منظمة الصحة العالمية

المجلس التنفيذي
الدورة الرابعة والعشرون بعد المائة
البند ٤-١٥ من جدول الأعمال المؤقت

م ت١٢٤/١٨
١١ كانون الأول/ ديسمبر ٢٠٠٨
EB124/18

بناء القدرات من أجل إشراك القطاع الخاص على نحو بنّاء في إيتاء خدمات الرعاية الصحية الأساسية

تقرير من الأمانة

١- إن تجديد الرعاية الصحية الأولية وتسريع التقدم نحو تحقيق التغطية الشاملة بالخدمات الأساسية يتطلبان دراسة دور جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية. ويركز هذا التقرير على مقدمي الخدمات من القطاع الخاص والقدرة على تأسيس علاقة بنّاءة بين مقدمي الخدمات من القطاع الخاص وبين القطاع العام. ولا يتناول التقرير بالنقاش التمويل الخاص ولا المشاركة مع الكيانات الخاصة من خارج قطاع الصحة.

٢- وينطبق مصطلح "مقدم الخدمات من القطاع الخاص"، لأغراض هذا التقرير، على مجموعة متنوعة من كيانات الرعاية الصحية، بما في ذلك الهيئات التي تستهدف الربح والهيئات التي لا تستهدف الربح. ويشمل المصطلح المنظمات الدينية والمنظمات غير الحكومية، الوطنية منها والدولية، ومنظمات المجتمع المدني ومقدمي الخدمات الذين يستهدفون الربح، بمن في ذلك الصيدليات والعيادات الخاصة الصغيرة والمستشفيات الكبيرة والأطباء والممرضون والممرضات الذين يعملون لحسابهم الخاص والممارسون غير النظاميين وباعة الأدوية بالتجزئة. وعلى الرغم من أن تقديم الخدمات من القطاع الخاص أشيع في كثير من البلدان فيما يتعلق بالرعاية الإسعافية فإنه يغلب، في بلدان أخرى، على الرعاية الداخلية والخارجية.

٣- ويتلقى ملايين الناس في العالم الخدمات الصحية الخاصة يومياً. وتشير التقديرات إلى أنه من إجمالي الإنفاق على الصحة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (باستثناء جنوب أفريقيا) في عام ٢٠٠٥، والذي بلغ ١٦ ٧٠٠ مليون دولار أمريكي، ذهب النصف تقريباً إلى مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. وفي مالاوي، على سبيل المثال، ينفق ٥٨٪ من إجمالي تمويل الرعاية الصحية على الخدمات المقدمة من القطاع الخاص، والتي يؤدي معظمها أفراد وشركات خاصة. ومن المتوقع في أفريقيا ككل أن ينمو قطاع الرعاية الصحية الخاص بنسبة أكبر من ١٠٠٪ بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٦، وذلك مقابل زيادة مقدارها الثلثان تقريباً في قطاع الصحة العام.[١]

١ *The Business of Health in Africa*, International Finance Corporation, Washington, DC, 2007.

٤- ويلجأ الفقراء إلى مقدمي الخدمات من القطاع الخاص لأن مرافق تقديم هذه الخدمات قد تكون أقرب إليهم أو ربما تتسم مواعيد عملها بمرونة أكبر أو تقل فترات الانتظار فيها أو يزيد فيها توافر الأدوية مقارنة بالمرافق العمومية، على الرغم من التكاليف المباشرة التي يكون عليهم أن يدفعوها. وبالإضافة إلى ذلك يفيد الناس بأنهم يرون أنهم يحصلون على العلاج الذي يحافظ على احترامهم وخصوصيتهم. ومن المرجح بوجه خاص أن يلجأ الفقراء إلى باعة الأدوية بالتجزئة غير المرخص لهم أو إلى الممارسين غير النظاميين. وتبين المسوح المجراة في ٤٢ بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل أن ٥٠٪ تقريباً (٩٥٪ في بعض البلدان) من الأطفال المصابين بعداوى الجهاز التنفسي ويلتمسون الرعاية هم الذين يصلون إلى مقدمي خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص.[١]

٥- وفي كثير من البلدان لا تكون الحدود الفاصلة بين القطاعين العام والخاص واضحة: فعلى سبيل المثال يعرض موظفون من القطاع العام أن يعملوا ساعات إضافية لحسابهم في المرافق الحكومية، في حين أنه، على النقيض من ذلك، تمتلك الحكومة، في ماليزيا مثلاً، أكبر مجموعة مؤسسات رعاية صحية في البلد، ولديها ١٥٠٠ سرير في المستشفيات ومستشارون متخصصون، وذلك ضمن مؤسسة تستهدف الربح ومدرجة في قوائم البورصة.

٦- وهيكل قطاع الصحة الخاص آخذ في التغيّر في كثير من البلدان المنخفضة الدخل التي تشهد زيادة كبيرة في عدد المنظمات غير الحكومية المسجلة، ويرجع ذلك جزئياً إلى تدفق الأموال من أجل العمل المتعلق بفيروس العوز المناعي البشري والأيدز. وفي الوقت ذاته يتناقص تمويل المنظمات الدينية، وتفيد بعض البلدان بأن الموظفين يتحولون عن رسالتهم نحو العمل في القطاع العام حيث تشهد الرواتب والظروف تحسناً. وأصبحت بعض الشركات الكبرى أكثر مشاركة في تقديم خدمات الرعاية الصحية، ومن الأمثلة الجديرة بالذكر في هذا الصدد شركات التعدين في بابوا غينيا الجديدة وجنوب أفريقيا. وفي آسيا يتزايد عدد مؤسسات الرعاية الصحية التي تمتلك وتشغل سلاسل المستشفيات.

٧- ويمكن أن يتأثر تقديم خدمات الرعاية الصحية بحافز الربح أو بالحاجة إلى الدخل (وهي مشكلة لا تقتصر على القطاع الخاص). كما أن الإفراط في إعطاء الأدوية للمرضى (المنتجات المقلدة في بعض الأحيان) وفي استخدام اختبارات التشخيص بل وإجراءات الجراحة ليس بالأمر غير الشائع. وتعتمد الجودة أيضاً على طبيعة التدخل وطلب الزبون. وهناك دراسة حالة تناولت الصيدليات الخاصة في أحد البلدان الآسيوية، حيث قام أكثر من ٨٠٪ من باعة الأدوية بالتجزئة بعلاج العداوى المنقولة جنسياً دون أن يحصلوا على ترخيص بذلك، تشير إلى أنهم قاموا في ذلك بالدور النمطي لباعة التجزئة الذين يستهدفون الربح لا بدور الوكلاء الذين يعملون على تحسين صحة زبائنهم.

٨- ونظراً للمجموعة الكبيرة من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص فإن التكلفة والجودة تتفاوتان تفاوتاً واسعاً كما أن الممارسات المتبعة يمكن أيضاً أن تتراوح بين أكثر الممارسات تطوراً وبين الممارسات الخطرة بحق. وتتمثل أهم الهواجس التي تشغل راسمي السياسات الصحية في الممارسات السيئة في تقديم الخدمات من قبل القطاع الخاص، مما يهدد الصحة ويساعد على الوقوع في دائرة الفقر بسبب التكاليف، وتحويل الموارد العمومية نحو تحقيق مكاسب خاصة.

١ The Demographic and Health Survey programme conducts surveys of population, health, HIV infection and nutrition in more than 75 countries. See www.measuredhs.com.

إشراك مقدمي خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية الأساسية

٩- تتراوح السياسات الحكومية المتعلقة بدور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية الأساسية بين التشجيع الفعال والتشجيع الإيجابي على استبعاده من عملية التخطيط في مجال الصحة. ويركز النص الوارد أدناه على بناء القدرات في القطاع الحكومي من أجل العمل مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص على تحقيق مرامي الصحة العمومية.

١٠- وبالنسبة إلى حكومات البلدان الغنية والبلدان الفقيرة على السواء تتمثل التحديات المطروحة في تحقيق توازن في تسخير إمكانات مختلف أنواع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، مع القيام في الوقت ذاته بمعالجة الهواجس ذات الصلة بالإنصاف في إتاحة الرعاية وفي تكاليفها وجودتها. وتبين الخبرة أنه عند إدارة العلاقات بشكل جيد يمكن أن يضطلع مقدمو الخدمات من القطاع الخاص بدور كبير في تقديم الخدمات الصحية الأساسية.

١١- وقد برهن العمل المتعلق بالسل على أن المبادرات التي تضم مقدمي الخدمات من القطاع الخاص تُسهم في كشف ما يتراوح بين ١٠٪ و٥٠٪ من الحالات في مختلف البيئات. ويمكن إعطاء أمثلة هامة أخرى بالمناطق التي تتزايد فيها إتاحة خدمات الصحة الإنجابية، والمناطق التي يتزايد فيها استخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات ضد الملاريا، والمناطق التي يتزايد فيها توقي الأيدز وعلاجه.

١٢- وتوفر الخبرة العملية بعض الدروس العامة في هذا المضمار. فمن الأمور البالغة الأهمية بناء الثقة بين مسؤولي القطاع العام وبين مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، ولاسيما من أجل تجاوز فكرة أن التعاون مع القطاع الخاص يضعف المؤسسات أو يتم على حسابها. ويجب أن يُعتبر التعاون مفيداً لكلا الطرفين. ومن المهم اتباع أسلوب يشمل خليطاً من المهام، وهو أسلوب يحدد المهام الرئيسية ويعزوها إلى مقدمي الخدمات المناسبين، ومن المهم أيضاً زيادة الوضوح في الأهداف وقنوات الاتصال الجيدة وتبادل النماذج الخاصة بطرق تحقيق النتائج.

١٣- وسوف تتفاوت الترتيبات المؤسسية الخاصة بالعمل مع مقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص تفاوتاً واسعاً حسب البلد ونوع مقدم الخدمات. وللعديد من المنظمات الدينية، على سبيل المثال، رابطات جامعة وراسخة يمكن إجراء المفاوضات من خلالها. بيد أن باعة التجزئة أو الممارسين الصحيين غير المرخص لهم وغير المؤهلين ليست لهم هيئات تمثلهم من هذا القبيل.

١٤- ويجب أن تراعي الاستراتيجيات والتدخلات أن الطلب على الخدمات المقدمة من القطاع الخاص يمكن أن يتأثر بالمعلومات التي تُعطى للزبائن (بخصوص تكاليف الخدمات المتاحة أو جودتها) أو بالإعفاء من الرسوم (للفقراء عادة) أو بمنح الكوبونات أو المبالغ النقدية. وفيما يتعلق بالعرض يمكن استخدام مجموعة من الترتيبات التعاقدية التي تبرم مع مقدمي الخدمات من أجل تحديد نوع ومقدار وجودة الخدمات التي يتعين تقديمها. وبالمثل فإنه فيما يتعلق بالاعتماد يضمن طرف ثالث جودة الخدمات. ويتوقف التنظيم الذاتي على قبول المهنيين المسؤولية عن صون المعايير، وذلك عادة من خلال الترتيبات الخاصة بالعضوية. وبإمكان الحكومات أن تلجأ إلى القوانين واللوائح والقواعد لتشجيع مقدمي الخدمات أو فرض قيود عليهم أو لحماية الزبائن.

١٥- وتشمل مختلف المنظمات المسؤولة عن تنفيذ هذه الاستراتيجيات والتدخلات الهيئات القانونية المعنية بترخيص المرافق وتسجيلها، ومنظمات التمويل ومنظمات التأمين الصحي، ومجالس المهنيين الصحيين، ووكالات الاعتماد الطوعي، ورابطات المهنيين، والمنظمات الجامعة، ووكالات الدفاع عن حقوق المستهلك وحمايته. وفي الكثير من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يُعتبر العديد من هذه المنظمات قليل الموارد وناقص العمالة.

١٦- وينصّب تركيز الوكالات الدولية في هذا الصدد على تعزيز دور مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في زيادة فرص الحصول على الرعاية. ويولى اهتمام أقل لدور وقدرة الحكومات في مجال توفير إرشادات السياسة العامة، وممارسة المراقبة، وتحديد وتطبيق مجموعة الحوافز واللوائح اللازمة.

١٧- ويستهدف العمل المستمر الذي تضطلع به منظمة الصحة العالمية في مجال تجديد الرعاية الصحية الأولية تعزيز الخبرات وتوثيق أفضل الممارسات وتخطيط سبل المضي قدماً في هذا الصدد، وخصوصاً فيما يتعلق بدور مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. ويجري الاضطلاع بالعديد من الأنشطة الخاصة بجمع البيانات وبالبحوث من خلال التعاون الدولي. وتعمل هيئات مثل مرصد القوى العاملة الصحية في أفريقيا على استكمال المعلومات القُطرية الخاصة بموظفي الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص. ويقوم التحالف من أجل السياسات الصحية وبحوث النُظم بتحديد أولويات البحوث في القطاع غير الحكومي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وتقدم الأمانة تقارير سنوية عن الإنفاق الصحي، كما تعمل مع الدول الأعضاء على تطبيق الأدوات الجديدة لرسم خرائط مجموعة الخدمات المعروضة في المرافق العامة والخاصة. وهناك أيضاً مؤسسات وشراكات دولية أخرى تجرب بنشاط الأساليب المختلفة وتوثقها.

الإجراء المطلوب من المجلس التنفيذي

١٨- المجلس مدعو إلى الإحاطة علماً بالتقرير.

= = =