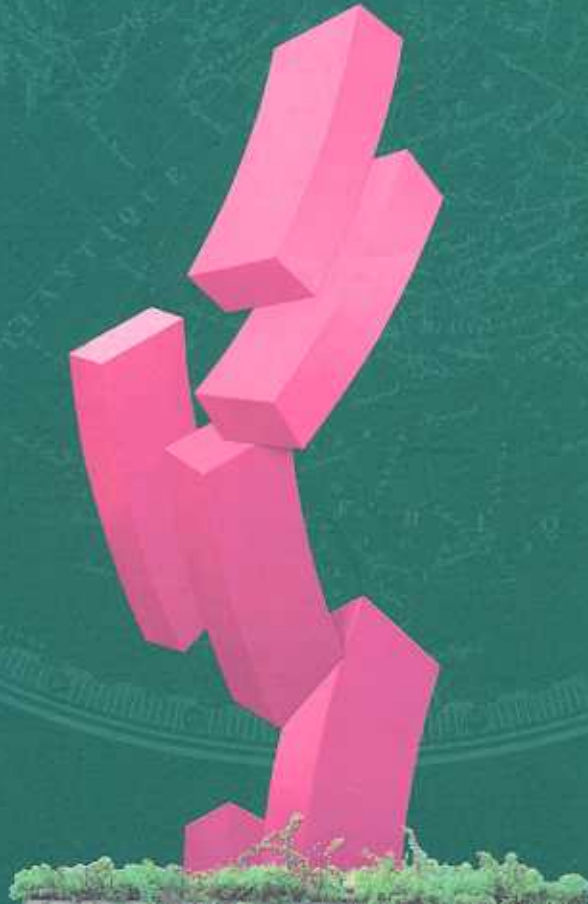


منظمة الصحة العالمية



التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٠

تحسين أولئ النظم الصحية



منظمة الصحة العالمية



التقرير
الخاص بالصحة
في العالم
٢٠٠٠

تحسين أولاء النظم الصحية

التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠: تحسين أداء النظم الصحية
 ١- الصحة العالمية ٢- خطط النظم الصحية ٣- تقديم الرعاية الصحية ٤- ادارة النظم الصحية ٥- تمويل
 الصحة ٦- تيسر الحصول على الخدمات الصحية ٧- العدالة الاجتماعية ٨- آليات تقييم الرعاية الصحية
 العنوان: تحسين أداء النظم الصحية

ISBN 92 4 656198 8 (NLM Classification: WA 540.1)
 ISSN 1020-3311

ترحب منظمة الصحة العالمية بطلبات الحصول على الاذن باستنساخ أو ترجمة منشوراتها جزئيا أو كليا. وتوجه
 الطلبات والاستفسارات في هذا الصدد الى مكتب المطبوعات بمنظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا،
 الذي يسره أن يقدم أحدث المعلومات عن أي تغييرات تطرأ على النصوص، وعن الخطط الخاصة بالطبعات
 الجديدة، وعن الترجمات والطبعات المكررة المتوافرة.

© منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٠

جميع الحقوق محفوظة.

ان التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المادة التي تشتمل عليها، لا يقصد بها مطلقا التعبير
 عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العالمية، بشأن الوضع القانوني لأي قطر، أو مقاطعة، أو مدينة، أو منطقة،
 أو لسلطات أي منها، أو بشأن تعيين حدود أي منها أو تخومها. وتمثل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطا
 حدودية تقريبية قد لا يوجد حولها بعد اتفاق كامل.

ثم ان ذكر شركات بعينها، أو منتوجات جهة صانعة معينة، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تخصها
 بالتركية أو التوصية، تفضيلا لها على ما لم يذكره من الشركات أو المنتوجات ذات الطبيعة المماثلة.

يمكن الحصول على المعلومات المتعلقة بهذا المطبوع على العنوان التالي:

Information concerning this publication can be obtained from:

World Health Report
 World Health Organization
 1211 Geneva 27, Switzerland
 Fax: (41-22) 791 4870
 Email: whr@who.int

ويمكن طلب نسخ من هذا المطبوع على العنوان الالكتروني التالي: bookorders@who.int

الأساسية وأسباب الوفيات وعبء المرض ومتوسط العمر المأمول المصحح
 باحتساب مدد التعوق وأوجه الغبن في المجال الصحي والقدرة على الاستجابة
 وعدالة المساهمة المالية وأفضليات النظم الصحية والحسابات والبروفيلات
 الصحة الوطنية وتحليل الأداء والمعطيات الاقتصادية الأساسية. وترد أسماء
 كل عضو من أعضاء الأفرقة العاملة في كلمة الشكر والتقدير. وقد قام كل من
 خوليو فرنك وكريستوفر مري وكي كاواباتا وآلان لوبز وديفيد ايفانز بإدارة
 الأفرقة العاملة اداريا وتقنيا. وتوفر سلسلة من التقارير التقنية الصادرة عن كل
 فريق من الأفرقة العاملة تفاصيل ضافية عن الطرق المستخدمة والمعطيات
 والنتائج تفوق تلك الواردة في الملحق الاحصائي.

وقد تمت مناقشة النهج العام المتبع ازاء هذا التقرير في اجتماع استشاري
 دولي بشأن النظم الصحية كما أن قياس القدرة على الاستجابة تم في اطار
 اجتماع للخبراء. وقد عقد كلا هذين الاجتماعين في جنيف في كانون
 الأول/ ديسمبر ١٩٩٩ وترد أسماء المشاركين فيها في كلمة الشكر والتقدير.

وقام بتحرير التقرير أنجيلا هيدن تساعدها في ذلك بربارا كاسباني. وقدم
 كل من شيلا بروست وميشيل بوزنبرغ وآمال الشواشي وكريسي شينسولو
 الدعم الاداري والتقني. وقامت ليزا وينكوف بوضع فهرس الطبعة الانكليزية.

تولى المؤلفون التالية أسماؤهم وضع معظم نص هذا التقرير: فيليب
 ماسغروف، أندرو كريس، الكس بريكر، كريستيان بايزا، أندرس آبل،
 طومسون برتنس كما ساهم فيه كل من أندرو كاسيلس، دبرا ليسون، دينا
 أرهين تنكورانغ، مارك ويلر. وقد أشرف على التقرير لجنة توجيهية تضم
 خوليو فرنك (رئيسا) وسوزان هولك وكريستوفر مري وأورفيل آدمز وأندرو
 كريس ودين جاميسون وكي كاواباتا وفيليب ماسغروف وطومسون برتنس.
 وقد قدم فريق استشاري داخلي وفريق مرجعي اقليمي ترد أسماء أعضائهما
 في كلمة الشكر والتقدير مساهمات قيمة في هذا الصدد. وقدم المديرين
 الاقليميين والمديرون التنفيذيون بالمقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية وكبار
 المستشارين السياساتيين مشكورين، المساعدة والمشورة للمديرة العامة.

وقام كريستوفر مري وخوليو فرنك بوضع الاطار النظري الذي يقوم عليه
 التقرير. وقد ساهم أكثر من ٥٠ شخصا في وضع طرق تحليلية ومؤشرات
 تلخيصية جديدة كما ساهموا في جمع المعطيات الدولية والتحليلات التجريبية
 التي يستند اليها التقرير، ومعظم هؤلاء يعملون في برنامج منظمة الصحة
 العالمية العالمي المعني بالقرائن الداعمة للسياسات الصحية وقد تم تقسيمهم
 على أحد عشر فريقا عاملا. وقد غطت تلك الأفرقة مواضيع مثل الديمغرافيا

يبين الغلاف صورة لمنحوتة بعنوان الأفق السامق للفنان رافائيل باريوس، في كاراكاس، فنزويلا. وهذه
 الصورة التقطها ميريل فوتيه وهي مستنسخة باذن من وكالة ANA للصور الصحفية، باريس، فرنسا.
 وقامت وحدة الرسوم البيانية بالمقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية بوضع الأشكال والرسوم أما المونتاج فقامت
 به مارلين لانغفلد

تم تجميع التقرير في سويسرا، طبع في فرنسا

2000/13288 - Stracom/Sadag - 1100



المحتويات

ix	رسالة من المديرية العامة
xiii	استعراض عام
xv	كيف نشأت النظم الصحية
xvi	امكانيات التحسين
xviii	تقديم خدمات أفضل
xix	تحقيق توازن أفضل
xxi	حماية الفقراء
الفصل الأول	
١	أهمية النظم الصحية
٣	تطور النظم الصحية
٥	ما هو النظام الصحي؟
٨	ما هي مهمة النظم الصحية؟
١٠	أهمية النظم الصحية
١٣	كيف نشأت النظم الصحية الحديثة؟
١٥	مراحل اصلاح النظم الصحية الثلاث
١٩	التركيز على الأداء
الفصل الثاني	
٢٣	ما هي معايير تحديد حسن أداء النظم الصحية؟
٢٥	النتائج والأداء
٢٥	المرامي المنشودة والوظائف
٢٨	الجودة والعدالة: أهمية المستوى والتوزيع
٢٩	قياس مدى بلوغ المرامي
٤٤	بلوغ المرامي بوجه عام: الجودة والعدالة معا
٤٥	الأداء: الحصول على نتائج انطلاقا من الموارد المتاحة
٤٩	تحسين الأداء: أربع مهام أساسية
الفصل الثالث	
٥٣	الخدمات الصحية: هل هي جيدة الاختيار والتنظيم؟
٥٥	العيوب التنظيمية
٥٦	الناس محور الخدمات الصحية
٥٨	اختيار التدخلات: تحقيق أعلى مستوى صحي ممكن باستخدام الموارد المتاحة

٦٢	اختيار التدخلات: ما الذي يتعين وضعه في الحسبان أيضا؟
٦٤	اختيار التدخلات: ما الذي يجب معرفته؟
٦٥	اعمال الأولويات عن طريق تقنين خدمات الرعاية
٦٨	بعد اختيار الأولويات: تنظيم الخدمات وحوافز مقدميها
٧٠	الأشكال التنظيمية
٧١	أساليب تقديم الخدمات
٧٣	تنظيم الحوافز
٧٧	تحقيق التكامل في تقديم الخدمات

الفصل الرابع

٨٣	ما هي الموارد اللازمة؟
٨٥	تحقيق التوازن في تشكيلة الموارد
٨٧	الموارد البشرية هي حجر الزاوية
٩٢	كيف يتم التكيف مع تطور المعارف والتكنولوجيا
٩٣	دور القطاعين العام والخاص في إنتاج الموارد
٩٦	آثار الاستثمارات السابقة
٩٧	خصائص الموارد الخاصة بالرعاية الصحية
١٠٠	تغير أنماط الاستثمار
١٠٢	الطريق نحو احراز التقدم

الفصل الخامس

١٠٧	من يمول النظم الصحية؟
١٠٩	كيفية التمويل
١١٢	السداد المسبق وتحصيل الاشتراكات
١١٤	توزيع المخاطر المحتملة واعانة الفقراء: تجميع الموارد
١٢٠	الشراء الاستراتيجي
١٢٤	الأشكال التنظيمية
١٢٧	الحوافز
١٣١	كيفية تأثير التمويل في الانصاف والكفاءة

الفصل السادس

١٣٥	كيف نحمي المصلحة العامة؟
١٣٧	الحكومات والقوامة على الموارد الصحية
١٣٨	ما هي نقائص القوامة اليوم؟
١٤١	السياسة الصحية - رؤية المستقبل
١٤٣	وضع القواعد وضمان الامتثال
١٤٩	التصرف بحكمة وتقاسم المعارف
١٥٣	من يتحمل المسؤولية عن الاستراتيجيات والأدوار والموارد؟

١٥٧	ما هي التحديات المطروحة؟
١٥٨	كيفية تحسين الأداء
١٦٥	ملحق احصائي
١٦٧	ملاحظات تفسيرية
	الجدول ١ من الملحق
	بلوغ مرامي النظم الصحية وأداء النظم الصحية في جميع الدول الأعضاء، الترتيب حسب ثمانية مقاييس، تقديرات عام ١٩٩٧
١٧٦	
١٨٢	المؤشرات الأساسية لجميع الدول الأعضاء
	الجدول ٢ من الملحق
	الجدول ٣ من الملحق
١٩٢	أقاليم المنظمة، تقديرات عام ١٩٩٩
	الجدول ٤ من الملحق
	عبء المرض بمعدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق، حسب السبب والجنس ومراتب الوفيات في أقاليم المنظمة، تقديرات عام ١٩٩٩
٢٠٠	
	الجدول ٥ من الملحق
٢٠٨	الأعضاء، تقديرات عامي ١٩٩٧ و ١٩٩٩
	الجدول ٦ من الملحق
	قدرة النظم الصحية على الاستجابة ومستوى النظم الصحية وتوزعها في جميع الدول الأعضاء، مناسب
٢١٨	منظمة الصحة العالمية، تقديرات عام ١٩٩٩
	الجدول ٧ من الملحق
	عدالة الاسهامات المالية في النظم الصحية في جميع الدول الأعضاء، مناسب منظمة الصحة العالمية، تقديرات عام ١٩٩٧
٢٢٣	
	الجدول ٨ من الملحق
٢٢٨	مؤشرات مختارة من الحسابات الصحية الوطنية لجميع الدول الأعضاء، تقديرات عام ١٩٩٧
	الجدول ٩ من الملحق
	بلوغ المرامي العامة للنظم الصحية في جميع الدول الأعضاء، مناسب منظمة الصحة العالمية، تقديرات عام ١٩٩٧
٢٣٤	
	الجدول ١٠ من الملحق
٢٣٩	أداء النظم الصحية في جميع الدول الأعضاء، مناسب منظمة الصحة العالمية، تقديرات عام ١٩٩٧

٢٤٥ قائمة الدول الأعضاء مرتبة حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية ومراتب الوفيات

٢٥١ شكر وتقدير

	الجدول
	الجدول ١-٣ الاختلافات التي لها تأثير محتمل واسع النطاق في الحصائل الصحية
٦٠	
٧٦	الجدول ٢-٣ أمثلة الحوافز المؤسسية الخاصة بخدمات الرعاية المتنقلة

الجدول ١-٥	النسبة المقدرة للنفقات المباشرة من أصل الانفاق الصحي وفقا لمستوى الدخل، ١٩٩٧	١١١
الجدول ٢-٥	نهج توزيع المخاطر واعانة الفقراء: حالات قطرية	١١٦
الجدول ٣-٥	آليات دفع أتعاب مقدمي الخدمات وسلوك مقدمي الخدمات	١٢٣
الجدول ٤-٥	خضوع الأشكال التنظيمية المختلفة لتأثير الحوافز الداخلية	١٢٩
الجدول ٥-٥	خضوع الهياكل التنظيمية المختلفة لتأثير الحوافز الخارجية	١٣٠

الأشكال

الشكل ١-١	تغطية السكان والتدخلات في اطار مختلف مفاهيم الرعاية الصحية الأولية	١٨
الشكل ١-٢	العلاقات بين وظائف وغايات النظام الصحي	٢٨
الشكل ٢-٢	متوسط العمر المأمول ومتوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق للذكور والاناث، حسب أقاليم المنظمة والمرتبة التي تحددها وفيات الأطفال ووفيات البالغين، ١٩٩٩	٣٣
الشكل ٣-٢	تفاوت متوسط العمر المأمول عند الميلاد، حسب الجنس، في ستة بلدان	٣٥
الشكل ٤-٢	سلام الدرجات النسبية التي أحرزها كل عنصر من عناصر قدرة النظم الصحية على الاستجابة في ١٣ بلدا، ١٩٩٩	٣٨
الشكل ٥-٢	مساهمة الأسر في تمويل الصحة، كنسبة مئوية من القدرة على الدفع، في ثمانية بلدان	٤٢
الشكل ٦-٢	الأداء على المستوى الصحي (متوسط العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق) بالنسبة للانفاق الصحي للفرد الواحد، ١٩٩١ دولة عضوا، ١٩٩٩	٤٨
الشكل ٧-٢	الأداء الكلي للنظم الصحية (جميع ضروب بلوغ المرامي) مقارنة بالانفاق الصحي للفرد الواحد، ١٩٩١ دولة عضوا، ١٩٩٧	٥٠
الشكل ١-٣	الأدوار المتعددة للناس في النظم الصحية	٥٧
الشكل ٢-٣	الأسئلة التي يتعين طرحها لتحديد التدخلات التي يتم تمويلها وتقديمها	٦٣
الشكل ٣-٣	الطرق المختلفة لتقنين التدخلات الصحية طبقا للتكلفة وتواتر الاحتياج	٦٦
الشكل ٤-٣	الحوافز الداخلية المختلفة في ثلاثة هياكل تنظيمية	٧٥
الشكل ١-٤	مدخلات النظام الصحي: من الموارد المالية الى التدخلات الخاصة بالصحة	٨٥
الشكل ٢-٤	تشكيلة مدخلات النظم الصحية: مقارنة بين أربعة من البلدان المرتفعة الدخل، حوالى عام ١٩٩٧	٩٨
الشكل ٣-٤	تشكيلة مدخلات النظم الصحية: مقارنة بين أربعة من البلدان المتوسطة الدخل، حوالى عام ١٩٩٧	٩٩

الشكل ١-٥	تجميع الموارد من أجل اعادة توزيع المخاطر المحتملة والدعم المتبادل لتعزيز الانصاف	١١٥
الشكل ٢-٥	هيكل تمويل النظم الصحية وتقديم الخدمات في أربعة بلدان	١١٧

الاطارات

الاطار ١-١	الفقر والمرض والفعالية لقاء التكاليف	٦
الاطار ٢-١	المعارف الصحية، وليس الدخل، هي ما يفسر تطور اختلاف الوضع الصحي بين المناطق الحضرية والريفية	١٢
الاطار ١-٢	مقاييس مختصرة لصحة السكان	٣٢
الاطار ٢-٢	أهمية مختلف عناصر القدرة على الاستجابة	٣٧
الاطار ٣-٢	ما الذي يقاس بالمساهمات العادلة وما الذي لا يقاس؟	٤١
الاطار ٤-٢	وزن الانجازات الداخلة في بلوغ المرامي	٤٣
الاطار ٥-٢	تقدير أفضل ما يمكن توقعه والحد الأدنى الذي لا بد من توافره	٤٦
الاطار ١-٤	المعاوضة بين الموارد البشرية	٨٨
الاطار ٢-٤	المشاكل الخاصة بالموارد البشرية في تقديم الخدمات	٩٠
الاطار ٣-٤	هل تتسع الفجوة في استخدام التكنولوجيا؟	٩٤
الاطار ٤-٤	التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع	٩٥
الاطار ٥-٤	الاستثمار في المستشفيات في بلدان الاتحاد السوفيتي السابق قبل اصلاح السياسة العامة	١٠٢
الاطار ١-٥	أهمية مساهمات الجهات المانحة في تحصيل الايرادات وعمليات الشراء في البلدان النامية	١١٠
الاطار ٢-٥	سوق التأمين الصحي في شيلي: عندما تحقق آلية القوامة في معالجة آثار المشاكل الناجمة عن المنافسة على تجميع الموارد وضبط الاختلالات بين الحوافز الداخلية والخارجية	١٢٦
الاطار ١-٦	الاتجاهات السائدة في السياسة الصحية الوطنية: من الخطط الى الأطر	١٤٠
الاطار ٢-٦	اطر السياسة الصحية المتوسطة الأجل في غانا	١٤١
الاطار ٣-٦	الأساليب القطاعية النطاق: هل هي أسلوب مناسب للوفاء بمهمة القوامة؟	١٤٢
الاطار ٤-٦	القوامة: نظام الحسبة في البلاد الاسلامية	١٤٤
الاطار ٥-٦	جنوب أفريقيا: تنظيم سوق التأمين الخاص لزيادة تجميع المخاطر	١٤٦
الاطار ٦-٦	فتح أبواب نظام التأمين الصحي في هولندا	١٤٨
الاطار ٧-٦	حماية حقوق المرضى	١٥١
الاطار ٨-٦	نحو قوامة جيدة - مشكلة المستحضرات الصيدلانية	١٥٢
الاطار ٩-٦	تايلند: دور وسائل الاعلام في القوامة على النظام الصحي	١٥٥

رسالة من المديرة العامة

ل هي مقومات النظام الصحي الجيد؟ وما الذي يجعل هذا النظام عادلا؟ وكيف نعرف أن نظاما صحيا ما يبلغ أداؤه أقصى درجة ممكنة؟ تلك الأسئلة موضوع نقاش عام في معظم بلدان العالم.



غرو هارليم برونتلاند

وتتوقف الاجابات بطبيعتها على رأي المجيب على السؤال. فوزير الصحة الذي يدافع عن ميزانيته في البرلمان، ووزير المالية الذي يحاول تحقيق التوازن في الطلبات المتعددة في ميزانية الدولة، ومدير المستشفى المنهك الذي يتعرض لضغوط من أجل ايجاد مزيد من الأسرة، والطبيب أو الممرضة في مركز صحي ما بعيد نفاذ ما لديهما من مضادات حيوية فجأة، والمحرر الصحفي الذي يبحث عن موضوع اخباري، والأم التي تسعى الى علاج طفلها المريض ذي العامين، وجماعة الضغط التي تكافح من أجل تحسين الخدمات؛ لكل منهم رأيه الخاص. ونحن في منظمة الصحة العالمية يلزم أن نمد يد العون الى جميع المعنيين من أجل التوصل الى رأي متوازن.

ومهما يكن المعيار الذي نطبقه فمن الجلي أن النظم الصحية يكون أداؤها جيدا في بلدان معينة في حين يكون سيئا في بلدان أخرى. ولا يعزى هذا الى الاختلافات في الدخل والانفاق فحسب: اذ اننا نعلم أن الأداء يمكن أن يتفاوت تفاوتا واضحا حتى فيما بين البلدان التي تخصص مبالغ متشابهة جدا للانفاق الصحي. وللطريقة التي يتم بها تصميم النظم الصحية وادارتها وتمويلها تأثير في حياة الناس وأسباب رزقهم. ويقاس الاختلاف بين نظام صحي جيد الأداء ونظام صحي قاصر بمعدل حالات الوفاة وحالات العجز وبالعوز والاذلال واليأس.

وفي عام ١٩٩٨، عندما أصبحت المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية، كان من بين اهتماماتي الأساسية وجوب أن يصبح تطوير النظم الصحية محورا أساسيا بصورة متزايدة في عمل المنظمة. وكنت أرى أيضا أنه في حين يجب أن تكون جهودنا في هذا المجال متسقة مع قيم مبدأ توفير الصحة للجميع فان اعداد توصياتنا ينبغي أن يتم على أساس قرائن لا على أساس أيديولوجي. وهذا التقرير انما هو ثمرة تلك الاهتمامات. وآمل أن يعتبر نشر هذا التقرير معلما على طريق تطور النظم الصحية. والدافع وراء اعداده هو تحسين أداء النظم الصحية في العالم.

وكان التحدي الذي أمامنا هو فهم العوامل التي تسبب الاختلاف فهما أفضل . ولم تكن هذه مهمة سهلة بأي حال . وقد ناقشنا كيفية تعريف نظام صحي ما على نحو يوسع نطاق اهتمامنا ليتجاوز تقديم الخدمات الصحية العمومية والشخصية ويشمل مجالات رئيسية أخرى من السياسة العامة لها تأثير في صحة الناس . ويقترح التقرير أن تشمل حدود النظم الصحية جميع الأعمال التي تستهدف أساسا تحسين الصحة .

وهذا التقرير يفتح آفاقا جديدة في طريقته لمساعدتنا على فهم أهداف النظم الصحية . ومن الواضح أن الغرض من تعريفها هو تحسين الصحة ووقايتها، ولكن لها أهدافها الجوهرية . وهي معنية بالمساواة في طرق تحمل الناس تكاليف الرعاية الصحية، وبكيفية تجاوب النظم مع توقعات الناس فيما يتعلق بكيفية علاجهم . وحيثما يتعلق الأمر بالصحة وسرعة الاستجابة لا يكفي أن يكون المستوى المتوسط مرتفعا: يتعين أيضا أن يشمل دور النظام الصحي الحد من التفاوتات بطرق من شأنها تحسين حالة أشد الناس عوزا . وفي هذا التقرير يشكل مدى انجاز المهام أساس قياس أداء النظم الصحية .

ولا بد لصانعي السياسات من تكوين فهم واضح للوظائف الرئيسية للنظام الصحي من أجل اتخاذ اجراءاتهم الخاصة لقياس الأداء . ويحدد التقرير أربعة من هذه الوظائف: تقديم الخدمات، وتوفير الموارد البشرية والمادية التي تتيح تقديم الخدمات، وتجميع الموارد المستخدمة لتمويل خدمات الرعاية الصحية، وكذلك، وهو الأمر الأهم، وظيفة الاشراف؛ أي تحديد واناذ قواعد اللعبة وتوفير التوجه الاستراتيجي لجميع الأطراف المعنية .

ولا شك أن عددا كبيرا من المفاهيم والتدابير المتبعة في التقرير يتطلب مزيدا من البلورة والتطوير، وحتى الآن يقف ضعف نظم المعلومات الروتينية ونقص الاهتمام بالبحوث عقبة في طريق معارفنا . ومن ثم فقد اقتضى الأمر بذل جهود كبيرة في اعداد التقرير من أجل جمع البيانات والحصول على معلومات جديدة واجراء أعمال التحليل والتركيب الضرورية . كما استند التقرير الى أشخاص عديدين تبينا آراءهم من داخل المنظمة وخارجها بخصوص تفسير البيانات والأهمية النسبية للأهداف المختلفة .

ولا يمكن أن يقدم التقرير اجابات نهائية على كل سؤال من الأسئلة المطروحة بشأن أداء النظم الصحية . ولكن التقرير يجمع أفضل القرائن المتاحة حتى الآن الى بعضها البعض . كما أن التقرير يثبت أنه على الرغم من تعقد الموضوع وقصور البيانات فان من الممكن الخروج بتقديرات صائبة للحالة الراهنة على نحو يوفر جدول أعمال حافزا للعمل في المستقبل .

وآمل أن يسهم هذا التقرير في تحديد كيفية تقييم وتحسين النظم الصحية . فتقييم الأداء يتيح لصانعي السياسات ومقدمي الخدمات الصحية، وعامة الناس النظر الى أنفسهم فيما يتعلق بالترتيبات الاجتماعية التي أقاموها لتحسين النظم الصحية . ويدعو التقييم الى التفكير في القوى التي تشكل الأداء وفي التدابير الكفيلة بتحسينه .

وبالنسبة للمنظمة فان التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠٠٠ يشكل علامة بارزة في عملية طويلة الأجل . فقياس أداء النظم الصحية بناء على المعلومات والطرق المحسنة والمحدثة باستمرار سيشكل من الآن فصاعدا سمة منتظمة في جميع التقارير الخاصة بالصحة في العالم .

وعلى الرغم من أننا ما زلنا في مرحلة مبكرة من مراحل فهم مجموعة معقدة من التفاعلات فان هناك بعض الاستنتاجات الهامة الواضحة :

- أن المسؤولية النهائية عن أداء النظام الصحي في بلد ما تقع على عاتق الحكومة. فالإدارة الواعية والمسؤولة، أي الوصاية، والرامية الى تحقيق رفاهية الناس هي جوهر الأداء الحكومي الجيد. فصحة الناس تشكل دائما أولوية وطنية: مسؤولية الحكومات عنها مسؤولية مستمرة ودائمة.
- أن بلدانا عديدة، مع أخذ المبالغ التي تخصصها للصحة بعين الاعتبار، تقصر عن بلوغ مستوى الأداء الذي يتناسب وامكانياتها، ونتيجة ذلك حدوث عدد كبير من حالات الوفاة والعجز التي يمكن توقيها. ويتحمل الفقراء بصورة متفاوتة مغبة هذا القصور.
- أن النظم الصحية لا تستهدف تحسين صحة الناس فحسب وانما تستهدف أيضا وقايتهم من التكلفة المالية المرتبطة بالمرض. ويتمثل التحدي الذي يواجه البلدان المنخفضة الدخل في تقليل العبء الارتدادي للمدفوعات المباشرة عن طريق زيادة استخدام مخططات السداد المسبق التي توزع الخطر المالي وتبعد شبح الانفاق الهائل على الصحة.
- أن كثيرا من وزراء الصحة في الحكومات يركزون على القطاع العام ويغفلون عن القطاع الخاص، الذي تكون اسهاماته أهم في أغلب الأحيان، فيما يتعلق بتمويل وتقديم خدمات الرعاية. وثمة تحد متزايد يواجه الحكومات هو حشد طاقات القطاع الخاص والقطاع الطوعي من أجل الوصول الى مستويات أفضل لأداء نظمها الصحية مع معالجة اخفاقات الأسواق الخاصة.
- أن الوصاية تشكل ملاذا أخيرا للاشراف على النظام ككل مع تحاشي قصر النظر وضيق الأفق والتغاضي عن رؤية مواطن قصور النظام. والغرض من هذا التقرير هو تيسير أداء هذه المهمة من خلال وضع قرائن جديدة في بؤرة الاهتمام.

وفي الختام أمل أن يساعد هذا التقرير صانعي السياسات على القيام باختيارات حكيمة. فهم اذا توصلوا الى ذلك سيتسنى تحقيق مكاسب كبيرة في جميع البلدان، وسيكون الفقراء هم المستفيد الأساسي من هذه المكاسب.

Amo H. Bundled

غرو هارليم برونتلاند

جنيف

حزيران/ يونيو ٢٠٠٠

استعراض عام

لقد أصبحت حياة العديد من الناس اليوم وفي كل يوم مرهونة بالنظم الصحية التي تضطلع بمسؤولية أساسية ودائمة تجاه الناس من كل الفئات العمرية تبدأ بضممان ولادة أطفال أصحاء وتنتهي بتوفير الرعاية الكريمة للمسنين الضعفاء . ولهذه النظم أهمية بالغة لتحقيق التطور الصحي للفرد والأسرة والمجتمع في كل مكان .

والمقصود بالنظام الصحي في هذا التقرير هو مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة لإنتاج تدخلات صحية . والتدخل الصحي يعني كل جهد يبذل ويرمي ، أساسا ، الى تحسين الصحة سواء كان ذلك في اطار الرعاية الصحية الشخصية أو في اطار خدمات الرعاية الصحية أو من خلال المبادرات المشتركة بين القطاعات .

وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي فانه ليس بالغرض الوحيد . والحقيقة أن هذا الغرض ينقسم الى شقين : بلوغ أفضل مستوى صحي متوسط ممكن أي ايجاد نظام يستجيب بشكل جيد لتطلعات السكان (الجودة) والحد ، قدر الامكان ، من الفوارق القائمة بين الأفراد وبين الجماعات أي ضمان توفير رعاية جيدة لكل الناس دون أي تمييز (العدالة) . وفي التقرير الخاص بالصحة في العالم ، ٢٠٠٠ ، المكرس برمته للنظم الصحية ، تتجاوز اهتمامات منظمة الصحة العالمية ما تركز عليه تقليديا أي عافية الأشخاص البدنية والنفسية للتوكيد على هذين العنصرين الآخرين وهما الجودة والعدالة .

فهو يراعي الى حد لم يعهد من قبل ، الأدوار التي يضطلع بها الناس في النظم سواء كانوا من مقدمي الخدمات الصحية أو من مستهلكيها أو من المساهمين في النظم بأموالهم أو من العاملين فيها أو من المواطنين الذين يضطلعون بمسؤولية ادارتها أو القوامة عليها . ويتناول التقرير أيضا كيفية معالجة النظم للفوارق بين الناس وطريقة استجابتها لتطلعاتهم ومدى احترامها لكرامتهم وحقوقهم وحررياتهم .

ويطرق التقرير الخاص بالصحة في العالم ، ٢٠٠٠ أيضا مجالا جديدا اذ يقدم للمرة الأولى مؤشرا لأداء النظم الصحية الوطنية في سعيها لتحقيق ثلاثة مرامي عامة هامة وهي : تحسين الصحة ، والقدرة على الاستجابة لتطلعات السكان وعدالة المساهمة المالية .

ويتوقف تحقيق تقدم نحو بلوغ هذه المرامي الى حد كبير على مدى نجاح النظم في الاضطلاع بأربع وظائف حيوية هي : تقديم الخدمات ، واستدراار الموارد ، والتمويل والقوامة . ويفرد التقرير فصلا لكل وظيفة من هذه الوظائف ويخلص الى استنتاجات ويقدم توصيات بشأن السياسة العامة فيما يتعلق بكل منها . وهو يشدد على القوامة خصوصا لما لها من بالغ الأثر على الوظائف الثلاث الأخرى .

وما زالت أسئلة عديدة عن أداء النظم الصحية دون جواب واضح حتى اليوم - ومرد ذلك الى حد كبير، عدم توافر طرق موثوقة لقياس الأداء. ويعرض التقرير اطار منظمة الصحة العالمية لتقدير أداء النظم الصحية الذي جرى التوصل اليه استنادا الى مجمل البحوث القيمة السابقة. ويتألف هذا الاطار من مجموعة من الوسائل الفعالة الجديدة التي تساعد الدول الأعضاء على قياس أدائها وعلى فهم العوامل المؤثرة في الأداء وعلى تحسينه وبالتالي على الاستجابة بطريقة أفضل للمتطلبات والتطلعات الصحية للفئات السكانية التي تخدمها وتمثلها. ويسمح هذا الاطار بتحليل وفرة من المعلومات عن النظم الصحية وتوليها. وهو، في شكله المختصر، عبارة عن مؤشر للأداء يتوقع أن يؤدي الى عدد كبير من الأعمال الجديدة المشوقة. وسيكون المؤشر سمة ملازمة لتقارير الصحة في العالم في المستقبل، وسيجري توسيعه وتحسينه وتحديثه سنويا.

وكان الاطار الأساسي الذي قامت عليه مناقشات الموائد المستديرة بعنوان «التصدي للتحديات الكبرى التي تواجه النظم الصحية» والتي دارت بين وزراء الصحة في جمعية الصحة العالمية الثالثة والخمسين في جنيف في أيار/ مايو ٢٠٠٠. وقد تم تناول موضوع هذه المناقشات في جميع فصول التقرير كما أن نتائج تلك المناقشات ستؤخذ بعين الاعتبار فيما يتعلق بالأعمال المستقبلية المكرسة لذلك الاطار.

ولا بد لصانعي السياسات من فهم الأسباب الكامنة وراء سوء أداء النظم الصحية بغية تحديد ما يجب فعله لتصحيح الوضع. فكل النظم الصحية تؤدي وظائف معينة - كتقديم أو توفير الخدمات الصحية الشخصية وغير الشخصية؛ وحشد الموارد البشرية والمادية اللازمة لذلك؛ وزيادة وجمع الإيرادات المستخدمة لشراء الخدمات؛ والاضطلاع بدور القوامة على الموارد الموكلة اليهم، والسلطات والتطلعات المنوطة بهم.

وبمقارنة طريقة تنفيذ هذه الوظائف فعليا يمكن فهم اختلاف الأداء عبر الزمن وبين البلدان. ومما لا شك فيه أن العديد من المفاهيم والمقاييس المستخدمة في التقرير تحتاج الى صقل كما أن من المهم جمع المزيد من البيانات الأفضل عن بلوغ المرامي وعن وظائف النظم الصحية. ومع ذلك فإن المعلومات المقدمة تزخر بالعبر والدروس. ويقدم التقرير أفضل القرائن المتاحة حتى اليوم. وعلى هذا فإنه يسعى، على الصعيد الوطني والعالمي، الى تنمية المهارات وجمع المعلومات المطلوبة لبناء قاعدة من القرائن الخاصة بمستويات الأداء ومحدداته يمكن بفضلها تحسين طريقة عمل النظم.

لهذا فإن عبارة «تحسين الأداء» هي مفتاح التقرير وعلته وجوده. فرسالة المنظمة هي «بلوغ الجميع أعلى مستوى صحي ممكن» مع التركيز على ردم الهوة ضمن البلدان وفيما بينها. وتتوقف قدرة المنظمة على تحقيق رسالتها الى حد كبير على فعالية النظم الصحية في الدول الأعضاء. وتعزيز هذه النظم هو أحد التوجهات الاستراتيجية الأربعة للمنظمة وهو توجه يتداخل ويترابط مع التوجهات الثلاثة الأخرى وهي: الحد من الوفيات المقرطة في صفوف الفقراء والفئات السكانية المهمشة؛ ومعالجة عوامل الاختطار الرئيسية معالجة فعالة؛ واحلال الصحة في صلب برنامج عمل التنمية العام.

وإذا كانت مكافحة الأوبئة والعمل على الحد من وفيات الأطفال والدفاع عن الولادة المأمونة كلها من أولويات المنظمة فإنها لا تستطيع تحقيق نتائج كبيرة في جهودها هذه أو في معاركها الأخرى ما لم تول الاهتمام ذاته بتعزيز النظم الصحية التي هي الوسيلة التي يمكن بها تنفيذ التدخلات الرامية الى انقاذ الحياة أو تعزيزها في الميدان.

ويشدد التقرير على أن التباين في مستوى كفاءة تنظيم النظم الصحية وتمويلها وتلبيتها لاحتياجات سكانها يفسر الى حد كبير اتساع الهوة المسجل في معدلات الوفيات بين الأغنياء والفقراء، وضمن البلدان وبينها في مختلف أرجاء العالم. بل أن من الملاحظ وجود فوارق هائلة بشكل لا يمكن قبوله في المستويات الصحية حتى بين البلدان ذات مستويات الدخل المتشابهة. ويلاحظ التقرير استمرار جوانب اللامساواة فيما يتعلق بمتوسط العمر المأمول وهي ترتبط ارتباطا وثيقا بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي حتى في البلدان التي يكون فيها متوسط الحالة الصحية يبعث على الرضا. وعلاوة على ذلك فإن الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء تزداد اتساعا عندما يتم الفصل، في اطار متوسط العمر المأمول، بين سنوات العمر التي يقضيها المرء في تمام عافية والسنوات التي يقضيها وهو يشكو من التعوق. والواقع أن الفقراء لا يعيشون فقط فترات أقل من غيرهم بل انهم يمضون مدة أطول من أعمارهم رهينة للتعوق.

وباختصار فإن أداء النظم الصحية، وأداء العاملين فيها الذين يبلغ عددهم ٣٥ مليون شخص أو يزيد في جميع أنحاء العالم يؤثر تأثيرا بالغاً في جودة وطول حياة مليارات البشر الذين تخدمهم تلك النظم.

كيف نشأت النظم الصحية

لا يترك التقرير في استعراضه لنشوء النظم الصحية الحديثة والاصلاحات التي أدخلت عليها في مختلف المراحل أي شك في أن هذه النظم أسهمت، بشكل عام، اسهاما كبيرا في تحسين صحة معظم سكان العالم خلال القرن العشرين.

وقد أصبح للنظم الصحية اليوم دور أكبر وأشد تأثيراً من أي وقت مضى في حياة الناس في مختلف البلدان، غنياها وفقيرها على حد سواء. ولقد كانت هناك نظم صحية بشكل أو بآخر منذ أن بدأ الناس يسعون الى حماية صحتهم ومعالجة الأمراض. ومنذ آلاف السنين والممارسات التقليدية المقترنة بالمشورة الروحية قائمة توفر الرعاية الوقائية والعلاجية وهي كثيرا ما تكون موجودة اليوم بالتوازي مع نظم الطب الحديث.

الا أنه لم يكن للنظم الصحية المنظمة بمعناها الحديث أي وجود حقيقي قبل ١٠٠ سنة. فلم يكن الناس يذهبون الى المستشفيات في ذلك الوقت الا فيما ندر. ومعظمهم كان يولد في أسر كبيرة العدد ويعيش فترة رضاعة وطفولة مهددة بأمراض قد تودي بهم ومنها الحصبة والجذري والملاريا وشلل الأطفال. وكانت معدلات وفيات الرضع والأطفال مرتفعة جدا شأنها شأن معدلات وفيات الأمومة. وكان متوسط العمر المأمول عند الميلاد قصيرا لا يتجاوز ٤٨ عاما قبل نصف قرن من الزمن فقط. وكانت الولادة ذاتها تتم في المنزل ونادرا ما كانت تجري بحضور طبيب.

وللدلالة بايجاز على دور النظم الصحية في الحياة المعاصرة سيولي هذا التقرير اهتماما خاصا بمولد طفل محدد. فقد قدر خبراء الأمم المتحدة في السنة الماضية أن عدد سكان العالم سيبلغ ستة مليارات نسمة يوم ١٣ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٩. وفي ذلك اليوم ولد في مستشفى للولادة في مدينة سرايفو صربي اعتبر الرقم ستة مليارات على ظهر هذا الكوكب ودخل الصبي هذا العالم ومن المتوقع له أن يعيش ٧٣ عاما، أي متوسط العمر المأمول عند الميلاد في البوسنة اليوم.

ولد الصبي في مستشفى حضري كبير يزخر بالقابلات والممرضات والأطباء والتقنيين المدربين. ويمتلك معدات تكنولوجية متطورة وتتوافر فيه العقاقير والأدوية، وهو جزء من نظام

صحي معقد يرتبط بدوره بشبكة واسعة من الأشخاص والاجراءات التي تعنى بطريقة أو بأخرى بتقييم صحة هذا الطفل، وصحة غيره من السكان، والمحافظة عليها وتحسينها بقية العمر. وتشكل كل هذه الأطراف المعنية معا - سواء كانت تقدم الخدمات أو تمويلها أو تضع السياسات لادارتها - نظاما صحيا.

ولقد تعاقبت على النظم الصحية خلال السنوات المائة الأخيرة، سلسلة متداخلة من الاصلاحات شملت انشاء نظم الرعاية الصحية الوطنية وتوسيع نطاق نظم التأمين الاجتماعي. وتم بعد ذلك، الترويج للرعاية الصحية الأولية كوسيلة لتحقيق التغطية الميسورة للجميع - أي هدف توفير الصحة للجميع. وعلى الرغم من المزايا العديدة التي تنطوي عليها هذه الوسيلة فقد تعرضت للنقد على أساس أنها لا تولي اهتماما كافيا لطلب الناس على الرعاية الصحية، بل تركز بطريقة تكاد تكون حصرية على احتياجاتهم منها. فالنظم غالبا ما كانت تنهار عندما لا يتلاءم هذان المفهومان اذ أنها تعجز عن التوفيق بين ما تقدمه من خدمات وبين تلبية الطلب والخدمات.

وقد شهدت السنوات العشر الأخيرة أو نحوها تحولا تدريجيا في النظر الى ما تسميه المنظمة «التغطية الشاملة الجديدة» أي توفير خدمات الرعاية الأساسية الجيدة القائمة على معايير الفعالية والتكاليف والمقبولية الاجتماعية للجميع بدلا من توفير كل الرعاية الممكنة للجميع أو مجرد تقديم أبسط أنواع الرعاية وأشدها ضرورة للفقراء فقط. وتنطوي هذه التغطية الشاملة الجديدة على اختيار صريح لأولويات التدخل فتحترم المبدأ الأخلاقي القائل بجواز تقنين الخدمات لمقتضيات الضرورة والكفاءة وبعدم جواز استبعاد فئات كاملة من السكان.

وقد جاء هذا التحول، الى حد ما، نتيجة للتغيرات السياسية والاقتصادية العميقة التي شهدتها السنوات العشر الأخيرة تقريبا، والتي كان من ضمنها الانتقال من الاقتصاد المخطط مركزيا الى اقتصاد السوق، وتراجع تدخل الدولة في الاقتصاد الوطني، وتقلص القيود التي تفرضها الحكومات، وتزايد الأخذ باللامركزية.

وكان ذلك يعني، من الناحية الأيديولوجية، التشديد على حرية الاختيار والمسؤولية الفردية. أما من الناحية السياسية، فذلك يعني الحد من الآمال والتوقعات المتصلة بالدور المنوط بالحكومات. غير أن ذلك لا يمنع الناس أن يتوقعوا المزيد من النظم الصحية التي تخدمهم بدرجات لم يسبق لها مثيل. ففي كل يوم تقريبا يعلن عن استنباط دواء أو علاج حديث، أو عن حدوث تقدم جديد في تكنولوجيا الطب أو الصحة. ولا يجاري تسارع التقدم هذا الا اندفاع الناس الى الحصول على نصيبهم من المنافع.

ونتيجة لذلك يتزايد الطلب على النظم الصحية وتتعاظم الضغوط عليها سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص، وفي كل البلدان غنيها وفقيرها. ومن الطبيعي أن تكون هناك حدود لما يمكن للحكومات أن تمويله ولما يمكن أن تقدمه من خدمات. ويود هذا التقرير أن يشجع على اعتماد سياسات عامة تقر بتلك الحدود - وتتعترف بأنه لا يمكن، اذا ما أريد توفير الخدمات للجميع، توفير كل الخدمات.

امكانيات التحسين

تضم كل النظم أعدادا لا تحصى من الأشخاص المتفانين من ذوي المهارات العالية الذين يعملون على كل المستويات من أجل تحسين صحة مجتمعاتهم. وتمتلك النظم الصحية مع اطلالة القرن الجديد أسباب القدرة على تحقيق مزيد من التحسينات الهائلة.

الا أن النظم الصحية يمكنها، مع الأسف، أيضا، اساءة استخدام قوتها وهدر طاقتها. وقد يكون ضرر النظم الصحية ذات الهياكل الضعيفة والادارة السيئة والتنظيم الرديء والتمويل الضئيل أكبر من نفعها.

وقد وجد التقرير أن البلدان أبعد من تحقيق كامل امكاناتها وأن معظم الجهود التي تبذلها غير كافية سواء من حيث قدرة النظم على الاستجابة وعدالة المساهمة المالية. وهناك في جميع البلدان تقريبا، تقصير خطير في أداء مهمة أو أكثر.

ويكمن هذا التقصير في كل بلد وراء عدد كبير جدا من الوفيات وحالات التعوق التي يمكن اتقاؤها؛ ووراء الكثير من المعاناة التي لا داعي لها؛ وانعدام العدالة والمساواة، وحرمان الأفراد من حقوقهم الأساسية. وأكثر الناس تأثرا بهذه النتائج هم الفقراء الذين يزدادون فقرا نظرا لعدم توافر الحماية لهم من الأمراض. فهم عندما يحاولون شراء الخدمات الصحية على نفقتهم الخاصة فانهم كثيرا ما يملأون خزائن غيرهم.

ويبين التقرير كذلك أن احتياجات الفقراء لا تحظى الا بأقل قدر من الاستجابة. اذ لا يتم التعامل معهم بالاحترام ذاته الذي يتعامل به مع غيرهم ولا تتاح لهم خيارات انتقاء من يقدم لهم الخدمات وتتم معالجتهم في ظروف غير مرضية.

وتقع مسؤولية الأداء الكلي للنظام الصحي لبلد ما في نهاية المطاف على عاتق الحكومة، التي يجب عليها أن تشرك كل شرائح المجتمع في عملية القوامة. وتدبير شؤون عافية السكان بدقة ومسؤولية، هو لب حسن السياسة والحكم. وهو يعني بالنسبة لكل البلدان اقامة أفضل نظام صحي ممكن وأكثر انصافا. فصحة الناس هي دائما من الأولويات الوطنية ومسؤولية الحكومة عنها مسؤولية مستمرة ودائمة. لهذا يتعين على وزارات الصحة أن تتولى جزءا كبيرا من القوامة على النظم الصحية.

ويجب أن تشمل السياسات والاستراتيجيات الصحية الخدمات التي يوفرها ويمولها القطاع الخاص فضلا عن الأنشطة التي تنظمها الدولة وتمولها. اذ لا يمكن الا بهذه الطريقة توحيد النظم الصحية ككل نحو تحقيق أهداف الصالح العام. وتشمل القوامة مهام تحديد رؤية السياسات الصحية واتجاهاتها، والتأثير من خلال التنظيم والدعوة، وجمع المعلومات واستخدامها. أما على الصعيد الدولي فان القوامة تعني الملاءمة بين الجهود الجماعية للبلدان لتوليد منافع عامة عالمية كالبحوث مثلا، وتشجيع قيام رؤية مشتركة للتنمية العادلة بين البلدان وضمونها. كما تعني توفير قاعدة من القرائن التي يمكن أن تسهم في الجهود التي تبذلها البلدان من أجل تحسين أداء نظمها الصحية.

ومع ذلك فقد أشار التقرير الى أن بعض البلدان لم تصدر خلال السنوات العشر الماضية، أي بيان عن سياستها الصحية الوطنية، وأن السياسات في بعضها الآخر ترد في وثائق تظل على الرفوف دون أن يرجع اليها أحد. وكثيرا ما تنص السياسات الصحية والخطط الاستراتيجية على توسع غير واقعي في نظام الرعاية الصحية الممول من قبل الدولة مما يفوق أحيانا الحدود التي يسمح بها معدل نمو اقتصاد البلاد. وبمرور الزمن يتبين أن هذه السياسات والخطط غير عملية وبالتالي فانها تهمل.

وعلى اطار السياسات أن يعترف بكل المرامي الثلاثة التي يصبو النظام الصحي الى تحقيقها وأن يضع الاستراتيجيات الكفيلة بتحقيق كل منها. ولكن ليس لدى البلدان كلها سياسات رسمية ترمي الى ضمان جودة وعدالة النظم الصحية. وهناك بلدان لم تصدر حتى الآن أي بيانات عامة عن

التوازن المطلوب بين الانجازات الصحية وقدرة النظم على الاستجابة وعدالة المساهمة المالية. وعلى السياسات أن تحدد الطريقة التي يتعين بموجبها تحسين الوظائف الأساسية للنظم.

وقد لاحظ واضعو هذا التقرير أن العديد من وزارات الصحة تتصف بقصر النظر الشديد وأنها تركز على القطاع العام وكثيرا ما تتجاهل خدمات الرعاية التي يقدمها القطاع الخاص والتي تفوق في أهميتها وحجمها ما يقدمه القطاع العام. وتستطيع الحكومات، في أسوأ الحالات، أن تتغاضى عن «السوق السوداء» في مجال الصحة التي ينتشر فيها الفساد والرشوة والعمل الاضافي بالسر وغيرها من الممارسات غير المشروعة التي ازدهرت منذ سنوات والتي يتعذر التغلب عليها. الا أن رؤيتها ليست بالسعة التي تتيح لها أن تسهم في بناء مستقبل صحي أفضل. فضلا عن هذا فان بعض وزارات الصحة كثيرا ما تنزع كليا الى تناسي هدفها الأهم وهو السكان في مجملهم. ولا يراعى المرضى والمستهلكون الا حين يفرضون أنفسهم على انتباه الوزارة عندما يتفاقم الاستياء العام.

وكثير من وزارات الصحة تتغاضى عن التهرب من تطبيق اللوائح التي وضعتها هي نفسها أو التي يفترض بها تنفيذها للصالح العام. وقلة تنفيذ اللوائح تعري بتجاوزها. ومن الأمثلة الكثيرة التغاضي عن تقاضي أجور غير قانونية من المرضى والاحتفاظ بها، وهي ممارسة تعرف مجازا باسم «الاستيلاء غير النظامي للرسوم». ويحول هذا الضرب من الفساد دون لجوء الفقراء الى الخدمات التي يحتاجونها مما يزيد من حالات الغبن في تمويل الصحة ويشوه الأولويات الصحية الكلية.

تقديم خدمات أفضل

هناك حكومات كثيرة لا تعرف ما يحدث في مجال توفير الخدمات للناس. ففي بلدان عديدة يعمل بعض الأطباء، ان لم يكن معظمهم، لدى الحكومة وفي عياداتهم الخاصة في الوقت نفسه. وعندما يقوم مقدمو الخدمات الصحية من القطاع العام باستخدام المرافق العامة على نحو غير مشروع لتوفير رعاية خاصة لمرضاهم الخاصين فان هذا يعني أن القطاع العام يدعم العيادات الخاصة غير الرسمية. ويعرف المهنيون الصحيون القوانين المتصلة بالممارسة الا أنهم يعرفون أيضا أن تطبيقها ضعيف أو معدوم. أما الرابطة المهنية المسؤولة بالاسم عن التنظيم الذاتي فهي غالبا ما تكون غير فعالة.

وينبغي أن تدرج مسألتا مراقبة وتنظيم مقدمي الخدمات وشركات التأمين العاملين في القطاع الخاص على رأس البرامج الوطنية. ومن الضروري في الوقت نفسه اعتماد حوافز حساسة للأداء. والسياسات الجيدة هي تلك التي تميز بين مقدمي (من القطاع العام أو القطاع الخاص) الذين يسهمون في تحقيق أهداف الصحة والمقدمين الذين يعوقون تحقيقها والتي تشجعهم أو تعاقبهم حسب الاقتضاء. وينبغي مراقبة السياسات الهادفة الى تغيير التوازن بين استقلال مقدمي ومسؤوليتهم مراقبة دقيقة من حيث آثارها على الصحة واستجابتها وتوزيع أعباء التمويل.

وهناك مسؤولية واضحة تقع على عاتق وزارات الصحة هي مكافحة الممارسات والاجراءات المعروفة بضررها بواسطة الاعلام الجماهيري واتخاذ التدابير القانونية. وينبغي، على سبيل المثال، أن تتولى الجهات التي تناط بها القوامة التصدي لبيع الأدوية من قبل جهات غير مرخص لها، ولأخطار الافراط في وصف المضادات الحيوية، وعدم الالتزام بالجرعات الموصوفة، وذلك بدعم نشط عن طريق شن حملات اعلامية تستهدف المرضى ومقدمي الخدمات المعنيين والسلطات الصحية المحلية.

وعلى عكس ما يُظن، فإن حصة القطاع الخاص من تمويل القطاع الصحي ترتفع في البلدان التي تقل فيها مستويات الدخل. إلا أن البلدان الفقيرة نادرا ما تكون لديها سياسات واضحة تجاه القطاع الخاص مما يقتضي منها اتخاذ خطوات أساسية نحو الاعتراف بمختلف مجموعات مقدمي الخدمات من القطاع الخاص والدخول في حوار معهم كيما تتمكن من التأثير عليهم وتنظيمهم.

وبإمكان القطاع الخاص الاضطلاع بدور ايجابي فيما يتعلق بتحسين أداء النظم الصحية ولكن هذا لا يمكن أن يتم ما لم تقم الحكومات بأداء وظيفتها العامة الأساسية وهي القوامة. وتشكل الحوافز المناسبة والمعلومات الكافية أداتين فعاليتين في تحسين الأداء.

ويتطلب التقدم نحو توفير رعاية عالية الجودة عموما توفير معلومات أكثر وأفضل مما يوفر حاليا، وعن التدخلات المقترحة، والعقبات الأساسية، التي تعرقل تقديم الخدمات. وينبغي دراسة عوامل الاختطار على الصعيدين المحلي والوطني وفهمها. ومن المتطلبات الأساسية، التي يندر استيفاؤها، توفير المعلومات عن أعداد مقدمي الخدمات وأنواعهم. ومن الضروري أيضا فهم هيكلية سوق مقدمي الخدمات وأنماط الاستخدام كي يدرك صانعو السياسات الأسباب الكامنة وراء توفير تشكيلة الخدمات والقطاعات التي تنمو فيها.

وينبغي للحكومة أن تبدأ في وضع الأولويات بغية تحديد مضمون مجموعات الاعانات التي يجب أن تتاح للجميع شريطة أن تعكس، في جملة معايير أخرى، الأولويات المحلية فيما يتعلق بمكافحة الأمراض وفعالية التكاليف. وينبغي تحديث واستخدام آليات الدعم — من قبيل البروتوكولات السريرية ونظم التسجيل والتدريب ومنح التراخيص لطرح المنتجات في الأسواق — ورخص الممارسة. وثمة حاجة الى وضع استراتيجية للتنظيم تميز بين مكونات القطاع الخاص وتنطوي على تعزيز التنظيم الذاتي.

ولا بد من اعلام المستهلكين عما يضر بصحتهم وما يفيدها وعن الأسباب التي تدعو الى عدم تحقيق تطلعاتهم والى معرفة حقوقهم التي يتوجب على سائر مقدمي الخدمات احترامها. والمواءمة بين الهياكل التنظيمية والحوافز بالأهداف الكلية للسياسات هي من مهام الذين يقومون على الادارة وليست من مهام مقدمي الخدمات.

ولا بد من الرصد لتقييم التغيرات السلوكية المتصلة بالامركزية السلطة على الموارد والخدمات والآثار الناجمة عن اختلاف أنواع علاقات التعاقد مع مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص. والتوازن بين القيود الصارمة والاستقلال المطلوب لحفز مقدمي الخدمات أمر حساس يتطلب حولا محلية. ولا بد في معظم الحالات من التجريب وتكييف مختلف الطرق. وينبغي انشاء جهاز لدعم تبادل المعلومات بهدف اقامة «شبكة افتراضية» تربط بين عدد كبير من مقدمي الخدمات شبه المستقلين.

تحقيق توازن أفضل

يشير التقرير الى وجود خلل خطير في التوازن بين الموارد البشرية والمادية والتكنولوجيا والمواد الصيدلانية في العديد من البلدان. إذ أن هناك نقصا في العاملين الصحيين المؤهلين في بعض البلدان وفائضا منهم في بلدان أخرى. والعاملون الصحيون في العديد من بلدان الدخل المنخفض هم من غير المدربين كما أن أجورهم ضئيلة وهم يعملون في مرافق عتيقة تعاني من نقص مزمن في المعدات. ويؤدي ذلك الى «هجرة عقول» في صفوف أصحاب المواهب من

المهنيين المحبطين الذين يسافرون الى الخارج أو ينتقلون الى الممارسة الحرة في القطاع الخاص . وهذا الأمر يؤدي أيضا الى إلحاق الضرر الفادح بالفقراء أكثر من غيرهم .

وعلى وجه العموم ، لا تتوافر للحكومات معلومات كثيرة عن التدفقات المالية واستدرار الموارد البشرية والمادية . ولا بد ، لتصحيح هذا الوضع ، من اجراء الحسابات الصحية الوطنية واستخدامها على نطاق أوسع . فهذه الحسابات توفر المعلومات الأساسية اللازمة لرصد نسبة رأس المال الى النفقات المتكررة أو نسبة أي منتج الى المجموع ولمراقبة الاتجاهات السائدة . فالحسابات تأخذ بعين الاعتبار المدخلات الخارجية والداخلية والعامّة والخاصة على حد سواء وتجمع بيانات مفيدة عن الكميات المادية كعدد الممرضات والمعدات الطبية ومستشفيات المناطق وتكاليفها .

وقد أصبحت هذه الحسابات متوافرة بشكل أو بآخر في معظم البلدان الا أنها ما زالت بدائية ولا تستخدم كأدوات للقوامة على نطاق واسع . وتمكن البيانات المستمدة من هذه الحسابات وزارات الصحة من أن تقيّم بشكل ناقد عمليات شراء المدخلات التي يقوم بها مختلف القيمين على الأموال في النظام الصحي .

ولا ينطبق مفهوم الشراء الاستراتيجي الذي يناقشه هذا التقرير على شراء خدمات الرعاية الصحية فحسب بل ينطبق أيضا على شراء مدخلات النظام الصحي . وتتحمل وزارات الصحة في الأوضاع التي يتم فيها شراء المدخلات كالموظفين المدربين ومعدات التشخيص والمركبات بأموال من خزانة الدولة مسؤولية مباشرة عن ضمان الحصول على مردود مناسب ليس من حيث جودة الأسعار فحسب بل من حيث حسن استخدام السلع التي يتم شراؤها .

أما في الحالات التي تقوم فيها وكالات أخرى (كشركات التأمين الخاصة ومقدمي الخدمات والأسر والهيئات العمومية) بشراء مدخلات النظم الصحية فان دور وزارات الصحة في مجال القوامة يتمثل في استخدام نفوذها التنظيمي والمعنوي لضمان اسهام المشتريات في تحسين كفاءة تشكيلة المدخلات وليس في تدهورها .

وقد يعود الى الوزارات المركزية أمر البت في القرارات الحاسمة فيما يتعلق بالاستثمار بخصوص مستشفيات المرتبة الثالثة أو كليات الطب ، مثلا ، غير أن معظم قرارات شراء البنود الأقل أهمية لا بد من اناطته بالسلطات الصحية على صعيد الأقاليم والمناطق في ضوء المبادئ التوجيهية والمعايير والاجراءات التي تضعها الحكومات المركزية .

ولضمان قيام توازن صحي بين رأس المال والنفقات المتكررة في النظم الصحية لا بد من تحليل الاتجاهات السائدة في مجالي الانفاق العام والخاص ودراسة الصناديق المحلية والأجنبية على حد سواء . وينبغي وضع اطار واضح من السياسات والخوافز والتنظيم والاعلام الجماهيري ليوّجه القرارات الظرفية المتعلقة برأس المال في النظام كله لمقاومة القرارات الظرفية والضغط السياسية .

وقد أثبت مزيج مشابه من الاستراتيجيات جدواه في معالجة بعض الاختلالات الجغرافية التي كثيرا ما تتم مواجهتها في البلد الواحد فيما يتعلق بالموارد البشرية . فينبغي ، على وجه العموم ، اعادة تقييم مضمون الاحتياجات التدريبية في ضوء المهام الحقيقية كما ينبغي تكييف العرض الكلي تبعا لفرص العمالة المتاحة .

وتنظر بعض البلدان التي أصبح المردود الاجتماعي للتدريب الطبي فيها سلبيا في خصخصة هذا التدريب أو وقفه . وكثيرا ما يتعين ، بطبيعة الحال ، اعادة النظر في الدعم الذي تتلقاه

مؤسسات التدريب من خزانة الدولة في ضوء الشراء الاستراتيجي. ويمكن في كثير من الأحوال إعادة موازنة مستويات المدخلات لمختلف المرافق التدريبية دون اللجوء الى اغلاقها مما قد يحجر بعض الموارد لتستخدم لأغراض إعادة تدريب العاملين الصحيين الزائدين عن الحاجة على مهارات يشتد عليها الطلب.

وشراء المعدات الكبيرة، طريقة سهلة لهدر موارد النظم الصحية خاصة عندما لا يتم استخدام هذه المعدات على النحو الكامل وعندما لا تدر أي منافع صحية وتستهلك وقت العاملين وتمثل نفقات متكررة. وهي فضلا عن ذلك صعبة المراقبة. وكل البلدان تحتاج الى معلومات عن تقييم التكنولوجيا الا أنها لا تحتاج بالضرورة الى انتاجها بنفسها. ويكمن دور القوامة هنا في ضمان التقيد بمعايير شراء التكنولوجيا في القطاع العام (الذي تحتاجه كل البلدان) وضمان عدم تلقي القطاع الخاص أي حوافز أو دعم مالي من الخزانة العامة لعمليات شراء التكنولوجيا الا اذا كانت هذه العمليات تعزز تحقيق أهداف السياسات الوطنية.

وكثيرا ما يتولى مقدمو الخدمات حشد دعم الجماهير أو جمع اشتراكات منهم من أجل شراء التكنولوجيا. وعلى القوامة أن تضمن فهم المستهلكين للأسباب الداعية الى تقنين عمليات شراء التكنولوجيا تماما كما يحدث بالنسبة لساكنات الخدمات. وقد يكون من المصلحة العامة أن تحد تكاليف الفرص الضائعة لشراء التكنولوجيا الاضافية في ضوء الخدمات الأخرى المطلوبة.

حماية الفقراء

يضطر معظم الناس، لا سيما الفقراء في أفقر بلدان العالم، الى تسديد تكاليف الرعاية الصحية على نفقتهم الخاصة عندما يمرضون ويصبحون في حاجة ماسة اليها. وكثيرا ما لا يكون هؤلاء الفقراء من المتسبين الى نظم التسديد المسبق القائم على العمالة، وكثيرا ما تقل فرص حصولهم على الخدمات المدعومة عن فرص الفئات الغنية.

ويشير هذا التقرير بطريقة مقنعة، أن الدفع المسبق هو أفضل شكل من أشكال تحصيل الموارد بينما يؤدي التسديد المباشر الى تناقص الخدمات مما يؤدي الى الحيلولة دون الاستفادة من الخدمات. وفي البلدان الفقيرة يتضرر المعوزون مرتين: فعلى جميعهم أن يدفعوا حصة غير عادلة عن طريق الضرائب أو تسديد أقساط التأمين، سواء استعانوا بالخدمات الصحية أو لا كما يتعين على البعض منهم أن يدفعوا من جيوبهم علاوة على ذلك مما يزيد من حالة الغبن الذي يلحق بهم. وتدل القرائن المتاحة من مختلف النظم الصحية على أن الدفع المسبق من خلال النظم التأمينية يحقق عدالة تمويلية أكبر. ويتمثل التحدي الرئيسي في مجال تحصيل الإيرادات في ضرورة توسيع نطاق الدفع المسبق من خلال اعطاء دور مركزي للتمويل من الخزانة العامة أو من خلال التأمين الالزامي. وفي حالة تجميع الإيرادات، ينبغي توسيع نطاق الاشتراك الى أقصى حد ممكن بغية توزيع المخاطر المالية للرعاية الصحية وبالتالي الحد من المخاطر على الفرد ومن خطر الوقوع في براثن الفقر بسبب الانفاق على الصحة.

أما نظم التأمين فتقوم على جمع الموارد من مختلف المشتركين أو المصادر بهدف جمعها وتوزيع المخاطر بين السكان. ولا تتحقق العدالة في التمويل الا من خلال توزيع المخاطر — أي ايجاد نظام يساعد فيه الأصحاء على رعاية المرضى ويرعى فيه الأغنياء الفقراء. وينبغي وضع استراتيجيات لتوسيع نطاق العمل بتقاسم المخاطر بهدف احراز تقدم في توفير الدعم بالاعانات المالية.

ومن الواضح أن أفضل طريق لزيادة حصة الدفع المسبق، هو زيادة الاعتمادات المقدمة للصحة من الخزينة العامة. إلا أن الزيادة التي تستطيع البلدان الفقيرة تحقيقها في الإيرادات العامة كنسبة مئوية من الدخل القومي هي أقل من الزيادة التي يمكن تحقيقها في بلدان الدخل المتوسط والمرتفع. وعندما يتعذر اتخاذ ترتيبات تنظيمية مجدية لرفع مستويات الدخل المسبق فإنه ينبغي للجهات المانحة والحكومات، على حد سواء، البحث عن سبل لاقامة آليات تمكينية لإنشاء أو تدعيم شبكات واسعة لتقاسم المخاطر. وقد تكون نظم التأمين المصممة لاستيعاب أعداد كبيرة من الفقراء طريقة مفيدة للحصول على مساعدات خارجية بالإضافة إلى الاعانات الحكومية.

وتمتلك بلدان عديدة نظماً للتأمين القائمة على العمالة وهي تسعى إلى زيادة المنافع لأعضائها المحظوظين - ومعظمهم موظفون في القطاع النظامي من الاقتصاد - بدلاً من توسيع نطاق هذه الاعانات ليشمل مجموعات أوسع. وبوسع البلدان المنخفضة الدخل أن تشجع أشكالاً مختلفة من الدفع المسبق - سواء كانت قائمة على الوظائف، أو المجتمعات المحلية، أو مقدمي الخدمات - للتمهيد لتوسيع مجموعات تقاسم المخاطر الصغيرة إلى مجموعات كبيرة. وعلى الحكومات أن تشجع التصنيف المجتمعي (أي أن يدفع كل أفراد المجتمع قسطاً تأمينياً موحداً) وصيغ الاعانات الموحدة وإمكانية انتقال الاعانات بين نظم التأمين. وينبغي أن تسد تكاليف اشتراك الفقراء من الخزينة العامة.

أما في البلدان المتوسطة الدخل، فإن الطريق إلى نظم الدفع المسبق العادلة تكمن في تعزيز نظم التأمين الكبيرة غالباً والالزامية والقائمة على الدخل والمخاطر، مع ضمان تمويل الفقراء من الخزينة العامة. وعلى الرغم من أن معظم البلدان الصناعية يعتمد مستويات دفع مسبق فعلاً، فإن بعض هذه الاستراتيجيات صلة بها أيضاً.

ولابد، لضمان تحقيق نظم التمويل المسبق الدفع الأكبر مردودية ممكنة، من أن يحل الشراء الاستراتيجي محل معظم الآليات التقليدية التي تربط القائمين على الميزانية بمقدمي الخدمات. فالقائم على الميزانية لم يعد مجرد وسيط مالي سلبي. والشراء الاستراتيجي يعني ضمان توفير مجموعة متساوقة من الحوافز لمقدمي الخدمات، سواء كانوا من القطاع العام أو الخاص، لتشجيعهم على توفير تدخلات ذات أولوية بكفاءة. وسيكون من الضروري اللجوء إلى التعاقد الانتقائي وإلى استخدام آليات دفع متعددة بكفاءة لوضع الحوافز الرامية إلى تعزيز الاستجابة وتحسين النتائج الصحية.

وختاماً، فإن التقرير يسلط الضوء على العوامل التي تؤثر في سير النظم الصحية ويقترح توجيهات أفضل كيما تتمكن هذه النظم من تحقيق أهدافها. والمرجو هو أن يساعد هذا التقرير صانعي السياسات على تقدير القضايا المعقدة الكثيرة المطروحة، وأن يجعلهم يدرسون خياراتهم، وأن ينتقوها بحكمة. فإذا أفلحوا في ذلك، فإن كل البلدان ستحقق مكاسب كبرى وسيكون الفقراء في مقدمة المستفيدين منها.