

تعزيز قدرات الحكومات على إشراك القطاع الخاص بشكل بناء في توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية

تقرير من الأمانة

١- يشتمل إيتاء الرعاية الصحية في معظم البلدان على كل من الخدمات التي يوفرها القطاع العام وطائفة من مبادرات الأعمال الحرة التي عادة ما يشار إليها باسم "القطاع الخاص" أو "الخدمات التي يوفرها القطاع الخاص". وتغطي هذه المصطلحات العديد من الحقائق انطلاقاً من المنظمات ذات الطابع الديني وغيرها من المنظمات غير الحكومية التي لا تستهدف الربح إلى الأفراد من أصحاب مشاريع الرعاية الصحية وشركات ومؤسسات القطاع الخاص التي تستهدف الربح. وتعد الخدمات التي يوفرها القطاع الخاص قطاعاً رئيسياً مافئاً ينمو ويستحوذ على حصة متزايدة من سوق توفير الخدمات الصحية عبر العالم. ويطرح النمط المتغير في تقديم خدمات الرعاية الصحية تحديات جديدة أمام الحكومات، ولكن بطرق قد تختلف اختلافاً كبيراً حسب كل سياق.

٢- وفي البلدان المنخفضة الدخل، تسود الخدمات التي يوفرها القطاع الخاص مجال رعاية المرضى الخارجيين (الرعاية الإسعافية)، بينما تغلب الخدمات التي يوفرها القطاع العام على خدمات المستشفيات والخدمات المقدمة للمرضى المقيمين فيها. وفي معظم البلدان المنخفضة الدخل الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا، أصبح مقدمو الخدمات من أصحاب المشاريع الصغيرة في القطاع الخاص سواء منها تلك التي تستهدف الربح أو التي لا تستهدفه المصدر الرئيسي للرعاية الإسعافية. ويتسم دفع مستحقات مقدمي الخدمات إلى حد بعيد بعدم التنظيم كما أن الأفراد يسددون من جيوبهم على أساس ترتيب يقتضي دفع الرسوم مقابل الخدمات.

٣- وعلى الرغم من أن مباشرة الأعمال الحرة بشكل فردي تشهد بدورها انتشاراً في البلدان المتوسطة الدخل فإن شركات القطاع الخاص الكبرى، بما فيها الشركات المتعددة الجنسيات، تستحوذ على حصة متزايدة من سوق توفير الخدمات المباشرة، ولاسيما على الجزء المرتفع الدخل، وهي تتنافس بشكل متزايد للحصول على عقود مع القطاع العام ونظم الضمان الاجتماعي. ففي أمريكا اللاتينية والبلدان المتوسطة الدخل الواقعة في مناطق أخرى من العالم، تتجه الأوضاع نحو حدوث تجزؤ اجتماعي يتميز بالرعاية الصحية القائمة على التأمين في القطاع الخاص بالنسبة للأغنياء؛ والضمان الاجتماعي للذين يزولون عملاً رسمياً؛ والخدمات المباشرة التي يوفرها القطاع العام للفقراء.

٤- وتعتمد الكثير من البلدان المرتفعة الدخل على شبكات واسعة النطاق من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في مجال توفير الرعاية الإسعافية والرعاية داخل المستشفيات والرعاية المقدمة للمرضى المقيمين فيها، كما أنها تمتلك رصيماً تاريخياً طويلاً من العمل مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، مما أفضى إلى بلوغ مستوى عالياً من التنظيم.

الدروس المستفادة من التنظيم الحاصل في البلدان الصناعية المرتفعة الدخل

٥- تنظم معظم البلدان الصناعية المرتفعة الدخل القدرات والأسعار والجودة ومستويات الخدمة والاستحقاقات. وقد بنيت القدرة التنظيمية لهذه البلدان على مدار عقود من الزمن وذلك بالتوازي مع السير الحثيث نحو تحقيق التغطية الشاملة من خلال التمويل القائم على القطاع العام أو الضمان الاجتماعي. وقد استعاض عن التنظيم الذاتي لسلوك مقدمي الخدمات بنظم تضطلع فيها الدولة والأطراف الفاعلة والرائدة في المجتمع على نحو مطرد بتنظيم سبل الحصول على الرعاية، وسلوك مقدمي الخدمات، والجودة، والكفاءة، وذلك بفضل طائفة من الآليات التنظيمية.

٦- وأفضى حجم مبادرات الأعمال الحرة التي ميزت القطاع الصحي للبلدان المرتفعة الدخل في تسعينات القرن الماضي كما أفضى الطابع الذي اتسمت به والمدى الذي وصلت إليه إلى إعادة هيكلة المؤسسات وتجديدها على نطاق واسع في مجال توفير الرعاية. وتتوفر المجموعات المهنية ومجموعات مؤسسات الرعاية الصحية على قدر كبير من القوة والاستقلالية، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى حدوث آثار سلبية على التغطية؛ وعلى الرغم من ذلك فإن هذه المجموعات تعمل في بيئة تسمح بدرجة من التنافس تفوق تلك التي كانت سائدة من قبل، مما يجعلها أكثر إذعانا للتنظيم عن طريق التفاوض. وإجمالاً، فإن بالإمكان دعم ابتكارات أصحاب المشاريع دون اللجوء إلى الخصخصة وإلى زيادة تفاعل مؤسسات نظام الرعاية الصحية مع الدولة بسبب اعتماد المفاوضات المتعلقة بالترتيبات التعاقدية وغيرها من التنظيمات الأخرى على إمكانية الوصول إلى الموارد المالية الجماعية اللازمة لسير عملها.

٧- ولايزال اختيار الاستراتيجيات التنظيمية الأمثل في كل سياق وطني موضع نقاش مستمر بشأن درجة التدخل، ودرجة المصلحة العامة في التنظيم الذي تضعه الدولة، واختيار الآليات التنظيمية، ودور مختلف الأطراف الفاعلة ومختلف القطاعات في تنظيم مجال توفير الرعاية الصحية، والتوازن بين الأنواع المختلفة من التنظيمات. ويتطلب التنظيم الفعال وجود قواعد والتزام ومجموعة من الأدوات والنهج، وقد يتضمن حوافز وروادع مالية ومنح الاعتمادات والتراخيص وإبرام العقود والتعاطي مع الشكاوى.

٨- ومع ذلك، فإن هناك دليلاً واضحاً على أن بناء الثقة وتوافق الآراء بشأن مرامي النظام الصحي يعد شرطاً مسبقاً ضرورياً لإيجاد نظام فعال، وهو ينطوي على توفر القدرة المؤسسية والقيادية في كل حوار بشأن السياسات العامة والجمع بين مختلف الفئات المستهدفة كالعلاقات المهنية، والشركات المقدمة للخدمات، والنقابات، والأوساط الأكاديمية، ومنظمات المجتمع المدني، وممثلي المستخدمين، والمؤسسات الحكومية.

٩- وتدل التجربة المستقاة من تسخير ما توفره الأعمال الحرة من رعاية على أنه يمكن للأطر والاستراتيجيات التنظيمية أن تتطوي على دينامية الأعمال الحرة دون التخلي عن المسؤولية المتعلقة بالسياسة العامة التي ترمي إلى تحقيق خدمة فعالة في مجال الرعاية الصحية. وكل تقدم يسعى إلى إحراز حصائل أفضل وتحقيق المزيد من الإنصاف في مجال الصحة وحصول الجميع على خدمات الرعاية لا يكون تلقائياً، بل هو بالأحرى توليفة تجمع بين الالتزام بمبادئ الرعاية الصحية الأولية وقيمها، بما في ذلك التزام القيادة،

وزيادة الاعتماد على التمويل العام والجهود المتسقة المبذولة لفترة طويلة من أجل بناء القدرات المؤسسية في مجال التنظيم.

توجيه مجال توفير الرعاية الصحية وتنظيمه في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل

١٠- عادة ما يتسم مجال توفير الرعاية الأولية، وبدرجة أقل الرعاية في المستشفيات والرعاية المقدمة للمرضى المقيمين فيها، بضعف التنظيم في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، مع غلبة الخدمات والتمويلات التي يوفرها القطاع الخاص عليه أو تشكيلها لمعالمه.

١١- وتمول التكاليف الصحية في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل بفضل الإنفاق غير الجماعي والخاص والمباشر، وهذا من شأنه أن يحد من قدرة السلطات الصحية على تحديد مستوى الأداء في النظم الصحية. وتنتج هذه البلدان وجهة تجعلها تضم شريحة أوسع من السكان الذين يتم إقصاؤهم بسبب عدم قدرتهم على الدفع أو يواجهون نفقات فردية تشل قدراتهم. وتميل هذه البلدان إلى الاعتماد باطراد على مقدمي الخدمات من القطاع الخاص الذي يتسم بانعدام التنظيم أو بضعفه، وهذا في الوقت الذي يتبنى فيه في أغلب الأحيان مقدمو الخدمات من القطاع العام التابع لهذه الدول سلوكاً وممارسات شبيهة بتلك التي تميز مقدمي الخدمات من القطاع الخاص غير الخاضع للتنظيم.

١٢- ويشهد الاستغلال التجاري الناجم عن توفير الرعاية الصحية نمواً سريعاً وهو موجه نحو الطلب ونحو العرض على حد سواء، ويسير بدينامية كثيراً ما تتناقض تناقضاً صارخاً مع الخدمات التي يوفرها القطاع العام. ولا يرجع هذا الاستغلال التجاري إلى مجرد تزايد حصة مقدمي الخدمات من القطاع الخاص غير الخاضع للتنظيم والذي يستهدف الربح، ولكنه يرجع أيضاً إلى الاستغلال التجاري المتنامي في مجال توفير الرعاية الصحية في المرافق العمومية.

١٣- وفي البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، تتسبب الحواجز المالية وغياب الحماية الاجتماعية في حرمان شرائح واسعة من السكان من الحصول على خدمات الرعاية. ولا يتلقى المستخدمون سوى معلومات شحيحة بشأن احتياجاتهم وهم غير قادرين على الحكم على الكثير من الجوانب المتعلقة بالجودة والتكلفة، وبالتالي فهم عرضة لدفع مبالغ طائلة و/ أو لتدني مستوى الجودة وبالتالي الحصول على رعاية غير مأمونة وتصاعد التكاليف، بل وحتى إقصاء الأشخاص القادرين على الدفع.

تحديات تعترض تسخير دينامية الأعمال الحرة في سياق تنظيم يتسم بالضعف

١٤- سيتطلب تسخير دينامية الأعمال الحرة لتجديد الرعاية الصحية الأولية من الكثير من الحكومات إحراز تقدم كبير في المجالات الثلاثة المتعلقة بالمعلومات الاستراتيجية والمديونية المالية والقدرات المؤسسية في مجال التنظيم والحوار بشأن السياسات العامة.

١٥- وقد تأثر النقاش الدائر بشأن ما ذكر من ميزات وعيوب الاعتماد على مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص الذين لا يستهدفون الربح ومقدمي الخدمات من القطاع الخاص الذين يستهدفون الربح من نقص واضح في الوثائق والأدلة القطعية. وهناك حاجة إلى الحصول على معلومات أفضل تقوم على التجربة وتصدر عن مجموعة من السياقات وتتناول خصائص مجال توفير الرعاية ذات الأغراض التجارية

وغير الخاضعة للتنظيم ومداه ونموه والنتائج المتمخضة عنه. وينبغي أن تغطي هذه المعلومات الآثار القصيرة الأجل والآثار الطويلة الأجل التي تتعلق بإمكانية الحصول على الرعاية وجودة الرعاية والحصائل الصحية والإنصاف في مجال الصحة والحصائل الاجتماعية، بالإضافة إلى مستوى الثقة في النظم الصحية والسلطات الصحية. ويتيح تحسين الأسس التي تقوم عليها البيانات المزيد من التبادل المثمر للخبرات بين البلدان بشأن أفضل الممارسات المتعلقة بالعمل مع الأنماط المختلفة من مقدمي الرعاية الصحية وبتنظيم نشاطهم.

١٦- وتقيد الطريقة التي يتم بها تمويل الرعاية الصحية إلى حد كبير قدرة الحكومات على العمل بشكل مثمر مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية وعلى تنظيم نشاطهم ومراقبتهم. وإجمالاً، فالبلدان التي تنفق المزيد من الأموال عن طريق الحكومة أو آليات التأمين الاجتماعي تحقق نتائج أفضل وأكثر إنصافاً في مجال الصحة من البلدان التي تعتمد بشكل أكبر على إنفاق الأفراد المباشر على الصحة في موقع تقديم الخدمات، والبلدان التي تزواج بين الإنفاق العام المرتفع والالتزام بحصول الجميع على خدمات الرعاية وبخفض التكاليف أو تقديمها مجاناً في موقع الاستخدام هي بلدان تحسن صنعاً وتحقق مقارنة بغيرها مستويات عالية في مجال إتاحة الحصول على خدمات الرعاية وتحد من الإنفاق المفرط.

١٧- وفي الكثير من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، تقيد القدرات المؤسسية المحددة من الارتباط البناء مع مجموعة واسعة من الأطراف الفاعلة المشاركة في مجال توفير الرعاية الصحية. ويحتاج الاتجاه الرامي إلى خفض عدد موظفي المؤسسات التنظيمية وخفض تمويلها، وهو الوضع الناجم في معظم الأحيان عن سحب الاستثمارات السابقة، إلى أن يغير مساره. وفي أغلب الأحيان لا تحظى مساهمات منظمات المجتمع المدني في مجال تنظيم سلوك مقدمي الخدمات، كمنظمات حماية المستهلك على سبيل المثال، بالاعتراف الكافي ومن ثم فكثيراً ما يتم تفويت فرص بناء توافق آراء مجتمعي، وهو توافق ضروري لقيام تنظيم فعال. وكثيراً ما تفنقر المؤسسات التنظيمية إلى الموظفين الذين يتوفرون على ما يلزم من مهارات وثقة بالنفس تمكنهم من معالجة المزيد من أنواع التنظيمات عن طريق التفاوض. وتحتاج الحكومات إلى أن تجدد استثمارها من خلال بذل الجهود الطويلة الأجل بغية بناء قدراتها التنظيمية؛ وتستحق مثل هذه الجهود أن تحظى بالدعم الواسع من قبل المجتمع الصحي العالمي.

١٨- وترمي منظمة الصحة العالمية إلى ترسيخ الخبرات وتوثيق أفضل الممارسات وتيسير التبادل والتعلم المشترك بشأن السبل الكفيلة بتعزيز قدرات الحكومات على إشراك مجموعة كاملة من مقدمي الرعاية الصحية بشكل بناء ومراقبتها مراقبة فعالة.

١٩- وتتعاون الأمانة مع الدول الأعضاء والمؤسسات لتحديد الأدوار النسبية التي تضطلع بها مختلف أنواع مؤسسات القطاع الخاص التي تستهدف الربح ومؤسسات القطاع الخاص التي لا تستهدف الربح ومؤسسات القطاع العام والمهنيين الأفراد وتحديد النتائج المتعلقة بمجالات الإنصاف والفعالية والسلامة والكفاءة. وهناك تركيز خاص على الآثار المترتبة على الاتجاهات الحالية من أجل تعزيز التغطية الشاملة والرعاية الأولية التي تركز على الإنسان، وهما توجهان أساسيان من توجهات السياسة العامة الرامية إلى تجديد الرعاية الصحية الأولية.

٢٠- وتسعى الأمانة أيضاً إلى تحديد نهج ابتكارية في مجالات التعاقد والامتيازات وسداد مستحقات مقدمي الخدمات وإدارة الأداء وغيرها من الآليات والتقنيات التنظيمية؛ وتسعى إلى تشجيع نماذج أفضل الممارسات المتعلقة ببناء القدرات المؤسسية بغية مراقبة مجموعة مقدمي الرعاية الصحية برمتها وتنظيم نشاطها وتيسير تبادل الخبرات والتعلم المشترك بين البلدان.

٢١- وقد ناقش المجلس التنفيذي في دورته الرابعة والعشرين بعد المائة، المعقودة في كانون الثاني/يناير ٢٠٠٩، صيغة أولى لهذا التقرير، وطلب إلى الأمانة أن تعد مشروع قرار جديداً.^١

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

٢٢- جمعية الصحة مدعوة إلى أن تنظر في مشروع القرار التالي:

جمعية الصحة العالمية الثانية والستون،^٢

بعد أن نظرت في التقريرين الخاصين بتعزيز قدرات الحكومات على إشراك القطاع الخاص بشكل بناء في توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وبالرعاية الصحية الأولية بما في ذلك تعزيز النظم الصحية؛^٣

وإذ تقر بتنوع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص سواء كانوا من المنظمات ذات الطابع الديني أو غيرها من المنظمات غير الحكومية التي لا تستهدف الربح أو الأفراد من أصحاب مشاريع الرعاية الصحية، متمثلة في الجهات الرسمية منها وغير الرسمية على حد سواء، وشركات ومؤسسات القطاع الخاص التي تستهدف الربح، وبالبيئات التي تدل على الدور الكبير والامتامي الذي يضطلعون به في مجال إيتاء الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم؛

وإذ تلاحظ أن الحكومات في جميع أنحاء العالم تواجه تحديات تتعلق بإشراك طائفة معقدة التركيب من مقدمي الرعاية الصحية بشكل بناء، مستخدمة في ذلك طرقاً تختلف اختلافاً كبيراً حسب كل سياق؛

وإذ تلاحظ أن تكلفة الرعاية المقدمة وجودتها والآثار المترتبة على الحصائل الصحية والاجتماعية قد تتغير تغيراً كبيراً وأن هناك أسباباً جدية تدعو إلى القلق عندما يكون التنظيم ضعيفاً أو غائباً، ومع ذلك، فإن قاعدة الوثائق والبيئات في هذا الصدد هي في مجملها قاعدة هشة؛

وإذ تقر بقدرة الحكومات التي تمتلك القدرات المؤسسية الكفيلة بإدارة الطائفة الواسعة من مقدمي الرعاية الصحية على أداء دور بناء في توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية؛

وإذ يساورها القلق إزاء البيئات التي تدل على أن إشراك مختلف مقدمي الرعاية الصحية من القطاع الخاص بشكل فعال ومراقبتهم وتنظيم نشاطهم قد يكون في الكثير من البلدان أمراً يقيد نقص المعلومات الاستراتيجية ومحدودية النفوذ المالي وضعف القدرات الاستراتيجية؛

وإذ تدرك أن بناء الثقة والحوار البناء في مجال السياسات العامة يشكلان عاملين أساسيين لإنجاح عمليات الإشراك والرقابة والتنظيم؛

١ انظر الوثيقة مت ٢٠٠٩/١٢٤/٢ سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة العاشرة (النص الإنكليزي).

٢ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة انظر الوثيقة ج ١٨/٦٢ إضافة ١.

٣ الوثيقتان ج ١٨/٦٢ و ج ٨/٦٢ على التوالي.

وإذ تلاحظ أن تجديد الرعاية الصحية الأولية يقدم إطاراً للسياسة العامة تحدد فيه المقاييس الكفيلة بتعزيز قدرات الحكومات لتحقيق إشراك بناء لمقدمي الرعاية الصحية من القطاعين العام والخاص على حد سواء ومراقبتهم،

١- تحث الدول الأعضاء على ما يلي:

(١) جمع المعلومات الإستراتيجية المطلوبة، باستخدام وسائل تتضمن تحسين نظم المعلومات وتعزيز عمليات الحوار بشأن السياسات العامة، وذلك من أجل: وضع تقييم موضوعي للجوانب الإيجابية والسلبية في مجال إيتاء الرعاية الصحية التي يوفرها مقدمو الخدمات في القطاع الخاص من الذين يستهدفون الربح والذين لا يستهدفونه؛ وتحديد الاستراتيجيات الملائمة من أجل إشراكهم بشكل مثمر؛ ووضع أطر تنظيمية من شأنها ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية مع الاستفادة من الحماية الاجتماعية وإعادة توجيه مجال إيتاء الخدمات لصالح الرعاية الصحية التي تركز على الإنسان؛

(٢) حصر وتقييم قدرات وأداء الإدارات الحكومية وغيرها من الهيئات الحكومية الأخرى المعنية برقابة وتنظيم مجال توفير الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص على حد سواء، بما فيها: المجالس المهنية؛ والمؤسسات التي تقتني الخدمات الصحية، كجهات التمويل العمومية وشركات التأمين الصحي التابعة للدولة وهيئات الاعتماد؛

(٣) تقصي المساهمات المحتملة التي تقدمها الكيانات الحكومية وغير الحكومية العاملة في القطاع غير الصحي في مجال تنظيم توفير الرعاية الصحية، بما فيها الوكالات المعنية بحماية صحة المستهلكين وفئات المرضى، ووضع آليات، حسب الاقتضاء، لتعظيم قيمة هذه المساهمات؛

(٤) بناء القدرات المؤسسية الخاصة بهذه الهيئات التنظيمية وتعزيزها على المدى الطويل، من خلال تزويدها بما يكفي من التمويل المستدام والموظفين والدعم؛

(٥) متابعة توفير الفرص في مجال تبادل الخبرات بين البلدان وفق استراتيجيات مختلفة من أجل إشراك طائفة مقدمي الرعاية الصحية برمتها ومراقبتها وتنظيم نشاطها؛

٢- تطلب إلى المديرية العامة ما يلي:

(١) تقديم مساعدة تقنية إلى الدول الأعضاء، بناءً على طلبها، لدعم الجهود التي تبذلها هذه الدول في تعزيز قدرات وزارات الصحة وغيرها من الوكالات التنظيمية الأخرى، وذلك بغية تحسين مستوى إشراك ومراقبة وتنظيم نشاط طائفة مقدمي الرعاية الصحية برمتها في القطاعين العام والخاص؛

(٢) الدعوة إلى عقد مشاورات تقنية، ووضع برنامج بحوث وتيسير تبادل الخبرات بين البلدان بغية التوصل إلى تفاهم مشترك أفضل وإلى توثيق النتائج الإيجابية والسلبية الناجمة عن التنوع المتزايد في مقدمي الخدمات الصحية، مع ضمان إيلاء اهتمام خاص للمجالات

التي تتسم بضعف التنظيم والنتائج المتعلقة بالصحة والإنصاف في المجال الصحي وتطوير النظم الصحية؛

(٣) الدعوة أيضاً إلى عقد مشاورات تقنية، ووضع برنامج بحوث وتيسير تبادل الخبرات بين البلدان بغية التوصل إلى تفاهم مشترك أفضل بشأن الإمكانيات التي تتوفر عليها مختلف الاستراتيجيات لبناء القدرات المؤسسية المتعلقة بتنظيم دينامية الأعمال الحرة ومراقبتها وتسخيرها ولتحقيق تعاون يقوم على الثقة فيما بين مختلف أنماط مقدمي الرعاية الصحية؛

(٤) تقديم تقرير إلى جمعية الصحة العالمية الخامسة والستين، عن طريق المجلس التنفيذي، بشأن التقدم المحرز في تنفيذ هذا القرار.

= = =