا. ويؤكد التسليم

بانعدام الدقة هذا على أهمية الحصول على المزيد من البيانات الأفضل عن جميع المؤشرات الأساسية لصحة السكان والقدرة على الاستجابة وعدالة المساهمات المالية، وهي مهمة تشكل جزءاً من برنامج عمل المنظمة المتواصل.

ويستخدم التقدم المسجل فيما يتعلق بكل غاية من الغايات في ترتيب البلدان، وكذلك المقاييس الاجمالية للأداء والانجاز الوارد وصفها أدناه. وحيث ان بلدا ما أو نظاما صحيا ما قد يحتل مرتبة مختلفة تماما فيما يتعلق بمختلف الانجازات، فقد ضم الجدول ١ من الملحق التصنيف الكامل لجميع الدول الأعضاء بخصوص كل المقاييس. وتم ترتيب البلدان في عدة جداول أخرى حسب المنجزات أو الأداء، ويختلف هذا المعيار من جدول لآخر. وبما أن التصنيف يقوم على تقديرات تضم عدم اليقين فيما يتعلق بالقيم الدقيقة، فان المرتبة الممنوحة تنطوي على عدم اليقين أيضا: اذ أن النظام الصحي لا يعطي على الدوام موقعا محددا بالنسبة الى جميع النظم الأخرى بل يقدر بأن موقعه يندرج ضمن نطاق أضيق أو أوسع تبعا لأوجه عدم اليقين في الحسابات. وبالتالي فان مراتب مختلف النظم الصحية تتداخل أحيانا الى حد قد يزيد أو ينقص، وقد يحتل بلدان اثنان أو أكثر المرتبة نفسها.

ويعتبر التمتع بالصحة الغاية الأساسية التي ينشدها النظام الصحي. وهذا يعني تحسين حالة كل السكان الصحية قدر المستطاع طوال حياتهم، مع أخذ الوفيات وحالات التعوق المبكرة بعين الاعتبار. ويعرض الجدول ٢ من الملحق ثلاثة مقاييس تقليدية وجزئية للحالة الصحية، بحسب البلدان، دون تصنيفه بمراتب: وهي احتمال الوفاة قبل الخامسة من العمر أو بين سني ١٥ و ٥٩ عاما، ومتوسط العمر المأمول عند الميلاد. وتعرض هذه المقاييس لأول مرة مع تقديرات بعدم اليقين ويتم ترحيل أوجه عدم اليقين هذه الى الحسابات التالية. ويتم، بناء على أعداد الوفيات، تحديد خمس مراتب، تتراوح بين وفيات الأطفال والبالغين القليلة وبين وفيات الأطفال المرتفعة ومعدلات وفيات البالغين المرتفعة جدا. ونتيجة للربط بين هذه المراتب وبين الأقاليم الستة التابعة للمنظمة يبرز للوجود ١٤ اقليما فرعيا تتحدد جغرافيا ووبائيا (انظر قائمة الدول الأعضاء المصنفة حسب أقاليم المنظمة ومستوى الوفيات). ويتضمن الجدول ٣ من الملحق تقديرات بعدد الوفيات حسب الأسباب والجنس في عام ١٩٩٩ في كل من هذه الأقاليم الفرعية (وليس حسب البلدان)، كما يجمع الجدول ٤ من الملحق بين معدلات الوفيات ومعلومات عن التعوق للتوصل الى تقديرات تتصل بمقياس واحد لصحة السكان عموما: ألا وهو عبء المرض، أي سنوات العمر التي يضيعها المرء مصححة باحتساب مدد التعوق.

ولتقييم صحة السكان عموما، وبالتالي اصدار أحكام بشأن مدى بلوغ غاية جودة الصحة، اختارت المنظمة استخدام متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق، والذي يتميز بإمكانية مقارنته مباشرة مع متوسط العمر المأمول المقدر على أساس الوفيات وحدها وكذلك قابليته للمقارنة عبر مختلف المجموعات السكانية. ويتضمن الجدول ٥ من الملحق تقديرات تتعلق بمتوسط العمر المأمول باحتساب مدد التعوق لجميع البلدان. ومن المقدر أن متوسط العمر المأمول باحتساب مدد التعوق يساوي أو يتجاوز ٧٠ عاما في ٢٤ بلدا، و ٦٠ عاما في أكثر من نصف الدول الأعضاء في المنظمة. وفي مقابل ذلك هناك ٣٢ بلدا يقل فيها متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق المقدر عن ٤٠ عاما. وأغلب هذه البلدان يستشري فيها وباء الايدز والعدوى بفيروسه من بين أسباب أخرى، ويتضمن الاطار ٢-١ وصفا للمقاييس المختصة لصحة السكان وكيفية وضعها والترابط بينها.

ويوجز الشكل ٢-٢ أوجه العلاقة بين متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق وبين متوسط العمر المأمول دون تصحيح، بالنسبة لكل واحد من الأقاليم الفرعية الأربعة عشر، فيما يخص الذكور والانات. ويكاد يكون التصحيح موحدًا حيث يساوي قرابة سبع سنوات من الحياة الصحية التي تضيع بسبب التعوق. وتقل هذه السنوات الضائعة من الناحيتين المطلقة والنسبية في الأقاليم الفرعية الأيسر حالًا والتي تتدنى فيها معدلات الوفيات، رغم أن السكان يعيشون فيها فترة أطول وبالتالي فإن امكانات اصابتهم بحالات التعوق غير المميته تزداد. لكن التعوق يلعب دورًا كبيرًا في أشد البلدان فقرًا لأن بعض جوانبها - كالاصابات والعمى والشلل والآثار المهونه لبعض أمراض المناطق المدارية كالمالاريا والبلهارسيا - تصيب الأطفال والشباب. وعليه فإن تقسيم متوسط العمر المأمول الى سنوات التمتع بالعافية والسنوات المنقضية في حالة تعوق يزيد بدلًا من أن يضيق الفارق في الحالة الصحية بين السكان المسورين وغيرهم من السكان المعوزين ويتضح ذلك أكثر ما يتضح في ذلك الجزء من متوسط العمر المأمول الذي يهدر بسبب التعوق: وهو يتراوح بين أقل من ٩٪ في الأقاليم الفرعية الأكثر تمتعا بالعافية وأكثر من ١٤٪ في أقلها تمتعا بالصحة. ويبين الجدول ٥ من الملحق هذه الأجزاء بالنسبة لكل بلد من البلدان حيث النطاق أوسع حتى مما سبق.

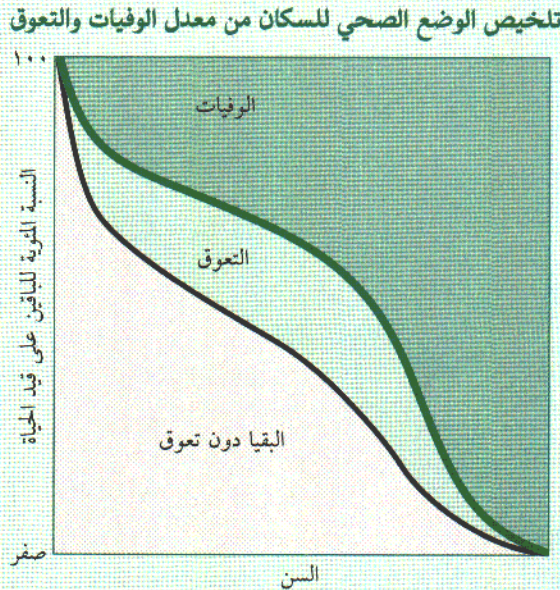
ويتضمن الجدول ٥ من الملحق أيضًا تقديرات لأوجه التفاوت واللامساواة في المجال الصحي. ويتراوح القياس التوزيعي للصحة بين ١ فيما يخص المساواة التامة الى الصفر فيما يخص التفاوت الشديد، والذي يقابل جزءًا من السكان الذين يصل متوسط العمر المأمول لديهم الى ١٠٠ عام في حين أن باقي السكان لا يتوقع لهم البقاء على قيد الحياة بعد مرحلة الرضاعة. ولو كان متوسط العمر المأمول هو نفسه بالنسبة للجميع، بعد تصحيحه باحتساب مدد التعوق، فإن النظام يصبح عادلًا تمامًا فيما يتعلق بالصحة، رغم أن الناس يتوفون في أعمار مختلفة بالفعل. وقد أمكن تقدير توزيع متوسط العمر المأمول في أوساط السكان بالنسبة لعدد صغير من البلدان باستخدام معلومات عن وفيات الأطفال والبالغين على حد سواء، وترد هذه النتائج أدناه. غير أنه لم يتيسر حتى الآن، فيما يخص معظم البلدان، استعمال غير بيانات وفيات الأطفال. وبما أن البلدان المرتفعة الدخل تحلصت الى حد كبير من وفيات الأطفال فإن جميع البلدان التي تصدرت قائمة التصنيف في الجدول ٥ من الملحق تكاد تكون من البلدان المرتفعة الدخل نسبيًا، ومعظمها من البلدان الأوروبية. وييدي عدد قليل من بلدان أمريكا اللاتينية التي أحرزت تقدمًا كبيرًا في الحد من وفيات الأطفال قدرًا معتبرًا من المساواة في المجال الصحي أيضًا. وفيما عدا أفغانستان وباكستان فإن جميع البلدان التي أدرجت في أدنى المراتب بخصوص المساواة في مجال صحة الطفل تقع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حيث تظل وفيات الأطفال مرتفعة نسبيًا. وسيتم، عندما تتوفر بيانات أكمل عن أوجه اللامساواة في وفيات البالغين، استعمالها في التقديرات التي تضعها المنظمة في المستقبل، حيث ستتغير المراتب الواردة هنا لأن هناك فوارق أكبر بين البلدان المرتفعة الدخل في معدل وفيات البالغين مما هي عليه بالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال.

ويستمر التفاوت في متوسط العمر المأمول، ويرتبط ارتباطًا وثيقًا بالطبقة الاجتماعية الاقتصادية، حتى في البلدان التي يتمتع فيها الناس بالعافية تمامًا بوجه عام (٥). ويوضح الشكل ٢-٣ التفاوت السائد في ستة بلدان، مبيّنًا توزيع متوسط العمر المأمول عند الميلاد بالنسبة للرجال والنساء، باستخدام بيانات تتعلق بوفيات البالغين والأطفال أيضًا والتي جرى تقديرها بناء على عدد كبير من الدراسات الجارية في مناطق صغيرة تشمل البلد المعني برمته. وقد تبين أن

الإطار ٢-١ مقاييس مختصرة لصحة السكان

لا يوجد مقياس كامل يستخدم في تلخيص الوضع الصحي للسكان، فكل طريقة لتقييم هذا الوضع تنتهك واحدا أو أكثر من المعايير المعمول بها. وأهم أسلوبين في هذا الخصوص هما عبء الأمراض، الذي يقيس أوجه انعدام التمتع بالصحة مقارنة مع عمر طويل خال من التعوق، ويقاس ما لمتوسط العمر المأمول، بعد تعديله لاحتساب الوقت الذي يمضيه المرء في حالة تعوق. وتستخدم كلتا الطريقتين لتلخيص الوضع الصحي المعلومات نفسها عن الوفيات والتعوق، وتتصل كلاهما بمنحنى البقاء على قيد الحياة من مثل الخط العريض الذي يقع بين الخيزين اللذين يطلق عليهما اسم **التعوق والوفيات** في الشكل هنا.

ويمثل الخيز المسمى **الوفيات** الحسائر الناجمة عن الوفاة، مقارنة بمستوى مرتفع من متوسط العمر المأمول: ويقابل عبء الأمراض كامل ذلك الخيز مع جزء من الخيز المطابق لفترة العيش في حالة تعوق. ويتوقف هذا الجزء على درجات التعوق النسوية لمختلف الحالات الممتدة بين الوفاة وإكمال الصحة. أما متوسط العمر المأمول دون أي تصحيح فينطبق على الخيزين اللذين يحملان عنوان **البقاء دون تعوق والتعوق** معا، أي كامل الخيز الواقع تحت منحنى البقاء على قيد الحياة. ومن ثم فإن متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق ينطبق على الخيز المخصص للبقاء مع الجزء المخصص للتعوق.



ويتم تقدير متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق باستخدام ثلاثة أنواع من المعلومات: النسبة من السكان التي تظل على قيد الحياة من كل فئة عمرية، محسوبة بالاستناد إلى معدلات الولادات والوفيات، ومدى انتشار كل نوع من أنواع التعوق في كل عمر من الأعمار، والأهمية الممنوحة لكل نوع من أنواع التعوق، والتي قد تتغير أو لا تتغير حسب العمر. ويتم تصحيح فترة البقاء بصورة تنازلية حسب مجموع الآثار المترتبة على التعوق، والتي يعد كل منها أحد نواتج هذه الأهمية ومكملا لمدى الانتشار (تلك النسبة من السكان التي لا تعاني من أي تعوق). ومن ثم تقسم حصص البقاء المصححة هذه على السكان عند البدء، أي قبل حدوث أية وفيات، للتوصل إلى العدد الوسطي من سنوات العيش الصحي الموازية التي يمكن أن يتوقع لأي مولود جديد بين هؤلاء السكان أن يعيشها.

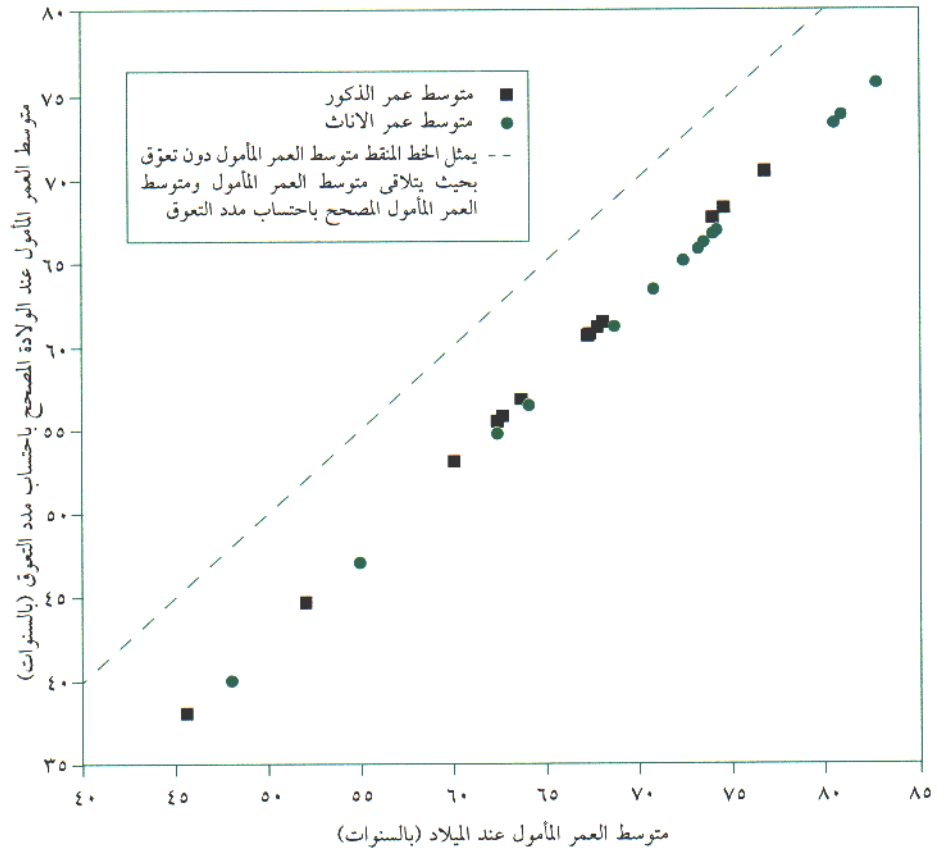
ومن الفوارق الهامة بين تقدير عبء الأمراض باستخدام معدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق وبين متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق أن الأول يميز، والثاني لا يميز، مساهمة كل مرض من الأمراض في النتيجة الإجمالية. وميزة متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق أنه لا يتطلب توفر العديد من الخيارات المتصلة بالبرامترات من أجل هذا الحساب، ويمكن مقارنته بصورة مباشرة مع متوسط العمر المأمول غير المصحح.

المصدر: Murray CJL, Salomon JA, Mathers C. A critical examination of summary measures of population health. Geneva, World Health Organization, 1999 (GPE Discussion paper No. 12).

توزع الصحة كان، في هذه البلدان الستة، أكثر توازنا في اليابان. وكان توزيعا الصحة كلاهما محددا بشدة حيث تركزت كامل مجموعتي الرجال والنساء ضمن نطاق لا يزيد عن ست سنوات. غير أن ثمة تفاوتات أكبر بكثير في المكسيك والولايات المتحدة، ومرد ذلك في كلتا الحالتين إلى أن نسبة من السكان تقل توقعاتها إلى حد كبير عن توقعات باقي السكان، بعد سن الخامسة. وتكون هذه اللامساواة على أشدها بالنسبة للرجال. والعكس هو الصحيح في شيلي، حيث هناك نسبة عالية جدا من المساواة في مجال صحة الطفل: أما درجة اللامساواة في صفوف البالغين فتكاد تكون مطابقة لما نجده في المكسيك والولايات المتحدة، لكن ذلك يعود إلى ارتفاع متوسط العمر المأمول لدى جزء من السكان ارتفاعا شديدا. وتسود كل من أستراليا والنرويج توزيعات أكثر تناسقا. وتؤكد هذه النتائج على أهمية عدم الحكم على إنجازات النظم الصحية استنادا إلى المتوسطات أو المستويات العامة بل بالتيقن من أن متوسط العمر المأمول هو نفسه تقريبا بالنسبة للجميع.

أما **القدرة على الاستجابة** فلا تعني قياس كيفية استجابة النظام الصحي للاحتياجات الصحية، والذي يظهر بوضوح في النواتج الصحية، ولكن طريقة أداء النظام الصحي فيما يتعلق بالجوانب غير الصحية، وتلبية أو عدم تلبية توقعات السكان بخصوص كيفية معاملتهم من جانب مقدمي الخدمات الوقائية أو الرعاية أو الخدمات غير الشخصية. (وهذه الفئة الأخيرة أقل أهمية

الشكل ٢-٢ متوسط العمر المأمول ومتوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق للذكور والإناث، حسب أقاليم المنظمة والمرتبة التي تحددها وفيات الأطفال ووفيات البالغين، ١٩٩٩



الأقاليم	مرتبة الوفيات		ذكور		إناث	
	أطفال	بالغون	متوسط العمر	المصحح باحتساب مدد التعوق	متوسط العمر	المصحح باحتساب مدد التعوق
الأفريقي	مرتفع	مرتفع	٥٢,٠	٤٤,٦	٥٤,٩	٤٧,٠
الأمريكي	مرتفع	مرتفع جدا	٤٥,٦	٣٨,٠	٤٨,٠	٤٠,٠
	منخفض جدا	منخفض جدا	٧٣,٩	٦٧,٥	٨٠,٤	٧٣,٢
شرق المتوسط	منخفض	منخفض	٦٧,٣	٦٠,٦	٧٤,١	٦٦,٨
	مرتفع	مرتفع	٦٣,٦	٥٦,٧	٦٨,٦	٦١,١
	منخفض	منخفض	٦٧,٧	٦١,٠	٧٠,٧	٦٣,٣
الأوروبي	مرتفع	مرتفع	٦٠,٠	٥٣,٠	٦٢,٣	٥٤,٧
	منخفض جدا	منخفض جدا	٧٤,٥	٦٨,١	٨٠,٨	٧٣,٧
	منخفض	منخفض	٦٧,٣	٦٠,٦	٧٣,٩	٦٦,٦
جنوب شرق آسيا	منخفض	منخفض	٦٢,٣	٥٥,٤	٧٣,٤	٦٦,١
	منخفض	منخفض	٦٧,٢	٦٠,٥	٧٣,١	٦٥,٧
غرب المحيط الهادئ	مرتفع	مرتفع	٦٢,٦	٥٥,٧	٦٤,٠	٥٦,٤
	منخفض جدا	منخفض جدا	٧٦,٧	٧٠,٣	٨٢,٧	٧٥,٦
	منخفض	منخفض	٦٨,٠	٦١,٣	٧٢,٣	٦٥,٠

من سواها حيث لا توجد، في العادة، صلة مباشرة للأفراد بهذه التدخلات. بيد أنه يمكن الاضطلاع حتى بتدابير الصحة العمومية من قبيل مكافحة نواقل المرض بقدر يزيد أو يقل من احترام الناس ورغباتهم. ويعتبر تقييم قدرة مقدمي الخدمات غير الشخصية على الاستجابة تحديا كبيرا في حد ذاته).

وهناك نظما صحية لا تملك الا القليل من القدرة على الاستجابة. فالنظام الصحي السوفيتي قبل عام ١٩٩٠ كان يعامل الناس بطريقة فظة وغير انسانية. وتتركز الشكاوى الشائعة في بلدان كثيرة على وقاحة وعجرفة العاملين الصحيين في القطاع العام تجاه المرضى (٦، ٧). وتتفاوت فترات انتظار اجراء العمليات الجراحية غير المستعجلة تفاوتا كبيرا فيما بين البلدان الصناعية (١) وهي المجال التي توجه فيه معظم الانتقادات لوزارات الصحة (٩). ويجعل القدرة على الاستجابة أحد الأهداف الجوهرية للنظم الصحية يتم التسليم بأن هذه النظم موجودة لغرض خدمة الناس، وأنها تنطوي على أكثر من مجرد تقييم رضا الناس عن الرعاية الطبية المحضنة التي يتلقونها.

ويمكن تبسيط فكرة القدرة على الاستجابة العامة بطرق عديدة. وأحد الفوارق الأساسية فيها هو بين العناصر المتعلقة باحترام البشر كأفراد - وهي عناصر ذاتية الى حد كبير ويعود الحكم عليها للمريض نفسه - والعناصر الأكثر موضوعية المتصلة بكيفية تلبية هواجس معينة لدى المرضى وأسرهم كثيرا ما يعربون عنها بوصفهم زبائن النظم الصحية، ويمكن الاطلاع على البعض منها مباشرة في المرافق الصحية. ويؤدي تقسيم هاتين الفئتين ثانية الى سبعة عناصر أو جوانب مختلفة للقدرة على الاستجابة.

فاحترام الانسان يشمل:

- احترام كرامة البشر. ويعني ذلك في أقصى صورته عدم تعقيم الأشخاص المصابين باضطرابات وراثية أو حبس المصابين بأمراض سارية، وهو أمر يشكل انتهاكا لحقوق الانسان الأساسية. وعلى نحو أعم فإنه يعني عدم اذلال المرضى والخط من قدرهم.
- السرية، أو الحق في تحديد الأشخاص الذين يسمح لهم بالاطلاع على المعلومات الصحية الشخصية.
- الاستقلال الذاتي بالنسبة للمشاركة في خيارات تتعلق بصحة المرء نفسه. وهذا يشمل المساعدة على الاختيار بين تلقي العلاج أو عدمه.

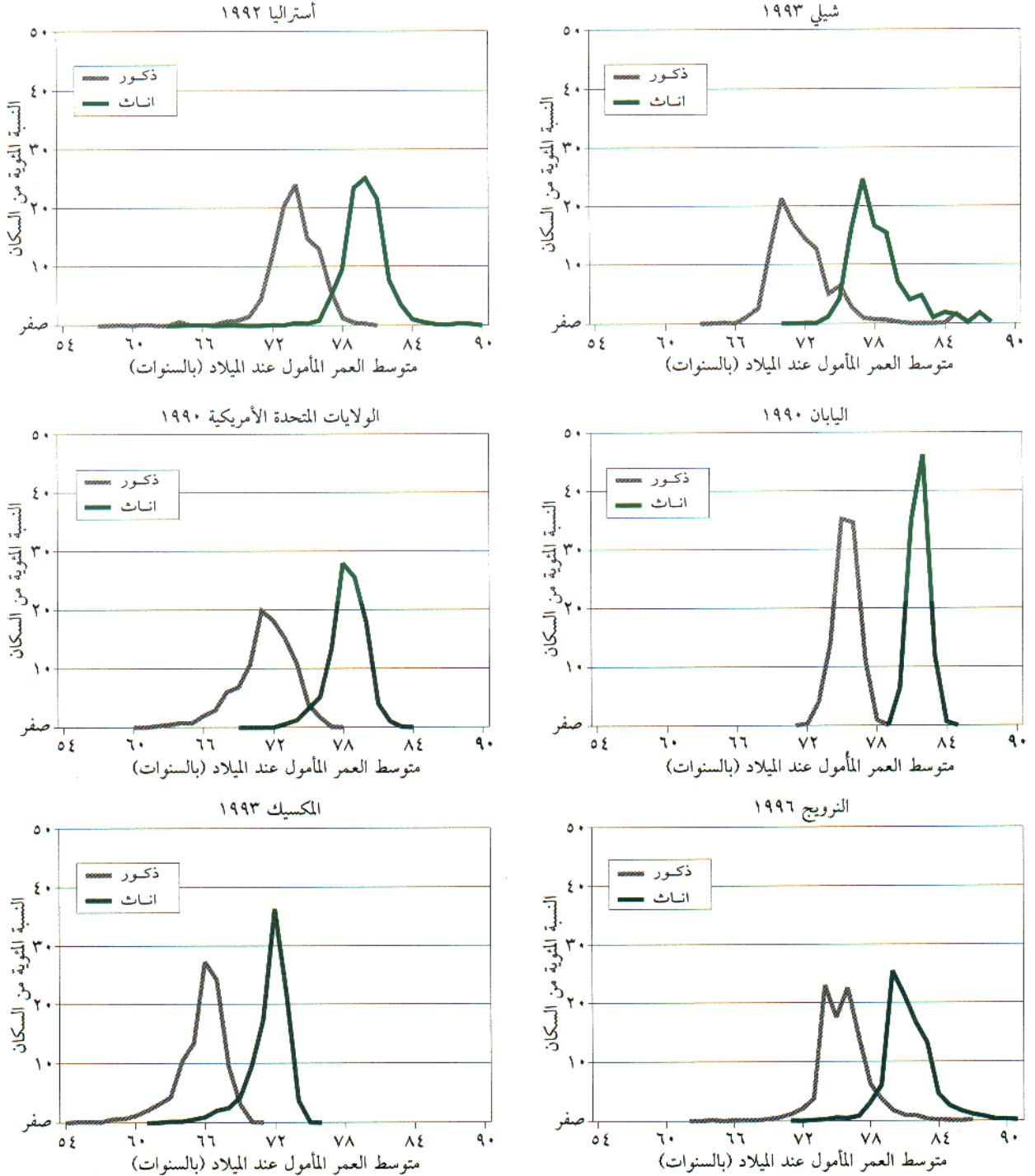
وتشمل العناية بالزبائن ما يلي:

- الاهتمام الفوري بالمريض في حالات الطوارئ، وفترات انتظار معقولة في الحالات الاعتيادية.
- توفير التسهيلات المناسبة كنظافة المكان ورحابته وتقديم طعام جيد في المستشفى.
- سبل استفادة المرضى من شبكات الدعم الاجتماعي كالأسرة والأصدقاء.
- اختيار الجهة المقدمة للرعاية، أو الحرية في انتقاء الأفراد أو المنظمات الذين يتولون رعاية الشخص المعني.

وعلى وجه العموم تساهم القدرة على الاستجابة، في مجال الصحة في تعزيز مدى الاستفادة، ولكن هذا لا ينطبق في جميع الأحوال. فالزيد من الاستقلال الذاتي قد يعني عدم

قبول الناس بتدخل ما لأنهم يعتبرون أن الفائدة الشخصية فيه ضئيلة أو المجازفة التي يمثلها كبيرة، وعليه فانهم لا يلغون بالا للمنفعة الجماعية أو لبقية الناس. وينطبق ذلك أكثر ما ينطبق على التمتع، وخصوصا عندما تكون هناك مخاوف من ردة فعل سلبية بشأنه. وتتعارض الحرية

الشكل ٢-٣ تفاوت متوسط العمر المأمول عند الميلاد، حسب الجنس، في ستة بلدان



الشخصية في الاختيار بقبول التمتع أو رفضه مع غرض الصحة العمومية بتوفير تغطية واسعة النطاق للوقاية من الأوبئة. وقد برز هذا النزاع على سبيل المثال في المملكة المتحدة بخصوص الشاهوق (السعال الديكي) وفي اليونان بخصوص لقاح الحصبة الألمانية (١٠). وعليه فإن الأداء الكلي لأي نظام صحي قد ينطوي على بعض الاختيار بين الغايات المنشودة.

ويمكن أن تتأثر الآراء حول مدى كفاءة أداء أي نظام صحي في ميادين غير موضوعية كالقدرة على الاستجابة بعدد من سمات النظام نفسه، أو بالأفراد الذين يتم استجوابهم. وبما أن توقعات الفقراء قد لا ترقى إلى مستوى توقعات الميسورين، وقد يقبلون بالخدمات التي تلبي احتياجاتهم، فإنه يتعين تصحيح قياسات القدرة على الاستجابة لمراعاة هذه الفوارق، إضافة إلى الفوارق الثقافية بين البلدان (١١). وحتى إذا لم تجر هذه التصحيحات، فإن بإمكان المقارنات المتصلة بكيفية تصنيف المراقبين ذوي المعرفة لانجازات النظام الصحي أن تكشف عن جوانب القدرة على الاستجابة التي تبعث على أكبر قدر من الارتياح لدى زبائن النظام على ما يبدو. وقد تم التوصل إلى أحكام بشأن المستوى الوسطي واللامساواة بالنسبة لعناصر القدرة على الاستجابة في كل بلد من خمسة وثلاثين بلدا من خلال شبكة ضمت ٥٠ مبلّغين أساسيين أو أكثر، واستخدم استقصاء منفصل لأكثر من ألف مستجيب لوضع موازين للجمع بين هذه الدرجات في تصنيف إجمالي. ويضم الاطار ٢-٢ نتائج هذه العملية. وقد استمدت التقديرات الخاصة بالدول الأعضاء الأخرى من ٣٥ عملية مراقبة، تم تصحيحها لمراعاة الفوارق بين البلدان و فرق المبلّغين. ويمكن استخدام كل استقصاءات آراء السكان والمراقبة المباشرة لتقديم الخدمات الصحية لتكملة هذه الأحكام.

ويبين الشكل ٢-٤ بالتفصيل سلام درجات العناصر المفردة السبعة، وذلك بالنسبة لسلم الدرجات الكلي، في كل واحد من ١٣ بلدا اختيرت لتمثل جميع أقاليم المنظمة ونموذجا عن كامل مجموعة البلدان موضع الدراسة. وبدا أن جميع النظم الصحية موضع الدراسة كان أداؤها أفضل دائما في مجالي الاستفادة من شبكات الدعم الاجتماعي والسرية، بل إنه كان أحيانا أفضل بكثير منه في المجالات الأخرى. أما التصنيف الرفيع بصورة منتظمة الذي حظي به الدعم الاجتماعي فقد يمثل مقايضة مع نوعية التسهيلات، لأن مرفق الرعاية الصحية الذي لا يستطيع، بسبب قلة الموارد، تقديم طعام جيد أو عناية غير طبية يمكن له التعويض عنهما بالسماح للأقارب والأصدقاء بتلبية احتياجات المرضى. ولعل أحد الأسباب التي لا تجعل من السرية مشكلة على ما يبدو في هذه البلدان أنه لا يوجد فيها سوى النزر اليسير من التأمين الصحي الخاص وعليه فإن خطر الحرمان من التغطية يكون قليلا إذا ما كشف أحد مقدمي الرعاية معلومات تتعلق بالمريض. وهناك قدر أقل من الاتساق في الطرف الآخر من السلم، لكن الاستقلالية كانت من بين عناصر القدرة على الاستجابة التي تم تصنيفها في أدنى المراتب ٣٤ مرة من أصل ٣٥ - وأدنى عنصر على الاطلاق نصف الوقت تقريبا - كما أن الأداء كان هزيبا في الغالب فيما يتعلق بانتقاء مقدم الرعاية وتوفيرها بصورة عاجلة.

وكما هو الحال بالنسبة للحالة الصحية، فإن القدرة على الاستجابة الكلية ليست وحدها الأمر المهم إذا عومل بعض الناس بصورة لائقة وقوبل الآخرون بالاهانة أو الازدراء. فالنظام الصحي العادل تماما لا يميز بينهم على هذا المنوال وهو يحظى بنفس المرتبة في ميدان القدرة على الاستجابة بالنسبة لكل عنصر ولكل مجموعة من السكان. وفي كل بلد تم استقصاء المبلّغين الأساسيين فيه تقريبا وبين أن الفقراء يشكلون المجموعة الرئيسية من المحرومين. وتبين على وجه الخصوص أنهم لا يعاملون بنفس القدر من الاحترام كما تقدم لهم تسهيلات أسوأ

الاطار ٢-٢ أهمية مختلف عناصر القدرة على الاستجابة

أسفر استقصاء المبلّغين الأساسيين، الذي ضم اجراء ١٧٩١ مقابلة في ٣٥ بلدا عن سلم درجات (من الصفر وحتى ١٠ علامات) لكل عنصر من عناصر القدرة على الاستجابة اضافة الى سلم درجات اجمالي. وتمخض استقصاء ثان، استخدمت فيه الانترنت، ضم ١٠٠٦ مشاركين (نصفهم من منظمة الصحة العالمية) عن آراء بخصوص الأهمية النسبية لهذه العناصر، تم استخدامها في جميع سلم درجات العناصر في سلم واحد اجمالي بدلاً من مجرد تحديد متوسطها أو استخدام أجوبة المبلّغين الأساسيين بمحملها.

وقد طلب الى الأفراد الذين تم استجوابهم ترتيب العناصر السبعة حسب أهميتها، وتم استخلاص الموازين من تواتر ترتيب العنصر ذي الصلة في المرتبة الأولى، أو الثانية وهكذا دواليك. وكان تصنيف احترام الانسان والعناية بالزبائن على أنهما على درجة من الأهمية ذاتها على العموم، كما اعتُبرت العناصر الثلاثة من احترام الانسان متساوية

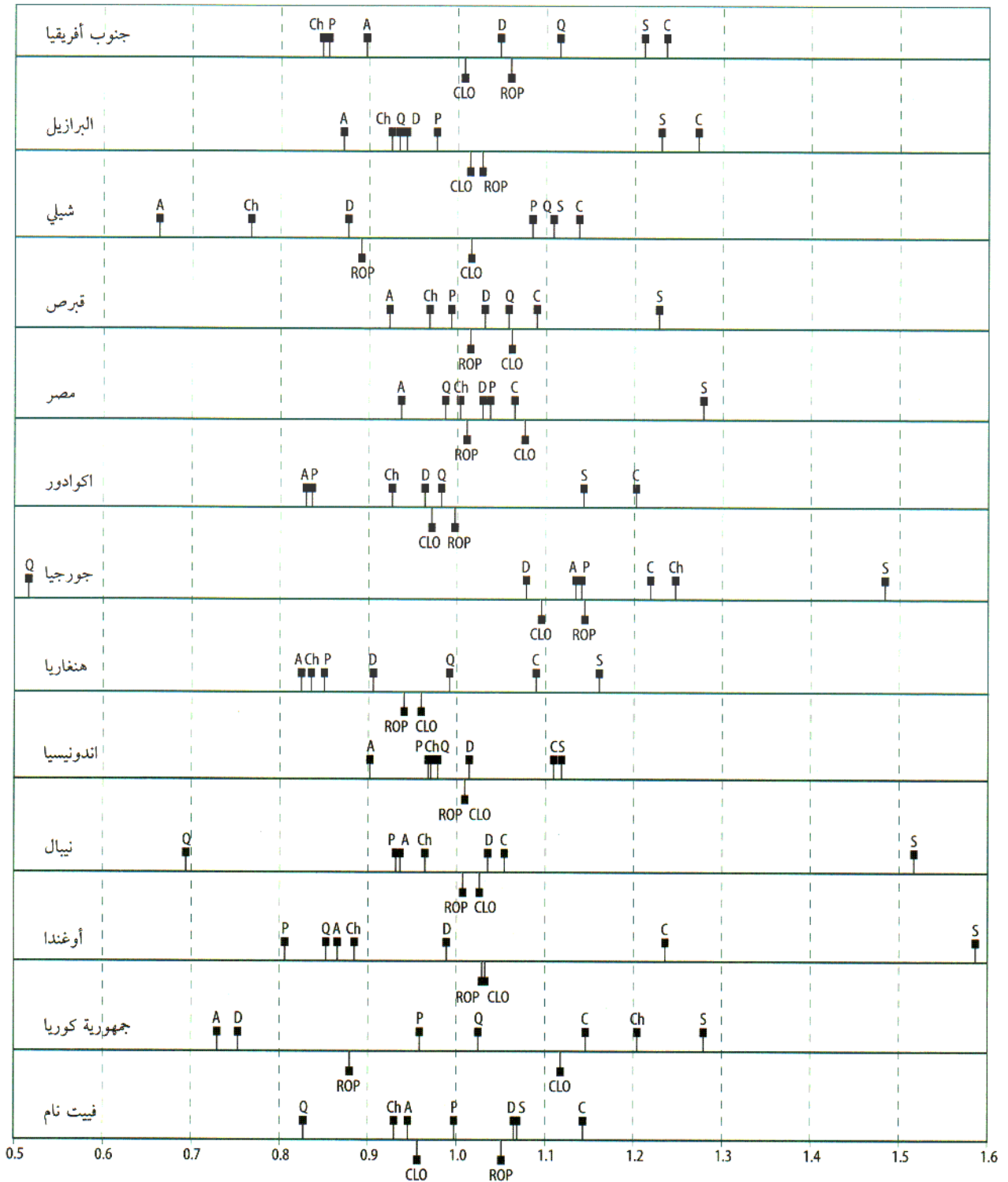
احترام الانسان	
المجموع	%٥٠
احترام كرامة الانسان	%١٦,٧
السرية	%١٦,٧
الاستقلالية	%١٦,٧
العناية بالزبائن	
المجموع	%٥٠
الاهتمام الفوري بالمرضى	%٢٠
المتطلبات المناسبة	%١٥
الاستفادة من شبكات	%١٠
الدعم الاجتماعي	
اختيار الجهة المقدمة للرعاية	%٥

نوعية مما يقدم لغير الفقراء. وفي عدد مماثل من الحالات تقريبا، اعتبر أن سكان الأرياف — حيث يعيش معظم الفقراء — يلقون معاملة أسوأ من سكان الحضر، كما أنهم يواجهون بطء تقديم خدمات الرعاية لهم، وخيارات أقل فيما يخص انتقاء الجهات المقدمة للرعاية وتسهيلات أذنى نوعية. وقد حدد بعض الذين تم استجوابهم في بلد أو عدة بلدان أيضا النساء أو الأطفال أو المراهقين، أو المجموعات الأصلية أو القبلية أو غيرها على أساس أنهم يعاملون معاملة أسوأ من سائر السكان.

وتنطوي جميع عناصر العناية بالزبائن، حيث يعامل الفقراء وسكان الأرياف معاملة أسوأ، على آثار اقتصادية: إذ أن تقديم العناية العاجلة والطعام الفائق الجودة والمكان الرحب والمرافق اللاتقنة يتطلب المزيد من التكاليف عموما. كما يصعب ضبط التكاليف إذا أتاحت للناس امكانية انتقاء مقدمي الرعاية لهم، ناهيك عن تفاوت التكاليف بين هؤلاء. وتقوم أوثق الروابط على الاطلاق بين نوعية التسهيلات الأساسية والعناية العاجلة، حيث ترتبط الأولى بدخل الفرد وينصيب الاتفاق الخاص من مجموع الاتفاق على الصحة، وترتبط الثانية بصورة وثيقة بمتوسط سنوات الدراسة بين السكان، والتي ترتبط بدورها بمستوى الدخل. وعلى النقيض من ذلك فان عناصر احترام الانسان قد لا تتطلب أية نفقات، الا في مجال تدريب مقدمي الرعاية والاداريين. ولا يبدو أن هناك أي رابط بين هذه العناصر — احترام كرامة البشر، والاستقلالية والسرية — وبين الاتفاق على النظام الصحي. وهناك مجال لتحسين أداء النظم الصحية فيما يتعلق بهذه الجوانب دون تحويل أية موارد عن الغرض الرئيسي المتمثل في تحسين الصحة. وينطبق هذا بصورة خاصة على الاستقلالية، حيث لا يحظى الأداء في الغالب الا بأدنى الدرجات.

ويتضمن الجدول ٦ من الملحق سلالم الدرجات المصححة للاستجابة الكلية، اضافة الى مقياس للعدالة يقوم على آراء المبلّغين بشأن المجموعات الأكثر تعرضا من بقية السكان للتمييز ضدها وبشأن حجم هذه المجموعات. واذا كان ذلك يمس مجموعة أكبر حجما، أو اذا اتفق عدد أكبر من المبلّغين على أن هذه المجموعة تعامل معاملة أسوأ من غيرها، فان هذا يعني المزيد من اللامساواة وبالتالي قدرا أذنى من تحقيق العدالة. وبما أن بعض عناصر القدرة على الاستجابة

الشكل ٢-٤ سلم الدرجات النسبية التي أحرزها كل عنصر من عناصر قدرة النظم الصحية على الاستجابة في ١٣ بلدا، ١٩٩٩.



تمت تسوية جميع سلم الدرجات بالنسبة لمتوسط سلم درجات القدرة على الاستجابة الكلية في كل بلد = ١. A = الاستقلالية، C = السرية، Ch = اختيار مقدم الخدمة أو المرفق، D = الكرامة، P = الاستعمال، Q = نوعية التسهيلات الأساسية، S = الاستفادة من شبكات الدعم الاجتماعي، ROP = احترام البشر، CLO = العناية بالزبان.

باهظة التكاليف، فلا غرو أن معظم البلدان التي احتلت أرفع المراتب في التصنيف تنفق مبالغ كبيرة نسبيا على الصحة. وهي أغلب الأحيان أيضا من البلدان التي حصة تقديم الخدمات من جانب القطاع الخاص فيها كبيرة، حتى وإن كان جل تمويلها يأتي من القطاع العام أو بموجب تفويض رسمي. بيد أن العلاقة هنا بدخل البلد المعني أو انفاقه الصحي أقل شأنًا مما هي بالنسبة للحالة الصحية. ذلك أن عدة بلدان أفريقية وآسيوية احتلت مراتب رفيعة إلى حد ما في مستوى القدرة على الاستجابة. والبلدان التي يعد أداءها جيدا عموما فيما يتعلق بالقدرة على الاستجابة لتوقعات الناس قد تحتل رغم ذلك مراتب أدنى بكثير في مؤشر التوزيع.

ويعني التمويل العادل في النظم الصحية توزيع المخاطر التي تواجهها كل أسرة بسبب تكلفة النظام الصحي وفقا للقدرة على الدفع وليس التعرض لخطر الإصابة بالمرض: فالنظام الممول على نحو عادل يضمن الحماية المالية للجميع. وأي نظام صحي يضطر فيه الأفراد أو الأسر أحيانا إلى السقوط ضحية للفقر بسبب شراء خدمات الرعاية اللازمة، أو يضطرون للاستغناء عنها بسبب تكلفتها لا يعتبر نظاما عادلا. ويسود هذا الوضع معظم البلدان المعوزة وبعض البلدان ذات الدخل المتوسط والمرتفع، التي لا يحظى جزء من سكانها على الأقل بحماية كافية من المخاطر المالية (١٢).

ودفع تكاليف الرعاية الصحية يمكن أن يعد جائرا بطريقتين اثنتين: فهو قد يعرض الأسر لتحمل نفقات كبيرة غير متوقعة، أي نفقات يتعذر التنبؤ بها من قبل ولا بد أن تدفع مباشرة عند الاستفادة من الخدمات بدل أن تكون مغطاة بأي نوع من أنواع الدفع المسبق، أو أنه يفرض على المعنيين دفعات متناقصة، حيث يدفع الناس الأقل قدرة على الاسهام مبالغ تفوق ما يدفعه ميسورو الحال. ويمكن حل المشكلة الأولى بالاقبال ما أمكن من حصة التمويل المباشر للنظام، بحيث يمكن الاعتماد إلى أقصى حد ممكن على الدفعات المسبقة الممكن التنبؤ بها والتي لا صلة لها بالمرض أو الاستفادة من الخدمات. ويكمن حل المشكلة الثانية في التأكد من كون كل شكل من أشكال الدفع المسبق – من خلال شتى أنواع الضرائب أو الضمان الاجتماعي أو التأمين الطوعي – تصاعديا أو على الأقل محايدا فيما يتصل بالدخل، وربطه بالقدرة على الدفع لا بمقدار المخاطر الصحية.

وتعد المدفوعات المباشرة متناقصة، على وجه العموم، لكنها قد تكون، من ناحية المبدأ، متناسبة مع الدخل أو تصاعدية. وعندما يحدث ذلك لا تكون هذه النفقات المباشرة باهظة، وعندها لا يرجح أن تؤدي إلى افقار أحد أو تردد الفقراء في طلب الرعاية. غير أن هذا النوع من التمويل يصعب أن يكون تصاعديا. وتعتبر أية ترتيبات تتخذ لاعفاء المعدمين من أجور الرعاية في المرافق العامة، أو تطبيق سلم تنازلي يركز إلى الوضع الاجتماعي الاقتصادي، محاولات للحد من المخاطر المرتبطة بالدفعات المباشرة (١٣، ١٤). وما لم يكن الممارسون في القطاع الخاص يعرفون زبائنهم معرفة جيدة بما فيه الكفاية للتمييز بينهم في موضوع الأجور – ويقبل الموسرون بأن تكون الأجور التي يدفعونها بمثابة معونة لمساعدة المعوزين – فإن مثل هذه الترتيبات تقتصر على المرافق العامة، والتي لا تشكل في الغالب سوى جزء صغير فقط من المرافق التي يستفيد منها السكان في البلدان الفقيرة. وحتى في هذه الحالة فإن ضرورة التمييز بين مختلف المستخدمين وتصنيفهم في فئات تكلف نفقات ادارية عالية نسبيا، بحيث لا ينطبق هذا النظام، بشكل عام، إلا على قدر صغير من مجموع الدفعات المتصلة بالمخاطر.

ولهذا السبب فإن أفضل سبل تحقيق العدالة المالية تقتضي تفضيل السداد المسبق وليكن تصاعديا بدلا من الانفاق المباشر. فالدفعات المباشرة يجب أن تكون صغيرة لا بمجموعها

فحسب، بل وبالنسبة لقدرة الأسر على الدفع. فالدفعات المسبقة المرتبطة بصورة وثيقة بالمخاطر المرتقبة - كما يتبين من سمات يمكن مشاهدتها - وأقساط التأمين المتصلة بالمخاطر - مثلا، تظل أفضل من الانفاق المباشر لامكانية التنبؤ بها أكثر من التنبؤ بذلك الانفاق. وقد يمكن تبريرها الى الحد الذي تكون فيه المخاطر خاضعة لسيطرة الشخص المعني. لكن الوضع الأمثل هو الفصل بين الاسهامات المالية للأسر في النظام الصحي وبين المخاطر الصحية التي قد تواجه هذه الأسر. ويتناول الفصل الخامس مسألة الحد الذي قد ترتبط فيه أقساط التأمين بالمخاطر، وكيفية تمويل هذه الأقساط، بما في ذلك الاعانات المقدمة الى العاجزين عن الدفع.

واستدلالا من ذلك فان عبء التمويل الصحي الواقع على أية أسرة هي النسبة التي تشكلها نفقاتها الصحية الفعلية من قدرتها على الدفع. وتضم صورة الكسر جميع النفقات المترتبة على الأسرة، بما فيها تلك التي لا تعرف الأسرة نفسها أنها تدفعها، مثل حصة ضرائب المبيعات أو القيمة المضافة المفروضة على الاستهلاك، والتي تخصصها الحكومات عند ذلك للصحة، وكذلك مساهمة أرباب العمل من خلال التأمين على موظفيهم والذي يمولون جزءا منه.

أما مقام الكسر فهو مقياس قدرة الأسر على الدفع. ففي الأسر الفقيرة يتم انفاق نصيب كبير على الضرورات الأساسية، وخصوصا الطعام، في حين تتمتع الأسر الأحسن حالا بهامش انفاق أوسع على أشياء أخرى، بما فيها الانفاق على الرعاية الصحية. وتعتبر تكاليف الغذاء قيمة تقريبية للانفاق على الاحتياجات الأساسية. أما مجموع الانفاق على غير الغذاء فيعتبر قيمة تقريبية لدخل الأسرة المقدر والدائم نسبيا وهو أقل تقلبا من الدخل المسجل (١٥) ومقياسا أفضل لما تستطيع أية أسرة انفاقه على الصحة والاحتياجات غير الغذائية الأخرى.

وباختصار، فان طريقة تمويل الرعاية الصحية تعد عادلة تماما اذا كانت نسبة مجموع الاسهامات الصحية الى مجموع الانفاق على غير الأغذية متماثلة بالنسبة لجميع الأسر، بغض النظر عن دخلها، أو حالتها الصحية أو استفادتها من النظام الصحي. ويجسد هذا المؤشر الرأي الواضح لأنورين بيغن بأن «جوهر الخدمات الصحية المقبولة هو أن يعامل الأغنياء والفقراء على قدم المساواة، وألا يكون الفقر عائقا ولا الثروة ميزة» (١٦). ومن الجلي أن التمويل لا يعتبر عادلا اذا أنفقت الأسر الفقيرة قدرا أكبر مما تنفقه الأسر الميسورة، اما لأنها لا تتمتع بحماية كافية من خلال نظم الدفع المسبق وبالتالي فانها تضطر الى انفاق المزيد نسبيا بصورة مباشرة، أو لأن ترتيبات الدفع المسبق تناقصية. لكن تعريف العدالة على أنها المساواة يعني أن النظام يعتبر غير عادل أيضا اذا دفع الأغنياء قدرا أكبر كنسبة من قدراتهم. ومن شأنهم بمجرد دفع المقدار ذاته الذي تدفعه الأسر الفقيرة أن يوفروا الاعانات لمن تقل قدرتهم على الدفع. وقد تختار الأسر الميسورة بالفعل أن تدفع أكثر من ذلك، وخصوصا بشراء المزيد من أقساط التأمين، لكن ذلك لا يعد أمرا عادلا الا اذا تم الانفاق الاضافي على نحو مسبق وكان الخيار طوعيا تماما لا يحدده نظام الضرائب أو اشتراكات التأمين الالزامي.

ومن المرجح أن أية أسرة تنفق ٥٠٪ أو أكثر من أصل نفقاتها على غير الأغذية على الصحة ستواجه الفقر نتيجة ذلك، حيث تبين الاستقصاءات التفصيلية للأسر أن نسبة تزيد عن ١٪ من الأسر اضطرت في البرازيل وبلغاريا واليابان وقيرغيزستان والمكسيك ونيبال ونيكاراغوا وباراغواي وبيرو والاتحاد الروسي وفيت نام وزامبيا الى انفاق نصف أو أكثر من نصف قدرتهم الشهرية على الدفع على الصحة، مما يعني أن ملايين الأسر في البلدان الكبيرة تعرض نفسها لخطر الوقوع في براثن الفقر. والسبب في ذلك دائما ارتفاع نسبة الانفاق المباشر. وهناك صلة

وثيقة بين هذا الاحتمال الشديد لوقوع كوارث مالية وبين طريقة تمويل النظم الصحية، وليس بينه وبين المستوى الاجمالي للانفاق أو دخل البلد المعني فقط.

وقد تم تلخيص العدالة في توزيع الاسهامات المالية في مسرد يتصل بصورة عكسية بانعدام المساواة في التوزيع، ويرد هذا المسرد في الجدول ٧ من الملحق. ويتراوح نطاق المسرد ما بين الصفر (اللامساواة القصوى) و ١ (المساواة التامة). ولم تكن القيمة بالنسبة لمعظم البلدان، وخصوصا معظم البلدان المرتفعة الدخل بعيدة عن ١، لكن اللامساواة الشديدة تسود في بضعة بلدان يكاد أن يكون كل الانفاق الصحي فيها انفاقا مباشرا، وأهمها الصين ونيبال وفيت نام. غير أنه لا يوجد، في بعض البلدان التي يندرج معظم الانفاق فيها في خانة الانفاق المباشر، رغم ذلك، سوى النزر اليسير من اللامساواة لأن الانفاق تصاعدي نسبيا وقله من الأسر فقط هي التي تخصص ما يصل الى نصف انفاقها على غير الأغذية للصحة. وتعتبر بنغلاديش والهند من الأمثلة على ذلك. وعلى وجه العموم فإن ارتفاع قيم المساواة يرتبط بالتمويل المسبق الواسع النطاق، لكن هناك لامساواة مفرطة في البرازيل رغم ارتفاع مبالغ الدفع المسبق، وذلك بسبب اللامساواة الشديدة في مستويات الدخل وكثرة الأسر التي تواجه خطر الوقوع في براثن الفقر.

ولا يميز المقياس الموجز للعدالة بين الأسر الفقيرة والموسرة لكن الشكل ٢-٥ يتضمن هذا التمييز باظهار كيفية توزيع العبء على عشرات القدرة على الدفع، وتقسمه الى الانفاق المسبق والمباشر، في ثمانية بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. ومن الواضح أن الدفع المسبق تصاعدي الصبغة - حيث يسهم الموسرون بحصة أكبر - في المكسيك وجمهورية تنزانيا المتحدة، كما في بنغلاديش وكينيا (اللتين لا تظهران في الشكل). لكنه متناقص عمليا في الهند وباكستان، وكذلك في غيانا، وقيرغيزستان، ونيبال وبيرو والاتحاد الروسي (وهي لا تظهر في الشكل). أما في بلدان أخرى - كالبرازيل وبلغاريا وجامايكا ونيكاراغوا وباراغواي ورومانيا وزامبيا - فإن المساهمات المسبقة الدفع تتوزع بشكل محايد تقريبا أو تتفاوت على نحو غير منتظم. ويتسم

الاطار ٢-٣ ما الذي يقاس بالمساهمات العادلة وما الذي لا يقاس؟

للسكان الموسرين الى حد يمكنهم من شراء التأمين الرسمي - والذي يوفره القطاع الخاص عادة.

وأخيرا، والأهم من ذلك كل، أن التمويل العادل يعني العدل في طريقة تقاسم العبء المالي المترتب على دعم النظم الصحية. لكنه لا يتبنا بشيء عن مدى العدالة في الاستفادة من الخدمات الصحية، وهي قضية لا تقل أهمية عن عدالة النظم بشكل عام. والتمويل العادل عنوانه المبدأ القائل من كل واحد حسب طاقته وليس المبدأ القائل لكل واحد حسب حاجته. وتبرز أوجه الجور في الاستفادة المتصلة بمدى الحاجة في جوانب اللامساواة فيما يتعلق بالحالة الصحية، حيث يتعين أن يخفض الانتفاع من الخدمات من جوانب اللامساواة هذه بقدر ما يمكن التدخل فيها.

الصحية (أو بعض أشكال الدفع المسبق «الكوبونات»). وقد تستغني الأسر التي تتكون حصة كبيرة من دخلها من مواد عينية بدل النقود لأنها لا تستطيع ايجاد المال اللازم عند الحاجة اليه، ولن تظهر البيانات أية معلومات أخرى سوى أنها لم تنفق شيئا في هذا المضمار. وبدون اجراء المزيد من التحليل لا توجد طريقة لتمييز انعدام السيولة عن أية أسباب أخرى حالت دون تمخض الحاجات الصحية عن مصاريف معينة. وتنشأ مشكلة أقل خطورة من انعدام السيولة لكنها تظل أحيانا مشكلة لها آثار عندما تضطر أية أسرة لدفع أجر الرعاية مباشرة ومن ثم الانتظار حتى تعوضها شركة التأمين عن ذلك. وتبرز هذه الحاجة لتمويل الرعاية بصورة مؤقتة بالنسبة

والادخار، لكن ذلك ليس هدفا بحد ذاته.

ويبدو أن الناس الذين لا يحصلون على الرعاية عندما يحتاجون إليها، لأنهم لا يستطيعون تحمل نفقاتها المباشرة، وكأنهم ينفقون أقل مما يحتاجون لانفاقه فعلا. ووضع أية تقديرات لما قد ينفقونه لو استطاعوا تحمل ذلك يؤدي الى توزيع مختلف للمساهمات، يعكس تقريبا وبشكل مؤكد ظلما أذبح. وبإقامة المقياس على أساس ما يتم انفاقه بالفعل - وهو كل ما تسمح البيانات بعمله - يشكل مبالغة في مدى تحقيق النظام الصحي المعني - في توزيع عبء التمويل توزيعا عادلا.

ولا يبين المقياس أيضا كيفية حصول الأسر على المال اللازم لتدفعه على نحو مباشر لقاء الرعاية

ان طريقة قياس المساهمة العادلة في تمويل الرعاية الصحية استدلالية بحتة، حيث أنها تشير الى ما تساهم به الأسر بالفعل لا الى المخاطر المرتقبة المتمثلة في حاجتها للرعاية الصحية. وهذا يعني أنه ليس هناك ضرورة لتقييم مدى «تغطية» السكان بمختلف مخططات تقاسم المخاطر. فالتغطية من الناحية المالية لا الاسمية - مدى الحماية الفعلية التي تتمتع بها، وليس مجرد ما اذا كان لديها تأمين أو ما اذا كانت تساهم في الضمان الاجتماعي أو لا - يتعدر تقييمها على نحو مسبق، وهذه التغطية في أية حال، مثلها مثل سبل الوصول الى الرعاية، تعد هدفا مساعفا وليس نهائيا. فالتغطية الاسمية لا تمنح الناس أي شعور بالأمان مما يؤثر أيضا في القرارات التي يتخذونها في مجالي الانفاق

الشكل ٢-٥ مساهمة الأسر في تمويل الصحة، كنسبة مئوية من القدرة على الدفع، في ثمانية بلدان



الدفع المباشر بقدر أكبر من التغيرات، كما هو متوقع، والمثال على ذلك أنه تصاعدي في الهند ومتناقص الى حد بعيد في باكستان وفييت نام، حيث لا يكاد يوجد أي تمويل مسبق الدفع على الاطلاق.

ويشمل اجمالي الانفاق على غير الأغذية أيضا ما تنفقه الأسر بصورة مباشرة على الرعاية الصحية. وهذا الانفاق كثيرا ما يتعذر التنبؤ به أو أنه مؤقت، ولذا فقد يعني أخذه في الحسبان المبالغة في قدرة الأسر على الدفع. وإذا كانت المصاريف المباشرة زهيدة فانها لا تغير شيئا، لكنها اذا ازدادت فقد يستدعي ذلك تمويلها ببيع الموجودات، وتحمل الديون، واضطرار عدد أكبر من أفراد الأسرة للخروج الى العمل أو العمل لفترات اضافية أو العثور على أعمال أخرى، أو حتى الاقلال مؤقتا من استهلاك السلع الضرورية. وإذا تم تعريف قدرة الأسرة على الدفع بوصفها المصاريف على غير الأغذية مطروحا منها الانفاق المباشر على الصحة، فان ذلك يعني ادراج الأسر التي تعد مصاريفها المباشرة كبيرة في فئة الفقراء، بدلا من توزيع هذه المصاريف على السكان في مجملهم. وعندها يبدو تمويل النظام الصحي أقل عدالة بشكل دائم في معظم البلدان، ويعتبر الانفاق المباشر الكبير المسؤول عن ذلك على الدوام. وعادة ما يكون الدفع المسبق في البلدان المنخفضة الدخل نسبة ضئيلة جدا من المجموع بحيث انه لا يعوّض عن الأثر التناقصي والشديد التفاوت للانفاق المباشر. والأسوأ من ذلك، أنه لا يوجد في العديد من البلدان أي تعويض لأن الدفع المسبق عن طريق الضرائب تناقصي أيضا. وفي حالات كهذه تصبح معاناة الفقراء مزدوجة - حيث يضطرون جميعا الى دفع حصة غير عادلة سواء استفادوا

الاطار ٢-٤ وزن الانجازات الداخلة في بلوغ المرامي

أجرت منظمة الصحة العالمية، في اطار سعيها لاستنباط مجموعة من الموازين لثتى الانجازات التي يتشكل منها بلوغ المرامي الاجمالية، استقصاء ضم ١٠٠٦ مستجيبين من ١٢٥ بلدا، نصفهم من موظفي المنظمة نفسها. وتمت صياغة الأسئلة على نحو لا يتيح التماس الآراء بشأن أهمية كل مرمي بالمقارنة مع غيره من المرامي فحسب (مثل الاستجابة بالمقارنة مع الوضع الصحي)، وإنما وجهت النظر حول أهم أوجه اللامساواة أيضا. وتم التدقيق في الأجوبة للتأكد من تساوقها وجوانب الانحياز فيها، وأسفرت عن فهم تكاد تكون متماثلة في كل مجموعة من عدد كبير من المجموعات المختلفة، كالبلدان الفقيرة مقابل البلدان الموسرة، والرجال مقابل النساء، وموظفي المنظمة مقابل غيرهم من الناس الذين استجوبوا. وترد الموازين النهائية في الجدول هنا.

الصحة (متوسط العمر المأمول المصحح باحسب مدد التعوق)	المجموع
المجموع	٥٠٪
الكلّي أو الوسط	٢٥٪
التوزع أو المساواة	٢٥٪
الاستجابة	
المجموع	٢٥٪
الكلّي أو الوسطي	١٢,٥٪
التوزع أو المساواة	١٢,٥٪
المساهمة الماليّة العادلة	
التوزع أو المساواة	٢٥٪

وكما كان متوقعا، فان الصحة اعتبرت أهم الأغراض المنشودة على الاطلاق، وهي بكل وضوح المرمي الأول والأساسي لأي نظام كان، لكن هذا الاهتمام بالصحة يعادل تماما الاهتمام بالمساواة، وليس مجرد احراز قيمة وسطية عالية. ويؤكد تقسيم «الصحة» الى مرميين اثنين الأهمية البالغة للعدالة، وليس الجودة وحدها. وينسجم ذلك انسجاما تاما مع تركيز منظمة الصحة العالمية على الفقراء، والفئات الأقل تمتعا بالصحة والأسوأ حالا في المجتمع. وتنتج موازين متساوية أيضا عن دراسة المستوى الكلي والتوزع أو المساواة فيما يخص القدرة على الاستجابة. وعلى وجه العموم،

فان طريقة معاملة النظام للناس في الأمور غير الصحية لا تقل أهمية عن المستوى الصحي أو المساواة في المجال الصحي. وتحظى العدالة في طريقة تمويل الصحة، وهو أمر لا يشكل أحد الاهتمامات التقليدية الرئيسية للمنظمة أو لوزارات الصحة التي تتعامل معها، معامل ترجيح كبيرة نسبيا تبلغ الربع، مما يساوي معامل ترجيح القدرة على الاستجابة. وفي كل من هذه الحالة وحالة القدرة على الاستجابة، قد تعكس الأرحية التي منحها الأفراد الذين استجوبوا الأهمية المباشرة أو الجوهرية لهذه الغاية، وكذلك المساهمة غير المباشرة أو المساعدة التي تقدمها للتمتع بالعافية، ومن الصعب الفصل بين هذين الجانبين. وهناك اتفاق واضح في الآراء على أنه ينبغي لأي نظام صحي يعمل على مايرام أن يحقق أكثر من مجرد النهوض بأفضل مستوى ممكن من الصحة عموما.

وتسمح عملية اعطاء معاملات ترجيح للغايات الخمس أيضا بمراعاة الأهمية النسبية للجودة والعدالة. حيث يستأثر مستويا الصحة والقدرة على الاستجابة معا بمعامل ترجيح قدره ثلاثة أثمان المجموع. وتحظى مقاييس التوزيع الثلاثة التي توضح مجتمعة الانصاف في النظام المعني بالخمسه اثمان المتبقية. لكن البلدان التي لم تحقق سوى متوسطات قصيرة الى حد ما للعمر المأمول ولا تستطيع تلبية توقعات الناس بصورة كافية فيما يخص العناية العاجلة أو السهلات قد تعتبر رغم ذلك بلدانا تؤدي نظمها الصحية عملها على نحو جيد فيما يتعلق بالعدالة في مجال واحد أو أكثر.

من الخدمات الصحية أو لم يستفيدوا، ومن ثم فإن البعض منهم يضطر أيضا الى دفع مبالغ فادحة بشكل مباشر. وهذه أبرز الاستنتاجات التي يتمخض عنها تحليل التمويل، وهناك المزيد من التفاصيل حول الآثار المترتبة عليها في الفصل الخامس. ويورد الاطار ٢-٣ أربع سمات أخرى لهذه الطريقة في قياس مدى العدالة في مجال التمويل.

لقد كرس قدر كبير من الجهد التحليلي في وضع هذا التقرير لتوليد معلومات أكثر وأفضل عن الانفاق على الصحة وتنظيم حسابات الصحة الوطنية. وكما أشير اليه في الفصل السادس، فإن معرفة المصادر التي تستمد منها الموارد، والقنوات التي تمر بها وكيفية استخدامها أمر حيوي بالنسبة للقوامة السليمة على النظام. ويتضمن الجدول ٨ من الملحق تقديرات بالانفاق الاجمالي على الصحة، وتقسيمه الى مصادر خاصة ورسمية، والتمييز بين الانفاق الممول من الضرائب والضمان الاجتماعي في القطاع العام، وبين الانفاق عن طريق التأمين والمباشر الذي يساعد على تحديد مدى عدالة تمويل النظم الصحية. وقد استخدمت هذه البيانات، بالإضافة الى ما تثيره من اهتمام مباشر، في التحقق من مصروفات الأسر الوارد ذكرها أعلاه وتقدير القيم الخاصة بالمؤشرات ذات الصلة الوثيقة بالانفاق.

ومهما تكن مصادر التمويل وتوزيعه، فإن مستوى الموارد المكرسة للصحة يشكل مدخلا من مدخلات النظام الصحي وليس ناتجا: فهو ما يجعل النواتج أمرا ممكنا، والأساس الذي يتعين تقييم انجازات النظم الصحية عليه. ويتناول الجزآن التاليان موضوع أفضل السبل للقيام بذلك، أولا بوضع مقياس كلي للانجازات ومن ثم ربط الانجازات باستخدام الموارد، كمقياس للأداء.

بلوغ المرامي بوجه عام: الجودة والعدالة معا

إذا حقق نظام صحي ما متوسطا طويلا للعمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق، أو مستوى عاليا من القدرة على الاستجابة (أو درجة رفيعة من المساواة في أحد هذين المجالين أو كليهما)، أو توزيعا عادلا للعبء المالي، أمكن القول بأن أداء هذا النظام جيد بالنسبة لهذا الغرض بالذات. وبما أن أداء النظام يمكن أن يكون جيدا في مجال واحد أو أكثر ورديثا في مجالات أخرى، فإن اجراء مقارنات بين البلدان أو على مر الزمن يتطلب اختزال الأهداف الخمسة في مقياس كلي واحد. ولا يوجد سلم طبيعي يمكن جمع سنوات العمر ودرجات القدرة على الاستجابة ومقاييس اللامساواة أو العدالة في اطاره، وبالتالي فإن جمع مقاييس الانجازات هذه يعني منح ترجيح أو أهمية نسبية لكل واحد منها. ويتضمن الاطار ٢-٤ وصفا لهذه العملية ونتائجها.

ويؤدي تطبيق معاملات الترجيح هذه على الانجازات الوارد ذكرها في الجداول ٥ و ٦ و ٧ من الملحق الى سلم كلي لبلوغ المرامي يتعلق بكل نظام صحي على حدة. ويعرض الجدول ٩ من الملحق هذه السلالم مصحوبة بتقدير لتقلب كل قيمة، مستمدة من تقلبات العناصر. وبما أن البلدان الثرية تتمتع، بشكل عام، بمستوى صحي جيد، وتتيح مستويات الدخل المرتفعة المجال لمصاريف ضخمة على الصحة يدفع معظمها مسبقا ومن مصادر رسمية على الأغلب، فإن ترتيب بلوغ المرامي عموما يرتبط ارتباطا وثيقا بالدخل وبالانفاق على الصحة. غير أن الأرجحية الكبرى الممنوحة لأهداف التوزيع تفسر السبب الذي يجعل اليابان، على سبيل المثال، تبرز

الولايات المتحدة وتحتل شيلي وكولومبيا وكوبا مراتب أعلى من سائر بلدان أمريكا اللاتينية. ولا غرو أن أسوأ البلدان الثلاثين حالاً كلها في أفريقيا باستثناء ثلاثة بلدان آسيوية.

الأداء: الحصول على نتائج انطلاقاً من الموارد المتاحة

يعتبر المؤشر الاجمالي لبلوغ المرامي، مثله في ذلك مثل الانجازات الخمسة المحددة التي تشكله، مقياساً مطلقاً. فهو يبين مدى نجاح كل بلد في بلوغ شتى الأهداف، لكنه لا يبين كيفية مقارنة الحصيلة بما كان يمكن انجازه بالموارد المتوفرة في البلد المعني. فالانجاز بالمقارنة مع الموارد هو المقياس الحاسم لأداء أي نظام صحي.

وعليه إذا كانت السويد تتمتع بصحة أفضل من أوغندا – حيث متوسط العمر المأمول يكاد يكون الضعف تماماً – فإن هذا يعود الى حد كبير الى أنها تنفق على وجه الدقة ٣٥ ضعفاً بالنسبة للفرد الواحد على نظامها الصحي. لكن باكستان تنفق المقدار نفسه تقريباً للفرد الواحد الذي تنفقه أوغندا. ومن أصل دخل يقارب دخل الفرد في أوغندا، ومع ذلك فإن متوسط العمر المأمول فيها يزيد بزهاء ٢٥ عاماً عن ذلك السائد في هذه الأخيرة. والمقارنة بين هذين البلدين حاسمة الأهمية فما الذي يجعل الحصائل الصحية في باكستان أفضل بكثير، مع أن الانفاق هو ذاته؟ والانفاق الصحي هو العامل المهم، وليس الدخل الاجمالي للبلد المعني، لأن مجتمعاً ما قد يختار أن ينفق مبالغ أقل على الصحة من أصل دخل معين مما ينفقه مجتمع آخر. ويتعين الحكم على كل نظام صحي بحسب الموارد المتوفرة له بالفعل، وليس بحسب موارد أخرى كان يمكن من ناحية المبدأ تخصيصها للصحة لكنها استخدمت لأغراض أخرى.

وكثيراً ما يتم تقييم الحصائل الصحية بالمقارنة مع مدخلات مثل عدد الأطباء أو أسرة المستشفيات لكل وحدة سكانية. لكن هذا النهج يبين ما تنتجه هذه المدخلات فعلاً، ولا يبين شيئاً يستحق الذكر عن امكانيات النظام الصحي – أي ما الذي يستطيع تحقيقه بالموارد المالية ذاتها لانتاج ونشر مختلف أعداد ونوعيات المهنيين، والمباني والمعدات والمستهلكات.

وفي كل هذه المقارنات تشكل الأموال المقياس الصحيح للموارد، لأنه يستخدم في شراء جميع المدخلات المادية. ويتطلب تقييم الأداء النسبي توفر سلم، يمثل أحد طرفيه حداً أو «متتهى» أقصى، يساوي أقصى ما يمكن توقعه من أي نظام صحي. ويمثل هذا الحد الأقصى – المستمد باستخدام معلومات من العديد من البلدان ولكن مع قيمة محددة لكل بلد – المستوى الذي قد يحققه النظام الصحي في بلوغ المرامي، والذي لا يستطيع أي بلد أن يبرزه فيه. ومن الطرف المقابل، يتعين رسم حد أدنى لأقل ما يمكن توقعه من النظام الصحي (١٧). ويمكن باستخدام هذا المقياس تحديد القدر الذي أمكن تحقيقه من هذه الامكانيات. وبعبارة أخرى، فإن مقارنة بلوغ المرامي الفعلي مع الامكانيات يوضح المسافة الفاصلة بين النظام الصحي في كل بلد وبين الحد الأقصى الخاص به للأداء الأمثل لهذا النظام.

وقد وضعت المنظمة تقييمين لعلاقتين بين الحصائل وموارد النظم الصحية. ويربط أحد التقييمين الموارد بوسطي الحالة الصحية وحدها (متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق). مما يجعله قابلاً للمقارنة مع العديد من التحليلات السابقة للأداء في المجال الصحي. ويربط الثاني الموارد بمقياس بلوغ المرامي عموماً القائم على الأغراض الخمسة مجتمعة. وتم استخدام نفس قيمة اجمالي الموارد للبلد المعني في كلتا الحالتين لأنه ليس هناك وسيلة لتعريف المصاريف بصفته موجهة نحو توفير الخدمات الصحية، وتحديد القدرة على الاستجابة أو جعل

التمويل أقل أو أكثر عدالة. وينطبق الشيء نفسه على الموارد المستخدمة في تحسين توزيع الصحة أو القدرة على الاستجابة، لا على مستواها الوسطي.

وكل حد أقصى يعد وظيفة من وظائف متغير آخر مضافة إليه نفقات النظام الصحي. أي متوسط سنوات الدراسة بين البالغين من السكان، الذي يعد مقياساً لرأس المال البشري وبالتالي للامكانيات الطويلة الأمد ان لم يكن للحالة الراهنة أو الفعلية للتنمية في البلد المعني. وهو ينبوع عن معظم العوامل خارج النظام الصحي التي تساهم في الحالة الصحية، وربما أيضاً في القدرة على الاستجابة وطريقة تمويل الصحة. ويوضح الاطار ٢-٥ كيفية تقييم الحدين الأقصى والأدنى وكيف يتعين تفسيرهما.

وبما أن التقديرات تعتمد كلياً على البيانات القطرية لا على نموذج لما هو مثالي أو ممكن، وحيث ان هناك حدوداً قصوى لكل الانجازات، فان توفير الموارد الاضافية يؤدي بسرعة الى انخفاض ذلك الحد الأقصى عندما يكون الانفاق متدنياً، ثم انه يرتفع تدريجياً مع وصول النفقات الى المستويات التي تميز البلدان الموسرة. ويمكن أن تتحرك النظم الصحية نحو هذا الحد الأقصى بتحسين أدائها، أي بتحقيق نتائج أفضل بالموارد ذاتها. ويمكن لها أن تقترب من الحد

الاطار ٢-٥: تقدير أفضل ما يمكن توقعه والحد الأدنى الذي لا بد من توافره

يتوقع بها أن يتحسن أي نظام سيء الأداء لتقترب من الحد الأقصى المذكور.

وتجنب طريقة تقدير ما هو ممكن قضيتين معقدتين الى أبعد الحدود ومن أفضل الأمثلة عليهما الحد من الوفيات والتعوق فيما يتعلق بتعاطي التبغ. احدهما أن كثيراً من الإجراءات التي تتخذها النظم الصحية لا تؤدي الى أية نتائج الا بعد مرور عدد من السنوات، بحيث ان الموارد المستخدمة اليوم لا ترتبط على نحو وثيق بالنتائج المحققة الآن. فاذا نجح أي نظام صحي بطريقة ما في اقناع المدخنين جميعاً بالاقلاع عن التدخين ومنع أي شخص من البدء بالتدخين، فان سنوات طويلة ستمر قبل التخلص من عبء الأمراض التي يسببها التبغ. والثانية أنه لا يعقل أن تتوقع من أي نظام صحي خفض انتشار التدخين الى الصفر في المستقبل المنظور مهما كانت الجهود التي يبذلها جارة وكبيرة. ويعتبر تحديد طريقة لتقييم التقدم بدلا من الأداء الراهن للنظم الصحية وحده أحد التحديات الكثيرة التي تتطلب بذل الجهود في المستقبل.

نجاحها في مكافحة كافة الأمراض الأخرى فحسب، وكأنه لا يمكن القيام بأية اجراءات ازاء الايدز والملاريا. وهذا هو السبب في تقدير الحدود القصوى وفقاً للنفقات ورأس المال البشري دون سواهما، وهو مقياس عام لقدرة المجتمع على الاضطلاع بأنواع عديدة من الأداء، بما فيها أداء النظم الصحية.

ولتحسين التقديرات وتجنب استنادها الى قيم غير سوية فيما يتعلق بسنة واحدة فان مقاييس الانجاز تقوم على البيانات المتعلقة بعدة سنوات تسبق الاستقصاء مباشرة. وبالمثل، يتم وضع مقاييس الانفاق ورأس المال البشري استنادا الى بيانات عن عدة سنوات. ورغم ذلك فان القصد من كل من الحاصلات والعوامل المحددة للأداء المحتمل هو وصف الوضع السائد في البلدان. حيث انها لا تأخذ في الحسبان الطريقة التي قد تكون القرارات الماضية واستخدام الموارد في السابق قد حدثت مما يستطيع أي نظام تحقيقه فعلا اليوم. والذي قد يكون سببا في سوء الأداء أيضا. ولا هي تبين مدى السرعة التي

من القدرة التوضيحية أو التنبؤية. وبالمثل، اذا كانت الحاصلات أسوأ بالنسبة للمساواة في البلدان المتنوعة الأعراق، وأي متغير يعكس هذا التنوع يفسر النتائج المشاهدة فيها. والمشكلة تتمثل، عند محاولة الايضاح قدر الامكان، في أن الحد الأقصى يتغير كلما أضيف متغير ما. حيث سيكون هناك متغير للبلدان الاستوائية وآخر للمناخات الأكثر برودة، وآخر للبلدان المختلطة الأعراق وآخر للبلدان المتجانسة السكان، وهكذا. واذا تم قياس الأداء بالنسبة للحد الأقصى لكل نوع من أنواع البلدان، فان كل نظام صحي تقريبا قد يبدو متساويا الى حد ما في كفاءة استعمال الموارد، لأن ما هو متوقع من بعضها سيكون أدنى مما هو متوقع من البعض الآخر. وكل توضيح آخر سيكون بمثابة سبب لعدم تحسين الأداء. وينطبق هذا بصورة خاصة على الايضاحات المتعلقة بأمراض محددة. فالايديز والملاريا من أهم أسباب الحسائر الصحية في الكثير من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، لكن ادراج آثارهما في تقدير الحدود القصوى يعني اصدار أحكام بشأن هذه البلدان وفقاً لمدى

تختلف تقديرات منظمة الصحة العالمية للحدين الأعلى والأدنى لأداء النظم الصحية بطريقتين رئيسيتين عن معظم التحليلات الخاصة بما تحققة النظم الصحية فعلا. أولاها أن «الحد الأقصى» لا معنى له الا اذا كان هناك بلد يمكن أن يقع وراءه، مع أنه لا بد أن يقع بلد واحد في اطاره على أقل تعديل. وعليه فانه يتم تقدير «الحد الأقصى» أو الحد الأعلى بطريقة احصائية تترك مجالاً للخطأ في اتجاه واحد فقط، وهي تضيق المسافة ما أمكن بين «الحد الأقصى» وقيم الأداء المحسوبة. (ويتم تقدير الحد الأدنى بالطريقة التقليدية بافصاح المجال للخطأ في كلا الاتجاهين). وثانيتهما أن الموضوع ليس موضوع شرح ما بلغة كل بلد أو نظام صحي من مرام، بل بالأحرى وضع تقدير لما يجب أن يكون. ويمكن الاسترادة من الشرح بادخال العديد من المتغيرات الأخرى. فاذا حققت البلدان الاستوائية بصورة دائمة قدراً أدنى من الانجازات في مجال الصحة، وذلك بسبب آثار الأمراض الكثيرة المرتكزة قرب خط الاستواء، فان المتغير الذي يشير الى الموقع الاستوائي من شأنه أن يزيد

الأقصى بزيادة أو خفض الانفاق على الصحة وبلوغ مستوى مختلف من الانجاز بالنسبة للدرجة ذاتها من الأداء. ويمكن أن يرتفع الحد أيضا، عند الحصول على معارف جديدة تسمح بتحسين الصحة أو الحصول على نتائج أخرى، لقاء توفير موارد معينة للنظام الصحي وموارد بشرية معينة. ويرجع القدر الأكبر من التحسينات الهائلة التي شهدتها الصحة على مدى القرن ونصف القرن الماضيين، والوارد وصفها في الفصل ١. الى هذا التوسع الذي سمح بتحقيق ما أنجز.

وإذا لم تكن هناك نظم صحية بالمعنى الحديث فان ذلك لن يحول دون استمرار دورة الحياة من ميلاد وعيش وموت. نعم قد يكون متوسط العمر المأمول أقل مما هو عليه اليوم بكثير لكنه لا يمكن أن يبلغ الصفر. وفي غياب النظم الصحية لن يكون هناك أي انفاق على الصحة وبالتالي فان مسألة كيفية توزيع الأعباء المالية على نحو عادل لن تطرح. وبالمثل لن تطرح مسألة القدرة على الاستجابة. وعليه فان أدنى مستوى من الانجاز سيكون تبعا للحالة الصحية وتبعا للمستوى الواسطي للصحة في غياب المعلومات الخاصة بأوجه اللامساواة. وفيما يخص مقياس بلوغ المرامي اجمالا فان القيم المتصلة بالأغراض الأربعة الأخرى، بما فيها تلك المتعلقة باللامساواة، ستحدد عند درجة الصفر. وقد استخدمت المنظمة، في تحديد هذا المستوى الأدنى، معلومات من عدد محدود من البلدان جمعت حوالي عام ١٩٠٠، وتربط متوسط العمر المأمول - دون تصحيح باحتساب مدد التعوق - بتقديرات الدخل. واتخذ الوضع السائد عند نهاية القرن الماضي منطلقا للانجازات الكبرى التي ساعدت على تحقيقها زيادة المعارف، والاستثمارات والموارد المكرسة للصحة. ونجمت بعض التغييرات عن رفع المستوى الأدنى - واستئصال الجدري أفضل مثال على ذلك. أما ظهور الايدز والعدوى بفيروسه والأمراض المتصلة بتعاطي التبغ فكان له الأثر المعاكس، حيث أصبح من الأصعب تحقيق مستوى معين من الصحة عما كان عليه الأمر في عام ١٩٠٠.

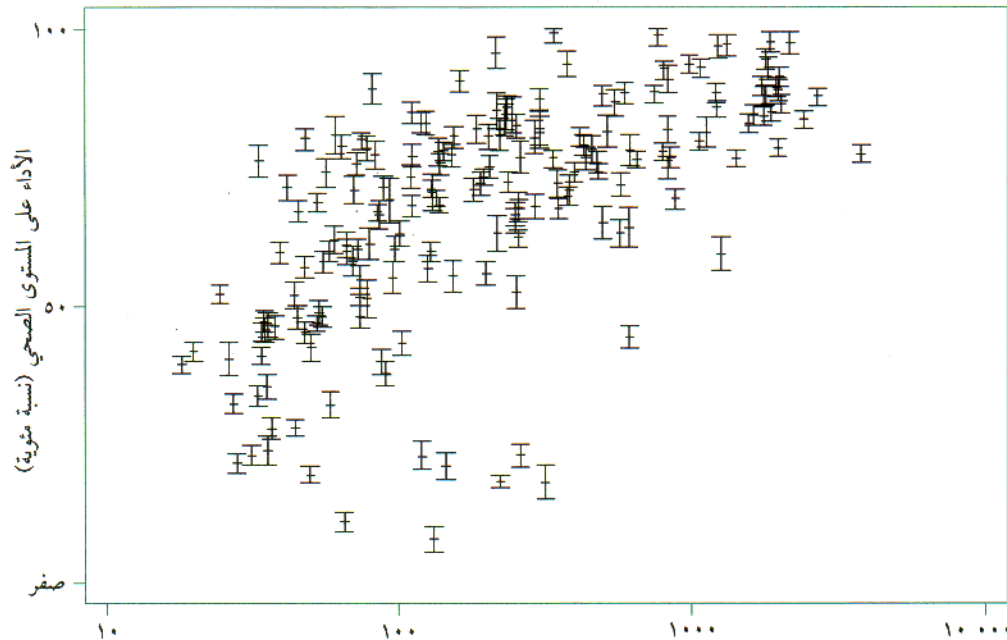
والسؤال المطروح فيما يتعلق بأي نظام صحي اليوم، مع مراعاة الموارد البشرية المتوفرة للبلد المعني والموارد التي يخصصها للنظام الصحي، هو مدى اقترابه من أقصى ما يمكن توقعه منه. ويحدد الربط بين الحصائل بهذه الطريقة بالحد الأدنى والأقصى المقدرين لبلوغ المرامي وبين استخدام الموارد الاقتصادية المؤثر اجمالي لأداء النظام المعني: فالأداء السليم يعني الابتعاد عن المستوى الأدنى لبلوغ المرامي والاقتراب من المستوى الأقصى. ومن الناحية الاقتصادية، يشكل الأداء مقياسا للكفاءة: فالنظام الصحي الكفؤ يحقق الكثير، بالمقارنة مع الموارد المتوفرة له. وعلى النقيض من ذلك فان النظام غير الكفؤ يبذل الموارد، حتى ولو أفلح في بلوغ مستويات رفيعة من التمتع بالصحة، والقدرة على الاستجابة والعدالة. أي أنه يمكن أن يتوقع أن يكون أداؤه أفضل، لأن البلدان التي تنفق أقل منه تحقق مستويات تماثل مستوياته أو أن البلدان التي تنفق أكثر منه بقليل تحقق حصائل أفضل منه بما لا يقاس.

ويتضمن الجدول ١٠ من الملحق مؤشرين لأداء النظم الصحية. يستند أولهما الى الحالة الصحية في متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق الوارد في الجدول ٥ من الملحق، حيث يجري مقارنة الحد الذي يمكن بلوغه فيما يتعلق بهذا الغرض وحده مع استخدام البلد المعني للموارد ورأس المال البشري. وفي هذه الحالة، يصبح الحدان الأقصى والأدنى للأداء متماثلين تماما، ويمكن مقارنة المقياس مع تقديرات أخرى لما يحدد النتائج الصحية. وعلى غرار مقاييس بلوغ المرامي فان القيم هنا تتطوي على تقديرات بهامش الشك. ويورد الشكل ٢-٦ التوزيع التقديري للأداء في جميع البلدان بالنسبة لمتوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق. ويرتبط ارتفاع الانفاق الصحي بتحسين النتائج الصحية، حتى عندما يقدر الأداء بالمقارنة

مع الانفاق بدلا من تقديره بالقيمة المطلقة. وتعاني البلدان الشديدة الفقر طبعاً من عوائق أخرى غير انخفاض مستوى الانفاق وتدني مستوى التعليم. فمن النادر أن نجد أن عمر سكان البلدان القليلة التي تنفق أقل من ١٠ دولارات على الفرد الواحد في السنة يتجاوز نسبة ٧٥٪ من متوسط العمر المأمول الممكن، في حين أن سكان معظم البلدان التي تنفق أكثر من ١٠٠٠ دولار يعيشون نسبة ٧٥٪ على الأقل من متوسط العمر المأمول الممكن. كما يرتبط ازدياد الانفاق بقدر أقل من تفاوت الأداء. وتبرز تفاوتات كبيرة إلى حد يبعث على القلق في متوسط العمر المأمول ذي الصلة بالانفاق والتعليم على مستويات الانفاق المتوسطة حيث تكون الحاجة على أشدها لفهم أوجه التفاوت في مستوى الانجازات والحد منها. ويشكل وباء الإيدز والعدوى بفيروسه جزءاً لا يستهان به من أسباب ذلك: حيث إن الخمسة وعشرين بلداً أسوأ حالاً تقع كلها في أفريقيا وينوء كاهلها بأعباء الإيدز الثقيلة. (ويشرح الأطار ٢-٥ سبب عدم أخذ هذا الوباء بعين الاعتبار لدى تعيين الحد الأقصى لما هو ممكن).

ويرتكز المؤشر الثاني في الجدول ١٠ من الملحق على المقياس الكلي لبلوغ المرامي الوارد في الجدول ٩ من الملحق ويتضمن تقييم الأداء بالنسبة للحد الذي جرى تحديده لعناصر الانجاز الخمسة كلها. والفجوات المحيطة بهذه القيم أكبر بكثير مما هو الحال بالنسبة لمتوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق وحده بسبب الشكوك التي تكتنف المكونات الأخرى. وتعتبر هذه المكونات أيضاً سبباً في بعض التغيرات الكبرى في التصنيف والمراتب، لكن أفضل النظم أداء على ما يبدو لاتزال توجد في البلدان الموسرة نسبياً وأسوأها أداء هي نظم البلدان الفقيرة في أفريقيا. ويبين الشكل ٢-٧ توزيع الأداء الاجمالي، الذي يبدي قدراً أقل من التفاوت إلى حد ما مما يرد في الشكل ٢-٦: فالبلدان التي يكون أدائها رديئاً في مجال الصحة وحده

الشكل ٢-٦ الأداء على المستوى الصحي (متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق) بالنسبة للانفاق الصحي للفرد الواحد، ١٩١ دولة عضواً، ١٩٩٩



الانفاق الصحي للفرد الواحد، بالدولارات الدولية بسعر عام ١٩٩٧

تعوض عنه أحيانا بالقدرة على الاستجابة أو التمويل أو معالجة اللامساواة في المجال الصحي على نحو أفضل. لكن مرتبتي مقياسي الأداء متماثلتان الى حد ما رغم أن بضعة بلدان تحقق أداء أفضل حسب أحد المقياسين مما هو الحال بالنسبة للمقياس الآخر.

وستقوم الأنشطة التي ستضطلع بها المنظمة خلال السنوات القادمة لدعم تطوير النظم الصحية على الاعتقاد بأن على كل نظام صحي أن يكون مسؤولا عن مستوى وتوزيع النتائج التي يحققها في المجال الصحي وقدرته على الاستجابة وعدالة التمويل وذلك بمقارنتها دائما بالانفاق الصحي. وستضمن التقرير الخاص بالصحة في العالم ابتداء من هذه الطبعة وفي كل الطبعات السنوية المقبلة مقياس أكمل وأفضل لما تنجزه البلدان، وستدعم المنظمة البلدان في تعزيز المهارات المحلية لتحليل وتحسين بلوغ المرامي من قبل النظم الصحية وأدائها.

تحسين الأداء: أربع مهام أساسية

تتطلب سياسة تحسين الأداء توفر المعلومات عن العوامل الرئيسية التي تفسره. فمعرفة العوامل المحددة لأداء النظام الصحي، على خلاف فهم ما يحدد الحالة الصحية، تظل محدودة جدا. ويركز هذا التقرير على مهام شاملة قليلة تؤديها النظم الصحية، كما ورد في الشكل ٢-١ أعلاه، طارحا أسئلة عما يعني الاضطلاع بهذه المهام على نحو جيد أو سيء ومقدما بعض الآراء حول كيفية ارتباطها بالفوارق بين الانجازات المحققة في مختلف البلدان؛ مما يساعد على استكشاف النظام الصحي ككل، بدلا من الاعتماد على النظم الفرعية أو المنظمات أو البرامج المكونة لهذا النظام، كما هو شائع في تقييمات الأداء عموما (١٨).

ومهمة تقديم الخدمات مألوفة أكثر من باقي المهام، بل الواقع أن النظام الصحي برمته غالبا ما يعرّف بتقديم الخدمات فحسب. لكن التصنيف الوارد هنا يؤكد على أن تقديم الخدمات هو ما يقوم به النظام، وليس هو النظام. ويحصل قدر كبير مما يندرج في اطار وظيفة التمويل خارج ما يعتبر عموما أنه النظام الصحي، حيث انها عملية تتم لتحصيل الايرادات ووضعها في تصرف النظام الصحي. ويقتضي اعتبار عدالة المساهمات المالية أحد المرامي الجوهرية للنظام النظر الى هذه الوظيفة على أنها مهمة أخرى مما يقوم به النظام من ناحية، وليس مجرد تلقي الأموال من مكان آخر فحسب. فالنظام نفسه هو الذي يحصل بعض الأموال بصورة مباشرة، ويجمع كل ما يتم جمعه باستثناء الضرائب العامة وهو الذي يتولى شراء السلع والخدمات. وهذا يعني أن النظام مسؤول الى حد ما، على الأقل، أمام المجتمع بخصوص طريقة حشد الموارد وتجميعها، وليس مجرد طريقة استخدامها في نهاية المطاف.

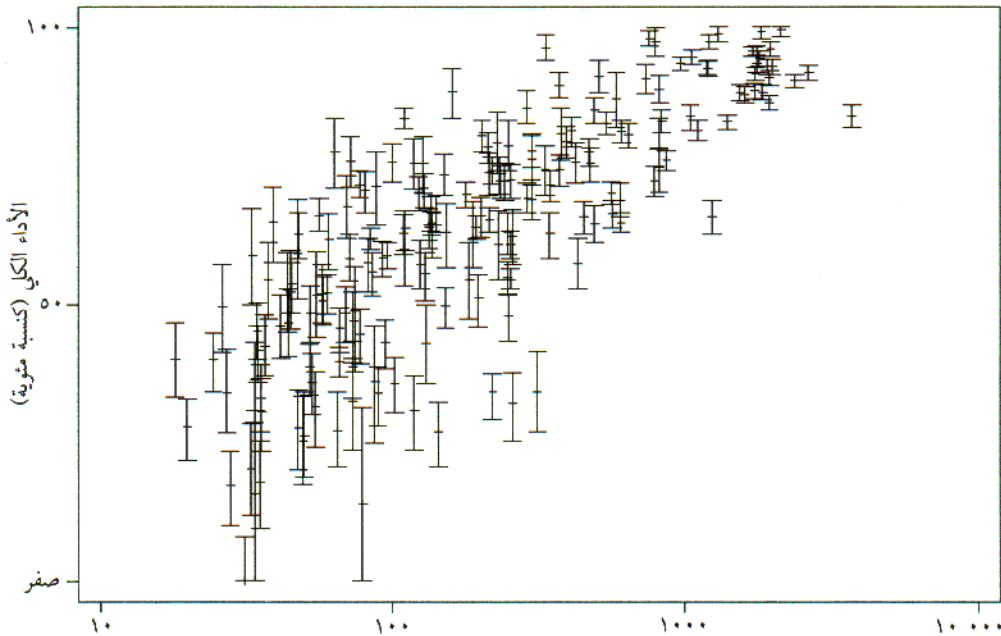
ويقوم كل نظام صحي بعملية استثمارية ما في مجال استدرار الموارد، لكن هذه الأخيرة تعتبر وكأنها آتية من خارج النظام نفسه. وفي الأجل القصير لا يمكن للنظام أن يستخدم سوى الموارد المتولدة في الماضي، وهو كثيرا ما يعجز عن تغيير حتى طريقة استخدامها. أما في الأجل الطويل، فتعتبر الاستثمارات شيئا يقوم به النظام أيضا. وعلى وجه التحديد لأن الاستثمارات طويلة الأمد، فان النظام يتحمل مسؤولية الاستثمار على نحو يتسم بالحصافة. وقد يظهر ربط انجازات نفقات النظام كله أن أداء النظام سيء وذلك تحديدا لأن ما يمكن الحصول عليه من موارد اليوم تقيده على نحو لا لزوم له طريقة استثمار الموارد في الماضي.

أما المهمة الرابعة فتدعى القوامَة لأن هذا المفهوم يصفه وصفا جيدا تعريف القاموس له وهو الادارة الدقيقة والمسؤولة لما يعهد به الى شخص ما للعناية به (١٩). ويعهد الناس بكل من

أبدانهم وأموالهم لعناية النظام الصحي، الذي يتحمل مسؤولية حماية الأولى واستخدام الأخيرة على نحو حصيف وسليم. والمطلوب من الحكومات خصوصا الاضطلاع بدور القِيم، لأنها تنفق الايرادات التي يطلب الى الناس دفعها على شكل ضرائب وتأمينات اجتماعية، ولأنها تضع العديد من القواعد المطبقة في المعاملات الخاصة والطوعية. وهي تمتلك أيضا المرافق التي عهد اليها بها المواطنون. لكن شركات التأمين والأطباء من القطاع الخاص يؤدون هذه المهمة ضمن حدود معينة، ويشكل التأكد من أن منظمات وهيئات القطاع الخاص تتصرف أيضا بحذر وبروح من المسؤولية جزءا من مهمة الدولة بصفقتها القِيم أو الوصي على النظام. ويشكل التنظيم جزءا كبيرا من القوامة، سواء تم ذلك من جانب الحكومات أو هيئات القطاع الخاص التي تتولى تنظيم أعضائها. وغالبا ما يتم ذلك بموجب قواعد عامة تحددها الحكومات. لكن المفهوم ينطوي على أكثر من مجرد التنظيم. وعندما يتم تطبيقه على النحو الصحيح فان نفوذه وتأثيره يسودان كافة أعمال النظام.

وتوجد هذه الوظائف في هياكل النظم الصحية الشديدة التفاوت (٢٠، ١). فمن جهة هناك نظم يتم فيها الجمع بين المهام الى حد كبير ضمن هيئة واحدة تقوم بجمع وتجميع وتوزيع الأموال على مجموعة متجانسة نوعا ما من مقدمي الخدمات هم الموظفون المنتسبون اليها. ويشبه نظام الصحة الترويجي هذا النوع من الهياكل، كما كان الحال بالنسبة للخدمات الصحية الوطنية البريطانية قبل عام ١٩٩٠. لكن النظام الصحي قد يتسم عوضا عن ذلك بدرجة كبيرة من التقسيمات «العمودية». حيث ان منظمات مستقلة عن بعضها البعض كوزارة الصحة، أو صناديق الضمان الاجتماعي، أو القوات المسلحة، أو المنظمات الخيرية أو شركات التأمين الخاصة قد تدفع أتعاب مقدمي الخدمات التي تحصل عليها، وقد تجمع وتوزع الأموال وتقدم

الشكل ٢-٧ الأداء الكلي للنظم الصحية (جميع ضروب بلوغ المرامي) مقارنة بالانفاق الصحي للفرد الواحد، ١٩٩١ دولة عضوا، ١٩٩٧



الانفاق الصحي للفرد الواحد، بالدولارات الدولية سعر عام ١٩٩٧

الخدمات لفئات سكانية متميزة. وتشبه النظم الصحية في جزء كبير من أمريكا اللاتينية هذا النموذج، رغم أن المرضى غالبا ما يتلقون الرعاية التي توفرها اثنتان أو أكثر من المنظمات المنفصلة عموديا. وقد يتسم النظام الصحي أيضا بالتكامل «الأفقي» بالنسبة لكل مهمة - حيث تؤديها منظمة واحدة - لكنه توجد منظمة مختلفة تعنى بكل مهمة. وليس هناك نظام صحي واحد يطابق هذا النموذج بصورة تامة. لأنه لا توجد دوما مجموعة وحيدة من مقدمي الخدمات، ما لم يكونوا جزءا من نظام متكامل كليا. بيد أن بعض النظم، مثل نظام شيلي، تفصل بين تحصيل جزء كبير من الموارد وبين تجميعها، وتوظف عددا كبيرا من مقدمي الخدمات في اطار منظمة واحدة. وقبالة المنظمات المتجانسة يوجد نظام يضم مؤسسات مختلفة تجمع الأموال وتدفع أتعاب مقدمي الخدمات بمقتضى ترتيبات تعددية لتقديم الخدمات حيث «لا ينتمي» الى المؤسسة الممولة سوى القليل من مقدمي الخدمات. ويبدو النظام الكولومبي، في أعقاب الاصلاحات التي بدأت عام ١٩٩٣، شبيها الى حد كبير بهذا النظام الأخير.

وتركز الفصول ٣ و ٤ و ٥ و ٦، تباعا، على المواصفات الأساسية لكل مهمة من المهام الأربع وهي: تقديم الخدمات، والاستثمار، والتمويل والقوامة - وعلى بعض العوامل التي تؤثر في الأداء، وتبحث الأنماط السائدة في البلدان ذات المستويات المتفاوتة من حيث الدخل. ومن الواضح أن مهمة التمويل هي أهم مهمة على الاطلاق فيما يتصل بتحقيق العدالة في دفع تكاليف النظام، لكن طريقة الاضطلاع بهذه المهمة تترك بصماتها أيضا على الحصائل الصحية بل انها تؤثر الى حد ما على القدرة على الاستجابة. ومهمة تقديم الخدمات أوثق المهام صلة بالحصائل الصحية، لكنها تلعب دورا لا يستهان به في القدرة على الاستجابة. أما القوامة فترك آثارها على كل شيء.

المراجع

1. **Murray CJL, Frenk J.** *A WHO framework for health system performance assessment.* Geneva, World Health Organization, 1999 (GPE Discussion Paper N° 6).
2. **Roemer MI.** *National health systems of the world.* New York, Oxford University Press, 1991.
3. **Centers for Disease Prevention and Control, Centro Latino-Americano de Investigación en Sistemas de Salud and Pan American Health Organization.** *Public health in the Americas.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 1999 (unpublished document).
4. *World development report, 1993 – Investing in health.* Washington, DC, The World Bank, 1993.
5. **Acheson D et al.** *Independent inquiry into inequalities in health.* London, The Stationery Office, 1998.
6. **Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K.** Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*, 1994, **39** (6): 767-780.
7. **Bassett MT, Bijlmakers L, Sanders DM.** Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Social Science and Medicine*, 1997, **45** (12): 1845-1852.
8. **Hurst J.** Challenges to health systems in OECD countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (6) (in press).
9. **Donelan K et al.** The cost of health system change: public discontent in five nations. *Health Affairs*, 1999, **18** (3): 206-216.
10. **King S.** Vaccination policies: individual rights v. community health. *British Medical Journal*, 1999, **319**: 1448-1449.
11. **de Silva A.** *A framework for measuring responsiveness.* Geneva, World Health Organization, Global Programme on Evidence for Health Policy, 1999 (unpublished paper).
12. **Fabricant S, Kamara C, Mills A.** Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. *International Journal of Health Planning and Management*, 1999, **14**: 179-199.
13. **Nolan B, Turbat V.** *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa.* Washington, DC, Economic Development Institute of The World Bank, 1995.
14. **Bennett S, Creese A, Monasch R.** Health insurance schemes for people outside formal sector employment. Geneva, World Health Organization, 1998 (Current Concerns, ARA paper N° 16, document WHO/ARA/CC/98.1).
15. **Friedman M.** *Theory of the consumption function.* Princeton, NJ, Princeton University Press, 1957.
16. **Bevan A.** *In place of fear.* London, Heinemann, 1952.
17. **Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L.** Quality, cost, and health: an integrative model. *Medical Care*, 1982, **20**: 975-992.
18. **Cumper GE.** *The evaluation of national health systems.* Oxford, Oxford University Press, 1991.
19. *Meriam Webster's deluxe dictionary.* Pleasantville, New York/Montreal, Reader's Digest, 1998.
20. **Murray CJL, Kreuser J, Whang W.** Cost-effectiveness analysis and policy choices: investing in health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, **72** (4): 663-674.