

الفصل الرابع

ما هي الموارد اللازمة؟

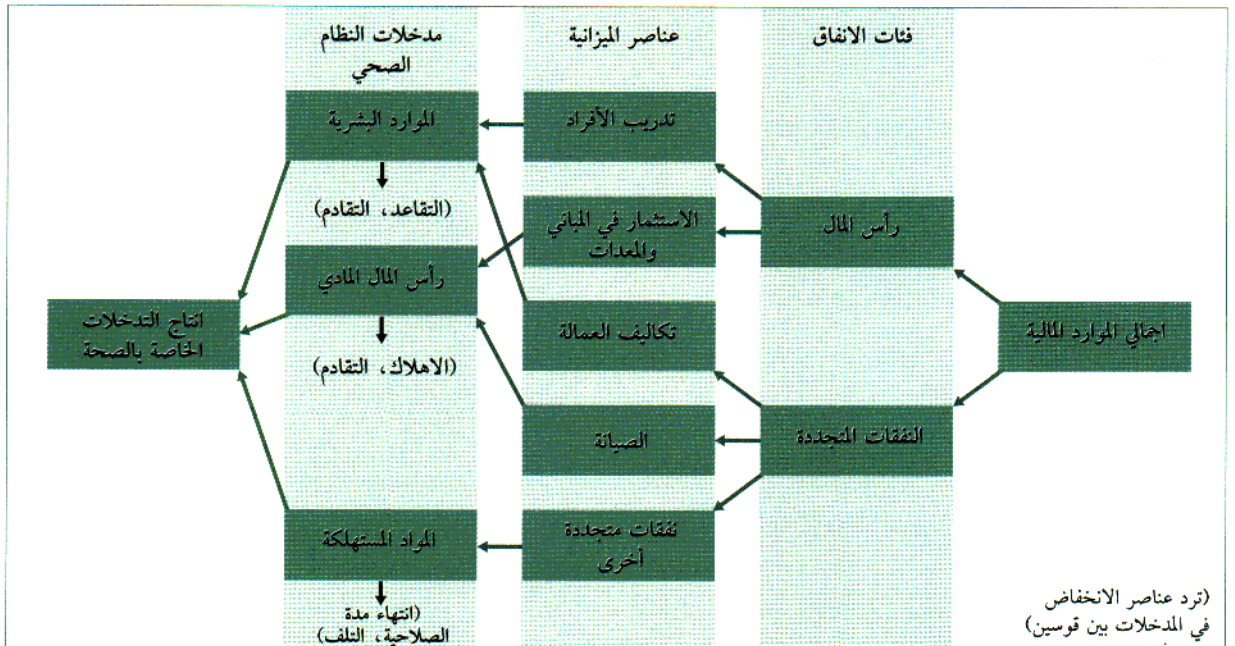
يتطلب تقديم خدمات الرعاية الصحية بكفاءة تحقيق التوازن في توزيع الموارد المالية على المدخلات العديدة المستخدمة في تقديم الخدمات الصحية . وبدون توافر منشآت جيدة الانشاء والتجهيز والامدادات لا جدوى من الاستعانة بأعداد كبيرة من الأطباء والمرضات وغيرهم من العاملين الصحيين . وينبغي استخدام الموارد المتاحة في الاستثمار في تكوين الكفاءات الجديدة واقامة المنشآت والمعدات الجديدة وصيانة البنية الأساسية القائمة . وبالإضافة الى ذلك يتعين الحفاظ على هذا التوازن الدقيق على مر الزمن وفي مختلف المناطق الجغرافية . وعلى الصعيد العملي تحدث بصورة متواترة اختلافات بين الاستثمارات والنفقات المتجددة وكذلك بين مختلف فئات المدخلات مما يحول دون الحصول على نتائج مرضية . ويجب اختيار الاستثمارات الجديدة بعناية بحيث يقل خطر حدوث الاختلالات في المستقبل ، ومن الملائم في هذا الخصوص رصد مجموعة الاحتياجات المتعلقة بالمدخلات بانتظام . ومن الضروري أن تتوافر لمتلقي الخدمات ومقدميها ارشادات وحوافز واضحة فيما يتعلق بالسياسة العامة اذا كان يتعين اتباع ممارسات فعالة لتلبية الاحتياجات والتطلعات الصحية .

ما هي الموارد اللازمة؟

تحقيق التوازن في تشكيلة الموارد

يقتضي تقدير خدمات الرعاية الصحية عددا كبيرا من الموارد من أجل تقديم تشكيلة واسعة من النواتج الخدمية المختلفة. وقليلة هي، ان وجدت، طرق الصنع التي تواكب التغير في الامكانيات الانتاجية في مجال الصحة. ويبين الشكل ٤-١ المدخلات الأساسية الثلاثة في النظام الصحي من موارد بشرية ورأس مال مادي ومواد مستهلكة. ويبين الشكل أيضا كيف أن الموارد المالية الضرورية لتدبير هذه المدخلات تتسم بطابع الاستثمار الرأسمالي وطابع الانفاق المتجدد في آن واحد، وكما هو الشأن في الصناعات الأخرى فإن القرارات الخاصة بالاستثمار حاسمة

الشكل ٤-١ مدخلات النظام الصحي؛ من الموارد المالية الى التدخلات الخاصة بالصحة



لأنها، بصفة عامة، لا رجعة فيها: فهي تخصص مبالغ مالية كبيرة لأماكن وأنشطة يصعب، بل يستحيل، الغاؤها أو التقليل منها.

وتتخذ بعض القرارات الخاصة بالاستثمار خارج نطاق اختصاص وزارة الصحة يزيد من صعوبة تحقيق التوازن الشامل. وعلى سبيل المثال فإن تدريب الأطباء كثيرا ما يكون من اختصاصات وزارة التعليم وقد يتولى القطاع الخاص توظيف استثمارات في المنشآت والمعدات.

ورأس المال هو مجموع الأصول الانتاجية. ويشكل العاملون الصحيون المدربون والعيادات المتنقلة وكذلك الأصول الثابتة جزءا من رأس مال النظام الصحي. ويشمل الاستثمار كل ما يضاف الى رأس المال هذا، مثل المزيد من الصيادلةنيين أو الأدوات الاضافية. ويتفاوت العمر الانتاجي لمختلف الاستثمارات بوجه عام من سنة الى سنتين فيما يتعلق ببعض المعدات ومن ٢٥-٣٠ سنة أو أكثر فيما يتعلق بالمباني وبعض فئات العاملين المهنيين.

وللتقدم التكنولوجي أثر في العمر الاقتصادي لوحدة رأس المال فالاستثمارات القديمة سرعان ما تصبح متقادمة كلما ظهرت تكنولوجيات جديدة أفضل. كما أن لطريقة ادارة الأصول أثرا في مدة بقائها. أما المباني والمركبات فانها تحتفظ بقيمتها لمدة أطول اذا كانت تستخدم وتصان بطريقة صحيحة ولكن دون الاعتناء والصيانة فإن رأس المال الصحي يتناقص بسرعة. ولا بد أيضا من مراعاة الاعتبارات البيئية في التخطيط للصيانة فتردي أحوال الطرق، على سبيل المثال، يقلل من متوسط عمر المركبات، وينبغي أن يراعى ذلك في التخطيط لصيانة المركبات وتشغيلها واستبدالها.

ويمكن معاملة رأس المال البشري نظريا كما يعامل رأس المال المادي؛ فالتعليم والتدريب يشكلان الأدوات الاستثمارية الرئيسية لتعديل رأس المال البشري وتحديد المعارف والمهارات المتاحة (١). وعلى عكس رأس المال المادي فإن المعارف لا تتدهور بالاستخدام. ولكن المعارف البالية مثلها مثل المعدات، تتقدم مع ظهور تكنولوجيات جديدة، ويجب أيضا صيانة رأس المال البشري. ولا بد من الأخذ بالتعليم المستمر والتدريب أثناء الخدمة مواكبة للتقدم التكنولوجي والمعارف الجديدة. ومن ناحية أخرى تلحق برأس المال البشري خسائر أيضا عند احالة العاملين على التقاعد أو عندما يتوفون.

والاستثمارات، بمعناها الواسع، تشمل أيضا كل برنامج أو نشاط أو مشروع جديد. وتكاليف الاستثمارات الرأسمالية هي جميع التكاليف التي لا تحدث الا مرة واحدة (في بداية النشاط) بينما تتعلق التكاليف المتجددة بالالتزامات المالية الأجلة التي تتبع استثمارا من هذا القبيل. وإذا ما اعتبر أن التقنيات الطبية المتاحة «رأس مال» وأن البحث والتطوير أداة استثمارية تسمح بتوسيع حدود التكنولوجيا وتوليد أفكار جديدة فإن هذين المفهومين يمكن تطبيقهما أيضا على معدات التشخيص والأدوية وما شابه ذلك.

ويشكل الاستثمار النشاط الأساسي الذي يسمح بتكثيف رأس المال وإيجاد أصول جديدة ومنتجة. وتحدث عمليات التكثيف هذه، عادة، بشكل تدريجي. وهكذا فإن البنية الأساسية المادية الخاصة بالمباني والمنشآت الاستشفائية تعد في عدد من البلدان ثمرة تطور يستغرق سنوات عديدة. وفي بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي لا تتجاوز نفقات الاستثمار في المباني والمعدات في المعتاد ٥٪ من إجمالي الانفاق السنوي على خدمات الرعاية الصحية، وهي عادة ما تنخفض بعض الشيء عما كانت عليه منذ ١٥ أو ٢٠ سنة: وذلك نتيجة لزيادة التحكم في التكاليف، الى حد ما، بالتحكم في الزيادة في رأس المال.

أما في البلدان المنخفضة الدخل فتكون التفاوتات أوسع نطاقاً. ويمكن أن تكون مستويات الاستثمار أعلى، بصورة واضحة، من الأرقام الخاصة بمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ولا سيما عند إقامة بنية أساسية أو إصلاحها بمساعدة من الوكالات المانحة. وتذكر بلدان مثل بوركينا فاسو وكمبوديا وكينيا ومالي وموزامبيق أن نفقاتها الرأسمالية تتراوح نسبتها بين ٤٠٪ و ٥٠٪ من إجمالي ميزانية الرعاية الصحية العمومية خلال عام أو ما يزيد (٢). وتستخدم نسبة مئوية هامة من ميزانية النفقات المتجددة المتبقية عادة في دفع أجور العاملين في مجال الرعاية الصحية. وهذا يعني أنه لا يتم انفاق سوى جزء ضئيل من إجمالي الميزانية على صيانة رأس المال المادي والبشري وعلى الاسهام بالمواد المستهلكة، بما في ذلك المواد الصيدلانية. وبعد الحفاظ على التوازن بين الاستثمارات والنفقات الأخرى أمراً أشد أهمية في البلدان المنخفضة الدخل حيث يكون هامش الخطأ محدوداً للغاية. بيد أنه لا يتوافر، بوجه عام، سوى النزر اليسير من المعلومات عن الاستثمارات الصحية في هذه البلدان حتى فيما يتعلق بالقطاع العام. أما فيما يتعلق بالقطاع الخاص فلا تتضمن تقديرات الميزانيات الصحية الوطنية في كثير من الأحيان أية بيانات أو أنها تتوقع، على مدى سنوات عدة تسجيل معدلات استثمارية مرتفعة بشكل لا يمكن تصديقه بالنسبة لإجمالي النفقات. وإذا كان لا يعرف مقدار ما يستثمر ولا تعرف أنواع الاسهامات فإنه يكاد يكون من المستحيل ربط القرارات المتعلقة برأس المال بالتكاليف المتجددة أو ضمان عدم تبديد رأس المال أو استنزاف الأموال اللازمة للاسهامات الأخرى.

والبيانات المتعلقة بحجم الاستثمارات السنوية المخصصة في التعليم والتدريب نادرة. وتتضمن هذه التكاليف الخاصة بالاستثمار تكاليف كليات الطب ومعاهد التمريض والتدريب أثناء الخدمة بجميع أشكاله والبحوث السريرية. وتتدخل أطراف عديدة في هذا الشأن، وفي كثير من الأحيان لا تخضع الاستثمارات لسيطرة وزارة واحدة ولا تستهدى بغاية مشتركة. وهناك من الأسباب ما يدعو إلى الاعتقاد أن مبالغ الاستثمارات في رأس المال تفوق بكثير مبالغ الاستثمارات الموظفة في رأس المال المادي، على الأقل في البلدان المرتفعة الدخل. وزيادة الاستثمار في رأس المال البشري، كما هو الشأن بالنسبة لرأس المال المادي، لا تتم عادة إلا ببطء. فيمكن أن يستغرق تدريب الأخصائي، على سبيل المثال، ١٠ سنوات أو أكثر، في الدراسة في كليات الطب والتدريب أثناء الخدمة. وللاستثمارات الجديدة في رأس المال البشري آثار آجلة أيضاً تشبه آثار الاستثمارات في رأس المال المادي. فتكوين ملاك وظيفي من العاملين الصحيين الذين لديهم مهارات جديدة، على سبيل المثال، يتطلب استثماراً طويلاً الأجل في مناهج دراسية جديدة للتعليم الأساسي والتدريب المستمر، والتزاماً طويلاً الأجل بدفع رواتب هؤلاء العاملين.

الموارد البشرية هي حجر الزاوية

تشكل الموارد البشرية، أي مختلف أنواع العاملين السريريين وغيرهم، الذين يستطيعون أداء تدخلات فردية أو تدخلات في مجال الصحة العمومية، أهم مدخلات النظام الصحي. ويعتمد أداء نظم الرعاية الصحية في نهاية المطاف، على معارف المسؤولين عن تقديم الخدمات وعلى ما يتحلون به من مؤهلات وعلى الحوافز التي تقدم لهم.

وبالإضافة إلى ذلك تحتل الموارد البشرية عادة أهم باب من أبواب ميزانية النفقات المتجددة الخاصة بالصحة. وفي العديد من البلدان تشكل تكاليف الأجور ثلثي إجمالي النفقات المتجددة أو ما يزيد. ورغم ذلك فإن العاملين لا يستطيعون تقديم الخدمات بكفاءة دون وجود رأس مال مادي — كالمستشفيات والمعدات — وبدون المواد المستهلكة، مثل الأدوية، التي لها دور هام في

زيادة انتاجية الموارد البشرية. وينبغي اقامة توازن لا بين رأس المال الاجمالي الخاص بالصحة والأنشطة المتجددة فحسب وانما أيضا بين فئات الاسهامات الثلاث الواردة في الشكل ٤-١.

ما هي البدائل العلاجية التي ينبغي استخدامها في علاج مرض معين أو حالة مرضية معينة؟ وهل يتعين تقديم الخدمات في المستشفى أو في منشآت الرعاية الصحية الأولية؟ وما هو مستوى المهارات والمعارف اللازم لتقديم مجموعة الخدمات هذه؟ هناك قاسم مشترك بين هذه الأسئلة كلها: فهي تتعلق بمدى المرونة في تقديم الخدمات الصحية، أي امكانية الاستعاضة عن نوع من المدخلات بنوع آخر أو الاستعاضة عن شكل من أشكال الرعاية بشكل آخر مع المحافظة دائما على مستوى ثابت وعلى جودة النتائج. ومن وجهة النظر الاجتماعية ينبغي تشجيع عمليات الاستعاضة المرغوبة هذه لتحقيق مردودية الخدمات المقدمة. ولتوفير مجموعة متوازنة من مختلف المدخلات لا بد من تحديد الاحتياجات الصحية والأولويات الاجتماعية وتطلعات الناس.

وتعد النظم الصحية مستهلكا كبيرا للقوى العاملة وتتطلب عاملين مؤهلين من ذوي الخبرة لكي تعمل جيدا. وبالإضافة الى التوازن بين العاملين الصحيين والموارد المادية لا بد أيضا من وجود توازن بين مختلف أنواع القائمين على النهوض بالصحة ومقدمي خدمات الرعاية. وتعيين الأطباء لأداء أبسط المهام ليس سوى تبديد واضح للموارد. ويقدر ما تزيد اسهامات صحية معينة بقدر ما تنزع القيمة المضافة لكل وحدة اضافية من هذه الاسهامات الى الانخفاض (٣). ففي حالة وجود عدد قليل للغاية من الأطباء، على سبيل المثال، يكون لوصول طبيب جديد أثر ايجابي في خدمات الرعاية الصحية، ولكن اذا كان عدد الأطباء كبيرا بالفعل فان اضافة طبيب آخر ستؤدي، على الأرجح، الى زيادة التكاليف بدلا من تحسين خدمات الرعاية. ويرد في الاطار ٤-١ ملخص بعض الطرق الخاصة باصلاح الاختلالات بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية.

وقد يمتلك النظام الصحي وفرة من العاملين من ذوي المعارف والمهارات الممتازة الا أن ذلك لا يعفيه من احتمال التعرض للأزمات اذا لم تؤخذ الاحتياجات الصحية المستقبلية في الحسبان هي والأولويات والموارد المتاحة. فعلى سبيل المثال عندما يكون أداء التعليم الأساسي والتدريب لشباب الأطباء والمرضات رديئا أو عندما لا يكون لدى كبار العاملين ما يكفي من الوقت أو

الاطار ٤-١ المعاوضة بين الموارد البشرية

يواجه عدد كبير من البلدان نقصا عاما في الأطباء. أما البلدان الأخرى التي تتبع استراتيجية طويلة الأجل بخصوص توجيه الموارد الى الرعاية الصحية الأولية فتجد أن لديها عددا كبيرا للغاية من الأخصائيين وعددا ضئيلا للغاية من الممارسين العامين. وتعالج بلدان عديدة هذه المشاكل عن طريق المعاوضة بين مختلف مقدمي خدمات الرعاية الصحية.	اعادة توجيه الأطباء الأخصائيين. اذا كان فرض القيود على قبول الطلاب في برامج التدريب التخصصي وتغيير برامج تدريب الأطباء المقيمين يشكلان استراتيجية طويلة الأجل لتحقيق التوازن في التوزيع المهني للأطباء، فان اعادة توجيه الأخصائيين الى ممارسة طب الأسرة يشكل استراتيجية قصيرة الأمد للمعاوضة، تتعب على	سبيل المثال في وسط أوروبا وشرقيها.	والصيدلانيين يقص الأطباء في بعض الأماكن.
معاوضة المهنيين الصحيين الآخرين. قد تبلغ تكلفة تدريب الطبيب ثلاثة أمثال تكلفة تدريب الممرضة ^١ ونتيجة لذلك يمكن أن يكون تدريب مزيد من الممرضات، والمهنيين الصحيين الآخرين، تعويضا ذا مردودية عن الأطباء. ففي بوتسوانا عوض تدريب مزيد من الممرضات والممارسين	الأخذ بملاك وظيفي جديد. قد يتطلب ضمان زيادة التناسب بين المهارات والوظائف ايجاد ملاك وظيفي جديد. ففي نيبال أتاح برنامج تعليمي تدريب المساعدين الصحيين وغيرهم من العاملين الصحيين في المناطق الريفية على شغل وظائف مهنية أعلى ^٢ .		

^١ World development report 1993 – Investing in health. New York, Oxford University Press for The World Bank, 1993.

^٢ Egger D, Lipson D, Adams O. *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery. Discussion paper No.2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).

^٣ Hicks V, Adams O. *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery. Discussion paper No.5, document WHO/EIP/OSD/2000.8 (in press).

الموارد لتحديث معارفهم ومهاراتهم يمكن توقع حدوث قصور في المستقبل. وبالمثل فإن سوء توزيع العاملين في نظام صحي ما من حيث أعمارهم يمثل مشكلة حقيقية عند إحالتهم على التقاعد. فنظام الرعاية الصحية يجب اذن أن يتحقق فيه التوازن في استثماراته الخاصة برأس المال البشري لتغطية الاحتياجات المستقبلية والطلبات الحالية ذلك أن بعض أشد المشاكل الخاصة بالاسهامات أهمية وتعقيدا يتعلق بالموارد البشرية (انظر الاطار ٤-٢).

وما لم تتوافر منشآت ومعدات تشخيص وأدوية جيدة فلا جدوى من ارتفاع مستوى المعارف والمهارات والموظفين. وسيظل تقديم الخدمات على رداءته. كما أن لعدم وجود مدخلات تكميلية تأثيرا سلبيا على حوافز العاملين وهو عامل يؤثر في قدرة الموارد البشرية. وعلى الرغم من ذلك فإن هذه الحوافز لا تعتمد فحسب على ظروف العمل. فالحوافز والمكافآت المالية، أي الدخل والميزات الأخرى، لها أهميتها في هذا الصدد مثلها في ذلك مثل الادارة العامة للعاملين وامكانية الترقى المهني.

وكثيرا ما تطرح في أقل البلدان نموا مشاكل عدم كفاية الرواتب والميزات وسوء ظروف العمل، التي تتراوح بين العمل في مناطق النزاعات والعمل في منشآت غير ملائمة، ونقص الأدوية والمستهلكات الأساسية باعتبارها أشد المشاكل التي يواجهها العاملون في مجال الرعاية الصحية (٤). وفي بعض البلدان، مثل بنغلاديش ومصر، على سبيل المثال، تعالج أغلبية واضحة من الأطباء العاملين في القطاع العام المرضى في العيادات الخاصة لتكملة الدخل الذي يحصلون عليه من وظائفهم العادية. وفي كازاخستان تشير التقديرات الى أن «الأتعاب غير الرسمية» تضيف ٣٠٪ الى تكلفة الرعاية الصحية (٥). وتتاح في بعض البلدان للأطباء فرص العمل الخاص في مؤسسات عامة من أجل الحد من هجرة العاملين المؤهلين المستمرة من القطاع العام. وتعتبر هذه الاستراتيجية ناجحة في البحرين ولكن الخبرات المكتسبة في غانا ونيبال تظهر أن هذه الحوافز يمكن أن تؤدي الى حرمان الخدمات العامة من الموارد الشحيحة أصلا وتشجيع المهنيين على العمل المستقل لحسابهم (٦).

والانسان كمخلوق أنعم عليه بملكة التفكير يختلف كثيرا جدا عن الآلة ومن ثم لا يمكن ادارة رأس المال البشري بنفس طريقة ادارة رأس المال المادي. وأولا وقبل كل شيء فالموارد البشرية، ولا سيما الأطباء، متحد، أولا وقبل كل شيء، الاستفادة من المدخلات الأخرى المتاحة. ومن المؤكد تقريبا أن وجود عدد كبير من الأطباء يعني الافراط في عرض نوع الخدمات التي يقدمها الأطباء. وفي المناطق الحضرية في العديد من البلدان المتوسطة الدخل مثل تايلند تتلازم شدة كثافة عدد الأطباء عادة مع الاكثار من استخدام المعدات والاختبارات المعملية المكلفة وعرض مزيد من الخدمات المشكوك في قيمتها أحيانا على سكان المناطق الحضرية. أما في مصر فإن ارتفاع نسبة الأطباء - طبيبان لكل سرير مشغول - بالإضافة الى اتساع نطاق التطبيب الذاتي يفسر الارتفاع الكبير للغاية في معدل استهلاك الأدوية. وتشير التقديرات الى أن أفقر الأسر في مصر تخصص ما يزيد على ٥٪ من دخلها للأدوية فقط (٢).

وللحوافز والادارة المتعلقة بالموارد البشرية أثر غير مباشر في استخدام الموارد الأخرى أيضا. فعلى سبيل المثال توجد نظم عديدة للسداد تحفز الأطباء ومقدمي الخدمات الى حد ما على استخدام المعدات الطبية والاختبارات المعملية والأدوية. وفي بنغلاديش يحصل الأطباء على عمولة تشكل من ٣٠ الى ٤٠٪ من أتعاب المختبرات عن كل مريض يرسلونه اليها مما يوجد مصلحة في زيادة حجم هذه الخدمات (٢). أما في الصين، واليابان، فإن كثيرا من الأطباء يحصلون على جزء من دخلهم من بيع الأدوية التي يصفونها. وفي بلدان عديدة لا يزال

استعمال الأدوية التي تحمل علامات تجارية بدلا من الأدوية النوعية شائعا مما يمكن عزوه الى حد بعيد الى ما تقدمه الشركات الصيدلانية من حوافز للأطباء والصيدالاء. ومن العوامل الأخرى المسببة لاختلال التوازن فيما يتعلق بالموارد نقص المهارات اللازمة لتقييم التكنولوجيا وضبط الجودة.

وهناك اختلاف آخر بين رأس المال البشري ورأس المال المادي يمس الطريقة التي يدار بها الناس هو أن الأطباء والمرضات والعاملين الصحيين الآخرين تحوهم حوافز أخرى غير ظروف العمل الحالية والدخل والادارة. وهؤلاء العاملون يتأثرون أيضا بما يتوقعون أن تكون عليه ظروف العمل في المستقبل استنادا الى خبراتهم الماضية والآراء العرب عنها من الآخرين والاتجاهات السائدة. وإذا كان العاملون المؤهلون يعتقدون أن الرواتب والميزات وظروف العمل ستدهور في المستقبل فان قراراتهم المتعلقة بالعمل وحوافزهم ستتأثر بذلك الاعتقاد وهذا «المستقبل الذي يلقي بظله» يمكن بسهولة أن يؤدي الى زيادة تفاقم انخفاض حجم الحوافز والأداء.

وتتمثل الخطوة الأولى، للحيلولة دون حدوث هذا التطور، في اقامة توازن دائم بين مختلف أنواع الموارد وبين الاستثمارات والنفقات المتجددة. ولا شك في أن أهم دور لهذا التوازن هو ضمان وجود حوافز فردية على الاستثمار في رأس المال البشري في شكل زيادة الدخل وتحسين الفرص الوظيفية وظروف العمل. والواقع أن كثيرا من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل اتخذت من زيادة الرواتب أو الميزات استراتيجية رئيسية لتنمية الموارد البشرية وتحسين تقديم الخدمات بحيث تلبى الاحتياجات والأولويات الصحية (١٦). وفي أوغندا زادت رواتب القطاع العام بنسبة ٩٠٪ بالقيمة الاسمية بين عامي ١٩٩٠ و١٩٩٩، أي أنها تضاعفت بالقيمة الفعلية (١٨).

ولا توجد، عموما، أية حلول سهلة لمشكلة تنمية الموارد البشرية وبدون ادارة حصيفة استجابة المعروض من القوى العاملة الماهرة لمؤشرات السوق قد تستغرق سنوات بل عقودا من الزمن.

الاطار ٤-٢ المشاكل الخاصة بالموارد البشرية في تقديم الخدمات

الاختلالات العديدة. أجريت دراسة حديثة عن الموارد البشرية في ١٨ من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، شملت بلدا أو أكثر في كل اقليم من أقاليم المنظمة، بينت أن معظم البلدان تشهد درجات متفاوتة من النقص في العاملين الصحيين المؤهلين. ففي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، على وجه الخصوص، تسبب محدودية القدرة التدريبية وانخفاض رواتب العاملين الصحيين المؤهلين في حدوث مشاكل حادة في تقديم الخدمات. وفي أماكن أخرى، مثل مصر، يمثل فرط العرض مشكلة. وعموما فان النقص وفرط العرض يُحددان بالقياس الى البلدان المنتمة للاقليم نفسه والتي تشابه فيها

مستويات التنمية. وبذلك يمكن أن يكون فرط الطلب مطلقا، كما هو الشأن في حالة الأطباء الأخصائيين في كثير من بلدان شرقي أوروبا وأسيا الوسطى، أو بالقياس الى المواقع الجغرافية.

الاختلالات في تشكيلة التدريب والمهارات. كثيرا ما يكون العاملون في مجال الرعاية الصحية غير مؤهلين لأداء المهام التي يقومون بها بسبب نقص فرص التدريب، كما هي الحال في العديد من البلدان الأفريقية، أو عدم التوافق بين المهارات المتاحة واحتياجات وأولويات نظم الرعاية الصحية، كما هي الحال في شرقي أوروبا وأسيا الوسطى. بيد أن عدد الأطباء والعاملين الصحيين الآخرين

الحاصلين على نوع معين من التدريب أو التأهيل لا يعطي الصورة كاملة. ولا يعادل التدريب الرسمي ولا المجال المهني، بالضرورة، المهارة في معالجة مشاكل محددة.

الاختلالات في التوزيع. يوجد في جل البلدان بعض الاختلال في توازن مواردها البشرية بين الحضر والريف، وتواجه مشاكل في تلبية احتياجات فئات محددة، مثل الفقراء أو المعوقين أو الأقليات العرقية. ومن قبيل تحصيل الحاصل في جميع أنحاء العالم أن مقدمي الخدمات يميلون الى التركيز على المناطق الحضرية. ففي كمبوديا يعيش ٨٥٪ من السكان في المناطق الريفية، ولكن لا يعمل في هذه المناطق سوى

١٣٪ من العاملين الصحيين الحكوميين. أما في أنغولا فيعيش ٦٥٪ من السكان في المناطق الريفية ولكن يعمل ٨٥٪ من المهنيين الصحيين في المناطق الحضرية. وفي نيبال لا يُملا سوى ٢٠٪ من وظائف الأطباء في المناطق الريفية مقابل ٩٦٪ في المناطق الحضرية.

اخفاق أساليب السياسة العامة السابقة. على الرغم من التقدم المحرز في السنوات الأخيرة لوضع سياسات وخطط وطنية خاصة بالموارد البشرية الصحية فانها لم تنفذ تنفيذًا تاما في معظم البلدان. وعلاوة على هذا فان قلة قليلة جدا من البلدان هي التي ترصد وتقيم التقدم في تنفيذ السياسات وأثر هذا التنفيذ.

ومن ناحية أخرى فإن الموارد البشرية، على عكس رأس المال المادي، لا يمكن الاستغناء عنها عندما تصبح مؤهلاتها غير لازمة أو عندما يعفو عليها الزمن. بل إن تسريح العاملين الصحيين من القطاع العام يكون في أحيان كثيرة أصعب من أن يتم إلا في إطار سياسة عامة أوسع نطاقاً لإصلاح الخدمة المدنية.

وعليه فإن الحد من الهدر والتعجيل بالتعديل يتطلبان تدخل السلطات العامة لتحقيق التوازن المطلوب. ويرد أدناه ملخص لعدد من التجارب الناجحة، غير أنه لا تزال هناك مشاكل عديدة في هذا المجال (١).

مستويات الاستخدام، وتشكيله المؤهلات وتوزيعها. ينبغي، عند اتخاذ التقارير، الاستهداء بالتكاليف النسبية لمختلف فئات المؤهلات فيما يتعلق بكفاً تشكيله عندما تكون سوق العمل حرة دون قيود. وليس هناك أي معيار مطلق لتحديد النسبة الصحيحة للأطباء أو الممرضات مقابل عدد السكان لذا يتم، غالباً، تحكيم القواعد العملية. وبوجه عام يجري تقدير النقص أو فرط العرض حسب الاحتياجات والأولويات وعلى أساس المقارنة بالبلدان المجاورة أو البلدان التي بلغت مستوى مشابه من التنمية. وتتطلب هذه التقديرات توافر بيانات صحيحة عن الموارد البشرية المتاحة وعن توزيعها الجغرافي والمهني، وهي معلومات ليس لها وجود في كثير من الأحيان. وفي غينيا - بيساو تم شطب ٧٠٠ من العاملين «الصوريين» من جدول الرواتب في وزارة المالية عقب إجراء جرد للعاملين في مجال الرعاية الصحية. وأظهرت الدراسة التي أجريت بشأن العاملين الصحيين في عام ١٩٩٣ في كمبوديا أن القوى العاملة كانت موزعة توزيعاً رديئاً في هذا القطاع وكان جزء كبير منها غير مسجل وأن المؤهلات كانت متفاوتة تفاوتاً كبيراً (٢).

وهناك ثلاثة أنواع من الاستراتيجيات الخاصة بالموارد البشرية والتي أصابت بعض النجاح:

- استخدام العاملين المتاحين بشكل أكفأ من خلال تحسين التوزيع الجغرافي؛
- التوسع في استخدام العاملين ذوي المؤهلات المتعددة حسب الاقتضاء؛
- ضمان زيادة التوافق بين المهارات والوظائف.

وهذه الاستراتيجية الأخيرة تتصدى لمشكلة شائعة. فالتدريب التقليدي للعاملين الصحيين، ولا سيما العاملين من ذوي المهارات الرفيعة المستوى، نادراً ما يراعي المهام الفعلية. وفي هذا مضيقاً للجهد وتثبيطاً للهمة.

وقد سجل بعض النجاح فيما يتعلق بالخدمة اللازمة والحوافز المتعددة (الحوافز المالية والمهنية والتعليمية وغيرها) التي تستهدف من ناحية أخرى جعل المجالات التقنية أو المناطق الجغرافية غير المرغوبة أكثر جاذبية، مثلما جرى في كندا أو البلدان الإسكندنافية لنشر العاملين في المناطق الشمالية. ونجحت بلدان مثل فيجي وعمان والمملكة العربية السعودية في تعيين عاملين أجنبيين لسد ثغرات هامة كاستراتيجية مؤقتة. بيد أن هذه الاستراتيجية يمكن أن تتسبب في صعوبات وتوترات أخرى. وتتبع عمان الآن سياسة تعيين القوة العاملة الوطنية في المقام الأول لأن عدد الطلاب الذين يدرسون الطب قد زاد.

التعليم الأساسي والتدريب المستمر. من الواضح أن على القطاع العام أن يشارك بقوة في التدريب ورصد نوعية التعليم المستمر من أجل تحفيز تنمية الموارد البشرية في المجالات المستهدفة. وقد أنشئت مؤخراً في هنغاريا وجامايكا مدارس جديدة للصحة العمومية من أجل

تلبية الاحتياجات من المهنيين ذوي المهارات في مجالات علم الأوبئة والاحصاء والادارة والتعليم الصحي. وتستهدف هذه المدارس دمج التدريب النظامي والتعليم الأساسي والتدريب المستمر الذي يليه وتقديم الخدمات الفعلية. ولهذا فائدتان محتملتان؛ فهو يضمن استناد التدريب الى أساس عملي راسخ ويحمل مقدمي الخدمات على طرح أفكار جديدة وعلى التطوير. وفي البلدان التي يشكل الريفيون جزءا كبيرا من سكانها تتبع استراتيجيات عدة لتعيين العاملين في مناطق ريفية. ومن الأمثلة على ذلك تعيين طلبة الطب المتتمين الى مناطق ريفية والتدريب في المواقع التي سيمارس فيها الأطباء عملهم فيما بعد.

ومن المشاكل ذات الصلة بهذا الموضوع هجرة العاملين المديرين من البلدان المنخفضة الدخل الى البلدان الغنية أو انصرافهم عن القطاع العام الى القطاع الخاص داخل البلد نفسه. فكثيرا ما يهاجر أفضل المتدربين حيث تغريهم المستويات الأعلى للعمل والحياة في الخارج. وهكذا فقد هاجر العديد من الممرضات من جامايكا الى الولايات المتحدة الأمريكية. كما يهاجر الأطباء من مصر والهند وغيرهما الى بلدان أخرى في الشرق الأوسط والولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا. وتمثل قلة الرواتب والمميزات أخطر مشكلة تواجه القوى العاملة الصحية بالقطاع العام في بلدان عديدة والتي تؤدي الى اتساع نطاق ممارستهم العمل الخاص بصورة رسمية أو غير رسمية. وعقود العمل التي تستلزم قضاء عدد معين من السنوات في القطاع العام، وخاصة عندما يكون التدريب برعاية من الدولة، تطبق في الفلبين وجمهورية تنزانيا المتحدة وتنتشر في أمريكا اللاتينية ولكن تطبيقها يصادف مصاعب. وهي تتعلق عموما بصغار الموظفين، وتكون التعيينات قصيرة المدة ولا تغطي بشعبية، والاشراف لا يكفي الا فيما ندر، ويظل الاختلال الجغرافي العام على حاله دون تغيير تقريبا. وتزيد العولمة من تنقل العاملين وفرص التدريب في الخارج كما قد يعنّ للطلاب الذين يحصلون على شهاداتهم في بلد آخر البقاء في ذلك البلد.

كيف يتم التكيف مع تطور المعارف والتكنولوجيا؟

يمكن أن يؤدي تنامي المعارف المتاحة أو التقدم التكنولوجي، كالكشف الأدوية أو معدات التشخيص الجديدة، الى زيادة كبيرة في قدرة الموارد البشرية على حل المشاكل الصحية مما يفضي الى تحسين أداء نظم الرعاية الصحية. كما أن المعارف الجديدة تشكل تحديا لتوازن المدخلات القائم في كل بلد من البلدان لأنها بتغيير الأهمية النسبية للتكاليف تحتم تغيير مختلف التشكيلات (٩). وخلال العقود الأخيرة أدت الطفرات التي حدثت في الطب والتكنولوجيا الى إعادة رسم الحدود بين المستشفيات وخدمات الرعاية الصحية الأولية والرعاية المجتمعية (١٠). وقد انطلقت عملية إعادة توزيع موارد النظم الصحية التي فرضها هذا التطور على نحو أكثر بطئا.

وتقوم المضادات الحيوية مثلا على المكتشفات العلمية التي تؤثر في هيكل التكاليف. فمنذ ظهور المضادات الحيوية في الأربعينات من هذا القرن أصبح الاعتناء بالمرضى المصابين بعدوى جرثومية يتم في منازلهم أو عيادات المرضى الخارجيين أكثر مما يتم في مستشفيات متخصصة مما قلل بصورة كبيرة من التكاليف وحقق نتائج أفضل بكثير. وقد قوض تنامي الموجة الجديدة من التطبيب الذاتي غير الخاضع للاشراف، بالإضافة الى تزايد الاصابة بالجراثيم المقاومة للعقاقير، بعضا من هذه المكاسب. وهناك حاجة الآن الى قوامة فعالة من أجل تحسين نوعية التشخيص ومراقبة وصف الأدوية والالتزام بالجرعات الطبية. وقد غيرت اللقاحات بصورة مماثلة الاستراتيجية المتبعة والتكاليف فيما يخص مكافحة الأمراض الوبائية مثل الحصبة وشلل

الأطفال، وسيحتم ظهور لقاحات جديدة إعادة التفكير في الاستراتيجيات الصحية الوطنية لضمان وجود شتى العناصر الفعالة.

ويتعين على جميع البلدان الغنية والفقيرة على السواء إقامة توازن معقول بين المدخلات والمحافظة عليه. ولكن الاختيارات التي ينطوي عليها التوصل الى هذا التوازن تتفاوت حسب قيمة الموارد الاجمالية المتاحة. ففي البلدان الفقيرة تكون فرص الاستثمار في تكنولوجيات طبية حديثة أو شراء أدوية حديثة محدودة للغاية. وبالنسبة للبلد الفقير فان التحول عن استعمال الأدوية الأساسية الى استعمال أدوية جديدة ومكلفة لعلاج الأمراض القلبية الوعائية يعني ضياع فرص هائلة فيما يتعلق بالنتائج الصحية. ولهذا التفاوت في الفرص بين البلدان أثر أيضا في التوازن الأمثل للموارد (انظر الاطار ٤-٣).

وأسعار بعض المدخلات تتحدد محليا بينما تتحدد أسعار مدخلات أخرى حسب قوانين الأسواق الدولية. وفي معظم البلدان تتحدد أسعار الموارد البشرية (رواتب الأطباء والمرضات وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية) على المستوى الوطني، وبهذا يكون المستوى العام للدخل في كل بلد أو منطقة من العوامل المحددة الهامة في هذا الصدد. ومن ناحية أخرى فان أسعار بنود مثل الأدوية والمعدات الطبية المسجلة ببراءة اختراع تتحدد في الأسواق العالمية. وعلى الرغم من أن الاختلافات في الدخل بين البلدان يمكن أن تدفع منتجي وموزعي الأدوية والمعدات الى تكييف أسعارهم بعض الشيء فان قدرة القائمين على النظم الصحية في كل بلد على حدة على التأثير في هذه الأسعار أقل كثيرا من قدرتهم على التأثير في أسعار الموارد البشرية. ومن الضروري توافر قوامة دولية لتمثيل مصالح المستهلكين من البلدان المنخفضة الدخل والتي تشكل فيها الأمراض المعدية والطفيلية عبئا مرضيا ثقيلا. وهذا النوع من القوامة، الذي تقوده وكالات مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي سيكتسي أهمية مع استمرار العولمة الاقتصادية وتنفيذ اتفاقات التجارة الحرة.

دور القطاعين العام والخاص في انتاج الموارد

بغض النظر عن الموارد من العاملين المهرة فان معظم الاسهامات المستخدمة لتقديم الخدمات الصحية تنتج في القطاع الخاص وتُمارس درجات متفاوتة من القوامة العمومية على مستوى الانتاج وتشكيلته وعلى التوزيع والجودة. فعلى سبيل المثال تنتج الأسواق المحلية بنجاح القسط الأكبر من المستهلكات والعمالة غير الماهرة. وتدخّل الحكومة أمر ضروري، أساسا، من أجل ضمان الوفاء بمعايير الجودة والسلامة وتوفير المعلومات التي يمكن الركون اليها عن المنتجات وإيجاد بيئة مواتية للمنافسة.

وتواجه مدخلات أخرى مثل المنتجات الصيدلانية والمعدات الطبية التخصصية، عقبات مختلفة تعترض دخولها الى السوق وتتخذ شكل شروط البراءات والتراخيص، ومعايير الصنع، وتكاليف الاستثمارات الأولية المرتفعة، والبحوث المكلفة، وطول عملية التطوير. وهذا يعطي منتجي الأدوات القدرة على الاستغلال عن طريق التلاعب بالأسعار والطلب. ولهذا من الضروري اتخاذ تدابير صارمة تتعلق بالسياسة العامة مثل وضع التشريعات لمكافحة الاحتكار، وفرض قيود على دساتير الأدوية واتباع سياسات صيدلانية تيسر انتاج الأدوية النوعية، والشراء بالجملة، والتقييم التكنولوجي الرسمي (١١-١٣). وبالإضافة الى هذا فانه بشراء الأدوية والتقنيات الطبية في السوق الدولية للبلدان أن تضمن استمرار قدرة المنتجين الوطنيين على المنافسة (١٤-١٥).

وعندما تدعم الدولة انتاج المستهلكات والمنتجات الصيدلانية. والمعدات الطبية فان ذلك يؤدي الى تدهور الجودة ونقص الابتكار وتقادم التكنولوجيا وعدم كفاءة وسائل الانتاج والتأخر في التوزيع. وأشد الأمثلة لفتا للنظر في هذا الصدد حدث في الاتحاد السوفيتي السابق. وفي معظم البلدان التي احتذت هذا النموذج سرعان ما تراجعت الانتاجية وتأخرت تقنيات الانتاج. ورأى كثير من الشركات الغربية التي دخلت سوق المعدات الصيدلانية والطبية في وسط أوروبا وشرقها في بداية التسعينيات أن اقامة مصانع جديدة أقل تكلفة وأسهل من تحويل وتحديث المصانع القديمة (١٦-١٨).

ولا بد للحكومات من ايلاء المزيد من العناية للقرارات الخاصة برأس المال المادي، مثل المستشفيات وغيرها من المنشآت الكبيرة. وفي كثير من الأحيان تكون للعيادات المتنقلة والمختبرات والصيدليات والمستشفيات الصغيرة، وغيرها من المنشآت السريرية الصغيرة، احتياجات رأسمالية صغيرة؛ وقد يكون مقدمو الخدمات من القطاع الخاص قادرين على تمويل هذه الاحتياجات بأنفسهم أو من خلال قروض شخصية صغيرة بالتوازي مع الاستثمارات العمومية. أما في حالة المستشفيات الكبيرة فان معظم البلدان اعتمدت في الماضي الى حد كبير على الاستثمارات العمومية. وللقرارات الخاصة بالاستثمار في هذا المجال نتائج قد تدوم لمدة ٣٠-٤٠ سنة أو يزيد. فإغلاق المستشفيات، بعد انشائها، يصبح أمراً عسيراً من الناحية السياسية. بيد أن الحاجة الى اتباع سياسات عامة قوية لا تعني بالضرورة توفير رأس المال بأكمله من الخزانة العامة. وتطلب بلدان كثيرة بصورة متزايدة من القطاع الخاص أن يدعم الاستثمارات التي توظفها في نظمها الصحية حتى عندما تكون المنشآت الممولة بهذه الطريقة لا تستهدف الربح وحتى عندما تتولى الدولة تمويل تكاليف التشغيل (١٩). ويبين الفصل ٦ بعض مخاطر الاستثمار في انشاء مشاريع مشتركة والمهارات المختلفة اللازمة للاضطلاع بأعباء القوامة على ما يرام. وينطبق الشيء ذاته على تدريب العاملين المتخصصين وتوليد المعارف. وهناك حاجة الى مشاركة قوية من القطاع العام في وضع جدول أعمال السياسات العامة وضمان التنظيم الملائم،

الاطار ٤-٣ هل تتسع الفجوة في استخدام التكنولوجيا؟

شهدت العقود الماضية استنباط عدد كبير من التكنولوجيات الطبية القيمة والطرائق السريرية الابتكارية، كما يجري استنباط المزيد منها. ولسوء الحظ أن الامكانيات الجديدة غير متاحة للجميع بسبب نقص الدخل المتاح في بعض البلدان. فالأمراض التي يعالجها الموظفون المهنيون علاجاً ناجحاً في البلدان الغنية باستخدام التكنولوجيا الحديثة تعالج في البلدان الأقل نمواً من قبل موظفين تعوزهم المهارة أو تعالج على نحو غير رسمي في المنازل. وعلاوة على ذلك فان بعضاً من هذه	الأمراض أشد انتشاراً في أفقر البلدان. وهناك الآن أدوية للعلاج من فيروس العوز المناعي البشري يمكن بها، بتكلفة باهظة، تأخير استمرار تطور المرض على الأقل. ولكن أنماط العلاج والاسهامات بالموارد فيما يتعلق بهذا المرض تسلك الآن مسارات مختلفة باختلاف البلدان. ففي البلدان الفقيرة لا يزال هذا المرض أمراً ليس له بدائل علاجية. ويتلقى المرضى الرعاية بصفة أساسية غير نظامية في المنازل أو في مؤسسات أغلبية من يعملون بها من غير المهرة. وقد زادت جنوب	أفريقيا من كميات الأدوية المتاحة لعلاج فيروس العوز المناعي البشري عن طريق الزام شركات التأمين بتغطية تكاليف هذه الأدوية بالنسبة للمرضى لمخططات التأمين. ويمكن الوقاية من انتقال الملاريا عن طريق رش المنازل واستعمال الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية والوقاية باستعمال الكلوروكين، وما الى ذلك؛ ولكن هذه التدابير ليست متوفرة دائماً لمن هم في أشد الحاجة إليها. وهناك عدة مشروعات مختلفة تنفذ لاستنباط لقاح مضاد للملاريا ^١ . وستتيح حدوث طفرة في هذا البحث
فرصة هائلة لتحسين نوعية الحياة وتوفي الوفاة. كما أن حدوث طفرة تكنولوجية من هذا القبيل سيتطلب تشكيلة جديدة من الموارد لن تتوفر الا للبلدان التي تستطيع تحمّل تكاليف اللقاح الجديد.	أما فيما يتعلق بالسر، فان حدوث مقاومة الجراثيم لأدوية الخط الأمامي أخذة في التزايد. وبشكل ذلك هاجسا رئيسياً، في الاتحاد الروسي، على سبيل المثال. ولا يزال نقص العلاج الطبي الناجع وازدحام المستشفيات في طرق معالجة هذه المشكلة الى بدأت تستفحل ^٢ .	

^١ التقرير الخاص بالصحة في العالم، ١٩٩٩ - تغيير الأوضاع. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩.

^٢ Global tuberculosis control: WHO report 2000. Geneva, World Health Organization 2000 (document WHO/CDS/TB/2000.275).

غير أن بالامكان استنهاض القطاع الخاص من أجل دعم الاستثمارات في أنشطة التدريب والبحوث على السواء.

وتشكل المعارف العالمية الجديدة التي أتاحتها البحث والتطوير القوة الغالبة التي تدعم الثورة التي حدثت في القرن العشرين في مجال الخدمات الصحية. ويردد الفصل ١ الحجج الواردة في التقرير الخاص بالصحة في العالم، ١٩٩٩، بأن على النظم الصحية القائمة اليوم مسؤولية واضحة عن تقديم المعارف اللازمة للنظم الصحية في المستقبل (٢٠). وللاستثمار في المعارف التي يمكن أن يستخدمها الجميع ميزة خاصة (انظر الاطار ٤-٤). وعلى الرغم من أن معظم أعمال البحث والتطوير تمول، وينبغي أن تمول، عن طريق رأس المال الخاص فلا بد من مشاركة القطاع العام في دعم هذه المحاولات وتوجيهها نحو أشد المناطق احتياجا. غير أنه كثيرا ما تفشل المحاولات الرامية الى ادارة ديناميات البحث والتطوير بصورة مباشرة من القمة. وتشير الخبرات المكتسبة الى أن اتباع أساليب غير مباشرة وتزويد دوائر البحوث بالحوافز الملائمة أمر أكثر فعالية. ومرة أخرى يمكن للقوامة الابداعية أن تحدث تغييرا هاما في الأوضاع على الصعيد الدولي.

الاطار ٤-٤ التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع

معظمها في أفريقيا) الى ابداء اهتمامها بالتعاون مع التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع في هذه الحملة. وقد قدم بالفعل نحو ٥٠ بلدا من جميع أقاليم المنظمة تفاصيل عن أنشطتها واحتياجاتها في مجال التمنيع. وستستخدم الموارد التي يوفرها الصندوق، في المقام الأول، في شراء اللقاحات الخاصة بالتهاب الكبد البائي والمستدمية النزلية من النوع بء والحمى الصفراء وأدوات الحقن الآمنة.

ومن المقدر أن يتعاون الشركاء في التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع على المستوى القطري مع الحكومات الوطنية بغية المساعدة في تضييق الفجوات المحددة في المقترحات القطرية غير تلك المقترحات القطرية المتعلقة بصورة مباشرة بتقديم اللقاحات. وتحديد مزيد من المسؤولية عن تقديم المعلومات اللازمة والالتزامات الضرورية من جانب البلدان أنفسهم يأمل الشركاء في التحالف بأن تستند الجهود الناتجة الى الاعترافات القطرية بصورة أكبر، ومن ثم تكون مضمونة الاستثمار.

والتمنيع مبلغا اضافيا قدره ٣٥٢ مليون دولار أمريكي.

وفي الاجتماع الثاني لمجلس التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، والذي عقد أثناء المنتدى الاقتصادي العالمي في دافوس في شباط/ فبراير ٢٠٠٠. ناقش الشركاء في هذا التحالف السياسات الخاصة ببلوغ هدف تحقيق تغطية تمنيعية قدرها ٨٠٪، وأعلنوا عن انشاء صندوق قيمته عدة ملايين من الدولارات الأمريكية من أجل لقاحات الأطفال. وتعمل الحكومات ودوائر الأعمال والجمعيات الخيرية من القطاع الخاص والمنظمات الدولية جنبا الى جنب من أجل تدبير هذه الموارد بهدف توفير التغطية التمنيعية للأطفال في جميع البلدان في اطار الحملة التي يطلق عليها «التحدي الخاص بالأطفال» ويذهب أعضاء هذا التحالف الى أن حماية الأطفال في العالم من الأمراض التي يمكن الوقاية منها ليست واجبا أخلاقيا فحسب ولكنها ركيزة أساسية في مجتمع عالمي صحي ومستقر.

وقد دعيت جميع البلدان التي يقل دخل الفرد فيها من الناتج القومي الاجمالي عن ١٠٠٠ دولار أمريكي (٧٤ بلدا على نطاق العالم

ويسعى التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع الى تضييق الفجوة الثمانية فيما يتعلق بتوافر اللقاحات بين البلدان الصناعية والبلدان النامية. وبالإضافة الى اللقاحات الستة الأساسية التي يشملها البرنامج الموسع للتمنيع (ضد شلل الأطفال والخناق والشاهوق والتيتانوس والحصبة والسل) تستخدم الآن على نطاق واسع في البلدان الصناعية للقاحات أحدث مثل لقاحات التهاب الكبد البائي والمستدمية النزلية من نوع «باء» والحمى الصفراء. ومن الأولويات الكبرى في هذا الصدد هي أن تحقق جميع البلدان تغطية تمنيعية بنسبة ٨٠٪ على الأقل بحلول عام ٢٠٠٥. وبالإستناد الى الفرضيات الحالية الخاصة بتكاليف توفير اللقاحات تشير التقديرات الى أن من الضروري تقديم مبلغ اضافي قدره ٢٢٦ مليون دولار أمريكي سنويا من أجل بلوغ هذا المستوى من التغطية في أفقر البلدان باللقاحات التي يشملها البرنامج الموسع للتمنيع، من أجل تغطية عدد الأطفال ذاته باللقاحات الأحدث والتي ستطلب طبقا للمبادئ التوجيهية المعتمدة في أول اجتماع لمجلس التحالف العالمي من أجل اللقاحات

في كل عام يقلى ثلاثة ملايين طفل حتفهم نتيجة الإصابة بأمراض يمكن الوقاية منها باستعمال اللقاحات المتاحة حاليا، ومع هذا فإن نحو ٣٠ مليون من اجمالي عدد الأطفال الذين يولدون كل يوم والبالغ ١٣٠ مليون طفل لا يحصلون على لقاحات من أي نوع. والأغلبية العظمى من الأطفال الذين لا تصل اليهم اللقاحات، أي ٢٥ مليون طفل، تعيش في بلدان يقل فيها نصيب الفرد من الناتج القومي الاجمالي عن ١٠٠٠ دولار أمريكي.

والتحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع هو تحالف يجمع مصالح القطاعين العام والخاص وقد تأسس في عام ١٩٩٩ لضمان توفير الحماية لكل طفل من الإصابة بالأمراض التي يمكن الوقاية منها باستعمال اللقاحات. ويشمل الشركاء في هذا التحالف الحكومات الوطنية وبرنامج لقاحات الأطفال التابع لمؤسسة بيل وميليندا غيس والائحاد الدولي لجمعيات منسجي المستحضرات الصيدلانية والمؤسسات الصحية البحثية والتقنية، ومؤسسة روكفلر واليونيسيف ومجموعة البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية.

آثار الاستثمارات السابقة

تركزت الاستثمارات السابقة في أفقر بلدان العالم على تكوين البنية الأساسية المادية. وقد قام على دعم هذه البرامج، في أغلب الأحيان، وكالات مانحة متعددة الأطراف وثنائية؛ على أمل أن تؤدي إلى تحسين الأداء وأن تصبح البلدان ذاتها قادرة على جمع ما يكفي من الأموال العامة لتغطية النفقات المتجددة (٢١). والواقع أن الموارد اللازمة لصيانة وتشغيل رأس المال المادي ورأس المال البشري كانت غير كافية في أغلب الأحوال. ولم تكن المنشآت الصحية قادرة على العمل بصورة جيدة بسبب سوء الصيانة ونقص الأدوية والامدادات الأساسية. وكثيرا ما تكون المركبات غير قادرة على الحركة بسبب عدم توافر الإصلاح والصيانة. ففي غانا، على سبيل المثال، أُبلغ في وقت ما من عام ١٩٩٢ أن ٧٠٪ من المركبات الخاصة بوزارة الصحة غير قادرة على الحركة إلى أن يتم إصلاحها في ورش الحكومة. وقد أفضت إعادة تنظيم ترتيبات الصيانة والإصلاح والممارسات الخاصة بالميزانية إلى حدوث تحسن سريع؛ بيد أن تجربة غانا في الآونة الأخيرة لها نظيراتها في أماكن كثيرة. فحتى في الأماكن التي تتحرك فيها المركبات يعتبر الوقود موردا شحيحا في أغلب الأحيان. وتلك بعض الأمثلة فحسب على الاختلالات التي يفرضها جميعها إلى تدهور الأداء وقصر عمر البنية الأساسية المادية وانخفاض معنويات العاملين. وفيما يتعلق برأس المال المادي فإن الوضع لا يمكن عكسه غالبا. ذلك أن تكاليف التجديد أعلى من تكلفة البناء من جديد.

ومن الأسباب الكامنة وراء اختلال توازن المدخلات نقص المهارات الضرورية ورداءة نظم المعلومات الخاصة بالتكاليف وصرامة نظم الميزنة وتجزئة المهام، مثل الفصل بين المسؤولية عن الاستثمار وبين ميزانيات التشغيل. وما لم تتوافر معلومات عن المقادير اللازمة يصبح من العسير تقدير مستويات معقولة لميزانية المدخلات، مثل المستهلكات ووقود النقل. وإذا كان مقدمو الخدمات عندئذ مسؤولين عن تنفيذ اعتمادات الميزانية هذه فستنشأ عوائق جديدة تعرقل تقديم الخدمات الصحية بفعالية. وغالبا ما يتلزم نقص الاسهامات الانتاجية الأساسية مع الاعتمادات المالية غير المستخدمة في الميزانية الصحية المجزأة تجزئة مفرطة.

ويبحث الفصل ٦ التطورات الحديثة الطارئة على الشراكات الرسمية، مثل الأساليب القطاعية، بين الحكومات ومجموعات المانحين. أما على صعيد الاستثمارات الرأسمالية فإن بإمكان المانحين أن يفعلوا ما هو أفضل بكثير. فالمؤسسات الخارجية تسهم في اختلال تشكيلات المدخلات بالتركيز على الاستثمارات البالغة الوضوح دون إيلاء الاهتمام الكافي لتوافقها مع الاستثمارات الأخرى (فيما يتعلق بقطع الغيار على سبيل المثال) أو النفقات المتجددة. ومن النادر أن يكون النجاح السياسي في الاستثمار في النظم الصحية عنوانا على الاستدامة وضمان الاستمرار. وكثيرا ما توجد حوافز في البلدان الأقل نموا تدفع صانعي القرارات إلى قبول الدعم الذي يقدمه المانحون بغض النظر عن العواقب الطويلة الأجل المترتبة على ذلك في التوازن بين الموارد الموجودة أو بين الاستثمارات والنفقات المتجددة. فقد قبلت سري لانكا، على سبيل المثال، مساهمة قدمتها إحدى الجهات المانحة ببناء مستشفى بسعة ألف سرير؛ ولاستعمال هذه الأسرة اقتضى الأمر استخدام الموارد اللازمة لأنشطة أخرى كثيرة. وقد أفضى الطابع التنافسي الذي تتسم به برامج مختلف المانحين إلى تشتت المسؤوليات وإلى قصر نظر في التفكير (٢٢).

خصائص الموارد الخاصة بالرعاية الصحية

يمكن عزو الاختلافات الكبيرة في تشكيلة الموارد المستخدمة في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل، الى حد ما، الى الاختلافات في الأسعار النسبية. فالنظام الكامل للحسابات الصحية الوطنية يوفر أتم المعلومات عن مدخلات النظم الصحية وأسعارها على النحو المبين أدناه. وفي البلدان الفقيرة تكون تكلفة الموارد البشرية غير الماهرة رخيصة نسبياً في حين ترتفع تكلفة التكنولوجيات والمنشآت الطبية والعاملين المؤهلين تأهيلاً رفيع المستوى. ونتيجة لذلك تُخصص للاستثمار في كثير من الأحيان نسبة كبيرة من اجمالي الميزانية العمومية. وبعد دفع رواتب العاملين من ميزانية النفقات المتجددة لا يتبقى سوى القليل للانفاق على المعدات والأدوية والمستهلكات وصيانة المنشآت. وهذا، دليل على أنه يوجد، ببساطة، عدد كبير للغاية من العاملين مما يعكس غالباً تدريب العاملين بما يتناسب مع المعايير السكانية أو التخطيط على أساس الاحتياج بدلاً من التدريب وفقاً للتخطيط على أساس الموارد المتاحة. واستهلاك الأدوية في البلدان المنخفضة الدخل، الذي غالباً ما يكون مرتفعاً نسبياً، يُمول الى حد بعيد تمويلاً شخصياً من المستهلكين من خلال النفقات الثرية. وفي البلدان الأكثر تقدماً يكون الانفاق على المستهلكات أكثر بكثير بالأرقام المطلقة، ولكنه يظل منخفضاً بالقيمة النسبية نظراً لارتفاع تكلفة الموارد البشرية. غير أنه توجد، حتى فيما يتعلق بالبلدان التي تتقارب مستويات إيراداتها، في بعض الأحيان، اختلافات كبيرة في خصائص الموارد المحددة لكل بلد من البلدان.

ويبين الشكل ٤-٢ خصائص الموارد في أربعة من البلدان المرتفعة الدخل وهي: الدانمرك والسويد والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية (٢٣). ومستوى المدخلات الخاص بكل بلد من البلدان، لكل مدخل من المدخلات الثمانية، يرد كنسبة مئوية من القيمة القصوى لذلك المؤشر في المجموعة: ولا تقوم الأرقام شاهدة على «أفضل أداء» بالمعنى المقصود في الفصل ٢، ولكنها ببساطة تقارن بين مستويات المدخلات.

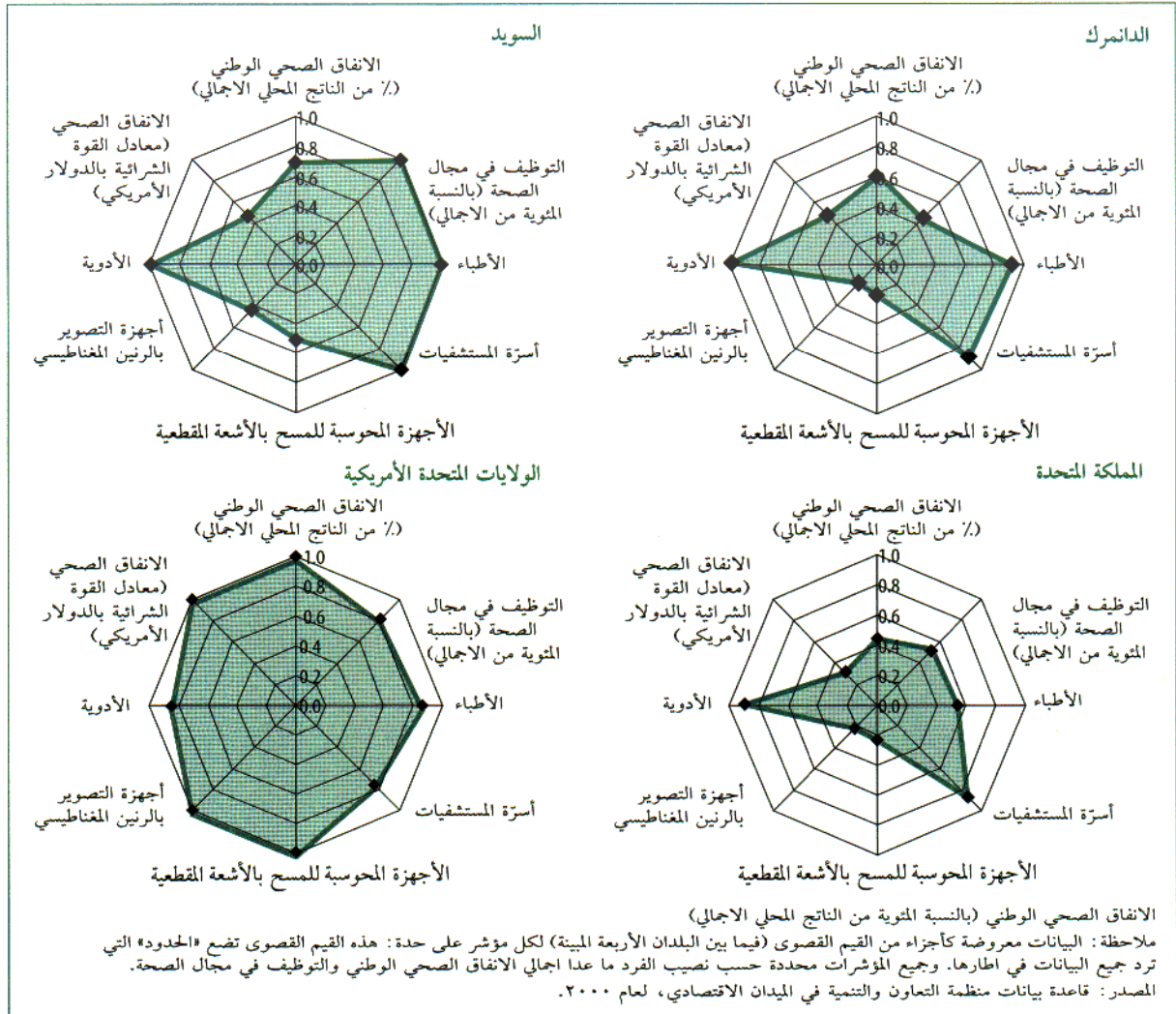
والولايات المتحدة الأمريكية تبلغ، أو تكاد تبلغ، القيم القصوى المسجلة لكل مدخل من المدخلات. ففيما يتعلق بالانفاق والتكنولوجيا تحتل الولايات المتحدة الأمريكية قمة مجموعات البلدان هذه. أما السويد فلديها أكبر رصيد من الموارد البشرية والأسرة، بينما تسجل الدانمرك أعلى انفاق على الأدوية. ولا تتعدى المملكة المتحدة حدود هذه المجموعة في كل مدخل: فمستوى الانفاق المسجل لها حسب كل فرد وحسب التكنولوجيا (التصوير بالرنين المغناطيسي، والأجهزة المحوسبة للمسح بالأشعة المقطعية) بعيد بصفة خاصة عن أقصى مستوى تم تسجيله في هذا الخصوص. أما فيما يتعلق بالأسرة والأدوية فتشبه المملكة المتحدة بقية المجموعة وتتفوق على الولايات المتحدة الأمريكية.

وهذه المقارنة البسيطة بين البلدان تُظهر اختلافات واضحة من حيث تشكيلة المدخلات. ويمكن عزو هذه الاختلافات، الى حد ما، الى ظروف المنافسة في السابق وطرق السداد في الماضي في مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية، والتي ركزت بصورة أكبر على الجودة لا على الأسعار والمردودية. كما أن للاختلافات في الأسعار النسبية دورها في هذا المضمرة. وقد كبحت الميزانية الاجمالية الى حد بعيد جراح «سباق تحديث المعدات الطبية» في السويد وفي المملكة المتحدة على وجه الخصوص. وهذا يعني أيضاً أن النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية (وبصفة أساسية من يدفعون الضرائب ومن يدفعون أقساط التأمين الصحي في الولايات المتحدة

الأمريكية) يتحمل تكلفة حصة أكبر من التكاليف الاجمالية لادخال تكنولوجيا طبية جديدة وأدوية جديدة الى الأسواق. وتُظهر البيانات الخاصة بالاتجاهات (والتي لم ترد في المخططات البيانية) أن السويد والمملكة المتحدة بصدد اللحاق فيما يتعلق بالتصوير بالرنين المغناطيسي والأجهزة المحوسبة للمسح بالأشعة المقطعية بالمستويات المسجلة في الولايات المتحدة الأمريكية. وهذا يؤيد الرأي القائل بأن النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية هو الذي يعتمد التكنولوجيا الطبية الجديدة قبل غيره من النظم الصحية. وتعتبر الأسعار النسبية لاستخدام الأطباء والمرضات في السويد منخفضة مقارنة بالولايات المتحدة الأمريكية، وتوضح تشكيلة المحددات المختلفة درجة ما من التبادلية بين الموارد البشرية والمدخلات الصحية الأخرى.

ويبين الشكل ٤-٣ تشابه خصائص الموارد في كل من مصر والمكسيك وجنوب أفريقيا وتايلند. فما تنفقه هذه البلدان الأربعة المتوسطة الدخل على جميع أنواع موارد الرعاية الصحية يقل كثيرا عما تنفقه مجموعة البلدان المرتفعة الدخل. وكما هي الحال بالنسبة لمجموعة الدول

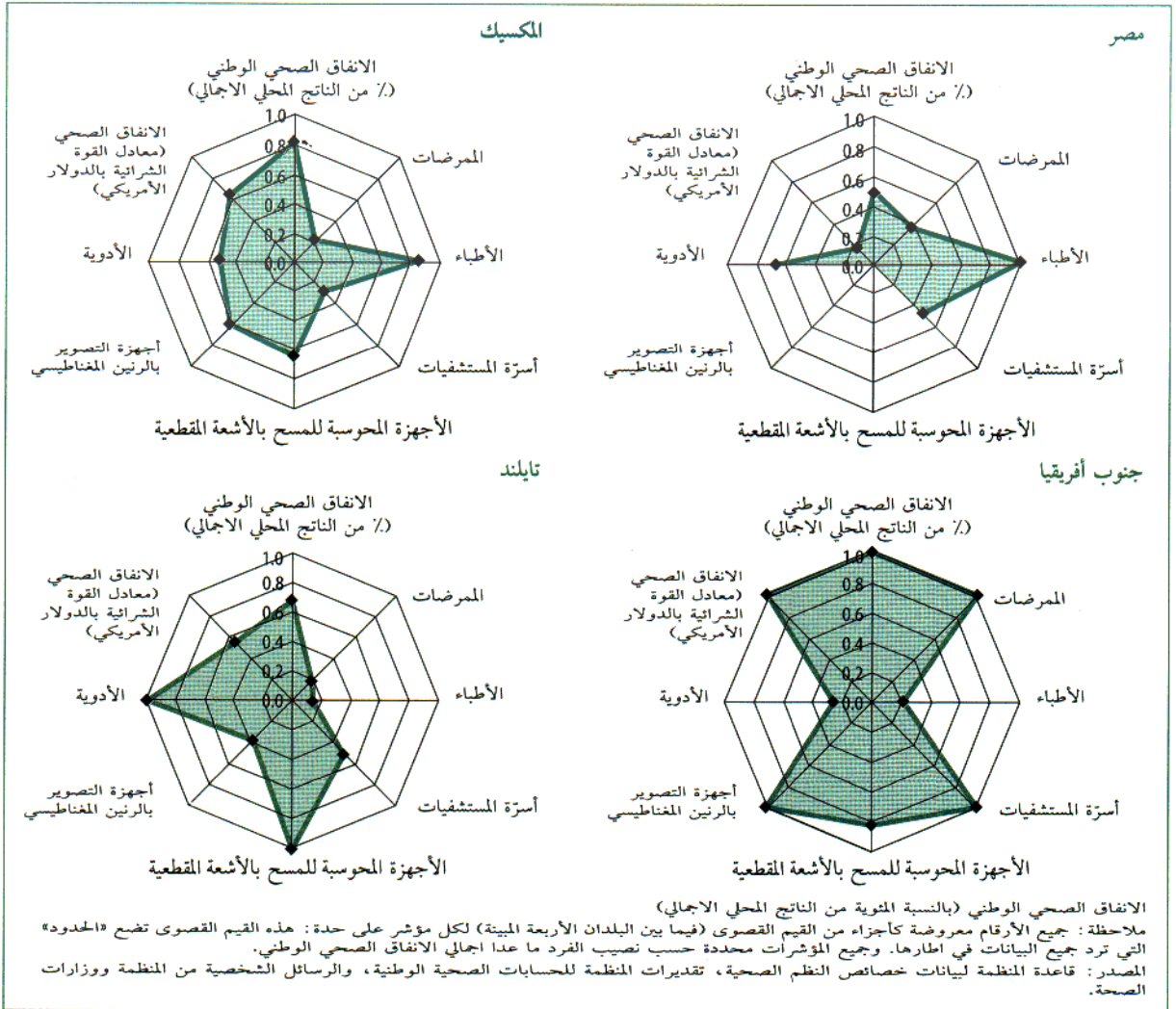
الشكل ٤-٣ تشكيلة مدخلات النظم الصحية: مقارنة بين أربعة من البلدان المرتفعة الدخل، حوالى عام ١٩٩٧



المرتفعة الدخل توجد تفاوتات هائلة في تشكيلة الموارد، وهذه الاختلافات لا يبدو أنها تعزى في المقام الأول الى الاختلافات في الدخل أو الأسعار.

وتحتل جنوب أفريقيا قمة المجموعة فيما يتعلق بالانفاق والمرضات والأسرة وأجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي، في حين أنها الأبعد عن أقصى قيمة مسجلة للأدوية والأطباء (مع تايلند). وتسجل مصر أدنى معدل للانفاق الاجمالي حسب الفرد داخل المجموعة، بينما تسجل أعلى نسبة للأطباء وثاني أعلى مستوى لاستهلاك الأدوية. وتسدّد تكاليف الأطباء والأدوية في مصر، في المقام الأول، مباشرة من جيوب المرضى. وتشير التقديرات الى أن ٨٠٪ من دخل الأطباء نابع من العمل لحسابهم الخاص، وتمول الأسر ما يقرب من ٦٠٪ من اجمالي تكاليف الأدوية من خلال الانفاق المباشر (٢). وهناك شكوك تثار حول مستويات مهارة الأطباء. وثمة استخدام واسع النطاق للأدوية التي تحمل أسماء تجارية بدلا من الأدوية النوعية. ويعزى هذا النمط من استخدام الأدوية، الى حد ما، الى قلة معرفة المستهلكين بالأدوية النوعية وسوء فهمهم لها

الشكل ٤-٣ تشكيلة مدخلات النظم الصحية: مقارنة بين أربعة من البلدان المتوسطة الدخل، حوالي عام ١٩٩٧.



بالإضافة إلى انتشار عادة التطبيب الذاتي. ومن العوامل الهامة الأخرى التي تفسر ذلك وصف الأطباء للأدوية الباهظة التكلفة وصرف الصيدلانيين لها بصورة غير رشيدة.

وتوجد في المكسيك نسبة مرتفعة للأطباء كما توجد فيها هي وتايلند أدنى نسبة للممرضات داخل المجموعة. ويقدر أن نحو ١٥٪ من جميع الأطباء في المكسيك غير ناشطين أو لا يعملون بكامل طاقتهم أو عاطلون (٢). وعلى الرغم من هذا الدليل على فرق العرض فإن هناك عددا كبيرا من الوظائف غير المملوءة في المناطق الريفية. وعلى النقيض من ذلك توجد في تايلند وجنوب أفريقيا نسبة منخفضة للأطباء. والواقع أن السلطات الصحية في تايلند تقدر أن الحاجة تمس إلى ١٠ ٠٠٠ طبيب آخر على الأقل (٢). وتُظهر نسب الأطباء إلى الممرضات تناقضات كبيرة: في جنوب أفريقيا يفوق عدد الممرضات عدد الأطباء بصورة كبيرة، ويمكن أن يعزى ذلك إلى شدة حراك الأطباء على الصعيد الدولي، بيد أن هذه النسب تنعكس في مصر والمكسيك.

ويمثل توزيع الموارد المتاحة بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية مشكلة كبرى في جميع البلدان الأربعة المتوسطة الدخل ولكن الشكل لا يوضح هذا حيث أنه لا يعرض سوى المتوسطات. ويعمل الأطباء أساسا في المناطق التي تكون مستويات الحالة الصحية فيها مرتفعة. ويمثل توزيع الموارد على المجموعات العرقية مشكلة خاصة في جنوب أفريقيا. أما في تايلند فيتركز وجود غالبية المعدات التكنولوجية المتطورة في المستشفيات الموجودة في المناطق الحضرية بينما يندر استعمال التكنولوجيا على صعيد الرعاية الصحية الأولية. ويقتى معظم الأطباء الذين يتخرجون سنويا في تايلند، والذين يبلغ عددهم نحو ٩٠٠ طبيب، في المناطق الحضرية؛ ويتوقع استمرار نقص الموظفين المؤهلين في المناطق الريفية.

تغير أنماط الاستثمار

تشير التجربة إلى أن تغيير أنماط الاستثمار وخصائص الموارد الموجودة يثير مصاعب سياسية وكل «يورو» أو «باهت» أو «كواتشا» ينفق على تقديم الخدمات الصحية أو على الاستثمار فيها إنما هو دخل يتحقق لشخص ما، ومن ثم فإنه ينبري للدفاع عن حقوقه في هذا الصدد (٢٤). وإذا كان الدخل كبيرا فإن هذا «الشخص» سيمارس ضغطا من أجل الحصول على مزيد من الموارد كما أنه سيقاوم التغييرات التي لا تتوافق مع مصالحه الخاصة. ومصدر هذا الضغط والمقاومة هو دوائر الصناعة الطبية والنقابات أيضا. وكثيرا ما تكون محاولات إصلاح نظم مكافأة مقدمي الخدمات مثل تغيير شروط القبول بكليات الطب أو برامج التعليم أبعد من أن تحوز على رضا الجميع. كما يأتي الضغط من الجماعات التي تدافع عن مصالحها ومن القادة السياسيين. وتحظى الاستثمارات في مجال الرعاية الصحية في العادة بتأييد شعبي، ومن العسير إعادة ترتيب الاستثمارات لاقامة توازن جديد. وهذا هو ما يحدث غالبا حتى عند وجود اختلافات كبيرة فيما يتعلق بالأولويات الاجتماعية. وممارسة الضغوط من مختلف الجهات فيما يتعلق بتوزيع التكاليف والفوائد تمثل عوامل هامة في هذا الجمود الذي يتعين التغلب عليه إذا أريد تغيير الهيكل الرأسمالي القائم وتشكيله الموارد المتاحة.

وقد ركزت الاستثمارات السائدة في النظم الصحية خلال العقود الماضية على المستشفيات والرعاية التخصصية. وبالإضافة إلى القوى الأخرى المعارضة للرعاية الصحية الأولية، والتي نوقشت في الفصل ١، تلعب القرارات الخاصة بالاستثمار دورا أيضا في هذا المضمرة. والسبب

الرئيسي وراء ذلك ليس تخصيص رأس المال الاستثماري لمباني المستشفيات . إذ أن أهم عنصر في هذا الصدد هو التركيز على الاستثمارات المتعلقة بالرعاية التخصصية في توظيف وتدريب الموارد البشرية اللازمة للعمل في المستشفيات . وقد أدى التركيز على الرعاية في المستشفيات الى زيادة سريعة في عدد الأسرة . وفي البلدان المرتفعة الدخل ارتبطت تلك الزيادة بالتغيرات التكنولوجية السريعة مما أدى الى زيادة تركيز الرعاية وارتفاع التكاليف . وقد أفضى تشيخ الناس وما يصاحبه من زيادة اللجوء الى النظم الصحية في مرحلة الشيخوخة الى استمرار هذا الضغط المتصاعد على عدد أسرة المستشفيات .

أما في البلدان الأقل نمواً فان عدد الأسرة قد ازداد أيضا الا أن التغيرات التكنولوجية وارتفاع التكاليف كانت أبطأ . ولكن نقص التمويل اللازم لمواجهة النفقات المتجددة أدى الى قلة الخدمات . أما بالنسبة لصيانة المنشآت وجودة الخدمات فحدث ولا حرج (٢٤) . وفي كثير من البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل سجلت معدلات أقل لشغل المستشفيات العامة . وفي المكسيك ، على سبيل المثال ، بلغ معدل شغل المستشفيات التابعة لوزارة الصحة ٥٠٪ في المتوسط ؛ وذلك نتيجة عدم كفاية التزويد بالموظفين وعدم كفاية الصيانة مما أدى الى عدم كفاءة استخدام الموارد الموجودة (٢٥) .

وفي التسعينيات بدأت بلدان كثيرة تحجم قطاع المستشفيات فيها ، وأغلق الكثير من المستشفيات الصغيرة على وجه الخصوص أو استخدمت لأغراض أخرى (انظر الاطار ٤-٥) . وهو الأمر الذي يعكس التقدم التقني وانخفاض تكاليف الرعاية في العيادات الخارجية ، وقد انخفض عدد الأسرة كما انخفض متوسط طول مدة الإقامة في المستشفيات . ويعني اغلاق المستشفيات الصغيرة وعناصر الطوارئ في المستشفيات وكذلك تناقص عدد الأسرة وجوب وضع استراتيجيات جديدة لتلبية الطلب المتقلب مع زيادة التكامل بين مقدمي الخدمات ونقل المرضى وتجميع الموارد والمعلومات كعناصر رئيسية .

وعندما يكون الطلب متقلبا هناك حاجة الى زيادة السعة لاستيعاب التغيرات الطارئة على الطلب . وقد كشف وباء الانفلونزا الذي اكتسح أوروبا في عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٠ أن عدد الأسرة الزائد واللازم للتعامل مع التغيرات المفاجئة في الاحتياجات الصحية كان محدودا في كثير من البلدان ، مثل المملكة المتحدة (٢٦) . ففي قطاعات أخرى (امدادات الكهرباء ، والنقل العام) يمكن مواجهة التقلب الشديد المفاجئ في الطلب من خلال فرض أسعار تتفاوت حسب أوقات الذروة . وكما جرى بيانه بمزيد من الاستفاضة في الفصل ٣ فان الترشيح عن طريق رفع الأسعار ليس آلية توزيع مقبولة في النظم الصحية . فالطلب المفرط الذي لا يمكن كبح جماحه برفع الأسعار يجب تكييفه بطرق أخرى للترشيح ، كارجاء تقديم خدمات الرعاية غير العاجلة ونقل المرضى وتقصير مدد الإقامة بالمستشفيات ، وغير ذلك .

وفي بلدان الاقتصاد الموجه يجري توزيع الموارد والتخطيط للاستثمار على نحو تدريجي في غالب الأحيان . وكثيرا ما تكون ميزانية العام السابق نقطة البدء للتخطيط للعام التالي . ومن النادر أن يعاد النظر في الأنشطة الجاري تنفيذها وذلك يحد بشكل كبير من امكانية قيام البلدان بتخصيص مجموعة الموارد بشكل أكبر مردودية للاسهامات . ويمكن وصف عملية التخطيط بلعبة تطلب فيها الوزارات التي تقدم الخدمات (مثل وزارات الصحة) مزيدا من الموارد بينما يحاول القائمون على وزارة المالية ابقاء الانفاق عند مستواه السابق (٢٧) . وهذا الأسلوب مغرٍ لبساطته ولكنه يتطلب وضع ميزانيات متنامية . واذا تناقصت الميزانيات ينبغي أن تتفحص الادارات فعليا المجموعة الكاملة من البرامج والأنشطة القائمة والأنشطة ذات الأولوية فيما يتعلق

بالتقليص أو الالغاء. وتسعى البيروقراطية الحكومية بصورة نموذجية الى الابقاء على الوضع الراهن عن طريق الحد من التكاليف بصورة شاملة دون تغيير الأولويات العامة ودون أن توضع في الحسبان بصفة خاصة الحاجة الى حماية المناطق الجغرافية المستهدفة أو بعض الفئات السكانية.

وستحاول مختلف الهيئات، لأطول وقت ممكن، المحافظة على ما ترى فيه انفاقا لا بد منه مثل الرواتب، والاقفال من الانفاق على الجوانب التي لا تلحق ضررا مباشرا بأداء النظم الصحية (٢٢). ويتم تأجيل الاستثمارات المخطط لها كما تظل الانشاءات الجارية دون أن تستكمل. وعلى أمل أن تكون الأزمات المالية عابرة يمكن أن تقلل النظم الصحية انفاقها على الاستثمارات الطويلة الأجل في رأس المال البشري ورأس المال المادي، وحتى على النفقات المتجددة الخاصة بالصيانة والأدوية وغيرها من المستهلكات. وسيؤدي ذلك، في خاتمة المطاف الى الحد بصورة كبيرة من قدرة رأس المال البشري ومن أداء النظم الصحية. فالاستثمارات بطبيعتها أكثر تقلبا من النفقات المتجددة: فهي تتم في فئات منفصلة ثم تتطلب نفقات تشغيل أقل ولكنها منتظمة. وقد يكون التأجيل لمدة قصيرة أو تخفيض الاستثمارات الحل المنشود عند الأزمات ولكنهما يفترضان تصورا عاما لرأس المال والموارد المتجددة ومعرفة المدة التي قد تستغرقها تلك الأزمات، والا أدت التخفيضات الطرفية في الاستثمارات المخطط لها الى حدوث خلل في التوازن والى انعدام الفعالية.

الطريق نحو احراز التقدم

من العلامات الواضحة على حدوث اختلال بين الموارد سوء الأداء وتردي المنشآت وانخفاض معنويات العاملين. وكثيرا ما ينتقل رأس المال البشري الذي يمتلك المهارات الى

الاطار ٤-٥ الاستثمار في المستشفيات في بلدان الاتحاد السوفيتي السابق قبل اصلاح السياسة العامة

كانت غالبية موارد الرعاية الصحية في الاتحاد السوفيتي السابق تخضع لسيطرة أعلى المستويات في وزارات الصحة. وكانت الحكومة مركزية تدير الاستثمارات وما تسفر عنه من تجمع الموارد في رأس المال المادي ورأس المال البشري. وكان هيكل عملية تقديم الخدمات يتحدد بمعايير مثل عدد الأسرة أو الأطباء لكل ١٠٠٠ شخص. وكانت النتيجة ارتفاع عدد الأسرة بالمستشفيات.	معظمهم موزعا في قطاع المستشفيات، مرتفعا أيضا مقارنة بالكثير من البلدان الغربية. وكان الدليل على عدم الكفاءة هو طول فترات الإقامة بالمستشفيات والمعدلات المتوسطة لشغل الأسرة، وخاصة في المستشفيات الصغيرة. كما تأثرت فعالية خدمات المستشفيات تأثرا ضارا برداءة التسهيلات والمعدات الطبية. ولم تكن المساحة المتاحة في كثير من مستشفيات المناطق الصغيرة أكبر من ٤-٥ أمتار مربعة لكل سرير، وكانت بعض المستشفيات الصغيرة لا يوجد فيها خدمات الأشعة، وكانت التدفئة وامتدادات المياه فيها غير كافية. وقد أظهر استقصاء أجري عام ١٩٨٩،	مثلا، أن ٢٠٪ من المستشفيات الروسية لم تكن تتوافر له امدادات المياه الساخنة، ولم يكن لدى ٣٪ من المستشفيات الروسية مياه باردة، وأن ١٧٪ من المستشفيات الروسية كان يفقر الى تسهيلات الاصحاح الملائمة. وقد أظهر الاستقصاء كذلك أن كل ٧ مستشفيات أو ٧ عيادات متعددة التخصص تحتاج الى اعادة بناء أساسية وأظهر استقصاء مماثل للمنشآت أجري عام ١٩٨٨ وجود نقص كبير في الاستثمار في صيانة العيادات المتعددة التخصص والمستشفيات حيث اعتبرت ١٩٪ من العيادات المتعددة التخصص و٢٣٪ من	المستشفيات في حالة «كارثية» أو تتطلب اعادة بناء كاملة. وفي التسعينات شكل الحد من عدد المستشفيات والحد من استخدامها جزءا أساسيا من الاصلاحات. فقد أصبحت السعة الزائدة الى جانب رداءة نوعية الموارد المادية عاملا مشوها رئيسيا في تشكيلة المدخلات في هذه البلدان. أما المنشآت التي لم تعلق أو التي استخدمت كمراكز تمريض أو في وظائف أخرى فقد جرى تحديثها واستخدامها بمزيد من الفعالية في اطار نظام التعيين عند التوصية. بيد أن التغيرات الطارئة في حالات كثيرة بسطة بسبب المصاعب السياسية في تحويل الموارد من وجه استخدام الى الأخر.
--	---	--	--

العمل في القطاع الخاص أو الى العمل في المناطق الأغنى . وبالتالي فان رأس المال المادي يتدهور بصورة أوضح ، فيتوجه المرضى الى القطاع الخاص بحثا عن مستوى أفضل من الرعاية .

ومهما يكن مستوى دخل البلد فان هناك طرقا فعالة لتخصيص المدخلات بحيث يعمل النظام الصحي بشكل أفضل . وتختلف هذه الصيغة باختلاف الزمن ومن بلد لآخر تبعا لأسعار الموارد النسبية وللاحتياجات الصحية والأولويات الاجتماعية . وفي البلدان الأقل نموا يصبح تحديد الأولويات أمرا أكثر مشقة دون شك ، كما يصبح التوازن بين الاستثمارات والنفقات المتجددة أمرا أكثر أهمية . وتواجه نظم الرعاية الصحية تحديات كبرى عند حدوث تغير سريع في التكنولوجيا أو في الموارد المالية المتاحة نتيجة للاضطرابات التي تحمل بالاقتصاد الكلي . ويؤدي اخفاق صانعي القرارات الخاصة بالرعاية الصحية في الاستجابة لمثل هذا التغير في الظروف الى أن يكون أداء النظام الصحي أدنى من مستوى الأداء الأمثل .

وهناك اختلافات بين الموارد المتاحة سواء في البلدان المتقدمة أو البلدان النامية غير أنها لا تعود للأسباب ذاتها . وبسبب التغيرات التكنولوجية السريعة في الخدمات الصحية أصبحت الاختلافات القاعدة لا الاستثناء في البلدان المتقدمة . وهذه المشاكل أوضح ما تكون في البلدان الأقل نموا حيث كثيرا ما تحدث الاختلافات بسبب قلة الدراية الادارية وتناقص الموارد المالية المتاحة . وعلى الرغم من احتمال وجود بعض الاختلافات حتى في النظم الصحية الجيدة الأداء فان هناك كثيرا من الاجراءات التي يمكن القيام بها لتصحيح هذه الاختلافات بسرعة بل للحيلولة دون حدوثها .

وتعد الخطوة الأولى في هذا الصدد ايجاد وعي عام بالمشكلة عن طريق توثيق مختلف الموارد المستخدمة وأداء النظم الصحية . كما أن توافر البيانات السليمة عن الحجم والتوزيع القائمين للموارد البشرية وخاصة عندما ترتبط بالبيانات الخاصة بأداء النظم الصحية ، يمكن أن يسهم في صياغة سياسات وخطط لمواجهة المشاكل . ويعرض الشكلان ٤-٢ و ٤-٣ أجزاء من المعلومات الخاصة بالمدخلات . ولكن هذين الشكلين لا يكشفان كيفية تأثير تشكيلة المدخلات في الأداء .

وتوفر الحسابات الصحية الوطنية فرصة لتجميع بيانات أوفى فيما يتعلق بالمدخلات والاتصال بمختلف القوى المؤثرة بشأن سياسات الاستثمار في المستقبل . وتعطي الحسابات الصحية الوطنية صورة عامة تمكن الوزارات من قيادة خدمات الرعاية الصحية خلال فترات الاصلاح والأوقات العصيبة . وعندما واجه الاقتصاد الفنلندي أزمة بانهايار صادرتها الى الاتحاد الروسي في أوائل التسعينات تمكنت الجهات المسؤولة عن وضع السياسات الصحية من استخدام المعلومات التي توفرها الحسابات الصحية الوطنية لديها في استعادة انتاجية النظام الصحي .

وتيسر أيضا المعلومات الأكثر ملاءمة الخاصة بالتكاليف وكذلك نظم المحاسبة الأنسب تحقيق التوازن بين الموارد ، وذلك عن طريق وضع تقديرات للميزانية أكثر موثوقية ، مثلا . ومع هذا فان الوعي العام وتحسين المعلومات من خلال الحسابات الصحية الوطنية ونظم المحاسبة لن يؤدي الى احداث أي تغيير ما لم تحشد طاقات صانعي القرارات في المجال الصحي من أجل حل المشكلات الأساسية .

ومن أفضل الطرق لحشد تلك الطاقات الربط بين القوامة ، أي وظيفتي الاشراف والنفوذ ، وبين زيادة الأخذ باللامركزية فيما يتعلق بسلطة صنع القرارات المنوطة بالمستثمرين ومقدمي الخدمات . ومن الضروري وجود سلطة مركزية تتحكم في القرارات الرئيسية الخاصة بالاستثمار . ولا يعني هذا أن جميع القرارات لا بد أن تتخذ على الصعيد المركزي . ولكن

السياسات والارشادات المركزية، من خلال عملية طرح العطاءات أو الاشهاد من الأمور الضرورية لضمان التنسيق الشامل بين القرارات الخاصة بالاستثمار في القطاعين العام والخاص، الى جانب القدرة على التمويل المتجدد في القطاع العام. وأسوأ خطأ هو تعزيز الاستثمارات أو السماح بها عندما يكون من المحال تدبير تكاليف تشغيلها. ولن يكون هناك غنى عن وضع سياسات مركزية فيما يتعلق بالأدوية وتسجيل التكنولوجيا الرئيسية ووضع قوائم الأدوية الأساسية والمبادئ التوجيهية العلاجية وضمان الجودة وطرح العطاءات بالجملة. ولا بد من إتاحة الفرصة لمشتري الخدمات ومقدميها لمراجعة تخصيص الموارد لمعرفة أفضل طريقة لتلبية الاحتياجات الصحية والأولويات والتوقعات الاجتماعية. وعادة ما يؤدي اتباع أساليب صارمة هرمية التنظيم من أجل تحقيق توازن الموارد الى أحداث تغيرات تأتي نتيجة لبعض الظروف لا الى أحداث تغيرات دائمة، وعليه قد يتطور الأمر الى حدوث ندرة في الموارد الأساسية والى عدم انفاق بعض الأموال المرصودة. غير أن عملية لامركزية صنع القرارات واناطتها بمقدمي الخدمات لا بد من مراقبتها وتوجيهها وذلك عن طريق اتباع آليات فعالة للشراء وآليات دفع ملائمة حتى تكون متساوقة مع الأولويات العامة. كما تتطلب اللامركزية في صنع القرار، فيما يتعلق بتفاصيل الترتيبات الخاصة بالخدمات والتدخلات، اتباع استراتيجيات جديدة لتنمية الموارد البشرية وتطوير القدرة على التخطيط والادارة على جميع المستويات.

وما لم تتوافر هذه القوامة الصارمة على جميع مصادر المدخلات ورصد التطورات فان الوحدات اللامركزية ستحظى بهامش للمناورة يحفزها على انتهاج أسلوب نفعي. وهذا السلوك سواء على الصعيد المركزي أو اللامركزي سينتقل الوكالات المانحة من دعم عملية الأخذ باللامركزية وذلك، مثلا، من خلال انتهاج أساليب قطاعية وتجميع مواردها المالية. وستكون هذه أيضا من الأسباب التي تدعو المستفيدين من العون الى الارتياح في المحاولات الرامية الى التنسيق بين المانحين (٢٢). ولا تعني اللامركزية انعدام المساءلة فيما يتعلق بإدارة الموارد ولا تتصل الحكومة المركزية من التخطيط والمراقبة بل ينبغي أن تؤدي الى المزيد من الشفافية وأن تلحظ على الحكومة والوزارات دورا جديدا يتمحور حول التنظيم والرصد بشكل عام.

وفي اطار هذا الدور الجديد ينبغي تقييم أثر التكنولوجيات الطبية الجديدة وتحديد ممارسات تنظيمية بالتشاور مع الجهات المعنية الرئيسية. وتقييم التكنولوجيات الجديدة هذا يتطلب توفير معلومات عن الممارسات المتبعة واستخدام الموارد مما يزيد من أهمية المراقبة. وفيما يتعلق بالبلدان الأقل نموا لا بد للوكالات المانحة من أن تراعي الاختلالات القائمة والمحتملة عند وضع استراتيجيات الدعم. والاستخدام المنهجي للحسابات الصحية الوطنية من شأنه أن يوفر قاعدة معلومات تمثل منطلقا جيدا لتكوين فهم مشترك للاختلالات القائمة.

وفي النظم الصارمة ذات التنظيم الهرمي والنظم اللامركزية التي تعوزها الشفافية والحوافز المناسبة والقوامة الملائمة ستزداد صعوبة تصحيح الاختلالات والحيلولة دون حدوثها. وكثيرا ما تؤدي هذه الاختلالات، التي تمثل مشكلة هائلة في حد ذاتها، الى نشوء مشاكل أخرى من خلال اعطاء اشارات خاطئة لسوق العمل فيما يتعلق بالرعاية الصحية وللصناعة التي تدعم الخدمات الصحية. أما النظم الصحية الجيدة الأداء وذات المردودية التي تلي الاحتياجات الصحية والمستندة الى أولويات واضحة فستوفر للصناعة الطبية وكليات الطب على السواء الحوافز اللازمة للاستثمار السليم في مجالات البحث والتطوير وبرامج التعليم وفي المدخلات المادية الضرورية لتحسين الصحة.

المراجع

1. **Becker GS.** Human capital. *A theoretical and empirical analysis with special reference to education*, 3rd edition. Chicago, The University of Chicago Press, 1993.
2. WHO health system profiles database.
3. **Folland S, Goodman AC, Stano M.** *The economics of health and health care*. New York, Macmillan Publishing Company, 1993.
4. **Berckmans P.** *Initial evaluation of human resources for health in 40 African countries*. Geneva, World Health Organization, Department of Organization of Health Services Delivery, 1999 (forthcoming document).
5. **Ensor T, Savelyeva L.** Informal payments for health care in the Former Soviet Union: some evidence from Kazakhstan. *Health Policy and Planning*, 1999, 13 (1): 41-49.
6. **Hicks V, Adams O.** *The effects of economic and policy incentives on provider practice. Summary of country case studies using the WHO framework*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 5, document WHO/EIP/OSD/2000.8, in press).
7. **Egger D, Lipson D, Adams O.** *Achieving the right balance: the role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva, World Health Organization, 2000 (Issues in health services delivery, Discussion paper No. 2, document WHO/EIP/OSD/2000.2).
8. *Public sector pay reform project, final report*. Ministry of Public Service, Accra, Ghana, 1999, WHO Health system profiles database.
9. **Weisbrod BA.** The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *Journal of Economic Literature*, 1991, 24: 523-552.
10. *European health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen, Denmark, World Health Organization, 1997 (European Series No. 72).
11. *Action Programme on Essential Drugs*. Geneva, World Health Organization, 1999.
12. *Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational use*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Health economics and drugs, DAP Series N° 5).
13. **Banta HD, Luce BR.** *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
14. *Medical equipment procurement manual*. Washington, DC, The World Bank, 1998.
15. *Standard bidding documents: procurement of health sector goods*. Washington, DC, The World Bank, 2000.
16. **Van Gruting CWD ed.** *Medical devices: international perspective, Part VIII – Geographical situations in central and east Europe*. Amsterdam, Elsevier, 1994.
17. **Issakov A, Richter N, Tabakow S.** Health care equipment and clinical engineering in central and eastern Europe. *New World Health*, 1994: 167-171.
18. *Russian Federation medical equipment project*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (Report No. 14968-RU).
19. *Private hospital study*. Washington, DC, International Finance Corporation, 1998.
20. *The world health report 1999 — Making a difference*. Geneva, World Health Organization, 1999.
21. **Lee K.** Symptoms, causes and proposed solutions. In: Abel-Smith B, Creese A, eds. *Recurrent costs in the health sector: problems and policy options in three countries*. Geneva, World Health Organization, 1989 (document WHO/SHS/NHP/89.8).
22. **Walt G et al.** Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*, 1999, 14 (3): 207-218.
23. **Anell A, Willis M.** International comparison of health care resources using resource profiles. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (in press).
24. **Reinhardt U.** *Accountable health care: is it compatible with social solidarity?* London, The Office of Health Economics, 1997.
25. **Barnum H, Kutzin J.** *Public hospitals in developing countries: resource use, cost and financing*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1993.
26. The health service: bedridden. *The Economist*, 15 January 2000: 31-34.
27. **Wildavsky A.** *Budgeting: a comparative theory of budgetary processes*. Boston, Little, Brown & Co., 1975.

