

تعزيز قدرة الحكومات على إشراك القطاع الخاص على نحو بناء في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية

تقرير من الأمانة

١- يشتمل إيتاء الرعاية الصحية في معظم البلدان على كل من الخدمات التي يوفرها القطاع العام وطاقئة من مبادرات الأعمال الحرة التي عادة ما يشار إليها باسم "القطاع الخاص" أو "الخدمات التي يوفرها القطاع الخاص". ويغطي هذان المصطلحان 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 ماقتئى ينمو ويستحوذ على حصة متزايدة من سوق توفير الخدمات الصحية عبر العالم. وي طرح 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 مرضى العيادات الخارجية (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 يدفعون من جيوبهم رسوم 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 لصالح الشريحة المرتفعة الدخل، وهي تتنافس بشكل متزايد للحصول على التعاقد 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 يزاولون 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 رصيذاً تاريخياً طويلاً من العمل مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، مما أفضى إلى بلوغ مستوى عالٍ من التنظيم.

الدروس المستفادة من التنظيم 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 بالتوازي مع السير الحثيث نحو تحقيق التغطية الشاملة من خلال التمويل العام أو الضمان الاجتماعي. وقد استعير 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 والتكاليف؛ وعلى الرغم من ذلك فإن هذه المجموعات تعمل في بيئة تسمح بدرجة من التنافس تفوق تلك التي كانت سائدة من قبل، مما يجعلها أكثر إزعاجاً للتنظيم عن طريق التفاوض. وإجمالاً أمكن دعم ابتكارات أصحاب المشاريع بالاعتماد على المفاوضات المتعلقة بالترتيبات التعاقدية دون اللجوء إلى الخصخصة.

٧- ولا يزال اختيار الاستراتيجيات التنظيمية الأمثل في كل سياق وطني موضوعاً يركز عليه النقاش فيما يتعلق بمدى 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 تتسم بالكفاءة 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 يتطلب بالأحرى جملة من الأمور منها الالتزام بمبادئ الرعاية الصحية الأولية وقيمتها، بما في ذلك التزام القيادة، وزيادة الاعتماد على التمويل العام وتضافر الجهود لفترة طويلة من أجل بناء القدرات المؤسسية في مجال التنظيم.

توجيه سبل تقديم الرعاية الصحية وتنظيمها في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل

١٠- عادة ما يتسم تقديم 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 عرضة للطلب والعرض، 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 المستفيدون بالخدمة سوى معلومات شحيحة بشأن احتياجاتهم ولا علم لهم بجوانب كثيرة متعلقة بالجودة والتكلفة، وبذلك فإنهم عرضة لدفع مبالغ طائلة و/ أو الحصول على خدمات رديئة الجودة (وغير مأمونة)، وتساعد التكاليف الذي قد يؤدي إلى تهيش القادرين على الدفع.

١٤- وسيطلب تسخير دينامية الأعمال الحرة لتجديد الرعاية الصحية الأولية أن تحرز حكومات كثيرة تقدماً كبيراً في مجالات المعلومات 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 تتفق 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 تزوج بين الإنفاق العام المرتفع والالتزام بحصول الجميع على خدمات الرعاية وبخفض التكاليف أو تقديمها مجاناً في موقع الاستخدام هي بلدان تحسن صنعا 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 تقويت 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 ودفع مستحقات مقدمي الخدمات وإدارة الأداء والمشاركة في التنظيم مع الأطراف الفاعلة غير الحكومية 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 وفي أيار/مايو ٢٠٠٩، قررت جمعية الصحة العالمية الثانية والستون إرجاء مناقشة البند الخاص بدور منظمة الصحة العالمية

١ انظر الوثيقة مت ٢٤/١٢٤/٢٠٠٩/سجلات/٢، المحضر الموجز للجلسة العاشرة (النص الإنكليزي).

ومسؤولياتها في مجال البحوث الصحية، والوارد في جدول أعمالها المؤقت، إلى حين انعقاد جمعية الصحة العالمية الثالثة والستين.^١

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

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

جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون،^٢

بعد أن نظرت في التقرير الخاص بتعزيز قدرة الحكومات على إشراك القطاع الخاص على نحو بناء في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية؛^٣

وإذ تقر بتتبع 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، والبيئات التي تدل على الدور الكبير والمتنامي 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 الحاصلات 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 المؤسسية؛

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

١ انظر الوثيقة ج ص ٢٤/٦٢٠٩/٣، المحضر الموجز للجلسة الأولى للجنة العامة، الفرع ١، والوثيقة ج ص ٢٤/٦٢٠٩/٢، المحضر الحرفي للجلسة العامة الثانية، الفرع ٢ (النص الإنكليزي).

٢ للاطلاع على الآثار المالية والإدارية المترتبة على هذا القرار بالنسبة إلى الأمانة انظر الوثيقة ج ٢٥/٦٣ إضافة ١.

٣ الوثيقة ج ٢٥/٦٣.

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 ومجموعات الدفاع عن 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 تنتم 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 متين 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.

= = =