

كيف نحمي المصلحة العامة؟

ينبغي للحكومات أن تضطلع بدور «القيم» على مواردها الطبيعية الوطنية، فتصونها وتحسنها لما فيه صالح سكانها. وهذا يعني في مجال الصحة تحمّل المسؤولية المطلقة عن عافية مواطنيها بمتهى الحرص. وتعد القوامة فيما يتعلق بالصحة المدار الذي يدور عليه حسن تدبير الشؤون. فهي تعني اقامة أفضل نظام صحي ممكن وأكثره عدلا في كل بلد من البلدان. ويتعين أن تكون صحة السكان على الدوام على رأس الأولويات الوطنية: فمسؤولية الحكومات عنها مستمرة ودائمة. ولا بد أن تتحمل وزارات الصحة جزءا كبيرا من القوامة على النظم الصحية.

ولا بد أن تحدد السياسة والاستراتيجيات الصحية دوري القطاعين العام والخاص في مجال توفير الخدمات وتمويل الصحة. وبهذه الطريقة فقط يمكن أن يوجه النظام الصحي في مجمله نحو بلوغ المرامي التي تهم السكان بأسرهم. وتشمل القوامة مهمتي تحديد رؤى وتوجهات السياسة الصحية، وممارسة النفوذ من خلال التنظيم والدعوة، وجمع المعلومات والاستفادة منها. أما على الصعيد الدولي، فالقوامة تعني التأثير في البحوث والانتاج على الصعيد العالمي لبلوغ الأهداف الصحية، كما تعني توفير قاعدة من القرائن والأدلة لمساعدة البلدان على تحسين أداء نظمها الصحية.

حماية المصلحة العامة

الحكومات والقوامة على الموارد الصحية

القوامة هي آخر المهام الأربع للنظم الصحية التي يتناولها هذا التقرير، ويقول البعض انها أكبر تلك المهام على الاطلاق. اذ أنها تحتل مرتبة أعلى من المهام الأخرى – وهي تقديم الخدمات، وتوليد المدخلات، والتمويل – وتختلف عنها لسبب متميز واحد: ألا وهو أن المسؤولية عن الأداء الاجمالي للنظام الصحي في البلد المعني لا بد أن تقع دوما على كاهل الحكومات. ولا تترك القوامة أثرها على سائر المهام فحسب، بل انها تساعد على بلوغ كل واحد من مرامي النظم الصحية: وهي تحسين الصحة وتلبية توقعات السكان المشروعة، وتوخي العدالة في التوزيع. وتجب على الحكومات أن تبذل ما في وسعها على جميع مستويات النظام الصحي كي يتسنى تحقيق أفضل النتائج الممكنة.

وقد عرّفت القوامة مؤخرا بأنها «احدى الوظائف التي تضطلع بها حكومة ما تكون مسؤولة عن عافية شعبها حيث تهتم بصحة ومشروعية الأنشطة التي تضطلع بها في نظر مواطنيه» (١). وهي تتطلب امتلاك وزارة الصحة، أساسا، لبعد النظر والحصافة والنفوذ، حيث لا بد لها من أن تشرف على مراقبة وتوجيه الاجراءات الصحية للأمة نيابة عن الحكومة. وعليه فان الجزء الأكبر من هذا الفصل يتناول الدور الذي تلعبه الوزارة.

ويتعين أن تضطلع الحكومة في مجملها ببعض جوانب القوامة في المجال الصحي، حيث ان ممارسة التأثير على سلوك العناصر الصحية الفاعلة في القطاعات الاقتصادية الأخرى، أو ضمان المزيج المناسب من حجم ومهارات الموارد البشرية التي يتم اعدادها للنظام الصحي قد يكونان خارج نطاق قدرات وزارة الصحة. ويتعين أن تكفل الحكومة تماسك واتساق مختلف الادارات والقطاعات، وذلك من خلال اجراء اصلاحات شاملة للادارة الحكومية اذا اقتضت الضرورة ذلك.

أما خارج اطار الحكومات، فان القوامة أيضا مسؤولة تقع على عاتق من يشتري الخدمات الصحية ويقدمها اذ يتعين عليهم التأكد من أن ما ينفقونه يعود عليهم بأكثر عائد صحي ممكن. كما أن للقوامة في المجال الصحي بعدا دوليا يتعلق بالمساعدات الخارجية.

غير أن الحكومات تظل دوما في طليعة القوى المحركة. وتشهد معظم البلدان اليوم تغيرا في الدور الذي تضطلع به الدولة في المجال الصحي. فتوقعات الناس من النظم الصحية هي اليوم

أكبر مما كانت عليه في أي وقت مضى، ومع ذلك فإن هناك قيودا على ما تستطيع الحكومات أن توفر التمويل له وحدودا للخدمات التي تستطيع تقديمها. ولا يسع الحكومات أن تقف مكتوفة الأيدي في مواجهة تزايد المتطلبات. فهي تواجه معضلات في غاية التعقيد عندما يتعين عليها تقرير الاتجاه الواجب عليها اتباعه لأنها لا تملك تحقيق كل شيء في الوقت نفسه. ولضمان القوامة الفعالة، فإن دورها الأساسي يتمثل في المراقبة والوصاية - واتباع النصيحة القائلة «بتسيير الدفة بدلا من الجذف» (٢، ٣).

بيد أن القوامة تنطوي على بعض أوجه القصور الرئيسية في كل مكان. ويتناول هذا الفصل بحث بعض تلك الأوجه، ثم ينتقل إلى الحديث عن بعض المهام البارزة للقوامة. كما يشير إلى أهم الأطراف المعنية، والاستراتيجيات التي لا بد من وضعها لتحمل مهام القوامة في مختلف الظروف الوطنية. وأخيرا يتناول الفصل من جديد بعض الأفكار الواردة في الفصول السابقة بشأن التوجهات السياسية الكفيلة بقيام النظم الصحية بعملها على نحو أفضل.

ما هي نقائص القوامة اليوم؟

«من المعروف أن وزارات الصحة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أشد مؤسسات القطاع العام بيروقراطية وأردأها إدارة، فبعد أن رسمت معالمها وبدأ أنشاؤها في أوائل القرن العشرين وبعد أن أنيطت بها مسؤوليات واسعة في تمويل وتشغيل نظم ضخمة من المستشفيات العامة والرعاية الأولية في أعقاب الحرب العالمية، أصبحت هذه الوزارات بيروقراطيات رسمية مركزية وهرمية كبرى، تطبق قواعد إدارية مرهقة ومفصلة وتضم موظفين دائمين يتمتعون بالأمن الوظيفي في سلك الخدمة المدنية. وقد تفتت هذه الوزارات لتعطي العديد من البرامج الرأسية التي كانت تدار في الغالب وكأنها أقطاعات، تعتمد على التمويل غير المؤكد من الجهات المانحة الدولية» (٤).

والمشكلات الوارد وصفها أعلاه كثيرا ما تصادف، بدرجات متفاوتة، في بلدان عديدة اليوم. ومن السهل رؤية العواقب المترتبة عليها، إلا أنه ليس من السهل دوما فهم سبب بروز المشاكل أو كيفية التغلب عليها. ومرد ذلك غالبا أن القيمتين على الصحة يعانون من قصر في النظر.

كثيرا ما تعاني وزارات الصحة من قصر النظر. بما أن هذه الوزارات تعاني من قصر النظر الشديد فانها تغفل أحيانا أهم أهدافها على الإطلاق: السكان بوجه عام. وقد لا تشعر بوجود المرضى والمستهلكين إلا عندما تفرض عليها ذلك النقمة العارمة عليها. وبالإضافة إلى هذا، فإن الوزارات المصابة بقصر النظر لا تميز سوى أقرب الجهات الفاعلة في مجال الصحة، وليس بالضرورة أكثرها أهمية، التي قد تكون على مسافة متوسطة أو بعيدة عنها.

وتتعامل الوزارات على نطاق واسع مع جحافل من الأفراد والمنظمات من القطاع العام الذين يقدمون الخدمات الصحية، والذين قد يتلقى الكثير منهم التمويل من الوزارة مباشرة. وغالبا ما يعني هذه العلاقة الاشراف والتوجيه المهني المكثف. غير أنه توجد، في بعض الأحيان، على مرمى حجر منها مجموعتان أخريان على الأقل تلعبان دورا رئيسيا في النظام الصحي وهما: مقدمو الرعاية غير الحكوميين، والجهات الفاعلة في المجال الصحي والعاملة في قطاعات أخرى غير القطاع الصحي.

ولعل هاتين المجموعتين من الأفراد والمنظمات أهم بكثير من حيث حجمهما وأثرهما المحتمل على بلوغ المرامي الصحية من الموارد الرسمية التي تخصصها وزارات الصحة وإن كانتا لا تحظيان باعتراف يستحق الذكر. ومع ذلك فإن المعلومات عنهما قد تكون شحيحة، وكثيرا ما ينعدم أي نهج تجاههما في مجال السياسة العامة. ففي ميانمار أو نيجيريا (٥)، أو فييت نام، على سبيل المثال، تفوق الرعاية الطبية الممولة والمقدمة من مصادر خاصة بثلاثة أو أربعة أضعاف، من حيث حجمها وانفاقها، النفقات المخصصة للخدمات العامة. لكن هذه الجهات المختلفة الكثيرة من مقدمي الرعاية الخاصين في هذه البلدان لا تكاد تحظى بأي اعتراف في التشريعات واللوائح.

فبعض نظم التأمين الصحي الكبرى في الهند اليوم لا تتمتع بأي مركز قانوني (٦). وفي أوروبا والأمريكتين تحتل حوادث الطرق المرتبة الرابعة في مجمل عبء الأمراض. ومع ذلك فإن المشاركة الوحيدة لوزارة الصحة هنا كثيرا ما تقتصر على مجرد الاشراف على تقديم الخدمات عند وقوع حوادث الطرق وخدمات الطوارئ وليس بوصفها سلطة تعمل على اتقانها. ومن الجلي أن الخدمات التي تتلقى التمويل من مصادر عامة هي مسؤولية الحكومات. إلا أن من الواضح أن تمويل وتوفير جميع الاجراءات الصحية من مصادر خاصة ينبغي أن يندرج ضمن مجال تركيز الحكومات باعتبارها القيمة على المصلحة العامة اجمالا.

وتعاني الوزارات من قصر النظر أيضا بمعنى أن مجال رؤيتها لا يمتد بما فيه الكفاية الى المستقبل. وكثيرا ما تحتل القرارات المتعلقة بالاستثمار - أي المباني والمعدات والمركبات الجديدة - مرتبة الصدارة، في حين يلف الضباب الحاجة الماسة والمزمنة لتحسين التوازن بين الاستثمار والتمويل الجاري.

وتتخذ الرؤية الضيقة الأفق في مجال القوامة شكل التركيز الحصري على سن التشريعات واصدار اللوائح والمراسيم والأوامر الرسمية كوسيلة من وسائل السياسة الصحية. وصحيح أن القواعد الصريحة المكتوبة تلعب دورا هاما في أداء وظيفة القوامة، إلا أن صياغة اللوائح أمر سهل وغير مكلف نسبيا، وكثيرا ما يكون عقيما، لأن الوزارات لا تملك القدرة اللازمة لرصد الامتثال لها: فمن النادر أن يتوفر عدد كاف من مفتشي الصحة العمومية لزيارة جميع المصانع بانتظام. أما إذا طبقت العقوبات فانها غالبا ما تكون أقل صرامة بحيث لا تردع الممارسات غير القانونية أو تؤثر على الاستخفاف الواسع الانتشار باللوائح.

ولا بد أن تقوم القوامة الجيدة على عدة استراتيجيات للتأثير في سلوك شتى الأطراف المؤثرة في النظام الصحي. ومن هذه الاستراتيجيات توافر قاعدة معلومات أفضل، والقدرة على اقامة تحالفات بين شتى المجموعات لتوفير الدعم. والقدرة على ايجاد الحوافز، اما بصورة مباشرة أو كجزء من مخطط تنظيمي. وعندما تصبح السلطة لامركزية وتعطى لمجموعة واسعة من الأطراف المباشرة في النظام الصحي، يتعين أن تنأى مجموعة استراتيجيات الوقاية بنفسها عن الاعتماد على نظم «الأمر والنهي» والالتفات الى ضمان اطار متماسك من الحوافز.

وتغض وزارات الصحة الطرف في بعض الأحيان عن التملص من القوانين التي وضعتها هي نفسها أو يفترض أن تطبقها خدمة للصالح العام. ومن أكثر الأمثلة شيوعا على ذلك التغاضي عن قيام الموظفين الرسميين بتحصيل رسوم بصورة غير مشروعة، الأمر الذي يعرّف على استحياء «بالرسوم غير الرسمية». وقد أظهرت دراسة أجريت مؤخرا في بنغلاديش أن الرسوم غير الرسمية تزيد بمقدار ١٢ ضعفا عن الرسوم الرسمية (٧). ويعتبر الحديث عن دفع الرشاوى

في بولندا لقاء تلقي العلاج مثالا شائعا على انتهاك حقوق المرضى (٨). ورغم أن هذا الفساد يعود بالفائدة المادية على عدد من العاملين الصحيين، فإنه يمنع الفقراء من الاستفادة من الخدمات التي يحتاجونها، مما يجعل التمويل الصحي أشد ظلما ويشوه الأولويات الصحية العامة.

ان غض النظر عن هذه الأمور يفسد القوامة ويقوض دعائمها، فيتم التخلي عن الأمانة ويبدأ الفساد ينخر المؤسسات. وغالبا ما يغض الطرف عن المخاطر الأخرى التي تتهدد المصلحة العامة. ومن الأمثلة على ذلك أن الولاء المهني يمكن أن يدفع الأطباء الى التزام الصمت ازاء الممارسات الطبية غير المأمونة التي يلجأ اليها زملائهم. ولاحظت دراسة أجريت في الولايات المتحدة عام ١٩٩٩ أن: «الرعاية سواء كانت وقائية أو علاجية أو لأمراض حادة أو مزمنة، كثيرا ما تعجز عن تلبية المعايير المهنية» (٩). ويشكل ضمان الاستقامة والنزاهة في صنع القرارات بشأن المشاريع الأساسية وغيرها من القرارات المتصلة بمشتريات الحجم الكبير (المعدات، وطلبات المستحضرات الصيدلانية). حيث يمكن أن يعود الفساد بفوائد مادية مجزية، تحديا متكررا يواجه القوامة الصالحة.

بيد أن بعض التطورات الأخيرة تتيح الفرص لتحسين الرؤية والقوامة الأكثر ابداعا. فمنح المزيد من الاستقلالية في اتخاذ القرارات المتصلة بعمليات الشراء وتوفير الخدمات، على سبيل المثال، تنقل بعض المسؤولية من الحكومات المركزية الى الحكومات المحلية. لكنه يجلب معه مهام جديدة للحكومات في مراقبة الأوضاع كي تتم عملية الشراء وتوفير الخدمات وفقا لتوجهات السياسة العامة. وقد بدأت تتوفر الآن خبرات متراكمة فيما يتعلق بممارسات مثل التعاقد (١٠). وتساعد التطورات التكنولوجية السريعة على التعامل مع مقادير هائلة من المعلومات بصورة سريعة وزهيدة التكلفة، مما يسهل على الحراس من ناحية المبدأ، تصور وضع النظام الصحي برمته ومراقبته.

الاطار ٦-١ الاتجاهات السائدة في السياسة الصحية الوطنية: من الخطط الى الأطر

<ul style="list-style-type: none"> • يرسم الأدوار المنوطة بكل من القطاعين العام والخاص في ميدان التمويل وتقديم الخدمات؛ • يعرف أدوات السياسة العامة والترتيبات التنظيمية المطلوبة لبلوغ أهداف النظم الصحية في كل من القطاعين العام والخاص؛ • يحدد جدول الأعمال لبناء القدرات والتطوير التنظيمي؛ • يقدم الارشادات الخاصة بتحديد أولويات الاتفاق، وبما فإنه يربط بين تحليل المشكلات وضع القرارات المتعلقة بتوزيع الموارد. 	<p>١٩٨٣، وقد نحتت مغوليا، التي يمر اقتصادها بمرحلة انتقالية، السياسة الموضوعية عام ١٩٩١ في عام ١٩٩٦ ثم في عام ١٩٩٨. ويحصل تحول الآن باتجاه المزيد من الشمولية - وقدر أقل من التفصيل - في أطر السياسات التي ترسم التوجهات العامة دون التطرق الى التفاصيل العملية، كما هو الحال في غانا وكينيا.</p> <p>وإطار السياسة الصحية الوطنية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يحدد الغايات المنشودة ويعالج القضايا الرئيسية في مجال السياسة العامة؛ 	<p>السكان. وكانت المشاكل التي تعترض تنفيذها شائعة وكثيرة. ولا يظن أن لدى كل بلد من البلدان سياسته الصحية الوطنية الرسمية: إذ لا توجد مثل هذه السياسات في فرنسا وسويسرا والولايات المتحدة، ولا يوجد في تونس سياسة صحية وطنية مدونة واحدة، ولم تصدر المملكة المتحدة أول مدونة رسمية هذا الخصوص الا في التسعينات، في حين أصدرتها البرتغال في عام ١٩٩٨. وتتوقف فترة انطباق السياسات على ما اذا كانت هناك أية تغييرات جوهرية في جدول الأعمال أو لا: فالهند ما زالت تطبق خطة عام</p>	<p>ترجع وثائق السياسة الصحية الوطنية الى عهد موغل في القدم، يسبق الاهتمام الدولي، ولكنها تستمد الحافز منه، بالتهوؤص بالرعاية الصحية الأولية. فقد كانت السياسات الصحية في العديد من الاقتصادات النامية والموجهة تشكل جزءا من الخطط الانمائية الوطنية مع التركيز على الاحتياجات في مجال الاستثمار. وكانت بعض وثائق السياسة الصحية مجرد مجموعة من الخطط المتصلة بمشاريع أو برامج محددة. وبما فقد أهملت القطاع الخاص وكثيرا ما أسقطت من حسابها الى حد ما الحقائق المالية وخيارات</p>
---	--	--	--

ولا بد من التأكيد مجددا على فكرة ممارسة القوامة على جميع الجهات الفاعلة والاجراءات الصحية. ويتطلب تحسين تعريف وقياس مدى الدقة في الوفاء بمهمة القوامة في شتى الظروف والأماكن الكثير من النقاش النظري والعملية. غير أنه يمكن تحديد عدة مهام أساسية له مثل:

- صياغة السياسة الصحية - تحديد الرؤية والتوجه؛
 - ممارسة النفوذ - أساليب التنظيم؛
 - جمع المعلومات واستخدامها.
- ويرد بحث هذه المهام فيما يلي:

السياسة الصحية - رؤية المستقبل

تحقق السياسة الصحية الواضحة عدة أغراض منها تحديد الرؤية للمستقبل مما يساعد بدوره على وضع المعالم في الأجلين القصير والمتوسط. وهي توزع الأولويات والأدوار المتوقع من مختلف المجموعات القيام بها وهي توجد توافقا في الآراء وتمد الناس بالمعلومات وبذا تضطلع بدور هام في حسن التدبير. ومن الجلي أن مهمات صياغة السياسة الصحية وتنفيذها تقع على عاتق وزارات الصحة.

ويبدو أن بعض البلدان لم تصدر أية بيانات تحدد السياسة الصحية الوطنية في العقد الماضي. أما في بلدان أخرى فتوجد سياسة تتخذ شكل وثائق مهمة يعلوها الغبار ولا تترجم الى أفعال أبدا. وفي الغالب الأعم تضع السياسات الصحية والتخطيط الاستراتيجي تصورا غير واقعي لتوسيع نطاق نظام الرعاية الصحية الذي تموله الحكومات، وعلى نحو يتجاوز في بعض الأحيان النمو الاقتصادي الوطني الى حد كبير. وتعتبر وثائق السياسة والتخطيط في نهاية المطاف غير ذات جدوى ويكون نصيبها الإهمال. ويتضمن الاطار ٦-١ وصفا لكيفية انحسار التخطيط الصحي الشامل ليحل محله أسلوب «الأطر» الأكثر مرونة منه. وقد حددت الاستراتيجية

الاطار ٦-٢ اطار السياسة الصحية المتوسطة الأجل في غانا

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • توفير وإدارة اللوجستيات الكافية مثل الأدوية وغيرها من المواد القابلة للاستنفاد والمعدات والمركبات على كافة مستويات النظام الصحي. • تدعيم نظم الرصد والتنظيم ضمن الخدمات الصحية لضمان تنفيذ البرامج على نحو أكثر فعالية. • تمكين الأسر والمجتمعات المحلية من تحمل المزيد من المسؤولية عن صحتها. • تحسين تمويل الرعاية الصحية بضمان الاستخدام الكفؤ | <ul style="list-style-type: none"> • إقامة الروابط بين مقدمي الرعاية الصحية من القطاعين الخاص والعام لضمان توافق الآراء وتوجيه كافة الموارد نحو استراتيجية مشتركة. • توسيع البنى الأساسية الصحية وتأهيلها لزيادة التغطية وتحسين النوعية. • تدعيم تخطيط وإدارة وتدريب الموارد البشرية كوسيلة لايجاد أعداد كافية من الأفرقة الصحية الجيدة والمتحمسة والاحتفاظ بها لتقديم الخدمات. | <ul style="list-style-type: none"> • تم في غانا، عقب عملية مشاورات واسعة النطاق، تحديد الاستراتيجيات التالية بصفتها السبل الى تحسين الأداء في المجال الصحي. • إعادة ترتيب الأولويات المتصلة بالخدمات الصحية لضمان إيلاء المزيد من الأهمية في توزيع الموارد لخدمات الرعاية الصحية الأولية (أي الخدمات التي تعود بأكبر قدر من الفائدة فيما يتعلق بالحد من المراضة والوفيات). • تعزيز الإدارة وإضفاء اللامركزية عليها في سياق الخدمات الصحية الوطنية. |
|--|--|---|

الصحة المتوسطة الأجل الصادرة عام ١٩٩٥ في غانا عشر طرق يمكن أن يساهم بها النظام الصحي في تحسين الصحة (انظر الاطار ٦-٢).

وتعقد مشاورات علنية في بعض البلدان عند البدء في عملية رسم السياسات. ويستخدم فيها أحيانا اطار «متجدد» يتم تحديثه وتعديله بين الحين والآخر. وفي البلدان التي تشكل فيها المساعدات الخارجية جزءا كبيرا من موارد القطاع الصحي يتمثل التوسع الهام في اتباع هذا الأسلوب في صنع السياسات وتنفيذها بأساليب قطاعية النطاق. ويتمثل جوهر هذه الأساليب في التوصل الى اتفاق بين شركاء من وكالات التمويل، باشراف الحكومات، على العمل معا لتوفير الدعم لمجموعة من التوجهات في مجال السياسة العامة، تتقاسم في الغالب العديد من الاجراءات التنفيذية، مثل الاشراف، والرصد والتبليغ والمحاسبة والشراء. ويلخص الاطار ٦-٣ مراحل تطور الأساليب القطاعية النطاق. وبذا يتسم التخطيط الصحي بملامح تدل على تجاوز برمجة الاستثمارات في اتجاه الاجماع على الخطوط العريضة لوضع السياسات والنظم.

ويفترض في اطار السياسة العامة أن يميز المرامي الثلاثة للنظم الصحية. ويحدد الاستراتيجيات اللازمة لبلوغ كل منها على أحسن وجه. وليس هناك أية سياسات واضحة بشأن حسن أداء النظام الصحي وعدالته بصورة اجمالية الا لدى عدد قليل من البلدان. ومع ذلك فانه يمكن تقفي ضرورة الجمع بين هذين الجانبين من جوانب حسن التدبير الى عهد بعيد في الماضي (١). ويورد الاطار ٦-٤ وصفا لنظام الحسبة الذي يمثل ضربا من ضروب القوامة في

الاطار ٦-٣ الأساليب القطاعية النطاق؛ هل هي أسلوب مناسب للوفاء بمهمة القوامة؟

<p>البلدان الأخرى فقد كاد التقدم ينحصر في مجال وضع سياسة قطاعية وحيدة والاتفاق ضمن اطار اتفاق متوسط الأجل والاتفاق على تطبيقها. وأصبحت مهمات الاستعراض المشتركة سمة مميزة في بعض البلدان. وقد أحرز أقل قدر من التقدم في مجال التمويل وترتيبات الشراء المشتركين.</p> <p>وبمقدور الأساليب القطاعية النطاق دعم الحراسة الجيدة. حيث يقول والت وزملاؤه ان هذه الأساليب تعتبر قادرة على تعزيز قدرة الحكومات على مراقبة النظام الصحي برمته. ووضع السياسات والتعامل مع أصحاب المصلحة خارج حدود القطاع. العام. ٢. والأهم من ذلك كله أن الأساليب القطاعية النطاق تعتمد على رؤية الحكومات الوطنية وريادتها.</p>	<p>وجهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا. أما المجموعة الأخرى من البلدان التي تنظر في الأسلوب القطاعي النطاق أو تتبعه بجدية ونشاط فهي في آسيا: فهي بنغلاديش وكمبوديا وفيت نام مثلا.</p> <p>ويستغرق تطور الأسلوب القطاعي النطاق زمنا طويلا، ففي غانا مرت البلاد قبل اقرار الجهات المانحة للبرنامج القطاعي الواحد التابع لوزارة الصحة بعشر سنوات من التطوير المؤسسي وأربع سنوات من العمل على السياسات/الادارية الأساسية وستين من المفاوضات والتخطيط والتصميم وستة من التعثر والتأخير. ١.</p> <p>وما زالت كمبوديا وفيت نام في أول مراحل بحث السياسات القطاعية مع الجهات المانحة. أما في</p>	<p>ينطوي على تغيير الطرق التي تعمل بها الحكومات والوكالات المانحة على حد سواء، وكذلك المهارات المطلوبة في الموظفين ونظمهم.</p> <p>وقد أخذ هذا الأسلوب يترسخ بصورة رئيسية في بعض أشد البلدان اعتمادا على المعونة، بدافع من هواجس كل من الحكومات والجهات المانحة بخصوص النتائج التي تمخضت عنها الأساليب المنبثقة في الماضي ازاء المساعدة الانمائية والتي انطوت في الغالب على مزيج من سياسات التكيف الاقتصادي الكلي «التي لا تقيم أية قيمة للقطاعات المجتمعية» ومشاريع «تؤدي الى التجزئة والفرقة القطاعية». وتقع أغلب هذه البلدان في أفريقيا، مثل: بوركينا فاسو واثيوبيا وغانا ومالي وموزامبيق والسنغال وأوغندا</p>	<p>الأسلوب القطاعي النطاق هو طريقة في العمل تجمع بين الحكومات والجهات المانحة وسواها من الأطراف المؤثرة في أي قطاع من القطاعات. وهي تتميز بمجموعة من المبادئ العملية بدلا من رزمة محددة من السياسات والأنشطة. وينطوي هذا الأسلوب على التحرك مع مرور الزمن وبإشراف الحكومات نحو: توسيع نطاق الحوار بشأن السياسات، ورسم سياسة قطاعية واحدة (تعالج قضايا القطاعين العام والخاص) ووضع برنامج مشترك واقعي للاتفاق، ووضع ترتيبات رصد مشتركة واجراءات أفضل تنسيقا للتمويل والشراء، ويعني اتباع الأسلوب القطاعي النطاق الالتزام بوجهة التغيير هذه، عوضا عن بلوغ كافة هذه العناصر المختلفة بصورة كلية منذ البداية. وهو</p>
--	--	--	---

Smithson P. Cited in Foster M. Lessons of experience from sector-wide approaches in health. Geneva, World Health Organization, Strategies for Cooperation and Partnership, 1999 (unpublished paper).

Walt G et al. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAPs? Health Policy and Planning, 1999, 14 (3): 273-284. ٢

البلدان الاسلامية، مع التركيز على كل من الغرضين الأخلاقي والاقتصادي لهذا النظام. ولم يحم أحد بعد بالأدلاء ببيانات رسمية أو علنية عن التوازن المنشود بين النواتج الصحية وتجاوب النظم والانصاف في التمويل في أي مكان. ويتعين أن تتناول السياسة العامة (وهي تفعل ذلك بصورة جزئية أحيانا) الطريقة التي ينبغي اتباعها لتحسين المهام الأساسية للنظام الصحي.

وفيما يتعلق بتقديم الخدمات فإنه يتعين الاعتراف بجميع مقدمي الخدمات، وتحديد مساهماتهم في المستقبل - وهي مهمة في بعض الأحوال وأقل أهمية في غيرها. وفيما يتصل بالتمويل يتعين تحديد الاستراتيجيات الرامية الى الحد من الاعتماد على الدفعات المباشرة وزيادة الدفعات المسبقة. وينبغي الاعتراف بأدوار أهم منظمات التمويل - الخاص منها والعام، والمحلي والخارجي - والأسر وتحديد توجهاتها المستقبلية. كما يتعين توضيح آلية القوامة، الهادفة الى تنظيم ومراقبة الطريقة التي تتغير بها هذه المهام وفق السياسة العامة المتبعة. وقد يعني ذلك إتاحة الفرصة لمثلي المستهلكين لوزن مصالح مقدمي الرعاية.

وينشأ الخطر عندما ترتبط توجهات سياسية معينة، أو استراتيجيات الاصلاحات بأكملها بحزب سياسي أو وزير صحة بالذات. فسواء كانت السياسة المطبقة جيدة أو سيئة فإنها تصبح عرضة للخطر الشديد. فعندما يغادر ذلك الوزير أو الحزب مكانهما في السلطة تنتهي تلك السياسة، ويحدث ذلك عادة قبل نجاحها أو فشلها، لأن الوزير المقبل أو الحكومة المقبلة نادرا ما يكونان على استعداد للعمل تحت شعار أسلافهم. فالتغير السريع في صفوف كبار المسؤولين السياسيين والبيئة المشحونة من الناحية السياسية يشكلان خطر يتهدد نجاح الحراسة (١١). ومن شأن ارساء قواعد الحراسة الجيدة أن يحد من تعرض توجهات سياسية معينة «لجاذبية الشخصية» وذلك بايجاد مجموعة مستنيرة من المؤيدين من الأطراف المؤثرة، وضمان توزيع الاهتمامات والمهارات والمعارف اللازمة للحفاظ على توجه سياسي ما توزعا واسع النطاق.

وكل ما تبقى من المهام المرتبطة بالحراسة يتعلق بتنفيذ السياسة، وليس برسمها وتعزيزها.

وضع القواعد وضمان الامتثال

يعد التنظيم، دون مباحة، من مسؤوليات وزارات الصحة، بل انه في بعض البلدان من مسؤوليات وكالات الضمان الاجتماعي التي تشمل تحديد القواعد التي تحكم سلوك الجهات ذات الصلة في النظام الصحي، وضمان الامتثال لتلك القواعد. وعملا بمهمتي رسم السياسات وجمع المعلومات، فإن التنظيم يشمل جميع الاجراءات الصحية والعاملين في الصحة، وليس ما يتبع لوزارة الصحة أو القطاع العام فحسب. وعلى الرغم من أن نظام الرعاية الصحية الرسمي غالبا ما يركز تحت ثقل اللوائح والقوانين، فلم تعتمد سوى القلة القليلة من البلدان (ذات الدخل المرتفع أو المتدني) الى وضع استراتيجيات وافية لتنظيم التمويل الخاص للخدمات الصحية وتقديمها. وتعتبر إعادة النظر في وضع مجموعة من الأساليب التنظيمية المتسقة ازاء مقدمي الرعاية من القطاع الخاص ومصادر التمويل الخاص، بما يتفق مع المرامي والأولويات الوطنية، مهمة ذات أولوية قصوى في معظم البلدان.

التنظيم كعامل مشجع أو مقيد. بما أن القطاع الخاص يضم العديد من الجهات الفاعلة المختلفة، فينبغي للسياسات الوطنية أن بدقة المجالات التي يتعين عليها فيها أن تتولى التشجيع والمجالات التي يجب عليها أن تفرض فيها القيود. وليس من المرجح أن يكون اتخاذ موقف واحد وحيد ازاء القطاع الخاص أمرا مناسباً. فمن ناحية التشجيع يمكن توفير حوافز واضحة

للممارسين من القطاع الخاص اما بيع الأصول العامة، أو منح القروض التفضيلية، أو تقديم قطع من الأرض على سبيل الهبة. ويمكن تقديم حوافز ضريبية للتشجيع على توفير الخدمات الخاصة، اما بأقل قدر من التنظيم الحكومي أو بدونه لسلوك أسواق مقدمي الخدمات. وقد أعادت الصين اضافة الصبغة القانونية على الممارسة الخاصة في الثمانينات وشجعت المشاريع المشتركة بين القطاعين العام والخاص في ملكية المستشفيات. وتقدم وزارة المالية التايلندية حوافز ضريبية للمستثمرين في المستشفيات الخاصة.

وفي مقابل ذلك، أقيمت في بعض الأحيان حواجز لا يستهان بها أمام دخول الأسواق، مثل فرض حظر قانوني على الممارسة الخاصة. وما زال ذلك ينطبق على كوبا كما كان عليه الحال فيما مضى في كل من اثيوبيا، واليونان (بالنسبة للمستشفيات)، وموزامبيق، وجمهورية تنزانيا المتحدة وعدة بلدان أخرى. وتوجد ما بين هذين النقيضين سياسات تسمح بدخول الأسواق بقدر من الحرية، نسبيًا، وتوفر حوافز متواضعة على ذلك، أو تفرض شروطًا محدودة على الراغبين في دخول سوق القطاع الخاص، بما فيها بعض معايير السلوك في الأسواق ومستوى ما من المراقبة والنفاد.

وكثيرًا ما تسعى الدوائر الحكومية الأخرى غير وزارة الصحة الى توفير حوافز لزيادة الفرص المتاحة للقطاع الخاص في مجال الصحة، كما يسعى الى ذلك المستثمرون من القطاع الخاص أنفسهم. وغالبًا ما تدعو وزارات المالية والتجارة والتنمية الى زيادة الاستثمارات الخاصة في الصحة بما يتفق مع الاستراتيجيات الاجمالية للتحرير الاقتصادي.

ويبدو أن لسياسات الترويج والتشجيع هذه وقعها، اذ تساهم في زيادة تمويل الخدمات وتقديمها من جانب القطاع الخاص (١٢، ١٣). لكنها أدت الى حدوث آثار جانبية خطيرة أيضًا: منها تزايد أوجه الظلم، وتفاوت نوعية الرعاية، وانعدام الكفاءة. ويجب أن تعرف وزارات الصحة مسبقًا الشروط التي تتطلبها كي تساهم هذه الاستثمارات في تحقيق مرامي

الاطار ٦-٤ القوامة: نظام الحسبة في البلاد الاسلامية

أقيم نظام الحسبة للاضطلاع بوظيفة القوامة في البلاد الاسلامية منذ أكثر من ١٤٠٠ سنة. ونظام الحسبة مؤسسة أخلاقية اضافة الى كونها اجتماعية اقتصادية، سبب وجودها هو الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر. ويمكن تصنيف وظائف المحتسب (قاضي الحسبة) في ثلاث فئات: تلك المتصلة بحق الله، وتلك المتصلة بحق العباد، وتلك المتصلة بحق الله والعباد.	الحديثة وايجاد النظام اللازم لضمان تمسك شتى القطاعات الاجتماعية بهذه المعايير. وكان أول محتسب في الاسلام امرأة تدعى الشفاء ولاها الحسبة في المدينة عاصمة الدولة الاسلامية الخليفة الثاني عمر بن الخطاب (رضي الله عنه) منذ قرابة ١٤٥٠ سنة خلت، وأنبطت بها سلطة مراقبة الأسواق. وتقلدت امرأة أخرى مهام الحسبة وهي سمرة بنت نهبك في مكة المكرمة، المدينة الثانية، اذ عينها الخليفة عمر نفسه. وكان للمحتسب أن يعين موظفين من أصحاب المهارات	لتقصي أعمال شتى الحرف والمهن والخدمات العامة، بما فيها الخدمات الصحية. وكان المحتسب يتلقى الشكاوى من أصحاب المظالم ويمكنه الأمر بأجراء تحقيقات فيها بمبادرة منه. وكان نظام الحسبة ينظم الخدمات الطبية أيضا. فقد اشترط على الأطباء وغيرهم من المختصين بالصحة اجتياز امتحان مهني وحيازة المندات اللازمة قبل الترخيص لهم بممارسة المهنة. وكان على المحتسب أن يضمن امثال الأطباء المزاويلن للمهنة للمعايير الخلقية وآداب المهنة، بما في ذلك تقديم	الخدمات بالعدل والقسطاس وحماية الصالح العام. وكان يجري، في مجال الخدمات الدوائية، اعداد المنشورات الفنية، بما فيها الدراسات التي تصف معايير ومواصفات مختلف الأدوية. وكذلك سبل ضمان جودتها. وكان هذا النظام يضم آليات للتفتيش وإنفاذ القواعد والقوانين. وقد خضع نظام الحسبة، شأنه شأن العديد من المؤسسات الأخرى، لتعدلات جذرية مع قدوم الاستعمار الغربي: فقد تم تحويل وظائفه الى دوائر مدنية وتقييد مضمونه الأخلاقي
---	---	---	--

قدم هذه النبذة المكتب الاقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

المصدر: Al-Shaykh al-Imam Ibn Taymiya. Public duties in Islam: the institution of the Hisba. Markfield, UK, The Islamic Foundation, 1985.

الكفاءة أو الجودة أو الانصاف التي ينشدها النظام الصحي، وكيفية الدفاع عن الرأي القائل بأن الصحة ليست مثل سائر القطاعات الأخرى.

أما الضرر الناجم عن الاساءات المرتكبة في السوق فمن العسير تداركها بعد فوات الأوان. ولعل الولايات المتحدة تشكل أفضل مثال موثق عن محاولة الجهات التنظيمية التي تسعى الى اللحاق بشركات التأمين الصحي الخاصة (١٤). وتمتع حكومات الولايات بسلطات واسعة لوضع القوانين واللوائح وتنفيذها وتطبيقها على شركات التأمين الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية بغية ضمان المنافسة النزيفة وكفالة الجودة وحماية المستهلك بصورة عامة من التسويق الاحتياطي. وقد استغرق وضع هذا الاطار التنظيمي سنوات طويلة لكنه ما زال أبعد ما يكون عن الكمال: فهو لا يكفل التأمين للجميع. وقد أسفرت تغييرات تنظيمية أدخلت مؤخرا عن تحسين سبل الحصول على التأمين الخاص لصغار أرباب العمل والأفراد ولكنها لم تؤد الى الحد من تكاليفه. وقد فتق ذهن أرباب العمل من القطاع الخاص عن شتى سبل الالتفاف على القواعد والأحكام، كي يخضعوها لسلطة القوانين الاتحادية الأقل صرامة. لكن هذا النظام يحول دون حدوث العديد من أشد الاساءات ضررا - أي قيام شركات تأمين لا تملك الملاءة المالية اللازمة أو شركات ليس لها أي وازع - كما أنه يساعد على تدارك العديد من أوجه الاخفاق أو القصور في السوق. وكان لشيلي وجنوب أفريقيا تجارب مماثلة في تنظيم ممارسات التأمين الصحي في القطاع الخاص. وقد غيرت جنوب أفريقيا مؤخرا قوانين سابقة تنطبق على النظم الطبية للحد من انتفاء المخاطر وزيادة تجميع المخاطر (انظر الاطار ٦-٥).

لكن شيلي لم تستطع فرض التزامات تعاقدية صريحة على شركات التأمين الخاصة أو حظر انتفاء المخاطر من جانب هذه الشركات، وذلك بالنظر الى النفوذ السياسي الذي تمارسه هذه الشركات وعملاؤها. واذ حصل تأخر كبير بين دخول السوق وانفاذ القوانين المتصلة بالسلوك في الأسواق، فإن التجربة توضح أن مهمة وضع هذه القوانين تصبح في غاية الصعوبة من الناحية السياسية (١٥، ١٦).

وهناك شكل أكثر اعتدالا من الحوافز على مشاركة القطاع الخاص تتمثل في ابرام عقود بين الجهات الرسمية التي تشتري الخدمات والجهات الخاصة التي تقدمها. ففي لبنان، مثلا، توجد نسبة ٩٠٪ من أسرة المستشفيات في مرافق القطاع الخاص وتوفر المنظمات غير الحكومية خدمات الاسعاف والرعاية الجواله لقرابة ١٠-١٥٪ من السكان، وخصوصا الفقراء منهم. وتلجأ وزارة الصحة، بحكم الضرورة، الى التعاقد مع جميع المستشفيات الخاصة تقريبا على عدد من الأسرة يتم تحديده سلفا لصالح المرضى من القطاع العام (١٧). لكن الحكومة لا تستخدم هذه الأداة التنظيمية لما فيه مصلحتها. فسياسات تعويض التكاليف تفسح المجال للاستشفاء غير الضروري والمبالغة في الافادة من الخدمات، مما يؤدي الى تصاعد التكاليف؛ كما أن المستشفيات الخاصة تعمل في بيئة غير منظمة الى حد كبير، مما يسفر عن استثمارات لا تخضع للمراقبة أو السيطرة. ويمكن أن يفضي ذلك بدوره الى ممارسة الضغوط لاستمرار الدعم المالي الحكومي، الذي من شأنه أن يبدو مبررا للمزيد من الاستثمار. ولا بد للقوامة أن تكفل اتساق الحوافز التي تنطوي عليها الرسائل التي تصدر عن كل مستوى من مستويات السياسة الرسمية.

التنظيم يقتضي توفير الموارد. تستدعي المراقبة التنظيمية والاستراتيجيات التعاقدية تكاليف معاملات باهظة بالنسبة لكل من الحكومات ومقدمي الخدمات أو شركات التأمين، مما يمكن أن يخفض من الوفورات المحتملة في التكاليف نتيجة تطبيق تلك الاستراتيجيات. وقد واكب التحرك الهادف الى الفصل بين الأدوار التي يضطلع بها مشطرو الخدمات ومقدموها في المملكة

المتحدة ونيوزيلندا قدر كبير من الاحساس بعبء هذه التكاليف (١٨). وكثيرا ما يؤدي انعدام الالتزام ونقص الأموال الى شل قدرة الحكومات على الاضطلاع بمسؤولياتها التنظيمية، القديم منها والجديد. مما يبين وجود حاجة ملحة بالفعل لبناء القدرات في مجال المهارات التعاقدية والمراقبة التنظيمية وذلك من خلال تعيين الموظفين المهرة وتدريب الموظفين الحاليين وتوفير المعونة التقنية لهم على حد سواء.

وكثيرا ما يذكر نقص الموظفين المهرة أو الموارد كسبب لوجود الأطر التنظيمية التي تجاوزها الزمن، أو تلك التي لا يتم تنفيذها على النحو الكافي (٤). لكن انعدام السلطة القانونية أيضا يشكل في بعض الأحيان أحد مواطن الضعف. ومن الأمثلة على ذلك أن سري لانكا رفعت في أواخر السبعينات الضوابط على الممارسة الخاصة من جانب الأطباء الحكوميين وحررت الاقتصاد بصورة عامة، مما أدى الى زيادة رأس المال المتاح (١٩). بيد أن وزارة الصحة لم تسجل بصورة كافية العدد المتزايد من مقدمي الرعاية من القطاع الخاص. ولم يكن لديها أية استراتيجية تنظيمية ولا موظفون مسؤولون عن العلاقات مع القطاع الخاص، كما كانت تفتقر الى السلطة القانونية الكافية للاضطلاع بالعديد من المهام. فالقانون الوحيد المدون كان يشترط تسجيل بيوت التمريض ولا يشترط تسجيل العيادات الخاصة أو الأطباء من القطاع الخاص. وهناك قانون معلق

الاطار ٥-٦ جنوب أفريقيا: تنظيم سوق التأمين الخاص لزيادة تجميع المخاطر

وجدت الحكومة التي تسلمت السلطة عام ١٩٩٤، عقب اجراء أول انتخابات ديمقراطية في جنوب أفريقيا، نفسها وقد ورثت قطاعا صحيا هو نسخة مطابقة لأوجه التفاوت والظلم التي سادت المجتمع كله. فقد استأثرت صناعة راسخة ومتطورة للرعاية الصحية الخاصة بنسبة ٦١٪ من الموارد المالية للرعاية الصحية، في الوقت الذي كانت تلبى فيه احتياجات ٢٠٪ فقط من الموسرين من السكان. وكانت الغالبية الساحقة من السكان تضطر الى الاعتماد على خدمات عامة سيئة التوزيع ومجزأة متناثرة ولا ترصد لها إلا القليل من المال. وقد كان من الطبيعي أن يفوق تصاعد التكاليف في القطاع الخاص معدل التضخم في معظم الفترة الممتدة من أواخر الثمانينات الى التسعينات. وقد واجه القطاع الخاص ذلك بالحد من المزايا، وزيادة المدفوعات المشتركة والاسراع في استبعاد الأفراد الذين يشكلون خطرا كبيرا من نطاق التغطية، مما زاد مشكلة الظلم تفاقمًا.

وكان رد الحكومة الجديدة على هذه التحديات سن تشريع جديد للمخططات الطبية بحيث تقدم رزم الحد الأدنى من المزايا وتزيد من تجميع المخاطر. وكانت المبادئ والغايات الأساسية لجوهر هذا القانون على الوجه التالي:

• **التصنيف المجتمعي.** حيث الأساس الوحيد الذي يقوم عليه السماح بتفاوت الأقساط المدفوعة لأي منتج أو خيار هو حجم الأسرة ودخلها. أما التصنيف على أساس المخاطر أو السن فقد حظره القانون.

• **الاستفادة المضمونة.** لا يجوز استبعاد أي شخص يستطيع تحمل تكلفة أقساط التصنيف المجتمعي استنادا الى عمره أو حالته الصحية.

• **زيادة تجميع المخاطر.** وضع حد أقصى للاشتراكات والمترجمات المسموح بها من خلال حسابات الادخار الطبية الفردية يكفل توجيه نسبة أكبر من الاشتراكات الى مجمع المخاطر.

• **تعزيز التغطية طوال العمر.** يجمع التصنيف المجتمعي مع الاستفادة المضمونة مع فرض جزاءات على الأقساط بالنسبة لأولئك الذين يختارون عدم الاشتراك في التأمين الا في مرحلة متأخرة من العمر، وذلك لايجاد حافز قوي على الانضمام الى مخططات التأمين مدى الحياة بأقساط يمكن تحملها.

• **المزايا الدنيا التي ينص عليها القانون.** ينبغي أن يكفل أي مخطط طبي التغطية التامة لتكاليف العلاج من قائمة محددة من الأمراض والاجراءات المتخذة في المرافق العامة، مما يخفف الى حد كبير من آثار القاء عبء المرضى على الدولة.

وقد عين وزير الصحة في عام ١٩٩٥ لجنة للتحقيق في هذا الصدد. وشكلت هذه اللجنة فريقا تقنيا صغيرا لاعداد لوائح جديدة بخصوص مخططات

التأمين الطبي. وأصدر الفريق أول وثيقة بحث له عام ١٩٩٦، كما أجرى مشاورات واسعة مع الأطراف المؤثرة الأساسية. وتواصل النقاش وتبادل الرأي حتى منتصف عام ١٩٩٧، عندما صدرت ورقة سياسة رسمية بهذا الشأن. وبعد مناقشات مكثفة ومفتوحة جرت خلال العملية التشريعية، صدر قانون المخططات الطبية الجديد واللوائح المرافقة له ودخلا حيز التنفيذ في ١ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٠، وذلك بعد ثلاث سنوات ونصف السنة من تشكيل اللجنة. وهناك مجموعة هامة ستستفيد من ذلك على الفور هي الأفراد المتسبون الى المخططات الطبية الذين يحملون فيروس الايدز اذ أنهم يستطيعون الآن الاستفادة من خدمات الرعاية التي تحصل على مساعدات مالية، بما في ذلك أدوية علاج الاصابات الانهزامية في حين كانوا يستبعدون في الماضي من ذلك أو أن حقوقهم في هذا العلاج كانت محدودة بمستويات متدنية جدا.

قدم هذه المعلومات ت. باتريك ماسوبي، وزارة الصحة، جنوب أفريقيا.

Reforming private health financing in South Africa: the quest for greater equity and efficiency. Pretoria, Department of Health, 1997.

منذ عام ١٩٩٧ ولم يتم بعد. لكنه تم تأسيس وحدة جديدة لتطوير وتنظيم القطاع الخاص تابعة لوزارة الصحة في عام ١٩٩٨.

وفي مصر، يعمل معظم الأطباء في الوقت ذاته لدى الحكومة وفي القطاع الخاص. ويفلت نتيجة ذلك معظم العمل الذي يؤدونه من المراقبة والتنظيم. وتنتشر هذه الممارسات على نطاق واسع أيضا في أمريكا اللاتينية. أما في الهند فقد تخلفت آليات رصد القطاع الخاص، ناهيك عن تنظيمه، عن نطاق توسعه، رغم مشاعر القلق المعرب عنها ازاء نوعية الرعاية المقدمة. ويعلم المهنيون الصحيون بوجود قوانين تتعلق بممارسة المهنة لكنهم يعلمون أيضا أن تنفيذها منقوص أو معدوم وأن الاتحادات المهنية، المسؤولة اسميا عن تنظيم نفسها، تعوزها الفعالية أيضا.

وعندما يلجأ مقدمو الخدمات من القطاع العام الى استخدام المرافق العامة بصورة غير قانونية لتقديم الرعاية الخاصة للمرضى الخاصين، فإن الأمر ينتهي بالقطاع العام الى اعانة الممارسة الخاصة غير النظامية. ويكاد يكون من المستحيل حظر الممارسة الخاصة من قبل العاملين الصحيين الذين يتقاضون أجورهم من الدولة حظرا كاملا، غير أنه يمكن اتخاذ عدة خطوات لضمان تنافس الممارسين الخاصين على أساس نزيه وعادل وعدم نجاحهم في الاضطلاع بوظيفتين على حساب الدولة (٢٠، ٢١). ويعتبر ضمان اطلاع المرضى والجمهور ووسائل الاعلام، اضافة الى مقدمي الخدمات، على القوانين عاملا هاما في تنظيم مزيج من القطاعين العام والخاص.

يمكن للخدمات الحكومية نفسها أن تكون أداة تنظيمية. تتخذ نظم توفير الخدمات الحكومية والتمويل الحكومي الفعال المزيد من الأهمية اذا سعت السياسة الحكومية الى تقييد نمو السوق الصحية الخاصة، أو الحيلولة دون انهيار الأسواق غير المرغوب فيه اذا كانت تنقصها الموارد. ويتعين على القطاع العام عندئذ أن يستجيب للاحتياجات المتغيرة للمستهلك، ولادخال التكنولوجيات الطبية الجديدة، وللتوقعات المعقولة للمهنيين الصحيين. بل قد يشكل أي قطاع عام متين أسس استراتيجية جيدة الى أبعد الحدود لتنظيم توفير الخدمات الخاصة وحماية المستهلك اذا ما ساعد على جعل القطاع الخاص أكثر قدرة على المنافسة من حيث تكاليف الخدمات وجودتها.

لكن القطاع العام هو الذي يعتبر في الغالب الأعم عاجزا عن المنافسة من حيث النوعية والقدرة على الاستجابة، رغم مجانية خدماته أو توفير الاعانات لها. واذا تدهور النظام العام أو عجز عن تحسين نفسه على الدوام، فإن قدرا كبيرا من الموارد والاهتمام سيهدر، بشكل قد يسبب أضرارا، على محاولة القبض على المخالفين في «السوق السوداء» حيث ان تزايد الرشاوى سيؤدي الى تفويض دعائم الانصاف والعدالة.

ان القوانين التي يندر تطبيقها ليست سوى دعوة الى التعسف. وقد أدرج المراقبة والتنظيم الأكثر صرامة لمقدمي الخدمات وشركات التأمين من القطاع الخاص على برامج العمل السياساتية في الكثير من البلدان. لكن التقدم في هذا الاتجاه بطيء الخطى ان لم يكن متعذرا. وهذا يعني ألا تكتفي البلدان بالنظر في أثر القطاع الخاص على القطاع العام ووضع الاطار التنظيمي للحد من الآثار الضارة المترتبة على ذلك فحسب، بل أن تلتزم التزاما مستمرا بانفاذ القوانين من خلال الاستثمار في معارف ومهارات الموظفين القائمين على عملية التنظيم أيضا. فقد خلصت دراسة أجريت في سري لانكا الى ما يلي: «ان بطء الاستجابة في الثمانينات يجعل من مهمة التنظيم في التسعينات أمرا بالغ الصعوبة: حيث ان نمو القطاع الخاص دون أي تنظيم أو رصد أوجد سياقاً سوقياً أوسع وأشد تعقيدا، ومصالح أكثر رسوخا لكل من مقدم الخدمات والمستفيد منها (١٩).

وعلى نقيض المصلحة الشخصية، فإن التنظيم الذاتي المهني يدعم الممارسات الجيدة. ويضطلع العاملون الصحيون، لدى انشاء أية منظمة مهنية، بعدة مهام أساسية في مجال القوامة - كتحديد الأعضاء والترخيص لهم، وتقاسم الخبرات، وتوفير التدريب أثناء الخدمة في بعض الأحيان. ويمكن أن يكفل تقديم مبالغ صغيرة من المال لهذه المنظمات توفر المعلومات الأساسية اللازمة عن مقدمي الرعاية غير الحكوميين، وخصوصا في حالات الرعاية الاسعافية، لوزارة الصحة. وفي عدة بلدان في شرق أفريقيا، حيث تعتبر المجموعات الدينية من أهم مقدمي الخدمات الصحية، تعتمد الهيئات التنسيقية المركزية غير الحكومية بالفعل الى القيام بهذا الدور. وتوجد الاتحادات الطبية الوطنية بكثرة، كما توجد اتحادات للممارسين التقليديين أيضا.

وتبين الاصلاحات الجارية في هولندا مؤخرا صعوبة عملية الموازنة بين التنظيم الأدق لحماية المستهلك وزيادة الانصاف، والأحكام الأكثر ليونة لاتاحة الفرصة للمزيد من المنافسة (انظر الاطار ٦-٦).

وقد نفذت بعض البلدان النامية سياسات تساعد على التأكد من أن يعمل الممارسون الخاصون لما فيه صالح الجمهور الأعم. وبالإضافة الى مثال جنوب أفريقيا الوارد في الاطار ٦-٥، فإن السياسة الدوائية الوطنية التي اعتمدها بنغلاديش في عام ١٩٨٢ تحظر استيراد كافة الأدوية غير الأساسية وبيعها. وكانت النتيجة حظر ١٦٦٦ منتجاً وجد أنها غير فعالة أو ضارة، في حين حظي ما يقارب ٣٠٠ منتج تقريباً بالموافقة على تسويقها. وتشرف الحكومة أيضا على نوعية الانتاج لدى جميع منتجي الأدوية. وتوفر التدريب لبايعي الأدوية بالتجزئة فيما يخص الاستعمال الرشيد للأدوية. «وبفضل الجمع بين اشراف القطاع العام والمبادرات الخاصة، أصبحت الأدوية الأساسية في متناول أعداد كبيرة من السكان [وتباع] المنتجات المحلية من الأدوية بأسعار معقولة وثابتة» (٢٢).

التنظيم يتطلب الحوار. تعتمد الحكومات في البلدان التي يكون اشرافها على القطاع الخاص أشد صرامة، الى «اقصاء» هياكلها التنظيمية في معظم الأحوال عن أفراد القطاع الخاص الخاضعين للتنظيم. وإذا لم تفعل ذلك فإن القطاع الخاص يمكن أن يقوض النظام من خلال «عملية الأسر التنظيمي» أي بجعل المنظمين ينضمون اليهم كي تصبح عملية التنظيم أكثر مواءمة لهم. لكن «الاقصاء» لا يعني انعدام الاتصال. ويعد الحوار بين صانعي السياسة العامة أو القائمين على التنظيم والقطاع الخاص عاملاً حاسماً الأهمية في نجاح عملية التنظيم. ولا يكفي

الاطار ٦-٦ فتح أبواب نظام التأمين الصحي في هولندا

يشترط نظام التأمين الصحي الجديد في هولندا، الذي أجاز العمل به في عام ١٩٩٠، لأول مرة على شركات التأمين الخاصة توفير رزمة منافع شاملة وموحدة. لكنه شجع المنافسة بمنح الأفراد اعانات تساعدهم على شراء خدمات التأمين الصحي الإلزامي من شركات تأمين متنافسة. وتلقى	شركات التأمين دفعات معدلة حسب المخاطر عن كل فرد من الحكومة وقسطاً موحداً منفصلاً من كل شخص مؤمن عليه. وكلمة ازدادت كفاءة شركة التأمين انخفض القسط الذي يدفعه المؤمن عليهم. كما سمح لشركات التأمين بالتفاوض على تقاضي رسوم أدنى من تلك التي يتقاضاها مقدمو	الخدمات والتي تم اعتمادها رسمياً، وهو أمر كان محظوراً فيما مضى. وأدى ذلك الى دخول شركات التأمين الصحي الخاصة السوق لأول مرة منذ عام ١٩٤١، وانكب كل من شركات التأمين ومقدمي الخدمات على تحسين النوعية، حيث أصبح ذلك محور المنافسة بين شركات التأمين وليس	التنافس على أسعار فحسب ^١ لكن النظام الجديد زاد من صعوبة الحد من أوجه الظلم المتعلقة بالصحة، حيث أن الأشخاص الأيسر حالاً يستطيعون الدفع مقدماً لشراء رزمة منافع أكثر شمولاً ^٢ .
---	---	---	--

^١ Van de Ven W, Schut F. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive insurance market? *Social Science and Medicine*, 1994, 39 (1): 1459-1472.

^٢ Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, UK, Open University Press, 1998.

أن تتمتع الحكومات بالنظر الثاقب كي تقوم بمهمة القوامة على نحو جيد بل يتعين عليها أن تصغي أيضا. والمجموعات التي تتمثل في كل من القطاعين العام والخاص يساهمون مساهمة ثمينة في وضع السياسات وصياغة الأحكام بتقييم سبل مساهمة أطراف القطاع الخاص في بلوغ مرامي السياسة العامة دون تعريض قدرتهم على النجاح في السوق الى الخطر. لكن العقبة في هذه العمليات تتمثل في أنها قد تؤدي الى ابطاء خطى الاصلاحات. وحتى اذا توفر الاشراف والتنظيم الفعالان فان أطراف القطاع الخاص يستطيعون اضعاف جهاز التنظيم بممارسة الضغط السياسي.

وفي الختام، فان العبر الهامة التالية لوضع الأطر التنظيمية من أجل السوق الصحية الخاصة واضحة لا لبس فيها.

- ينبغي ارساء الأطر قبل اجراء أي توسع مخطط ذي شأن من خلال الحوافز الاقتصادية وتنفيذها تنفيذا صارما حالما تبدأ الأسواق الخاصة بالتجاوب مع هذه الحوافز.
- يتعين اجراء استعراضات مستمرة للسياسات التنظيمية لضمان تمشيها مع الأوضاع السياسية المتغيرة.
- يتطلب كل من تحسين النوعية وزيادة سبل الحصول على الرعاية والنهوض بالكفاءة أدوات تنظيمية مختلفة.
- لا بد من أن يوجد القائمون على التنظيم نوعا من التوازن بين تجنب «عملية الأسر التنظيمي» من جانب المصالح الخاصة والحفاظ على الحوار البناء معها لضمان واقعية الأطر التنظيمية.
- حيثما تختار الحكومات تقييد أنشطة القطاع الخاص، فلا بد لها من التأكد من استجابة القطاع العام على نحو فعال لاحتياجات المستهلك.

ويتعين أن تلتزم الحكومات التزاما دائما بتطبيق اللوائح والقوانين بالاستثمار في المعارف والمهارات التي يتعين أن تتوفر لموظفي التنظيم كي يواكبوا التطورات في الأسواق.

التصرف بحكمة وتقاسم المعارف

ان القوامة تتطلب التحلي بالبصيرة وتوفر المعلومات وممارسة النفوذ. فدون تفهم كل ما يحدث في كامل القطاع الصحي فهما جيدا يتعذر على وزارات الصحة وضع أية استراتيجيات للتأثير في سلوك شتى المجموعات ذات المصلحة بطرق تدعم الأهداف الاجمالية للسياسات الصحية، أو على الأقل لا تتناقض معها.

ويتعين على أي نظام فعال للمعلومات يعطي صانعي القرارات الرفيعي المستوى امكانية تفسير المعلومات التي يتم تجميعها أن يكون انتقائيا. غير أنه يتعين استخلاص هذه المعلومات من المعارف على مستوى القاعدة. من هم مقدمو الخدمات الرئيسيين، وما نوع التحديات التي يشكلونها بالنسبة لمرامي السياسات الصحية؟ أين تكمن أوجه الخلل أو الاختناقات الرئيسية في انتاج المدخلات، وما هي الخيارات التي يبدو أنها أكثر ملاءمة من غيرها في مجال السياسة العامة؟ أين هي أهم مصادر التمويل وما هي الاستراتيجيات التي ستحقق دفعات مسبقة أكبر

وأكثر انصافاً؟ ما هي الاستخدامات الرئيسية للتمويل وما هي السياسات التي تكفل تخصيص الموارد على نحو أكثر كفاءة؟

إن معظم النظم الصحية تجمع كميات هائلة من المعلومات قد تعوق العمل. وقد تشمل هذه المعلومات الحسابات، وسجلات العاملين، والكشوفات، ودفاتر تسجيل حركة المركبات، والتقارير عن الأنشطة (اليومية، وحسب البرامج، والدوائر والأجنحة والوصفات والمرضى) في كل مرفق صحي، وسجلات المرضى. وتهدر في كل وزارة من وزارات الصحة آلاف ساعات العمل المكتبي كل شهر في توليف معلومات لا يتم استعمالها على الإطلاق. وتستوجب إحدى قواعد الإدارة العامة تقليص مقدار المعلومات المنقولة إلى المستويات الأعلى في النظام تقليصاً شديداً في كل مستوى.

وقد لا يحتاج، لأغراض القوامة، إلا إلى تقديم ملخصات دورية تبين المتغيرات عبر المكان أو الزمان. وقد تنكشف المعلومات المتصلة بتوزيع وعمل المدخلات الصحية للقطاع العام أو اعتمادات الميزانية عن تفاوتات كبيرة لا مبرر لها. ولكن عناصر المعلومات والتحليلات الناقصة هي أهم شيء بالنسبة للقوامة. ذلك أن البلدان المتوسطة الدخل التي تتوفر لها اليوم معلومات يمكن الركون إليها عن مستويات ومصادر التمويل أو تقديم الخدمات غير الحكومية في النظام الصحي إنما هي قليلة. وكما يتضح من المؤشرات الوطنية للحسابات الصحية الواردة في الجدول ٨ من الملحق، فإن هذه المعلومات توجد أكثر ما توجد في مثل هذه البلدان. ولا يعرف أي شيء يستحق الذكر في معظم البلدان عما ينتظره الناس من النظام الصحي أو عن هيكل أسواق مقدمي الخدمات غير الحكوميين المعقدة. وفي غياب هذه البيانات يستحيل وضع تقييمات للقدرة على الاستجابة والانصاف في مجال التمويل، أو القياسات الوسيطة مثل جودة الخدمات ومدى توافرها. وإذا لم تكتمل الصورة تماماً فستصبح ممارسة وظيفة القوامة أمراً متعذراً.

جمع المعلومات يتطلب توفير الموارد. تقتضي القوامة وجود نوع من المعلومات والفهم يختلفان عن ذلك الذي تستدعيه الإدارة اليومية لتقديم الخدمات. فهل ينبغي لوزارات الصحة أن تتولى جمعها؟ ليس هناك سبب للافتراض بأن التكاليف من الموارد والمهارات المترتبة على جمع المعلومات لأغراض القوامة تفوق ما تتطلبه نظم الإدارة الصحية التقليدية. ومن الطبيعي أن هناك ضرورة هنا لتوفر مهارات جديدة في ميدان التنظيم والتنسيق والاتصالات، لكن وزارات الصحة قد تتمتع بالفعل بعدة مزايا في هذا المضمار.

أولها أن انتشار الشبكة الوطنية من العاملين والإداريين الصحيين من القطاع العام على نطاق واسع يوفر الأشخاص ذوي المهارات القادرين على وضع قوائم حصر الموارد أو إجراء المسوحات. إذ أن بمقدور العاملين الصحيين على مستوى المنطقة وضع سجل مبدئي بمقدمي الخدمات غير الحكوميين على وجه السرعة. وثانيها أن وزارات الصحة تتمتع بسلطة إصدار التراخيص والشهادات لمقدمي الخدمات، وبالتالي يمكنها أن تكلف موظفيها بالاضطلاع بعملية التقييم. وثالثها أن العاملين الصحيين عادة ما يكونون على اتصال دائم مع السكان وفي موقف يمكنهم من طرح الأسئلة عليهم بخصوص المرامي العامة والتوقعات الشخصية. وهكذا تستطيع وزارات الصحة أن تكون مورداً هائلاً من الموارد الرامية إلى تحسين القوامة، بدءاً بالحرص على تحسين عملية جمع المعلومات عن النظام برمته.

غير أن وزارة الصحة ليست أفضل من يقوم بجمع المعلومات وتقاسمها. فمعاهد البحوث والأقسام الجامعية والمنظمات غير الحكومية (٢٣، ٢٤) وشركات الاستشارات المحلية أو الدولية

قد تستطيع أكثر من غيرها القيام بأعمال الجرد والمسوحات بسرعة ودقة. لكن الوزارات ستتضرر الى الاستعانة بما يكفي من المهارات فيما يتعلق بإبرام العقود والمراقبة لإدارة تلك الأعمال.

وتتطلب القوامة أيضا جمع المعلومات اللازمة للتأثير على السلوكيات ومجريات الأمور. فنشر المعلومات مثلا، يسهل رسم السياسات والتنظيم على حد سواء. كما يتيح للوزارات الفرصة لايجاد رأي عام مؤيد للسياسة الصحية، يمكنه التصدي لتأثير أصحاب المصالح الذاتية التي قد تساعد على سيادة عدم الكفاءة أو الفساد في النظام الصحي. كما أنه يساعد على وضع توجهات السياسة موضع النقاش العلني القائم على القرائن الموثوقة. ثم ان من شأن وجود استراتيجية لنشر المعلومات التقنية أن يشكل جزءا من برنامج بناء القدرات داخل النظام الصحي، وخصوصا داخل وزارة الصحة.

وينبغي أن يركز بث المعلومات على ابراز أهم وظائف القوامة للعيان، وذلك للاعلام والتشاور على حد سواء. ولم يجز تحديد الأولويات في المجال الصحي، الوارد بحثها في الفصل ٣، كموضوع للنقاش العام الا مؤخرا في عدد صغير من البلدان. وكثيرا ما يكون هذا النقاش صاخبا ومشوشا بسبب عدم تحديد قواعد له. ويتمثل دور وزارة الصحة في هذا الصدد في توضيح تلك القواعد: اذ يتعين أن يراعي تحديد الأولويات حجم عبء الأمراض ومردودية التدخلات المتاحة ونطاق الجهود المبذولة لمعالجة المشكلة. وبوسع الوزارات الاصغاء الى الأفضليات العرب عنها فيما يخص المعايير الأساسية لتحديد الأولويات، كما حدث في السويد وفي ولاية أوريغون بالولايات المتحدة (٢٥). اذ يمكن توضيح حقوق وواجبات شتى الأطراف باتباع استراتيجية لبث المعلومات بطريقة تسهل تحقيق أهداف السياسة العامة. حيث يمكن، على سبيل المثال، الاشتراط على أقل تقدير على مقدمي الخدمات في الحالات التي ينتشر فيها تقاضي

الاطار ٦-٧ حماية حقوق المرضى

شهدت نهاية السبعينات اعترافا مطردا، رغم بطء وتيرته، بحقوق المرضى، كاحترام كرامة الأفراد واستقلاليتهم.

وقد أدى التقدم السريع الذي أحرزته العلوم الطبية والصحية والتكنولوجيا الى مطالبة المرضى بالحصول على المزيد: ومع تزايد وعيهم بالأمور فأنهم بدأوا يؤكدون على أهمية حقوقهم في التعامل مع المهنيين. وبدأت حقوق المرضى تأخذ مساحات متزايدة باطراد في اللوائح التشريعية، وفي القوانين المتصلة بمواضيع محددة، أو في مجال حقوق المواطنين التي تشمل قطاعات أعم من الرعاية الصحية. وقد يمنح التنظيم المرضى حقوقا قانونية مباشرة في علاقاتهم مع مقدمي الرعاية الصحية، أو يساعدهم على تحسين وضعهم من خلال القوانين الادارية الصحية والشهادات الصادرة عن

المستشفيات على سبيل المثال. كما أن للتنظيم الذاتي - الترتيبات الطوعية التي تتخذ شكل مدونات سلوك أو عقود نموذجية يتم وضعها بالتعاون بين منظمات المستهلكين ومقدمي الرعاية الصحية - دورا يلعبه أيضا. فالقوانين تفتح آفاقا جديدة أمام التنظيم الذاتي: كالقوانين الاطارية بشأن الحياة الخاصة وطابع السرية، مثلا، التي قد تلزم المؤسسات بوضع مبادئها التوجيهية الخاصة بها لحماية البيانات المتصلة بالمرضى.

ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من الأساليب المتبعة في القوانين الوطنية بشأن حقوق المرضى. فقد سنت بعض البلدان قانونا شاملا وحيدا (مثل سان مارينو في عام ١٩٨٩، وفنلندا وأوروغواي في عام ١٩٩٢، وهولندا في عام ١٩٩٤، واسرائيل ولبنانيا في عام ١٩٩٦، والأرجنتين وأيسلندا

في عام ١٩٩٧، والدانمرك في عام ١٩٩٨، والنرويج في عام ١٩٩٩). وأدرجت بلدان أخرى حقوق المرضى في قوانين تنظم الرعاية الصحية أو في عدة قوانين تتصل بالصحة (مثل كندا (نيو برونزويك)، واليونان في عام ١٩٩٢، وفرنسا في الفترة ١٩٩٢-١٩٩٤، والنمسا في عام ١٩٩٣، وهونغ كونغ في عام ١٩٩٥، وبيلاروس وكندا (أونتاريو) في عام ١٩٩٦، وجورجيا وغينيا في عام ١٩٩٧ والولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩٩). وتبين أن المواثيق الخاصة بحقوق المرضى، والتي يتفاوت مركزها كسياسة وطنية أو كثيرا ما تجسد في لوائح مؤسسات الرعاية الصحية، أكثر ملاءمة للتقاليد التشريعية في بعض البلدان، مثل فرنسا (١٩٧٤-١٩٩٥)، وأيرلندا (١٩٩١)،

والمملكة المتحدة (١٩٩١-١٩٩٥) والبرتغال (١٩٩٧).

ويعتبر القبول المستنير، والاطلاع على السجلات الطبية وسرية البيانات من حقوق المرضى الراسخة. ويتم حاليا وضع قواعد جديدة أيضا لحماية البيانات الشخصية في بنوك البيانات الطبية أو نظم المعلومات المؤتمتة للمستشفيات. وفي السنوات الأخيرة أدى الحرص على حماية الحياة الخاصة الى صياغة أحكام جديدة من قبيل حق المريض في أن يتم اعلامه عندما يتم تسجيل بياناته الشخصية لأول مرة في بنك للمعلومات، والحق في تعديل أو ازالة البيانات غير الدقيقة أو غير الصحيحة. والحق في أن يعلم بكشف المعلومات للغير.

الأجور غير الرسمية لقاء الرعاية، الاعلان على الملأ عن التكاليف الكاملة للاجراءات الطبية ودعوة المرضى لتسجيل شكاواهم عندما يتم تقاضي أجور اضافية منهم.

ولقد اتخذت بلدان كثيرة بالفعل خطوات لضمان حقوق المرضى. كما ورد في الاطار ٦-٧. وحتى اذا لم تكن هناك أية قوانين فانه يمكن الترويج لفكرة حقوق المرضى والتزامات مقدمي الخدمات وازفاء مغزى عليها بفضل القوامة الفعالة. فحيثما تشجع ممارسات واجراءات معينة على نطاق واسع ويعرف بأنها ضارة فان مسؤولية وزارة الصحة، بصفتها قيما، واضحة في محاربة هذه الممارسات والاجراءات بالاعلام الجماهيري. وينبغي أن تكون مبيعات الأدوية من قبل باعة غير مسجلين ومخاطر المبالغة في وصف المضادات الحيوية وعدم التقيد بالجرعات الموصى بها جميعا خاضعة للقوامة العامة، وذلك بدعم فعال توفره حملات التوعية التي تستهدف مختلف الأطراف - كالمريض ومقدمي الخدمات المعنيين، والسلطات الصحية المحلية. ويوضح الاطار ٦-٨ الحاجة الى اتخاذ الاجراءات على مختلف المستويات بشأن أحد المدخلات الرئيسية وهو - المستحضرات الصيدلانية.

ويعتبر توفر المزيد من المعلومات التي تفسح المجال لاجراء مقارنات بين الموارد الصحية بالنسبة للفرد الواحد، ومدى بلوغ المرامي المتوخاة حسب المناطق الجغرافية طريقة لاسترعاء انتباه الجماهير الى الهواجس التي تتاب القيميين ازاء التفاوتات الممكن تجنبها. وبدون هذا الوعي

الاطار ٦-٨ نحو قوامة جيدة - مشكلة المستحضرات الصيدلانية

تعتمد معظم الاجراءات الصحية العلاجية والعديد من الاجراءات الوقائية على الأدوية. لكن الأدوية أيضا تتطوى على مصالح اقتصادية ضخمة. ففي البلدان الفقيرة تستأثر الأدوية بأكثر من ٥٠٪ من انفاق الأسر على الصحة. حيث تشكل المستحضرات الصيدلانية داخل الميزانيات الصحية الحكومية عادة، ثاني أكبر البند بعد الأجور. وفي البلدان الصناعية تزايد تكاليف الأدوية بنسبة تتراوح بين ٨٪ / ١٢٪ سنويا، وذلك أسرع بكثير من تزايد الأسعار الاستهلاكية. ويهتم العديد من الأطراف المؤثرة بالمستحضرات الصيدلانية: كالمنتجين (سواء منتجو الأدوية القائمة على البحوث أو الأدوية النوعية)، ومجموعات المستهلكين، والاتحادات المهنية، والوكالات المانحة، ومقدمي الخدمات على اختلاف أنواعهم وشتى الدوائر الحكومية.

ولا بد للنظام الصحي أن يجعل الأدوية الأساسية في متناول من هم بحاجة اليها ويتكلفة مسورة، وأن يضمن جودة هذه الأدوية وكذلك استخدامها بطريقة سليمة من الناحية العلاجية وذات مردودية في أن واحد. ولبلوغ هذه الغايات يجب على الحكومة المركزية أن تتطلع بالمهام الأساسية التالية:

- ضمان جودة الأدوية من خلال التنظيم الفعال بما في ذلك نظم الموافقة على الطرح في الأسواق وضمان الجودة والترخيص للمهنيين وفتح المرافق؛
- ضمان اتاحة الأدوية الأساسية للفقراء والمحرومين بتكلفة مسورة، وضمان الموارد الكافية لتمويلها؛
- شراء الأدوية الأساسية لمقدمي الرعاية في القطاع العام، أو اقامة هيئة مركزية تعنى بالمناقصات فيما يخص عقود البيع أو التسليم الحصرية للمستويات الاقليمية وما دونها؛

- الحاجة لوجود لوائح وبرامج التدريب والحوافز المالية لتشجيع على الاستخدام الرشيد للأدوية في القطاع الخاص.
- وينبغي أن تركز الأسرة الدولية على ادراج المشكلات الصحية المهمة التي تعاني منها أقر البلدان في العالم على برامج صناعة الأدوية، والقصد من اليات مثل مبادرات التحالف العالمي بشأن اللقاحات ومشروع أدوية الملاريا هو أن تحقق ذلك.
- أما في ميدان المستحضرات الصيدلانية وهو ميدان معقد من الناحية التقنية والسباسبية، فقد تحتاج الوكالات الخارجية للإرشاد بخصوص أفضل أنواع الدعم الممكن تقديمه للبلدان النامية وذلك من قبيل توفير المبادئ التوجيهية لممارسات تقديم الهبات الدوائية الجيدة بغية زيادة فائدة الأدوية المؤهوبة الى أقصى حد ممكن.

- وضع ودعم برنامج وطني لتعزيز استخدام العاملين الصحيين وعامة الناس للأدوية على نحو رشيد يحقق المردودية؛
- تنسيق أنشطة جميع الأطراف المؤثرة من خلال وضع سياسة وطنية وتنفيذها ورصدها.
- وتشمل القوامة الجيدة على المستوى الدولي دعم الحكومات في الاضطلاع بهذه الأدوار الأساسية. كما أن الدعم الخارجي قد يفيد في المجالات التالية:
- حاجة المنظمات غير الحكومية، وشبكات المهنيين والمستهلكين والهيئات الدينية والجامعات ومقدمي الخدمات من القطاع الخاص للدعم بالمعلومات والتدريب على الإدارة؛
- حاجة صناعات المستحضرات الصيدلانية الوطنية للتدريب والدعم والاشراف فيما يخص ممارسات التصنيع الجيدة؛

القائم على معلومات موثوقة فإن الحكومة ستحرم من حصن منيع ضد قلة الكفاءة والفساد الذي يتخذ شكل الدفاع عن المصالح الشخصية أو المهنية .

وتبين دراسة جرت مؤخرا لتحليل مبادرات اتخذت في الهند من جانب حكومات ولايات دلهي والبنجاب وراجستان لاستقطاب المستثمرين من القطاع الخاص في مشاريع مشتركة لبناء المستشفيات الدور الذي تلعبه مهام القوامة (٢٦) . حيث باءت المخططات الثلاثة ذات الصلة بالفشل ولم تؤد الى قيام أي مشروع مشترك . وقد تركت عدة عوامل مختلفة أثرها في كل حالة من الحالات ، لكن التقرير المتعلق بهذا الأمر يحدد أوجه الاختلاف في كل من مهام القوامة المشار إليها أعلاه في شرح الموضوع برمته . ويحدد التقرير على وجه خاص ما يلي :

- قصور السياسة المتبعة في كل ولاية بخصوص دور القطاع الخاص؛
 - قلة التشاور مع الأطراف المؤثرة المعنية وعدم وجود آليات تنسيقية بين الأطراف المعنية؛
 - عدم وجود آلية تنظيم تنطبق على مقدمي الرعاية من القطاع الخاص أو ضعفها أو قصورها؛
 - عدم فعالية رصد الأداء وترتيبات تقاسم المعلومات ، مما يجعل الشراكات بين القطاعين العام والخاص قليلة الكفاءة وباهظة التكاليف .
- وقد تبين أن المهارات اللازمة للاضطلاع بهذه المهام كانت غير متوفرة في وزارات الصحة في الولايات الثلاث كلها .

من يتحمل المسؤولية عن الاستراتيجيات والأدوار والموارد؟

تناولت الأجزاء السابقة ثلاث مهمات أساسية من مهام القوامة والدور الرئيسي الذي تضطلع به وزارة الصحة في ضمان تنفيذها . ويتطرق هذا الجزء من التقرير الى طريقة تنفيذ تلك المهام ، والمساهمات التي قد تسهم بها المجموعات والوكالات الأخرى في عملية القوامة العامة .

وتضم النظم الصحية «الافتراضية» ، كما ورد الحديث عنها في الفصل ٣ ، العديد من الجهات المستقلة وشبه المستقلة في مختلف قطاعات الاقتصاد ، اضافة الى أولئك الذين يخضعون بصورة مباشرة للسلطة الكاملة لوزارة الصحة . ولا تصلح المهارات والاستراتيجيات التي طالما حكمت البيروقراطيات الرسمية للقوامة على النظم الصحية المعاصرة . اذ تقتضي الضرورة توفر المهارات التنظيمية والتحليلية والتفاوضية لممارسة القوامة على هذه النظم . والنظم «الافتراضية» تبقى متماسكة الأجزاء بفضل رؤية مشتركة في مجال السياسة العامة والمعلومات ، ومن خلال شتى ترتيبات التنظيم والحوافز الهادفة الى المكافأة على بلوغ المرامي والمعاقبة على الاحتكار ، والتقصير والغش . ويساعد وجود مجموعة مستنيرة من المستهلكين على ابقاء هذه النظم الصحية متماسكة الأجزاء .

وتتطلب القوامة الجيدة التشديد على التنسيق والتشاور والاتصال القائم على القرائن . ولا بد أن تتوفر لوزارة الصحة صورة كاملة مكتملة لما يحدث بغية فهم التحديات الرئيسية التي تحول دون تحسين الأداء . ولعل أفضل وسيلة لضمان المشاركة المبدئية لمختلف الوزارات (التعليم ، والمالية ، والنقل) على نحو فعال هي الحكومة ككل ، بدلا من الأساليب الثنائية التي تتبعها وزارة الصحة ، لكن هذه الأخيرة ستحتاج الى توفير القرائن ومواصلة الحوار في هذا الصدد . ويمكن

لوزارة الصحة أن تتعلم الكثير من تغيّر الممارسات المتبعة في جهات حكومية أخرى، حيث سبق أن طرأ بالفعل تغيّر كبير على الأدوار الرسمية. وتشكل التجارب الدولية ذات الصلة مصدرا رئيسيا للعبر المحتملة التي يمكن تعلمها.

ولا بد لوزارة الصحة من أن تصغي الى أكثر من صوت واحد وأن تدافع عن القضية الرسمية بخصوص الأولويات والاستراتيجيات بقوة وبطريقة ابتكارية. كما يتطلب ضمان تنفيذ وتفويض القوامة معرفة وزارة الصحة لجميع الأطراف الفاعلة في المجال الصحي. واقامة حوار منتظم معها. وقد اقتضت الضرورة أحيانا اجراء دراسات خاصة (٢٦) لتقييم نطاق الممارسات الخاصة في المجال الصحي ومضمونها.

ولا بد أن تتوافر لوزارة الصحة أيضا وسائل واستراتيجيات الاتصال لضمان اطلاع وسائل الاعلام على مرامي النظام الصحي وتقدمه أو المصاعب التي تواجهه. وتضم بعض وزارات الصحة مكاتب مسؤولة عن الاتصالات وشتى الجهات الفاعلة الصحية من القطاع الخاص وبوسائل الاعلام، وعن العلاقات مع المستهلكين والقطاعات العامة الأخرى. ففي تجربة تايلند، على سبيل المثال، ما يدل على أن استخدام وسائل الاعلام الوطنية ببراعة كافية يضمن لوزارة الصحة العمومية القدرة على توسيع نفوذها باستخدام الدعم الذي يؤمنه ذلك استخداما حصيفا (انظر الاطار ٦-٩).

وغالبا ما يلقي عنصر التشاور الكثير من الاهمال في عملية وضع السياسات، سواء لدى صياغتها أو تنفيذها. وقد أسفر تجاهل التشاور عن قيام حملة معارضة جماهيرية استهلها اتحاد الأطباء البريطانيين للاصلاحات التي اقترحت حكومة السيدة تاتشر ادخالها على النظام الصحي القومي في بريطانيا عام ١٩٨٩ (٢٧).

وشرعت كينيا في تطبيق سياسة تقاسم التكاليف مع زيادة الأجور التي يدفعها المستهلكون زيادة كبيرة في كانون الأول/ ديسمبر ١٩٨٩. ونشرت الصحف عددا من قصص الأسى والحرمان التي أسفر عنها تقاسم التكاليف. فصدر في آب/ أغسطس من العام التالي أمر رئاسي بالتخلي عن هذه السياسة. ومن ثم أعيد العمل بسياسة تقاضي الأجور على مراحل، وذلك بدءا بالمستشفيات المتخصصة، مع التركيز بصورة مطّردة على تدريب الموظفين وتوعية الجمهور (٢٨). واستفادت اصلاحات النظام الصحي في جمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا من التجربة الكينية، حيث بذل هذان البلدان جهودا جبارة لضمان مناقشة برنامج الاصلاح مناقشة علنية، كما أشرك العاملون الصحيون في اتخاذ القرارات المتعلقة بعملية الاصلاح (٢٩). ويستشهد عموما بنظام فنلندا المتمثل في انتخاب المجالس الصحية البلدية بصورة ديمقراطية كمثال ناجح على كيفية ضمان مشاركة المواطنين والتمكين في مجال الصحة (٣٠).

ولعل من الحصافة، لتحسين المعلومات الضرورية للقوامة في الكثير من الحالات البدء باستعراض الاحتياجات الأساسية من المعلومات لرصد الأداء، ووضع استراتيجيات لتحسين جمع البيانات، واستعراض الخطوط السياسية العريضة ومضمونها، واستعراض الترتيبات التنظيمية والتشجيعية الحالية، وارساء قواعد عمليتي التنسيق والاتصال. ولا تكفي الاستثمارات الضخمة في نظم المعلومات الادارية بحد ذاتها لتحسين القوامة. اذ لا بد من توفر استراتيجيات الدعوة أيضا للتأثير على القطاعات الحكومية الأخرى والجهات الفاعلة في النظام الصحي غير الحكومي. ولا بد أن يكون نطاق التنظيم واسعا بما فيه الكفاية ليستقطب المستهلكين ومقدمي الرعاية من القطاع الخاص والاتحادات المهنية ووكالات المساعدات الخارجية ويعبر عن آراء تلك الجهات.

ان تحسين قاعدة المعلومات من أجل السياسة العامة يضيف قوة لا يستهان بها على عملية الاتصال. وقد يتطلب ذلك من وقت لآخر زيادة وجود وزارة الصحة في الميدان على نحو أبرز — في تعاملها مع وزارة المالية، أو مع الجهات المانحة مثلا. غير أن بمقدور وزارة الصحة ايصال رسالتها على نحو أكثر تأثيرا عندما تستخدم وسائل أخرى مثل الصحافة والتلفزيون والاذاعة والمؤسسات الجامعية والمجموعات المهنية أو اتحادات المستهلكين لهذا الغرض. وينبغي أن تعترف وزارة الصحة بكل أولئك الذين تشكل المكاسب الصحية الدافع الأول لديهم — سواء كانوا من القطاع العام أو الخاص — بوصفهم شركاءها في النظام الصحي. حيث يعتبر الاتصال المنتظم أحد الوشائج التي تحفظ تماسك هذا النظام.

أما كثرة الشركاء العاملين في القطاع الصحي فتدفع على طرح هذا السؤال الهام: من الذي يؤدي مختلف الأعمال؟

لقد كرس القدر الأكبر مما سبق أعلاه للدور المنوط بوزارة الصحة. لكن السياق المحلي والقضية ذات الصلة هما اللذان يحددان هوية الأطراف المؤثرة — أي من الذي يمكن أن يستفيد أو يخسر من اتباع سياسة معينة. ويعتبر السعي الى دعم الأطراف المؤثرة وتأييدهم أحد المهام البارزة لوزارة الصحة. فالجدوى السياسية لأية سياسة عامة تتوقف على قوة الأطراف المعنية، وعمق التزامهم وعددهم (٣١). ويتعين ألا يغيب ذلك عن بال وزارة الصحة بصفتها الوكالة المسؤولة عن صياغة السياسة وتوجيه عملية تنفيذها.

ففي القطاع العام، تعد منظمات الضمان الاجتماعي ونظام التعليم من بين أبرز الأجهزة التي يؤثر عملها على الصحة. وبمقدور وزارة الصحة التأثير عليها اما بالتعامل معها مباشرة، أو بالعمل من خلال قنوات سياسية أرفع لضمان دعم ممارسات الأجزاء الأخرى من القطاع العام للسياسات الصحية وليس التضارب معها.

الاطار ٦-٩-٦ تايلند، دور وسائل الاعلام في القوامة على النظام الصحي

وتعكس وسائل الاعلام تذرُّ الناس من الرعاية في المستشفيات الحكومية والخاصة. وفي الوقت ذاته ينسق معهد بحوث النظم الصحية أعمال محفل وطني بشأن تحسين نوعية الرعاية في المستشفيات واعتمادها وبطالبتشكيل هيئة مستقلة لاعتماد المستشفيات واصدار التراخيص لها. كما ينفذ المعهد برنامجا لتوجيه الصحفيين الراغبين في التخصص في المجال الصحي. وعليه فان وسائل الاعلام التايلندية تلعب دورا هاما في ممارسة القوامة على النظام الصحي، بصفتها مقدمة للمعلومات وعامل تغيير يربط بين الجمهور عموما ومجموعات المستهلكين والمنظمات المهنية والحكومة في تحسين صحة السكان عن طريق المشاركة.

المطاف الى ايجاد مجتمع تايلندي متحرر من التدخين. وتعد حوادث الطرق أهم أسباب الوفاة في تايلند. وقد نجحت الرسائل المكثفة التي تبثها الاذاعة والتلفزيون خلال الفترات التي يشتد فيها ازدياد السير في الحد بصورة ملحوظة من الوفيات والاصابات في السنوات الأخيرة. كما تغطي القنوات الاذاعية أنشطة صحية أخرى مثل اللياقة البدنية والقوت الصحي والأدوية التقليدية بتقديم معلومات متوازنة تستند الى القرائن. وأوجدت وسائل الاعلام والمنظمات غير الحكومية خدمات استشارية تتعلق بالابنز والعدوى بفيروسه، كما افتتحت وزارة الصحة العمومية خطا هاتفيا للتوعية فيما يتعلق بالكرب والحيلولة دون حوادث الانتحار، وخطا هاتفيا ساخنا يهدف الى حماية المستهلك.

على رسم عدة سياسات صحية أساسية. ويقوم مجلس الصحفيين بوضع معايير آداب المهنة وتشجيع الاعلام الجماهيري المتوازن في وسائل الاعلام. وتساعد الاستطلاعات المنتظمة للآراء على ايجاد روابط فعالة بين الجمهور وصانعي السياسات.

وتتمتع وزارة الصحة العمومية بتاريخ عريق في استنهاض العديد من الأطراف المؤثرة، بما في ذلك الصحافة ووسائل الاعلام الاذاعية. وقد أفلحت الجهود المبذولة مؤخرا في تعبئة الهيئات الطبية والمنظمات غير الحكومية لممارسة ضغوط شعبية مستديمة على الحكومة كي تصدر قانونين هامين هما: قانون مراقبة منتجات التبغ (١٩٩٢) وقانون الحماية الصحية لتغير المدخنين (١٩٩٢). ويهدف هذا الاطار القانوني الى التوصل في نهاية

بدأت تايلند تحولها نحو مجتمع أكثر انفتاحا ونجوايا مع الأحداث. ويفسح دستور عام ١٩٩٧ المجال واسعا للمشاركة الديمقراطية التامة للأفراد والمجتمع المحلي والمدني. ويمنح قانون التنظيم الرسمي (١٩٩٩) الوحدات الحكومية الاستقلال الذاتي، وذلك بالتعاون الوثيق مع المجتمع المدني. كما تمنح عدة مستشفيات حكومية وضع الاستقلال الذاتي. وتشكل المستشفيات الحكومية المتبقية حاليا مجالس تتألف من أعضاء عادين محليين.

ويزيد قانون الاعلام الرسمي (١٩٩٨) من تعزيز الشفافية والمساءلة المجتمعية لضمان حقوق المواطنين في الاطلاع على المعلومات الرسمية. وقد لعبت وسائل الاعلام في وسط هذه الاصلاحات دورا هاما في تجسيد احتياجات العامة، وساعدت

وحيثما يكون الدافع وراء أنشطة القطاع الخاص هو تحقيق المكاسب الصحية، مثل بحوث المستحضرات الصيدلانية وتطويرها، أو التكنولوجيا الطبية، أو سلامة المركبات، فيتعين أن تضمن وزارة الصحة على أقل تعديل ادراج تلك الشركات في استراتيجياتها للاعلام والاتصال. وعندما تكون هذه المدخلات متداولة في التجارة الدولية فيتعين على المنظمات الاقليمية والعالمية المعنية بالصحة دعم دور القوامة الذي تضطلع به وزارات الصحة بالجمع بين الحكومات والصناعة وممثلي المستهلكين، وترويج المبادئ التوجيهية للممارسات الجيدة، وتوفير المعلومات والرصد واجراء المقارنات على المستوى الدولي.

وكثيرا ما توفق المنظمات الدولية في القيام بدور أهم بكثير في مجال التنظيم الذاتي. وبمقدور وزارة الصحة، اذا توفر لها الدعم الحصيف، أن تساعد الهيئات المهنية على تحمل جزء من مسؤولية القوامة مثل اصدار التراخيص وفحص أوراق الاعتماد والتدريب أثناء الخدمة.

أما حماية مصالح المستهلكين في مجال الصحة في البلدان فهي دون المستوى مهما كان مستوى تنميتها. الا أنه برزت في بلدان مثل كندا ونيوزيلندا والسويد حيث تولي الحكومات عناية كبرى بالمعلومات الصحية، فقد برزت مجموعات مستهلكين ملتزمة وقوية عدديا. ومع أنها قد تعارض وزارة الصحة بخصوص بعض القضايا، فان موقف المستهلكين المنظمين بالنسبة لقضايا أخرى سيدعم موقف الوزارات في التعامل مع مقدمي المدخلات أو المجموعات المهنية. وتتيح استراتيجيات الاتصال الحديثة الاطلاع بسرعة ويسر على المعلومات الصحية بأشكال تلائم غير المختصين: ويتعين على الوزارة أن تبادر الى اتاحة هذه الموارد للجمهور.

وتتحمل الوكالات الخارجية، الرسمية منها وغير الحكومية سواء بسواء، مسؤوليات خاصة فيما يتعلق بالقوامة. وهذا التقرير موجه اليها والى خبراءها الاستشاريين علاوة على راسمي السياسات. فالوكالات الخارجية تضطلع بولاية مزدوجة: حيث انها مسؤولة أمام رؤسائها وجمهورها المحليين اضافة الى حكومات البلدان التي تعمل فيها. وقد كان التركيز على مشاريع مكتملة ذاتيا حلا وسطا ساعد على الاضطلاع بهذه الولاية المزدوجة على مدى سنين طويلة. فقد وجدت الجهات المانحة في المشاريع طريقة سهلة لتعريف مواطنيها المحليين بالأعمال التي تقوم بها، كما أن المشاريع التي يحسن اختيارها كانت تلبى حاجة تنمية ذات أولوية بالنسبة للبلدان المضيفة. ومنذ أن بدأ الدعم يتخذ، في الثمانينات، شكلا أكثر شمولية بفضل اعتماد برامج ثم أساليب قطاعية فقد أصبح من الأسير على الوكالات الخارجية أن تساعد الحكومات في الوفاء بمسؤولياتها في مجال القوامة. وأصبح لبعض الجهات المانحة الآن رأيها وقولها في وضع السياسات والاستراتيجيات وأخذت تتخلى عن حقها في اختيار مشاريع انمائية بعينها مقابل شراكة أكمل مع الحكومات المتلقية للمعونات (٣٢).

وبالنظر الى ما تتمتع به الوكالات الخارجية من معارف وموارد تقنية فان بمقدورها ضمان الاعتراف بمهام القوامة، والتأكد من امكانية اعطاء الأولوية في مجال التمويل، لتطوير المهارات اللازمة لممارسة أعباء هذه الوظيفة. وبما أن القوامة هي جوهر المسؤولية الرسمية الذي لا يمكن اختزاله أو الانتقاص منه فان على الحكومات أن تضطلع بهذا العمل وأن تؤديه على الوجه الصحيح. وبدون القوامة تصبح التجاوزات المرتكبة في الأسواق واستبعاد المستهلكين الفقراء خطرين مائلين على الدوام.

وعلى الوكالات المانحة ألا تزيد من صعوبة الاضطلاع بدوره بالتصرف على نحو شبه مستقل. فالجهات المانحة – الكثيرة العدد والتي يشتد حرصها في الغالب على أخذ مشاغلها

بعين الاعتبار في السياسات المرسومة - يمكن أن تجد نفسها بمنتهى السهولة على طرفي نقيض مع بعضها البعض ومع الحكومات، مما يزيد من صعوبة رسم توجهات واضحة في مجال السياسة العامة (٣٣). ويشكل مفهوم الأساليب القطاعية النطاق في هذا المضمار نموذجا يبشر بالخير. إذ أنه يضع مقاليد الأمور في يد الحكومات ويؤسس لحوار حول الأولويات والاستراتيجيات وخطط التنفيذ المشتركة.

ما هي التحديات المطروحة؟

ان الكثير من البلدان هي أبعد ما تكون عن تحقيق امكاناتها، وأغلبها لا يبذل جهودا كافية لتحقيق القدرة على الاستجابة والعدالة في مجال التمويل. وهناك مواطن قصور خطيرة في أداء واحدة من الوظائف أو أكثر في كافة البلدان تقريبا.

وتؤدي هذه النواقص الى أعداد كبيرة من الوفيات وحالات العجز التي يمكن تفاديها في كل من هذه البلدان، كما تؤدي الى معاناة لا داعي لها، والى حدوث ظلم وجور ولا مساواة ونكران للحقوق الأساسية للأفراد. وأكثر المتضررين في هذا الصدد بدون شك هم الفقراء الذين يتفاقم فقرهم بانعدام الحماية المالية من المرض.

وتتملك كل النظم أعدادا لا تحصى من ذوي المهارات والمتفانين في عملهم على جميع المستويات الذين همهم هو تحسين صحة مجتمعاتهم. وليس هناك من يجادل في أن النظم الصحية عموما قد ساهمت مساهمة ضخمة بالفعل في تحسين صحة معظم سكان العالم خلال القرن العشرين. وهذه النظم تملك، مع بداية القرن الجديد، القوة والقدرة على تحقيق المزيد من التحسينات الهائلة.

الا أن النظم الصحية يمكن لها أيضا أن تسيء استعمال سلطتها وأن تبدد امكاناتها. فالنظم الصحية ذات الهياكل الهزيلة والادارة السيئة والتنظيم القاصر والتمويل الناقص يمكن أن تسبب أضرارا تفوق ما تجلبه من منافع.

والحكومة هي المسؤولة، في نهاية المطاف، عن الأداء الاجمالي للنظم الصحية في بلد ما ولكن يتعين عليها بدورها أن تشرك كل قطاعات المجتمع في عملية القوامة. ذلك أن رعاية السكان صحيا وتحمل المسؤوليات في هذا المجال هو من صميم مهمة القوامة. فصحة السكان أولوية وطنية على الدوام: ومسؤولية الحكومة عنها مستمرة ودائمة.

ولا بد من أن تتبوأ المراقبة والتنظيم الصارمين لمقدمي الخدمات وشركات التأمين من القطاع الخاص مكان الصدارة في سلم السياسات الوطنية. ويجب أن تميز السياسات السليمة بين مقدمي الخدمات (من القطاعين العام أو الخاص) الذين يساهمون في بلوغ المرامي الصحية، وأولئك الذين يتسببون في حدوث أضرار أو لا يتركون أي أثر على الاطلاق، وأن تشجع وتعاقب وفقا لذلك. ويتعين مراقبة السياسات الرامية الى تغيير التوازن بين استقلال مقدمي الخدمات وخضوعهم للمساءلة لمراقبة دقيقة من حيث أثرها على الصحة وقدرتها على الاستجابة وتوزيعها للعبء المالي.

ومن الضروري أن تتوفر للمستهلكين معلومات أفضل عما ينفع صحتهم أو يضر بها، وأسباب عدم تلبية كافة توقعاتهم، غير أن لهم حقوقا يتعين على جميع مقدمي الرعاية احترامها. ومع ذلك فإنه لا تتوفر حماية فعالة لمصالح المستهلكين في مجال الصحة في البلدان على مختلف

مستويات التنمية فيها. وينبغي تشجيع فكرة حقوق «المرضى» وإنشاء آلية لتقصي انتهاك هذه الحقوق بصورة سريعة ونزيهة.

ان أوضح السبل لزيادة الأخذ «بالدفع المسبق» هو رفع مستوى التمويل الرسمي للصحة، لكن هذا الأمر صعب بالنسبة للبلدان الفقيرة ان لم يكن مستحيلا. وعلى الرغم من ذلك فان باستطاعة الحكومات تشجيع مختلف أشكال الدفع المسبق – سواء كان يرتكز على الوظيفة أو المجتمع المحلي أو مقدمي الخدمات – كجزء من عملية التحضير لتوحيد المجمعات الصغيرة وتحويلها الى مجمعات أكبر حجما. وعلى الحكومات أن تنهض بالتصنيف المجتمعي، ورزم المنافع المشتركة وقابلية تنقل المنافع بين شتى المخططات، واستخدام الأموال العامة لتشمل الفقراء في هذه المخططات. وتعد مخططات التأمين الرامية الى زيادة عدد الفقراء فيها طريقة جذابة لتوجيه المساعدات الخارجية في مجال الصحة، الى جانب الإيرادات الحكومية. وتقتضي الضرورة وجود قوامه يقظة لقطع الطريق أمام انتفاع المجموعات الأقل تعرضا للخطر والأيسر حالا من هذه المخططات.

وهناك حاجة للفصل بين تحصيل الإيرادات والدفع وقت الاستفادة من الخدمات في معظم البلدان المنخفضة أو المتوسطة الدخل، مما يفسح المجال لتوفير الجزء الأكبر من التمويل في مجال الصحة عن طريق الدفع المسبق. وتسمح زيادة تجميع الأموال بمساعدة الأغنياء للفقراء ومساعدة الأصحاء للمرضى. ويتعين تصميم استراتيجيات توزيع المخاطر في كل بلد بهدف الزيادة من حجم هذه المساعدات المتبادلة. وينبغي إعادة تنظيم الدفعات التي يتلقاها مقدمو الخدمات بجميع أنواعهم لتشجيع هؤلاء على التركيز على بلوغ مرامي النظم الصحية بتوفير تدخلات ذات مردودية لمن يشكون من اصابات شائعة يمكن تفاديها أو علاجها.

أما على الصعيد الدولي، فيتعين حفز الشركات التي تتولى بحوث وتطوير المستحضرات الصيدلانية واللقاحات وكثير منها شركات خاصة على التركيز على الأولويات الصحية العالمية بدلا من التركيز حصرا على استنباط منتجات معدة «للمرفهين من السكان».

وهناك أوجه خلل خطيرة ومتزامنة في بلدان كثيرة في مجال الموارد البشرية والمادية، والتكنولوجيا والمستحضرات الصيدلانية. فهناك عدة بلدان لا تملك الا قلة قليلة من العاملين الصحيين المؤهلين في حين يتوفر لغيرها أكثر مما يلزمها منهم. ويفتقر العاملون في النظم الصحية في الكثير من البلدان المنخفضة الدخل للتدريب الكافي، كما أنهم يتلقون أجورا زهيدة ويعملون في مرافق متداعية وعتيقة تفتقر بصورة دائمة للمعدات الضرورية الكافية. ومن نتائج ذلك «هجرة الأدمغة» في صفوف المهنيين الموهوبين الذين تنهار معنوياتهم اما الى الخارج أو بالانتقال الى ممارسة مهنتهم في القطاع الخاص.

وعلى العموم فان المعلومات الضرورية المتوفرة للحكومات لرسم استراتيجيات ذات جدوى ضئيلة وهزيلة. وتشكل الحسابات الصحية الوطنية اطارا محايدا وشاملا يمكن بفضلها اجراء تحليلات اجمالية للأوضاع السائدة ورصد الاتجاهات. وينبغي ايجاد مثل هذه الحسابات واستخدامها على نطاق أوسع.

كيفية تحسين الأداء

ان القوامه من لوازم تحسين أداء النظم الصحية. وتتنطبق الاستنتاجات التالية بخصوص القوامه على العديد من البلدان الصناعية علاوة على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

والقوامة على النظام الصحي هي من مسؤوليات الحكومة. ويقتضي الاضطلاع بها رؤية شاملة مرسومة بعناية للأوضاع العامة تعترف بكل الأطراف الرئيسية وتعطي لكل منها دوره. وهي تستلهم مخططا واقعيا فيما يتعلق بالموارد وتركز على بلوغ مرامي النظام. وفيما يتعلق بالمعلومات لا بد من وجود نظام انتقائي يعنى بوظائف النظام الأساسية وتحقيق مراميه، ويتم تفصيله حسب فئات السكان الرئيسية، كمستوى الدخل والسن والجنس والعرق. كما تتطلب القوامة القدرة على تحديد أهم التحديات في مجال السياسة في أي وقت من الأوقات، وتقييم الخيارات المتاحة للتصدي لها. وتتطلب ممارسة النفوذ والتأثير استراتيجيات للتنظيم والدعوة تتفق مع مرامي النظام الصحي والقدرة على تنفيذها على نحو يحقق المردودية.

تقديم الخدمات. يحتل القطاع الخاص في البلدان المنخفضة الدخل، وبشكل عام، مكانة واسعة في مجال تقديم الخدمات الصحية ومن النادر أن تكون لتلك البلدان سياسات واضحة ازاءه. وعليه يتعين عليها اتخاذ خطوات ذات شأن فيما يتعلق بالاعتراف بالأشكال المختلفة لتقديم الخدمات وتحسين سبل الاتصال بشتى المجموعات في هذا القطاع.

وإذا أريد تحسين نوعية خدمات الرعاية على وجه العموم فلا بد من تحسين المعلومات بخصوص تقديم الخدمات في أي وقت من الأوقات. ويتعين فهم عوامل الاختطار المحلية والوطنية. كما أن المعلومات عن أعداد وأنواع مقدمي الخدمات تعد شرطا أساسيا - لا يتم في الغالب - تليته على أكمل الوجوه. وهناك أيضا حاجة لفهم هيكل سوق مقدمي الخدمات وأنماط استخدامها كي يعرف صانعو السياسات سبب وجود هذا النوع من الخدمات والخدمات التي تتطور. ولتحسين الجودة، عموما، من المفيد أيضا الحصول على معلومات عن الخدمات المقدمة وعن العقبات الرئيسية التي تعرقل التدخلات.

ولا بد من البت في الأولويات بشكل واضح وعلني لتحديد محتوى رزم المنافع التي ينبغي وضعها في متناول الجميع، بمن فيهم منتسبو مخططات التأمين التي يديرها القطاع الخاص، ومراعاة الأولويات المحلية في مجال الأمراض والمردودية، في جملة معايير أخرى. ويجب أن يتخذ التقنين صبغة استبعاد بعض التدخلات من رزمة المنافع، وليس استبعاد الأشخاص. وتقتضي الضرورة تحديث الآليات الداعمة - كالبروتوكولات السريية والتسجيل والتدريب واصدار التراخيص والشهادات - واستخدامها. ويجب وضع استراتيجية تنظيمية تميز بين عناصر القطاع الخاص وتعزز التنظيم الذاتي. ذلك أن اتساق الهياكل التنظيمية والحوافز مع الغايات الكلية للسياسة العامة هو من صميم القوامة، ولا يجوز ترك أمره لمقدمي الخدمات دون سواهم.

ولا بد من الرصد لتقييم التغيرات السلوكية المرتبطة بالأخذ بالامرزية القرار فيما يتعلق بالموارد والخدمات، وأثار مختلف أنواع العلاقات التعاقدية مع مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص. ومن الصعب ايجاد توازن بين فرض الرقابة الصارمة والاستقلالية اللازمة حتى يشعر مقدمو الخدمات بحافز يحثهم على الاستمرار في عملهم فيتعين اذن البحث عن الحلول على الصعيد المحلي وليس في بطون الكتب. وسيطلب الأمر وجود شبكة مساندة لتبادل المعلومات لاقامة «نظام صحي افتراضي» يتكون من مجموعة كبيرة من مقدمي الخدمات شبه المستقلين.

أما في البلدان المتوسطة الدخل، حيث كثيرا ما تتقاسم النظم المتوازية أمر تقديم الخدمات الصحية، فيمكن تشجيع المنافسة بين مقدمي الخدمات استنادا الى الجودة حيث أثبتت صيغة تضم

تقديم الاعانات العمومية وتنظيم أنشطة مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، في اطار تغطية تأمينية موسعة (الأرجنتين، وكولومبيا) والتعاقد مع مقدمي الخدمات التابعين لوزارة الصحة (البرازيل) نجحها الى حد ما في هذا الصدد. وكثيرا ما تقتضي الضرورة في البلدان ذات الدخل المرتفع تنظيم أنشطة مقدمي الخدمات من القطاع الخاص تنظيما أفضل وإبلاء المزيد من الاهتمام للقدرة على الاستجابة (المملكة المتحدة) والحد من الهدر الناجم عن المبالغة في وصف الأدوية، وفرط استخدام التكنولوجيا التشخيصية والتدخلات المغالى فيها (فرنسا، واليابان، والولايات المتحدة).

استمرار الموارد. لا بد أن ترصد القوامة عدة توازنات استراتيجية وتعيدها الى سالف عهدها عندما تفقد توازنها. ويوفر النظام الوطني للحسابات الصحية قاعدة معلومات أساسية لرصد نسبة رأس المال الى النفقات الجارية أو أي مدخل واحد بالنسبة للمجموع، ولرابعة الاتجاهات. وتستقطب النظم الوطنية للحسابات الصحية مدخلات أجنبية ومحلية وأخرى عمومية وخاصة وتجمع على نحو مفيد البيانات المتصلة بالكميات المادية (أعداد الممرضات، وأجهزة التصوير المقطعي بالحاسوب، ومستشفيات الدوائر) إضافة الى تكلفتها. وهناك في معظم البلدان نظم وطنية للحسابات الصحية بشكل أو بآخر الا أنها لاتزال بدائية في الغالب كما أنها لا تستخدم بعد بشكل منهجي كأداة من أدوات القوامة.

وبفضل هذه الحسابات يمكن لوزارة الصحة تقييم مشتريات جميع الجهات التي تدير أموال النظام الصحي تقييما ناقدا. فمفهوم الشراء الاستراتيجي، الذي ورد الحديث عنه في الفصل ٥ لا ينطبق على شراء خدمات الرعاية الصحية فحسب بل ينطبق أيضا على شراء موارد النظام الصحي. وحيثما يتم شراء موارد مثل العاملين المدربين ومعدات التشخيص والمركبات بصورة مباشرة بالأموال العامة فان وزارة الصحة تتحمل المسؤولية المباشرة عن ضمان مردودية قيمة المال المنفق - لا فيما يتعلق بالحصول على أسعار مناسبة فحسب بل وفي الاستفادة الفعالة من البضائع التي تشتري.

وعندما تقوم هيئات أخرى (مثل شركات التأمين الخاصة، أو مقدمي الخدمات من القطاع الخاص أو الأسر أو الهيئات الرسمية الأخرى) بشراء موارد النظام الصحي فعندها يشكل دور القوامة الذي تؤديه وزارة الصحة، انطلاقا من استخدام نفوذها التنظيمي والاقناعي، حتى تؤدي هذه المشتريات الى زيادة فعالية تشكيلة الوسائل المتاحة للنظام. لكن هذا الدور لا يعني تخطيطا وبرمجة كاملين على الصعيد المركزي. فدور القوامة في النظم التي تتمتع بسلطة انفاق لامركزية كبيرة هو ارساء القواعد وليس الحكم على كل قرار يتخذ. وقد تم في البرازيل تطبيق قواعد على تخصيص الأموال للولايات ولأجزاء من الخدمات ولاستعراض قرارات الاستثمار الرئيسية (٣٤). وقد تضطر وزارة الصحة المركزية الى البت في قرارات رئيسية تتعلق برأس المال، مثل مستشفيات الرعاية من المستوى الثالث أو كليات الطب. غير أنه لا بد من اعطاء السلطات الصحية الاقليمية وسلطات المناطق حق اتخاذ عدد كبير من قرارات الشراء على المستويات الدنيا باتباع المبادئ التوجيهية والمعايير والاجراءات التي ترسيها الحكومة المركزية.

ولايجاد توازن سليم بين رأس المال واستثمارات النظم الصحية لا بد من تحليل اتجاهات نفقات كل من القطاعين العام والخاص والتدقيق في الأموال المحلية والأجنبية على حد سواء. فالمعلومات الواردة في الميزانيات والمتاحة عادة لوزارة الصحة لا تكشف الا بعض التفاصيل لا الصورة كاملة. ويتعين أن يلعب كل من الاطار السياسي الواضح والحوافز والتنظيم والمعلومات

الرسمية دوره في اتخاذ القرارات الهامة بشأن رأس المال في النظام برمته لمواجهة القرارات الظرفية والضغوط السياسية.

أما فيما يتعلق بالموارد البشرية، فقد سمحت استراتيجيات مشابهة، الى حد ما، بمعالجة التفاوتات الجغرافية التي كثيرا ما تلاحظ في البلدان. ويتعين، بوجه عام، إعادة تقييم مضمون التدريب بالمقارنة مع مضمون الوظيفة الفعلية التي يقوم بها العاملون، وكذلك تعديل العرض الكلي بما يفي بفرص العمل المتاحة. ففي بلدان مثل الصين حيث يعد العائد الاجتماعي للتعليم الطبي سلبيا، يتم النظر في خصخصة مؤسسات التدريب هذه أو اغلاقها. ومما لا شك فيه أنه لا بد من إعادة النظر في الاعانات الرسمية المقدمة لمؤسسات التعليم والتدريب في الغالب في ضوء عملية الشراء الاستراتيجي. إذ أنه كثيرا ما يكون في المقدور إعادة التوازن الى مستويات إيرادات شتى المرافق التعليمية دون اللجوء الى اغلاقها، وقد يؤدي ذلك الى تحرير الموارد التي يمكن استخدامها في إعادة تدريب عاملين صحيين من الواضح أن الحاجة لا تمس اليهم (مثل الأطباء المتخصصين في مصر) على مهارات نادرة أخرى.

أما القوامة فيما يتعلق بالمستحضرات الصيدلانية واللقاحات فتعني، على الصعيد الدولي، حفز أوساط البحوث والتطوير، وهي تنتمي في معظمها الى القطاع الخاص، على الاهتمام بالأولويات الصحية العالمية. وتمثل المهام الأساسية على الصعيد الوطني في ضمان مردودية الشراء ومراقبة الجودة، ووصف الأدوية على نحو رشيد، وتنوير المستهلكين حسب الأصول المرعية. ويجب أن تضمن استراتيجيات تمويل الصحة أيضا حصول الفقراء، بصورة خاصة، على الأدوية التي يحتاجونها بدون أن تمنعهم من ذلك عقبات مالية عندما يصابون بالمرض.

وبإمكان النظام الصحي أن يهدر الموارد بسهولة بشراء معدات مكلفة اذا لم تستخدم هذه المعدات على النحو الكافي، أو كانت لا تعود بفوائد صحية تستحق الذكر، أو تضيع وقت الموظفين أو تؤدي الى نفقات متكررة. كما أن هذه المعدات يصعب تشغيلها. وكل البلدان بحاجة لمعلومات بشأن تقييم التكنولوجيا، رغم أنها لا تنتج هذه التكنولوجيا. ويتمثل دور القوامة في هذا المضمار في ضمان التقيد بالمعايير المنطبقة على شراء التكنولوجيا في القطاع العام (والتي تحتاجها كل البلدان)، وأن لا يتلقى القطاع الخاص أية حوافز أو اعانات عمومية لهذا الغرض، بما في ذلك المعونة المتمثلة في إمكانية بيع خدمات تلك المعدات الى الدوائر الحكومية، الا اذا تطابقت مثل هذه المشتريات مع الأهداف المتوخاة من السياسات الوطنية.

وغالبا ما يحشد مقدمو الخدمات الدعم الرسمي أو يعمدون الى جمع المساهمات العامة لشراء التكنولوجيا، ويتعين أن تعمل القوامة على ضمان ادراك المستهلك لضرورة ترشيد شراء التكنولوجيا، تماما كما يحدث بالنسبة لباقي الخدمات. وقد يساعد تحديد فرص الوفرة في التكاليف الذي تحققه التكنولوجيا الاضافية في الخدمات الأخرى اللازمة على شرح وجهة النظر الرسمية.

تمويل النظم الصحية. ان تحديد أرفع مستويات الدفع المسبق مع توزيعه توزيعا عادلا وبالإضافة الى الشراء الاستراتيجي للتدخلات الصحية هما من الأمور المستصوبة. بيد أن استراتيجيات التنفيذ أكثر تحديدا بكثير لوضع كل بلد على حدة. وتواجه البلدان الفقيرة أكبر التحديات: حيث تسدد معظم تكاليف الرعاية الصحية أثناء مرض الناس وعند استفادتهم من خدمات النظام الصحي. وينطبق هذا بوجه خاص على أفقر الناس الذين لا يحتمل أن يستفيدوا من أي تأمين صحي ينطوي على أي سداد مسبق والذين لا يستطيعون غالبا الاستفادة من

الخدمات المدعومة. ولا ينبغي الاعتماد على أي سداد مباشر لتكاليف الرعاية، وخاصة من جانب الفقراء، باعتباره مصدرا طويلا الأجل لتمويل النظام الصحي.

وربما يكون أوضح سبيل لزيادة مستوى السداد المسبق هو رفع مستوى التمويل الحكومي للصحة، ولكن هنا تظهر عقبتان فوريتان. فمجموعة أشد البلدان فقرا تحصل من الإيرادات العامة، باعتبارها نسبة مئوية من الدخل القومي، أقل مما تحصله البلدان المتوسطة أو المرتفعة الدخل. بل إن هذا النقص في قدراتها المؤسسية يشكل أحد جوانب فقرها. وتساور وزارات المالية في البلدان الفقيرة، والتي تدرك في الغالب أن أداء النظم الصحية الحالية رديء، الشكوك إزاء متطلبات هذه النظم من الأموال العامة. ويتعين، حيث لا يوجد أي ترتيب تنظيمي ذي جدوى لرفع مستويات الدفع المسبق، أن تستكشف الجهات المانحة والحكومات على السواء سبل إيجاد آليات تساعد على إنشاء أو تعزيز صناديق تأمين كبيرة لتوزيع المخاطر. وتشكل مخططات التأمين الهادفة إلى زيادة عدد المشتركين الفقراء فيها أحد هذه السبل المتاحة للحكومات - مع شركائها الخارجيين في مجال التمويل - لتحسين صحة أشد الناس تأثرا على وجه السرعة.

وكثيرا ما توجد في البلدان المتوسطة الدخل عدة صناديق هامة يكون الاشتراك فيها الزاميا أو ترتكز على الدخل أو على المخاطر جنبا إلى جنب. ويجري ضمان عدالة الدفع المسبق ويعتبر سبيل السياسة العامة إلى إقامة نظام منصف عن طريق تعزيز تلك الصناديق وتقويتها، مع ضمان زيادة التمويل من الخزنة العامة أيضا ليشمل الفقراء أيضا. وكانت زيادة عدد المستفيدين من خلال الإعانات ودمج المخططات القائمة فعلا هو الطريقة المتبعة في زيادة التغطية على النطاق الوطني بعد أن كانت مجرد مخططات محدودة الحجم في كل من ألمانيا، واليابان، وجمهورية كوريا.

وحتى إذا كان مستوى الدفع المسبق مرتفعا بالفعل في معظم البلدان الصناعية، فإن بعض هذه الاستراتيجيات يعنىها أيضا. فالولايات المتحدة، رغم مستوى الدخل فيها، تحوي نسبة استثنائية عالية من السكان الذين لا يتمتعون بحماية التأمين الصحي، ويتطلب الأمر الجمع بين الاستراتيجيات الواردة أعلاه إذا أريد تحسين مستوى وعدالة الحماية المالية تحسينا كبيرا في العقد المقبل.

ولكي يضمن الدفع المسبق أفضل عائد ممكن لقاء الأموال المنفقة، فلا بد من الاستعاضة عن معظم الآليات التقليدية التي تربط القائمين على الميزانيات مع مقدمي الخدمات بعملية الشراء الاستراتيجي. ذلك أن المسؤولين عن تنفيذ الميزانيات سيتوقفون، عندها، عن لعب دور الوسيط الماليين السليبين. ذلك أن الشراء الاستراتيجي يعنى ضمان مجموعة من الحوافز لمقدمي الخدمات، سواء كانوا من القطاع العام أو الخاص، لتشجيعهم على القيام بالتدخلات ذات الأولوية بكفاءة وفعالية. وتقتضي الضرورة الأخذ بالتعاقد الانتقائي واستخدام عدة آليات للمدفوعات بغية وضع الحوافز على تحسين القدرة على الاستجابة والنواتج الصحية.

لقد فتح هذا التقرير آفاقا جديدة بعرضه لأول مرة مؤشرا عاما لبلوغ أهداف النظم الصحية الوطنية، ومؤشرا للأداء يتناسب مع القدرات. ويستند هذان المؤشران إلى ثلاثة أهداف أساسية هي العافية والقدرة على الاستجابة لتوقعات الناس (وهما هدفان لا يتعلقان فقط بالمستوى الذي تم بلوغه بل أيضا بالتوزيع)، وعدالة التوزيع في تمويل النظام الصحي. ويتوقف بلوغ هذه الأهداف على مدى فعالية أربع مهام رئيسية هي: تقديم الخدمات، واستدراار الموارد، والتمويل، والقوامة.

ان وضع تصنيف مبدئي للبلدان تبعا لأداء نظمها الصحية يكشف الكثير من الأمور. فهو يبين أن شدة انخفاض مستوى الانفاق الصحي تزيد بشكل منهجي من سوء الأداء ويجعله أشد تفاوتاً بكثير مما يحدث إذا كانت مستويات الانفاق مرتفعة، حتى عندما يتم الحكم على الأداء بالمقارنة مع الموارد البشرية المتوفرة للبلد المعني وحجم الانفاق على الصحة. ومن الجلي أنه لا بد من الاهتمام، أولاً، بالبلدان ذات الموارد المحدودة والمشكلات الصحية الحادة هي أكثر البلدان احتياجاً وذلك لفهم أسباب عجز نظمها الصحية عن تحقيق ما يبدو أنها قد تكون قادرة عليه، ولمساعدتها على استغلال امكاناتها. وتبين الاستنتاجات الواردة هنا أيضاً أن بلوغ المرامي - وخصوصاً في المستوى الصحي وبعض جوانب القدرة على الاستجابة - يتوقف الى حد بعيد على حجم الانفاق على الصحة، إذ أن من الممكن تحقيق قدر كبير من المساواة في مجال الصحة واحترام كرامة الانسان، والعدالة المالية حتى لو كانت الموارد قليلة. والجدير بالذكر أن بعض النظم يحقق إنجازات تفوق ما تحققه نظم أخرى بمراحل من سواها بكثير فيما يتعلق بهذه الجوانب الهامة.

وما زال يتعين على جميع المعنيين بتحسين المفاهيم وتوليد المعلومات المتصلة بأداء النظم الصحية الوطنية بذل المزيد من الجهود في هذا الشأن. ومن المستصوب إعادة التركيز بشكل كامل على السياسات العامة في هذا الصدد.

ويتسم تقديم الخدمات، والمزج بين مختلف الموارد، والتمويل الصحي، وفي المقام الأول، القوامة ببالغ الأهمية. فبإمكان البلدان، مهما كان مستواها الانمائي، بالاضطلاع بشكل أفضل بهذه المهام العامة الأربع، أن تتقدم شوطاً كبيراً نحو تحقيق مراميها. وسيكون الفقراء أكبر وأول مستفيد في هذا المضمار.

المراجع

1. Saltman RB, Ferrousier-Davis O. On the concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6) (in press).
2. Osborn D, Gaebler T. *Reinventing government*. Reading, MA, Addison Wesley, 1993.
3. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, UK, Open University Press, 1998 (State of Health Series).
4. Bossert T et al. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning*, 1998, 13 (1): 59-77.
5. Ogunbekun I et al. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14 (2): 174-181.
6. Bennett S et al. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (unpublished document WHO/ARA/CC/98.1).
7. Killingsworth J et al. Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues. *Health Policy and Planning*, 1999, 14 (2): 152-163.
8. Halik J. Respecting patients' rights in hospitals in Poland. In: *Health sector reform in Central and Eastern Europe: current trends and priority research: a FICOSSER research meeting*, Velingrad, Bulgaria, 2-3 October 1998. Warsaw, National Centre for Health System Management, 1999.
9. Schuster M et al. How good is the quality of good health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 1998, 76 (4): 517-563.
10. Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* London, Zed Books, 1996.
11. Salinas H, Lenz R. *Las no reformas de salud en Latinoamérica: razones que explican su fracaso [No health reforms in Latin America: reasons explaining their failure]*. Santiago de Chile, 1999 (in Spanish).
12. Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V. Thailand: private health care out of control? *Health Policy and Planning*, 1994, 9 (1):31-40.
13. Turshen M. *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press, 1999.

14. **Chollet DJ, Lewis M.** Private insurance: principles and practice. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing*. Washington, DC, The World Bank, 1997 (World Bank Discussion Paper No. 365).
15. **Musgrove P.** *Public and private roles in health: theory and financing patterns*. Washington, DC, The World Bank, 1996 (World Bank Discussion Paper No. 339).
16. **Hsiao WC.** Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 1995, **32**:125-139.
17. **Van Lerberghe W et al.** Reform follows failure: unregulated private care in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 1997, **12** (4): 296-311.
18. **Borren P, Maynard A.** The market reform of the New Zealand health care system: searching for the Holy Grail in the Antipodes. *Health Policy*, 1994, **27** (3): 233-252.
19. **Russel S, Attanayake N.** *Sri Lanka: reforming the health sector. Does government have the capacity?* Birmingham, UK, University of Birmingham, 1997.
20. **Bennet S, Ngalande-Banda E.** *Public and private roles in health. A review and analysis of experience in sub-Saharan Africa*. Geneva, World Health Organization, 1994 (Current Concerns ARA Paper No. 6, document WHO/ARA/CC/97.6).
21. **Broomberg J.** *Health care markets for export? Lessons for developing countries from European and American experience*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy, 1994.
22. **WHO Action Programme on Essential Drugs.** *Public-private roles in the pharmaceutical sector*. Geneva, World Health Organization, 1995 (unpublished discussion paper).
23. **Zurita B et al.** *Structural pluralism as a tool for equity, quality and efficiency in healthcare in Mexico: the role of FUNALUD. 2000* (unpublished paper).
24. **Smithson P.** Quarts into pint jugs? The financial viability of health sector investment in low income countries. *Health Policy and Planning*, 1995, **10** (Suppl.): 6-16.
25. **Ham C.** Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*, 1997, **42** (1): 49-66.
26. **Bhat R.** *Public-private partnerships in the health sector: the Indian experience. 2000* (unpublished paper).
27. **Robinson R, Le Grand J, eds.** *Evaluating the NHS reforms*. London, King's Fund Institute, 1994.
28. **Quick JD, Musau SN.** *Impact of cost sharing in Kenya: 1989-1993. Effects of the Ministry of Health Facility Improvement Fund on revenue generation, recurrent expenditures, quality of care, and utilization patterns*. Nairobi, Management Sciences for Health, 1994.
29. **Kalumba K.** *Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: the case of Zambia*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/ARA/97.2).
30. **Calnan M, Halik J, Sabbat J.** *Citizen participation and patient choice in health reform*. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C, eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, UK, Open University Press, 1998 (State of Health Series).
31. **Reich M.** In: *Diagnostic approaches to assessing strategies, weaknesses and change of health systems*. Washington, DC, Economic Development Institute, The World Bank, 1998 (Flagship Module 2).
32. **Hay R.** *International aid: economics and charity*. Oxford, Oxford Policy Institute, 2000 (Oxford Policy Brief No. 1).
33. **Walt G et al.** Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*, 1999, **14** (3): 207-218.
34. **Brazil: social spending in selected states**. Washington, DC, The World Bank, 1999 (World Bank Report BR-17763: Chapter 3).