



الشراكات مع المنظمات غير الحكومية

تقرير من الأمانة

مقدمة

١- هناك اعتراف متزايد بأن نقص القدرة على تقديم الخدمة، وخاصة نقص الموارد البشرية، هو المسؤول عن قلة التغطية بالخدمات الصحية في كثير من البلدان.

٢- وأسباب ذلك كثيرة ومعقدة. منها بالتأكيد ضعف التعاون بين العناصر الفاعلة في مجال الصحة. فقد ركزت كثير من البلدان على تقديم القطاع العام وحده للخدمات الصحية، وان قبلت مؤقتاً قدرة القطاع الخاص على تقديم الخدمة. وكان تنظيم الصحة وخدماتها مقسماً للغاية. فقد طور القطاع العام والقطاع الخاص^١ التدخلات الصحية كل على حدة. وكثيراً ما كانت هناك منافسة ومواجهة كانت لهما آثار ضارة بحصول السكان على خدمات صحية رفيعة المستوى.

٣- وجاءت التغييرات السياسية والاقتصادية التي بدأت في أوائل الثمانينات - الانتقال من الاقتصادات المركزية إلى اقتصادات السوق، والحد من تدخل الدولة في الاقتصادات الوطنية - مشجعة لتطور القطاع الخاص.

٤- ويمر تنظيم النظم الصحية بتغير كبير. ولاشك أن تخفيف حدة المواجهة الأيديولوجية بين القطاعين العام والخاص في كل مجالات الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية عامل أسهم في حدوث هذه التغييرات. وفي الوقت نفسه يزداد عدد الفاعلين في المجال الصحي، ويصبح اسهامهم أكثر تخصصاً (تقديم الخدمات، ادارة المرافق الصحية، شراء الخدمات، التمويل، توزيع احتمالات الخطر، ضبط النظم، الخ). وأدى هذا، إلى جانب تطور القطاع الخاص والمقرطة واللامركزية، إلى نشوء مستويات مختلفة من المساءلة، وازدياد مشاركة المجتمع المدني، وخاصة المنظمات غير الحكومية.

٥- ويتزايد عمل وزارات الصحة في البلدان النامية مع القطاع الخاص، وخاصة القطاع الخاص الذي لا يستهدف الربح، من أجل بناء القدرة على تقديم الخدمات، وتحسين فرص الحصول على الرعاية. ومن

١ يشمل القطاع الخاص هيئات لا تستهدف الربح وأخرى تستهدفه.

الأمثلة على ذلك اللجوء الى مقدمين للخدمات الوقائية من القطاع الخاص ومكافحة سوء التغذية في مدغشقر والسنغال؛ واللجوء الى مقدمي الخدمات من القطاع الخاص وأصحاب التراخيص في بنغلاديش والصين والهند لمتابعة حالات السل، والاتفاقات المبرمة في بوروندي بين وزارة الصحة والمنظمات الكنسية على ادارة الخدمات الصحية وتقديمها. وهناك أمثلة مشابهة في عدد من البلدان النامية الأخرى.

٦- كما ازدادت مشاركة القطاع الخاص في عملية التخطيط. فقد أدرج " أسلوب العمل على نطاق القطاع" الذي استخدم في جمهورية تنزانيا المتحدة القطاع الخاص والمنظمات الصحية التي لا تستهدف الربح في احدى لجان الاصلاح الاداري الرئيسية.

٧- وتبحث البرامج الصحية باطراد عن اقامة شراكات من أجل التعامل مع قضايا صحية محددة، وعلى سبيل المثال تشجع الدول الأعضاء على اقامة شراكات جديدة مع القطاع الخاص. فمن أجل تعزيز مكافحة السل يبحث فريق عامل مشترك بين الوكالات يعنى بتنفيذ الادارة المتكاملة لأمراض الطفولة طرق العمل مع القطاع الخاص من أجل التوصل الى أفضل استخدام للموارد، وبالمثل تدعو مبادرة دحر الملاريا الى تطوير الشراكات بين القطاعين العام والخاص على كل المستويات.

٨- ويدعو التحول التدريجي في أدوار وأوضاع الوكالات والمؤسسات التقليدية، وظهور وكالات ومؤسسات جديدة - بعضها من خارج المجال الصحي - الى نوع مختلف من التفاعل بين المستويات الحكومية ومقدمي خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص.

٩- ويزداد وعي العاملين في الميدان الصحي بضرورة بناء الشراكات، حتى فيما بين أطراف لم تعمل تقليديا مع بعضها البعض، لكنهم لا يعرفون كيف يهيئونها. وكثيرا ما ظلت العلاقات على مستوى التشاور، وان كانت آليات جديدة للمشاركة الفعالة قد وضعت موضع التطبيق من خلال ترتيبات اتخذت صبغة رسمية خلال العقد الماضي.

١٠- ويمكن للتعاقد كأسلوب لتخصيص الموارد أو للإدارة و/ أو تقديم الخدمات أن يسهم في تحسين ايتاء الخدمات الصحية اذا كان جزءا من سياسة متسقة تضعها الدولة، وخاصة وزارة الصحة. وتتطلب السياسات الفعالة مشاركة الأطراف المعنية.

١١- وقد أصبحت العلاقات التعاقدية التي تتسم بالتزامات متبادلة مضمونة قانونا أكثر شيوعا. وبعد أن كانت في الماضي مسألة عقود خدمية بسيطة لأنشطة غير طبية - صيانة المباني، ووجبات المستشفيات، وغسيل الملابس في المستشفيات - أخذت تستهدف بصورة متزايدة تحسين الخدمات المقدمة، بما في ذلك ادارة المرافق الصحية، وتقديم الرعاية الصحية، وتنفيذ البرامج الصحية مثل مكافحة الجذام أو السل، والادارة المتكاملة لأمراض الطفولة ومكافحة سوء التغذية.

١٢- ونتائج كثير من تجارب التعاقد مبشرة، لكنها كثيرا ما تتبع نهجا مجزأ، دون مراعاة للاستدامة أو للأثر على صحة السكان. وفي بعض الحالات لا تعزز الترتيبات التعاقدية النظام الصحي لأنها تتركز على حصائل ضئيلة لا تتسق مع الأهداف العامة للنظام. ويمكن أن تشمل الترتيبات الأكثر تعقيدا اتفاقات بين القطاع العام والقطاع الخاص، الذي يشمل المنظمات غير الحكومية، لادارة الخدمات وتقديمها على المستويات الوطنية أو الفرعية أو البرنامجية.

١٣- ولزيادة اسهام مقدمي خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص، بما فيهم المنظمات غير الحكومية، الى أقصى حد ينبغي تطوير القدرات الرئيسية أو تعزيزها. وينبغي أن تمتلك الحكومات القدرة على وضع سياسة واضحة للعمل مع القطاع غير العام، بهدف تحمل أعباء القوامة على القطاع الصحي بما في ذلك التفاوض والاتفاق على الأدوار والمسؤوليات، والرصد على أساس معايير الأداء المتفق عليها، وتطبيق الشروط المتفق عليها وتقييم الفعالية.

١٤- ويحتاج مقدمو خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص، بما فيهم المنظمات غير الحكومية، الى القدرة على اجراء حوار حول السياسة والاستراتيجية مع السلطة الصحية، وادارة الموارد (بما فيها الموارد المالية والبشرية)، وضمان جودة تقديم الخدمات، والوفاء بأحكام وشروط العقد.

١٥- وسيطلب وضع سياسات لتوجيه استخدام العقود وتنفيذها القدرة على تصميم هذه العقود وادارتها، لدى كل من وزارات الصحة والشركاء المحتملين بمن فيهم مقدمو خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص.

١٦- وستحصل البلدان، بتجميع الخبرات وتشكيل قواعد المعارف وتطوير الشبكات فيما يتعلق بالتقييم الناقد، على فكرة أفضل عن امكانيات الشراكات وحدودها.

الاجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

١٧- المجلس التنفيذي مدعو الى الاحاطة علما بهذا التقرير.

= = =