منظمة الصحة العالمية

جمعية الصحة العالمية الثانية والخمسون ج٥٢/متنوعات/٤
البند ٥ من جدول الأعمال المؤقت ٢٩ نيسان/ أبريل ١٩٩٩
A52/DIV/4

مائدة مستديرة وزارية

تحديد الأولويات في قطاع الصحة: التحديات المطروحة على الوزراء

١- ان الموارد العمومية، في جميع أنحاء العالم، لا تكفي لتلبية الطلب على الرعاية الصحية. والهوة التي تفصل بين ما يحتاج اليه وبين ما يمكن الحصول عليه تعني أن عملية تحديد الأولويات هي سمة ضرورية من سمات النظم الصحية كافة، الغنية منها والفقيرة.

٢- ولوضع النقاش حول تحديد الأولويات وتخصيص الموارد في اطاره من المفيد التفكير في اتخاذ أنواع مختلفة من القرارات. وستتمحور الخيارات الحاسمة التي ينبغي القيام بها حول:

- نسبة الايرادات المخصصة للصحة
- توزيع ميزانية الصحة بين المناطق الجغرافية
- تخصيص الموارد لمختلف مستويات الخدمات الصحية وبرامج مكافحة أمراض بعينها
- أشكال العلاج التي ينبغي اتاحتها عن طريق الأموال العمومية
- تعريف من يحق لهم تلقي مثل هذا العلاج
- تحديد المبالغ التي يتعين انفاقها على آحاد المرضى
- نسبة الأموال المتاحة المنفقة على تنمية رأس المال فيما يتعلق بتكاليف التشغيل
- توزيع الميزانية الحالية بين الانفاق على الرواتب وبين الانفاق على الأمور الأخرى غيرها.

٣- فما هو اذا الأساس الذي تقوم عليه هذه القرارات نظرا للمطالب المتنافسة على الأموال والقيم المتضاربة؟ وعلى أي مستوى من مستويات النظام الصحي ينبغي اتخاذ تلك القرارات؟ وما هي الجهات الفاعلة الأساسية المعنية؟

٤- قبل التصدي للاجابة على هذه الأسئلة المطروحة من الأهمية بمكان الاعتراف بعدد من السمات التي تفرق بين أمم العالم الفقيرة وبين أغناها. فمن الواضح جدا أن مستوى الانفاق على الرعاية الصحية يختلف اختلافا صارخا بينها، ولنقارن بين ما تنفقه بعض بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى على الفرد الواحد (ما يتراوح بين ٦ و١٠ دولارات أمريكية) وما تنفقه أوروبا الشمالية (١٠٠٠ دولار أمريكي) والولايات المتحدة الأمريكية (٢٧٠٠ دولار أمريكي). ثانيا، أن ثلث المبلغ المنفق في أفقر البلدان وهو يتراوح بين ٦ و١٠ دولارات أمريكية، أو يزيد يأتي، في العادة، من المعونة الأجنبية سواء كان ذلك في شكل منح أو قروض منخفضة الفائدة. ثالثا، أن المؤسسات ونظم الادارة الوطنية تعاني، من الضعف، بشكل عام كما أن البلدان الفقيرة تفتقر الى العاملين الجيدي التدريب. رابعا، أن المجتمع المدني في الكثير من البلدان المنخفضة الدخل ليس له صوت يسمع أو ليس له حق النقض فيما يتعلق بعملية تحديد الأولويات. وأخيرا فان السياسات القطاعية توضع، في الأحوال العادية، دون الرجوع الى اطار واقعي وشامل للموارد.

٥- ومن المفارقات أن المجتمع الدولي للمانحين الذي ساعد الحكومات يتجنب اتخاذ القرارات الصعبة فيما يتعلق بتخصيص الموارد. وقد قامت الوكالات المانحة، تقليديا، بتمويل ودعم مشاريع منفصلة تقوم على الأولويات التي تحددها هي ذاتها. وهذه الأولويات قد يعرب عنها من زاوية مناطق جغرافية معينة أو أمراض معينة أو مستويات محددة للرعاية الصحية (مثل الرعاية الأولية والصحة العمومية عوضا عن الخدمات الاستشفائية)، أو أنواع معينة من التدخلات (مثل التطعيم أو امدادات تنظيم الأسرة). أو اقامة نظم ادارة معينة (مثل امدادات الأدوية) أو التركيز على قطاعات معينة من السكان (مثل النساء الحوامل والأطفال دون الخامسة من العمر). وقد أدت هذه الأمور، الى حد ما، الى اضعاف قدرة الحكومة التي تتلقى المعونة على وضع سياسات قطاعية متسقة وتخصيص الموارد بناء على ذلك. ولكن، وعلى الرغم من عدم قيام الحكومات بالكثير فيما يتعلق بتحديد الأولويات فان العاملين في مجال الرعاية الصحية يعمدون كل الوقت وبشكل تلقائي الى تقنين الموارد ضمنيا على مستوى تقديم الخدمات. وقد يتخذ ذلك أشكالا عديدة مثل رفض تقديم العلاج أو اختيار أولئك الذين يحصلون عليه أو التأخير في تقديم الخدمات لأولئك الذين يحتاجونها أو يطلبونها.

٦- وفي مطلع التسعينات تلقت الجهود المبذولة من أجل الأخذ بالطرق العلمية في عملية صنع القرارات دفعة هامة حيث جاء زخم تلك العملية من تقرير البنك الدولي عن التنمية العالمية لعام ١٩٩٣: الاستثمار في الصحة. وقد دافع التقرير عن اتباع نهج يقوم على التحليل الكمي لعبء المرض وتحليل مردودية التدخلات البديلة وتحديد مجموعة أساسية من التدخلات تقوم على تلك التحليلات.

٧- وقد شرع عدد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في هذه العمليات وكان ذلك يحدث، في كثير من الأحوال، بدعم تقني هام من البنك وسائر المنظمات. غير أنه ليست هناك أدلة كثيرة على أن تلك الطرق قد أثرت بشكل هام في الانفاق الصحي. وتبين من دراسة أجريت في ١٤ بلدا أن ثمن مجموعات التدابير التي اتخذت مرتفع للغاية بالمقارنة مع الموارد المتاحة. وعلاوة على ذلك وبدلا من التشجيع على تحقيق المزيد من الكفاءة فان رد فعل الحكومات تمثل في السعي الى الحصول على المزيد من المساهمات سواء من الأسرة الدولية أو من مواطنيها أنفسهم. في حين ظلت عملية اعادة تخصيص ووضع الاستراتيجيات الرامية الى تحسين الكفاءة التقنية وتعزيز القدرات المؤسسية في مؤخرة الركب.

٨- وفي العالم الصناعي، عمد عدد من البلدان، وخاصة تلك التي تمتلك نظما متطورة للضمان الاجتماعي والرعاية الصحية، الى الاضطلاع بعمليات تحديد الأولويات خاصة لدى استعراض خدماتها الصحية التي ينفق عليها من الأموال العامة. وقد اتسمت المرحلة الأولى من تلك العمليات، خاصة، بالبحث عن نظم تعتمد على مجموعات كاملة غير متناقضة من قواعد اتخاذ القرارات العقلانية. ومن شأن تلك القواعد أن تبين لصانعي القرارات بدقة كيفية منح خدمة ما الأولوية بالمقارنة مع سائر الخدمات وما هي

الخدمات الجوهرية والفوائد الأساسية التي ينبغي أن تنجم عن ذلك. ومن الأمثلة على هذا الوضع المثالي معدل سنوات العمر المصححة باحتساب مدد التعوق أو أسلوب أوريغون الأولي. وتتمثل الفرضية الأساسية، في هذا الصدد، في أن القرارات شرعية لأنها تتخذ وفقا لاتباع قواعد النظام السائد فاذا كانت القواعد رشيدة فان القرارات المتخذة تكون رشيدة أيضا.

٩- ومع ذلك، وبما أن الهوة التي تفصل بين الأطر الوطنية لتحديد الأولويات والتنفيذ قد أصبحت أكثر وضوحا فقد أصبح من البين أيضا أن فكرة التعويل على مجموعة بسيطة من القواعد تقوم على طرق علمية فكرة غير سليمة. ونتيجة لذلك فقد تحول التفكير في تحديد الأولويات تحولا هاما بأساليب شتى:

- ايلاء المزيد من العناية **للعملية** ذاتها بدلا من **المنتج** الناجم عن تحديد الأولويات بالاعتراف بطبيعته السياسية أصلا
- ايجاد **أشكال جديدة من الحوار** بين السياسيين والمهنيين الصحيين والجمهور
- الاستعاضة عن المواصفات الصارمة لمسألتي الاحتواء والاستبعاد **بتعريف فضفاض للخدمات الجوهرية**
- زيادة التشديد على **الحقوق الاجرائية** في مقابل الحقوق الموضوعية من زاوية المستحقات
- وضع مبادئ ارشادية عريضة القاعدة تشجع على استخدام الطب الذي **يقوم على البراهين والقرائن على مستوى الطبيب السريري** بغية التوصل الى ممارسة أفضل والتقليل من التباينات في مجال الأداء
- زيادة التوكيد على الاستراتيجيات الاصلاحية التي تقضي بتحقيق المزيد بانفاق القليل **وزيادة الكفاءة**.

١٠- وقد أدركت بلدان الشمال أن الطرق العقلانية لها مكانة هامة في هذه الأمور الا أنها ليست كل شيء وغاية كل شيء فيما يتعلق بتحديد الأولويات. ومن المفيد أن يتساءل المرء عما اذا كانت حجة فرض العقلانية على البلدان المنخفضة الدخل قد ضعفت نتيجة لذلك. وهناك مخاوف متعاظمة من أن الانشغال بمجموعة التدابير الأساسية قد صرف الاهتمام بعيدا عن ضرورة تطوير حسابات صحية شفافة واقامة نظم ادارة مالية وطنية سليمة. ويجب أن تكون معرفة المصادر التي تأتي منها الأموال ومعرفة مصارفها الأولوية القصوى بالنسبة للبلدان النامية. وبدون هذه المعلومة فان عملية تحديد الأولويات وتخصيص الموارد تظل معتمة غامضة.

١١- ولبلوغ هذه الغاية هناك تطورات جديدة أيضا طرأت على الطريقة التي يقوم بها المانحون بتقديم الدعم للبلدان المنخفضة الدخل بدءا برسم اطار واقعي للموارد المستمدة من جميع المصادر واشراك كل الشركاء في عملية تفاوضية حول أولويات الانفاق تكون واعية تقنيا ومؤسسيا وسياسيا. وهذا التحول يتيح للبلدان الفقيرة، كما هو الشأن بالنسبة للفكر الجديد الذي يسود العالم الصناعي، طريقا عقلانيا وسطا بين تحقيق الأغراض بدون خطة وبين الأساليب العقلانية المحض.

= = =