



EM/RC57/Tech.Disc.1

ش م/ل 57/مناقشة تقنية 1

آب/أغسطس 2010

الأصل: بالعربية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة السابعة والخمسون

البند 3 من جدول الأعمال

المناقشة التقنية

حول

التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية

في إقليم شرق المتوسط

التحرك باتجاه التغطية الشاملة 2011-2015

لاتزال حصة الفرد من المبالغ التي تُدفع مباشرةً من جيوب المرضى مرتفعة نسبياً في العديد من البلدان في هذا الإقليم. ويتعرض الكثير من العائلات كل عام، نتيجة لذلك، إلى مخاطر إنفاق مبالغ طائلة والوقوع في هاوية الفقر. وفي الوقت نفسه، فإن التقدم المُحرز في مجال الحماية الاجتماعية والصحية في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل هو تقدمٌ بطيء نسبياً. والتوجهات الاستراتيجية المقترحة تقدم خطوات عملية للتسريع من وتيرة التحرك باتجاه التغطية الشاملة بالرعاية الصحية، مدركة للتنوع لدى الدول الأعضاء، ومنطلقة من المبادرات القائمة وإصلاح السياسات.

واللجنة الإقليمية مدعوةً للتكريم بالنظر في مشروع القرار المرفق للنظر فيه.

المحتوى

الصفحة

أ	الموجز
1	1. المقدمة
3	2. تحليل الوضع الراهن: أنماط واتجاهات الإنفاق العالمي والإقليمي على الرعاية الصحية
7	3. الاستجابة الحالية والتحديات
7	1.3 الاستجابة الحالية
8	2.3 التحديات التي تواجه تحقيق التغطية الشاملة
10	4. التحرك تجاه التغطية الشاملة: التمويل وإتاء الخدمات القائمة على الرعاية الصحية الأولية
11	5. التوجُّهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية وتعجيل التحرك تجاه التغطية الشاملة
15	6. الخاتمة
17	7. المراجع

الموجز

أنفق العالم على الرعاية الصحية، في عام 2008، قرابة 5.8 تريليون دولار، على أن هنالك تفاوتاً واسعاً من حيث نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحية، وفي الاستفادة من الخدمات الصحية بين البلدان المختلفة، بل وفي داخل البلد نفسه، سواء في العالم ككل، أو في إقليم شرق المتوسط. وتظل الحصة من النفقات الصحية التي يدفعها المريض مباشرةً من جيبه الخاص، مرتفعة ارتفاعاً غير مقبول، حيث قد تصل إلى 80٪ في بعض البلدان. ونتيجة لذلك، يتعرّض أكثر من 150 مليون عائلة في العالم، لدفع مبالغ طائلة كل عام بسبب اعتلال الصحة، ويُدفع نصف هذه العائلات تقريباً إلى هاوية الفقر كنتيجة مباشرة لاضطرارها للإنفاق على الخدمات الصحية مباشرةً من جيوبها. وعلاوة على ذلك، فإن كثيراً من العائلات تجد نفسها مضطرة لاستخدام مدّخراتها، أو اقتراض المال، أو حتى بيع ما تتكسب من ورائه، لدفع تكاليف الخدمات الصحية التي تحتاجها. وقد يصل الأمر لدى بعض العائلات إلى الإحجام عن التماس الخدمات في الوقت الذي تحتاجها فيه، والتعايش مع عواقب اعتلال الصحة بسبب العوائق والحواجز المالية. وقد أوضحت الدراسات التي أجريت في عدد من البلدان المتوسطة الدخل في الإقليم، حول العدالة، أن قرابة 5٪ من العائلات تُضطرُّ لإنفاق مبالغ طائلة في أعقاب اعتلال الصحة، وأن نصف هؤلاء يُدفعون إلى هاوية الفقر من جراء ذلك، بل إن بعض الفئات السكانية المستضعفة، بما يشمل الفقراء ومن يعيشون في المناطق العشوائية قد يواجه مخاطر أكبر من ذلك.

وتدلّ البيّنات على أن المبالغ التي تُدفع مباشرةً من جيوب المرضى هي المتهم الرئيسي وراء معاناة العائلات من الإنفاق الفادح ومن عواقبه. فالتغطية الشاملة بالرعاية الصحية تمهد السبيل لتقليل النفقات التي تُدفع من جيوب المرضى ولتقليل الحواجز التي تعرقل الحصول على الخدمات الصحية. والتحرُّك نحو التغطية الشاملة هو تحرك نحو إعادة تنظيم النظام الصحي، مع التركيز على تدابيره المالية، وعلى الكيفية التي تُقدم بها الخدمات الصحية. وثمّة نماذج مختلفة لتمويل التغطية بالخدمات الصحية وإيتاء هذه الخدمات. ومع ذلك، فإن نظامي التمويل الصحي وإيتاء الخدمات عنصران مترابطان، وأن التواءم بين هذين العنصرين من عناصر النظام الصحي هو أمر حيوي وحاسم لنجاح التحرك باتجاه التغطية الشاملة.

وتقترح هذه الورقة اتباع المراجعة العالمية والإقليمية للتمويل الصحي، والتوجُّهات الاستراتيجية الستة، والإجراءات ذات الصلة بها، وذلك لتيسير التحرك في اتجاه الإتاحة الشاملة والتعجيل بها في الإقليم؛ ألا وهي: حشد موارد كافية من أجل الإتاحة الشاملة، وإعداد أنظمة الدفع المسبق، وتعزيز ودعم الشراء الاستراتيجي، وتعزيز ودعم وتوليد المعارف من أجل إعداد سياسات تمويل صحي تكون مُسنّدة بالبيّنات، وتحقيق التغطية الشاملة، والتنسيق بين الشركاء الوطنيين والدوليين، وتحسين فعالية المعونات، ورصد وتقييم العدالة في التغطية الشاملة ومداهها.

ومن الواضح أن المسار والوقت الذي تستغرقه البلدان المختلفة لتحقيق التغطية الشاملة سيكون مختلفاً. ومع ذلك، فإن الخبرات المستمدة من البلدان التي حققت التغطية الشاملة في السنوات الأخيرة تشير إلى أنه في ظل التخطيط السليم ووجود الإرادة السياسية، يمكن لجميع البلدان تسريع تحركها في اتجاه التغطية الشاملة، وأن هذه التغطية ستكون بالفعل في متناول العديد من البلدان في هذا الإقليم.

1. المقدمة

إن التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة هو حق من حقوق الإنسان الأساسية، وفقاً لدستور منظمة الصحة العالمية، ووفقاً للعديد من دساتير الدول الأعضاء [1] والصحة هي أيضاً أحد أشكال رأس المال بالنسبة للإنسان، وتسهم أيما إسهام في إنتاجية الفرد وأدائه [2]. وعلاوة على ذلك، فإن القطاع الصحي يمثل إحدى الصناعات المسؤولة عن حصة كبيرة من توظيف قوى العمل وهو يسهم في النمو والتنمية الاقتصادية الإجمالية. وتشير البيانات على أن الخدمات الصحية تسهم إسهاماً كبيراً في بلوغ هدف التمتع بالصحة الجيدة. وهذا بدوره يشير إلى أهمية وجود تغطية بخدمات صحية فعّالة وكفوءة ومُنصّفة، من أجل تعزيز صحة السكان ومعافاتهم [3].

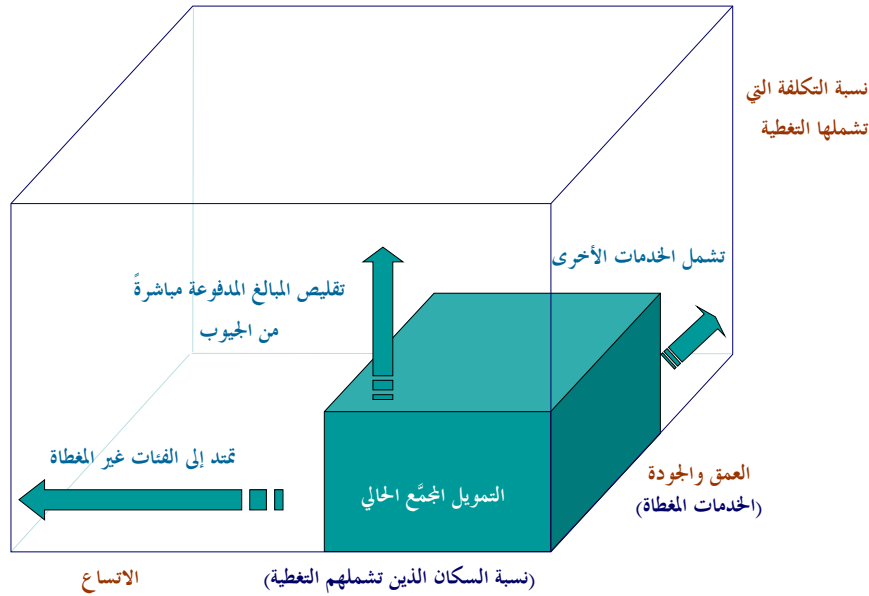
فعندما يصاب أفراد الأسرة بالمرض، تجد الكثير من العائلات نفسها مضطرة إلى اقتراض الأموال، واستخدام مدخراتها، أو بيع ما تتكسب من ورائه حتى يمكنها الحصول على الخدمات الصحية التي تحتاجها [4]. وفي كل عام، يلتبس مئات الملايين من الناس الخدمات الصحية، ويصبح نحو 150 مليون منهم، معرضين إلى نكبة، بفعل ذلك، لإنفاق مبالغ طائلة، ويُدفع حوالي النصف منهم إلى هاوية الفقر لاضطرارهم إلى دفع تكاليف الخدمات الصحية التي يحتاجونها. أضف إلى ذلك، أن بعض العائلات تضطر إلى الإحجام عن التماس الخدمات في الوقت الذي تحتاج فيه إلى تلك الخدمات، وتتعايش مع عواقب اعتلال الصحة والعجز، بسبب العوائق المالية [4]. وتدلّ البيانات على أن المبالغ التي يدفعها المرضى مباشرة من جيوبهم هي المتهم الرئيسي وراء معاناة العائلات من النكبات المالية ومن عواقبها. ومن ثم، فإن إنشاء أنظمة الحماية الاجتماعية الصحية – التي تُموّل من خلال التأمين الصحي أو الإيرادات الحكومية العامة أو كليهما – والتحرك باتجاه التغطية الشاملة تمثّل السبيل المباشر المؤدي إلى تخفيف العبء المرتبط بالحاجة إلى الخدمات الصحية والطلب عليها.

ويقدّم التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2008 إطاراً لإحياء الرعاية الصحية الأولية في الدول الأعضاء [5]. وما التغطية الشاملة إلا واحدة من أوجه الإصلاح الأربعة للسياسات، التي جرى التأكيد عليها في ذلك التقرير، والتي تم إقرارها عالمياً باعتبارها جزءاً من إحياء الرعاية الصحية الأولية. والمراد بإصلاحات التغطية الشاملة ضمان إسهام النظم الصحية في تحقيق العدالة الصحية والعدالة الاجتماعية ووضع نهاية للاستبعاد، وذلك بالتحرك باتجاه الإتاحة الشاملة للخدمات الصحية ونحو الحماية الاجتماعية الصحية، وتسريع وتيرة ذلك.

ويحتل إنشاء الحماية الصحية الاجتماعية، وإحياء الرعاية الصحية الأولية موقعاً متقدماً على جداول أعمال السياسات في بلدان إقليم شرق المتوسط، ولو أن الإقليم يفتقر إلى وجود استراتيجية عامة ذات توجهات واضحة للتسريع من وتيرة التحرك باتجاه التغطية الشاملة. والمأمول أن يُمكن التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2010، الذي يركّز على تمويل النظم الصحية والتغطية الشاملة [6]، والذي سيتم إطلاقه في شهر تشرين الثاني/نوفمبر 2010، من تمهيد الطريق لتنفيذ الاستراتيجيات الإقليمية الرامية إلى تحقيق التغطية الشاملة. والغرض من هذه الورقة هو اقتراح توجهات استراتيجية للحقبة 2011 – 2015، لتحسين تمويل الخدمات الصحية في الإقليم بتقليص المدفوعات المباشرة من الجيوب، مما يحد من احتمال دفع المبالغ الطائلة والوقوع في هاوية الفقر، ومن ثمّ تسريع وتيرة التحرك باتجاه التغطية الشاملة. وترتكز التوجهات الاستراتيجية المقترحة على المعارف العالمية والإقليمية الحديثة في مجال التمويل الصحي، وعلى التشاور مع الخبراء في مجال التمويل الصحي على الصعيدين العالمي والإقليمي.

وقد تم تحديد المفاهيم الأساسية التي ستعرض لها هذه الورقة بالمناقشة، على الوجه التالي:

التغطية الشاملة: ويُقصد بها أن يوفر النظام الصحي لجميع الناس نطاقاً من الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها؛ من وقائية، وتعزيزية، وعلاجية، وتأهيلية، دون المجازفة بالتعرض لمواجهة مصاعب مالية. وتُسهّم التغطية الشاملة في تحقيق العدالة الصحية والعدالة الاجتماعية، وهي عملية ثلاثية الأبعاد: السَّعة (النسبة المئوية للسكان الذين تشملهم التغطية)، والعمق (نطاق الخدمات المغطاة) وتغطية التكاليف (النسبة المئوية للتكاليف المغطاة) كما هو موضح في الشكل 1. ويضطر راسمو السياسات في البلدان النامية، ولاسيّما في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل إلى التوفيق بين الوتائر التي يندفعون بها في كلٍ من هذه الأبعاد الثلاثة، في مسيرتهم باتجاه التغطية الشاملة. ويحتاج راسمو السياسات، طوال هذه العملية إلى تحديد الأولويات، من حيث أيّ من الخدمات هي التي ينبغي تغطيتها أولاً، وأيّ منها ينبغي إضافته متى توافرت الموارد اللازمة لذلك.



الشكل 1. التحرك باتجاه التغطية الشاملة

المدفوعات من جيوب المواطنين out-of-pocket، ويطلق عليها أيضاً اسم المدفوعات المباشرة direct، وهي عبارة عن مدفوعات تسددها العائلة حيث تتلقى الخدمات الصحية، ولا يتم رُدُّها من قِبَل طرف ثالث مثل هيئة التأمين الصحي. وتشمل المبالغ التي تدفع مباشرةً من جيوب المواطنين المدفوعات التي تسدد إلى مقدّمي الرعاية الصحية في كلٍ من القطاعين العام والخاص.

التكاليف الفادحة، ويُعنى بها: ما يحدث عندما تدفع إحدى العائلات مباشرةً "من جيوبها الخاص"، قسطاً كبيراً نسبياً (أكثر من 40% بحسب هذه الورقة) من قدرتها على الدفع (التي هي: النفقات الإجمالية للأسرة مطروحاً منها مستوى الكفاف في الإنفاق أو الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية). من أجل تلقي الخدمات الصحية. وعلى

ذلك فإن المبالغ التي تُدفع مباشرةً من جيوب المواطنين مقابل الخدمات الصحية يمكن أن تمثل سبباً جذرياً من أسباب نكبة مالية financial catastrophe تواجهها العائلة.

2. تحليل الوضع الراهن: أنماط واتجاهات الإنفاق العالمي والإقليمي على الرعاية الصحية

لقد ازداد إجمالي الإنفاق على الصحة كحصة من الإجمالي العالمي للنتائج المحلي، من 3٪ في عام 1948، إلى أكثر من 9.6٪ في عام 2008 [7]. وظلَّ الطلب على الخدمات الصحية آخذاً في التزايد في العالم ككل، وفي إقليم شرق المتوسط كذلك، وذلك بسبب: زيادة نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في معظم البلدان؛ وإدخال التكنولوجيات الجديدة، التي أحياناً ما تكون مرتفعة الثمن، الأمر الذي يؤثر على تطلعات كل من المرضى ومقدمي الرعاية الصحية، وبسبب التحوُّلات الوبائية الديمغرافية. وقد أنفق العالم، في عام 2008، قرابة 5.8 تريليون دولار أمريكي على الصحة مقارنة بـ 2.7 تريليون في عام 1998، أي بما يعادل نسبة نمو مقدارها 6.6٪ من النصيب السنوي للفرد في الإنفاق على الصحة. ومع ذلك فإن هناك جَوْرًا كبيراً في الإنفاق على الصحة بين البلدان، بل وفي داخل كل بلد على حدة. ففي عام 2008، استهلكت البلدان المرتفعة الدخل، التي مثلت نحو 15٪ من سكان العالم، حوالي 84٪ من إجمالي الإنفاق الصحي العالمي. في حين أن نصيب البلدان المنخفضة الدخل، التي تمثل قرابة 15٪ من سكان العالم، لم يتعدَّ 0.4٪ من إجمالي الإنفاق الصحي العالمي في العام نفسه. ويلاحظ نفس هذا النمط في إقليم شرق المتوسط، حيث وصل إجمالي الإنفاق الصحي فيه إلى 92 مليار دولار أمريكي في عام 2008، بما يمثل 1.6٪ من الإنفاق الصحي العالمي على ذلك 8٪ من سكان العالم. وهنا أيضاً، ففي حين تمثل نسبة السكان في البلدان المرتفعة الدخل في هذا الإقليم 6.6٪ من سكانه، فإن حصتها من إجمالي الإنفاق الصحي الإقليمي تجاوزت في عام 2008، 34٪ من إجمالي الإنفاق الصحي الإقليمي. في حين أن البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم، التي مثلت سكانها نحو 36٪ من سكان الإقليم في عام 2008، لم تتعدَّ حصتها 6.1٪ من إجمالي الإنفاق الصحي الإقليمي [7].

وفي عام 2008، تراوح نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في الإقليم بين أقل من 25 دولاراً أمريكياً وبين أكثر من 2900 دولار أمريكي (الشكل 2) بالمقارنة مع ما يزيد على 3500 دولار أمريكي في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وتربو حصة المبالغ التي تدفع مباشرةً من جيوب المواطنين في العديد من بلدان الإقليم على 50٪، وقد تصل إلى 80٪ في بعض البلدان.

ويلاحظ أيضاً وجود تباين كبير في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي والمبالغ التي تدفع مباشرةً من جيوب المواطنين بين فئة وأخرى من الفئات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة في العالم وفي الإقليم. ويفسر التفاوت في دخل الأسر معظم التباين المُشاهد في النفقات الصحية للعائلات. فعلى سبيل المثال، تنفق العائلات في الشريحة العُشرية الأولى من حيثُ الدخل، في المتوسط، أكثر بكثير على الصحة (ربُّما أكثر من 15 ضعفاً) مما تنفقه العائلات في الشريحة العُشرية الأخيرة من حيثُ الدخل). ويتجلَّى التباين أكثر وأكثر في البلدان التي فيها ضعف الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام.

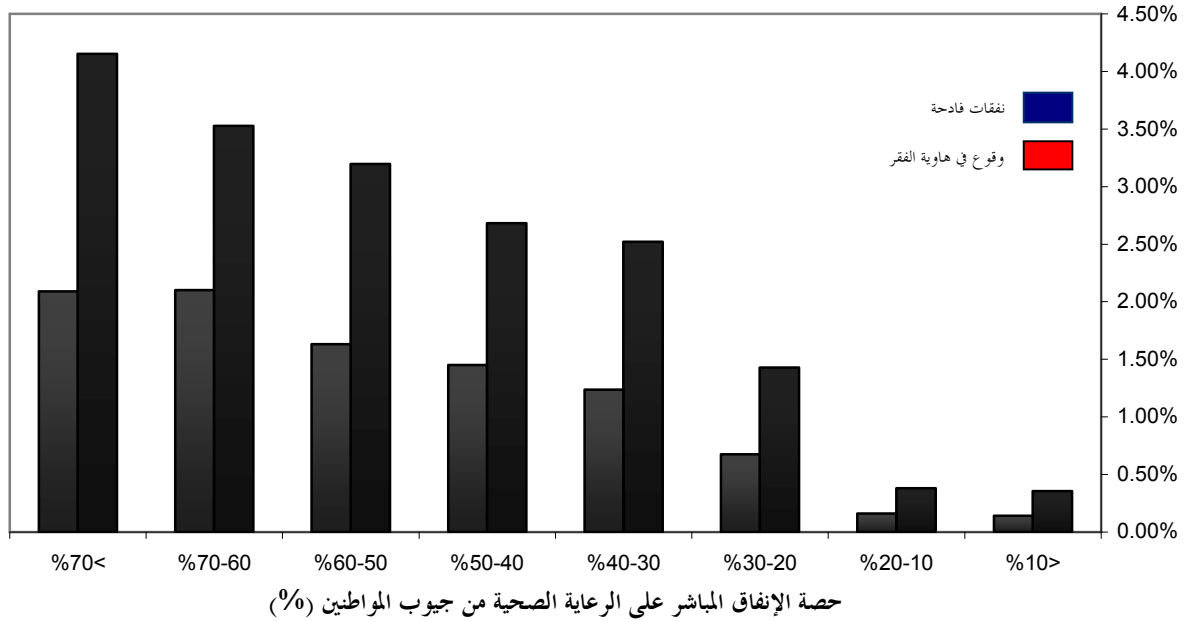


المصدر [7]:

* معطيات أولية

الشكل 2. الحصة المدفوعة مباشرة من جيوب المواطنين وحصّة الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي في إقليم شرق المتوسط، 2008

وتُعدُّ الحصة المدفوعة من جيوب المواطنين هي المؤشّر الأكثر أهمية في الدلالة على نقص الحماية الاجتماعية الصحية في البلدان. ويوضّح الشكل 3 نسبة العائلات التي تواجه نكبة مالية وتقع في هاوية الفقر من جرّاء الإنفاق الصحي إنفاقاً مباشراً من جيوبها، والصلة التي تربط بين إنفاق نفقات فادحة وبين الوقوع في هاوية الفقر. ويوضح الشكل 3 بجلاء، أن النكبات المالية والوقوع في هاوية الفقر يتراجعان تراجعاً كبيراً، عندما تقل حصة المدفوع مباشرة من جيوب المواطنين عن 20٪، كما هو الحال في البلدان التي حققت التغطية الشاملة.



المصدر: المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية، قاعدة بيانات وحدة سياسات التمويل الصحي، معلومات غير منشورة.

الشكل 3. النسبة المئوية للعائلات التي تواجه نكبة مالية وتقع في هاوية الفقر من جراء الإنفاق الصحي المباشر من جيوبها

شرع العديد من البلدان في شتى أرجاء العالم وفي إقليم شرق المتوسط في السنوات الأخيرة، في اتخاذ خطوات تهدف لتقليل حصة الإنفاق المباشر على الصحة من جيوب المواطنين، ومد مظلة الحماية الاجتماعية الصحية لتغطي جميع المواطنين وقامت بعض الحكومات بإدخال نُظُم التأمين الاجتماعي والصحي لمواطنيها. في حين حاولت بلدان أخرى التحرك باتجاه التغطية الشاملة من خلال التوسُّع في البرامج الحكومية المُمَوَّلَة كلياً أو جزئياً من الإيرادات الحكومية العامة، ويوضح الجدول 1 النسبة المئوية من الميزانيات الحكومية التي تخصص لوزارات الصحة في الإقليم. ويتجلَّى فيها تباين كبير من حيث الحصة التي تخصص لوزارات الصحة من هذه الميزانيات. وقد يفسَّر التباين المُشاهد، في جزء منه، بالحصة الكبيرة المخصَّصة للميزانية الحكومية من الناتج المحلي الإجمالي والدور والوظائف المختلفة لوزارات الصحة في مختلف البلدان. ومع ذلك، فإن الحصة من الميزانية الحكومية، التي تخصص لوزارة الصحة في بعض البلدان تبدو متدنية. ونتيجة لذلك، فإن وزارات الصحة في هذه البلدان قد لا تتمكَّن من القيام بالدور المنوط بها بوصفها المؤسسة التي تقود التنمية الصحية في هذه البلدان.

ويوضح الشكل 4 مسارَ حصة الفرد في الإنفاق الصحي الحكومي وحصة الفرد في الإنفاق المباشر على الصحة من جيوب المواطنين إذا كانت الأسعار ثابتة في عدد مختار من بلدان الإقليم. علماً بأن المسار نفسه يشاهد في سائر بلدان الإقليم. وتدلُّ هذه الاتجاهات على أن جميع الحكومات في هذا الإقليم قد زادت من مقدار الميزانية المخصصة للصحة خلال العقد المنصرم. كما يلاحظ أن إنفاق الأسر إنفاقاً مباشراً على الصحة قد زاد كذلك في جميع بلدان الإقليم في نفس الفترة باستثناء لبنان [9]، الذي تمكَّن من خفض الإنفاق العائلي إنفاقاً مباشراً على الصحة من خلال تدابير عدة، من بينها إحلال الأدوية الجينية *generic* مكان الأدوية ذات الأسماء التجارية وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية.

الجدول 1. النسبة المئوية من الميزانية الحكومية المخصصة لوزارة الصحة

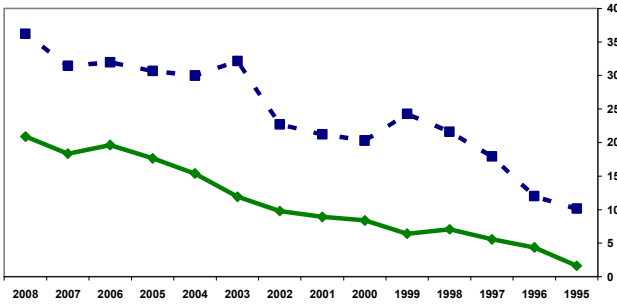
السنة	ميزانية وزارة الصحة كنسبة مئوية من الميزانية الحكومية	القطر
2008	7.0	الأردن
2007	5.3	أفغانستان
2007	7.0	الإمارات العربية المتحدة
2007	7.8	البحرين
2006	7.1	تونس
2007	7.5	الجماهيرية العربية الليبية
2008	6.0	جمهورية إيران الإسلامية
2008	4.1	الجمهورية العربية السورية
2006	4.0	الجمهورية اليمنية
2003	7.2	جيبوتي
2006	3.0	السودان
2007	4.4	العراق
2008	4.6	سلطنة عُمان
2008	11	فلسطين
2007	5.1	قطر
2007	5.1	الكويت
2008	3.3	لبنان
2007	2.3	مصر
2006	5	المغرب
2008	5.6	المملكة العربية السعودية

المصدر: [8]

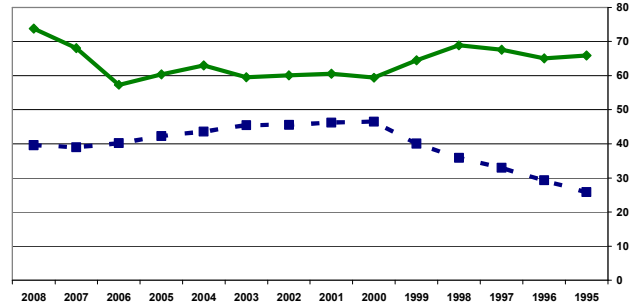
وفي البلدان التي تتوافر معطياتها مرتبة وفق سلاسل زمنية، لم تنخفض النسبة المئوية للعائلات التي تنفق نفقات فادحة، وذلك على الرغم من زيادة نصيب الفرد في الإنفاق الحكومي الصحي بالأسعار الثابتة (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المعطيات غير المنشورة بشأن نفقات فادحة ومخاطر الوقوع في هاوية الفقر: الأردن، تونس، جمهورية إيران الإسلامية، فلسطين، مصر، المغرب، 1997 - 2006). ويأتي ذلك متسقاً مع الترابط المشاهد بين نصيب الفرد في الإنفاق الصحي الحكومي ونصيب الفرد في الإنفاق الصحي المباشر من جيب العائلة، حيث تكون الزيادة في الإنفاق الحكومي على الصحة، في العديد من البلدان، مصحوبة بزيادة في الإنفاق المباشر من جيب العائلة. ولتفهم هذه العلاقة مستتبعات مهمة بالنسبة لاستراتيجيات البلدان في تحركها باتجاه التغطية الشاملة، حيث إن زيادة الإنفاق الحكومي، في حد ذاتها، لن تؤدي بالضرورة إلى انخفاض النفقات المدفوعة من جيوب مواطنيها.

وهناك تفسيرات عديدة مقبولة ظاهرياً حول المشاهدة السابقة. وأول هذه التفسيرات أن العوامل الأخرى المؤثرة على النفقات الصحية مثل: زيادة نصيب الفرد من الدخل، وإدخال تكنولوجيات صحية جديدة، والتقلّة الوبائية والديمغرافية، قد تجنح بإجمالي الإنفاق الصحي، بما في ذلك المدفوعات المباشرة من جيوب المواطنين، نحو الارتفاع، وأن الزيادة في الإنفاق الحكومي، لا تعوّض الزيادة في الطلب على الرعاية الصحية إلا تعويضاً جزئياً فقط. وثاني هذه التفسيرات، أن توسيع البرامج الصحية الحكومية قد يستحث الطلب على الخدمات الصحية التي لا تغطيها البرامج الحالية التي ترعاها الحكومة. فعلى سبيل المثال، قد يؤدي إدخال برنامج تموّله الحكومة لتحري سرطان الثدي دون أن يصحبه أي برنامج تموّله الحكومة للمعالجة، إلى زيادة في الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين لأن النساء اللاتي شُخصن لديهن سرطان الثدي من خلال برنامج التحري، سيلجؤون إلى التماس المعالجة في أماكن أخرى، وسيكون عليهن دفع تكاليف هذه المعالجة مباشرة من جيوبهن. ويدلّ هذا المثال على العائلات ستضطر إلى شراء خدمات إضافية من خدمات الرعاية الصحية من القطاع الخاص، الأمر الذي يُفضي إلى زيادة الإنفاق من جيوب المواطنين، ويقود إلى خصخصة قسريّة passive لإيتاء الخدمات. وبإيجاز، فإن القطاعين الصحيين العام والخاص يكمل أحدهما الآخر في إيتاء الرعاية الصحية، ولا يكون مجرد بديل مباشر للآخر.

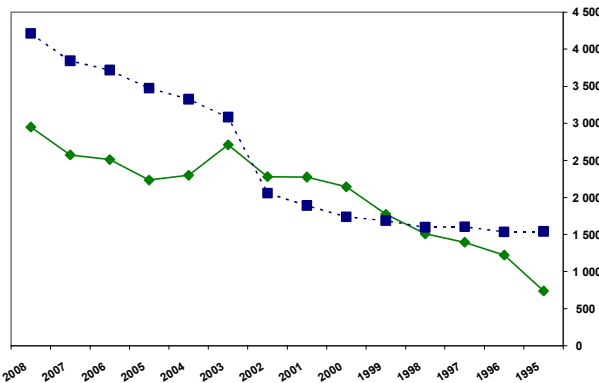
السودان



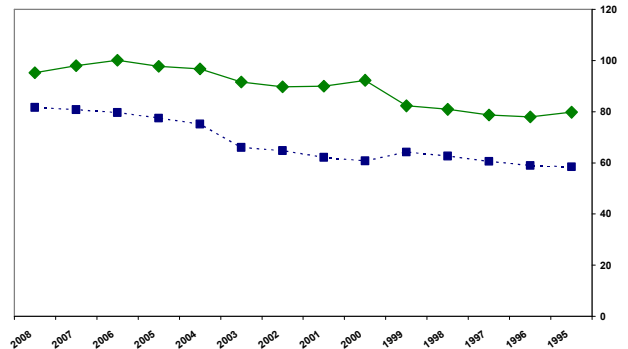
الأردن



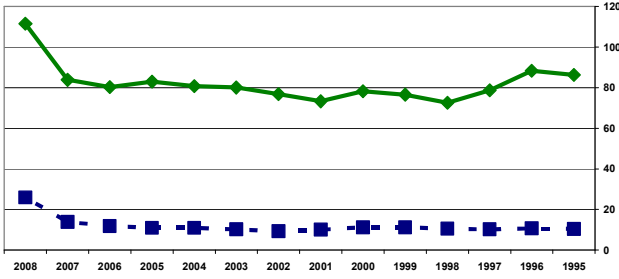
اليمن



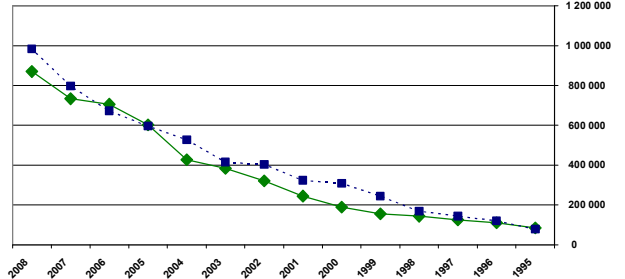
تونس



عُمان



جمهورية إيران الإسلامية



■ نصيب الفرد من الإنفاق الصحي المباشر من جيوب المواطنين

◆ نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة

الشكل 4. نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي ومن الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين على الصحة في عدد من بلدان الإقليم 1995 – 2008 (محسوبة على الأسعار الثابتة بالعملة المحلية عام 2000)

ويدلُّ تحليل المعطيات السابقة على أن الزيادات في الإنفاق الحكومي على الصحة وحدها لن تؤدي إلى تحقيق التغطية الشاملة بكافّة أبعادها (السّعة والعمق وتغطية التكاليف) ولا إلى تقليص معدلات حدوث نكبة ماليّة والوقوع في هاوية الفقر. والحق أن زيادة إنفاق القطاع العام على الصحة يبدو في الحقيقة شرطاً لازماً ولكنه ليس كافياً. وعلى ذلك، فإن التحرك نحو التغطية الشاملة ينبغي أن يُخطّط له على أساس أنه تحرك لإصلاح جميع اللبّينات الأساسية في بنية النظام الصحي، وينبغي أن يقوم على الرعاية الصحية الأولية من أجل تحقيق الآثار المقصودة. ويدلُّ ذلك على أن الناس يتوقعون المزيد ويتطلبون تحقيقه من قِبَل وزارات الصحة بصفتها المؤسسات التي تتولّى القيادة في القطاع الصحي. وفي حالة لبنان، على سبيل المثال، يتّضح أن عملية إصلاح السياسات والتحريك باتجاه الرعاية الصحية الأولية، قد أفضت إلى تقليص كل من نصيب الفرد من الإنفاق الصحي ومن النفقات الصحية التي تدفع مباشرةً من جيوب المواطنين (الإطار 1).

3. الاستجابة الحالية والتحدّيات

1.3 الاستجابة الحالية

تمكّنت معظم بلدان الإقليم من اتخاذ خطوات لتحسين الحماية الاجتماعية والصحية لمواطنيها، وذلك على الرغم من حقيقة أن بعض البلدان تواجه أوضاع طوارئ معقدة.

ففي أعقاب قرار اللجنة الإقليمية ش م/ل إ 51/ق.6، بشأن تأثير النفقات الصحية على العائلات والخيارات المطروحة لمصادر التمويل البديلة، وقرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 33.58 بشأن التمويل الصحي المضمون الاستمرار، والتغطية الشاملة والتأمين الصحي الاجتماعي، حاولت بلدان مختلفة أن تتحرك قُدماً بإدخالها أو توسيعها في تدابير حماية اجتماعية صحية مختلفة. فقد أخذت غالبية دول مجلس التعاون الخليجي على سبيل المثال، زمام المبادرة لإدخال أنظمة حماية اجتماعية صحية للأجانب المقيمين فيها. واتخذ كل من الأردن، وجمهورية إيران الإسلامية، ومصر، والمغرب، تدابير لتوسيع نطاق التغطية من خلال أنظمة الحماية الاجتماعية الصحية القائمة، بما في

الإطار 1. يمكن للإصلاح أن يكون فعالاً: أسهمت الإصلاحات في لبنان، التي ركزت على الرعاية الصحية الأولية، في تحسين كفاءة النظام الصحي وفي خفض الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين.

أظهرت الجولة الأولى من تحليل الحسابات الصحية الوطنية التي أجريت سنة 1998 أن لبنان كان يخصص 12.4٪ من الناتج المحلي الإجمالي للصحة، وهي أعلى نسبة في إقليم شرق المتوسط، مع وجود نسبة كبيرة من النفقات التي تدفع مباشرة من جيوب المواطنين (60٪)، مؤثرةً بذلك بصفة رئيسية، على الفئات الأدنى دخلاً. كما وجد أن الدواء أيضاً يمثل البند الرئيسي للنفقات الصحية للعائلات. ومنذ نشر التقرير الأول للحسابات الصحية الوطنية، نفذت وزارة الصحة سلسلة من الإصلاحات من أجل احتواء تكاليف الرعاية وفي الوقت نفسه تحسين العدالة والكفاءة في النظام الصحي بأكمله.

ولقد كان تركيز الإصلاحات التي نفذتها وزارة الصحة، ولا يزال، منصباً على الرعاية الصحية الأولية، بصفتها تدبيراً يتميز بالفعالية لقاء التكاليف إلى جانب كونها ترتيباً أكثر عدالةً من ترتيبات إيتاء الخدمات، في بلد يهيمن عليه القطاع الخاص من حيث إيتاء الخدمات على جميع مستويات النظام الصحي – وقد ركز إصلاح السياسات على إعادة تنظيم شبكة الرعاية الصحية الأولية، وعلى تحسين إتاحة خدمات المستشفيات العامة، وعلى إنشاء نظام اعتماد للمستشفيات، وعلى ترشيد استخدام التكنولوجيا الطبية، بما في ذلك زيادة احتراق الأدوية الجينية المضمونة الجودة لنظام الرعاية الصحية. وفي اتجاه مواز، بذلت وزارة الصحة جهوداً حثيثة أيضاً من أجل تعزيز القيادة والشورية *governance* فيها من خلال إنشاء سلطة تنظيمية للتكنولوجيا الصحية والطبية البيولوجية، تؤدي أنشطتها على الوجه الأكمل.

هذا وقد تحسنت الحصائل الصحية، اعتباراً من عام 1998، بحسب ما تُظهره مؤشرات مأمول الحياة، ومؤشرات المراضة والوفيات، والاستفادة من الخدمات الوقائية والتعزيزية والعلاجية. وقد أظهرت الحسابات الصحية الوطنية في عام 2005 تحسناً مهماً في إجراءات تمويل الرعاية الصحية. فقد انخفض معدل الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي من 12.4٪ إلى 8.4٪ كما تقلصت نسبة الإنفاق المباشر من جيوب المواطنين من 60٪ إلى 44٪. وزادت كذلك معدلات حصول الفقراء على خدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات المستشفيات العمومية.

ذلك التأمين الاجتماعي الصحي، ويقترب بعض هذه البلدان من تحقيق التغطية الشاملة. ويسعى السودان على جانب آخر، إلى تعزيز التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي في ولاية الخرطوم. ويُتوقع قيام اليمن قريباً بسن قانون خاص بالتأمين الصحي الاجتماعي يغطي العاملين في القطاع الأهلي والعاملين في القطاع الرسمي. ومع ذلك، فإن نُظُم الرعاية الصحية في البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم مازال تواجه نقصاً خطيراً في التمويل، وتعتمد إلى حد بعيد على إسهامات المانحين. أضف إلى ذلك، أن معظم البلدان المنخفضة الدخل تواجه أوضاع طوارئ معقدة تُحوّل دون وضعها لرؤية طويلة الأمد لتطوير أنظمة الحماية الاجتماعية الصحية. واليوم، تجد هذه البلدان أن إعداد وتمويل حزمة تمثل الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية تغطي جميع السكان، تمشياً مع توصيات لجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة، أمراً بعيد المنال.

وتسعى معظم البلدان إلى الاستفادة لأقصى حد من مواردها المتاحة، وذلك من خلال إدخال المبادئ والوسائل الاقتصادية المفيدة، وأساليب الإدارة الفعالة وتعزيز الرعاية الصحية الأولية. وتشمل الوسائل الاقتصادية: الحسابات الصحية الوطنية، والمسوحات الخاصة بإنفاق العائلات والاستفادة من الخدمات الصحية، وتقدير تكاليف الخدمات

الصحية في مختلف مستويات الرعاية. كما اتجه عدد من البلدان أيضاً إلى إدخال نظام المشتريات القائم على الأداء، بأخذ كل حالة على حدة أو أخذ الحالات في مجموعات بحسب التشخيص. وعلاوة على ذلك، وبغية تقليص ما يُنفق على الأدوية، مع تحسين الجودة والفعالية في الوقت نفسه، يقوم عدد من البلدان، ولاسيما بلدان مجلس التعاون الخليجي، بانتهاج أسلوب الشراء المشترك للأدوية، وإحلال الأدوية الجنيسة محل الأدوية ذات الأسماء التجارية المرتفعة الثمن.

2.3 التحديات التي تواجه تحقيق التغطية الشاملة

تواجه جميع الدول الأعضاء تحديات تعرقل جهودها الرامية إلى التحرك باتجاه التغطية الشاملة، وفي ما يلي أهم هذه التحديات:

- غياب الرؤية الاستراتيجية الفعالة لتمويل الرعاية الصحية في كثير من البلدان؛
- القدرات المحدودة للحكومات في البلدان غير المصدرة للبتترول على جباية الضرائب لإيجاد الحيز المالي الضروري لتوفير حماية اجتماعية وصحية ملائمة لمواطنيها؛
- تَشَرُّدُ نُظُمِ تمويل وإيتاء الرعاية الصحية، مع ضعف التنسيق بين أصحاب الشأن، سواء على المستوى الوطني أو الدولي؛
- نقص التنسيق والتعاون بين الشركاء الدوليين؛
- نمو قطاع خاص مفتقر إلى التنظيم، الأمر الذي يُفضي إلى طلب مُعَالَى فيه من قِبَل مقدمي الرعاية؛
- استمرارية المعدلات المرتفعة من المدفوعات المباشرة من جيوب المواطنين في معظم البلدان على الرغم من الجهود التي تبذل من قِبَل الحكومات لتقليصها؛
- صعوبة مد مظلة الحماية الصحية الاجتماعية إلى القطاع غير الرسمي، الذي يمثل شطراً كبيراً من السكان في كثير من البلدان؛
- محدودية القدرات في مجال ترشيد استخدام الموارد الشحيحة، بما في ذلك تحديد الأولويات واستخدام التكنولوجيا؛
- حالات الطوارئ المعقدة السائدة في العديد من البلدان، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة وضع الخطط الطويلة الأمد اللازمة لتوفير حماية صحية اجتماعية مناسبة لمواطنيها.

4. التحرك باتجاه التغطية الشاملة: التمويل وإيتاء الخدمات القائمة على الرعاية الصحية الأولية

يتألف التمويل الصحي من ثلاث وظائف هي: التحصيل والتجميع والشراء.

1. **التحصيل Collection**: جباية إيرادات كافية ومضمونة الاستمرار بكيفية تتسم بالعدالة، من أجل تزويد جميع الأفراد بطائفة من الخدمات الصحية المطلوبة، وحمايتهم من احتمالات نكبة مائية أو الوقوع في هاوية الفقر.
2. **التجميع Pooling**: إدارة الإيرادات التي تتم جبايتها، وذلك لتحقيق تجميع عادل وفعال للمخاطر الصحية، بما يسمح بتوفير دعم مالي من: الأغنياء إلى الفقراء، ومن الأصحاء إلى غير الأصحاء، ومن العاملين المنتجين إلى الأشخاص المُعالين.
3. **الشراء Purchasing**: الاستفادة من الإيرادات المجمعة لتأمين طائفة من الخدمات الصحية بأسلوب يتسم بالكفاءة وينبغي على الأداء، بما يقدم الحافز لكل المزودين والمُتلقين على التصرف حيالها بالكفاءة المتوخاة. ولابدّ لدى القيام بذلك، من الإجابة على الاستفسارات التالية: ما هي الخدمات التي ينبغي شراؤها؟ وممن؟ ومن أجل من؟ وكيف يكون الدفع للمزودين بها؟

ولن يكون تحقيق التغطية الشاملة ممكناً إذا لم تتم إدارة الوظائف المذكورة آنفاً، وتأديتها بالشكل الذي يبعث الرضى في النفوس، وهو شرط لازم ولكنه غير كافٍ، على النحو الذي ذكر في القسم 2. وإن التحرك تجاه التغطية الشاملة هو تحرك تجاه إعادة تنظيم النظام الصحي بجميع لبيئاته، مع التركيز على التمويل، وعلى الكيفية التي يدار بها النظام والكيفية التي يتم بها إيتاء الخدمات الصحية. وثمة نماذج مختلفة لتمويل التغطية الشاملة (مثل التمويل من الإيرادات الحكومية، أو التأمين الاجتماعي الصحي، أو ما إلى ذلك..). وإيتاء الخدمات الصحية (مثل طب الأسرة القائم على الرعاية الصحية الأولية). غير أن نماذج التمويل الصحي وإيتاء الخدمات هي نماذج مُتخالقة والحدود المشتركة بين هذين العنصرين من عناصر النظام الصحي هي من الأمور الحاسمة لنجاح التحرك باتجاه التغطية الشاملة.

ومن جهة أخرى، فإن الفصل المؤسسي ما بين التمويل الصحي وبين التزويد بالخدمات هو من الأمور الممكنة، بل قد يوصى به في بعض الحالات. فعلى سبيل المثال، يمكن تمويل النظام الصحي من قِبَل القطاع العام لضمان التكافل والتوسع في تجميع المخاطر، في حين يمكن أن تقدم الخدمات الصحية من قِبَل القطاعين العام والخاص والمنظمات غير الحكومية، للسماح بالمنافسة بين المزودين بتلك الخدمات، وتقديم خيارات مختلفة لمستخدمي هذه الخدمات. ومع ذلك، فإن الفصل المؤسسي ما بين التمويل الصحي وإيتاء الخدمات، إذا حدث، لا يعني أن أعمال التمويل الصحي وإيتاء الخدمات الصحية مستقلان أحدهما عن الآخر. ويتم إيجاد وتنفيذ وظيفة الشراء عندما تتداخل هاتان اللبئتان من لبيئات النظام الصحي، ومن ثمَّ وجب أن تكونا مترامنتين.

5. التوجُّهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية وتعجيل التحرك باتجاه التغطية الشاملة

إن هدف التمويل الصحي هو تحقيق التغطية الشاملة والحماية من اختطار دفع مبالغ طائلة والوقوع في هاوية الفقر، وهذا الأمر يتطلب اعتمادات مالية كافية يتم حشدتها حشداً عادلاً واستخدامها استخداماً فعالاً. وعلاوة على ذلك، لا يجوز أن تكون هناك حواجز مادية تحول دون حصول الجميع على الخدمات الصحية التي يحتاجونها. وكذلك، ينبغي أن يكون النظام مرناً ومضمون الاستمرار بما يكفي لمُجابهة التحديات الجديدة.

وليس هناك من سبيل أوحدٍ للتغطية الشاملة، يكون ملائماً لجميع البلدان في هذا الإقليم، حيث تجدر الملاحظة أنه وفقاً لما ورد في التقرير الخاص بالصحة في العالم، لعام 2002، يمكن توفّي ما يصل إلى 70٪ من العبء المرضي من خلال خدمات وبرامج الوقاية الأولية وبرامج تعزيز الصحة. وهذه الخدمات والبرامج (التي يطلق عليها أيضاً الخدمات السكانية المُركّز أو الخدمات غير الشخصية) تنتج عنها منافع خارجية يمكن قياسها، وهي تشمل منافع عمومية من قبيل المياه الصالحة للشرب والإصحاح، وبعض الخدمات من قبيل تعزيز الصحة والتمنيع. وعلى ذلك، فإن تمويل وإيتاء الخدمات السكانية المُركّز يظل مسؤولية الحكومة وحدها، بصرف النظر عن الاختيار المتمثل في خيارات التمويل الصحي وإيتاء الخدمة.

ولا يجوز، علاوة على ذلك، أن نقوّض من الأساس أن من مسؤوليات الحكومات أيضاً ضمان تلقي الفقراء والفئات المستضعفة من السكان خدمات صحية عالية الجودة، من خلال شبكة رعاية صحية أولية شغّالة. فهذه البرامج تمولها الحكومة عن طريق الضرائب وغيرها من مصادر الإيرادات، وهي عادةً، ولو لم تكن دائماً، تقدّم من خلال مرافق مملوكة للدولة، أو تُسند من قبلها بالتعاقد إلى منظمات غير حكومية وطنية أو دولية.

وبعد، فإذا كان صحيحاً أن القطاع الخاص، في جميع بلدان الإقليم يحتاج إلى تنظيم، فإنه لا بُدَّ أن يُنظر إليه على أنه شريك قادرٌ على الإسهام في أداء النظام الصحي، بل وفي تحسين هذا الأداء. ويتوقّف دور هذا القطاع وحجمه على مدى إخفاق القطاع العام في توفير التغطية اللازمة بمستوى مقبول من الجودة.

ونقدّم في ما يلي ستة من التوجّهات الاستراتيجية والإجراءات ذات الصلة بها. مع ملاحظة أن هذه التوجّهات الاستراتيجية كلها قابلة للتطبيق في جميع بلدان الإقليم بغضّ النظر عن مستوى التنمية فيها. إلا أن عدداً من الإجراءات الموصى بها قد تكون حتمية في أحد هذه البلدان أكثر منها في بلد آخر.

التوجّه الاستراتيجي الأول: حشد موارد كافية من أجل التغطية الشاملة

يتعين على الحكومات العمل مع شركائها في التنمية لإيجاد اقتناع واسع بضرورة الاستثمار في الصحة، وبارتفاع معدل عائدها الاقتصادي، وفقاً لما أوصت به الهيئة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة. ومن الجدير بالملاحظة، أن الدول الأعضاء في منظمة الوحدة الأفريقية تعهدت في إعلان أوجا عام 2000، بوضع هدف يتمثل في تخصيص ما لا يقل عن 15٪ من ميزانياتها السنوية لتحسين القطاع الصحي. ومع ذلك، فلاتزال الاعتمادات المخصّصة للصحة ضمن الميزانيات الحكومية لا تحقّق الأهداف المطلوبة وذلك في معظم الدول الأعضاء في منظمة الوحدة الأفريقية.

الإجراءات الموصى بها

- التبشير بأن الصحة حقٌّ من حقوق الإنسان.
- الترويج لأثر الصحة المحتمل على النمو الاقتصادي استناداً إلى البيّنات المتوافرة.
- تحسين الحوار في مجال السياسات مع وزارتي المالية والتخطيط، ومع البرلمان.
- اقتراح أهداف لتخصيص موارد حكومية للصحة، منها 8٪ لوزارة الصحة.

- إدخال مبدأ الضرائب المفروضة وضرائب المخالفات المخصصة للصحة، مثل ضرائب التبغ والكحوليات.

التوجه الاستراتيجي الثاني: إيجاد أنظمة الدفع المسبق

أصبح من المعروف أن المدفوعات المباشرة من جيوب المرضى هي المتهم الرئيسي عن مخاطر حدوث نكبة مالية والوقوع في هاوية الفقر. ولكي يمكن حماية العائلات، ولاسيما الفقيرة منها، والسكان المستضعفين من ذلك، فلا بد من تجميع الموارد الخاصة بالصحة بما يسمح بتوجيه إعانات جانبية من الأغنياء ومن الأصحاء ومن الأفراد المنتجين، إلى الفقراء وغير الأصحاء والمُعاليين.

الإجراءات الموصى بها

- توفير خيارات واضحة مختلفة لإنشاء وتنفيذ أنظمة دفع مُسبق (أنظمة حكومية ممولة بالإيرادات، أو أنظمة تأمين صحي اجتماعي، أو تأمين صحي بالقطاع الخاص، أو ما إلى ذلك).
- دعم دراسات الجدوى والدراسات الاكتوارية لإعداد أنظمة الدفع المسبق.
- العمل على الترويج لثقافة التأمين الصحي بما في ذلك الأنظمة المجتمعية وأنظمة القطاع الخاص.
- تقليص النفقات الإدارية المتعلقة بالتحصيل والتجميع والشراء، من خلال أساليب الإدارة الفعالة.
- تعزيز إدخال أشكال مختلفة من أنظمة التأمين الصحي، ولاسيما التأمين الصحي المجتمعي وتقليص النفقات الإدارية المترتبة على ذلك.

التوجه الاستراتيجي الثالث: تعزيز ودعم الشراء الاستراتيجي

يظل الشراء هو الإجراء الأقل تطوراً من بين إجراءات تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط. فالموارد المتوافرة تحتاج إلى تخصيصها بكفاءة، والأولويات ينبغي أن تُحدّد بما يكفل اختيار التدخلات الملائمة. والتدخلات المختارة ينبغي إنتاجها بأقل ما يمكن من التكاليف. والحوافز الملائمة ينبغي إدماجها في صلب النظام من أجل تغيير سلوك كل من مقدمي الرعاية الصحية ومستهلكيها، حتى يمكن ترشيد استخدام الموارد الصحية على أفضل وجه [10].

الإجراءات الموصى بها

- إعداد وتقدير تكلفة حزمة المزايا، تمشياً مع متطلبات البلدان وطاقتها التمويلية والإنتاجية للخدمات.
- دعم إنشاء إدارة التعاقدات، الخاصة بشراء الخدمات الصحية.
- ضمان التخصيص المناسب للموارد بين المستويات المختلفة للرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية (التخصّصية) بالشكل الذي يحقق الحد الأقصى من المكاسب الصحية.

- تحسين آليات السداد المناسبة لمقدمي الخدمة، وإدخال حوافز ملائمة لكل من مقدمي الرعاية والمرضى بغرض تعديل سلوكهم.
- تقوية نظام المعلومات الصحية بما في ذلك مؤشرات الانتفاع بالخدمات، وذلك لتصميم ومراقبة آليات السداد المعتمدة لمقدمي الرعاية.
- وضع دلائل إرشادية سريرية (إكلينيكية) لتوجيه ممارسات مقدمي الرعاية.
- التبشير بضرورة وجود استراتيجية لاحتواء التكاليف، وعلى سبيل المثال، في مجالات الأدوية، والشراء المشترك، وإحلال الأدوية الجنيسة محل الأدوية ذات الأسماء التجارية الغالية الثمن، والاستخدام الرشيد للأدوية.
- الدعوة إلى إجراء دراسات لتقييم التكنولوجيا الصحية ومردوديتها للمساعدة في اختيار واستخدام وتقييم الأجهزة الطبية.

التوجه الاستراتيجي الرابع: تعزيز ودعم وتوليد المعارف لإعداد سياسات التمويل الصحي المسندة بالبيانات ولتحقيق التغطية الشاملة.

نظراً لضرورة كون السياسات مُسندة بالبيانات، فلا بُدَّ من جمع المعلومات الملائمة وتحليلها لضخها في عملية اتخاذ القرار.

الإجراءات الموصى بها

- تعزيز استخدام التحليلات الخاصة بإنفاق العائلات وانتفاعها بالخدمات، وذلك للمساعدة في عملية اتخاذ القرارات.
- تشجيع استخدام الدراسات حول العدالة.
- إضفاء الطابع المؤسسي واستخدام الحسابات الصحية الوطنية في إعداد السياسات.
- تعزيز استخدام مبادئ اقتصاديات الصحة والتمويل الصحي في تحليل وإعداد السياسات الصحية.
- تقوية قدرات العاملين بوزارة الصحة في مجال إعداد وتنفيذ سياسة التمويل الصحي.
- تطوير وتقوية قدرات المؤسسات الأكاديمية في مجال اقتصاديات الصحة وتمويل الرعاية الصحية.

التوجه الاستراتيجي الخامس: التنسيق بين الشركاء الوطنيين والدوليين وتحسين فعالية المعونات

يوجد عدد من الشركاء في البلدان المنخفضة الدخل وفي البلدان التي تواجه أوضاع طوارئ معقدة. ومن ثمَّ فإن التنسيق بين الشركاء الوطنيين والدوليين في تحركهم باتجاه التغطية الشاملة يظلُّ عنصراً حاسماً في هذا المجال.

الإجراءات الموصى بها

- إعداد استراتيجية صحية وطنية للتحرك نحو التغطية الشاملة، من شأنها أن تيسر التنسيق وتحقق التناغم والانسجام بين المانحين الوطنيين وغيرهم وبين الشركاء الدوليين، على النحو المفصّل في إعلان باريس لعام 2005 وفي إعلان أكرا لعام 2008.
- تقوية دور المجتمع المدني في تعزيز حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية، بوصفها حقاً أساسياً من حقوق الإنسان.
- الشروع في اتخاذ خطوات لتحسين الشفافية والمساءلة لطمأننة المانحين والشركاء الدوليين على فعالية مساهماتهم.
- العمل مع الشركاء الدوليين على التقليل من الإجراءات الإدارية وخفض تكاليف المعاملات النقدية الخاصة بالمساعدات الإنمائية الدولية.
- العمل مع الشركاء الدوليين للتقليل من هدر المساعدات الإنمائية الدولية.

التوجّه الاستراتيجي السادس: رصد وتقييم العدالة والتغطية الشاملة

إن التحرك نحو التغطية الشاملة بأبعادها الثلاثة (الاتساع والعمق وتغطية التكاليف) يستوجب عملية إعادة تنظيم للنظام الصحي، وإدخال سياسات جديدة. ولكي يمكن رصد التقدم المحرز تجاه تحقيق التغطية الشاملة، فلا بد من إعداد المؤشرات وقياسها.

الإجراءات الموصى بها

- إضفاء الطابع المؤسسي على ممارسات الرصد والتقييم وجعلها جزءاً لا يتجزأ من نظام المعلومات الصحية.
- إيجاد الوسائل والمؤشرات المناسبة، بما فيها مؤشرات العدالة والإتاحة، من أجل قياس ورصد التحرك باتجاه التغطية الشاملة.
- تخصيص موارد كافية لرصد وتقييم التحرك باتجاه التغطية الشاملة.

6. الخاتمة

ينبغي على راسمي السياسات في جميع البلدان تحسين إتاحة الرعاية الصحية لأولئك الذين هم في حاجة إليها، وذلك بإزالة الحواجز التي تعرقل ذلك. وتكون هذه الحواجز، في كثير من الحالات، حواجز مالية، مرتبطة باضطرار المرضى للدفع مباشرة من جيوبهم للحصول على الرعاية الصحية المطلوبة، مما قد يؤدي إلى احتمال حدوث نكبة مالية والوقوع في هاوية الفقر. وعلى ذلك، فإن إضفاء الطابع المؤسسي على التغطية الشاملة، من شأنه أن يوفر الحماية الاجتماعية الصحية الضرورية للجميع.

ويتطلب تحقيق التغطية الشاملة، بدوره، إعادة تنظيم النظام الصحي بحيث يتم التركيز على التمويل وعلى الكيفية التي يُدار بها النظام والكيفية التي يتم بها إيتاء الخدمات الصحية. مما يستلزم أن تتوفر لدى البلدان الرؤية اللازمة، وأن تكون لها أغراض واضحة، وأن تحدّد أولوياتها واضعةً نصبَ عينيها محدودية الموارد، وأن تضع الاستراتيجيات اللازمة لإعادة تنظيم نُظُم الرعاية الصحية فيها، حتى يمكن التعجيل بالتحرك باتجاه التغطية الشاملة. وهذا التحرك باتجاه التغطية الشاملة يتطلب بناء القدرات المؤسسية والبشرية، وتوليد البيانات اللازمة لتوجيه التقدم المُحرز ورصده. وعلى راسمي السياسات تنسيق الجهود، مع جميع أصحاب الشأن الوطنيّين المعنيّين، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني. كما أن البلدان بحاجة إلى أن تتعلّم من خبرات البلدان الأخرى وتتعاون مع المنظمات الدولية.

ويمكن، بناءً على نصيب الفرد من الدخل، تقسيم بلدان الإقليم إلى ثلاث فئات هي: البلدان المنخفضة الدخل، والبلدان المتوسطة الدخل، والبلدان المرتفعة الدخل. ويعتمد السبيل الأمثل باتجاه التغطية الشاملة على توافر الموارد وعلى المرتسم الصحي لكل قطر. ومع ذلك، فإن جميع البلدان، بغض النظر عن مستوى دخلها، يمكنها أن تتخذ الإجراءات اللازمة لتعجيل تحركها باتجاه التغطية الشاملة.

أما بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل، فبالإضافة إلى الخدمات والبرامج السكانية المرتكز، تعدّ إتاحة حزمة أساسية مجانية من خدمات الرعاية الصحية الأولية للجميع، وُتموّل من الإيرادات الحكومية العامة والمالحين، البديل الممكن الوحيد في الوقت الراهن. وتمثّل الخدمات الصحية التي تقدم من خلال شبكة من المرافق التي تملكها الدولة أو من خلال منظمات غير حكومية متعاقد معها، الهيكل الأساسي لهذا النظام. ويمكن أن يكون التأمين الصحي المجتمعي مكملًا للتغطية الأساسية إلى الحدّ الذي يمكن معه تنظيم المجتمعات المحلية بالكفاءة المطلوبة للقيام بالدور المنوط بها. ويمكن استهداف عدد محدود من برامج مكافحة ومعالجة الأمراض، وذلك كي تحظى بدعم مالي حكومي بالقدر الذي تسمح به الموارد العامة.

أما البلدان المتوسطة الدخل، فينبغي أن تتاح للجميع فيها حزمة شاملة من خدمات الرعاية الصحية الأولية تموّل من الإيرادات الحكومية العامة، مع أقل قدر من الرسوم التي يدفعها المستخدمون لبعض الخدمات والأدوية بغرض الحد من استخدامها استخداماً مفرطاً. وتمثّل الرعاية الصحية التي تقدم من خلال شبكة من المرافق التي تملكها الدولة أو من خلال منظمات غير حكومية متعاقد معها، الهيكل الأساسي للنظام. وينبغي الشروع في التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي لتقديم خدمات التغطية الشاملة للعاملين في خدمة المجتمع والعاملين بالقطاع الرسمي والعاملين في المؤسسات الكبرى وأفراد عائلاتهم. والحاجة قائمة إلى تقديم الدعم الحكومي لأنظمة خاصة تقوم بتوفير التغطية للفقراء والفئات السكانية المستضعفة، ولاستهداف عدد من الأمراض لدى جميع السكان. ويمكن لهيئات التأمين التابعة للقطاع الخاص تقديم التغطية بما يشمل التمويل التكميلي، من أجل تغطية الفجوة التي لم يُقْم التأمين الصحي الاجتماعي بتغطيتها. وينبغي، بمُضيّ الوقت، أن يصبح التأمين الصحي الاجتماعي إلزامياً بالنسبة للجميع، كما ينبغي دمج جميع أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي معاً. وعلى الحكومة سداد الاشتراك التأميني من الإيرادات الحكومية العامة نيابة عن الفقراء والفئات السكانية المستضعفة.

أما في البلدان المرتفعة الدخل، فإن البرامج الراهنة التي تمولها الحكومة تقدم التغطية الشاملة لجميع المواطنين وبعض الأجانب. ومع ذلك، فإن التحرك باتجاه إنشاء نُظُم تأمين صحي إلزامي خاصة بالأجانب، يستوجب التزام البلدان بمبادئ الإنصاف والعدالة. أضف إلى ذلك، أن مسألة التكاليف الإدارية اللازمة لإطلاق نظام جديد لتغطية المواطنين صحياً، وأثر ذلك على النظام القائم هي مسألة تحتاج إلى دراسة متأنية.

ولابد من تنظيم القطاع الخاص في جميع بلدان الإقليم، على أن ينظر إليه على أنه شريك يمتلك الإمكانيات لتحسين أداء النظام الصحي. ويتوقف دور القطاع الخاص وحجمه على مدى إخفاق القطاع العام في توفير التغطية الضرورية بمستوى مقبول من الجودة.

وبعد، فليس ثمة من سبيل أوحده للتحرك باتجاه التغطية الشاملة يمكن أن يصلح لجميع البلدان في الإقليم. كما أن الثقل إلى التغطية الشاملة تستغرق وقتاً، ولو أن بعض التجارب الحديثة قد أظهرت أن بعض البلدان قد تمكنت من تحقيق التغطية الشاملة خلال فترة أقصر بكثير من البلدان التي قامت بذلك خلال القرن الماضي.

7. المراجع

1. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*. 45th ed. Suppl. Geneva, World Health Organization, 2006.
2. López-Casasnovas G, Rivera B, Currais L. eds. *Health and economic growth: findings and policy implications*. Cambridge MA, MIT Press, 2005.
3. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007, 26:972-83.
5. *The world health report 2008. Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
6. *The World health report 2010. Better health for all: financing universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010 (in press).
7. *World health statistics, 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
8. *Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean 2009*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009.
9. Ammar W. *Health beyond politics*. Beirut, Ministry of Health, Lebanon, 2009.
10. Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. Washington DC, World Bank, 2009.