منظمـــة الصحـــة العالميـــة

جمعية الصحة العالمية الثالثة والخمسون **ج٥٣/٤**

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت **٢٩ آذار/ مارس ٢٠٠٠**

A53/4

التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠

تحسين أداء النظم الصحية

١- أبلغت المديرة العامة، في الرسالة المتعلقة بالدعوة الى عقد جمعية الصحة العالمية الثالثة والخمسين، الدول الأعضاء بقرارها باصدار *التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٠* بعد الجمعية، بغية افساح المجال لنشره بجميع اللغات الرسمية الست والهدف هنا هو اصدار التقرير في أقرب موعد ممكن لتاريخ ١٩ حزيران/ يونيو ٢٠٠٠. حيث يشكل هذا اليوم ذكرى افتتاح مؤتمر الصحة الدولي في نيويورك عام ١٩٤٦. وكان هذا المؤتمر حدثا تاريخيا تقرر فيه بأن تعرف الوكالة المتخصصة المزمع انشاؤها من أجل الصحة ضمن منظومة الأمم المتحدة باسم منظمة الصحة العالمية، وتم اقرار دستور المنظمة. وتعطي الوثيقة الحالية نبذة عامة عن التقرير بغية مساعدة السادة المندوبين في الاعداد لجمعية الصحة.

رسالة من المديرة العامة

٢- ما الذي يجعل النظام الصحي نظاما جيدا؟ ما الذي يجعل النظام الصحي عادلا؟ كيف نعرف اذا كان النظام الصحي يؤدي عمله على أفضل وجه ممكن؟ هذه الأسئلة هي موضع نقاش عام في معظم بلدان العالم. ومن الطبيعي أن يتوقف الجواب على الموقع الذي يحتله الشخص الذي يتولى الرد. هل هو وزير الصحة لدى دفاعه عن ميزانية وزارته أمام البرلمان؛ أو وزير مالية يسعى لايجاد التوازن بين شتى المتطلبات من الخزانة العامة؛ أو مدير مستشفى أرهقته الضغوط لتوفير المزيد من الأسرة؛ أو طبيب أو ممرض في مركز صحي استنفد لتوه كل ما لديه من المضادات الحيوية؛ أو محرر أخبار يبحث عن موضوع؛ أو أم ملهوفة تبحث عن علاج لولدها المريض ابن السنتين؛ أو مجموعة ضغط تطالب بتوفير خدمات أفضل – فكل واحد من هؤلاء له وجهة نظره. ويتعين علينا نحن في منظمة الصحة العالمية أن نساعد كل هؤلاء على التوصل الى قرار حكيم ومتوازن.

٣- ومن الواضح، مهما كان المعيار الذي نطبقه، أن النظم الصحية في بعض البلدان تؤدي وظائفها على نحو جيد، في حين تخفق نظم أخرى في ذلك. ولا يعود هذا الى مجرد الفوارق في الايرادات أو النفقات: اذ يمكن أن يتفاوت الأداء تفاوتا كبيرا حتى بين البلدان التي تتماثل مستويات الانفاق الصحي فيها. فالطريقة المتبعة في تصميم النظم الصحية وادارتها وتمويلها تترك أثرها على حياة الناس وأسباب رزقهم. ويمكن قياس الفارق بين نظام صحي جيد الأداء وآخر يفشل في أداء وظيفته من حيث الوفيات وحالات التعوق وانتشار الفقر والاذلال واليأس.

٤- وعندما انتخبت مديرة عامة في عام ١٩٩٨، كان أحد مشاغلي الرئيسية أن يصبح تطوير النظم الصحية أمرا يشغل باطراد أكبر حيز من عمل المنظمة. وكنت أرى أن عملنا ينبغي أن يتفق مع قيم توفير الصحة للجميع، وأن توصياتنا ينبغي أن ترتكز على القرائن لا على الايديولوجيات. وما *التقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠* الا ثمرة لتلك الهواجس، وآمل أن يحتل مكانته كمعلم في ميدان تنمية النظم الصحية.

٥- ومبرر وجود هذا التقرير هو تحسين أداء النظم الصحية في شتى أرجاء العالم. أما التحدي الذي نواجهه فهو أن نتفهم فهما أفضل العوامل التي تلعب دورها في تغيير الأوضاع. ولم يكن ذلك هينا. فقد ناقشنا الطريقة التي يتعين بها تعريف النظم الصحية بغية توسيع ميدان اهتماماتنا بحيث يتجاوز مجرد توفير الخدمات الصحية العمومية والشخصية. ويطرح التقرير فكرة تدعو الى أن تشمل حدود النظم الصحية ككل الاجراءات الرامية، أساسا، الى تحسين الصحة.

٦- ويشكل التقرير فتحا جديدا في أنه يساعدنا على فهم مرامي النظم الصحية، فغرضها الأساسي هو تحسين الصحة وحمايتها. غير أن لها مرامي جوهرية أخرى تتعلق بالانصاف في الطريقة التي يدفع بها الناس تكاليف رعايتهم الصحية، وكيفية استجابة النظم الصحية للتوقعات حول الطريقة التي سيتم علاجهم بها. وحيثما يتعلق الأمر بالصحة والاستجابة فان احراز مستوى وسطي رفيع ليس كافيا: فلابد أن تهدف النظم الصحية الى الحد من الجور والظلم بطرق تحسن أوضاع أسوأ الناس حالا وأشدهم فقرا. ويتم، في التقرير، قياس أداء النظم الصحية بمدى احرازها لهذه المرامي.

٧- واذا كان لصانعي السياسة اتخاذ أية اجراءات استنادا الى مقاييس الأداء فانهم بحاجة لصورة واضحة وتفهم كامل للوظائف الأساسية التي يتعين على النظم الصحية الاضطلاع بها. ويحدد التقرير أربع وظائف أساسية: توفير الخدمات؛ واستدرار الموارد البشرية والمادية التي تمكن من تقديم الخدمات؛ وتجميع وحشد الموارد المستخدمة في تغطية نفقات الرعاية الصحية، وأهم من ذلك كله وظيفة التسيير - أي تحديد وتطبيق قواعد اللعبة وتوفير التوجه الاستراتيجي لجميع الجهات الفاعلة على اختلافها.

٨- ويتطلب العديد من المفاهيم والمقاييس المستخدمة في التقرير المزيد من التحسين والتطوير. اذ أن ما عرقل اكتسابنا للمعارف اللازمة عن النظم الصحية حتى الساعة هو ضعف نظم جمع المعلومات الروتينية وقلة الاهتمام بالبحوث. وكانت الضرورة تقتضي بذل جهود جبارة لتجميع البيانات والمعلومات الجديدة واجراء التحليلات اللازمة وتوليفها ثانية لأغراض هذا التقرير، الذي استعان أيضا بآراء عدد كبير من أولئك الذين ردوا على الاستبيان المطروح عليهم سواء من داخل المنظمة وخارجها، فيما يتعلق بتفسير البيانات والأهمية النسبية لشتى المرامي.

٩- وعلى الرغم من أنه لا يمكن للتقرير أن يقدم أجوبة شافية على كل سؤال عن أداء النظم الصحية، فانه يجمع مع ذلك أفضل القرائن المتوافرة حتى الآن. كما أنه يبرهن على أن بالامكان التوصل، رغم ما يكتنف هذا الموضوع من تعقيد ومحدودية البيانات، الى مقاربة معقولة لمعالم الوضع الراهن بطريقة تسفر عن وضع جدول أعمال مشوق فيما يتعلق بنشاطنا لجهود في المستقبل. وكلي أمل في أن يسهم التقرير في العمل الجاري لتقييم النظم الصحية وتحسينها. اذ أن تقييم الأداء يساعد صانعي السياسات ومقدمي الخدمات الصحية وعامة الناس على أن ينظروا الى أنفسهم من زاوية الترتيبات الاجتماعية التي أرسوا قواعدها لتحسين الصحة. وهو يدعونا الى اعمال الفكر في القوى التي تشكل الأداء والاجراءات التي تساعد على تحسينه.

١٠- *والتقرير الخاص بالصحة في العالم، ٢٠٠٠* بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية هو مرحلة واحدة في عملية طويلة الأجل. وسيكون مؤشر قياس أداء النظم الصحية من الآن فصاعدا – من المواضيع اللازمة في كل تقرير وسوف تستخدم فيه المعلومات والطرق المحسنة والمستوفاة والمحدثة حالما تصبح متاحة.

١١- ومع أننا مازلنا في بداية الطريق المؤدية الى فهم مجموعة من التفاعلات المعقدة، فان بعض الاستنتاجات الهامة تبرز في الأفق:

- فالمسؤولية النهائية عن أداء النظام الصحي لأي بلد من البلدان تقع على كاهل حكومته. وتعتبر الادارة المتأنية والمسؤولة لعافية السكان – أي التسيير – جوهر الحكم السليم وخلاصته. ولابد من أن تتبوأ صحة السكان مرتبة الأولوية الوطنية، ومسؤولية الحكومات عنها مسؤولية مستمرة ودائمة.

- فيما يتعلق بكل دولار ينفق على الصحة لم تحقق العديد من البلدان امكاناتها الكاملة في مجال الأداء. وقد أدى ذلك الى الارتفاع الهائل في معدلات الوفيات التي كان يمكن تفاديها وحالات العجز التي تعوق العيش الطبيعي. أما الذين يتحملون العبء الأكبر الناجم عن هذا الاخفاق فهم الفقراء.

- ولا تتوقف اهتمامات النظم الصحية عند تحسين صحة الناس فحسب، بل تتجاوزها الى حمايتهم من التكاليف والأعباء المالية المترتبة على المرض. ويتمثل التحدي المطروح على الحكومات في البلدان المنخفضة الدخل في الحد من هذا العبء الارتدادي المتمثل في دفع تكاليف الرعاية الصحية مباشرة من جيوب الناس وذلك بتوسيع نطاق مخططات الدفع المسبق، التي توزع المخاطر المالية وتقلل من هول شبح النفقات الفادحة على الرعاية الصحية.

- أما داخل الحكومات فان العديد من وزارات الصحة يركز على القطاع العام، وهي كثيرا ما تغفل المبالغ التي ينفقها القطاع الخاص أو الرعاية التي تقدمها الدوائر الخاصة وهي مبالغ وخدمات كثيرا ما تفوق غيرها مما ينفق ويقدم. أما التحدي المتزايد الذي تواجهه الحكومات فيتمثل في تسخير طاقات القطاعين الخاص والطوعي كي يبلغ أداء النظم الصحية مستويات أفضل، ولكي يتسنى التغلب، في غضون ذلك، على فشل الأسواق الخاصة الذريع في هذا الصدد.

- والتسيير يتصل في نهاية الأمر بمراقبة النظام برمته، حيث يتفادى قصر النظر أو ضيق الأفق أو التغاضي عن فشل النظم في تحقيق أهدافها. والقصد من هذا التقرير هو تسهيل هذه المهمة بالتركيز الشديد على القرائن الجديدة وتوضيحها.

١٢- وفي الختام آمل أن يساعد هذا التقرير صانعي السياسات على اختيار حلول حكيمة. فاذا أفلحوا في ذلك فان كل البلدان ستحقق مكاسب كبرى وسيكون الفقراء في مقدمة المستفيدين منها.

نظرة عامة

١٣- أصبحت حياة العديد من الناس اليوم وفي كل يوم مرهونة بالنظم الصحية التي تضطلع بمسؤولية حاسمة ومتواصلة تجاه الناس طوال حياتهم تبدأ بضمان ولادة أطفال أصحاء وتنتهي بتوفير الرعاية الكريمة للمسنين الضعفاء. ولهذه النظم أهمية بالغة لتحقيق التطور الصحي للفرد والأسرة والمجتمع في كل مكان.

١٤- ومع أن تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي فانه ليس بالهدف الوحيد. *فالتقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٠*، المكرس برمته للنظم الصحية، يتبنى نظرة أوسع يتجاوز بها الاهتمام المهني التقليدي بعافية الأشخاص البدنية والنفسية. فهو يراعي الى حد لم يعهد من قبل، الأدوار التي يضطلع بها الناس في النظم سواء كانوا من مقدمي الخدمات الصحية أو من مستهلكين أو من المساهمين في النظم بأموالهم أو من العاملين فيها أو من المواطنين الذين يضطلعون بمسؤولية ادارتها أو تسييرها. ويتناول التقرير أيضا كيفية معالجة النظم للفوارق بين الناس وطريقة استجابتها لتطلعاتهم ومدى احترامها لكرامتهم وحقوقهم وحرياتهم.

١٥- ويطرق التقرير أيضا مجالا جديدا اذ يقدم للمرة الأولى مقياسا لأداء النظم الصحية الوطنية في سعيها لتحقيق ثلاثة أهداف عامة هامة من حيث درجتها وتوزعها على حد سواء وهي: **النهوض بالصحة، والاستجابة لتطلعات السكان المشروعة، والعدالة في المساهمات المالية**. ويتوقف تحقيق تقدم نحو بلوغ هذه الأهداف الى حد كبير على مدى نجاح النظم في الاضطلاع بالوظائف الحيوية التالية: **توفير الخدمات، واستدرار الموارد، والتمويل والادارة العامة**. ويفرد التقرير فصلا لكل وظيفة من هذه الوظائف ويخلص الى استنتاجات ويقدم توصيات بشأن السياسة العامة فيما يتعلق بكل منها. ويشدد على الادارة العامة خصوصا لما لها من بالغ الأثر على الوظائف الثلاث الأخرى.

١٦- وما زالت أسئلة عديدة عن أداء النظم الصحية دون جواب واضح حتى اليوم – ويعود ذلك الى حد كبير الى عدم توافر طرق موثوقة لقياس الأداء. ويعرض التقرير اطار منظمة الصحة العالمية لتقدير أداء النظم الصحية الذي جرى التوصل اليه استنادا الى مجمل البحوث القيمة السابقة. ويتألف هذا الاطار من مجموعة من الوسائل الفعالة الجديدة التي تساعد الدول الأعضاء على قياس أدائها وعلى فهم العوامل المؤثرة في الأداء وعلى تحسينه وبالتالي على الاستجابة بطريقة أفضل للمتطلبات والتطلعات الصحية للشعوب التي تخدمها وتمثلها. ويتيح هذا الاطار تحليل كثير من المعلومات عن النظم الصحية وتوليفها. وهو يتجسد في مقياس للأداء يتوقع أن يكون بادرة لأعمال كثيرة جديدة مشوقة. وسيكون المقياس سمة ملازمة لتقارير الصحة في العالم مستقبلا وسيجري توسيعه وتحسينه وتحديثه سنويا.

١٧- وينطوي الاطار في ذاته على أهمية بالغة لصانعي السياسات الذين يرغبون في معرفة الأسباب التي تجعل النظم الصحية تسير على نحو معين وما الذي يمكن لهم عمله لتحسين الوضع. فكل النظم الصحية تؤدي وظائف معينة – كتقديم أو توفير الخدمات الصحية الشخصية وغير الشخصية؛ وحشد الموارد البشرية والمادية اللازمة لذلك؛ وزيادة وجمع الايرادات المستخدمة لشراء الخدمات؛ والقيام بدور القيمين على هذه الموارد، والسلطات والتطلعات المنوطة بهم.

١٨- وتوفر مقارنة طريقة تنفيذ هذه الوظائف قاعدة لفهم اختلاف الأداء عبر الزمن وبين البلدان. ومما لاشك فيه أن العديد من المفاهيم والمقاييس المستخدمة في التقرير تتطلب المراجعة كما أنه لابد من جمع بيانات أكثر وأفضل عن بلوغ الأهداف وعن وظائف النظم الصحية. ومع ذلك فان التقرير يزخر بالمعلومات وهو يقدم أفضل القرائن المتاحة حتى اليوم. والهدف من ذلك هو أن يعزز، على الصعيدين الوطني والعالمي، تنمية المهارات وجمع المعلومات المطلوبة لبناء مجموعة من القرائن الخاصة بمستويات الأداء ومحدداته لتكون أساسا لتحسين طرق عمل النظم.

١٩- لهذا فان عبارة "تحسين الأداء" هي مفتاح التقرير وعلة وجوده. فرسالة المنظمة هي "بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة للجميع" مع التركيز على ردم الهوة ضمن البلدان وفيما بينها. وتتوقف قدرة المنظمة على تحقيق رسالتها الى حد كبير على فعالية النظم الصحية للدول الأعضاء. وتعزيز هذه النظم هو

أحد التوجهات الاستراتيجية الأربعة للمنظمة وهو توجه يتداخل ويترابط مع التوجهات الثلاثة الأخرى وهي: الحد من الوفيات في صفوف الفقراء والمهمشين؛ ومعالجة عوامل الاختطار الرئيسية معالجة فعالة؛ ووضع الصحة في صلب برنامج عمل التنمية بمفهومه العريض.

٢٠- واذا كانت مكافحة الأوبئة والعمل من أجل الحد من وفيات الأطفال والدفاع عن الولادة المأمونة كلها من أولويات المنظمة فانها لاتستطيع تحقيق نتائج كبيرة في جهودها هذه أو في معاركها الأخرى ما لم تول اهتماما مساويا لمسألة تعزيز النظم الصحية التي يمكن من خلالها دفع التدخلات الرامية الى انقاذ الحياة أو تعزيزها الى الخطوط الأمامية.

٢١- ويشدد التقرير على أن التباين في مستوى كفاءة تنظيم النظم الصحية وتمويلها واستجابتها لاحتياجات سكانها يفسر الى حد كبير اتساع الهوة في معدلات الوفيات بين البلدان الغنية والبلدان الفقيرة، وضمن البلدان وبينها في مختلف أرجاء العالم. بل أن التباين في المستويات الصحية قائم حتى بين البلدان ذات مستويات الدخل المتشابهة. وباختصار فان أداء النظم الصحية – وأداء موظفيها في سائر أرجاء العالم والذين يبلغ عددهم نحو ٣٥ مليون شخص – يحدد الى درجة كبيرة جودة وقيمة بل وطول حياة المليارات من الناس الذين تخدمهم هذه النظم.

كيف نشأت النظم الصحية

٢٢- لايترك التقرير في استعراض لنشوء النظم الصحية الحديثة والاصلاحات التي أدخلت عليها في مختلف المراحل أي شك في أن هذه النظم أسهمت، بشكل عام، اسهاما كبيرا في تحسين صحة معظم سكان العالم خلال القرن العشرين. وقد أصبح للنظم الصحية اليوم دور أكبر وأشد تأثيرا من أي وقت مضى في حياة الناس في مختلف البلدان، غنيها وفقيرها على حد سواء. ولقد كانت هناك نظم صحية من نوع أو آخر منذ أن بدأ الناس يسعون الى حماية صحتهم ومعالجة الأمراض. ومنذ آلاف السنين والممارسات التقليدية المقترنة بالمشورة الروحية قائمة توفر الرعاية الوقائية والعلاجية وهي كثيرا ماتتعايش اليوم مع الطب الحديث.

٢٣- الا أنه لم يكن للنظم الصحية المنظمة بمعناها الحديث أي وجود حقيقي قبل ١٠٠ سنة. فلم يكن الناس يذهبون الى المستشفيات في ذلك الوقت الا فيما ندر. ومعظمهم كان يولد في أسر كبيرة ويعيش فترة رضاعة وطفولة مهددة بأمراض فتاكة منها الحصبة، والجدري، والملاريا وشلل الأطفال. وكانت معدلات وفيات الرضع والأطفال مرتفعة جدا شأنها شأن معدلات وفيات الأمومة. وكان متوسط العمر المأمول عند الميلاد قصيرا لايتجاوز ٤٨ عاما قبل نصف قرن من الزمن فقط. وكانت الولادة ذاتها تتم في المنزل ونادرا ماكانت تجري بحضور طبيب.

٢٤- وللدلالة بايجاز على دور النظم الصحية في الحياة المعاصرة سيولي هذا التقرير اهتماما خاصا بمولد طفل محدد. فقد قدر خبراء الأمم المتحدة في السنة الماضية أن عدد سكان العالم سيبلغ ستة مليارات نسمة يوم ١٣ تشرين الأول/ أكتوبر ١٩٩٩. وفي ذلك اليوم ولد في مستشفى للولادة في سراييفو صبي اعتبر الرقم ستة مليارات على هذا الكوكب ودخل هذا العالم ويتوقع أن يعيش ٧٣ عاما، أي متوسط العمر المأمول عند الميلاد في البوسنة اليوم. ولد الصبي في مستشفى كبير في مدينة كبيرة يزخر بالقابلات والممرضات والأطباء والتقنيين المدربين. ويفعم هذا المستشفى بمعدات تكنولوجية متطورة وتتوافر فيه العقاقير والأدوية، وهو جزء من نظام صحي معقد مرتبط بدوره بشبكة واسعة من الأشخاص والاجراءات التي تعنى بطريقة أو بأخرى

بتقدير صحة هذا الطفل، وصحة غيره من السكان، والمحافظة عليها وتحسينها بقية العمر. وتشكل كل هذه الأطراف المعنية معا – سواء كانت تقدم الخدمات أو تمولها أو تضع السياسات لادارتها – النظام الصحي.

٢٥- وتعرف النظم الصحية في هذا التقرير بأنها تشمل كل المنظمات والمؤسسات والموارد المعنية باتخاذ اجراءات صحية. ويقصد بالاجراءات الصحية كل جهد يبذل في مجال الرعاية الصحية الشخصية أو الخدمات الصحية العامة أو من خلال مبادرات مشتركة بين القطاعات وتكون غايته الأولية النهوض بالصحة.

٢٦- ولقد تعاقبت على النظم الصحية خلال السنوات المائة الأخيرة، موجات متداخلة من الاصلاحات شملت انشاء نظم الرعاية الصحية الوطنية وتوسيع نطاق نظم التأمين الاجتماعي. وتلا هذه الموجات الترويج للرعاية الصحية الأولية وسيلة لتحقيق التغطية الميسورة للجميع – أي هدف توفير الصحة للجميع. وعلى الرغم من المزايا العديدة لهذه الوسيلة فقد تعرضت للنقد على أساس أنها لاتولي اهتماما كافيا **لطلب** الناس على الرعاية الصحية، بل تركز حصرا تقريبا على **متطلباتهم** منها. فالنظم غالبا ماكانت تنهار عندما لايتزاوج هذان المفهومان فيعجز عرض الخدمات المقدمة عن تلبية أي منهما.

٢٧- وقد شهدت السنوات العشر الأخيرة أو نحوها تحولا تدريجيا في النظر الى ماتسميه المنظمة "التغطية الشاملة الجديدة" أي تزويد الجميع بالرعاية الأساسية الجيدة المعرفة بمعايير الفعالية والتكاليف والمقبولية الاجتماعية بدلا من توفير كل الرعاية الممكنة للجميع أو مجرد تقديم أبسط أنواع الرعاية وأشدها ضرورة للفقراء فقط. وتنطوي هذه التغطية الشاملة الجديدة على اختيار صريح لأولويات التدخل فتحترم المبدأ الأخلاقي القائل بجواز تحديد الخدمات لمقتضيات الضرورة والكفاءة وبعدم جواز استبعاد فئات كاملة من السكان. وقد نجم هذا التحول، الى حد ما، عن التغيرات السياسية والاقتصادية العميقة التي شهدتها السنوات العشرون الأخيرة تقريبا والتي كان من ضمنها الانتقال من الاقتصاد المخطط مركزيا الى اقتصاد السوق، وتراجع تدخل الدولة في الاقتصاد الوطني، وتقلص القيود الحكومية، وتزايد الأخذ باللامركزية.

٢٨- وقد انطوى ذلك، من الناحية الأيديولوجية، على التشديد على الاختيار الفردي والمسؤولية الفردية، ومن الناحية السياسية، على الحد من الآمال والتوقعات المتصلة بالدور المنوط بالحكومات. الا أن توقعات الناس من نظمهم الصحية ازدادت في الوقت نفسه بدرجات لم يسبق لها مثيل. ففي كل يوم تقريبا يعلن عن استنباط دواء أو علاج حديث، أو عن حدوث تقدم جديد في تكنولوجيا الطب أو الصحة. ولا يجاري تسارع التقدم هذا الا اندفاع الناس الى الحصول على نصيبهم من المنافع. ويتزايد بفعل ذلك الطلب على النظم الصحية وتتعاظم الضغوط عليها سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص، وفي كل البلدان غنيها وفقيرها. ومن الطبيعي أن تكون هناك حدود لما يمكن للحكومات أن تموله ولما يمكن أن تقدمه من خدمات. ويود هذا التقرير أن يشجع على اعتماد سياسات عامة تقر بهذه الحدود – وتعترف بأنه لايمكن، اذا ما أريد توفير الخدمات للجميع، توفير كل الخدمات.

امكانات التحسين

٢٩- تضم كل النظم أعدادا لاتحصى من الأشخاص المتفانين والمهرة الذين يعملون على كل المستويات من أجل النهوض بصحة مجتمعاتهم. وتتمتع النظم الصحية مع اطلالة القرن الجديد بالقوة والقدرة على تحقيق مزيد من التحسينات الهائلة. الا أن النظم الصحية قادرة مع الأسف أيضا على اساءة استخدام قوتها وهدر طاقاتها. وباستطاعة النظم الصحية ذات الهياكل الضعيفة والادارة السيئة والتنظيم الرديء والتمويل الضئيل أن يكون ضررها أكثر من نفعها.

٣٠- وقد وجد التقرير أن البلدان تعمل بأقل من قدراتها وأن معظم الجهود التي تبذلها غير كافية سواء من حيث الاستجابة أو عدالة التوزيع. وهناك تقصير خطير في أداء وظيفة أو أكثر في كل البلدان عمليا.

٣١- ويؤدي هذا التقصير الى ارتفاع كبير في عدد الوفيات الممكن اتقاؤها؛ وفي حالات التعوق في البلدان؛ والى الكثير من المعاناة التي يمكن تجنبها؛ والى انعدام العدالة والمساواة، وحرمان الأفراد من حقوقهم الأساسية. وأكثر الناس تأثرا بهذه النتائج هم الفقراء الذين يزدادون فقرا نظرا لعدم توافر الحماية لهم من الأمراض. فهم عندما يحاولون شراء الخدمات الصحية على نفقتهم الخاصة فانهم كثيرا ما يملأون خزائن غيرهم.

٣٢- وتقع مسؤولية الأداء الكلي للنظام الصحي لبلد ما على عاتق الحكومة في نهاية المطاف، وعليها هي أن تشرك كل قطاعات المجتمع في عملية التسيير. والتسيير، أي تدبير شؤون عافية السكان بدقة ومسؤولية، هو لب حسن السياسة والحكم. وهو يعني بالنسبة لكل البلدان اقامة أفضل وأنصف نظام صحي ممكن. فصحة الناس هي دائما أولوية وطنية ومسؤولية الحكومة عنها مسؤولية مستمرة ودائمة. لهذا يتعين على وزارات الصحة أن تتولى جزءا كبيرا من عملية تسيير النظم الصحية.

٣٣- وينبغي للسياسات والاستراتيجيات الصحية أن تشمل الخدمات التي يوفرها ويمولها القطاع الخاص فضلا عن الأنشطة التي تنظمها الدولة وتمولها. اذ لايمكن الا بهذه الطريقة توحيد النظم الصحية ككل نحو تحقيق أهداف الصالح العام. ويشمل التسيير مهام تحديد رؤية السياسات الصحية واتجاهاتها، وممارسة التأثير من خلال التنظيم والدعوة، وجمع المعلومات واستخدامها. أما على الصعيد الدولي فان التسيير يعني حشد الاجراءات الجماعية للبلدان لتوليد منافع عامة عالمية كالبحوث مثلا، وتشجيع قيام رؤية مشتركة للتنمية العادلة بين البلدان وضمنها. ويعني التسيير أيضا توفير قاعدة من القرائن التي يمكن أن تسهم في الجهود التي تبذلها البلدان من أجل تحسين أداء نظمها الصحية.

٣٤- ومع ذلك فقد أشار التقرير الى أن بعض البلدان لم تصدر أي بيان عن سياستها الصحية الوطنية خلال السنوات العشر الأخيرة، وأن السياسات في بعضها الآخر ترد في وثائق يعلوها الغبار دون أن تجد طريقها الى التنفيذ. وكثيرا ماتنص السياسات الصحية والخطط الاستراتيجية على توسع غير واقعي في نظام الرعاية الصحية الممول من الخزينة العامة مما يتجاوز أحيانا بمراحل معدل النمو الاقتصادي الوطني. وبمرور الزمن يتبين أن هذه السياسات والخطط غير عملية فتهمل.

٣٥- وعلى اطار السياسات أن يعترف بكل الأهداف الثلاثة للنظم الصحية وأن يضع استراتيجيات لتيسير تحقيق كل منها. ولكن ليس لدى البلدان كلها سياسات صريحة عن النظم الصحية والخير العام والعدالة. وهناك بلدان لم تصدر حتى الآن أي بيانات عامة عن التوازن المطلوب بين الانجازات الصحية وقدرة النظم على الاستجابة وعدالة المساهمات المالية. وعلى السياسات أن تحدد الطريقة التي يتعين بموجبها تحسين الوظائف الأساسية للنظم.

٣٦- ويرى التقرير أن العديد من وزارات الصحة تتصف بقصر النظر الشديد وأنها تركز على القطاع العام وغالبا ما تتجاهل قطاع توفير الرعاية الخاص الذي كثيرا ما يكون أكبر من القطاع العام بكثير. وتستطيع الحكومات، في أسوأ الحالات، أن تتظاهر بتجاهل "السوق السوداء" في مجال الصحة التي ينتشر فيها الفساد والرشوة والعمل الاضافي بالسر وغيرها من الممارسات غير المشروعة التي ازدهرت منذ سنوات والتي يتعذر التغلب عليها. الا أن رؤيتها ليست بالسعة التي تتيح لها أن تسهم في بناء مستقبل صحي أفضل. وفضلا

عن هذا فان بعض وزارات الصحة كثيرا ماتنسى كليا هدفها الأهم وهو السكان في مجملهم. ولا يدخل المرضى والمستهلكون الى الصورة الا حين يفرضون أنفسهم على انتباه الوزارة عندما يتفاقم الاستياء العام.

٣٧- وكثير من وزارات الصحة تتغاضى عن التهرب من تطبيق اللوائح التي وضعتها هي نفسها أو التي يفترض بها تنفيذها للصالح العام. وقلة تنفيذ اللوائح تغري بتجاوزها. ومن الأمثلة الواسعة الانتشار التغاضي عن تقاضي أجور غير قانونية من المرضى والاحتفاظ بها، وهي ممارسة تعرف مجازا باسم "الاستيفاء غير النظامي للرسوم". ويحول هذا الضرب من الفساد دون استخدام الفقراء للخدمات التي يحتاجونها مما يزيد من حالات الغبن في تمويل الصحة ويشوه الأولويات الصحية الكلية.

توفير خدمات أفضل

٣٨- هناك حكومات كثيرة لا تعرف ما يحدث في مجال توفير الخدمات للشعب. ففي بلدان عديدة يعمل بعض الأطباء، ان لم يكن معظمهم، لدى الحكومة وفي عياداتهم الخاصة في الآن نفسه. وعندما يقوم مقدمو الخدمات الصحية من القطاع العام باستخدام المرافق العامة على نحو غير مشروع لتوفير رعاية خاصة لمرضاهم الخاصين فان هذا يعني أن القطاع العام يدعم العيادات الخاصة غير الرسمية. ويعرف المهنيون الصحيون القوانين المتصلة بالممارسة الا أنهم يعرفون أيضا أن اعمالها ضعيف أو معدوم. أما الرابطات المهنية المسؤولة بالاسم عن التنظيم الذاتي فهي غالبا ما تكون غير فعالة.

٣٩- ينبغي أن تدرج مسألتا مراقبة وتنظيم مقدمي الخدمات وشركات التأمين العاملين في القطاع الخاص على رأس جداول اعمال السياسات الوطنية. ومن الضروري في الوقت نفسه اعتماد حوافز حساسة للأداء. والسياسات الجيدة هي تلك التي تميز بين المقدمين (من القطاع العام أو القطاع الخاص) الذين يسهمون في تحقيق أهداف الصحة والمقدمين الذين يعوقون تحقيقها والتي تشجعهم أو تعاقبهم حسب الاقتضاء. وينبغي مراقبة السياسات الهادفة الى تغيير التوازن بين استقلال المقدمين ومسؤوليتهم مراقبة دقيقة من حيث آثارها على الصحة واستجابتها وتوزيع أعباء التمويل.

٤٠- وهناك مسؤولية صريحة تقع على عاتق وزارات الصحة هي مكافحة الممارسات والاجراءات المعروفة بضررها بواسطة الاعلام الجماهيري والتدابير القانونية. وينبغي، على سبيل المثال، أن يتولى التسيير العام التصدي لبيع الأدوية من جهات غير مسجلة، ولأخطار الافراط في وصف المضادات الحيوية، وعدم الالتزام بالجرعات الموصوفة، بدعم نشط عن طريق حملات اعلامية موجهة الى المرضى ومقدمي الخدمات المعنيين والسلطات الصحية المحلية.

٤١- وعلى عكس ما يظن، فان حصة القطاع الخاص من تمويل القطاع الصحي ترتفع في البلدان التي تقل فيها مستويات الدخل. الا أن البلدان الفقيرة نادرا ما تكون لديها سياسات واضحة تجاه القطاع الخاص مما يقتضي منها اتخاذ خطوات أساسية نحو الاعتراف بمختلف مجموعات مقدمي الخدمات من القطاع الخاص والدخول في حوار معهم كيما تتمكن من التأثير عليهم وتنظيمهم. فالقطاع الخاص قادر على القيام بدور ايجابي في تحسين أداء النظم الصحية ولكن هذا لا يمكن أن يتم ما لم تقم الحكومات بأداء وظيفتها العامة الأساسية وهي التسيير. وتشكل الحوافز المناسبة والمعلومات الكافية أداتين فعالتين في تحسين الأداء.

٤٢- ويتطلب التقدم نحو توفير رعاية عالية الجودة عموما توفير معلومات أكثر وأفضل مما يوفر حاليا، وعن التدخلات المطبقة، والعقبات الأساسية، وعن تنفيذ الخدمات. وينبغي دراسة عوامل الاختطار على الصعيدين المحلي والوطني وفهمها. ومن المتطلبات الأساسية، التي غالبا ما لا تستوفى، المعلومات عن اعداد

مقدمي الخدمات وأنواعهم. ومن الضروري أيضا فهم هيكلية سوق مقدمي الخدمات وأنماط الاستخدام كي يدرك صانعو السياسات الأسباب الكامنة وراء توفير مختلف الخدمات ومكان نموها.

٤٣- وينبغي الاضطلاع على الصعيد العام بعملية لوضع الأولويات بغية تحديد مضمون مجموعات الاعانات المتاحة للجميع شريطة أن تعكس، في جملة معايير أخرى، أولويات الأمراض المحلية وفعالية التكاليف. وينبغي تحديث آليات الدعم واستخدامها – البروتوكولات السريرية وعمليات التسجيل والتدريب ومنح التراخيص – والاعتراف بالمؤسسات المانحة للشهادات. وثمة حاجة الى وضع استراتيجية للتنظيم تميز بين مكونات القطاع الخاص وتنطوي على تعزيز التنظيم الذاتي.

٤٤- ويحتاج المستهلكون الى معلومات عما يضر بصحتهم وما يفيدها وعن الأسباب التي تدعو الى عدم تحقيق تطلعاتهم والى معرفة حقوقهم التي يتوجب على سائر مقدمي الخدمات احترامها. وربط الهياكل التنظيمية والحوافز بالأهداف الكلية للسياسات هو من مهام القائمين على التسيير لا من مهام مقدمي الخدمات.

٤٥- ولا بد من الرصد لتقييم التغيرات السلوكية المتصلة بلامركزية السلطة على الموارد والخدمات والآثار الناجمة عن اختلاف أنواع علاقات التعاقد مع مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص. والتوازن بين القيود الصارمة والاستقلال المطلوب لحفز مقدمي الخدمات أمر حساس يتطلب حلولا محلية. وتتطلب معظم الأوضاع قدرا من التجريب والتكيف. وينبغي انشاء جهاز لدعم تبادل المعلومات بهدف اقامة "شبكة افتراضية" من عدد كبير من مقدمي الخدمات شبه المستقلين.

تحقيق توازن أفضل

٤٦- يشير التقرير الى وجود خلل خطير في التوازن بين الموارد البشرية والمادية والتكنولوجيا والمواد الصيدلانية في العديد من البلدان. اذ أن هناك نقصا في العاملين الصحيين المؤهلين في بعض البلدان وفائضا منهم في بلدان أخرى. والعاملون الصحيون في العديد من بلدان الدخل المنخفض قليلو التدريب وأجورهم ضئيلة كما أنهم يعملون في مرافق قديمة تعاني من نقص مزمن في المعدات. ويؤدي ذلك الى "هجرة عقول" في صفوف أصحاب المواهب من المهنيين المحبطين الذين يسافرون الى الخارج أو ينتقلون الى الممارسة الحرة في القطاع الخاص. وهنا أيضا يكون الفقراء هم الأشد تضررا.

٤٧- وعموما لا تتوافر للحكومات معلومات كثيرة عن التدفقات المالية واستدرار الموارد البشرية والمادية. ولابد لتصحيح هذا الوضع من اجراء الحسابات الصحية الوطنية واستخدامها على نطاق أوسع. فهذه الحسابات توفر المعلومات الأساسية اللازمة لرصد نسبة رأس المال الى النفقات المتكررة أو نسبة أي منتج الى المجموع ولمراقبة الاتجاهات. فالحسابات تشمل المدخلات الخارجية والداخلية والعامة والخاصة على حد سواء وتجمع بيانات مفيدة عن الكميات المادية كعدد الممرضات والمعدات الطبية ومستشفيات المناطق وتكاليفها. وقد أصبحت هذه الحسابات متوافرة بشكل أو بآخر في معظم البلدان الا أنها مازالت بدائية ولا تستخدم كأدوات للتسيير على نطاق واسع. وتتيح البيانات المستقاة من هذه الحسابات لوزارات الصحة أن تفكر تفكيرا ناقدا بشأن عمليات شراء المدخلات التي يقوم بها مختلف القيمين على الأموال في النظام الصحي.

٤٨- ولا ينطبق مفهوم الشراء الاستراتيجي الذي يناقشه هذا التقرير على شراء خدمات الرعاية الصحية فحسب بل ينطبق أيضا على شراء مدخلات النظام الصحي. وتتحمل وزارات الصحة في الأوضاع التي يتم فيها شراء المدخلات كالموظفين المدربين ومعدات التشخيص والمركبات بأموال من خزانة الدولة مسؤولية

مباشرة عن ضمان الحصول على مردود مناسب ليس من حيث جودة الأسعار فحسب بل من حيث حسن استخدام السلع التي يتم شراؤها.

٤٩- أما في الأوضاع التي تقوم بها وكالات أخرى (كشركات التأمين الخاصة ومقدمي الخدمات والأسر والهيئات العامة) بشراء مدخلات النظم الصحية فان دور وزارات الصحة في التسيير يتمثل في استخدام نفوذها التنظيمي والمعنوي لضمان اسهام المشتريات في تحسين كفاءة تشكيلة المدخلات وليس في تدهورها. وقد يعود الى الوزارات المركزية البت في القرارات الرأسمالية الرئيسية كمستشفيات المرتبة الثالثة أو كليات الطب غير أنه ينبغي ترك معظم قرارات الشراء الأدنى مستوى الى السلطات الصحية على صعيد الأقاليم والمناطق على أن تعمل بالمبادئ التوجيهية والمعايير والاجراءات التي تضعها الحكومات المركزية.

٥٠- ويتطلب ضمان قيام توازن صحي بين رأس المال والنفقات المتكررة في النظم الصحية اجراء تحليل لاتجاهات الانفاق العام والخاص ودراسة الصناديق المحلية والأجنبية على حد سواء. وينبغي وضع اطار واضح من السياسات والحوافز والتنظيم والاعلام الجماهيري ليوجه القرارات الظرفية المتعلقة برأس المال في النظام كله لمقاومة قرارات الأغراض الخاصة والنفوذ السياسي.

٥١- وقد أثبت مزيج مشابه من الاستراتيجيات جدواه في معالجة بعض الاختلالات الجغرافية المنتشرة ضمن البلدان فيما يتعلق بالموارد البشرية. فعموما، ينبغي اعادة تقييم مضمون الاحتياجات التدريبية في ضوء المضمون الفعلي لوظيفة العامل كما ينبغي تكييف العرض الكلي بما يتواءم مع فرص العمل.

٥٢- وتنظر بعض البلدان التي أصبح المردود الاجتماعي للتدريب الطبي فيها سلبيا في خصخصة هذا التدريب أو وقفه. وكثيرا ما يتعين، بطبيعة الحال، اعادة النظر في الدعم الذي تتلقاه مؤسسات التدريب من الخزينة العامة في ضوء الشراء الاستراتيجي. ويمكن في كثير من الأحوال اعادة موازنة مستويات المدخلات لمختلف المرافق التدريبية دون اللجوء الى اغلاقها مما قد يحرر بعض الموارد لتستخدم لأغراض اعادة تدريب العمال الصحيين الزائدين عن الحاجة على مهارات مطلوبة أكثر.

٥٣- وشراء المعدات الكبيرة، طريقة سهلة لهدر موارد النظم الصحية خاصة عندما تستخدم هذه المعدات دون طاقتها وعندما لا تدر أي منافع صحية وتستهلك وقت العاملين وتمثل نفقات متكررة. وهي فضلا عن ذلك صعبة المراقبة. وكل البلدان تحتاج الى معلومات عن تقييم التكنولوجيا الا أنها لا تحتاج بالضرورة الى انتاجها بنفسها. ويكمن دور التسيير هنا في ضمان التقيد بمعايير شراء التكنولوجيا في القطاع العام (الذي تحتاجه كل البلدان) وضمان عدم تلقي القطاع الخاص أي حوافز أو دعم مالي من الخزانة العامة لعمليات شراء التكنولوجيا الا اذا كانت هذه العمليات تعزز تحقيق أهداف السياسات الوطنية.

٥٤- وكثيرا ما يقوم مقدمو الخدمات بحشد دعم الجماهير أو بجمع اشتراكات منهم من أجل شراء التكنولوجيا. وعلى التسيير أن يضمن فهم المستهلكين للأسباب الداعية الى تقنين عمليات شراء التكنولوجيا شأنها في ذلك شأن الخدمات الأخرى. وقد يكون من المصلحة العامة أن تحدد تكاليف الفرص الضائعة لشراء التكنولوجيا الاضافية في ضوء الخدمات الأخرى المطلوبة.

حماية الفقراء

٥٥- يضطر معظم الناس، لاسيما الفقراء في أفقر بلدان العالم، الى تسديد تكاليف الرعاية الصحية على نفقتهم الخاصة عندما يمرضون ويصبحون في حاجة ماسة اليها. وكثيرا ما لا يكون هؤلاء الفقراء من

المنتسبين الى نظم التسديد المسبق الممولة من الوظائف، وكثيرا ما تقل فرص حصولهم على الخدمات المدعومة عن فرص الفئات الغنية. ويعرض هذا التقرير قرائن مقنعة تدل على أن الدفع المسبق هو أفضل شكل من أشكال تحصيل الموارد بينما يؤدي التسديد المباشر الى أداء منقوص. وتدل القرائن من مختلف النظم الصحية على أن الدفع المسبق من خلال النظم التأمينية يحقق عدالة تمويلية أكبر. ويتمثل التحدي الرئيسي في مجال تحصيل الايرادات في ضرورة توسيع نطاق الدفع المسبق من خلال اعطاء دور مركزي للتمويل من الخزينة العامة أو من خلال التأمين الالزامي. وفي حالة تجميع الايرادات، ينبغي توسيع نطاق الاشتراك الى أقصى حد ممكن بغية توزيع المخاطر المالية للرعاية الصحية وبالتالي الحد من المخاطر على الفرد ومن خطر الوقوع في براثن الفقر بسبب الانفاق على الصحة.

٥٦- وتستدعي نظم التأمين جمع الموارد من مختلف المشتركين أو المصادر بهدف جمع المخاطر وتقاسمها بين السكان. ولا تتحقق العدالة في التمويل الا من خلال التقاسم – أي قيام الأصحاء بدعم رعاية المرضى وقيام الأغنياء بدعم رعاية الفقراء. وينبغي وضع استراتيجيات لتوسيع نطاق العمل بتقاسم المخاطر بهدف احراز تقدم في توفير الدعم بالاعانات.

٥٧- ومن الواضح أن أفضل طريق لزيادة الدفع المسبق، هو رفع مستوى تمويل الصحة من الخزانة العامة. الا أن الزيادة التي تستطيع البلدان الفقيرة تحقيقها في الايرادات العامة كنسبة مئوية من الدخل القومي هي أقل من الزيادة التي يمكن تحقيقها في بلدان الدخل المتوسط والمرتفع. وعندما يتعذر اتخاذ ترتيبات تنظيمية مجدية لرفع مستويات الدخل المسبق فانه ينبغي للجهات المانحة والحكومات، على حد سواء، البحث عن سبل لاقامة آليات تمكينية لانشاء أو تدعيم شبكات واسعة لتقاسم المخاطر. وقد تكون نظم التأمين المصممة لاستيعاب أعداد كبيرة من الفقراء طريقة مفيدة للحصول على مساعدات خارجية بالاضافة الى الايرادات المستقاة من الحكومة.

٥٨- ولدى بلدان عديدة نظم تأمين في اطار الوظائف تسعى الى زيادة المنافع لأعضائها المحظوظين – ومعظمهم موظفون في القطاع النظامي من الاقتصاد – بدلا من توسيع نطاق هذه الاعانات لتشمل مجموعات أكبر. وبوسع البلدان المنخفضة الدخل أن تشجع أشكالا مختلفة من الدفع المسبق – سواء كانت قائمة على الوظائف، أو المجتمعات المحلية، أو مقدمي الخدمات – كجزء من عملية تحضيرية لتوسيع مجموعات تقاسم المخاطر الصغيرة الى مجموعات كبيرة. وعلى الحكومات أن تشجع التصنيف المجتمعي (أي أن يدفع كل أفراد المجتمع قسطا تأمينيا موحدا) وصيغ الاعانات الموحدة وامكانية انتقال الاعانات بين نظم التأمين. وينبغي أن تسدد تكاليف اشتراك الفقراء من الأموال العامة.

٥٩- أما في البلدان المتوسطة الدخل، فان الطريق الى نظم الدفع المسبق العادلة تكمن في تعزيز نظم التأمين الكبيرة غالبا والالزامية والقائمة على الدخل والمخاطر، مع ضمان تمويل الفقراء من الأموال العامة. وعلى الرغم من أن معظم البلدان الصناعية يعتمد مستويات دفع مسبق فعلا، فان لبعض هذه الاستراتيجيات صلة بها أيضا.

٦٠- ولابد، لضمان تحقيق نظم التمويل المسبق الدفع لأكبر مردودية ممكنة، من أن يحل الشراء الاستراتيجي محل معظم الآليات التقليدية التي تربط القائمين على الميزانية بمقدمي الخدمات. فالقائم على الميزانية لم يعد مجرد وسيط مالي سلبي. والشراء الاستراتيجي يعني ضمان توفير مجموعة متراصة من الحوافز لمقدمي الخدمات، سواء كانوا من القطاع العام أو الخاص، لتشجيعهم على توفير تدخلات ذات أولوية بكفاءة. وسيكون من الضروري اللجوء الى التعاقد الانتقائي والى استخدام آليات دفع متعددة بكفاءة لوضع الحوافز الرامية الى تعزيز الاستجابة وتحسين الحصائل الصحية.

٦١- وختاما، فان التقرير يسلط الضوء على العوامل التي تجعل النظم الصحية تتصرف بطرق معينة ويشير الى الاتجاهات التي يمكن أن تأخذها هذه النظم في سعيها لتحقيق أهدافها. والمرجو هو أن يساعد هذا التقرير صانعي السياسات على تقدير القضايا المعقدة الكثيرة المطروحة، وأن يجعلهم يدرسون خياراتهم، وأن ينتقوها بحكمة. فاذا أفلحوا في ذلك، فان كل البلدان ستحقق مكاسب كبرى وسيكون الفقراء في مقدمة المستفيدين منها.

= = =