

منظمة الصحة العالمية



جمعية الصحة العالمية الثانية والخمسون
البند ٥ من جدول الأعمال المؤقت

ج ٥٢/متنوعات/٦
٢٩ نيسان/أبريل ١٩٩٩
A52/DIV/6

مائدة مستديرة وزارية

ايجاد الأموال: المعضلات التي يواجهها الوزراء

الأهداف المتوخاة من السياسة المتبعة

١- ان تمويل القضايا المعنية يطرح تحديات عديدة أمام وزراء الصحة في جميع أنحاء العالم. ذلك أن بإمكان الهواجس بشأن مستويات التمويل، سواء كانت ضئيلة أو مرتفعة، أن تصرف الاهتمام عن الأغراض الأوسع المتوخاة من سياسة التمويل الصحي والتي تتمثل فيما يلي:

- تخصيص وإدارة الموارد بهدف تحسين صحة السكان مع التقليل من حالات اللامساواة التي يمكن تجنبها
- توزيع عبء جمع الإيرادات بالقسط بين فئات السكان
- تخصيص وإدارة الموارد بهدف التوصل الى توزيع أعدل للخدمات مع ضمان استجابة تلك الخدمات لتطلعات السكان
- حماية الأفراد والأسر والمجتمعات من مستويات النفقات الصحية التي تؤدي الى افقارهم
- المضي قدماً، قدر الامكان، في تنفيذ كل بند من البنود الواردة أعلاه في حدود الموارد المتاحة.

٢- وهذه الأغراض تعني ضمناً أن التمويل الصحي يعنى بأمور تتجاوز مجرد مستوى التمويل. ويمكن تلخيص محتوى نظام التمويل الصحي في جمع وإدارة وتخصيص الأموال بالنسبة للنظام الصحي. وقد قامت البلدان بخيارات مختلفة فيما يتعلق بالطرق والترتيبات المؤسسية المستخدمة في تنفيذ هذه المهام وتسلط تجاربها الأضواء على طائفة متنوعة من القضايا والمعضلات المطروحة.

نظم التمويل الصحي: الدروس المستفادة والتحديات المطروحة

٣- ان مصادر التمويل هي الأسر والشركات والحكومات (بما في ذلك أموال الجهات المانحة) وتمثل طرق الجمع/ المساهمة في فرض الضرائب والدفع المسبق للمبالغ بالنسبة للتأمين وتسديد الأفراد مقابلًا للخدمات من جيوبهم عند حصولهم عليها. وتشير الدلائل المستمدة من عدد من البلدان الى أن مصادر التمويل العمومي، عن طريق الضرائب العامة أو المخصصة، تعتبر أقسط سبل توليد الإيرادات وجمعها من أجل الصحة وأكثرها كفاءة. ومع ذلك فإنه ليس كل البلدان بقادرة على الافادة، على قدم المساواة، من هذه المعارف. وتبين المقارنات المعقودة بين النفقات الصحية أن حصة القطاع العام من الانفاق الصحي تزداد بازدياد الدخل الوطني. أما البلدان الفقيرة فتحصل إيرادات أقل من الضرائب كحصة من الناتج القومي الاجمالي وعليه فإنها تجد نفسها تعتمد على نسبة مئوية أكبر من التمويل الصحي العام حتى ولو كانت تفضل خيارات أخرى. ومن هنا فان ضرورة توجيه أو تقنين أو تنظيم مصادر التمويل الخاص، بأي شكل من الأشكال، هي على أشدها في البلدان الفقيرة. وتحتاج كل البلدان الى تحسين التنسيق بين المصادر العامة والمصادر الخاصة في اطار استراتيجية شاملة للتمويل الصحي، غير أن أهمية هذه المسألة ليست واحدة في جميع البلدان.

٤- وتختلف الترتيبات المؤسسية لإدارة الأموال المجموعة للنظام الصحي وتخصيص تلك الأموال للخدمات اختلافا شديدا باختلاف البلدان. ففي بعض البلدان تكون مؤسسة وحيدة (مثل وزارة الصحة والحكومة المحلية وصندوق الضمان الاجتماعي) مسؤولة عن ادارة وتخصيص الأموال لمجموعة شاملة من الخدمات بالنيابة عن السكان الذين يعيشون في البلد بأسره أو في منطقة جغرافية محددة. في حين عمدت بلدان أخرى الى تجزئة النظم الصحية حيث تتولى مختلف المؤسسات أمور ادارة وتخصيص الموارد الصحية لمختلف فئات السكان. وبين هذين الطرفين المتناقضين هناك بلدان حققت درجات مختلفة من التكامل بين مهام التمويل وتخصيص الموارد وتقديم الخدمات. أما البراهين المتوافرة بشأن آثار مختلف الخيارات فإنها أقل قطعية من البراهين المتوافرة بشأن مصادر التمويل وآليات جمع الأموال. ويبدو أن النظم الصحية المجزأة تشكو من عدم التساوق فيما يتعلق بالكفاءة والعدالة والانصاف على حد سواء وذلك لأنها تنشئ وظائف مضاعفة للنظم الصحية ولأنها توجد "نظما صحية" لا تتساوى فيما بينها وتخدم فئات اجتماعية مختلفة ضمن السكان. الا أن هناك حاجة الى المزيد من البراهين والقرائن عن الأداء الفعلي للنظم المختلفة من حيث الأغراض المحددة أعلاه.

٥- والطرق المستخدمة لإدارة الموارد وتخصيصها تولد حوافز هامة لأولئك القائمين على تقديم الخدمات الصحية. وهناك بعض البلدان التي انتقلت من العملية "التقليدية" لتخصيص الأموال للمرافق الصحية (التي تقوم على عدد الأسرة والميزانيات السابقة مثلا، الخ...) الى انتهاج أساليب جديدة تقوم على تقدير حاجة السكان الى الخدمات. ويمكن وصف الطرق المستخدمة بأنها تمويل/ دعم عرض الخدمات بالمقارنة مع الطلب على الخدمات. ومن الأمثلة على هذا الأمر الاعانات المالية المقدمة لشراء بوليصات التأمين الصحي والمخصصات الفردية (التي كثيرا ما ترجح بالنسبة لمؤشرات "الحاجة" أو التكلفة) المرصودة لمقدمي الخدمات أو شركات التأمين وتعويض مقدمي الخدمات على ما يؤدونه من خدمات. وجميع طرق السداد أو الاعانة المالية تؤدي الى "حوافز مختلطة". غير أنه يمكن استباق هذه الأمور كما يمكن اعتماد طرق تنظيمية مناظرة للتخفيف من آثار الحوافز "السلبية". فعلى سبيل المثال، ينبغي للمستشفيات، التي يمكن دخولها لقاء مقابل على أساس الحالات الفردية، أن تروج لمسألة التفتن للتكاليف الا أن هذا قد يؤدي الى القصور في توفير الخدمات اللازمة حسب الحالة أو الى دخول المستشفيات مرات عديدة. وعليه ينبغي أن تقترن طريقة الدفع هذه باجراءات استعراض منهجي لضمان دخول المستشفى لأسباب وجيهة وضمان توفير الرعاية الجيدة.

٦- وتنوع الترتيبات والطرق المؤسسية لتنفيذ المهام الحاسمة بالاضافة الى تنوع الظروف القطرية يوحى بأنه ليست هناك "خطة أساسية وحيدة" يمكن اتباعها لايجاد المزيج المناسب من المؤسسات والأدوار العامة والخاصة وطرق تعويض مقدمي الخدمات وما الى ذلك. وينبغي تقييم المزيج الذي يتعين تحقيقه في أي بلد معين بالمقارنة مع الأغراض المتوخاة من السياسة المتبعة. وتوحى القرائن التي جمعت من طائفة واسعة من البلدان بأن مردود بعض الترتيبات هزيل من حيث الأغراض المتوخاة، مثل عدم تقنين تعويض مقدمي الخدمات لقاء ما يؤديه من خدمة، والاعتماد الواسع على السداد الشخصي للخدمة التي يحصل عليها والتنافس غير المقنن بين صناديق التأمين الطوعي. ومن دواعي الأسف أنه لا توجد براهين واضحة تدعم الاستنتاجات الموازية التي تخلص إليها التجارب "الايجابية" فيما يتعلق بالاستراتيجيات المعينة التي تثبت مصداقيتها في طائفة واسعة من الأطر القطرية.

طريق المستقبل

٧- على هذا فان البلدان تحتاج الى أن تقيم بنفسها النتائج المترتبة على نظامها الخاص بتمويل الصحة وتقييم آثار الاصلاحات. وللقيام بذلك هناك حاجة الى المعلومات، فالمعلومات يحتاج اليها، أولاً، فيما يتعلق بمستوى الموارد وتخصيصها بين المؤسسات والخدمات. وتعد الحسابات الصحية الوطنية أداة "لايجاد الأموال" في النظم الصحية بأتم معنى الكلمة. أي تحديد مستوى تمويل كل مؤسسة تعنى بجمع الإيرادات من أجل الخدمات الصحية وتخصيص تلك الإيرادات لمقدمي الخدمات وتوفير الخدمات والاضطلاع بالمهام المقترنة بذلك في مجالس التنظيم والادارة. ثانياً، هناك حاجة الى معلومات عن أداء نظام التمويل الصحي من حيث الأغراض الميمنة أعلاه. وعليه يجب قياس مؤشرات أداء النظم الصحية وتحليل الأسباب الكامنة وراء التغيرات الطارئة على هذه المؤشرات من أجل وضع توصيات تقوم على القرائن والبراهين فيما يتعلق بالسياسة العامة.

٨- ومن الناحية العملية، فان الاصلاحات المدخلة على التمويل الصحي تقودها مجموعة معقدة من العوامل السياسية وغيرها من العوامل ليست "الأدلة" التقنية على الآثار المترتبة على السياسات الا واحدا منها. والاصلاحات الفعلية أمر صعب لأنها تتعلق، في جزء منها، بمقايضة بين مصالح مختلف المجموعات. فالأمر الذي يرى أحد المحللين السياسيين أنه "عدم كفاية" أو "هدرا" هو في الواقع "دخل" شخص آخر أو مجموعة أخرى. والتغيير أيضا أمر صعب لأن للسياسات التاريخية عواقب طويلة المدى. فقد لا تغير العواقب المترتبة على التكاليف المتكررة للاستثمارات السابقة في مستشفيات المرتبة الثالثة الا بالتدريج. وقد يؤدي قرار اتخذ في الماضي بانشاء نظام للتأمين الاجتماعي الى تجزئة النظام الصحي وفقا لتقسيمات اجتماعية والى ازدواجية في الوظائف تؤدي الى الهدر، ولكن قد تؤدي أيضا، في الوقت ذاته، الى ايجاد مجموعة قوية من السكان المستفيدين الذين يقاومون التغييرات التي قد تهدد مصالحهم باسم تحقيق أهداف شاملة تقوم على السكان.

٩- غير أن ذلك لا يعني اطلاقا أن الأدلة والبراهين الجيدة ليست هامة. ذلك أن البراهين الواضحة على آثار مختلف السياسات الصحية على أهداف النظم الصحية يمكن أن تساهم بقوة في النقاش السياسي. كما يمكن لها أن تساعد صانعي القرارات بتحسين فهمهم لعواقب السياسات الماضية سواء من حيث أهداف النظام الصحي ومجموعات المصالح التي قد تتأثر بالتغييرات المقترحة. وستكون مسألة "ايجاد الأموال" بهدف تحسين أداء النظام الصحي أمرا صعبا غير أن البراهين الجيدة عن مكان وجود المال الآن وكيفية استخدامه والآثار المترتبة على ذلك بالنسبة لأهداف النظام الصحي انما هي أمر أساسي لادخال اصلاحات سليمة وفعالة.

= = =