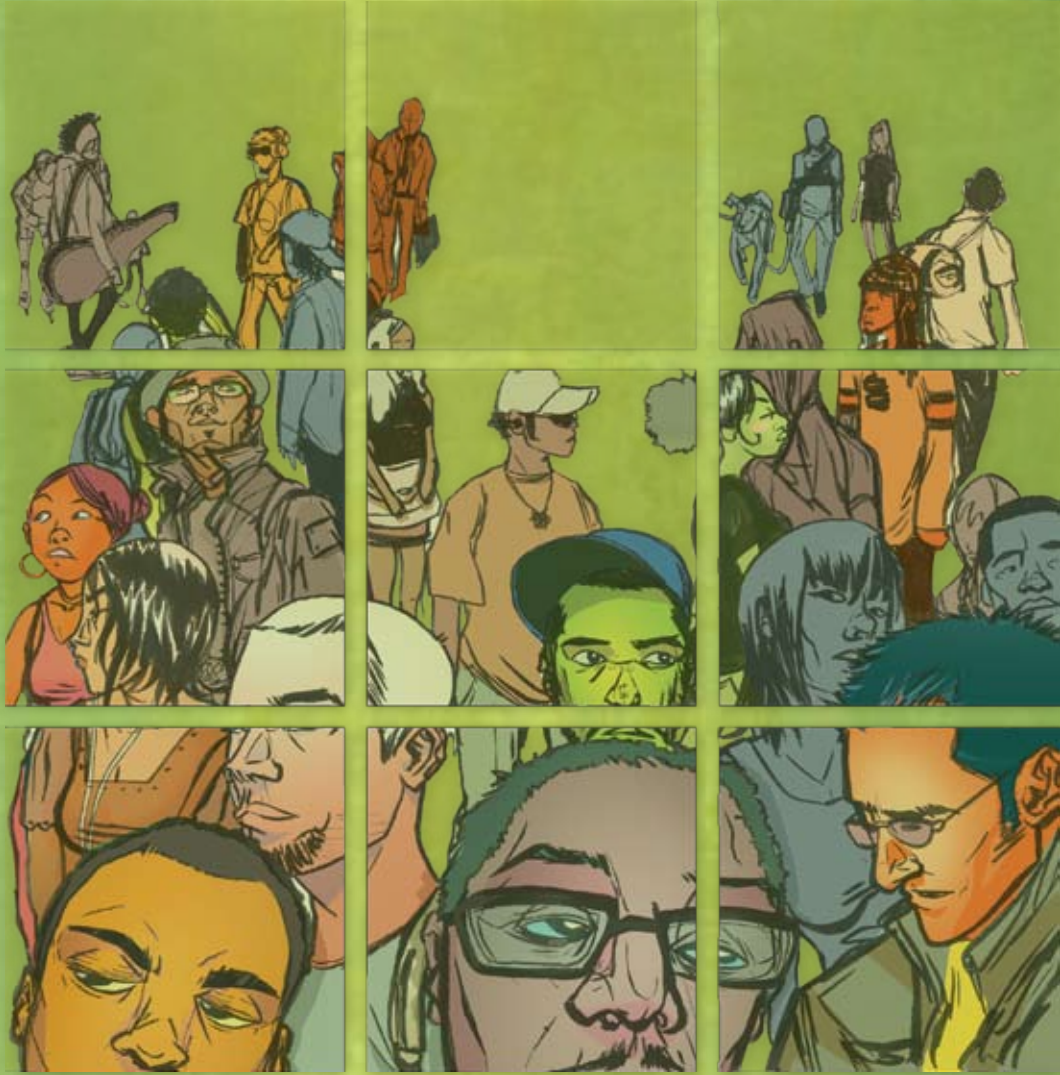
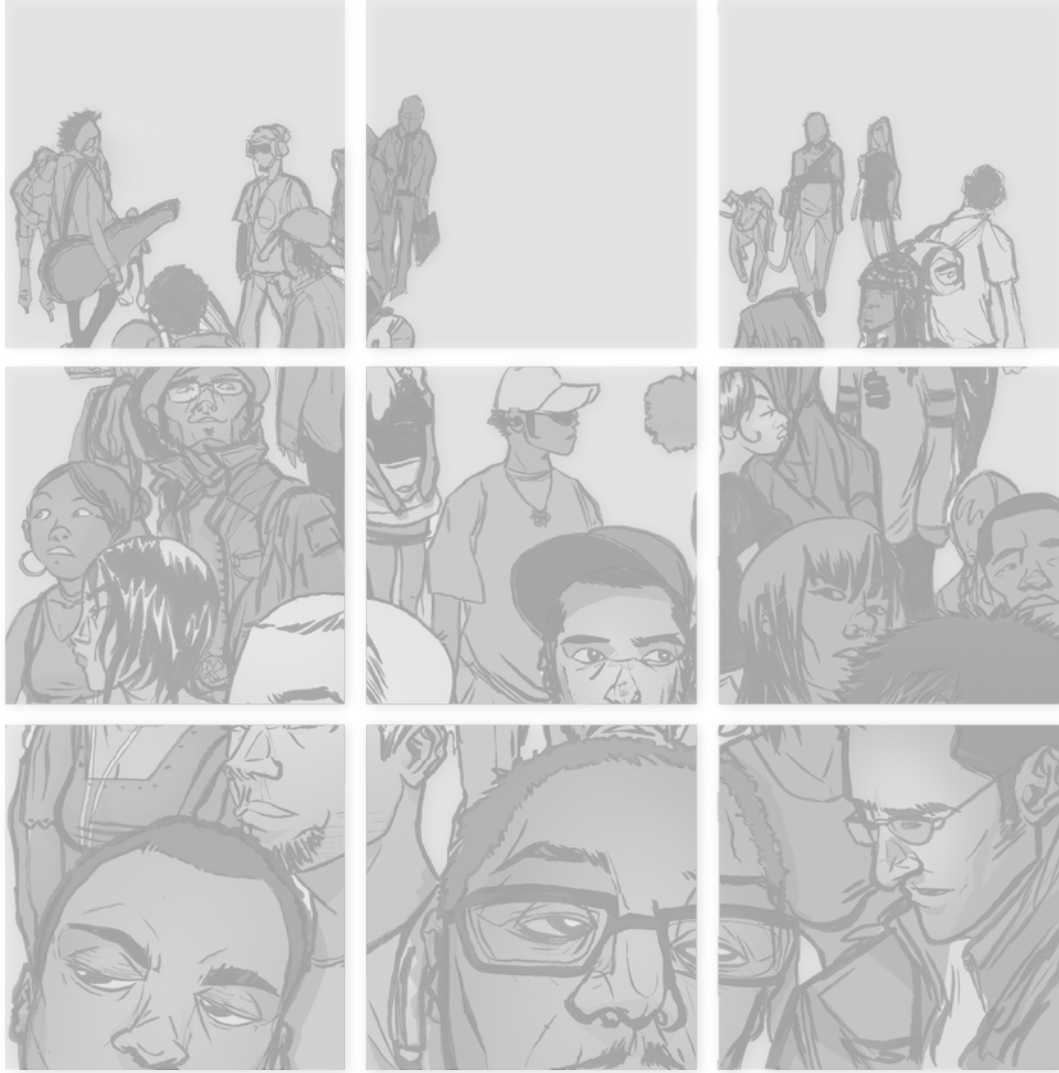


التقرير الخاص بالصحة في العالم



تمويل النظم الصحية
السييل إلى التغطية الشاملة

التقرير الخاص بالصحة في العالم



تمويل النظم الصحية
السييل إلى التغطية الشاملة

© منظمة الصحة العالمية 2010

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (هاتف رقم: ++41 22 791 3264؛ فاكس رقم: ++41 22 791 4857؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية - سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري - إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: 4806 22 791 41؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يمثّلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

تم إنتاج هذا التقرير الخاص بالصحة في العالم تحت التوجيه العام للسيدة /Carissa Etienne، مساعدة المدير العام للمنظم والخدمات الصحية، والسيد /Anarfi Asamoah-Baah نائب المدير العام. وضمت قائمة الكتاب الرئيسيين للتقرير كلا من David B. Evans، وRiku Elovainio، وGary Humphreys، مع مدخلات من كل من Daniel Chisholm، وJoseph Kutzin، وSarah Russell، وPriyanka Saksena، وKe Xu.

والإسهامات في شكل إشارات وتحليلات قدمت من قبل Ole Doetinchem، وAdelio Fernandes Antunes، وJustine Hsu، وChandika K. Indikadahena، وJeremy Lauer، وNathalie van de Maele، وBelgacem Sabri، وHossein Salehi، وXenia Scheil-Adlung (منظمة العمل الدولية)، وKarin Stenberg.

ووردت اقتراحات وتعليقات من المديرين الإقليميين، ومن مساعدي المدير العام، والموظفين التابعين لهم.

وقام بإعداد التحليلات، والبيانات، ومراجعات الملخصات، ومختلف المسودات أو الأقسام المحددة، (إلى جانب الأشخاص الذين ذكرت أسماءهم أعلاه)، كل من: Peter Berman وDorjsuren Bayarsaikhan وDina Balabanova وGuitelle Baghdadi-Sabeti وHector Arreola وMichael Adelhardt وDele Abegunde وMelanie Bertram وMichael Borowitz وReinhard Busse وAlexandra Cameron وGuy Carrin وAndrew Cassels وEleonora Cavagnero وWitaya Chadbunchachai وJohn Connell وDavid de Ferranti وDon de Savigny وVararathan Durairaj وBob Emery وTamás Evetovits وJosep Figueras وEmma Fitzpatrick وJulio Frenk وDaniela Fuhr وRamiro Guerrero وPatricia Hernandez Pena وHans V. Hogerzeil وFelicia Knaul وJoses Kirigia وMatthew Jowett وMira Johri وChristopher James وElke Jakubowski وMelitta Jakab وKathleen Holloway وRichard Laing وNora Markova وAwad Mataria وInke Mathauer وDon Matheson وAnne Mills وEduardo Missoni وLaurent Musango وMagdalena Rathe وAlexander Preker وJean Perrot وClaudia Pescetto وAnne-Marie Perucic وAriel Pablos-Mendez وHelena Nygren-Krug وDag Rekke وRitu Sadana وRocio Saenz وThomas Shakespeare وIlan Smith وPeter C. Smith وAlaka Singh وRuben Suarez Berenguela وEwout van Ginneken وSarah Thomson وFabrizio Tediosi وViroj Tangcharoensathien وRichard Scheffler وTessa Tan-Torres Edejer وJulia Watson وCornelis van Mosseveld.

وقد استنبر في كتابة التقرير بمعلومات وآراء قدمها عديد من الأفراد من مؤسسات مختلفة، والذين قدموا أوراقاً تحوي معلومات أساسية، وهذه الأوراق منشورة على الموقع: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_/en

وقام Michael Reid بتحرير التقرير، وقام Gaël Kernen بإنتاج الأرقام، وقدمت Evelyn Omukubi دعماً قيماً في مجال السكرتارية والأعمال الإدارية. كما قامت Cristina Ortiz وSophie Guetaneh Aguetant بأعمال التصميم والإخراج. وأعد العمل الفني للغلاف Edel Tripp (<http://edeltripp.daportfolio.com>).

وقدمت مؤسسة روكفلر، ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة، ووزارة الصحة الفيدرالية الألمانية الدعم المالي لإنتاج هذا التقرير، وهو محل كل تقدير وامتنان.

المحتوى

و رسالة من المديرية العامة

ط ملخص تنفيذي

ط لماذا التغطية الشاملة؟

ي أين نحن الآن؟

ل كيفية الإصلاح

م حشد موارد كافية من أجل الصحة

ف إزالة المخاطر المالية والحواجز التي تعيق إتاحة الخدمات

ش تعزيز الكفاءة والقضاء على الهدر

ث التفاوتات في التغطية

خ برنامج للعمل

ذ تيسير إجراء التغيير ودعمه

ظ خطوات عملية للشركاء الخارجيين

غ رسالة أمل

أين نحن الآن؟

1

6 المدفوعات المباشرة

8 الأموال المجمّعة

8 المساعدات الخارجية

9 على الدرب صوب التغطية الشاملة

11 الحفاظ على الإنجازات القائمة

12 التغطية الشاملة: المساران

16 اتخاذ الخيارات الصائبة

18 المضي قدماً

27 حشد الموارد من أجل الصحة

2

مزيد من الأموال من أجل الصحة

ولكن، كم تكلف التغطية الشاملة؟	28
ضمان تخصيص حصة عادلة من الإنفاق الحكومي الإجمالي على الصحة	30
تنويع مصادر الإيرادات المحلية	34
استكشاف مصادر تمويل محلية من أجل الصحة	36
المساعدات المالية الخارجية	42
تأثير الانكماش الاقتصادي على المساعدات الإنمائية	44
خاتمة	47
المشكلات المتعلقة بالمدفوعات المباشرة	55

3

القوة في الأعداد

هل يحقق الإعفاء من الرسوم الغرض منه؟	60
التراجع عن المدفوعات المباشرة	62
القوة في الأعداد	64
أين وكيف يمكن تغطية مزيد من الناس؟	67
التركيز على الفقراء	68
حواجز أخرى تعيق الحصول على الخدمات	70
خاتمة	73

4

مزيد من الصحة مقابل المال

استخدام الموارد بحكمة	83
أسباب عشرة رئيسية وراء عدم الكفاءة	84
الحد من الإنفاق غير الضروري على الأدوية	84
تحسين مراقبة جودة الأدوية	87
استخدام الأدوية على نحو ملائم	88
تحقيق أقصى استفادة من التكنولوجيات والخدمات	89
حفز العاملين	91
تحسين كفاءة المستشفيات - حجم المنشأة ومدة المكوث بالمستشفى	92
الحصول على الرعاية الصحيحة من أول مرة	93
القضاء على الهدر والفساد	95
التقييم النقدي لتحديد الخدمات المطلوبة	96
الفوائد المحتملة من تحسين الكفاءة	97
الحوافز والتمويل الصحي والكفاءة	99
ربط الأجر بالأداء	104
الشراء الاستراتيجي	106
التبعثر	107
رفع الجور	109
خاتمة	111

5

برنامج للعمل

التعلم من التجربة	119
دعم التغيير	125
خاتمة	139

الفهرس 143

رسالة من المديرية العامة

لقد أصدرت التكاليف بإعداد هذا التقرير الخاص بالصحة في العالم، تلبية لحاجة أبلدتها البلدان الغنية والبلدان الفقيرة على حدٍ سواء، ألا وهي التوجيه العملي حول سبل تمويل الرعاية الصحية. والغرض هو تحويل البيانات التي جمعت من الدراسات التي أجريت في مختلف المواقع، إلى قائمة اختيارات لجمع موارد كافية، ولإزالة الحواجز المالية التي تعرقل إتاحة الخدمات، ولاسيما أمام الفقراء. وكما يشير العنوان الفرعي، فإن التركيز ينصب بشكل ثابت على التحرك تجاه التغطية الشاملة، وهو هدف تتمحور حوله النقاشات الدائرة حول إيتاء الخدمة الصحية.

ولقد باتت الحاجة إلى التوجيه والإرشاد في هذا المجال أكثر إلحاحاً، في وقت اتسم بالانكماش الاقتصادي وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، مع تشيخ السكان، وازدياد الأمراض المزمنة، وتوافر المعالجات الجديدة الأكثر

تكلفة. وكما يوضح هذا التقرير، على نحو مناسب، فإن تزايد الطلب من الجمهور للحصول على رعاية عالية الجودة وميسورة التكلفة، يزيد بشكل أكبر من الضغط السياسي لوضع خيارات لسياسات تتسم بالحكمة. وفي وقت تشح فيه الأموال، فإن نصيحتي للبلدان هي: قبل البحث عن مواضع لخفض الإنفاق على الصحة، ابحثوا أولاً عن فرص لتحسين الكفاءة. فجميع النظم الصحية، في كل مكان، يمكنها أن تستفيد من الموارد بشكل أفضل، سواء من خلال اتباع ممارسات شراء أفضل، أو من خلال استخدام أوسع نطاقاً للمنتجات الجنيسة، أو بتوفير حوافز أفضل لمقدمي الرعاية، أو بتبسيط إجراءات التمويل وغيرها من الإجراءات الإدارية الأخرى.

وتوضح التقديرات في هذا التقرير أن ما يتراوح بين 20٪ و 40٪ من جميع النفقات الصحية تهدر حالياً بسبب عدم الكفاءة. ويشير التقرير إلى عشرة مجالات محددة، يمكن من خلال اتباع سياسات وممارسات أفضل فيها، أن يزيد مردود الإنفاق، زيادة هائلة في بعض الأحيان. وإن استثمار هذه الموارد استثماراً أكثر حكمة، يمكن أن يعين البلدان على التحرك تحركاً أقرب كثيراً تجاه التغطية الشاملة، دون حاجة هذه البلدان إلى زيادة الإنفاق.

وفي ما يختص بالسبيل إلى التغطية الشاملة، فإن التقرير يشير إلى أن الاعتماد المتواصل على المدفوعات المباشرة، بما في ذلك رسوم الخدمات التي يدفعها المستفيدون، يمثل العقبة الكأداء الأكبر التي تعترض سبيل التقدم في هذا الاتجاه. وهناك بيانات وافرة تظهر أن جمع الأموال عن طريق الدفع المسبق المطلوب يمثل القاعدة الأكثر كفاءة والأكثر إنصافاً لزيادة تغطية السكان بالخدمات. وبالفعل، فإن مثل هذه الآليات تعني دعم الغني للفقير، ودعم السليم



للسقييم. ويتضح من خلال التجارب والخبرات، أن تأثير هذا الأسلوب يكون أكبر ما يكون عندما تأتي المدفوعات من عدد كبير من الناس، على أن يتم تجميع هذه الأموال في ما بعد لتغطية تكاليف الرعاية الصحية لكل الناس. ولا ينبغي لأي شخص يخصص يحتاج إلى الرعاية الصحية، علاجية كانت أم وقائية، أن يتعرض لمخاطر الإفلاس من جراء ذلك.

وكما تشير البيانات، فإن ما تحتاجه البلدان هو تمويل مستقر وكافٍ من أجل الصحة، غير أن توافر الثروة الوطنية لا يمثل شرطاً مسبقاً كي يقربنا من التغطية الشاملة. فالبلدان ذات المستويات المتشابهة في الإنفاق الصحي تحقق نتائج صحية مختلفة اختلافاً مذهلاً من استثماراتها في هذا المجال. وتفيد القرارات التي تخص السياسات في تفسير الكثير من هذا الاختلاف.

وفي نفس الوقت، ما من حزمة بذاتها من الخيارات الخاصة بالسياسات يمكن أن تأتي بنتائج جيدة في جميع المواقع. وكما يحذر التقرير، فإن أي استراتيجية فعالة للتمويل الصحي تحتاج إلى أن تكون منجزة محلياً. فالنظم الصحية هي نظم متكيفة معقدة، ويمكن لعناصرها المختلفة أن تتفاعل بطرق غير متوقعة. وتغطيته للإخفاقات والانتكاسات، إلى جانب النجاحات، يساعد هذا التقرير البلدان على توقع المفاجآت غير السارة ومن ثم تلافيها. وبما أن عمليات المفاضلة تعد أمراً حتمياً، فإن القرارات تحتاج إلى إحداث التوازن الصحيح بين نسبة السكان الذين تشملهم التغطية، ونطاق الخدمات المغطاه، والتكاليف التي ستتم تغطيتها.

إلا أنه، وبرغم هذه التحذيرات، وغيرها، فإن الرسالة الشاملة توشي بالتفاؤل. فجميع البلدان، في جميع مراحل التنمية، يمكنه اتخاذ خطوات فورية للتحرك تجاه التغطية الشاملة والمحافظة على ما حققته من إنجازات. والبلدان التي تعتمد السياسات الصحيحة يمكنها تحقيق تغطية جيدة وسريعة بالخدمات، وحماية ضد المخاطر المالية في أي مستوى كان من مستويات الإنفاق. وإن تمنياتي المخلصة هي أن تقدم التجارب والنصائح العملية التي يعرضها هذا التقرير التوجيه والإرشاد المطلوب لراسمي السياسات كي يمشوا قدماً في الاتجاه الصحيح. ولا ريب في أن السعي لبلوغ التغطية الشاملة هو هدف نبيل ومثير للإعجاب، كما أنه هدف يمكن بلوغه وتحقيقه في كل مكان.

Melhan

الدكتورة مارغريت تشان
المديرة العامة
لمنظمة الصحة العالمية

ملخص تنفيذي

لماذا التغطية الشاملة؟

إن حفظ الصحة وتعزيزها هو أمر أساسي لمعافاة الإنسان ولتحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة. وقد أدرك الموقعون على إعلان ألما آتا، منذ ثلاثين عاماً، هذا الأمر حيث لاحظوا أن توفير الصحة للجميع يمكن أن يساهم في تحقيق جودة أفضل للحياة، كما يساهم في إحلال السلام والأمن العالميين.

والناس في معظم البلدان أيضاً يضعون الصحة، على نحو غير مثير للدهشة، في أعلى سلم أولوياتهم، حيث لا يسبقها في ذلك غير الشواغل والهموم الاقتصادية، مثل البطالة، وانخفاض الأجور وارتفاع تكاليف المعيشة (1، 2) وعلى ذلك، فإن الصحة كثيراً ما تصبح قضية سياسية حيث تحاول الحكومات إرضاء تطلعات شعوبها.

وهناك سبل كثيرة لحفظ الصحة وتعزيزها. ويقع بعض هذه السبل خارج حدود القطاع الصحي. "فالظروف التي ينشأ في ظلها الناس، ويعيشون، ويعملون، ويشيخون" تؤثر تأثيراً قوياً على الكيفية التي يحيا بها الناس ويموتون (3). والتعليم، والسكن، والغذاء، والعمل، كلها عوامل تؤثر على الصحة. وإن إصلاح مظاهر الجور في ذلك، من شأنه أن يحد أيضاً من الجور في الصحة.

غير أن الحصول على الخدمات الصحية في الوقت المناسب ^(١) - والتي هي عبارة عن مجموعة من الخدمات التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية - يُعد أمراً حاسماً أيضاً. ولن يكون بالإمكان تحقيق ذلك، باستثناء قلة قليلة من السكان، بدون نظام تمويل صحي جيد الأداء، والذي يحدد ما إذا كان لدى الناس القدرة على الاستفادة من الخدمات الصحية عندما يحتاجونها، ويحدد أيضاً ما إذا كانت الخدمات موجودة أصلاً. وإدراكاً منها لذلك، التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، في عام 2005، بتطوير نظم التمويل الصحي لديها، مما يجعل الخدمات الصحية متاحة لكل الناس ولا يجعلهم يواجهون مصاعب مالية تنجم عن قيامهم بدفع تكاليف هذه الخدمات (4) وقد عرّف هذا المرمى بالتغطية الشاملة، ويطلق عليه، في بعض الأحيان، التغطية الصحية الشاملة.

وسعيًا وراء بلوغ هذا المرمى، تواجه الحكومات ثلاث مسائل أساسية:

- 1) كيف يمكن تمويل مثل هذا النظام الصحي؟
- 2) كيف يمكن حماية الناس من العواقب المالية لاعتلال الصحة ودفع تكاليف الخدمات الصحية؟
- 3) كيف يمكن التشجيع على الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة؟

ويتعين على الحكومات أيضاً ضمان كون التغطية عادلة، مع إيجاد وسائل موثوقة لرصد وتقييم التقدم المحرز في هذا الاتجاه.

وفي هذا التقرير، توضح المنظمة كيف يمكن للبلدان تعديل نظم التمويل لديها للتحرك بوتيرة أسرع صوب التغطية الشاملة، وضمان استمرار تلك الإنجازات التي تحققت. ويجمع التقرير البحوث الجديدة والعبر المستخلصة من التجارب والخبرات، ويضعها في مجموعة من الإجراءات الممكنة التنفيذ والتي يمكن للبلدان، في جميع مراحل التنمية، أخذها في الاعتبار، وتكييفها بما يلائم احتياجاتها. ويقترح التقرير سبلاً يمكن من خلالها للمجتمع الدولي أن يدعم الجهود في البلدان المنخفضة الدخل لتحقيق التغطية الشاملة.

وفي حين يتلمس العالم طريقة، في ظل هذا الركود الاقتصادي، وفي ظل عولمة الأمراض وكذلك الاقتصادات، والطلب المتزايد على التماس الرعاية للأمراض المزمنة المرتبطة، في جزء منها، بتشيخ السكان، فإن الحاجة لوجود تغطية صحية شاملة، ولاستراتيجية للتمويل، لم تكن في يوم من الأيام أشد مما هي عليه اليوم.

أين نحن الآن؟

إن قرار جمعية الصحة العالمية رقم 58-33 الذي صدر عام 2005 يؤكد أن كل شخص ينبغي أن يكون قادراً على الحصول على الخدمات الصحية وألا يتعرض لمصاعب مالية من جراء ذلك. ولا يزال العالم، في هذين الجانبين، بعيداً جداً عن بلوغ التغطية الشاملة.

وعلى جانب التغطية بالخدمات، فإن نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف عاملين صحيين مهرة، يمكن أن تتدنى إلى 10٪ فقط في بعض البلدان، على سبيل المثال، بينما تقترب هذه النسبة من 100٪ في البلدان ذات النسبة الأقل في وفيات الأمومة. وفي داخل البلدان نفسها، هنالك تفاوتات مشابهة لذلك، حيث تحصل النساء الثريات، بوجه عام، على معدلات مشابهة من التغطية، في أي مكان يعيشن فيه، بينما تفتقد الفقيرات ذلك. ويكون حظ النساء ضمن فئة

العشرين بالمئة الأكثر ثراءً بين السكان، في الولادة تحت إشراف عاملين صحيين مهرة، أكثر بعشرين ضعفاً من النساء الفقيرات.

وإن رأب الفجوة بين الأثرياء والفقراء في 49 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل من شأنه أن ينقذ حياة أكثر من 700000 امرأة، من الآن وحتى عام 2015 (5). وفي السياق نفسه، فإن الأطفال الأثرياء يعيشون أطول من الأطفال الفقراء. وإن سد الفجوة في التغطية لطيفٍ من الخدمات المقدمة للأطفال دون سن الخامسة، ولاسيما في مجال التطعيم الروتيني، من شأنه إنقاذ حياة أكثر من 16 مليون طفل.

غير أن الدخل ليس هو العامل الوحيد المؤثر على التغطية بالخدمات. ففي مواقع كثيرة يستفيد المهاجرون، والأقليات العرقية، والسكان الأصليون بالخدمات بشكل أقل من الفئات السكانية الأخرى، حتى ولو كانت حاجتهم إلى تلك الخدمات أكثر.

والوجه الآخر من العملة، هو أنه عندما يستفيد الناس من الخدمات، فإنهم عادة ما يتحملون تكاليف مرتفعة، وأحياناً تكون باهظة، وذلك عندما يدفعون تكاليف الرعاية التي يتلقونها.

ففي بعض البلدان يعاني نحو 11٪ من السكان من هذا النوع من المصاعب المالية الوخيمة كل عام، كما أن نحو 5٪ يدفعون إلى هاوية الفقر. وعلى الصعيد العالمي، يعاني نحو 150 مليون شخص من نكبات مالية كل عام بينما يدفع نحو 100 مليون إلى ما دون خط الفقر.

والعقوبة المالية الأخرى المفروضة على المرضى (وغالباً على القائمين على رعايتهم) هي فقدان الدخل. ففي معظم البلدان، يمكن للأقارب تقديم بعض أشكال الدعم المالي، رغم صغر حجمه، لأفراد الأسرة عند مرضهم. أما المزيد من التمويلات المالية الرسمية لحماية هؤلاء الذين لا تسمح حالتهم المرضية لهم بالعمل، فهو أمر أقل شيوعاً، حيث إن واحداً فقط من كل خمسة أشخاص في العالم هو الذي لديه حماية يوفرها ضمان اجتماعي شامل، يتضمن كذلك تغطية لفقدان الأجر في حال المرض. فضلاً عن أن أكثر من نصف سكان العالم يفتقدون لأي شكل من أشكال الحماية الاجتماعية الرسمية، بحسب منظمة العمل الدولية. وتتراوح نسبة الأشخاص الذين يتمتعون بالتغطية في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء، وفي جنوب آسيا بين 5 و 10٪ فقط، بينما تتراوح نسبة التغطية في البلدان المتوسطة الدخل بين 20٪ و 60٪.

ويمثل التمويل الصحي جزءاً مهماً من جهود شاملة لضمان الحماية الاجتماعية في الصحة. وعلى ذلك، فإن المنظمة تعد الوكالة الرائدة، بالاشتراك مع منظمة العمل الدولية، في مبادرة الأمم المتحدة لمساعدة البلدان على إنشاء

برامج للحماية الاجتماعية، تتضمن نوع الحماية من المخاطر المالية الذي تجري مناقشته في هذا التقرير، والجوانب الأوسع نطاقاً المتعلقة بتعويض الدخل والدعم الاجتماعي في حال الإصابة بالمرض (6).

كيفية الإصلاح

هنالك ثلاث مشكلات أساسية متداخلة تُحد من قدرة البلدان على التحرك للاقتراب من التغطية الشاملة. أما أول هذه المشكلات فهو توافر الموارد. فما من بلد، مهما كان مستوى ثرائه، استطاع أن يضمن حصول كل فرد فيه، بشكل مباشر، على كل تكنولوجيا من التكنولوجيات، أو تدخل من التدخلات، التي يمكن أن تحسن صحته أو تطيل حياته. ومن جهة أخرى، فإن بضع خدمات فقط هي المتاحة للجميع في البلدان الفقيرة. وأما الحاجز الثاني أمام التغطية الشاملة، فهو الاعتماد المفرط على المدفوعات المباشرة في نفس الوقت الذي يحتاج فيه الناس إلى الرعاية. وهذه تشمل المدفوعات المباشرة للأدوية وأتعاب الاستشارات والإجراءات. وحتى لو كان لدى الناس نوع ما من التأمين الاجتماعي، فقد يتعين عليهم الإسهام في ذلك بشكل من أشكال المدفوعات المشتركة، أو التأمين المشترك، أو في شكل مستقطعات.

وإن الالتزام المتمثل في الدفع المباشر لقاء الخدمات عند الحاجة إليها، سواء كان الدفع يتم بشكل رسمي أم غير رسمي (من تحت الطاولة)، يمنع الملايين من الناس من تلقي الرعاية الصحية عندما يحتاجونها. ويمكن أن يؤدي ذلك، بالنسبة لمن يلتمسون العلاج، إلى مواجهة صعوبات مالية وخيمة، أو حتى الوقوع في هاوية الفقر.

وأما العقبة الثالثة التي تقف في وجه التحرك السريع تجاه التغطية الشاملة فتتمثل في عدم الكفاءة والجور في الاستفادة من الموارد. فوفقاً لتقرير متحفظ، يجري إهدار ما بين 20٪ و 40٪ من الموارد الخاصة بالصحة. وإن الحد من هذا الهدر يمكن أن يحسن بشكل كبير من قدرة النظم الصحية على تقديم خدمات عالية الجودة وبالتالي تحسين الصحة. وإن تحسين الكفاءة عادة ما يجعل الأمر أيسر بالنسبة لوزارة الصحة لتقديم المبررات للحصول على اعتمادات مالية إضافية من وزارة المالية.

إذن، فالسبيل إلى التغطية الشاملة بسيط نسبياً، ظاهرياً على الأقل. ويتعين على البلدان جمع أموال كافية، والحد من الاعتماد على المدفوعات المباشرة لتمويل الخدمات، وأن تحسن من الكفاءة ومن المساواة. وتتناول الأقسام التالية من هذا التقرير هذه الجوانب بالمناقشة.

وقد أظهر العديد من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، على مدى العقد المنصرم، أن التحرك صوب التغطية الشاملة ليس حقاً مقصوداً على الدول ذات الدخل المرتفع فقط. فعلى سبيل المثال، خطت البرازيل، وشيلي، والصين، والمكسيك، ورواندا، وتايلند، خطوات كبيرة مؤخراً في معالجة هذه المشكلات الثلاث المذكورة آنفاً. كما أدخلت الغابون طرقاً مبتكرة لجمع الأموال من أجل الصحة، بما في ذلك فرض ضريبة على استخدام الهاتف النقال. وكذلك، أدخلت كمبوديا صندوقاً للعدالة الصحية يغطي النفقات الصحية للفقراء. وأيضاً، حسّن لبنان من كفاءة وجودة شبكة الرعاية الأولية لديه. وفي الوقت ذاته، فإن من الواضح أن بوسع كل بلد أن يفعل المزيد، في ما يختص بواحد على الأقل من هذه المجالات الثلاثة الأساسية. وحتى البلدان ذات الدخل المرتفع أصبحت تدرك الآن أنه يتعين عليها الاستمرار في إعادة تقييم الكيفية التي تمضي بها قدماً في مواجهة التكاليف الآخذة في الارتفاع وتطلعات الناس الآخذة في الازدياد كذلك. فقد أدركت ألمانيا، على سبيل المثال، أن تشيخ سكانها يعني تدني نسبة متلقي الرواتب والأجور بين مجموع السكان، مما يزيد من صعوبة تمويل نظام التأمين الصحي الاجتماعي الخاص بهذه الفئة، من الموارد التقليدية المتأتمية من اشتراكات التأمين القائم على الأجور. ونتيجة لذلك، اضطرت الحكومة إلى ضخ أموال إضافية من الإيرادات العامة إلى هذا النظام.

حشد موارد كافية من أجل الصحة

على الرغم من أن الدعم المالي الداخلي للتغطية الشاملة سيكون حاسماً لضمان استمرارها، فمن غير الواقعي أن ننتظر من البلدان المنخفضة الدخل أن تحقق التغطية الشاملة دون مساعدة في المدى القريب. وسيتعين على المجتمع الدولي تقديم الدعم المالي والجهود الداخلية في البلدان الأكثر فقراً من أجل التوسع السريع في إتاحة الخدمات.

ولكني يحدث ذلك، فمن الأهمية بمكان معرفة التكلفة المحتملة. فالتقديرات التي تمت مؤخراً في ما يختص بالأموال المطلوبة لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية، وضمان الحصول على التدخلات الحاسمة، بما في ذلك تلك الخاصة بالأمراض غير السارية في 49 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل، تشير إلى أن هذه البلدان في المتوسط (غير المرجح) ستحتاج إلى إنفاق ما يزيد قليلاً على 60 دولاراً أمريكياً لكل فرد، بحلول عام 2015، وهو ما يتجاوز بكثير مبلغ الـ 32 دولاراً أمريكياً التي تنفقها هذه البلدان في الوقت الحاضر. وهذا الرقم

الخاص بعام 2015 يتضمن تكلفة توسعة النظام الصحي، حتى يمكنه تقديم مجموعة التدخلات المحددة.

وعلى ذلك، فإن الخطوة الأولى باتجاه التغطية الشاملة، تتمثل في التحقق من أن البلدان الأكثر فقراً لديها هذه الأموال، وأن التمويل يزداد زيادة مطردة على مدى السنوات القادمة لتيسير عملية النهوض المطلوبة.

غير أنه، حتى البلدان التي تنفق حالياً أكثر من الحد الأدنى التقديري المطلوب، لا يمكنها الاسترخاء. فبلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة، وضمان إتاحة التدخلات الحاسمة، التي تركز على الأمراض غير السارية - التدخلات المشمولة في التكلفة التقديرية الواردة هنا - ما هما إلا بداية، حيث سيتبع ذلك حتماً، مع تحسن النظام، الطلب على مزيد من الخدمات، وعلى جودة أفضل أو مستويات أعلى من الحماية ضد المخاطر المالية. والبلدان ذات الدخل المرتفع تواصل بحثها عن الأموال لتلبية الطلبات والتطلعات المتزايدة من السكان لديها، ودفع تكاليف التطور السريع الذي تشهده التكنولوجيات الصحية والخيارات المتنوعة لتحسين الصحة.

ولدى جميع البلدان رؤية لجمع مزيد من الأموال من أجل الصحة على الصعيد الداخلي، شريطة التزام الحكومات والشعوب بذلك أيضاً. وهناك ثلاث طرق متاحة للقيام بذلك، فضلاً عن خيار رابع لزيادة تنمية المعونات وجعل أثرها أفضل على الصحة.

1) زيادة فعالية تحصيل الإيرادات: من الممكن أن يشكل تجنب رفع الضرائب وعدم كفاءة تحصيل الضرائب واشتراكات التأمين مشكلات خطيرة حتى في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع. وهناك توثيق جيد لل صعوبات العملية التي تواجه تحصيل الضرائب واشتراكات التأمين الصحي، ولاسيما في البلدان التي بها قطاع غير رسمي كبير. وإن تحسين كفاءة تحصيل الإيرادات من شأنه أن يزيد من الأموال التي يمكن استخدامها لتقديم الخدمات أو لشرائها نيابة عن السكان. وقد قامت اندونيسيا بتجديد نظام الضرائب فيها تجديداً كاملاً مما حقق مكاسب هائلة للإنفاق الحكومي العام، وللإنفاق على الصحة بوجه خاص.

2) إعادة تحديد أولويات الميزانيات الحكومية: عادة ما تعطي الحكومات الصحة أولوية متدنية نسبياً عند تخصيص ميزانياتها. فعلى سبيل المثال، اتفق رؤساء عدد من الدول الأفريقية التي تسعى لبلوغ الهدف، في إعلان أبوجا عام 2001، على أن تنفق هذه البلدان 15٪ من ميزانياتها الحكومية على الصحة، إلا أن 19 بلداً في المنطقة، ممن

وَقَّعت على الإعلان، تخصص الآن مبالغ أقل مما كانت تخصصها في عام 2001. ومع ذلك، فإن جمهورية تنزانيا الاتحادية تخصص 18.4٪ من ميزانيتها للصحة، كما أن ليبيريا تخصص 16.6٪ (هذه الأرقام تشمل مساهمات الشركاء الخارجيين التي توجه من خلال الحكومة، والتي يصعب عزلها). وإذا ما أخذت كمجموعة واحدة، فيمكن للبلدان الـ 49 المنخفضة الدخل جمع 15 بليون دولار أمريكي إضافي كل عام من أجل الصحة من مصادر داخلية وذلك بزيادة حصة الصحة في إجمالي الإنفاق الحكومي بمقدار 15٪.

(3) التمويل الابتكاري: لقد تركز الاهتمام، حتى الآن، بشكل كبير على مساعدة البلدان الغنية على جمع مزيد من الأموال من أجل الصحة في الأماكن الفقيرة. وقد قامت فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي الابتكاري للنظم الصحية، بإدراج فرض ضرائب متزايدة على تذاكر السفر الجوي، وعلى معاملات استبدال النقد الأجنبي، وعلى التبغ، وذلك ضمن قائمتها المتعلقة بسبل جمع عشرة بلايين دولار أمريكي إضافية سنوياً من أجل الصحة في العالم. وينبغي على البلدان المرتفعة الدخل والمتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل، على حد سواء، الأخذ في الاعتبار بعض هذه الآليات من أجل جمع الأموال على الصعيد الداخلي. وإن فرض ضريبة على عمليات استبدال النقد الأجنبي يمكن أن يؤدي إلى جمع مبالغ ضخمة في بعض البلدان. فالهند، على سبيل المثال، لديها سوق هائلة لاستبدال النقد الأجنبي يشهد حركة يومية لنحو 34 بليون دولار أمريكي، وإن فرض ضريبة مقدارها 0.005٪ على هذا الحجم من التجارة يمكن أن يغل نحو 370 مليون دولار أمريكي في السنة، إذا ما رأت الهند أن هذا السبيل ملائم. وثمة خيارات أخرى، تشمل سندات مجموعات الشتات (تباع للمغتربين)، وفرض رسوم تكافل على طيف من المنتجات والخدمات، مثل مكالمات الهاتف النقال. ولكل ضريبة نوع ما من الأثر التصحيحي على الاقتصاد، وسوف تتم معارضتها من قبل أولئك الذين لديهم مصالح مكتسبة. وسيكون على الحكومات تنفيذ تلك الضرائب الأكثر ملاءمة لاقتصاداتها، والتي يرجح أن تحظى بالدعم السياسي. وعلى الجانب الآخر، فإن للضرائب التي تُفرض على المنتجات الضارة بالصحة، منفعة مزدوجة من حيث تحسين صحة السكان من خلال الحد من استهلاكها، وتؤدي في نفس الوقت إلى جمع مزيد من الأموال. ومن

شأن زيادة ضريبة المكوس على التبغ بواقع 50٪ أن تؤدي إلى استردار 1.42 بليون دولار أمريكي كأموال إضافية في 22 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل التي تتوافر عنها بيانات. ولو خصص كل ذلك للصحة، لكان أدى إلى زيادة الإنفاق الصحي الحكومي بأكثر من 25٪ في عديد من البلدان، وبواقع 50٪ في تقدير أبعد. وكذلك، فإن رفع الضرائب على الكحوليات حتى 40٪ من سعر التجزئة يمكن أن يكون ذا تأثير أكبر. وتُظهر التقديرات الخاصة باثني عشر بلداً من البلدان المنخفضة الدخل، التي تتوافر عنها بيانات، أن معدلات الاستهلاك يمكن أن تنخفض بأكثر من 10٪، بينما يمكن للإيرادات من الضرائب أن ترتفع بما يزيد على ثلاثة أضعاف، حتى مستوى يبلغ 38٪ من إجمالي الإنفاق الصحي في تلك البلدان. وإن إمكانية رفع الضرائب على التبغ وعلى الكحوليات متوفرة في كثير من البلدان. وحتى لو أن جزءاً فقط من العائدات خصص للصحة لكانت إتاحة الخدمات قد تحسنت تحسناً عظيماً. وثمة عدد من البلدان يدرس الآن فرض ضرائب على منتجات أخرى من المنتجات الضارة، مثل المشروبات التي تحتوي على السكر، والأطعمة التي ترتفع فيها نسبة الملح أو الدهون غير المشبعة (7، 8).

(4) المساعدات الإنمائية من أجل الصحة: على الرغم من أن جميع

البلدان، الغنية منها والفقيرة، يمكنها عمل المزيد من أجل زيادة مصادر التمويل الصحي أو تنويعها، فإن ثمانية فقط من البلدان الـ 49 المنخفضة الدخل المشار إليها آنفاً هي التي لديها فرصة لاستردار الأموال المطلوبة لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية، بحلول عام 2015، من المصادر الداخلية وحدها. إذن، فالتكافل العالمي مطلوب. ويسلط نقص التمويل الذي تواجهه هذه البلدان المنخفضة الدخل، الضوء على الحاجة إلى احترام البلدان ذات الدخل المرتفع لالتزاماتها بشأن المساعدات الإنمائية الرسمية، وأن تعضد هذه الالتزامات بجهود أكبر لتحسين فعالية المعونات. وباعتبار أن التمويل الابتكاري يمكنه تكملة المساعدات الإنمائية الرسمية، وإذا ما أوفت البلدان، على نحو فوري، بتعهداتها الدولية الحالية، لكان التمويل الخارجي للصحة في البلدان المنخفضة الدخل قد ازداد بأكثر من الضعف ما بين عشية وضحاها، وكان النقص التقديري للأموال المطلوبة لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية قد زال فعلياً.

إزالة المخاطر المالية والحواجز التي تعيق إتاحة الخدمات

على الرغم من أهمية وجود تمويل كاف، إلا أنه سيكون من المستحيل الاقتراب من التغطية الشاملة لو أن الناس أخذوا يعانون من مصاعب مالية أو أنه حيل بينهم وبين الانتفاع بالخدمات بسبب اضطرارهم لدفع تكاليف هذه الخدمات في الحال. وعند حدوث ذلك، يتحمل الأشخاص المرضى جميع المخاطر المالية المرتبطة بدفع تكاليف الرعاية، ويتعين عليهم تقرير ما إذا كان يمكنهم تحمل تكاليف تلقي الرعاية. وكثيراً ما يعني ذلك، الاختيار ما بين دفع تكاليف الخدمات الصحية وبين دفع ثمن أشياء أخرى أساسية، مثل الطعام أو تعليم الأطفال.

وعندما تكون هنالك رسوم مفروضة، فإن الجميع يدفع نفس السعر بصرف النظر عن وضعه الاقتصادي. وليس هنالك تعبير رسمي للتكافل بين السقيم والسليم أو بين الغني والفقير. وإن مثل هذه النظم تجعل من المستحيل توزيع التكاليف على كامل دورة الحياة: دفع المساهمات عندما يكون الشخص صغيراً في السن ويتمتع بالصحة، ويعتمد على تلك المساهمات في حال الإصابة بالمرض في فترة لاحقة من حياته. وعلى ذلك، فإن إمكانية مواجهة نكبة مالية والوقوع في هاوية الفقر تكون مرتفعة، مما يستحيل معه تحقيق التغطية الشاملة.

وجميع البلدان تقريباً تفرض شكلاً من أشكال المدفوعات المباشرة، والتي يطلق عليها أحياناً المشاركة في التكاليف، رغم أنه كلما ازداد فقر البلدان، ارتفعت نسبة إجمالي الإنفاق الذي يُموّل بهذه الطريقة. ونجد أبلغ الأمثلة على ذلك في البلدان الثلاثة والثلاثين الأكثر فقراً، التي زادت المدفوعات المباشرة من الجيب فيها على 50٪ من إجمالي الإنفاق الصحي في عام 2007.

والسبيل الوحيد لتقليل الاعتماد على المدفوعات المباشرة هو تشجيع الحكومات لعملية تجميع المخاطر، وأسلوب الدفع المسبق، وهو السبيل الذي اختاره معظم البلدان التي أصبحت أقرب ما يكون إلى تحقيق التغطية الشاملة. وعندما تكون آليات الدفع المسبق والتجميع متاحة للسكان، يصبح مرمى التغطية الصحية الشاملة أكثر واقعية، حيث يركز ذلك على مدفوعات سددت مقدماً للمرض، وجمعت بطريقة ما واستخدمت في تمويل الخدمات الصحية لكل فرد خاضع للتغطية - العلاج والتأهيل للمريض وللعاجز، والوقاية والتعزيز لكل فرد.

ولن تتدنى فرص مواجهة النكبات المالية أو الوقوع في هاوية الفقر إلى مستويات لا تكاد تذكر، إلا إذا انخفضت المدفوعات المباشرة إلى 15 - 20٪

من إجمالي الإنفاق الصحي. نعم إنه هدف صعب، وهو هدف يمكن للبلدان الغنية أن تتطلع إليه، غير أن البلدان الأخرى قد ترغب في وضع أهداف أكثر تواضعاً على المدى القصير. فعلى سبيل المثال، وضعت البلدان الواقعة في إقليمي المنظمة لجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادي مؤخراً لنفسها هدفاً لنسبة تتراوح بين 30٪ و 40٪.

ويمكن للأموال أن تتأتى من مصادر مختلفة - ضرائب الدخل، والضرائب القائمة على الأجور، أو ضرائب القيمة المضافة ذات القاعدة الأوسع، أو ضرائب المكوس التي تفرض على التبغ والكحوليات، أو اشتراكات التأمين. والمصادر ليست بقدر أهمية السياسات التي توضع لإدارة نظم الدفع المسبق. فهل ينبغي جعل هذه المساهمات إجبارية؟ إذن من الذي ينبغي عليه الدفع؟ وكم يدفع ومتى؟ وما الذي يمكن أن يحدث للأشخاص الذين لا يستطيعون المساهمة مالياً؟ وينبغي اتخاذ قرارات أيضاً بشأن التجميع، فهل ينبغي حفظ الأموال كجزء من الإيرادات الحكومية الموحدة، أم في صندوق أو أكثر من صناديق التأمين الصحي، سواء كانت هنالك صناديق اجتماعية، أم خاصة، أم مجتمعية أم صناديق استثمار صغيرة؟

وهناك ثلاثة دروس عامة أظهرتها تجارب البلدان، والتي ينبغي أخذها في الاعتبار عند صياغة مثل هذه السياسات.

وأول هذه الدروس، أن هنالك نسبة من السكان، في كل بلد، تكون فقيرة جداً لدرجة عدم استطاعتها المساهمة من خلال ضرائب الدخل أو اشتراكات التأمين. وهم يحتاجون إلى إعانة من الأموال المجمعة، أي الإيرادات الحكومية العامة. ويمكن لمثل هذه المساعدة أن تتخذ شكل إتاحة الخدمات الممولة من قبل الحكومة، أو من خلال دعم اشتراكات التأمين لهم. وعادة ما يكون لدى البلدان التي تتاح لسكانها جميعاً مجموعة من الخدمات، معدلات مرتفعة نسبياً من الأموال المجمعة - بنسبة 5 - 6٪ من الناتج المحلي الإجمالي.

ثانياً، ينبغي جعل المساهمات إجبارية، وإلا فإن الشخص الغني والشخص السليم صحياً سوف يؤثران الانسحاب، ولن يكون هنالك تمويل كاف لتغطية احتياجات الفقراء والمرضى. ورغم أن أنظمة التأمين الطوعية يمكنها جمع بعض الأموال في غياب أساليب الدفع المسبق والتجميع الواسعة الانتشار، كما يمكنها المساعدة في تعريف الناس بفوائد التأمين، إلا أن قدرتها محدودة على تغطية طيف من الخدمات لأولئك الذين هم، من شدة فقرهم، غير قادرين على دفع الاشتراكات. ومن ثم، فإن الخطط الطويلة الأمد لتوسعة نطاق الدفع المسبق، وإدماج التأمين المجتمعي والتأمين المصغر في مجتمعات أوسع نطاقاً، هي من الأمور المهمة.

ثالثاً، تعد المجتمعات التي توفر الحماية للاحتياجات الصحية لعدد صغير من الأفراد، غير قابلة للتطبيق على المدى البعيد، حيث يمكن لبضعة أحداث مرضية أن تقضي عليها تماماً. وكذلك هو الحال بالنسبة للصناديق المتعددة، التي يكون لكل منها إدارته الخاصة ونظم معلوماته المستقلة، فهي أيضاً لا تتسم بالفاعلية، وتجعل تحقيق العدالة أمراً صعب المنال. وعادة ما يوفر أحد الصناديق مزايا رفيعة لأشخاص أغنياء نسبياً، ممن لا يرغبون في الأخذ بأسلوب شمولية الإعانات للفقراء ذوي الصحة المتدنية.

ويمكن انتهاج أسلوب شمولية الإعانات عندما تكون هنالك أموال متعددة، غير أن ذلك يتطلب إرادة سياسية، وقدرات تقنية وإدارية. ففي هولندا وسويسرا، على سبيل المثال، تنتقل الأموال من أنظمة التأمين التي ينضم إليها أشخاص ذوو احتياجات صحية محدودة (ويتحملون تكاليف أقل) إلى تلك الأنظمة التي ينضم إليها أشخاص ترتفع لديهم مخاطر الإصابة بالأمراض ويكونون بحاجة إلى خدمات أكثر.

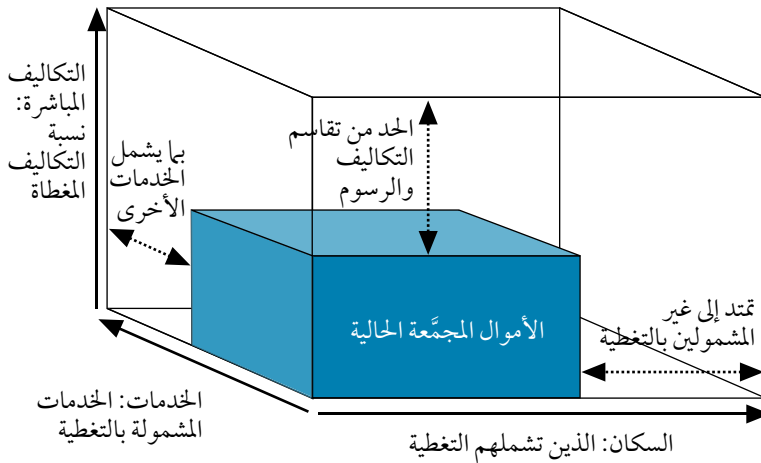
وحتى عندما يعتمد التمويل، في جزئه الأكبر، على الدفع المسبق والمجمّع، فإن الحاجة ستكون قائمة لعمليات المفاضلة بين نسب السكان التي ستتم تغطيتها، ونطاق الخدمات التي سيجري توفيرها، ونسبة التكاليف الإجمالية التي يتعين الوفاء بها (الشكل 1).

وبصور الإطار الذي يحمل عنوان "الأموال المجمعّة الحالية" الوضع

الراهن في بلد افتراضي حيث تتم تغطية نصف السكان تقريباً بنحو نصف الخدمات الممكن تقديمها، إلا أن أقل من نصف تكاليف هذه الخدمات يُستوفى من أموال مجمّعة. ولكي يمكن الاقتراب من التغطية الشاملة، ينبغي على القطر مد نطاق التغطية لتشمل مزيداً من الناس، وأن يقدم مزيداً من الخدمات، ويدفع قسطاً أكبر من التكاليف.

وفي البلدان التي لديها آليات حماية صحية اجتماعية قائمة منذ أمد بعيد، مثل تلك

الشكل 1. ثلاثة أبعاد تؤخذ في الاعتبار عند التحرك صوب التغطية الشاملة



المصدر: تمت ملاءمتها من (9، 10).

الموجودة في أوروبا أو في اليابان، تملأ الأموال المجمّعة الحالية معظم الفراغ، غير أنه ما من بلد من البلدان ذات الدخل المرتفع، التي يقال عموماً أنها حققت التغطية الشاملة، يقدم تغطية فعلية للسكان بنسبة 100٪ ولنسبة 100٪ من الخدمات المتاحة، ولنسبة 100٪ من التكاليف - بدون قائمة انتظار. إذن فكل بلد يملأ الإطار بطريقته الخاصة، ويفاضل بين نسبة الخدمات ونسبة التكاليف التي يتم الوفاء بها من الأموال المجمّعة.

ومع ذلك فإن السكان جميعهم في كل هذه البلدان، لهم الحق في الاستفادة من مجموعة من الخدمات (الوقائية والتعزيزية والعلاجية والتأهيلية). وكل فرد يتمتع فعلياً بالحماية من المخاطر المالية الوخيمة، بفضل آليات التمويل القائمة على الدفع المسبق والتجميع. والأسس هي نفسها، حتى وإن اختلفت التفاصيل، حيث تشكلها التطلعات المتفاعلة ما بين السكان، ومقدمي الخدمات الصحية، والبيئة السياسية، وتوافر الأموال.

وتتخذ البلدان سبلاً مختلفة في سيرها صوب تحقيق التغطية الشاملة، وذلك وفقاً للنقطة التي تبدأ منها، والكيفية التي تمضي بها، كما ستلجأ إلى خيارات مختلفة، مع مضيها على المحاور الثلاثة الموضحة في (الشكل 1). فعلى سبيل المثال، عندما يكون الجميع، في ماعدا عالية القوم، مستبعدين من الاستفادة من الخدمات الصحية، فإن التحرك السريع تجاه نظام يغطي كل فرد، غنياً كان أم فقيراً، يمكن أن يمثل أولوية، حتى لو كانت قائمة الخدمات والنسبة المغطاة من التكاليف من خلال الأموال المجمّعة، صغيرة نسبياً. وفي غضون ذلك، فإنه في ظل نظام عريض القاعدة، وعدم وجود مستبعدين سوى بضعة جيوب قليلة، فقد يتخذ القطر في البداية أسلوباً محدد الأهداف، يتم من خلاله تحديد أولئك المستبعدين، واتخاذ خطوات للتحقق من أنهم مشمولون بالتغطية. وفي مثل هذه الحالات، يمكن للبلدان تغطية المزيد من الخدمات للفقراء أو تغطية نسبة أعلى من التكاليف.

والخلاصة أن التغطية الشاملة تتطلب التزاماً بتغطية جميع السكان، بنسبة 100٪، وأن يتم إعداد الخطط اللازمة لبلوغ هذه الغاية منذ البداية، حتى لو كان تحقيق الهدف لن يتم بشكل فوري.

حواجز أخرى تعرقل الحصول على الخدمات الصحية

إن إزالة الحواجز المالية الكامنة في نظم المدفوعات المباشرة من شأنها أن تساعد الفقراء على الحصول على الرعاية، غير أنها لن تضمن ذلك. وتُظهر الدراسات التي أجريت مؤخراً حول سبب عدم إكمال الناس المعالجة من الأمراض المزمنة، أن تكاليف الانتقال وفقدان الدخل يمكن أن يكونا مانعين، أكثر من الرسوم

المفروضة، من تلقى الخدمة. أضف إلى ذلك أنه لو لم تكن الخدمات متوافرة على الإطلاق، أو لم يكن مكان تقديمها قريباً، فلن يتمكن الناس من الاستفادة منها، حتى لو كانت تقدم بالمجان.

ويقوم العديد من البلدان باستكشاف السبل التي يمكن من خلالها التغلب على هذه الحواجز. فقد أدت التحويلات النقدية المشروطة، حيث يتلقى الناس أموالاً إذا فعلوا أشياء معينة لتحسين صحتهم (عادةً ما ترتبط بالوقاية) إلى زيادة الاستفادة من الخدمات في بعض الحالات. وتشمل بعض الخيارات الأخرى تقديم قسائم، وإرجاع مبالغ لتغطية تكاليف الانتقال، وخطط الائتمانات الصغيرة التي تتيح لأفراد الأسر الفقيرة (وعادةً ما تكون النساء)، الفرصة لكسب المال، والتي يمكن استخدامها بطرق متعددة، بما في ذلك التماس الخدمات الصحية أو الحصول عليها.

تعزير الكفاءة والقضاء على الهدر

إن جمع أموال كافية من أجل الصحة أمر حتمي لا مفر منه، بيد أن مجرد الحصول على المال لن يحقق التغطية الشاملة، كما لن تحققها إزالة الحواجز المالية المعرّقة للحصول على الخدمات المقدمة من خلال أسلوب الدفع المسبق والتجميع. فالمطلب النهائي هو ضمان استخدام الموارد بالكفاءة المطلوبة.

والفرص اللازمة لتحقيق المزيد باستخدام نفس الموارد قائمة في جميع البلدان. فالأدوية المرتفعة الثمن تستخدم عادة عندما تصبح رخيصة، وهناك خيارات أخرى موجودة وهي على نفس القدر من الفاعلية، فهناك استخدام مفرط للمضادات الحيوية والحقن في كثير من الأماكن، وهناك أيضاً تخزين سيء وهدر، علاوة على وجود تفاوتات كبيرة في الأسعار التي تتفاوض بشأنها وكالات الشراء مع الموردين. وإن تقليص الإنفاق غير الضروري على الأدوية، واستخدامها استخداماً أكثر ملاءمة، وتحسين أساليب مراقبة الجودة، يمكن أن يوفر للبلدان ما يصل إلى 5٪ من إنفاقها الصحي.

ومن المعروف أن الأدوية مسؤولة عن ثلاثة من الأسباب الشائعة وراء عدم الكفاءة التي يوضحها هذا التقرير. ويمكن تصنيف الحلول الخاصة بالأسباب الستة الأخرى تحت العناوين التالية:

- الحصول على أقصى استفادة ممكنة من التكنولوجيات والخدمات الصحية.
- حفز العاملين الصحيين.

- تحسين كفاءة المستشفيات.
- الحصول على كل الرعاية من أول مرة بتقليل الأخطاء الطبية.
- القضاء على الهدر والتخلص من الفساد.
- التقييم النقدي لتحديد الخدمات المطلوبة.

وهناك هدر للموارد المنفقة على الصحة تتراوح نسبته، مع التحفظ، ما بين 20% و 40%، وهي موارد يمكن توجيهها نحو تحقيق التغطية الشاملة. ويمكن لجميع البلدان، أياً كان مستوى دخلها، اتخاذ خطوات للحد من عدم الكفاءة وهذا أمر يتطلب تقييماً مبدئياً لطبيعة وأسباب عدم الكفاءة على المستوى المحلي، استناداً إلى التحليل الوارد في هذا التقرير. وأحياناً تعود عدم الكفاءة إلى عدم كفاية الإنفاق الصحي، وليس وفرته. فعلى سبيل المثال، يؤدي انخفاض الرواتب إلى لجوء العاملين الصحيين إلى العمل في وظائف إضافية، في نفس الوقت، دعماً لدخلهم، مما يقلل من ناتج عملهم في وظائفهم الأصلية. إذن، فمن الضروري تقييم التكاليف والأثر المحتمل للحلول الممكنة.

ومن الممكن إدخال الحوافز ضمن الطريقة التي تدفع من خلالها أجور مقدمي الخدمة. فأسلوب دفع الأتعاب مقابل الخدمة، يشجع على الإفراط في تقديم الخدمات للقادرين على الدفع، أو الذين تسدد عنهم التكاليف من الأموال المجمعة (مثل الضرائب والتأمين)، وعدم تقديم القدر الكافي من الخدمات لغير القادرين على الدفع.

ولقد تمت تجربة العديد من البدائل، وكلها لها مميزاتا وعيوبها. وإذا كانت الرسوم مقابل الخدمة هي القاعدة في هذا الخصوص، فقد كان لزاماً على الحكومات والشركات إدخال الضوابط لتقليص الإفراط في تقديم الخدمات. ويمكن أن يكون تنفيذ هذه الضوابط مكلفاً ويتطلب قدرات بشرية وبنية أساسية إضافية من أجل قياس ورصد الاستخدام (وشرط الاستخدام الممكن) للخدمات.

وقد تم، في بعض المواقع الأخرى، إحلال طريقة الدفع بحسب عدد الأفراد محل الأتعاب مقابل الخدمة وذلك على مستوى الرعاية الصحية الأولية، أو بدفع الأجر بحسب الحالة، مثل تصنيف الحالات بحسب التشخيص على مستوى المستشفيات. وطريقة الدفع بحسب عدد الأفراد يتم فيها دفع مبلغ ثابت عن كل فرد مدرج لدى مقدم الخدمة أو المرفق في كل فترة زمنية، بصرف النظر عن الخدمات المقدمة. أما الدفع مقابل الحالة، فيتم بدفع مبلغ ثابت عن كل حالة، وبصرف النظر، مرة أخرى عن مدى شدة الحالة أو أمد المعالجة في المستشفى.

وكلا الطريقتين يقلل الدافع للإفراط في تقديم الخدمات، إلا أنه كان هنالك جدل بأن تصنيف الحالات بحسب التشخيص (مثل دفع نسبة ثابتة مقابل الإجراء، بصرف النظر عن طول فترة بقاء المرضى بالمستشفى) قد يشجع المستشفيات على إخراج المرضى من المستشفى في وقت مبكر قبل استكمال علاجهم، ثم إعادة إدخالهم بسرعة، مما يؤدي إلى دفع التكاليف مرتين بدلاً من مرة واحدة.

ويعد دفع أجور مقدمي الخدمة عملية معقدة ودائمة التغير، الأمر الذي حدا ببعض البلدان أن تضع نظام دفع مختلط، معتقدة أنه أكثر كفاءة من طريقة الدفع المفرد.

ومن الممكن إيجاد أساليب أكثر كفاءة لخدمات الشراء، والتي عادةً ما توصف بالشراء الاستراتيجي. فالنظام التقليدي الذي يجري من خلاله تعويض مقدمي الخدمة عن الخدمات التي يؤدونها (وتخصص الحكومات الوطنية ميزانيات لمستويات إدارية مختلفة، والتي تعتمد في جزء كبير منها، على ما تكون قد تلقت من تمويل في السنة السابقة)، أطلق عليه الشراء السلبي. ويمكن للشراء الأكثر إيجابية أن يحسّن الجودة والكفاءة من خلال توجيه أسئلة صريحة حول الاحتياجات الصحية للسكان: مثل ما هي التدخلات والخدمات التي تلي هذه الاحتياجات وهذه التطلعات على الوجه الأكمل، مع مراعاة الموارد المتاحة؟ وما هي المجموعة المناسبة من الإجراءات التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية؟ وكيف ومن ينبغي شراء وتقديم هذه التدخلات والخدمات؟

والشراء الاستراتيجي ليس مجرد عملية اختيار ما بين الشراء السلبي والشراء الإيجابي حيث ستقرر البلدان أين يمكنها العمل، استناداً إلى قدرتها على جمع، ورصد، وتفسير المعلومات اللازمة، وتشجيع وتطبيق معايير الجودة والكفاءة. والشراء السلبي يؤدي إلى عدم الكفاءة، وكلما اقتربت البلدان في تحركها تجاه الشراء الإيجابي، زادت إمكانية كفاءة النظام.

التفاوتات في التغطية

هنالك مسؤولية تقع على عاتق الحكومات لضمان قيام جميع مقدمي الخدمات، سواء في القطاع العام أو الخاص، بأداء العمل على نحو ملائم وصحيح، وأنهم يلبون احتياجات المرضى بأسلوب يتسم بالكفاءة وبالفاعلية لقاء التكاليف. وعلى الحكومات أيضاً أن تتحقق من توافر طيف من الخدمات السكانية المرتكز، تركز على الإجراءات الوقائية والتعزيزية، إلى جانب توافر خدمات مثل برامج

الاتصال الجماهيري المصممة من أجل الحد من استهلاك التبغ أو لتشجيع الأمهات على أخذ أطفالهن لتلقي التطعيمات.

والحكومات أيضاً مسؤولة عن ضمان حصول كل فرد على الخدمات التي يحتاجها، وأن الحماية تتوفر للجميع من المخاطر المالية المرتبطة بالاستفادة من تلك الخدمات، ويمكن لذلك أن يتعارض مع التوجه صوب تحقيق الكفاءة، حيث إن أفضل طريقة لتحقيق الكفاءة في استخدام الموارد ليست هي الأكثر إنصافاً دائماً. فعلى سبيل المثال، يعد من الأفضل والأكثر كفاءة، أن تقدم الخدمات في المناطق الكثيفة بالسكان، غير أن إيصال الخدمات إلى الفقراء في الأماكن الريفية يتطلب إنشاء الخدمات في أماكن قريبة منهم.

ويتعين على الحكومات أيضاً أن تدرك أن الخدمات العامة المجانية قد يستحوذ عليها الأغنياء الذين يستفيدون منها أكثر من الفقراء، حتى وإن كانت حاجتهم إليها أقل. وفي بعض البلدان، يكون الأغنياء فقط هم الذين يحصلون على مستوى ملائم من الخدمات، وفي بلدان أخرى، لا يُستبعد إلا الفقراء. وبعض الناس ينسلون من خلال الفجوات في أغلب النظم. وتباين أنماط الاستبعاد من الخدمات، وينبغي إيلاء اهتمام خاص للصعوبات التي تواجهها المرأة والفئات العرقية ومجموعات المهاجرين للحصول على الخدمات، والمشكلات الخاصة التي تواجه السكان الأصليين.

برنامج للعمل

ليس هنالك من بلد يبدأ من الصفر في ما يختص بالطريقة التي يُموّل بها الرعاية الصحية. فالجميع لديه شكل من أشكال النظام القائم، ولا بد أن ينطلق منه ويبني عليه، وفقاً للقيم السائدة، والقيود المفروضة، والفرص المتوافرة. وينبغي أن تستنير هذه العملية بالخبرات والتجارب الوطنية والدولية في هذا المضمار. ويمكن لجميع البلدان فعل المزيد لجمع الأموال من أجل الصحة أو لتنويع مصادر التمويل الخاصة بها، حتى تقلل من اعتمادها على المدفوعات المباشرة من خلال تعزيز أسلوب الدفع المسبق والتجميع، مع استخدام الأموال استخداماً أكثر كفاءة وبشكل منصف، بشرط وجود الإرادة السياسية. ويمكن أن تكون للصحة الريادة في تعزيز الكفاءة وتحقيق العدل والإنصاف. وبإمكان أصحاب القرار في مجال الصحة فعل الكثير للحد من التسريبات، مثل ما يتضح، بشكل بارز في الشراء. وبإمكانهم كذلك اتخاذ خطوات تحتذي بها القطاعات الأخرى، بما يشمل التنظيم والتشريع، لتحسين إيتاء الخدمات وضمان كفاءة النظام بوجه عام.

غير أن مجرد الانتقاء من قائمة خيارات، أو "استيراد" ما أثبت جدواه في مواقع أخرى، لن يكون كافياً، حيث يتعين أن تكون استراتيجية التمويل الصحي منجزة محلياً وأن تُدفع باتجاه التغطية الشاملة بعيداً عن الأوضاع القائمة. إذن، هو أمر حتمي أن تطور البلدان من قدراتها لتحليل وتفهم مواضع القوة ومواطن الضعف في النظام القائم حتى يمكنها تكييف سياسات التمويل لتلائم أوضاعها وفقاً لذلك، وتنفيذ هذه السياسات، ورصدها وتعديلها مع مرور الوقت.

تيسير إجراء التغيير ودعمه

تركز الدروس المستفادة المذكورة آنفاً على التحديات التقنية لإصلاح التمويل الصحي. غير أن الجانب التقني ليس مجرد عنصر واحد من عناصر وضع السياسات وتنفيذها، حيث إن وجود مجموعة متنوعة من الإجراءات المرافقة التي تيسر التفكير والتغيير، يعد أمراً ضرورياً.

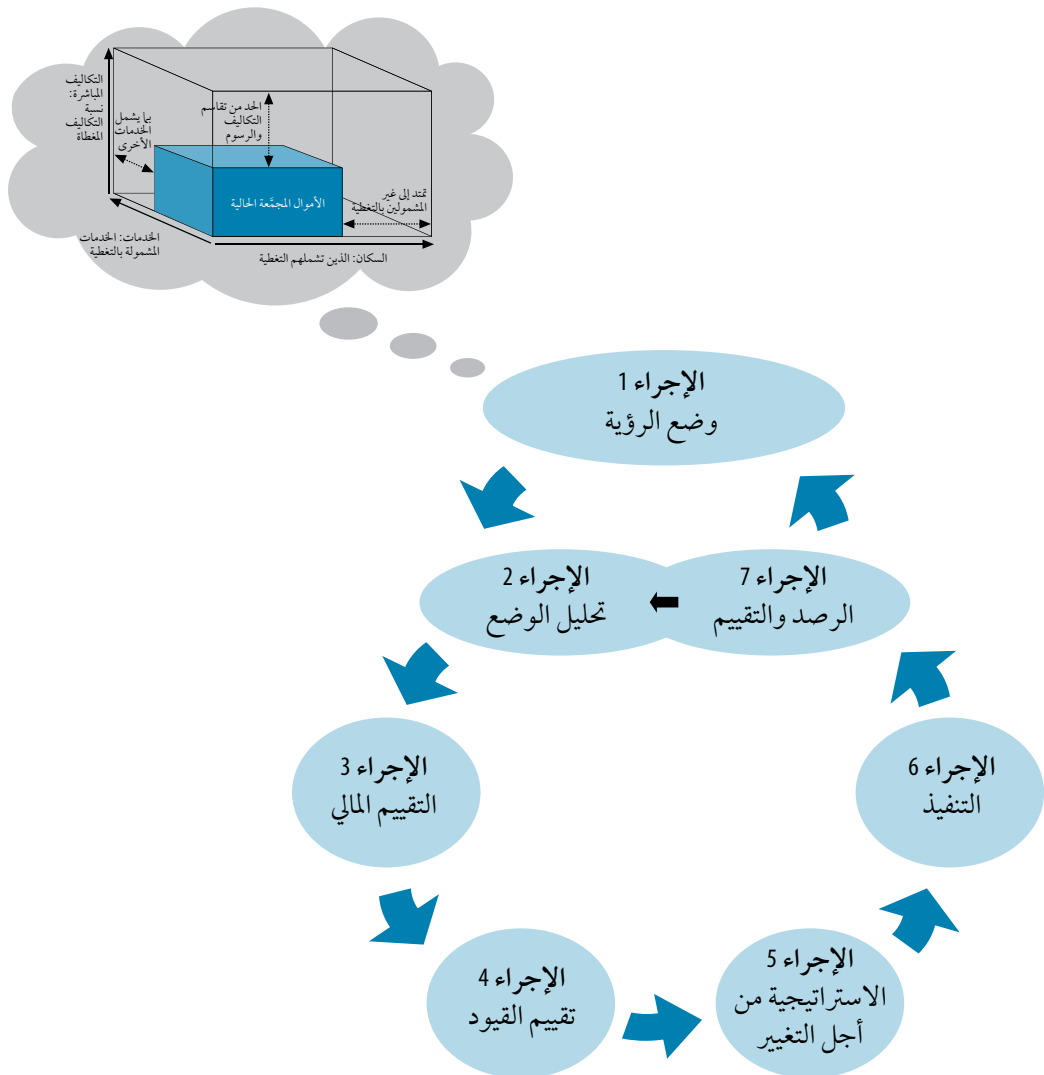
وتُرصّد هذه الإجراءات في عملية اتخاذ قرارات التمويل الصحي التي يوضحها (الشكل 2). والمقصود أن تكون دليلاً أكثر منها مخططاً. وتجدر الملاحظة أنه على الرغم من أن العمليات التي نتصورها تبدو كأنها منفصلة نظرياً، إلا أنها تتداخل وتتطور بشكل متواصل.

والإجراءات السبعة المتناولة بالوصف لا تنطبق فقط على البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، حيث تحتاج أيضاً البلدان ذات الدخل المرتفع، التي حققت مستويات مرتفعة من التغطية ومن الحماية ضد المخاطر المالية، إلى تقييم ذاتي بشكل متواصل لضمان تحقيق نظام التمويل لأهدافه في وجه الممارسات التشخيصية والعلاجية، والتكنولوجيات الدائمة التطور، والطلب المتزايد، والقيود المالية.

وعلى جانب آخر، فإن إعداد استراتيجية للتمويل الصحي وتنفيذها، هو عملية متواصلة من التكيف والملاءمة، أكثر منها تقدم مستمر تجاه نوع من الإتقان الافتراضي. وينبغي أن تبدأ بإعلان واضح للمبادئ والغايات التي يسير بموجبها نظام التمويل - تفهّم معنى التغطية الصحية الشاملة في البلد المعني. وهذا يمهد السبيل لتحليل الوضع (الإجراء 2). أما الإجراء 3، فهو يحدد الغطاء المالي والكيفية التي يرجح أن يتغير بها، مع مرور الوقت، ويشمل النظر في نسبة الأشخاص الذين يدفعون تكاليف الخدمات مباشرة من جيوبهم الخاصة، وكم يُنفق في القطاع اللاحكومي. والإجراء 4 يتطرق إلى القيود المحتملة على إعداد وتنفيذ خطط التحرك اقتراباً من التغطية الشاملة،

بينما يغطي الإجراء 5 والإجراء 6 صياغة وتنفيذ الاستراتيجيات التفصيلية. والدورة، كما نتصورها، تكتمل (الإجراء 7) عندما يستعرض البلد التقدم الذي أحرزه تجاه أهدافه المحددة (الإجراء 1)، بما يسمح بإعادة تقييم الاستراتيجيات ومن ثم عمل خطط جديدة لمعالجة أي مشاكل. إنها عملية تركز على التعلم المتواصل، والواقعيات العملية للنظام الذي يغذي إعادة التقييم والتعديل المستمر.

الشكل 2. عملية اتخاذ قرارات التمويل الصحي



ولابد لنظم التمويل الصحي أن تتكيف، ليس فقط لأن هناك مجالاً دائماً للتحسن، بل لأن البلدان التي تخدمها هذه النظم تتغير أيضاً: أنماط الأمراض تتطور، والموارد تنحسر وتتدفق، والمؤسسات تتطور وتنحدر.

خطوات عملية للشركاء الخارجيين

لن يتمكن العديد من أكثر البلدان فقراً، كما ذكر آنفاً، ولسنوات عديدة، من تمويل نظام يتيح التغطية الشاملة - حتى تلك التي لديها حزمة متواضعة من الخدمات الصحية - وذلك من موارده الداخلية. وحتى يتاح لأكثر البلدان فقراً النهوض بوتيرة أسرع، ينبغي على الشركاء الخارجيين زيادة مساهماتهم للوفاء بالتزاماتهم الدولية التي سبق التعهد بها. وهذا العمل وحده يمكن أن يسد تقريباً كل الفجوة التمويلية، التي سبق تحديدها للبلدان التسعة والأربعين المنخفضة الدخل، وينقذ حياة ما يزيد على ثلاثة ملايين شخص قبل حلول عام 2015.

ويمكن استكمال الموارد المتأتية من المعونات الإنمائية الرسمية التقليدية من مصادر تمويل ابتكارية، كما اقترحت فرقة العمل الرفيعة المستوى. ويمكن تطبيق بعض الطرق الابتكارية لجمع الأموال والتي سبق بحثها في موضع سابق من هذا التقرير، وذلك على المستوى الدولي. وبعض هذه الطرق يجري تطبيقه بالفعل على النحو الذي بينته حملة الخير الشامل لمؤسسة الألفية (Millennium Foundation's MassiveGood campaign). وجدير بالذكر أن كثيراً من آليات التمويل الابتكاري لا تتطلب توافق آراء دولياً. فلو أن كل بلد من البلدان ذات الدخل المرتفع أدخل مجرد خيار واحد من الخيارات التي سبق بحثها هنا في هذا التقرير، لأمكن جمع أموال إضافية بمعدلات هائلة لدعم تحرك أكثر سرعة تجاه التغطية الشاملة في البلدان التي هي في أشد الاحتياج إليها.

ويمكن للشركاء الخارجيين كذلك المساعدة في تقوية نظم التمويل في البلدان المتلقية. فالمانحون يستخدمون حالياً قنوات تمويل متعددة والتي تؤدي إلى إضافة مبالغ طائلة إلى تكاليف المعاملات سواء على المستوى القطري أو على المستوى الدولي. وإن تحقيق التناغم والانسجام بين النظم من شأنه أن يضع حداً لآليات التدقيق والرصد والتقييم الكثيرة، التي تتنافس مع النظم الداخلية التي تضم محاسبين ومدققين وإكتواريين، كما أنها ستتيح مزيداً من الوقت أمام وزارة الصحة وغيرها من المسؤولين الحكوميين، لإنفاقه في مد مظلة التغطية الصحية.

ولقد أحرز المجتمع الدولي تقدماً بتبنيه لإعلان باريس بشأن فعالية المعونة، ومن بعده برنامج عمل أكر. وتسعى الشراكة الصحية الدولية والمبادرات

ذات الصلة إلى تنفيذ المبادئ التي وُضعت في الإعلان وبرنامج العمل. بيد أن هنالك الكثير الذي ينبغي عمله. وقد أبلغت فييت نام أنه في عام 2009 كان هنالك ما يزيد على 400 بعثة مانحين لاستعراض المشروعات الصحية أو القطاع الصحي. وستقوم رواندا بتقديم تقارير سنوية إلى العديد من المانحين، حول 890 مؤشراً صحياً، 595 منها تتعلق بمرض الإيدز والملاريا وهدهما، بينما يجري إعداد مبادرات عالمية مع الأمانة العامة للمنظمة.

رسالة أمل

إن الرسالة الأولى الأساسية لهذا التقرير الخاص بالصحة في العالم هي أنه ليست هنالك "عصا سحرية" لتحقيق التغطية الشاملة. ومع ذلك، فإن طيفاً عريضاً من الخبرات والتجارب من شتى أرجاء العالم يشير إلى أنه بوسع البلدان المضي قدماً بوتيرة أسرع مما سارت عليه في الماضي، أو اتخاذ إجراءات لحماية المكاسب التي تحققت. ومن الممكن جمع أموال إضافية وتنويع مصادر التمويل، ومن الممكن كذلك الابتعاد عن المدفوعات المباشرة، باتجاه الدفع المسبق والتجميع (أو أن تضمن أن الجهود المبذولة لاحتواء زيادة الإنفاق لا تتجه، في الحقيقة، إلى الاعتماد على المدفوعات المباشرة) وأن تصبح أكثر كفاءة وأكثر فاعلية وتتوخى العدالة في استخدام الموارد.

إن المبادئ واضحة وراسخة، والعبر قد استخلصت من البلدان التي وضعت هذه المبادئ في حيز التنفيذ. وقد حان الوقت للانطلاق من هذه الدروس المستفادة والبناء عليها، لأن هنالك مجالاً لكل بلد لأن يفعل شيئاً لتسريع وتيرة التقدم صوب التغطية الشاملة، أو ضمان استمرار هذا التقدم. ■

المراجع

1. *A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey.* The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 23 June 2010).
2. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
3. *Closing the gap in a generation – health equity through action on the social determinants of health.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf, accessed 23 June 2010).
4. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
5. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper:

- constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (<http://www.internationalhealth-partnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20%20Final.pdf>, accessed 23 June 2010).
6. *World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
 7. Leonhardt D. The battle over taxing soda. *The New York Times*, 18 May 2010, B:1.
 8. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
 9. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
 10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

ملاحظات

⁽¹⁾ يستخدم مصطلح "الخدمات الصحية" في هذا التقرير ليتضمن التعزيز، والوقاية، والمعالجة، والتأهيل. ويشمل هذا المصطلح الخدمات التي تستهدف الأفراد (مثل التطعيمات في مرحلة الطفولة أو معالجة السل) والخدمات التي تستهدف السكان (مثل الحملات الإعلامية المضادة للتدخين).



الفصل الأول | أين نحن الآن؟

رسائل أساسية

- تحسين الصحة أمر حيوي لمعافاة الإنسان، كما أنه عنصر أساسي من أجل تنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة. والوصول إلى "أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه"، وفقاً لما هو منصوص عليه في دستور المنظمة، يتطلب دعفاً جديداً أو متواصلاً تجاه التغطية الشاملة في عديد من البلدان، كما يتطلب إجراءات قوية لحماية المكاسب التي تحققت في بلدان أخرى.
- لكي يمكن بلوغ التغطية الشاملة، فإن البلدان تحتاج إلى نظم تمويل تمكن الناس من الاستفادة من جميع أنواع الخدمات الصحية - التعزيزية، الوقائية، والعلاجية، والتأهيلية - دون تحمل مصاعب مالية.
- هنالك ملايين من الناس لا يستطيعون اليوم الاستفادة من الخدمات الصحية بسبب اضطرارهم لدفع تكاليف هذه الخدمات عند تلقيها. والكثير من أولئك الذين يتفجعون بالخدمات يعانون من مصاعب مالية، بل إنهم قد يدفعون إلى هاوية الفقر بسبب اضطرارهم لدفع تلك التكاليف.
- التحول عن المدفوعات المباشرة لدى تلقي الخدمات والاستعاضة عنها بالدفع المسبق، خطوة مهمة لتفادي المصاعب المالية المرتبطة بدفع تكاليف الخدمات الصحية. وتجميع الأموال الناشئة عن ذلك يزيد من إتاحة الخدمات المطلوبة ويوزع الأخطار المالية الناجمة عن اعتلال الصحة بين السكان.
- لن تستطيع الأموال المجمعة تغطية نسبة 100٪ من السكان، بنسبة 100٪ من التكاليف وبنسبة 100٪ من الخدمات المطلوبة، وسيكون على البلدان الاستثمار في اتخاذ خيارات صعبة بشأن أفضل السبل لاستخدام هذه الأموال.
- على المستوى العالمي، لازلنا بعيدين عن بلوغ التغطية الشاملة، غير أن البلدان على مختلف مستويات الدخل، أحرزت مؤخراً تقدماً مهماً باتجاه هذا المرمى بجمعها مزيداً من الأموال من أجل الصحة وتجميعها بشكل أكثر فعالية من أجل توزيع المخاطر المالية، مما زاد من كفاءتها.

1

أين نحن الآن؟

لقد وقع الحادث في السابع من تشرين الأول/ أكتوبر عام 2006، حيث طار نارين بنتالكارن من فوق دراجته البخارية وهو يقطع مسرعاً أحد المنحنيات، واصطدم بشجرة، وتلقى رأسه، غير المحمي، قوة الصدمة بالكامل. ووجدته قائدو السيارات بعد فترة من وقوع الحادث وأخذوه إلى مستشفى قريب. وشخص الأطباء الحالة بأنها إصابة وخيمة بالرأس وأحالوه إلى مركز لعلاج الإصابات على بعد 65 كيلو متراً، حيث تأكد التشخيص. وأظهر مسح شعاعي وجود تجمع دموي تحت الأم الجافية وانفتاق التليفين الدماغيين، الشصي وتحت المنجلي. وأصبحت مجموعة بنتالكارن بكسور في مواضع متعددة وبرز منها دماغه وانزاح من مكانه، وكان ما يزال ينزف، وقرر الأطباء إجراء جراحة له. ونُقل إلى قسم الطوارئ حيث أزال أحد الجراحين جزءاً من جمجمته لتخفيف الضغط، كما أزال خثرة دموية أيضاً. وبعد خمس ساعات، وُضع المريض على جهاز التنفس وأُخذ إلى وحدة العناية المركزة، وظل بها 21 يوماً. وبعد تسعة وثلاثين يوماً من دخوله إلى المستشفى، سُفي بالقدر الذي سمح بخروجه.

وإن ما يلفت النظر في هذه القصة ليس ما ترويه بشأن قدرة الطب الحديث على إصلاح البدن المكسور، بل إن ما يلفت النظر حقاً هو أن هذا الأمر لم يقع في قطر ينتمي إلى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، التي يبلغ نصيب الفرد فيها من الإنفاق على الصحة ما يقرب من 4000 دولار أمريكي، لكنه وقع في تايلند، وهو قطر ينفق 136 دولاراً أمريكياً على الفرد، أي مجرد 3.7٪ من الناتج المحلي الإجمالي (1). كما أن المريض لا ينتمي إلى النخبة الحاكمة، وهي النوع من الأشخاص الذين - كما سيبين هذا التقرير - يغلب أن يتلقوا معاملة جيدة أينما كانوا يعيشون. لقد كان بنتالكارن مجرد عامل غير نظامي، يكسب خمسة دولارات فقط في اليوم.

”والقوانين في تايلند“ كما ذكر الدكتور ويتايا تشادبنتشاشاي، الجراح الذي أجرى حجج القحف لبنتالكارن في مستشفى كون كاين الإقليمي، في المقاطعة الشمالية الشرقية من القطر، ”تقتضي أن تُقدم الرعاية المعيارية لجميع المرضى الذين يتعرضون لإصابات بصرف النظر عن أوضاعهم“. وبحسب ما ذكره الدكتور تشادبنتشاشاي، فإن الأطباء لا

يهتمون بمن يدفع تكاليف المعالجة، مهما كانت مكلفة، لأن هنالك تغطية، في تايلند، لتكاليف الرعاية الصحية لجميع الأشخاص.

وفي وقت يراجع فيه العديد من البلدان، بما فيها قوى اقتصادية عظمى مثل الصين والولايات المتحدة الأمريكية، السبيل الذي يمكن من خلاله تلبية متطلبات الرعاية الصحية للسكان، فإن قضية التغطية الصحية الشاملة - ما هي، وكم تكلف، وكيف تدفع تكاليفها - تهيمن على المناقشات التي تدور حول إيتاء الخدمة الصحية. وفي هذا التقرير الخاص بالصحة في العالم، نبحث القضية من منظور التمويل، ونقترح سبلاً يمكن من خلالها للبلدان، الغنية منها والفقيرة، أن تحسّن من إتاحة خدمات صحية ذات جودة عالية، دون أن يواجه الناس فيها مصاعب مالية بسبب اضطرارهم لدفع تكاليف الرعاية (الإطار 1-1).

وتتمثل المجالات الثلاثة الحاسمة للتمويل الصحي في ما يلي:

- (1) جمع أموال كافية من أجل الصحة.
- (2) إزالة الحواجز المالية التي تعرقل الحصول على الخدمات وتقليل المخاطر المالية الناجمة عن اعتلال الصحة.
- (3) الاستفادة بشكل أفضل من الموارد المتاحة (الإطار 1-1 يوضح هذا الأمر بالتفصيل).

إن الخدمات الصحية تكلف مالملاً، حيث لابد، بشكل أو بآخر، من دفع أجور الأطباء والمرضات وأثمان الأدوية، ورسوم المستشفيات. ويبلغ الإنفاق الصحي العالمي في الوقت الحالي نحو 5.3 تريليون دولار أمريكي في العام (1). ومع استمرار ارتفاع عبء الأمراض السارية على نحو مستعص، في أنحاء مختلفة من العالم، وتزايد انتشار الأمراض غير السارية - أمراض القلب، والسرطان، والحالات المزمنة مثل السمنة - في كل مكان، فإن النفقات الصحية سوف تواصل ارتفاعها. ومن شأن الأدوية الأكثر تطوراً، والإجراءات التي تستحدث من أجل معالجة هذه الأمراض أن تؤدي إلى تفاقم هذا الاتجاه وازدياد حدته.

وقد يبدو منطقياً، في ضوء ذلك، أن تكون البلدان الغنية قادرة على توفير خدمات صحية ميسورة التكلفة. كما أن البلدان التي أصبحت أقرب ما يكون إلى بلوغ التغطية الشاملة لديها، بصفة عامة، المزيد لإنفاقها على الصحة. فبلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، على سبيل المثال، لا تمثل سوى 18٪ من سكان العالم، ولكنها تنفق 86٪ من إجمالي الإنفاق الصحي العالمي. وبضعة بلدان فقط من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي هي التي تنفق أقل من 2900 دولار أمريكي على الفرد كل عام.

الإطار 1-1. ما الذي يفعله نظام التمويل الصحي: تفسير تقني

التمويل الصحي ليس مجرد جمع للأموال من أجل الصحة، إنه موضوع أكبر بكثير من ذلك، وهو يتعلق أيضاً بحق الذين يطلب منهم الدفع، ومتى يدفعون، وكيف تنفق الأموال التي تجمع.

تحصيل الإيرادات هو ما يربطه معظم الناس بالتمويل الصحي: الطريقة التي تجمع بها الأموال لدفع نفقات النظام الصحي. ويتم عادة تلقي الأموال من الأسر ومن الهيئات والشركات، وأحياناً من المساهمين من خارج القطر (يطلق على ذلك "مصادر خارجية"). ويمكن تحصيل الموارد عن طريق فرض ضرائب عامة أو ضرائب نوعية، ومساهمات التأمين الصحي الإجباري أو الطوعي، أو المدفوعات التي تدفع مباشرة من المال الخاص للمرضى، مثل رسوم استخدام الخدمات، ومن التبرعات.

التجميع هو جمع الموارد المالية وإدارتها بحيث يتحمل جميع الأعضاء في المجتمع، وليس الأشخاص الذين يسقطون مرضى، المخاطر المالية الناجمة عن الاضطرار لدفع تكاليف الرعاية الصحية. والغرض الرئيسي من التجميع هو توزيع المخاطر المالية المرتبطة بالحاجة إلى الانتفاع بالخدمات الصحية. وإذا ما كان ينبغي تجميع الأموال، فلا بد من أن تدفع دفعاً مسبقاً، قبل حدوث المرض - من خلال الضرائب و/ أو التأمين، مثلاً. وتتضمن جميع نظم التمويل الصحي عنصراً من عناصر التجميع يمول من المدفوعات المسبقة ويضم إلى المدفوعات المباشرة من الأفراد إلى مقدمي الخدمات، والتي يطلق عليها أحياناً المشاركة في تحمل التكاليف.

الشراء هو عملية دفع مقابل الخدمات الصحية. وهناك ثلاث طرق رئيسية لذلك أولها قيام الحكومة بتوفير الميزانيات مباشرة لمقدمي الخدمة الصحية التابعين لها (تكامل الشراء والإيتاء) باستخدام الإيرادات الحكومية العامة، وأحياناً، مساهمات التأمين. وتمثل الطريقة الثانية في الدفع لإحدى وكالات الشراء المستقلة مؤسسياً (مثل صندوق تأمين صحي أو سلطة حكومية) من أجل شراء الخدمات نيابة عن السكان (انفصال المشتري عن المقدم). أما الطريقة الثالثة فتتمثل في الدفع المباشر من الأفراد إلى مقدمي الخدمة. ومعظم البلدان تستخدم توليفة من هذه الطرق معاً.

ويمكن، من خلال هذه المجالات العامة، دفع أجور مقدمي الخدمات الصحية بطرق عديدة مختلفة، والتي سيجري تناوؤها بالتفصيل في الفصل الرابع. ويتضمن الشراء أيضاً تحديد الخدمات التي ينبغي تمويلها، بما يشمل خليطاً من الخدمات الوقائية، والتعزيزية، والعلاجية، والتأهيلية. وسيتم التعرض لذلك بمزيد من التفصيل في الفصل الثاني.

المسميات يمكن أن تكون مضللة. إن كل بلد يتخذ الخيارات الخاصة به في ما يتعلق بكيفية حشد الإيرادات، وكيفية تجميعها وأيضاً كيفية شراء الخدمات. وإن تقرير بلدان عديدة جمع جزء من الإيرادات من أجل الصحة من اشتراكات التأمين الصحي الإجباري لا يعني أنها كلها تجمع الأموال بنفس الطريقة. فبعض البلدان لديها مجمع وحيد - صندوق تأمين صحي وطني مثلاً - بينما يكون لدى بلدان أخرى مجمعات متعددة، وأحياناً مجمعات متنافسة تديرها شركات تأمين خاصة. وحتى عندما يكون لدى البلدان نظم تجميع متشابهة، فإن اختياراتها بشأن كيفية توفير أو شراء الخدمات تتباين تبايناً كبيراً. وقد تكون طريقة عمل اثنين من النظم التي تركز ارتكازاً كبيراً على التأمين الصحي، مختلفة في ما يختص بكيفية تجميع الأموال واستخدامها لضمان حصول السكان على الخدمات. وينطبق الشيء نفسه على اثنين من النظم التي يطلق عليها النظم القائمة على الضرائب. وهذا هو السبب في أن التصنيف التقليدي لنظم التمويل كنظم قائمة على الضرائب، أو تأمين صحي اجتماعي - أو نظام بيفيريدج مقابل نظام بسمارك - لم يعد مفيداً في عملية رسم السياسات.

ومن الأهمية بمكان النظر بعين الاعتبار للاختيارات التي تتخذ عند كل خطوة تتم على طول الطريق، ابتداء من جمع الإيرادات، مروراً بتجميعها، وحتى إنفاقها، حيث إن تلك الاختيارات تقرر ما إذا كان نظام التمويل يتسم بالفعالية، والكفاءة، والعدل المطلوب. وتتناول الفصول التالية هذه الاختيارات بشكل مفصل.

الناس هم محور الاهتمام. ومن المهم أن نتذكر، في خضم هذا العمل التقني، أن الناس هم محور هذا الأمر، فمن ناحية هم الذين يقدمون الأموال المطلوبة لدفع تكاليف الخدمات، ومن الناحية الأخرى، أن السبب الوحيد لجمع هذه الأموال هو تحسين صحة هؤلاء الناس ومعافاتهم. والتمويل الصحي وسيلة تفضي إلى غاية، وليس غاية في حد ذاته.

غير أن التغطية الأقل لا تكون دائماً مقصورة على البلدان الأقل دخلاً. وتعد تايلند مثلاً مدهشاً لقطر حسن بشكل ضخم من التغطية بالخدمات والحماية من المخاطر المالية لاعتماد الصحة، على الرغم من أنه ينفق أقل كثيراً على الصحة من البلدان ذات الدخل المرتفع. وقد تمكن من ذلك بتغيير الطريقة التي يجمع بها الأموال من أجل الصحة ويتخلى عن المدفوعات المباشرة، مثل رسوم استخدام الخدمات (الإطار 1-2). وربما كان ذلك هو العنصر الأكثر حسماً لتطوير النظم الصحية من أجل التغطية الشاملة؛ حيث لا تزال بلدان كثيرة تعتمد اعتماداً هائلاً في تمويل نظمها الصحية على المدفوعات المباشرة من الأفراد لمقدمي الخدمات الصحية.

المدفوعات المباشرة

للمدفوعات المباشرة انعكاسات خطيرة على الصحة. فجعل الناس يدفعون في المكان الذي يتلقون فيه الخدمة، يثنيهم عن الانتفاع بالخدمات (ولاسيما الخدمات التعزيزية والوقائية) ويشجعهم على تأجيل الفحوص الصحية. وهذا يعني عدم تلقيهم للمعالجة في وقت مبكر، عندما تكون إمكانية الشفاء هي الأوفر حظاً. وتشير التقديرات إلى أن نسبة مرتفعة من فقراء العالم البالغ عددهم نحو 1.3 بليون شخص لا يحصلون على خدمات صحية لأنهم، ببساطة، لا يستطيعون دفع تكلفتها عندما يحتاجونها (2) فهم يواجهون خطر الاندفاع إلى هاوية الفقر، أو إلى مزيد من الفقر لأنهم، من شدة مرضهم، لا يستطيعون العمل. والمدفوعات المباشرة تُضعف أيضاً الأوضاع المالية للأسر، حيث يضطر العديد من الناس الذين يسعون إلى التماس المعالجة إلى دفع تكاليفها في مكان تقديم الخدمة مما يجعلهم يعانون من مصاعب مالية

الإطار 1-2. ما هي المدفوعات المباشرة؟

تفرض الرسوم أو الأتعاب، في الصحة، لدفع أجور الاستشارات التي تجرى مع المهنيين الصحيين، أو رسوم الإجراءات الطبية أو الاستقصائية، أو سداد ثمن الأدوية وغيرها من المستلزمات، أو الفحوصات المختبرية.

وبحسب القطر، فإن هذه الرسوم تُفرض من قبل الحكومة، أو الهيئات الحكومية، أو الهيئات الدينية، أو المرافق الصحية الخاصة.

وأحياناً تكون رسوماً ذات طابع رسمي، وأحياناً تكون غير رسمية، أو ما يطلق عليه مدفوعات "من تحت الطاولة". وفي أحيان أخرى يتواجدان معاً.

وحتى عندما تكون هذه الرسوم مغطاة بالتأمين، يكون المرضى عموماً مطالبين بالمشاركة في التكاليف. وعادة ما يكون ذلك في صورة تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة و/ أو مستقطعات - مدفوعات يتعين على الشخص الخاضع للتأمين سدادها مباشرة من ماله الخاص عند تلقي الخدمات، بسبب كون هذه التكاليف غير مغطاة بخطة التأمين.

والمستقطعات هي مبالغ النفقات التي يتعين دفعها مباشرة من المال الخاص للمريض قبل قيام شركة التأمين بتغطية أي نفقات على الإطلاق. ويعكس التأمين المشترك نسبة النفقات اللاحقة التي يتعين سدادها من المال الخاص للشخص الخاضع للتغطية، بينما توضع المدفوعات المشتركة كمبلغ ثابت يتعين دفعه لكل خدمة تقدم.

ونحن نستخدم مصطلح المدفوعات المباشرة كي نحيط بكل هذه العناصر. غير أنه، وبسبب استخدام مصطلح الدفع من المال الخاص الذي يقصد به غالباً الإحاطة بنفس الأفكار، فإننا نستخدم كلا المصطلحين على نحو تبادلي.

وخيمة نتيجة لذلك (3-6). والتقديرات عن عدد الأشخاص الذين يعانون من نكبات مالية (والمعرفة بإنفاق أكثر من 40٪ من دخل الأسرة على الرعاية الصحية بعد تلبية الاحتياجات الأساسية) متوافرة عن 89 بلداً تغطي ما يقرب من 90٪ من سكان العالم (7). ويعاني ما يصل إلى 11٪ من السكان، في بعض البلدان، من هذا النوع من المصاعب المالية الوخيمة كل عام، ويُدفع ما يصل إلى 5٪ من السكان إلى هاوية الفقر بسبب اضطرارهم لدفع تكاليف الخدمات الصحية لدى تلقيهم لهذه الخدمات. وتوضح دراسات أجريت مؤخراً أن هذه المدفوعات التي تسدد من الأموال الخاصة للمرضى دفعت نحو 100000 أسرة، في كل من كينيا والسنغال، تحت خط الفقر في سنة واحدة، كما واجه نحو 290000 أسرة نفس المصير في جنوب أفريقيا (8).

وتقع النكبة المالية في جميع البلدان على مختلف مستويات دخلها، لكنها تقع أكثر ما تقع في تلك البلدان التي تعتمد أكثر على المدفوعات المباشرة لجمع الأموال من أجل الصحة (9). ويتكبد نحو 150 مليون شخص، في مختلف أنحاء العالم، نفقات باهظة للرعاية الصحية كل عام، بسبب المدفوعات المباشرة، مثل رسوم استخدام الخدمات، بينما يُدفع نحو 100 مليون تحت خط الفقر من جراء ذلك (7).

والإنفاق الصحي الباهظ لا يحدث بالضرورة بسبب الإجراءات الطبية المرتفعة التكاليف، أو بسبب واقعة واحدة مكلفة. فمدفوعات صغيرة نسبياً يمكن أن تؤدي إلى نكبة مالية بالنسبة لكثير من الأسر (10). ويمكن أن يدفع الورد المتواصل للفواتير الطبية بالأشخاص المصابين بأمراض مزمنة أو بعجز، على سبيل المثال، إلى هاوية الفقر (11-13).

ولا يقتصر تأثير المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة للمرضى على إثناء

الناس عن الاستفادة من الخدمات الصحية، وعلى الإرهاق المالي، بل إنها تتسبب أيضاً في عدم الفاعلية والجور في ما يختص بالطريقة التي تستخدم بها الموارد (الإطار 1-3). وهي تشجع على الاستخدام المفرط للخدمات من قبل الأشخاص الذين يمكنهم الدفع، وعلى نقص الاستفادة منها من قبل الذين لا يستطيعون (الإطار 1-3).

الإطار 1-3. التمويل من أجل تغطية صحية شاملة

نظم التمويل ينبغي أن تصمم تصميماً محدداً بحيث:

- تتيح لجميع الأفراد الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجونها (بما يشمل الخدمات الوقائية، والتعزيزية والعلاجية، والتأهيلية) بالجودة التي تحقق فعالية هذه الخدمات؛
- تضمن ألا تعرّض الاستفادة من هذه الخدمات مستخدميها لمصاعب مالية (14). في عام 2008، اعتمدت جمعية الصحة العالمية بالإجماع، قراراً يحث البلدان على تطوير نظم التمويل الصحي لديها لبلوغ المرميين اللذين تحدد في ذلك الوقت أنها يحققان التغطية الشاملة (15). وكلما زاد اعتماد البلدان على المدفوعات المباشرة، مثل رسوم استخدام الخدمات، من أجل تمويل نظمها الصحية، صعب عليها أكثر تحقيق هذه الأهداف.

الأموال المجمعّة

يعتمد التقدم على درب التغطية الشاملة على جمع أموال كافية من عدد كبير من الأفراد، ويستكمل، عند الضرورة، من دعم المانحين والإيرادات الحكومية العامة، مع إنفاق هذه الأموال على الخدمات التي يحتاجها السكان. وكلما زاد عدد الناس الذين يتشاركون في تحمل المخاطر المالية بهذه الطريقة، انخفضت المخاطر المالية التي يتعرض لها أي فرد. وعموماً، كلما كبر حجم التجمّع، زادت قدرته على مواجهة المخاطر المالية والتغلب عليها. وبنفس المنطق، فإن التجمّعات التي يشارك فيها عدد قليل ستواجه، على الأرجح، ما يطلق عليه الإكتاريون "تذبذبات شديدة للغاية في الاستخدام وفي المطالبات" (16).

ولكي يظل تجمّع ما باقياً، لا بد من وضع الأموال فيه، وهذا ما يجعل وجود نظام للدفع المسبق أمراً مطلوباً. والدفع المسبق يعني ببساطة أن يدفع الناس قبل أن يمرضوا، ثم يعتمدون على الأموال المجمعّة عندما يصابون بالمرض. وهناك طرق مختلفة لتنظيم عملية الدفع المسبق للناس الذين يمكنهم الدفع (أنظر الفصل الثالث)، غير أنه سيكون هنالك أناس، في جميع البلدان، غير قادرين على المساهمة المالية. والبلدان التي أصبحت أقرب ما يكون إلى بلوغ التغطية الشاملة تستخدم إيرادات الضرائب لتغطية الاحتياجات الصحية لهؤلاء الناس، بما يضمن حصول كل فرد على الخدمات عندما يحتاجونها. وتختلف المسافات التي قطعتها البلدان في سيرها على درب التغطية الشاملة، كما أن المراحل التي وصلت إليها في تطويرها للنظم المالية هي أيضاً مختلفة. فرواندا، على سبيل المثال، لديها نظام ضرائب لا يزال قيد التطوير، كما أن لديها ثلاث هيئات تأمين صحي نشطة (الإطار 1-4). وقد تُقرر بناء مجمّعات أكبر من خلال إدماج لفرادى المجمعّعات، في وقت لاحق.

المساعدات الخارجية

تواجه البلدان الأقل دخلاً، والتي تكون هياكل الدفع المسبق فيها غير متطورة أو غير فعالة وتكون الاحتياجات الصحية فيها بالغة العظم، تواجه عقبات كثيرة في سعيها لجمع أموال كافية عن طريق نظام الدفع المسبق والتجميع. ويكون من الضروري، تبعاً لذلك، قيام المانحين الدوليين بتقديم دعمهم لهذه البلدان. وإن الاستثمار في تطوير نظم الدفع المسبق والتجميع، مقابل مجرد تمويل المشروعات أو البرامج من خلال قنوات مختلفة، ليعّد واحداً من أفضل السبل التي يمكن للمانحين من خلالها مساعدة البلدان على التخلي عن فرض رسوم

استخدام للخدمات، وتحسين إتاحة الرعاية الصحية والحماية من الأخطار المالية (21، 22).

وقد بدأ العديد من الوكالات الثنائية، على مدى السنوات الخمس الماضية، في مساعدة البلدان على تطوير نظم التمويل الصحي فيها، بغرض تحقيق التغطية الشاملة. كما بدأت هذه الوكالات أيضاً تحديد الكيفية التي يمكن لمساعداتها المالية الخارجية دعم هذه العملية بدلاً من إعاقته. وينعكس ذلك في تبنيها لإعلان باريس بشأن فعالية المعونة وبرنامج عمل أكر. وتسعى الشراكة الصحية الدولية

والمبادرات ذات الصلة بها، إلى تطبيق هذه المبادئ وترجمتها إلى عمل في القطاع الصحي بهدف حشد دعم البلدان المانحة، وغيرها من الشركاء في التنمية، لتتمحور حول استراتيجية صحية وطنية واحدة تقودها البلدان (23، 24).

على الدرب صوب التغطية الشاملة

يقوم كثير من البلدان، خلال تحركها صوب تحقيق التغطية الشاملة، بإصلاح الطريقة التي تمول بها الرعاية الصحية. ومن بين هذه البلدان، اثنان من أهم الاقتصادات العالمية، ألا وهما الصين والولايات المتحدة الأمريكية.

فقد أعلنت الحكومة الصينية، في نيسان/إبريل 2009 خططها لتوفير خدمات صحية "مأمونة وفعالة، وملائمة، وميسورة الكلفة" لجميع

الإطار 1-4. التشارك في تحمل مخاطر المرض: التأمين الصحي المتبادل في رواندا

تفيد تقارير الحكومة الرواندية أن 91٪ من سكان القطر مدرجون في واحد من ثلاثة من أنظمة التأمين الصحي (17): الأول هو التأمين الرواندي ضد الأمراض (Rwandaise Assurance Maladie) وهو نظام تأمين صحي اجتماعي إجباري لموظفي الحكومة، وهو متاح أيضاً لموظفي القطاع الخاص على أساس طوعي، والثاني هو نظام التأمين الطبي العسكري، (Military Medical Assurance Scheme) الذي يغطي احتياجات جميع العسكريين. أما الثالث والأهم، الذي يوفر التغطية التأمينية للسكان، فهو مجموعة التأمينات المجتمعية ضد الأمراض (Assurances Maladies Communautaires). وهي أنظمة تأمين تبادلية أعضاؤها، بشكل غالب، هم من يعيشون في الأماكن الريفية ويعملون في القطاع غير الرسمي. وقد توسعت هذه الأنظمة التأمينية المشتركة بسرعة على مدى السنوات العشر الماضية، وهي تغطي الآن أكثر من 80٪ من السكان. ويأتي أكثر من 50٪ من تمويل هذه الأنظمة من اشتراكات الأعضاء، بينما يأتي النصف الآخر من الدعم الحكومي عن طريق خليط من إجراءات الضرائب العامة ودعم المانحين (18).

ولا تغطي أنظمة التأمين جميع النفقات الصحية: فالأسر لا يزال يتعين عليها دفع نسبة من التكاليف من مالها الخاص، كما أن من الواضح أن نطاق الخدمات المتاحة ليس ممتداً على النحو الذي هو عليه في البلدان الغنية. ومع ذلك، فإن لهذه الأنظمة أثر كبير. فقد قفز نصيب الفرد في الإنفاق على الصحة من 11 دولاراً أمريكياً في عام 1999 إلى 37 دولاراً أمريكياً في عام 2009، وقد تُرجمت النسبة المتزايدة من السكان الذين تلقوا تغطية بنوع ما من التأمين الصحي، إلى زيادة في الانتفاع بالخدمات الصحية والاستفادة منها. والأهم من ذلك كله، التحسن الكبير في النتائج الصحية والتي تقاس، على سبيل المثال، بتناقص وفيات الأطفال (19).

ونظراً لحداثة عهد هذا النظام، فلا يزال يواجه تحديات تتمثل في جعل المساهمات أكثر يسراً في التكلفة، بالنسبة للأشخاص الأشد فقراً، وتوسيع نطاق الخدمات المقدمة، والنسبة من إجمالي النفقات المغطاة، وتحسين الإدارة المالية. وتعمل رواندا أيضاً على تحقيق الانسجام بين آليات التمويل المختلفة، ويتم ذلك بشكل جزئي، من خلال إعداد إطار عمل قانوني وطني يحكم أنشطة التأمين الصحي (20).

السكان في الحضر وفي الريف (25). وإذا ما تم تنفيذ ذلك بالكامل، فمن شأن هذا الإصلاح أن ينهي الآليات الصحية القائمة على السوق التي كانت قد أُدخلت عام 1978. وكانت الحكومة، قبل ذلك، قد وفرت خدمات رعاية صحية أساسية، لكنها مجانية بصفة أساسية، وذلك لجميع السكان. غير أن الأسلوب الجديد القائم على آليات السوق أدى إلى زيادة كبيرة في المدفوعات المباشرة - من ما يزيد قليلاً على 20٪ من كامل الإنفاق الصحي في عام 1980 إلى 60٪ في عام 2000 - تاركاً كثيراً من الناس يواجهون نفقات رعاية صحية باهظة. وكان معنى الأسلوب الجديد أيضاً أن تعيش المستشفيات على الرسوم التي يدفعها المرضى، والتي مارست ضغطاً على الأطباء لوصف أدوية وعلاجات تستند إلى ما يمكن لهذه الأدوية والعلاجات ان تدره من إيرادات بدلاً من استنادها إلى مبادئ النجاعة السريرية (الإكلينيكية).

وقد اتخذت الحكومة خطوات للتعاطي مع هذه القضايا. وتحتل الأنظمة الطبية التعاونية الجديدة، التي شرع في العمل بها عام 2003 من أجل تلبية احتياجات سكان الريف، ونظام التأمين الطبي الأساسي لسكان الحضر، الذي بُدء في تجريبه في عام 2007 في 79 مدينة، تحتل موضع القلب بالنسبة لعمليات الإصلاح الأخيرة. وتسعى الحكومة من خلال ذلك إلى الحد من الاعتماد على المدفوعات المباشرة، وزيادة نسبة السكان الذين تتم تغطيتهم بالتأمين الرسمي من 15٪ في عام 2003 إلى 90٪ بحلول عام 2011، وإلى توسيع نطاق إتاحة الخدمات والحماية من الأخطار المالية مع مرور الوقت (26).

وسوف تؤدي الإصلاحات الخاصة بالتمويل الصحي التي أُجريت مؤخراً في الولايات المتحدة الأمريكية إلى مد مظلة التأمين إلى نحو 32 مليون شخص لم يسبق أن خضعوا للتأمين، وذلك بحلول عام 2019 (27). وستستخدم استراتيجيات عديدة لتحقيق هذا الهدف. ولن يكون بمقدور شركات التأمين الخاصة بعد الآن رفض المتقدمين للتأمين استناداً إلى وضعهم الصحي، على سبيل المثال، وسوف يتم دعم اشتراكات تأمين محدودي الدخل من الأفراد والعائلات (28).

وعلى جانب آخر، أحرز العديد من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل تقدماً كبيراً أيضاً في تطوير نظم التمويل بها في اتجاه التغطية الشاملة. وهناك أمثلة لذلك معروفة معرفة جيدة مثل شيلي (29)، وكولومبيا (6)، وكوبا (30)، ورواندا (20)، وسريلانكا (31)، وتايلند (32)، ولكن هناك أيضاً البرازيل (33)، وكوستاريكا (34)، وغانا (35)، وكيرغيزستان (36)، ومنغوليا (37)، وجمهورية مولدوفا (38). وفي ذات الوقت، قامت الغابون (39)، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية (40)، ومالي (41)، والفلبين (42)، وتونس (43) وفيت نام (44) بتوسيع نطاق أشكال عديدة من نظم الدفع المسبق والتجميع من

أجل زيادة الحماية من المخاطر المالية، ولاسيما بالنسبة للفقراء. وعلى الجانب الآخر من ميزان الدخل، يوفر 27 بلداً من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي التغطية لجميع المواطنين بمجموعة من التدخلات، من أموال مجمعة، بينما هنالك بلدان آخران - المكسيك من خلال نظام التأمين الصحي الطوعي الشعبي (Seguro Popular)، وتركيا، من خلال برنامج التمويل الصحي - يسيران في هذا الاتجاه (45-47).

ومن الجدير بالذكر، أن كلاً من هذه البلدان يتحرك صوب التغطية الشاملة بطرق مختلفة وبوتيرة مختلفة كذلك. ففي بعض الأحيان تتطور نظم هذه البلدان على مدى فترات طويلة، والتي غالباً ما تواجه فيها معارضة، وفي أحيان أخرى يكون الدرب أقصر والسير فيه أسرع (21، 48).

ولقد استهلكت جمهورية كوريا، على سبيل المثال، رحلتها في أوائل الستينيات من القرن الماضي، حيث ركز الاستثمار الباكر على إقامة البنية الأساسية، إلا أن البرنامج توسع توسعاً كبيراً في عام 1977 وحظي بدعم قوي رفيع المستوى (49). وتبع ذلك توسع مطرد في أنظمة الرعاية الصحية المرتكزة على أرباب العمل، بدءاً بالشركات التي يعمل بها أكثر من 500 موظف، ونزولاً مع السلسلة إلى أن وصلت إلى الشركات التي يعمل بها على الأقل 16 موظفاً، حتى وصلت في الآونة الأخيرة إلى تلك التي ليس بها سوى موظف واحد يعمل دواماً كاملاً. وفي عام 1981، أدخل موظفو الدولة والمعلمون إلى هذا النظام، وقد لعبوا دوراً رئيسياً في إذكاء الوعي لدى بقية السكان. وقد ساعد ذلك، بدوره، على وضع التغطية الشاملة في قلب جدول الأعمال السياسي عام 1988، عندما مثلت عملية الانتساب إلى برامج الرعاية الاجتماعية قضية جوهرية في الحملة الانتخابية. وفي عام 1989، مدت مظلة التغطية لتشمل بقية السكان - المعوزين، والعاملين لحسابهم الخاص والمقيمين في الريف (50). ومنذ ذلك الحين سعى النظام لمد نطاق الخدمات المقدمة ونسبة التكاليف التي يغطيها نظام التأمين.

الحفاظ على الإنجازات القائمة

يمثل التحرك بوتيرة أسرع صوب التغطية الشاملة واحداً من التحديات الماثلة، بيد أن ضمان استمرار ما تحقق بالفعل من مكاسب يمكن أن يكون على نفس القدر من الصعوبة. والعديد من البلدان قامت بتكييف نظم التمويل فيها في مواجهة الظروف المتغيرة. فغانا، على سبيل المثال، بدأت، عقب الاستقلال عام 1957، في توفير الرعاية الصحية لسكانها بالمجان في أماكن تقديم الخدمة

من خلال المرافق التي تمولها الحكومة. إلا أنها تخلت عن هذا النظام في أوائل الثمانينات من القرن الماضي، في ظل القيود الحادة للموارد، قبل إدخالها أحد أشكال التأمين الوطني منذ عهد قريب (الإطار 1-5).

وشيلي أيضاً مرت بمراحل مختلفة. فبعد تقديمها لخدمات صحية تمول من قبل الدولة، على مدى 30 عاماً، أثرت، في عام 2000، انتهاج أسلوب يشمل خليطاً من التأمين الصحي الخاص/العام، يضمن الإتاحة الشاملة لمعالجة عالية الجودة لمجموعة من الحالات المحددة تحديداً صريحاً. وقد تم التوسع في عدد الحالات مع مرور الوقت. ومثل الفقراء المستفيدين الرئيسيين من ذلك (29).

وتواجه البلدان كلها طلباً متزايداً لخدمات أفضل، إلى جانب التهديدات التي تمثلها الأمراض والقائمة المتنامية من التكنولوجيات والأدوية التي غالباً ما تكون مرتفعة الثمن، من أجل الحفاظ على الصحة وتحسينها. والأسعار تواصل ارتفاعها بشكل أسرع من نمو الدخل الوطني، مما يفرض ضغطاً على الحكومات لكبح جماح التكاليف.

التغطية الشاملة: المساران

لقد أظهرت بلدان كثيرة، في مراحل متباينة من مراحل التنمية الاقتصادية، أن بالإمكان إحراز تقدم كبير تجاه بلوغ التغطية الشاملة، إلا أنه لا يزال أمام العالم ككل طريق طويل يتعين قطعه. ولكي نعلم أين نقف الآن، فلا بد أن نركز على عنصرين أساسيين من عناصر التغطية الشاملة، واللذين سبق التعرض لهما في هذا التقرير، ألا وهما: الإتاحة المالية للخدمات الصحية الحاسمة، ومدى الحماية من المخاطر المالية المقدمة للناس الذين يستخدمون هذه الخدمات (الإطار 1-3).

الإطار 1-5. غانا: مراحل مختلفة من إصلاحات التمويل الصحي

قامت غانا، بعد استقلالها عام 1957، بتوفير الرعاية الطبية لسكانها من خلال شبكة مرافق للرعاية الأولية. وجاء تمويل هذا النظام من الضرائب العامة وحصل على أحد أشكال الدعم من مانحين خارجيين. ولم يتم فرض أي رسوم مقابل الخدمات. وفي عام 1980، ونظراً لمواجهتها أوضاعاً اقتصادية متدهورة، أضفى القطر الطابع التحرري على القطاع الخاص في إطار أشمل للإصلاحات الهيكلية. وقد أدى تحرر القطاع الصحي إلى انفجار في أعداد مقدمي الرعاية الصحية الخاصة، والذي، مع اقترانه بإدخال رسوم لتغطية جزء من التكاليف بالمرافق الحكومية، أدى إلى انخفاض حاد في الاستفادة من الخدمات الصحية، ولاسيما بين الفقراء. وغالباً ما واجه الأشخاص الذين سعوا إلى التماس المعالجة الطبية، ودفعوا تكاليفها من أموالهم الخاصة، مخاطر الإفلاس من جراء ذلك (15).

ومنذ عهد قريب، بدأت المدفوعات من الأموال الخاصة للمرضى تقل كنسبة من إجمالي النفقات الصحية حيث يحاول القطر عكس اتجاه هذه التطورات. وقد بدأت العملية بالإعفاء من رسوم استخدام الخدمات بالنسبة لأمراض مثل الجذام والسل، وكذلك بالنسبة للتطعيم ولرعاية الحمل. وتسقط غانا أيضاً الرسوم عن الأشخاص ذوي الدخل الشديد الانخفاض. وأدخل في عام 2004 نظام تأمين صحي وطني وبحلول عام 2005، كان 67.5% من السكان قد سُجّل في هذا النظام (35). وخلال المدة من 2005 إلى 2008، زادت زيارات المرضى إلى مرافق رعاية المرضى الخارجيين بنسبة 50% حيث ارتفعت من نحو 12 مليوناً إلى 18 مليوناً، بينما زادت حالات الإدخال إلى المستشفيات بنسبة 6.3%، مرتفعة من 0.8 مليوناً إلى نحو 0.85 مليوناً.

وفي الوقت الراهن، يشكل كل نظام من أنظمة التأمين الصحي المتبادل في المناطق، والتي يتألف منها نظام التأمين الوطني، يمثل كل منها مجمّعاً منفصلاً للتشارك في تحمل المخاطر. ويشكل هذا التشرذم مشكلة قائمة، شأنه في ذلك شأن الاستدامة، غير أن غانا ملتزمة بإصلاح ما نجم عن تخليها عن التغطية الشاملة خلال العقود القليلة الماضية.

وكما ذكر من قبل، فإن ما يقدر بـ 150 مليون شخص، في جميع أنحاء العالم، يعانون من نكبة مالية كل عام، و 100 مليون يدفعون إلى هاوية الفقر بسبب المدفوعات المباشرة للحصول على الخدمات الصحية. وهذا يوضح الغياب الواسع الانتشار للحماية من المخاطر المالية - وهو واحد من أوجه القصور التي تؤثر أكثر ما تؤثر على البلدان المنخفضة الدخل، إلا أن تأثيرها لا يقتصر، بأي حال من الأحوال، على تلك البلدان. ويعاني أكثر من 1٪ من السكان، أو أربعة ملايين شخص تقريباً، في ستة من بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، من الإنفاق الباهظ، بينما تتجاوز الوقوعات في ذلك خمسة من كل 1000 شخص، في خمسة بلدان أخرى (7).

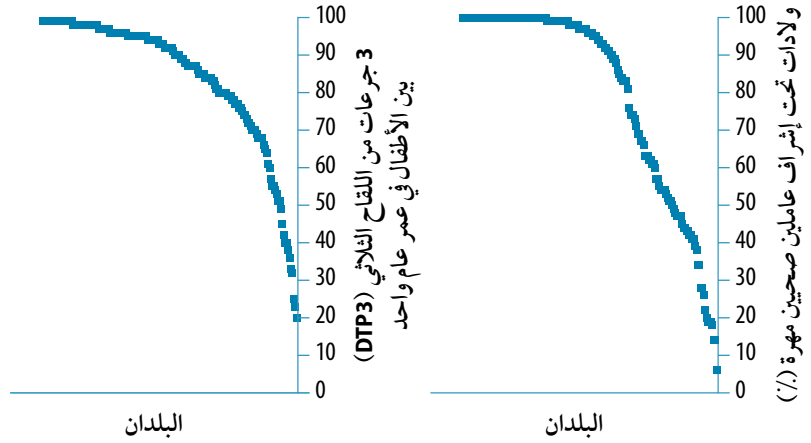
وبالإضافة إلى ذلك، فإن الديون الطبية تمثل السبب الرئيسي لإفلاس الأفراد في الولايات المتحدة الأمريكية. فقد خلص الباحثون في هارفارد، عام 2008، إلى أن اعتلال الصحة أو الفواتير الطبية كانت مسؤولة عن 62٪ من حالات الإفلاس التي حدثت في السنة السابقة (52) وكان لدى العديد من هؤلاء الأشخاص نوع من أنواع التأمين الصحي إلا أن المزايا التي تقدم من خلاله لم تكن كافية لحمايتهم من النفقات الشخصية المرتفعة التي يدفعها المرضى. وهذا التطور غير مرتبط بالركود الاقتصادي الأخير، حيث كانت الفواتير الطبية قد تسببت بالفعل في 50٪ من حالات الإفلاس في الولايات المتحدة الأمريكية عام 2001.

وعلى الصعيد العالمي، لا تمثل الإفلاسات الطبية الآن شاغلاً رئيسياً، إما لأن الإتاحة المالية للرعاية كافية، أو لأن التسهيلات الائتمانية الرسمية ليست في متناول معظم السكان (53، 54). ومع ذلك، فإذا ظلت المدفوعات المباشرة مرتفعة وزادت إمكانية الحصول على التسهيلات الائتمانية، فمن الممكن أن يمثل ذلك مشكلة.

وإن تقليص وقوعات المصاعب المالية المرتبطة بالمدفوعات المباشرة هو من المؤشرات الأساسية للتقدم المحرز تجاه تحقيق التغطية الشاملة. إلا أن دراسات البلدان تشير أحياناً إلى وجود حالات قليلة من النكبات المالية أو الوقوع في هاوية الفقر من هذا النوع بين الأشخاص الأشد فقراً، لأنهم ببساطة غير قادرين على الاستفادة من الخدمات الصحية (55، 56). كما يمثل المدى الذي يستفيد الناس من خلاله بالخدمات التي يحتاجون إليها مؤشراً مهماً أيضاً لصحة نظام التمويل.

ومن المعلوم أن البيانات حول الإتاحة المالية للخدمات الصحية نادرة، إلا أن ثمة معلومات متوافرة عن التغطية ببعض التدخلات الأساسية، وتلك التي تعطي مؤشرات عن مدى إعاقة الحواجز المالية للناس عن الاستفادة من

الشكل 1-1. التغطية بإشراف عاملين صحيين مهرة على الولادات والتطعيم باللقاح الثلاثي DTP3 ضد الخناق والكزاز والشاهوق، بحسب القطر، وفقاً لأحدث بيانات متوافرة⁽¹⁾



⁽¹⁾ مرتبة من أقل معدل تغطية إلى أعلى معدل
المصدر: (19)

الخدمات. فعلى سبيل المثال، تطعيم الأطفال دون سن الخامسة باللقاح المضاد للخناق، والكزاز، والشاهوق (DTP3) ينقذ العديد من الأرواح، بينما يعد إشراف العاملين الصحيين المهرة على الولادات إجراء حاسماً في إنقاذ حياة كل من الولدان والأمهات. ويجري التبليغ على نحو موسع عن نسبة الأطفال الذين يتلقون التطعيم الكامل باللقاح الثلاثي DTP3، ونسبة الولادات التي تتم تحت إشراف عاملين صحيين مهرة.

ويبين الشكل 1-1 التغطية المبلغة عن كل من هذين التدخلين، وتمثل كل نقطة بيانات أحد البلدان، وهي مرتبة من الأدنى إلى الأعلى على المحور الأفقي. وتحقق بلدان كثيرة، أو كادت، تغطية بنسبة 100٪ بكل من هذين التدخلين رغم وجود تفاوت كبير على صعيد البلدان. فمن ناحية، هناك أقل من 40٪ من النساء، في 16 بلداً، يلدن ولدانهم في حضور أحد العاملين الصحيين المهرة ممن لديه المقدرة على إنقاذ حياتهم في حال حدوث أحد المضاعفات. وتنخفض نسبة التغطية بالتطعيم بلقاح الـ DTP3، في سبعة من البلدان إلى أقل من 40٪، الأمر الذي يشير إلى أن مظاهر الجور في التغطية كبيرة على صعيد البلدان، وتكون أكبر، في ما يتعلق بالتدخلات التي تتطلب مزيداً من عناصر البنية الأساسية والعاملين المهرة (مثل الولادات)، منها في غيرها من التدخلات (مثل التطعيمات) (57).

وتوجد مظاهر الجور في التغطية (وفي الحصائل الصحية) أيضاً داخل البلدان نفسها، حيث تبين المسوحات الديمغرافية والصحية وجود تفاوتات هائلة بين فئات الدخل المختلفة في العديد من البلدان الأقل دخلاً. وتقع تفاوتات أكبر، مرة أخرى، في الحصول على خدمات العاملين الصحيين المهرة أثناء الولادة أكثر مما يحدث في تطعيم الأطفال. وفي ما عدا استثناءات قليلة، فإن الأغنياء، حتى في البلدان المنخفضة الدخل، يتمكنون من الحصول على خدمات مشابهة لتلك المتوافرة في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويكون الفقراء أكثر حرماناً دائماً تقريباً من الأغنياء رغم تفاوت المدى في ذلك. وفي بعض المواقع يمكن أن تنخفض التغطية باللقاح الثلاثي DTP3 بين الفقراء إلى نحو 10٪ مما يتلقاه أطفال الأغنياء (58).

البلدان نفسها، حيث تبين المسوحات الديمغرافية والصحية وجود تفاوتات هائلة بين فئات الدخل المختلفة في العديد من البلدان الأقل دخلاً. وتقع تفاوتات أكبر، مرة أخرى، في الحصول على خدمات العاملين الصحيين المهرة أثناء الولادة أكثر مما يحدث في تطعيم الأطفال. وفي ما عدا استثناءات قليلة، فإن الأغنياء، حتى في البلدان المنخفضة الدخل، يتمكنون من الحصول على خدمات مشابهة لتلك المتوافرة في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويكون الفقراء أكثر حرماناً دائماً تقريباً من الأغنياء رغم تفاوت المدى في ذلك. وفي بعض المواقع يمكن أن تنخفض التغطية باللقاح الثلاثي DTP3 بين الفقراء إلى نحو 10٪ مما يتلقاه أطفال الأغنياء (58).

وتفاوتت الاستفادة من الخدمات الصحية تفاوتاً كبيراً أيضاً على صعيد البلدان، ودخل كل بلد على حده (59، 60). فقد أظهرت البيانات الواردة من 52 بلداً، والمتضمنة في المسح الصحي العالمي، والتي شملت جميع مستويات الدخل، أن الاستفادة من الخدمات خلال فترة الأسابيع الأربعة التي سبقت إجراء المسح تراوحت بين أقل من 10٪ من السكان وبين أكثر من 30٪ (58). وفي بعض المواقع، أبلغ الأغنياء عن انتفاعهم بهذه الخدمات أكثر من مرتين زيادة عن ما تلقاه الفقراء، على الرغم من حقيقة أن حاجة الفقراء لهذه الخدمات أشد بكثير من حاجة الأغنياء.

وعلى الرغم من أن البيانات الواردة توفر مؤشراً للتغطية، إلا أنها لا تعطي دلالة حول مدى جودة الرعاية. والبيانات الموجودة تشير إلى أن مظاهر الجور تكون واضحة حتى في الخدمات المعيارية المقدمة، وبتعبير آخر، فإن الأمر لا يقتصر فقط على استبعاد الفقراء في البلدان إلى حد كبير من الحصول على هذه الخدمات، بل إنهم، عندما يتلقونها، تكون على الأرجح أقل، من حيث الجودة، من تلك المقدمة للأغنياء (61).

وهذه المؤشرات الواضحة تقدم صورة واقعية، حيث الملايين ممن يغلب عليهم الفقر لا يستطيعون الاستفادة من الخدمات التي يحتاجونها، بينما تواجه ملايين أخرى صعوبات مالية وخيمة جراء دفعهم لتكاليف الخدمات الصحية. ومن الواضح أن الأسباب وراء التغطية المنخفضة وغير المنصفة لا تكمن كلها في نظام التمويل، بل إن جدالنا في هذا التقرير ينصب على أن التغطية يمكن أن تكون أعلى بكثير لو أن هنالك أموالاً إضافية، واعتماداً أقل على المدفوعات المباشرة لجمع الأموال، وكفاءة وفعالية أكبر. وجميعها قضايا تتعلق بالتمويل.

والعديد من البلدان يرفع الحماية ضد المخاطر المالية إلى حد يتجاوز تلك التي يقدمها نظام التمويل الصحي، عن طريق توفير عنصر للضمان المالي عند عدم استطاعة الناس العمل لأسباب صحية - بسبب كونهم مرضى أو بسبب ولادة طفل، بالنسبة للمرأة. وتجمع منظمة العمل الدولية معلومات حول الحق في الحصول على إجازة مرضية مدفوعة الأجر في حال الإصابة بالمرض، وكذلك حول الحصول على إجازة أمومة مدفوعة الأجر. ففي عام 2007، منح 145 بلداً الحق في الحصول على إجازة مرضية مدفوعة الأجر، على الرغم من أن مدة الإجازة ونسبة تعويضات الدخل اختلفت اختلافاً كبيراً، حيث أعاد 20٪ فقط من هذه البلدان الدخل المفقود بنسبة 100٪، بينما قدمت غالبية البلدان نسبة تتراوح بين 50٪ و 75٪. ويسمح معظم البلدان بإجازة مرضية مدفوعة الأجر لمدة شهر أو أكثر في السنة، بسبب مرض وخيم، إلا أن 40 بلداً يحدد المدفوعات بأقل من شهر (62).

وفي السياق نفسه، يعطي معظم البلدان الصناعية الحق في الحصول على إجازة أمومة مدفوعة الأجر لموظفات القطاع الرسمي، إلا أن مدة الإجازة ومستوى وطبيعة المدفوعات تتفاوت أيضاً تفاوتاً كبيراً. وحتى على الرغم من وجود حق نظري في الحصول على إجازة أمومة مدفوعة الأجر، فإن عدداً قليلاً فقط من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل هي التي تصدر عنها تقارير عن الدعم المالي المقدم للنساء المستحقات (الإطار 1-6).

ولا تتوفر الحماية المالية ضد العجز عن العمل بسبب الإصابة بالمرض أو بسبب الحمل، بصفة عامة، إلا للعاملين في القطاع الرسمي. وإن أكثر من 50٪ من السكان الذين هم في سن العمل في البلدان المنخفضة الدخل، عادة ما يعملون في القطاع غير الرسمي دون الحصول على تعويض للدخل في مثل هذه الفترات.

ورغم أن هذا التقرير يركز على الحماية من المخاطر المالية المرتبطة بالحاجة إلى دفع تكاليف الخدمات الصحية، فإن ذلك يمثل جزءاً مهماً من الجهود العريضة من أجل تحقيق الحماية الاجتماعية في الصحة. وعلى ذلك، فإن منظمة الصحة العالمية تعد راعياً مشتركاً مع منظمة العمل الدولية، ومشاركاً نشطاً في

مبادرة الأمم المتحدة لمساعدة البلدان على توفير الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية. ويشمل ذلك نوع الحماية من المخاطر المالية التي يناقشها هذا التقرير، والجوانب الأخرى لتعويض الدخل والدعم الاجتماعي في حال الإصابة بالمرض.

اتخاذ الخيارات الصائبة

ليست هنالك طريقة وحيدة لتطوير نظام التمويل من أجل تحقيق التغطية الشاملة، حيث ينبغي لجميع البلدان اتخاذ خيارات، وعمل مفاضلات بحسب الأولويات، وذلك في ما يختص بطريقة استخدام الأموال المجمعة. وإن موازنة الأولويات هي بمثابة تحدٍ مستمر: فتتوافر الأموال يظل أمراً نادراً،

الإطار 1-6. الحماية من المخاطر المالية وتعويض الدخل: إجازة الأمومة

يتمثل العنصر الأساسي لحماية الأمومة، الذي يضمن للمرأة فترة راحة عندما يولد لها طفل (إضافة إلى وسيلة لدعمها وأسرته، وضمان لإمكانية استئنافها العمل في ما بعد)، يتمثل في تقديم مساعدة نقدية تحل محل الدخل الاعتيادي للأُم خلال مدة محددة أثناء الحمل وبعد الولادة. ولا تحل المنافع النقدية عادة محل الدخل السابق، إلا أنها، مع ذلك، تكون بمثابة تدبير حماية اجتماعية مهماً، والذي بدونها قد يسبب الحمل والولادة مصاعب مالية لكثير من الأسر. وإجازة الأمومة ونظام تعويض الدخل الذي يأتي معها يمكن أن تكون لها أيضاً نتائج صحية غير مباشرة. وبدون هذه الترتيبات، قد تشعر المرأة أنها مضطرة إلى العودة إلى العمل بأسرع مما ينبغي بعد الولادة، في وقت مبكر عن ما يُنصح به طبيياً.

ومعظم البلدان الصناعية تخصص موارد جديرة بالاعتبار لإجازة الأمومة. ففي عام 2007 أنفقت النرويج أكثر من أي قطر آخر في هذا المجال، حيث خصصت 31000 دولار أمريكي لكل طفل، كل عام، بما وصل إجماليه إلى 1.8 بليون دولار أمريكي. وعلى النقيض من ذلك، لم تنفق غالبية البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل أي مبالغ على إجازة الأمومة، على الرغم من أن العديد من هذه البلدان قد سن تشريعات تضمن ذلك. وقد يرجع السبب في ذلك إلى عدم إنفاذ القوانين، إلا أنه قد يكون مردهً إلى حقيقة أن إجازة الأمومة، في بعض البلدان، لا يرافقها أي قدر من تعويضات الدخل.

بينما يطلب الناس المزيد، كما أن التكنولوجيات التي تستخدم لتحسين الصحة في تزايد مستمر. ومثل هذه الأمور المتعارضة تُجبر راسمي السياسات على عمل مفاضلات في ثلاثة من المجالات الجوهرية (الشكل 1-2): النسبة من السكان التي ينبغي تغطيتها؛ ونطاق الخدمات التي ينبغي إتاحتها؛ والنسبة من إجمالي النفقات التي ينبغي الوفاء بها.

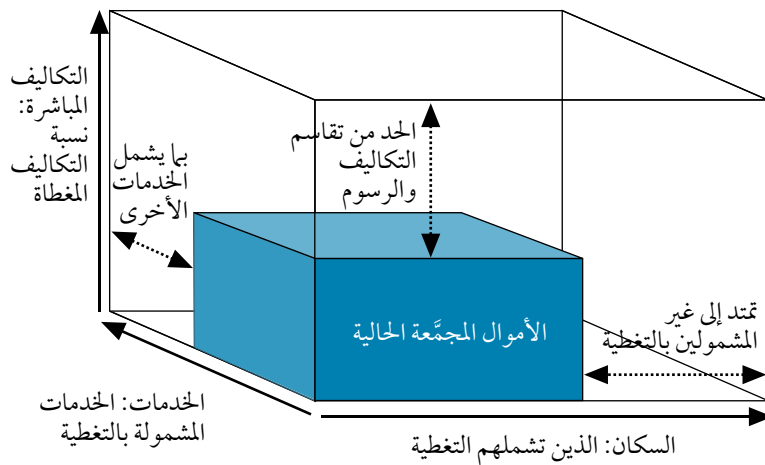
والإطار الذي يحمل عنوان "الأموال المجمعّة الحالية" يصور الوضع في أحد البلدان الافتراضية حيث يخضع نحو نصف السكان للتغطية بنحو نصف الخدمات الممكنة، بينما يتم الوفاء بأقل من نصف تكاليف تلك الخدمات من الأموال المجمعّة. ولكي يمكن الاقتراب أكثر من التغطية الشاملة، يتعين على القطر مد مظلة التغطية لتشمل مزيداً من الناس، وتقدم مزيداً من الخدمات و/أو دفع جزء أكبر من التكاليف من الأموال المجمعّة.

وجدير بالذكر أنه في البلدان الأوروبية التي لديها نظام راسخ للحماية الصحية الاجتماعية، نجد أن الصندوق الذي يحمل عنوان "الأموال المجمعّة الحالية" يملأ المساحة بكاملها. إلا أنه ما من بلد من البلدان ذات الدخل المرتفع، التي يقال عموماً أنها حققت التغطية الشاملة، يتم فيه تغطية السكان جميعهم بنسبة 100٪ وبنسبة 100٪ من الخدمات التي يمكن توفيرها وبنسبة 100٪ من التكاليف، دون أن تكون هنالك قوائم انتظار. فكل بلد يملأ الصندوق بطريقة الخاصة، ويفاضل بين الخدمات بحسب الأولوية وفيها بالتكاليف من الأموال المجمعّة. وقد تتفاوت مدة انتظار تقديم الخدمات تفاوتاً كبيراً من

بلد لآخر، كما قد لا يتم تقديم بعض الخدمات ذات التكلفة المرتفعة، وقد يساهم المواطنون بنسب مختلفة من التكاليف في شكل مدفوعات مباشرة.

وعلى الرغم من ذلك، فإن كل شخص في هذه البلدان يحصل على مجموعة من الخدمات (الوقائية، والتعزيبية، والعلاجية، والتأهيلية)، كما أن كل شخص تقريباً تتوافر له الحماية من المخاطر المالية الوخيمة، بفضل الدفع المسبق وتجميع الأموال. والدعائم الأساسية في ذلك هي نفسها حتى وإن اختلفت التفاصيل،

الشكل 1-2. ثلاثة أبعاد تؤخذ في الاعتبار عند التحرك صوب التغطية الشاملة



المصدر: تمت ملاءمتها من (21، 65).

حيث إن ما يشكلها هو تطلعات السكان ومقدمو الخدمات، والبيئة السياسية وتوافر الأموال.

وسوف تسلك البلدان سبلاً مختلفة في سيرها صوب التغطية الشاملة، حيث يعتمد ذلك على من أين نبدأ، وكيف نبدأ، كما ستتخذ خيارات مختلفة في موازاة المحاور الثلاثة الموضحة في الشكل 1-2. فعلى سبيل المثال، في الأماكن التي يستبعد فيها حالياً الجميع من الحصول على الخدمات الصحية، باستثناء الصفوة أو عليية القوم، فإن التحرك السريع نحو إنشاء نظام يوفر التغطية لكل فرد، الغني والفقير، قد يمثل أولوية، حتى لو كانت قائمة الخدمات ونسبة التكاليف المغطاة من الأموال المجمعة، صغيرة نسبياً (21، 66). وفي نفس الوقت، فإن القطر، في ظل نظام عريض القاعدة، وعدم وجود مستبعدين سوى بضعة جيوب قليلة، قد يُؤثر مبدئياً، اتخاذ أسلوب محدد الأهداف يتم من خلاله تحديد المستبعدين واتخاذ خطوات للتحقق من أنهم مشمولون بالتغطية. وفي مثل هذه الحالات، يمكن للبلدان تغطية المزيد من الخدمات للفقراء و/أو تغطية نسبة أعلى من التكاليف.

ويبدأ الكثير من البلدان التي تخطو على درب التغطية الشاملة في استهداف الفئات التي تعمل في القطاع الذي يطلق عليه القطاع الرسمي، وذلك لسهولة تحديد هذه الفئات، غير أن هنالك جوانب سلبية لهذا الأسلوب المحدد الأهداف: حيث يمكن أن يقود إلى نظم مزدوجة ويزيد الأوضاع سوءاً بالنسبة لأولئك الذين يتركون دون تغطية، وعند تحقيق نجاح جزئي، يمكن أن يبطئ من الزخم المطلوب لإجراء مزيد من الإصلاحات الجوهرية. وسيتم التعاطي مع هذه القضايا بمزيد من التفصيل في الفصل الثالث.

المضي قدماً

إن دستور منظمة الصحة العالمية يؤكد الحق الأساسي لكل إنسان بأن يتمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه. والتغطية الشاملة هي أفضل طريقة لبلوغ ذلك الحق، وهي تمثل الدعامة الأساسية لمبدأ الصحة للجميع الذي انطلق منذ أكثر من ثلاثين عاماً في إعلان ألما آتا. ويدرك الإعلان أن حفظ الصحة وتعزيزها يمثلان عنصرين أساسيين أيضاً لضمان تنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة، وهما يسهمان في تحقيق نوعية حياة أفضل، وكذلك تحقيق الأمن والسلام الاجتماعي. وقد أعيد توكيد مبدأ التغطية الشاملة في التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2008 المتعلق بالرعاية الصحية الأولية، وفي

قرار جمعية الصحة العالمية اللاحق (69) وقد اعتنقت هذا المبدأ اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، 2008، وقرار جمعية الصحة العالمية اللاحق حول ذلك الموضوع (68).

وهذا التقرير يعيد التأكيد على هذه المبادئ القديمة العهد، وهي مبادئ ترسخت في ظل معاناة البلدان مع نظم التمويل الصحي لديها. وبينما يتناول التقرير قضايا تقنية تتعلق بصفة محددة بنظم التمويل الصحي، فإنه يضع العدالة والإنسانية موضع القلب من هذا الأمر. وإن ما يتم التركيز عليه هو أمر عملي ويدعو إلى التفاؤل: جميع البلدان، في جميع مراحل التنمية، يمكنها اتخاذ خطوات للتحرك بوتيرة أسرع تجاه التغطية الشاملة مع الحفاظ على الإنجازات المحققة.

وثمة نقاط ثلاث ينبغي تذكرها لدى تمهيد السبيل نحو التغطية الشاملة.

- 1 أن النظم الصحية هي "نظم تكيفية معقدة" لا يمكن التنبؤ بالعلاقات المتداخلة فيها، كما أن عناصرها تتفاعل بطرق غير متوقعة. ويحتاج المشاركون في النظام إلى التعلم والتكيف بشكل متواصل، في مواجهة مقاومة التغيير (69) ورغم أننا نقدم مسارات مختلفة لبلوغ التغطية الشاملة، فستظل البلدان في حاجة إلى توقع حدوث ما لا يتوقع.
- 2 أن تخطيط مسار لبلوغ التغطية الشاملة يتطلب قيام البلدان أولاً بتقييم الوضع الراهن، وتبين ما إذا كان هنالك التزام كاف على الصعيد السياسي والمجتمعي لتحقيق التغطية الشاملة والحفاظ عليها. وهذا السؤال يعني أشياء مختلفة في سياقات مختلفة، غير أنه سيكفل التعرف على المواقف السائدة تجاه التضامن الاجتماعي والاعتماد على الذات. وإن وجود تضامن اجتماعي بدرجة ما هو أمر مطلوب من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، في ضوء حقيقة أن أي نظام مثالي للحماية المالية للسكان جميعهم، يعتمد على مدى استعداد الغني لدعم الفقير، واستعداد السليم لدعم السقيم. وتشير البحوث التي أجريت مؤخراً أن معظم، إن لم يكن كل، المجتمعات يكون لديها مفهوم ما حول التضامن الاجتماعي عندما يتعلق الأمر بالحصول على الخدمات الصحية وتكاليف الرعاية الصحية، على الرغم من أن طبيعة وسياق هذه المشاعر تتباين من موقع لآخر (70). وبعبارة أخرى، إن كل مجتمع لديه مفهوم خاص عن العدالة الاجتماعية التي تضع حداً لمقدار الجور الذي يمكن قبوله (71).

(3) على راسمي السياسات عند ذلك أن يقرر وانسبة التكاليف التي ستأتي من الأموال المجمعة على الأمد البعيد، وكيفية موازنة المفاضلات الحتمية عند استخدامها - المفاضلة بين نسبة السكان، والخدمات، والتكاليف التي يمكن تغطيتها. وبالنسبة لتلك البلدان التي ينصب تركيزها على الحفاظ على المكاسب التي تحققت بشق الأنفس، فإن مواصلة الرصد والتكيف بما يلائم الأوضاع سيكون أمراً حاسماً في مواجهة التكنولوجيات التي تتطور تطوراً سريعاً، وكذلك في ظل تغير الهياكل العمرية، وأنماط الأمراض.

وتبين الفصول الثلاثة التالية الطرق العملية لتحقيق الآتي:

- جمع مزيد من الأموال من أجل الصحة، أو الحفاظ على التمويل في مواجهة الاحتياجات والمتطلبات المتنافسة؛
- توفير أو المحافظة على مستوى ملائم من الحماية من المخاطر المالية حتى لا يعاق الناس الذين يحتاجون إلى الخدمات عن التماس هذه الخدمات، وحتى لا يتعرضوا للتكبد مصروفات باهظة أو أن يُدفعوا إلى هاوية الفقر من جراء ذلك.
- تحسين الكفاءة وتحقيق الإنصاف في ما يختص بالطريقة التي تستخدم بها الأموال، مع ضمان تحرك الأموال المتوافرة بصورة أكبر نحو بلوغ هدف التغطية الشاملة.

ويوضح الفصل الأخير الخطوات العملية التي يمكن لجميع البلدان والشركاء اتخاذها من أجل جمع أموال كافية وتحقيق تجميع أمثل، والاستفادة من الموارد المتاحة بالفعالية المطلوبة على درب تحقيق التغطية الشاملة. ■

المراجع

1. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006,84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007,26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007,16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440

8. *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>, accessed 06 July 2010).
9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003,362:111-117. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5 PMID:12867110
10. Knaul FM et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine* (1982), 2009,68:201-209. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: expérience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).
21. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010,15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007,370:801- doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no. 7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 background paper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (<http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf>, accessed 07 July 2010).
28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>, accessed 07 July 2010).
29. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage*. Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; <http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplisit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009,28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469

33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006,60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Sáenz M, Acosta M, Bermudéz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country*. World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection*. World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005,58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x
38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population*. 2010. World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688
42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81–104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:385–437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20-20. doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725
47. *Health at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45-64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x
49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871-876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693
52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347

53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf, accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055
58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no. 8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives : a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841
62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave*. World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor*. Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (<http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf>, accessed 8 July 2010).
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health__Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005,34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18-27 May 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (<http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>, accessed 08 July 2010).

الفصل الثاني | مزيد من الأموال من أجل الصحة

رسائل أساسية



- ما من بلد أصبح بعد قادراً على ضمان الحصول الفوري لكل الناس على جميع الخدمات التي تحافظ على صحتهم أو تحسّنها. فكل البلدان تفتقر إلى الموارد بشكل أو بآخر، وهو أشد ما يكون في البلدان المنخفضة الدخل.
- بوسع كل البلدان جمع أموال إضافية من أجل الصحة، أو تنويع مصادر تمويلها على المستوى المحلي، إذا ما رغبت في ذلك.
- من بين الخيارات المطروحة إيلاء الحكومات أولوية أكبر للصحة في مخصصات ميزانياتها، وتحصيل الضرائب أو اشتراكات التأمين بكفاءة أكبر، وجمع أموال إضافية من خلال التمويل الابتكاري بأنواعه المختلفة.
- من بين الخيارات أيضاً فرض ضرائب على المنتجات الضارة مثل التبغ والكحول. فهذه الضرائب تحد من استهلاكها وتحسّن الصحة وتزيد الموارد والتي يمكن للحكومات إنفاقها على الصحة.
- سيظل تدفق مساعدات المانحين ضرورياً لمعظم البلدان الأكثر فقراً، لمدة طويلة، حتى في ظل هذه الابتكارات، ويمكن للبلدان المانحة أيضاً جمع مزيد من الأموال بطرق ابتكارية لتوجيهها إلى البلدان الأكثر فقراً، إلا أن عليها أيضاً القيام بالمزيد للوفاء بالتزاماتها الدولية المعلنة بشأن المساعدات الإنمائية الرسمية، وتقديم مزيد من المعونات التي يمكن التنبؤ بها على نحو أفضل، ولأمد بعيد.

مزيد من الأموال من أجل الصحة

حشد الموارد من أجل الصحة

في عام 2009، أعلن المعهد الوطني البريطاني للصحة والامتياز السريري أن إدارة الصحة الوطنية لم تستطع توفير بعض الأدوية المرتفعة الثمن لمعالجة سرطان الكلى بسبب عدم فعاليتها لقاء التكاليف (1). وقد استفز هذا الخفض غضب بعض الجمهور (2) إلا أن المعهد دافع عن ذلك بوصفه جزءاً من تدابير صعبة غير أنها ضرورية لتوخي العدل في توزيع الموارد ولترتيب الأولويات (3). والحقيقة أن الأدوية والتكنولوجيات التشخيصية والعلاجية الجديدة أصبحت تتوافر بوتيرة أسرع مما تتوافر به الموارد المالية.

وتكافح كل البلدان، الغنية منها والفقيرة، من أجل جمع الأموال المطلوبة لدفع تكاليف الخدمات الصحية من احتياجات ومطالب سكانها (والتي تكون في بعض الأحيان أمراً مختلفاً) وليس بمقدور أي بلد، مهما كان مستوى ثرائه، أن يوفر لجميع سكانه جميع التكنولوجيات أو التدخلات التي يمكن أن تحسن الصحة أو تطيل العمر. وعلى الرغم من أن النظم الصحية للبلدان الغنية قد تواجه عجزاً بالميزانية - عادة ما يتفاهم بفعل الضغوط المزدوجة جرّاء تشيخ السكان وتقلص قوى العمل - فإن الإنفاق على الصحة يظل مرتفعاً نسبياً. وينفق كل من الولايات المتحدة والنرويج ما يربو على 7000 دولار أمريكي على الفرد في العام؛ كما تنفق سويسرا أكثر من 6000 دولار أمريكي. وبلغ متوسط ما تنفقه بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، كمجموعة، 3600 دولار أمريكي. وعلى الجانب الآخر من مقياس الدخل، تجاهد بعض البلدان من أجل مجرد ضمان توافر الخدمات الأساسية: 31 من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تنفق أقل من 35 دولاراً أمريكياً على الفرد في العام، وأربعة منها تنفق أقل من عشرة دولارات، حتى عندما يتضمن الإنفاق مساهمات الشركاء الخارجيين (4).

غير أن هنالك مجالاً لدى جميع البلدان لمد مظلة الحماية من المخاطر المالية وإتاحة الخدمات الصحية بصورة أكثر إنصافاً. فرواندا، في ظل معدل قوامه نحو 400 دولار أمريكي لنصيب الفرد من الدخل الوطني، توفر حزمة من الخدمات الأساسية لمواطنيها من خلال نظام للتأمينات الصحية بتكلفة لا تتعدى 37 دولاراً أمريكياً للفرد (4). وعلى الرغم من

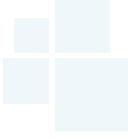
أن رواندا تستفيد من الدعم المالي الذي تقدمه مجموعة المانحين الدوليين، إلا أن الدولة تلتزم أيضاً بنسبة 19.5٪ من إجمالي الإنفاق السنوي، من أجل الصحة (4). وهناك 182 من الدول الأعضاء في المنظمة تقدم مستويات لنصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي، يمكن مقارنتها مع ما تقدمه رواندا، بل قد تفوقها (في بعض الحالات تفوقها بمراحل). ورغم ذلك، فإن العديد من هذه الدول بعدت أكثر عن التغطية الصحية الشاملة (4). ولا بد لذلك الحال أن يتغير. والبلدان، باستثناء قلة قليلة، ليس لديها سبب لتأخير تحسين إتاحة خدمات صحية عالية الجودة وتزويد، في ذات الوقت، الحماية من المخاطر المالية. وهذا الأمر سيكلف مالياً، وعلى الحكومات أن تبدأ في التفكير في كم الأموال المطلوبة، ومن أين ستأتي.

ولكن، كم تكلف التغطية الشاملة؟

إن التغطية الشاملة ليست شيئاً واحداً يناسب الجميع، كما أن التغطية لكل الناس لا تعني التغطية بكل شيء. وكما ذكر في الفصل الأول، فإن التحرك صوب التغطية الشاملة يعني التوصل لمعرفة السبيل الأمثل لتوسيع نطاق التغطية أو المحافظة عليه في ظل أبعاد ثلاثة حاسمة: من الذي يخضع للتغطية من الأموال المجمعة، وأي من الخدمات هي التي ستشملها التغطية، والنسبة من التكاليف التي ستتم تغطيتها. ولا بد لرسمي السياسات أن يقرروا، من واقع هذا الإطار العام، كيفية جمع وإدارة الأموال المطلوبة.

وتتضمن الخدمات المجانية التي توفرها تايلند للمرضى الأدوية التي يصفها الطبيب، والرعاية بالعيادات الخارجية، والرعاية داخل المستشفيات، وخدمات الوقاية من الأمراض، والخدمات المعززة للصحة، علاوة على الخدمات الطبية الأكثر تكلفة مثل المعالجة الإشعاعية والكيميائية لعلاج السرطان، والعمليات الجراحية، والرعاية الحرجة في حالات الحوادث والحالات الطارئة. وهي قادرة على فعل ذلك مقابل 136 دولاراً أمريكياً فقط للفرد - أقل من متوسط النفقات الصحية للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل التي تقف عند 153 دولاراً أمريكياً (4). إلا أن تايلند لا تقوم بتغطية كل شيء. فحتى وقت قريب، لم تكن مثلاً، توفر المعالجة التعويضية لمرضى الفشل الكلوي في المرحلة النهائية (الإطار 2-1). وقد توقف بلدان أخرى الخدمات في غير ذلك من المجالات.

ولكي تعرف إلى أي مدى يمكنك توسيع نطاق التغطية في أي من الأبعاد الثلاثة التي ذكرت، ينبغي أن يكون لديك فكرة عن تكاليف الخدمات. ففي عام 2001 قدرت اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة أنه يمكن توفير الخدمات الأساسية مقابل 34 دولاراً أمريكياً للفرد (6)، وهو مبلغ مقارب لما تتفقه رواندا



حالياً. إلا أن الحسابات لم تشمل التكلفة الكاملة لمضادات الفيروسات القهقرية أو معالجة الأمراض غير السارية، كما أنها لم تراعى، بشكل كامل، الاستشارات التي قد تكون مطلوبة لتعزيز النظام الصحي حتى يمكن مد مظلة التغطية إلى المناطق المنعزلة.

ويشير تقدير أحدث عهداً لتكاليف تقديم خدمات صحية أساسية، أصدرته منظمة الصحة العالمية لفرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي المبتكر للنظم الصحية، إلى أن 49 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل التي خضعت للمسح تحتاج إلى إنفاق أقل قليلاً من 44 دولاراً أمريكياً للفرد في المتوسط (غير مرجح) وذلك في 2009، ويرتفع إلى أكثر قليلاً من 60 دولاراً أمريكياً للفرد بحلول 2015 (7). ويشمل هذا التقرير تكلفة توسيع نطاق النظم الصحية حتى يمكنها إيتاء جميع عناصر التوليفة المحددة من التدخلات الصحية، كما يشمل التدخلات التي تستهدف الأمراض غير السارية وتلك الخاصة بالحالات التي تتمحور حولها المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة. وهذه الأرقام هي، ببساطة، معدل متوسط (غير مرجح) للبلدان الـ 49 في كلتا الفترتين. أما الاحتياجات الفعلية فسوف تتفاوت من بلد لآخر: خمسة من البلدان المشمولة في الدراسة ستحتاج إلى إنفاق أكثر من 80 دولاراً أمريكياً للفرد في عام 2015، بينما ستة منها ستحتاج إلى إنفاق أقل من 40 دولاراً أمريكياً.

الإطار 2-1. تايلند تعيد رسم الخط الفاصل في التغطية بالرعاية الصحية

عندما أدخلت تايلند، عام 2002، نظام التغطية الشاملة، والذي كان يطلق عليه آنذاك نظام الثلاثين باهتاً، كانت تقدم رعاية صحية شاملة، لم تقتصر على الخدمات الأساسية، بل تضمنت خدمات مثل المعالجة الإشعاعية، والجراحة، والرعاية الحرجة في حالات الحوادث والطوارئ. إلا أنها، مع ذلك، لم تشمل المعالجة التعويضية لمرضى الفشل الكلوي. ويقول الدكتور براثيب داناكيجتشاروين، نائب الأمين العام لمكتب الأمن الصحي الوطني، الذي يدير نظام التأمين الصحي "كان هنالك قلق من أن المعالجة التعويضية لمرضى الفشل الكلوي يمكن أن تثقل كاهل النظام، حيث إن المخاطر الصحية الرئيسية التي تؤدي للإصابة بأمراض الكلى، مثل السكري وارتفاع ضغط الدم، لم تكن قد أصبحت بعد تحت السيطرة الجيدة". ومعروف أن المعالجة التعويضية لمرضى الفشل الكلوي مكلفة. فالديال الدموي (غسيل الكلى) يكلف نحو 400000 باهت (12000 دولار أمريكي) لكل مريض في السنة في تايلند، وهو يتجاوز بأربعة أضعاف عتبة الـ 100000 باهت لكل سنة من سنوات العمر المعدلة حسب نوعية الحياة، والمحددة وفقاً لحزمة المزايا التي قررتها اللجنة الفرعية للأدوية والمعالجات التابعة لمكتب الأمن الصحي، ضمن نظام التأمين.

ومع ذلك، فإن الدكتور داناكيجتشاروين يرى أنه كان ينبغي أن يغطي النظام أمراض الكلى من البداية. ويشاركه في الرأي الدكتور فيروج تانغتشاروينساذين، مدير برنامج السياسات الصحية الدولية بوزارة الصحة العمومية، الذي يرى أن الأمر ببساطة يتعلق بالعدل والإنصاف فيقول "إن هنالك ثلاثة أنظمة للرعاية الصحية في تايلند" ويضيف "إن المعالجة التعويضية لمرضى الفشل الكلوي هي فقط التي لم يشملها النظام، بينما نصف الأشخاص الذين تغطيهم أنظمة التأمين ينتمون إلى الشريحة الخمسية الأكثر فقراً ضمن الاقتصاد التايلندي"، وقد شاركه أناس آخرون في هذا الإحساس بالجور وانعدام العدالة، مثل سوبيل نوكساكول، وهو مريض يبلغ من العمر 60 عاماً، أنفق كل مدخراته على المعالجة التعويضية للفشل الكلوي على مدى 19 عاماً، وقال "لقد تمكنت من إيدار سبعة ملايين باهت، إلا أن مدخراتي نفذت كلها". وأسس نوكساكول، في عام 2000 نادي الكلى التايلندي، الذي رفع مستوى الوعي لدى مرضى الكلى في ما يتعلق بحقوقهم، ووضع ضغوطاً على مكتب الأمن الصحي الوطني من أجل توفير العلاج. وأخيراً، في تشرين الأول/أكتوبر 2008، أدخل وزير الصحة آنذاك، مونكول ناسونكال، المعالجة التعويضية لمرضى الفشل الكلوي، ضمن نظام التأمين.

المصدر: مقتطف من (5).

وهذا يعني أنه ينبغي على البلدان الـ 31 التي تنفق أقل من 35 دولاراً أمريكياً للفرد على الصحة ألا تتخلى عن الجهود الرامية إلى حشد الموارد للاقتراب أكثر من التغطية الشاملة، لكن سيتعين عليها تصميم عملية مد نطاق التغطية بحسب مواردها. وهذا يعني أيضاً أنه على الرغم من كونها قادرة على جمع أموال إضافية على الصعيد الداخلي - على النحو الذي سنوضحه في القسمين التاليين - فإنها ستحتاج بالنسبة للمستقبل القريب جداً إلى مساعدة خارجية. وحتى في ظل معدلات مرتفعة نسبياً للنمو الوطني، وميزانيات وطنية تعطي أولوية للصحة، فإن ثمانية فقط من البلدان الـ 49 هي التي تتوافر لها الفرصة لتمويل المستوى المطلوب من الخدمات من موارد داخلية في عام 2015 (7).

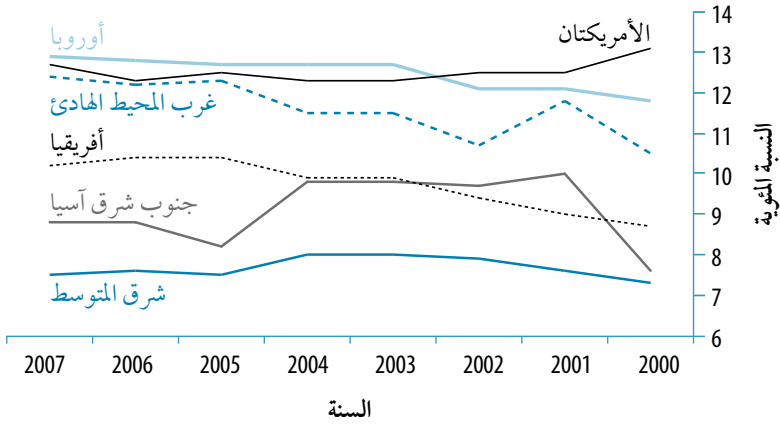
وسيكون على بلدان كثيرة، أكثر ثراء، أن تجمع أيضاً أموالاً إضافية لتلبية الطلب الدائم التطور على الصحة، مدفوعة بشكل جزئي بتشيخ السكان، وبالأدوية، والإجراءات، والتكنولوجيات الجديدة التي تشهد تطوراً مستمراً، وذلك من أجل خدمتهم. ومن الجوانب الأساسية لهذه القضية المركبة، الفئة المتناقصة من السكان في سن العمل في بعض البلدان. ومن شأن تضاؤل المساهمات المتأتية من ضرائب الدخل أو استقطاعات التأمين الصحي القائمة على الأجور (ضرائب الرواتب)، أن تدفع راسمي السياسات إلى التفكير في مصادر تمويل بديلة.

وهنالك بوجه عام، ثلاث طرق لجمع أموال إضافية أو تنوع مصادر التمويل: أولها جعل الصحة في موقع أعلى على سلم الأولويات ضمن الإنفاق الحالي، ولاسيما في الميزانية الحكومية؛ والثانية إيجاد مصادر متنوعة جديدة للتمويل الداخلي، أما الثالثة فهي زيادة الدعم المالي الخارجي. ونحن بدورنا نستعرض هذه الخيارات: فالخياران الأول والثاني مهمان بالنسبة للبلدان في جميع مراحل التنمية، سواء كانت بلداناً غنية أم فقيرة. ويختتم الفصل بالأخذ بعين الاعتبار المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

ضمان تخصيص حصة عادلة من الإنفاق الحكومي الإجمالي على الصحة

حتى في البلدان التي تمثل المساعدات الخارجية أهمية بالنسبة لها، فإن إسهام هذه المساعدات يكون أقل كثيراً، بوجه عام، من الأموال التي تجمع من أجل الصحة على الصعيد المحلي. ففي البلدان المنخفضة الدخل، على سبيل المثال،

الشكل 1-2 الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة من الإنفاق الحكومي الإجمالي مصنف بحسب أقاليم المنظمة، 2002-2007^①



^① هذه معدلات غير مرجحة. يشمل الإنفاق الصحي الحكومي الإنفاق الصحي من جميع الوزارات وجميع المستويات الحكومية، كما يشمل الإنفاق من اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي الإجباري.
المصدر (4)

كان متوسط الإسهام (غير مرجح) من المصادر الخارجية في عام 2007، أقل قليلاً من 25٪ من إجمالي الإنفاق الصحي، وجاء الباقي من مصادر داخلية (4). ولذلك، فإن من الأهمية بمكان ضمان استمرار، بل وزيادة الموارد الداخلية للصحة، عند الاقتضاء، حتى في أشد البلدان فقراً (8) ويأتي ذلك على نفس القدر من الأهمية بالنسبة للأماكن الأعلى دخلاً.

والحكومات تمول التحسينات الصحية بصورة مباشرة، من خلال الاستثمارات في القطاع الصحي، وبصورة غير مباشرة عن طريق الإنفاق على المحددات الاجتماعية - بتقليص الفقر أو بتحسين مستويات تعليم الإناث، مثلاً. وعلى الرغم من أنها لا تجتذب إلا العنصر المباشر فقط، فإن

النسبة من الإنفاق الإجمالي المخصصة للقطاع الصحي تضيف رؤية مهمة للقدر الذي توليه الحكومات للصحة، وهو شيء يتفاوت تفاوتاً كبيراً بين البلدان. ويوضح الشكل 1-2 متوسط حصة الإنفاق الحكومي على الصحة بحسب أقاليم المنظمة في المدة من 2000 إلى 2007، وهي آخر سنة تتوفر عنها أرقام. وتشمل الأرقام المساهمات من الشركاء الخارجيين الموجهة من خلال الميزانيات الحكومية في كل من البسط والمقام، بسبب قيام بعض البلدان بتبليغها بصورة منفصلة.

والحكومات في أقاليم الأمريكتين، وأوروبا، وغرب المحيط الهادي، تخصص للصحة في المتوسط أكثر مما تخصصه الأقاليم الأخرى. والبلدان الأفريقية، كمجموعة، تزيد التزامها بالصحة مثلها مثل البلدان في إقليم أوروبا وإقليم غرب المحيط الهادي. وفي جنوب شرق آسيا، هبطت الأولوية النسبية التي تعطي للصحة في الحقبة 2004-2005، لكنها أخذت ترتفع مرة أخرى، بينما تقلل الحكومات في إقليم المنظمة لشرق المتوسط الحصة المخصصة للصحة وذلك منذ عام 2003.

ويمكن تفسير بعض التباين الموجود بين الأقاليم بالتفاوت في ثروات البلدان. وتكون الصحة مسؤولة، بصفة عامة، عن نسبة أعلى من الإنفاق الحكومي كلما ازدادت البلدان ثراء. ولنا في شيلي مثال جيد، حيث ارتفعت حصة الحكومة من الإنفاق على الصحة من 11٪ في عام 1996 إلى 16٪ بعد ذلك بعامين من الزمان، إبان فترة شهدت نمواً اقتصادياً قوياً (9).

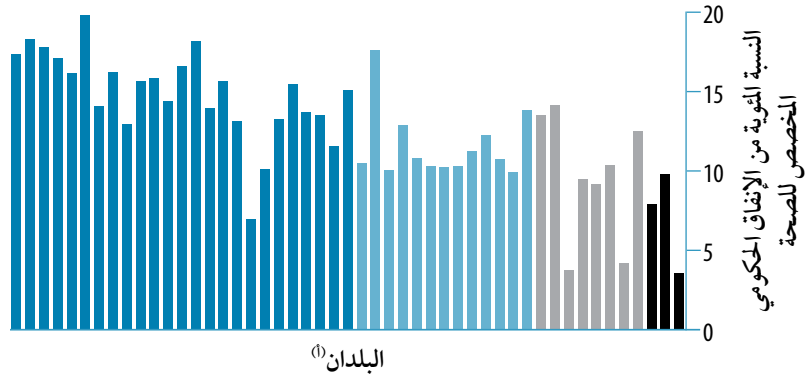
غير أن ثروة القطر النسبية لا تمثل العامل الوحيد الذي يؤخذ في الاعتبار. فالتفاوتات الضخمة بين البلدان ذات مستويات الدخل المتشابهة تشير إلى مستويات مختلفة من الالتزام الحكومي تجاه الصحة. ويمكن إيضاح ذلك بطرق عدة،

ولكننا نستشهد هنا بمكتب المنظمة لإقليم أوروبا، الذي يضم بلداناً من جميع مستويات الدخل. وفي الشكل 2-2، يوضح المحور الرأسي النسبة المخصصة للصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي، وتمثل الأعمدة على المحور الأفقي بلدان الإقليم مرتبة من المستوى الأقل لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي إلى المستوى الأعلى.

وتتفاوت اعتمادات الميزانية المخصصة للصحة في الإقليم الأوروبي من 4٪ من الإنفاق الحكومي الإجمالي حتى تقريباً 20٪. والشئ المهم هنا أنه رغم أن الأولوية التي تعطى للصحة في الميزانيات العامة الحكومية تزيد بصفة عامة مع زيادة الدخل الوطني، إلا أن بعض الحكومات تؤثر تخصيص نسبة مرتفعة من إجمالي الإنفاق للصحة، على الرغم من المستويات المنخفضة نسبياً للدخل الوطني، بينما تخصص بلدان أخرى، والتي تكون غنية نسبياً، نسباً أقل.

ويمكن رؤية هذا النمط أيضاً على المستوى العالمي. فعلى الرغم من أن التزام الحكومات نحو الصحة يميل إلى الازدياد مع تحقيق معدلات أعلى من الدخل الوطني، فإن بعض البلدان المنخفضة الدخل تخصص للصحة نسباً أعلى من إجمالي الإنفاق الحكومي، أكثر مما يخصصه نظراًؤها من البلدان

الشكل 2-2. الحصة المخصصة للصحة في الإنفاق الحكومي الإجمالي في الإقليم الأوروبي للمنظمة 2007



البلدان المنخفضة الدخل
البلدان المتوسطة الدخل
الشريحة الأعلى من البلدان المتوسطة الدخل
ذات الدخل المرتفع

مرتبة بحسب الناتج المحلي الإجمالي / للفرد
المصدر (4)

ذات الدخل المرتفع؛ فقد خصص 22 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل، على مستوى العالم، أكثر من 10٪ للصحة في عام 2007، بينما، على الجهة الأخرى، خصص 11 بلداً من البلدان ذات الدخل المرتفع أقل من 10٪.

ورغم أن الإقليم الإفريقي لم يعكس النتائج الأدنى في الشكل 2-1، إلا أن المعدلات المنخفضة نسبياً للاستثمارات المحلية في الصحة في عدد من البلدان فيه تبعث على القلق لأن التقدم الأبطأ تجاه بلوغ المرامي الإنمائية للألفية كان في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء (10، 11).

وفي عام 2007 لم يلتزم بإعلان أبوجا 2001، الذي تعهد فيه الزعماء الأفارقة "بوضع هدف يتمثل في تخصيص 15٪ على الأقل من ميزانيات بلدانهم السنوية لتحسين القطاع الصحي"، سوى ثلاثة بلدان أفريقية هي ليبيريا، ورواندا، وجمهورية تنزانيا الاتحادية (12). وما يجيب الآمال، أن 19 بلداً أفريقياً خصصت للصحة، في عام 2007، نسبة أقل، من إجمالي ميزانياتها الحكومية، مما كانت تخصصه قبل إعلان أبوجا (4).

وعلى ذلك، فالحكومات لديها خيار إعادة دراسة أولويات ميزانياتها، مع وضع الصحة في الاعتبار. ورغم أن احتياجات التمويل تتباين مع تغير التكاليف والتركيب العمري للسكان، وأنماط الأمراض، إلا أن الكثير من حكومات البلدان الغنية والفقيرة يمكنه تخصيص اعتمادات أكبر كثيراً للصحة من الموارد المتاحة، والمكاسب التي يمكن تحقيقها من ذلك ضخمة. ولدى أخذها كمجموعة، فيمكن للبلدان المنخفضة الدخل أن تجمع (على الأقل) 15 بليون دولار أمريكي إضافياً في السنة من مصادر محلية عن طريق زيادة حصة الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي إلى 15٪ (دون توافد المعونات الخارجية). وستكون زيادة التمويل على مدى الفترة 2009-2015 لنفس البلدان في حدود 87 بليون دولار أمريكي (7).

وهناك ثلاثة أسباب وراء عدم إعطاء البلدان الأولوية للصحة في ميزانياتها، بعضها مالي وبعضها سياسي، والبعض الآخر ربما يكون مرتبطاً باعتقاد لدى وزارات المالية بأن وزارات الصحة لا تتمتع بالكفاءة. أضف إلى ذلك، أن الأولوية التي توليها الحكومات للصحة تعكس الدرجة التي يهتم بها الموجودون في السلطة بصحة الناس، أو التي يُوجَّهون للاهتمام بها. ويعني التعامل مع قضية التغطية الصحية الشاملة، التعامل أيضاً مع الفقراء والمهمشين، وهم الأشخاص الذين عادة ما يجرمون من حقوقهم السياسية ويفتقرون إلى التمثيل.

وهذا ما يؤكد أهمية جعل الصحة قضية سياسية مهمة، وكذلك قيام المجتمع المدني، ومعه المناصرون البارزون لقضية التغطية الشاملة، بالمساعدة

في إقناع أصحاب القرار السياسي بدفع مسألة التمويل الصحي للتغطية الشاملة إلى قمة جدول الأعمال السياسي (13). كما أن تحسين الكفاءة والمساءلة يمكن أيضاً أن يقنعا وزارات المالية والمانحين، بشكل متزايد، بحسن استخدام المزيد من الأموال (وسنعود إلى ذلك في الفصل الرابع).

ولا ريب أن معرفة اللغة التي يتحدث بها الاقتصاديون، ونوعية البراهين التي تقنعهم بالحاجة إلى تمويل إضافي، يمكن أيضاً أن تساعد وزارات الصحة في تفاوضها مع وزارة المالية كما تساعدنا كذلك على تفهم التعقيدات المصاحبة للتغيرات في الطريقة التي تمول بها الصحة ومن ثم اغتنام الفرص التي تظهر. فعلى سبيل المثال، من المهم أن تعمل وزارات الصحة على المشاركة في النقاشات والمفاوضات التي تجري بين المؤسسات العالمية أو المانحين، من جهة، وبين وزارة المالية، من جهة أخرى، والمتعلقة بتخفيف الدين ودعم الميزانية العامة (14-16). فليس على وزارات الصحة فهم هذه الأساليب فحسب، ولكن أيضاً التمكن من مناقشة هذه الأمور والتفاوض بشأنها مع وزير المالية بشكل أفضل من أجل نيل حصة من الأموال المتاحة.

تنوع مصادر الإيرادات المحلية

هنالك سبيلان رئيسيان لزيادة التمويل المحلي للصحة: الأول تخصيص مزيد من الموارد المالية القائمة للصحة، كما نوقش في القسم السابق، والآخر إيجاد وسائل جديدة لجمع الأموال أو لتنوع المصادر.

ولا ريب أن تحصيل الضرائب واشتراكات التأمين بكفاءة أكبر من شأنه أن يزيد من فعالية جمع الأموال. فتحسين تحصيل الإيرادات أمر قد يتعين على جميع البلدان أن تفكر فيه، على الرغم من أنه قد يثير بعض الإشكالات لكثير من البلدان ذات الدخل الأقل التي لديها قطاعات غير رسمية كبيرة (17). إلا أن ذلك لا يعني أنه غير قابل للتحقيق. ورغم كونها مهمة معقدة، وعادة ما تكون شاقة، إلا أن تحسينات كبيرة قد تحققت في عملية تحصيل الضرائب في مواقع عديدة، بما يشمل البلدان التي بها قطاعات غير رسمية كبيرة، ولنا في اندونيسيا مثال بارز في هذا المجال (الإطار 2-2).

وتتطلب نوعية الإصلاح الذي تجريه إندونيسيا استثماراً ومستوى من التكنولوجيا والبنية الأساسية أعلى مما هو متوافر لدى بعض البلدان، كما يتطلب أيضاً تحسين عملية تحصيل الضرائب من الشركات والمؤسسات وليس الأفراد فحسب. ويمكن أن يثير ذلك، مرة أخرى، إشكالات في البلدان المنخفضة الدخل التي بها صناعات استخراجية. وإن ضعف الالتزام من قبل ثلثة قليلة من

كبار دافعي الضرائب يمكن أن يؤدي إلى خسارة ضخمة في الإيرادات. وإن تزايد العوامة ووجود أصول للشركات في مواقع بعيدة - عادة ما تكون في مآمن من الضرائب - يرفع من احتمال خسارة الإيرادات التي تتأتى من الضرائب، سواء من خلال ثغرات قانونية غير مقصودة، أو من خلال الاستخدام غير القانوني لحسابات سرّية من قبل الأفراد. وإن جميع بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي تقبل الآن المادة 26 من الاتفاقية الضريبية النموذجية لهذه المنظمة، بما يكفل تبادل المعلومات. وقد تم توقيع ما يربو على 360 اتفاقاً حول تبادل المعلومات الضريبية (19). ويؤمل من الشركات والمؤسسات العالمية التي تقدم خدماتها إلى هذه البلدان أن تكون أكثر شفافية في تعاملاتها المستقبلية، وأن تحصل البلدان التي تستضيفها على حصة أكثر إنصافاً من الضرائب المتحصلة، التي سيذهب بعضها، على النحو المأمول، إلى المدفوعات المخصصة للصحة.

غير أن التشجيع على الالتزام بسداد الضرائب يمكن أن يتحقق عندما يؤمن المواطنون بأنهم يحصلون على خدمات جيدة من حكوماتهم. وقد خلصت دراسة أجريت عام 2009 أنه رغم كون التهديد بالكشف عن المتهربين ومعاقتهم عاملاً أساسياً في تحقيق الالتزام، إلا أن المفاهيم المتعلقة بحسن الإدارة هي أيضاً من العوامل المهمة (20). وكان الالتزام أعلى، بشكل ملحوظ، في بتسوانا، حيث ساد المفهوم بأن الخدمات التي تقدمها الحكومة كانت جيدة، بينما كان الالتزام أقل في بعض البلدان المجاورة حين ساد المفهوم بأن جودة الخدمات الحكومية كانت أقل.

وسوف تنزع البلدان المنخفضة الدخل، التي بها قطاعات غير رسمية كبيرة، إلى التركيز، في المدى القريب، على الضرائب التي يسهل نسبياً تحصيلها، مثل تلك الخاصة

الإطار 2-2. اندونيسيا تزيد إيرادات الضرائب بتشجيع الالتزام

حتى قبل الأزمة الآسيوية 1997-1998، كان تحصيل الضرائب غير البترولية في اندونيسيا آخذاً في الهبوط، حيث تدنى إلى 9.6٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2000. وكان النظام الضريبي معقداً كما كانت إدارة الضرائب ضعيفة. وفي نهاية عام 2001، قرر مدير عام الضرائب تبسيط النظام الضريبي وإدارته، وكانت الغاية هي تشجيع الالتزام الطوعي حيث يقوم دافعو الضرائب بإجراء تقييم ذاتي لأنفسهم ثم يسددون الضرائب على الدخل المعلن. ويشكل الالتزام الطوعي، على نحو نموذجي، 90٪ من إجمالي الإيرادات الضريبية لقطر ما، وهو يمثل أقل الخطوط مقاومة بالنسبة للحكومات الساعية إلى زيادة غلتها من الضرائب. وعلى النقيض من ذلك، فإن إنفاذ التحصيل الضريبي ينع إلى أن يكون صعب المرتقى وكثيف العمالة وكثيف الاستخدام لرأس المال، كما يغل عائداً قليلاً نسبياً.

وقام مدير عام الضرائب بصياغة القوانين واللوائح الضريبية بحيث تكون واضحة وسهلة المنال وتطبق باتساق، وتبني سياسة تقضي بعدم التهاون مطلقاً مع الفساد. وأدخل مدير عام الضرائب أيضاً إجراءات لحل النزاعات بسرعة ودون تكلفة ودون تحيز، وشجع على توخي الشفافية بجعل جميع الإجراءات التي تتخذها إدارة الضرائب خاضعة للتدقيق العام.

وقد تحسن الأداء وكذلك الفاعلية والذي جاء، في جزء منه، بسبب جعل العملية تجرى رقمياً، حيث كانت من قبل تتم ورقياً. وهكذا جاءت النتائج إيجابية، وزادت غلة الضرائب من 9.9٪ إلى 11٪ من الناتج المحلي الإجمالي غير البترولي في السنوات الأربع التي تلت بدء التنفيذ. وكان معنى هذه الإيرادات الإضافية إمكانية زيادة الإنفاق الحكومي العام. وقد ارتفع الإنفاق الصحي بوتيرة أسرع من غيره.

(المصدر: (18)

بالعاملين في القطاع الرسمي والشركات، ورسوم الاستيراد والتصدير، بأنواعها المتعددة، وضريبة القيمة المضافة (21) (VAT). وإن غانا، مثلاً، تستوفي 70-75٪ من متطلبات التمويل اللازمة لنظام التأمين الصحي الوطني الممول من الضرائب العامة، من خلال فرض رسم تأمين صحي وطني مقداره 2.5٪ على ضريبة القيمة المضافة التي لا تتجاوز 12.5٪. ويتأني باقي التمويل من أموال عمومية أخرى، ومن عدد من الشركاء في التنمية، بينما لا تمثل اشتراكات التأمين، التي تعد المصدر التقليدي للإيرادات، سوى 3٪ من الدخل الإجمالي. وقد أصبح بمقدور نظام التأمين الوطني القائم على ضريبة القيمة المضافة، دعم زيادة في إجمالي الإنفاق الصحي من خلال الأموال المجمعة المستدرة محلياً، وفي نفس الوقت خفف من اعتماد النظام على المدفوعات المباشرة، مثل رسوم استخدام الخدمات، كمصدر للتمويل (22).

وفي عام 2003، أدخلت شيلي، وهي واحدة من الشريحة العليا للبلدان المتوسطة الدخل، زيادة أيضاً مقدارها 1٪ ضمن ضريبة القيمة المضافة، لتمويل الصحة. وحتى البلدان الغنية تجد نفسها مضطرة إلى تنويع مصادر التمويل لديها، بعيداً عن الأشكال التقليدية لاستقطاعات ضرائب الدخل والتأمين القائم على الأجور. وإن تشيخ السكان يعني نسبة أقل من الأشخاص الموجودين في العمل، مما يجعل المساهمات القائمة على الأجور غير كافية لتغطية النفقات الكاملة اللازمة للرعاية الصحية. وألمانيا، على سبيل المثال، بدأت، منذ عهد قريب، في ضخ أموال من إيرادات الضرائب العامة إلى نظام التأمين الصحي الاجتماعي من خلال صندوق مركزي جديد يطلق عليه (Gesundheitsfond). وكذلك، فإن نظام التأمين الصحي الوطني الفرنسي يُموّل جزئياً، منذ 30 عاماً، من صندوق الاشتراك الاجتماعي المعمم (Contribution Sociale Généralisée)، الذي يشمل ضرائب تُفرض على العقارات وعلى المكاسب الرأسمالية، بالإضافة إلى أشكال أخرى تقليدية من الإيرادات، مثل ضرائب الدخل (23).

استكشاف مصادر تمويل محلية من أجل الصحة

لقد اتخذ المجتمع الدولي، منذ عام 2000، عدة خطوات هامة لجمع مزيد من الأموال لتحسين الصحة في البلدان الفقيرة. وهذه الخطوات موضحة بإيجاز هنا، لأنها تقدم أفكاراً للبلدان من أجل جمع الأموال على المستوى المحلي أيضاً. وإن واحدة من أولى الخطوات التي اتخذت كانت تحصيل رسم على تذاكر السفر الجوي والذي استخدم لتمويل المرفق الدولي لشراء الأدوية

(Unitaid)، وهو مرفق عالمي لشراء أدوية مكافحة الإيدز والسل والملاريا (24، 25)، الذي قدم ما يقرب من بليون دولار أمريكي حتى اليوم، والذي لدى ضمه مع المساعدات الإنشائية الأكثر تقليدية، أتاح للمرفق الدولي لشراء الأدوية تمويل مشروعات في 93 بلداً، بما مجموعه 1.3 بليون دولار أمريكي منذ عام 2006. وفي نفس الوقت، أدت القوة الشرائية للمرفق إلى خفض كبير في أسعار عدة منتجات، مما زاد من الكميات المتوافرة لتحسين الصحة. ومنذ عهد أكثر قرباً، أطلقت مؤسسة الألفية للتمويل الابتكاري للصحة (Millennium Foundation on Innovative Financing for Health) ضريبة تضامن طوعية تحت مسمى الخير الشامل (MassiveGood)، يمكن من خلالها للأفراد تكملة التمويل الذي يقدمه المرفق الدولي لشراء الأدوية، عن طريق مساهمات طوعية يقدمونها عند شرائهم منتجات خاصة بالسفر والسياحة (28، 29).

وتشير التقديرات إلى أن بيع السندات المضمونة من قبل البلدان المانحة والتي يتم إصدارها في أسواق رأس المال الدولية، قد أدى إلى جمع ما يزيد على 2 بليون دولار أمريكي منذ عام 2006 (29). وتوجه هذه الأموال إلى المرفق الدولي لتمويل اللقاحات المرتبط بالتحالف الدولي من أجل اللقاحات والتمنيع. وقد تعهدت حكومات ثمانية بلدان بتقديم الأموال اللازمة للوفاء بهذه السندات عند حلول موعد استحقاقها، رغم أن إفضاء هذه الآلية إلى توفير موارد إضافية تُحشد من أجل الصحة في العالم، هو أمر يعتمد اعتماداً أساسياً على ما إذا كان الوفاء بهذه السندات يشكل جزءاً من المعونات المستقبلية المقررة، أم أنه إضافة لها. ومع ذلك، فإن هذه المدفوعات، ستتيح على الأقل صرف المعونات بشكل فوري، ولن تؤدي إلى تأجيلها.

وقد قامت، منذ عهد أقرب، فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي المبتكر للنظم الصحية، بمراجعة طيف أعرض من الخيارات من أجل تكملة التمويل التقليدي للمعونات الذي يتم على أساس ثنائي (30). وقد خلصت فرقة العمل المذكورة إلى أن ضريبة المعاملات النقدية يمكن أن تؤدي إلى جمع الكم الأعظم من الأموال على المستوى العالمي: مبلغ سنوي يتجاوز 33 بليون دولار أمريكي، غير أنها أوصت بعدة خيارات إضافية أيضاً (30، 31). ولقد ساعدت هذه التطورات على التحديد الدقيق لمصادر جديدة للأموال وحافظت على الزخم الضروري لزيادة التضامن الدولي في تمويل الصحة. ومع ذلك، فإن المناقشات الدائرة حالياً حول التمويل الابتكاري، تجاهلت حتى الآن، حاجة البلدان لإيجاد مصادر جديدة للأموال المحلية لاستخداماتها هي: البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل التي تحتاج ببساطة إلى جمع المزيد من الأموال،

والبلدان ذات الدخل المرتفع التي تحتاج إلى الابتكار في مواجهة التغيرات الحاصلة في الاحتياجات الصحية، وفي الطلب على الخدمات، وفي أنماط العمل. ولكي تحقق هذه المناقشات الغرض منها، يقدم الجدول 2-1 قائمة خيارات للبلدان الساعية إلى زيادة أو تنويع مصادر التمويل المحلي فيها، وذلك استناداً إلى الأعمال التي ذكرت أعلاه. ولن تكون كل الخيارات قابلة للتطبيق في جميع الأماكن، كما أن إمكانية استرداد الدخل من خلال تلك الخيارات القابلة للتطبيق، سوف تتفاوت أيضاً بحسب القطر، وإن كنا نقدم بعض الاقتراحات حول مستوى التمويل الذي يمكن حشده على الصعيد القطري. وعلى سبيل المثال، فعلى الرغم من أن ضريبة المعاملات النقدية التي اقترحتها فرقة العمل يمكن أن تؤدي إلى جمع مبالغ كبيرة من المال، إلا أن المعاملات المالية والمنتجات التي سوف تقوم عليها تتركز في البلدان ذات الدخل المرتفع. وفي الحقيقة، هنالك عشرة من البلدان ذات الدخل المرتفع مسؤولة عن 85٪ من التجارة التقليدية لصرف العملات الأجنبية (35). وفي ضوء صغر حجم الأعمال التجارية في معظم البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، فإن هذه الضريبة بالتحديد قد لا ينجح تطبيقها في معظم تلك البلدان. غير أن هنالك بعض الاستثناءات: فلدى الهند سوق ذات شأن لصرف العملات الأجنبية، يبلغ حجم التداول اليومي فيها نحو 34 بليوناً من الدولارات الأمريكية (35)، وإن فرض ضريبة على المعاملات النقدية مقدارها 0.005٪ على مثل هذا الحجم من التجارة يمكن أن يغلّ للهند نحو 370 مليون دولار أمريكي كل عام، إذا ما رغبت في تطبيقها.

وعلى جانب آخر، فإن ما يطلق عليها ضرائب التضامن على بضائع وخدمات نوعية تمثل واحداً من الخيارات الأخرى التي تبشر بالخير، وهي تنطوي على قدرات مثبتة على استرداد الدخل، وتكاليفها الإدارية زهيدة نسبياً، كما أنها تمتلك المقومات التي تضمن لها الاستمرار. ومن الممكن، في ظل وجود الدعم السياسي، تطبيق هذه الضريبة بالسرعة المطلوبة. أما ضريبة التضامن الإجبارية على تذاكر السفر الجوي، مثلاً، فقد تحتاج إلى 2-12 شهراً لتطبيقها (30).

وإن إدخال آليات تنطوي على فرض ضرائب يمكن أن يكون ذا حساسية سياسية وسيواجه بمعارضة مستمرة من قبل جماعات مصالح معينة. فقد تؤخذ الضريبة على معاملات صرف العملات الأجنبية، مثلاً، على أنها قيد على القطاع المصرفي أو عامل مثبت للمصدرين/المستوردين. وعندما أدخلت الغابون، في عام 2009، الضريبة على تحويل الأموال من أجل جمع الأموال اللازمة لدعم الرعاية الصحية للفئات المحدودة الدخل، اعترض بعض الناس واصفينها بأنها تقييد لأنشطة تحويل العملات. إلا أن الغابون فرضت ضريبة

الجدول 1-2. الخيارات المحلية للتمويل الابتكاري

الخيار	إمكانية جمع الأموال ⁽¹⁾	افتراضات/أمثلة	ملاحظات
ضريبة خاصة على الشركات الكبيرة والرابحة - ضريبة تفرض على بعض الشركات الاقتصادية الكبيرة في القطر	\$\$\$ - \$\$	فرضت استراليا مؤخراً ضريبة على شركات التعدين؛ وأدخلت الغابون ضريبة على شركات الهاتف النقال؛ وباكستان لديها ضريبة مفروضة منذ مدة طويلة على شركات الصناعات الدوائية	محكومة بالسياق
ضريبة على معاملات صرف العملات - ضريبة على معاملات صرف العملات الأجنبية في أسواق العملة	\$\$\$ - \$\$	يمكن لبعض البلدان المتوسطة الدخل التي لديها أسواق مهمة في مجال صرف العملات، جمع موارد جديدة ضخمة	قد تحتاج إلى تنسيق مع أسواق مالية أخرى إذا كانت تتم على نطاق كبير
سندات الشتات - سندات حكومية لبيعها للمواطنين الذين يقيمون في الخارج	\$\$	تخفف تكلفة الاقتراض بالنسبة للقطر (خصم وطني). تستخدم في الهند، وإسرائيل، وسري لانكا، رغم أنها لا تخصص بالضرورة للصحة	البلدان التي لديها سكان كثيرون خارج القطر
ضريبة على المعاملات المالية - ضريبة على معاملات الحسابات المصرفية أو على معاملات تحويل الأموال	\$\$	في البرازيل كانت هنالك ضريبة مصرفية، في التسعينات من القرن الماضي تُفرض على المعاملات المصرفية، رغم أنها استبدلت لاحقاً بضريبة على تدفق رأس المال إلى/من القطر؛ وتطبق الغابون ضريبة على معاملات تحويل الأموال	يبدو أن هنالك معارضة قوية من مجموعات المصالح لهذه الضريبة أكثر من غيرها (32).
مساهمات تضامن طوعية خاصة بالهاتف النقال - تتيح مساهمات التضامن للأفراد والشركات تقديم تبرعات طوعية من خلال الفاتورة الشهرية للهاتف النقال.	\$\$	حجم التعامل في السوق العالمي لخدمات الهاتف المدفوعة مقدماً يبلغ 750 بليون دولار أمريكي. إذن، أخذ حتى ولو 1٪ من ذلك، سوف يؤدي إلى جمع أموال كثيرة، وهو ممكن للبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل والبلدان ذات الدخل المرتفع (33).	تكاليف التأسيس والإدارة يمكن أن تكون في حدود 1-3٪ من الإيرادات (33).
ضريبة مكوس على التبغ - ضريبة مكوس على منتجات التبغ - ضريبة مكوس على الكحول - ضريبة مكوس على المنتجات الكحولية	\$\$	ضرائب المكوس على التبغ والكحول موجودة في معظم البلدان غير أن هنالك مجالاً واسعاً لزيادتها في الكثير من البلدان دون أن تتسبب في انخفاض الإيرادات	تحد من تعاطي التبغ والكحول وما ينتج عن ذلك من تأثيرات إيجابية على الصحة العمومية
ضريبة مكوس على الأطعمة غير الصحية (سكر، ملح) - ضريبة مكوس على المواد الغذائية غير الصحية ومكوناتها	\$\$	تقترح رومانيا تطبيق ضريبة بنسبة 20٪ على الأطعمة الغنية بالدهون أو الملح، أو المحتوية على إضافات أو سكر (34).	تقلل استهلاك الأطعمة الضارة وتحسن الصحة
بيع منتجات أو خدمات يرخّص بها مثل المنتج الأحمر (PRODUCT RED) الخاص بالصندوق الدولي حيث يرخّص للشركات بيع المنتجات مع تخصيص نسبة من الأرباح للصحة.	\$	بيع منتجات ذات أسماء تجارية يرخّص بها أو خدمات تذهب نسبة من أرباحها إلى الصحة	يمكن لمثل هذا النظام أن يفيد في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل بطريقة لا تمثل تنافساً مع الصندوق الدولي.
ضريبة سياحة - ضريبة سياحة تفرض على الأنشطة التي ترتبط ارتباطاً كبيراً بالزوار الدوليين.	\$	تلقى رسوم المغادرة في المطارات قبولاً واسعاً ويمكن إضافة عنصر أو ضريبة خاصة بالصحة.	يمكن أن تتفاوت المكاسب تفاوتاً كبيراً بين البلدان اعتماداً على قوة قطاع السياحة فيها.

⁽¹⁾ \$ إمكانية قليلة لجمع الأموال؛ \$\$ إمكانية متوسطة لجمع الأموال؛ \$\$\$ إمكانية كبيرة لجمع الأموال.

بنسبة 1.5٪ على أرباح ما بعد الضريبة بالنسبة للشركات التي تتعامل في التحويلات النقدية، وضريبة بنسبة 10٪ على شركات تشغيل الهاتف النقال. وقد أدت هاتان الضريبتان في ما بينهما إلى جمع ما يعادل 30 مليون دولار أمريكي من أجل الصحة في عام 2009 (36، 37). وعلى نحو مشابه، تفرض الحكومة الباكستانية، منذ عدة سنوات، ضرائب على شركات الصناعات الدوائية وذلك لتمويل جزء من إنفاقها الصحي (38).

وفي ذات الوقت، فإن ما يطلق عليها ضرائب الإثم، تنطوي على ميزة مزدوجة تتمثل في جمع الأموال وتحسين الصحة في الوقت نفسه، بالحد من استهلاك المنتجات الضارة مثل التبغ أو الكحول. فقد أظهرت دراسات أجريت في 80 بلداً أن التكلفة الفعلية للتبغ، المعدلة لمراعاة القوة الشرائية، انخفضت ما بين عامي 1990 و 2000. ورغم أنه طرأت بعض الزيادات عليها منذ عام 2000، إلا أن فرصة كبيرة ماثلة لجمع الإيرادات في هذا المجال، وذلك على النحو الذي دعت إليه اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ (39).

ومن غير الممكن تقديم تقديرات، في هذا التقرير، حول الكم من الأموال الذي يمكن جمعه باستخدام أي من آليات التمويل الابتكاري هذه، وذلك لكل بلد على حدة. إلا أن منظمة الصحة العالمية قامت بتحليل المكاسب الممكن تحقيقها من خلال رفع الضرائب على التبغ وذلك في 22 من البلدان الـ 49 المنخفضة الدخل التي تتوافر عنها بيانات كافية لعمل الحسابات. وتتراوح ضرائب المكوس في هذه البلدان بين 11٪ و 52٪ من سعر البيع بالتجزئة لأكثر أنواع السجائر شهرة، بما يمثل مدى إسمياً مقداره 0.03 - 0.51 دولاراً أمريكياً لكل عبوة سعة 20 سيجارة. ونحن نقدر أن زيادة بنسبة 50٪ في ضرائب المكوس يمكن أن تدر 1.42 بليون دولار أمريكي كأموال إضافية لهذه البلدان - وهو مبلغ كبير جداً. ففي بعض البلدان مثل جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ومدغشقر، وفيت نام، يمكن أن تمثل الإيرادات الإضافية زيادة مقدارها 10٪ أو أكثر في الإنفاق الصحي الإجمالي، وزيادة تتجاوز 25٪ في الميزانية الحكومية المخصصة للصحة، على افتراض أن الإيرادات المجمعة قد خصصت بالكامل للصحة (الإطار 2-3). وإذا نظرنا إلى ذلك بطريقة أخرى، فإن هذا التدبير البسيط يمكن أن يحمّد تمويلاً إضافياً قد يتجاوز ضعف المعدلات الحالية للمعونات الخارجية المخصصة للصحة في بعض البلدان.

وهنالك قلق دولي متزايد حول العواقب الصحية والاقتصادية السلبية لتعاطي المسكرات. ويمكن لسياسات التسعير أن تحتل موقعها في قلب الاستراتيجيات التي تعالج هذه الموم. فعلى سبيل المثال، زيدت أسعار

الكحوليات في موسكو بواقع 20٪، في شهر آب/أغسطس 1985، ثم زادت مرة أخرى بواقع 25٪ في العام التالي. وأسفر ذلك عن انخفاض هائل (28.6٪)

في استهلاك الكحوليات على مدى الثمانية عشر شهراً التي تلت ذلك، كما انخفضت انخفاضاً كبيراً حالات الإدخال للمستشفيات لمعالجة الإضطرابات النفسية والسلوكية ذات الصلة بتعاطي الكحوليات، وتقلصت الوفيات الناجمة عن تليف الكبد، والتسمم الكحولي وغيرها من حالات العنف ذات الصلة. وقد انتهت هذه التدابير في عام 1987. وعندما كانت الوتيرة التي ارتفعت بها أسعار الكحوليات في الفترة التي تلت ذلك أبطأ كثيراً من غيرها من الأسعار، اتخذ الكثير من هذه الاتجاهات الإيجابية وجهة معاكسة (44).

ويظهر التحليل الذي أجري لعدد من البلدان التي تتوافر عنها بيانات حول استهلاك المشروبات الكحولية، وفرض الضرائب عليها، وأسعارها، أنه إذا زادت ضرائب المكوس إلى 40٪ على الأقل، من سعر التجزئة، فمن الممكن استرداد إيرادات إضافية كبيرة مع تقلص التأثيرات الضارة الناجمة عن تعاطي المسكرات. وبالنسبة للبلدان الإثني عشر التي ضمتها العينة، يمكن أن تنخفض معدلات التعاطي بأكثر من 10٪، بينما قد ترتفع إيرادات الضرائب إلى ثلاثة أضعاف، بمعدل يصل إلى 38٪ من الإنفاق الصحي الإجمالي في هذه البلدان (37).

الإطار 2-3. هل نرهن أم لا نرهن؟

الضرائب المرهونة، والتي يطلق عليها أحياناً الضرائب المخصصة، هي تلك التي تخصص لبرنامج بعينه أو لاستخدام محدد. ومن أمثلة ذلك رسوم رخصة التليفزيون التي تستخدم لتمويل الإذاعة العمومية، ورسوم الطرق التي تستخدم لصيانة الطرق ورفع كفاءتها. وكان السبيل الصحي لمؤسسة تعزيز الصحة بغرب استراليا قد أنشئ في عام 1991 على هذا الأساس، حيث تم تمويله في البداية من زيادة الضريبة على منتجات التبغ، بينما أسست جمهورية كوريا في عام 1995 الصندوق الوطني لتعزيز الصحة والذي كان يمول جزئياً من ضرائب التبغ (40). وانشئ الصندوق التايلندي لتعزيز الصحة في عام 2001، وموّل من رسم إضافي على ضريبة التبغ والكحول قدره 2/ (41، 42).

وعادة ما تجذب وزارات الصحة فرض هذه الضرائب لأنها تضمن التمويل، ولا سيما لأغراض تعزيز الصحة وللأغراض الوقائية. ومن الصعب بالنسبة لهذه الأنشطة أن تتنافس مع الخدمات العلاجية في ما يتعلق بالتمويل. ويرجع السبب، في جزء منه، إلى أنه يُنظر إليها على أنها أنشطة أقل إلحاحاً، وفي جزء آخر لأن مردودها لا يظهر إلا على مدى بعيد، مما يجعلها أقل جذباً لاهتمام السياسيين الذين يبنوا تكون أعينهم مفتوحة على الدوائر الانتخابية أو صناديق التأمين، يكون اهتمامهم منصباً على المعافاة المالية.

ونادراً ما تؤيد وزارات المالية الرهن لأنها تعتقد أنه يقوض ولايتها في ما يتعلق بتخصيص الاعتمادات في الميزانيات. ولدى البت في الأمور الخاصة بالإنفاق، بعيداً عن الحكومة، فإن إيرادات ضريبة الرهن يمكن أن تقيد قدرة الحكومة على التعامل مع الدوائر الاقتصادية.

وعلى المستوى العملي فإن رهن أي شكل بعينه من أشكال الضرائب - مثل ضريبة التبغ - للصحة، لا يضمن زيادة التمويل الحكومي العام للصحة. ونظراً لكون معظم الإيرادات الحكومية إيرادات قابلة للاستبدال بشكل أساسي، فمن الممكن معاوضة أي زيادة في التمويل الصحي قد تأتي من ضرائب مرهونة، عن طريق خفض تدفق الأموال من بقية الاعتمادات بالميزانية، وعلى ذلك، فسواء أدى الرهن إلى زيادة صافية في التمويل المخصص للصحة أو لنشاط محدد، فإن ذلك يظل مسألة تجريبية.

وإن انتهاج أسلوب واقعي بدلاً من الإصرار على الرهن، سيحقق، على الأرجح، فوائد أكبر للصحة. وإذا ما أمكن إقناع الحكومات بتخصيص أي من مصادر التمويل الجديدة التي نوقشت في هذا الفصل للصحة بأكمله، لكان ذلك أفضل، وإذا لم تقتنع، فستظل هنالك إمكانية لزيادة في التمويل الصحي لأن الصحة عادة ما تحصل على حصة من أي زيادة في الإنفاق الحكومي. وحيث قد تكون هذه الزيادة أقل مما قد يتأتى في حالة الرهن، فينبغي على مناصري الصحة التحقق من أن الإصرار على الرهن لا يؤدي إلى معارضة وزارة المالية للضريبة الجديدة تماماً، حتى لا يمنع تلقي أي أموال جديدة على الإطلاق.

وهذه المبالغ ليست هزيلة. ولو أن جميع البلدان اختارت مجرد واحد من الخيارات الموضحة في الجدول 2-1 وأعطت للصحة أولوية أعلى في الميزانيات الحكومية، سيكون من الممكن جمع مبالغ ضخمة من الأموال من أجل الصحة.

المساعدات المالية الخارجية

لقد كانت المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة التي تقدمها البلدان الغنية إلى البلدان الفقيرة تتزايد بمعدل قوي قبل الركود الاقتصادي العالمي الذي بدأ في أواخر عام 2008. وقد شاهدت البلدان المنخفضة الدخل التمويل المتأتي من موارد خارجية يرتفع في المتوسط من 16.5٪ من إجمالي إنفاقها الصحي في عام 2000، إلى 24.8٪ في عام 2007 (4). ووفقاً لقاعدة البيانات الموجودة لدى لجنة المساعدات الإنمائية التابعة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فإن التزامات الحكومات المخصصة للصحة، المبلّغة من الجهات المانحة الثنائية، قفزت من نحو 4 بلايين دولار أمريكي في عام 1995 إلى 17 بليون دولار أمريكي في عام 2007 ثم إلى 20 بليوناً في عام 2008⁽¹⁾.

وقد يمثل ذلك تقديراً أقل كثيراً مما ينبغي، نظراً لأن قاعدة معلومات اللجنة لا تحيط بجميع المساهمات التي ترد من حكومات أخرى خارج منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، مثل الصين، والهند، وبعض بلدان الشرق الأوسط، كما أن قاعدة المعلومات هذه تصدر تقارير فقط عن عدد محدود من المؤسسات المتعددة الأطراف ولا تلم بالأموال المقدمة من أطراف فاعلة أساسية في الميدان الصحي مثل مؤسسة بيل وميليندا غيتس، وغيرها من المؤسسات الخاصة، والمنظمات اللاحكومية. وتشير دراسة أجريت حديثاً أن المساهمة المجمعة من جميع هذه المصادر يمكن أن تكون قد وصلت إلى نحو 21.8 بليون دولار تقريباً، وهو ما يفوق ما تبّلع إلى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي في عام 2007 بنحو خمسة بلايين دولار أمريكي.

ومع ذلك، فإن ما يُرتقب للبلدان المتلقية للمعونات يعد أقل إيجابية مما قد تشير إليه هذه الأرقام، وذلك وفقاً لأربعة، على الأقل، من الوسائل الأساسية في هذا المجال.

أولاً، على الرغم من زيادة الدعم الخارجي، فإن الإنفاق الصحي الإجمالي يظل منخفضاً بشكل يدعو للشفقة - لا يكفي لتحقيق الحصول الشامل على مجرد حزمة من الخدمات الصحية الأساسية في كثير من البلدان. وقد ذكرنا من قبل أن ثمانية فقط من البلدان الـ 49 المنخفضة الدخل، التي شملها تحليل فرقة

العمل الرفيعة المستوى، هي التي لديها الإمكانية لحشد جميع الموارد المطلوبة لبلوغ المرامي الصحية الواردة في إعلان الألفية، من موارد محلية بحلول عام 2015. أما بقية البلدان فهي بحاجة إلى مدخلات إضافية من مصادر خارجية تتراوح بين دولارين وواحد وأربعين دولاراً للفرد، في عام 2015.

ثانياً، رغم زيادة التمويل الخارجي زيادة كبيرة، فإن نحو نصف البلدان التي تقدم تقارير إلى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي عن ما تنفقه من المساعدات الإنمائية هي التي تتقدم على الدرب من أجل بلوغ الأهداف التي التزمت بها على المستوى الدولي (من أجل التنمية الشاملة بما فيها الصحة) (46). أما بقية البلدان فهي تحفّظ في الوفاء بتعهداتها، وبعضها يتخلف في سيره على هذا الدرب بمسافات طويلة. وهذا التقدم البطيء نحو الوفاء بالالتزامات يدفع ثمنه الإنسان على نحو باهظ، فثمة ثلاثة ملايين روح يمكن إنقاذها قبل حلول عام 2015 لو أن المانحين جميعهم أوفوا بوعودهم (7).

ثالثاً، إن المساعدات الإنمائية ذات الصلة بالأرقام المتعلقة بالصحة الواردة أعلاه إنما تمثل الالتزامات، بينما يكون المنصرف الفعلي أقل من ذلك. أضف إلى ذلك، أن بعض الأموال التي يقوم المانحون بتبليغها كأموال منصرفة لا تصل إلى البلدان المتلقية كي تقوم بإنفاقها. وفي بعض الأحيان تتركس نسبة كبيرة من المعونات لما يسمى بالتعاون التقني، حيث كان ذلك هو الحال ما بين عامي 2002 و 2006. ومثال على ذلك، ما خرج من قاعدة معلومات اللجنة من تقارير تفيد أن الدعم التقني قد امتص أكثر من 40٪ من المساعدات الإنمائية الرسمية المخصصة للصحة^(ب)، والذي غالباً ما يذهب لتمويل مواطنين من البلد المانح لتقديم مساعدة أو تدريب للبلدان المتلقية (47). ورغم أن الدعم التقني يمكن أن يكون مفيداً، إلا أن تقارير الإنفاق تبالغ في تقدير توافر الأموال التي يمكن للبلدان المتلقية استخدامها لتحسين الصحة على الصعيد المحلي.

وأخيراً، هنالك أيضاً بواعث للقلق أثرت مؤخراً من أن بعض المعونات التي تصل إلى البلدان تخضع لقيود في الصرف. إن الأهداف المالية وتلك ذات الصلة بالاقتصاد الكلي والمتعلقة بالتضخم ومستوى الاحتياطيات من النقد الأجنبي تستند إلى مفهوم إدارة الاقتصاد الكلي بحكمة. ويقول البعض إن ذلك يمنع استغلال المعونة المنصرفة استغلالاً كاملاً، لأن جزءاً من المعونة التي تصل إلى القطر يُعتقد أنه يحجز من التداول لتجنب حدوث تضخم، أو يستخدم لزيادة الاحتياطيات من النقد الأجنبي (48، 50).

وهنالك جدل كبير حالياً حول ما إذا كانت الأهداف ذات الصلة بالتضخم والاحتياطيات من النقد الأجنبي التي تضعها البلدان تتسم

بالصرامة الشديدة، وتقيد هذه البلدان من إنفاق المعونات التي يقدمها المانحون من أجل الصحة والتنمية (39، 51، 52). وعلاوة على ذلك، ليس من الواضح بعد، كم قد يصبح متوافراً من نسبة الإنفاق الإضافية إذا ما تم التخفيف من صرامة أهداف الاقتصاد الكلي. فالأعمال الأخيرة تشير إلى أن نسبة الإنفاق الإضافية قد تكون قليلة عند مقارنتها بالأموال الإضافية التي قد تتدفق من الحكومات التي تمنح الصحة أولوية أعلى عند تخصيص الاعتمادات في ميزانياتها (53).

وربما كانت إعادة دراسة الحكمة في إدارة الاقتصاد الكلي واحداً من الخيارات المتاحة لزيادة مبلغ المعونة الذي يمكن إنفاقه، كما يمثل التمويل عن طريق الاقتراض خياراً آخر. فالبلدان يمكنها إما أن تقترض حتى تتمكن من الإنفاق الآن، أو أن تلجأ إلى ما أصبح يسمى مؤخراً بالتمويل الكمي - طبع الأموال لتمويل الإنفاق الحالي. ولا يمثل أي منهما استراتيجية صالحة للبقاء على المدى البعيد لأن الدين الذي سيجري تحمله الآن سيتعين سداؤه، بينما سيزيد طبع النقد من ضغوط التضخم في وقت ما.

ومن بين الخيارات الأكثر قابلية للاستمرار، قيام الشركاء الخارجيين بتقليل التقلب الذي يعتري تدفق معوناتهم، حيث إن ذلك سيتيح، على الأقل، تخفيف القبضة من على السقف المحددة للصحة في الميزانية الحكومية واستخدام مزيد من المعونات لتحسين الصحة. وقد اقترح مؤخراً جدول أعمال أكثر طموحاً يمكن من خلاله للبلدان المانحة والبلدان المتلقية للمعونات مراجعة البنية الكاملة للمعونات وطريقة إدارتها (54، 55). والهدف من وراء ذلك هو التخلي عن النظر إلى المعونات على أنها صدقة، والتحرك، وفقاً لما يقرره المانحون وحدهم، صوب نظام يحقق المسؤولية العالمية المشتركة ويضمن تدفق التمويل على نحو يمكن التكهن به بشكل أكبر، وربما بكم أكبر، إلى السكان الذين هم في حاجة إليه.

تأثير الانكماش الاقتصادي على المساعدات الإنمائية

ما يزال التأثير الدقيق للانكماش المالي والاقتصادي الذي بدأ في عام 2008 على المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة غير واضح. وهناك شواغل من أن هذا الانكماش قد يكون عاملاً معرقلاً لتدفق هذه المساعدات في وقت يشهد قناعة عالمية متنامية بضرورة زيادة الدعم المالي الخارجي المخصص للصحة.

وتنزع المساعدات الإنمائية الثنائية العامة إلى إظهار مستوى النمو الاقتصادي في البلد المانح، إلا أن ذلك لا ينسحب دائماً على المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة، والتي كانت في معزل خلال بعض الأزمات

الاقتصادية التي وقعت مؤخراً، رغم انخفاض المساعدات الإنمائية العامة (56). ومع ذلك، فإن العديد من الحكومات التي كانت دوماً من المساهمين الثنائيين الرئيسيين التقليديين في المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة هي الآن مثقلة بديون أكبر بكثير من تلك التي حملتها من أزمات الانكماش السابقة، وهي تتحمل الكثير من تلك الديون من أجل التخفيف من آثار الأزمة الاقتصادية ولتحفيز النمو في بلدانها هي. وإن بعضاً من تلك الحكومات تحاول الآن خفض ديونها عن طريق تقليص إنفاقها.

وتشير تقارير منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى أنه بينما يعد بعض المانحين بالوفاء بالتزاماتهم بشأن المساعدات الإنمائية الرسمية لعام 2010، إلا أن بعض كبار المانحين قد قام بالفعل بتخفيض أو تأجيل تعهداتهم (46). ومن المنتظر أن تواصل المساعدات الإنمائية الرسمية العامة النمو خلال عام 2010 ولكن بمعدل أقل مما كان يتوقع ابتداءً. وهذه أنباء غير سارة، ويؤمل ألا يحافظ كبار المانحين فقط على المعدلات الحالية للمساعدات المقدمة للبلدان الفقيرة، بل يزدونها إلى الحد الذي يكون ضرورياً للوفاء بوعودهم ذات الصلة بالمعونة الدولية. وعلى نحو مشابه، يؤمل ألا يتعاملوا مع المعدلات المرتفعة للمديونية الحكومية لديهم بخفض الخدمات الصحية المحلية في بلدانهم هم.

وحتى قبل الانكماش الاقتصادي العالمي الحالي، كان هنالك سبب للقلق بشأن الطريقة التي تتحرك بها المعونة الصحية حول العالم. ومن بين مظاهر ذلك القلق توجيه المعونة إلى مبادرات صحية شهيرة، بينما تُنسى مبادرات أخرى. فخلال الفترة ما بين عامي 2002 و 2006، تركزت الالتزامات المالية للبلدان المنخفضة الدخل على المرمى السادس من المرامي الإنمائية للألفية (مكافحة الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض، بما فيها السل)، التي استهلكت 46.8٪ من إجمالي المساعدات الخارجية المخصصة للصحة. وأظهرت التقديرات أن ذلك لم يترك سوى 2.25 دولاراً أمريكياً للفرد في السنة لكل المرامي الأخرى - صحة الطفولة والأمومة (المرمى الرابع والخامس من المرامي الإنمائية للألفية)، والتغذية (المرمى الأول)، والأمراض غير السارية وتعزيز النظم الصحية (47). والأموال المطلوبة لتعزيز النظم الصحية وحدها تزيد على هذا الرقم - مطلوب 2.80 دولاراً أمريكياً للفرد كل عام لتدريب مزيد من العاملين الصحيين، وهذا المبلغ لا يتضمن حتى التمويل اللازم لدفع رواتبهم (57).

ولن تكون الصورة بهذه القتامة إذا ما أخذنا في الحسبان الجهود الأخيرة التي تبذل من قبل التحالف العالمي من أجل اللقاحات والتمنيع، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا لدعم تطور النظم الصحية وبناء القدرات. ومع

ذلك، فإن الأمراض خارج نطاق هذه القضايا الرئيسية يتواصل نسيانها من قبل المانحين، وكذلك هو الحال بالنسبة لقضايا النظم الصحية، مثل الإدارة، واللوجستيات، والمشتريات، والبنية التحتية، وتنمية قوى العمل (58).

ويتجلى عدم التوازن في تخصيص المعونة أيضاً عندما يجري تحليله بحسب البلدان، حيث يتم تمويل بعض البلدان، بصورة خاصة، بشكل جيد، بينما بعض البلدان الأخرى لا تتلقى، في واقع الأمر، شيئاً. ويوضح الشكل 2-3 أن البلدان التي تلقت أكثر من 20 دولاراً أمريكياً للفرد من المساعدات الخارجية المخصصة للصحة في عام 2007 كانت هي البلدان المتوسطة الدخل، بينما تلقي معظم البلدان المنخفضة الدخل أقل من 5 دولارات أمريكية للفرد. ويتلقى الكثير من البلدان الأشد فقراً قدراً أقل كثيراً من المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة، مما يتلقاه الجيران الأكثر ثراءً بكثير. فعلى سبيل المثال، تلقت ناميبيا، وهي بلد من الشريحة الدنيا للبلدان المتوسطة الدخل، نحو 34 دولاراً أمريكياً للفرد للصحة في عام 2007، مقارنة بـ 10 دولارات أمريكية في موزمبيق، و 4.40 دولاراً أمريكياً في جمهورية الكونغو الديمقراطية، و 2.80 دولاراً أمريكياً في جمهورية غينيا (4). وقد يبدو أن عوامل أخرى كثيرة، بالإضافة إلى الحاجة، هي التي تقرر تخصيصات المعونة.

وقد أشارت فرقة العمل الرفيعة المستوى إلى أن تركيز العديد من الشركاء الخارجيين على بضعة برامج وبلدان شهيرة جاء على عكس ما دعت إليه روح إعلان باريس بشأن فعالية المعونة، الذي يسعى إلى تمكين البلدان المتلقية من صياغة وتنفيذ خططها الوطنية بحسب أولوياتها الوطنية (59). وقد دعت فرقة العمل في تقريرها إلى التحول بعيداً عن آليات التمويل الدولية التي تنطلق من تطبيقات المشاريع المعتمدة في المقر العالمي للشريك في التنمية أو في عاصمته (60). إن المطلوب هو إعادة التركيز على مساهمات مالية متفق عليها للخطط الصحية الوطنية بدلاً من استمرار المعونات المستندة إلى البرامج. ولإنزال في انتظار رؤية تأثير هذه المثل ظاهراً في الأرقام الرسمية. ووفقاً لدراسة أعدت للوكالة النرويجية للتعاون الإنمائي، فإن عدد المشروعات ذات الصلة بالصحة قد تضاعف، بدلاً من أن ينخفض، إلى 20000 بين عامي 2002 و 2007. وكان معظم هذه المشاريع صغيراً لا يتجاوز متوسط الإنفاق فيه 550000 دولار أمريكي (61). وتفرض الحاجة إلى إدارة ورصد ورفع التقارير عن عدد وافر من المشاريع الصغيرة تكاليف معاملات مرتفعة على البلدان المتلقية.

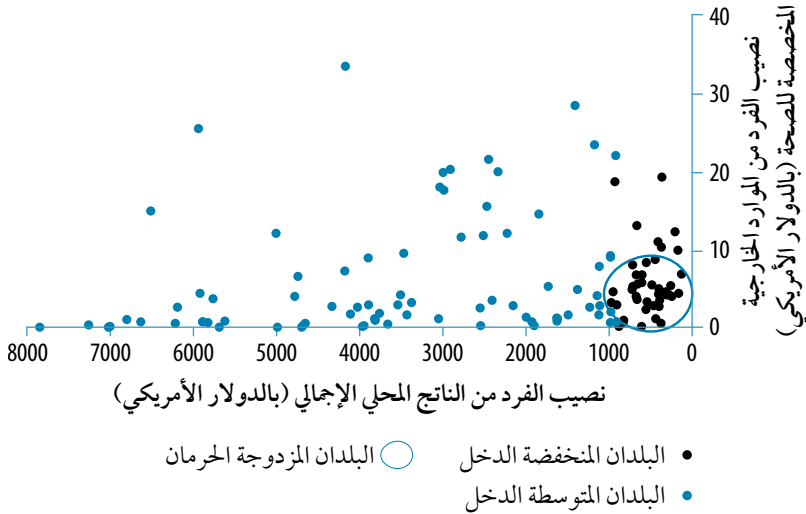
وقد أكد إعلان باريس أيضاً على أن التمويل ينبغي أن يكون قابلاً للتنبؤ وأن

يكون بعيد الأمد. وعندما لا تكون البلدان قادرة على التمويل على تمويل ثابت ومستمر يكون من المستحيل، واقعياً، التخطيط للمستقبل. ففي بوركينافاسو، تفاوت نصيب الفرد من المساعدة الإنمائية المخصصة للصحة من 4 دولارات أمريكية إلى 10 دولارات أمريكية ثم انخفض مرة أخرى إلى 8 دولارات أمريكية بين عامي 2003 و 2006. وهناك عدد من البلدان المنخفضة الدخل يمول ثلثا إنفاقها الصحي من موارد خارجية، الأمر الذي يجعل من عملية التنبؤ بتدفق المعونة هاجساً كبيراً يورث القلق لديها (4، 62).

وقد بدأ بعض الشركاء في التنمية بالفعل في الخروج عن الالتزامات التقليدية القصيرة الأمد للمساعدات الإنمائية الرسمية، وذلك في الطريقة التي ينظمون بها مساهماتهم. وتعد عقود الاتحاد الأوروبي الخاصة بالمرامي الإنمائية للألفية مثالاً على ذلك، حيث تقدم دعماً للميزانية يتسم بالمرونة ويستند إلى الأداء، على مدى فترة ست سنوات. وليس كل شخص يجذب هذا النوع من الالتزام لأنه يضع قيوداً على ميزانيات المعونة المستقبلية، ومع ذلك، ففي برنامج عمل أكرام 2008، وفي لجنة المساعدات الإنمائية لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، التزم المانحون بتزويد البلدان المتلقية بالمعلومات اللازمة عن "الإنفاق في فترة الثلاث إلى خمس سنوات المتجددة الخاصة بها و/أو خطط

التنفيذ" - وربما يمثل ذلك البداية للالتزامات على مدى أبعد (59).

الشكل 2-3. نصيب الفرد في المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة مصنفاً بحسب مستوى الدخل في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، 2007⁽¹⁾



لا يشمل الدول الجزرية الصغيرة

المصدر: سلسلة الحسابات الصحية الوطنية لمنظمة الصحة العالمية (4).

خاتمة

تحتاج البلدان إلى تكييف نظم التمويل لديها بصفة مستمرة من أجل جمع أموال كافية لنظمها الصحية. وتواجه بلدان كثيرة من ذات الدخل المرتفع انخفاضاً في نسبة السكان في سن العمل، وتضطر للتفكير في بدائل لمصادر الإيرادات التقليدية وذلك في شكل ضرائب الدخل واشتراكات التأمين الصحي من العاملين ومن أصحاب أعمالهم. وفي الكثير من البلدان الأقل دخلاً،

يكون عدد العاملين في القطاع غير الرسمي أكثر منهم في القطاع الرسمي، مما يجعل تحصيل ضرائب الدخل واشتراكات التأمين الصحي القائم على الأجور أمراً صعباً.

وهناك العديد من الخيارات لجمع أموال إضافية من أجل الصحة، وهي مقدمة في قائمة بالجدول 1-2. ولا تنطبق كلها على جميع البلدان، كما أن إمكانية استدرار الدخل والحدوى السياسية لتلك الخيارات التي تصلح، تختلف بحسب القطر. إلا أنه في بعض الحالات، يمكن أن يكون الدخل الإضافي المستمد من واحد أو أكثر من هذه الخيارات كبيراً، وقد يصل إلى أكثر بكثير من تدفقات المعونة الحالية. ومع ذلك، فإن هذه الآليات الابتكارية والإضافية ليست هي الخيار الوحيد، فكثير من الحكومات، في البلدان الغنية والفقيرة، ماتزال تعطي أولوية منخفضة للصحة عند تخصيص الاعتمادات في الميزانية. ومن المهم، تبعاً لذلك، إعداد وزارات الصحة إعداداً جيداً للتفاوض مع وزارات المالية والتخطيط، وكذلك مع المؤسسات المالية الدولية. غير أن الرسالة التي يتضمنها هذا الفصل هي أن بوسع كل قطر عمل المزيد على الصعيد المحلي لجمع أموال إضافية من أجل الصحة.

ولا ينبغي مع ذلك أن يُنظر إلى التمويل الابتكاري على أنه بديل عن تدفقات المساعدات الإنمائية الرسمية من الأمم المانحة. ويمكن فهم الدعوة الموجهة للبلدان المتلقية لاستخدام الأموال الخارجية بمزيد من الشفافية والكفاءة، إلا أن مثل هذه الشواغل لا ينبغي أن تثني البلدان الأكثر ثراء عن الوفاء بالوعود التي قطعتها على نفسها في باريس وفي أكرا. وصحيح أن العمل الجماعي الذي أفضى إلى إنشاء مرفق التمويل الدولي للتمنيع، ومؤسسة الألفية كان عملاً لا يثمن من حيث تمويل السلع العامة العالمية، إلا أنه لا ينبغي للبلدان انتظار مزيد من التعاون العالمي قبل أن تشرع في العمل. وإذا ما حافظت حكومات البلدان المانحة على وعودها الدولية الحالية بشأن المعونة، وتخصيص الأموال بالطرق التي تدعم الخطط الصحية الوطنية التي تقودها البلدان، فسوف يتمكن المجتمع الدولي بالفعل من إحراز تقدم جيد نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية المأمول تحقيقها بحلول عام 2015. وإذا قام كل بلد من البلدان المانحة، علاوة على ذلك، بتبني ولو خيار واحد من الخيارات الابتكارية المذكورة هنا، مع استخدام الإيرادات لتكملة المساعدات الإنمائية الرسمية، فستكون هذه البلدان قد أرست القواعد من أجل تحرك متواصل تجاه تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتحسين الصحة في المستقبل. ■

المراجع

1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-E0B5-D429BEDD12DFE74E>, accessed 3 April 2010).
2. Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE. *Daily Mail*, 29 April 2009 (<http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationing-body-NICE.html>, accessed 3 April 2010).
3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CDCD7772>, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 4 May 2010).
5. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
6. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_\(world_health_organization\)_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf), accessed 6 July 2010).
8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
11. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24-27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ABUJA/3).
13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355-384.
14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. *General budget support – has it benefited the health sector?* World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009,93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001-07)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf>, accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (<http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf>, accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009,70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf>, accessed 5 July 2010).

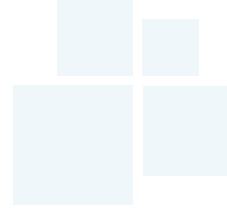
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009;9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583
23. Wanert S. *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_fra-e/en/index.html, accessed 6 July 2010).
24. Unitaid, 2010 (<http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html>, accessed 1 June 2010).
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 2010;375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salomé B. *The role of innovative financing mechanisms for health*. World health report 2010 background paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).
29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (<http://www.iff-immunisation.org>, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010;375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007*. Basel, Bank for International Settlements, 2007 (<http://www.bis.org/publ/rpfx07t.pdf>, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population*. World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization - mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. Nishtar S. *Choked pipes—reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:898-901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4, HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA, Academic Press, 2008:624–637.

43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998,93:1501-1510. PMID:9926554
45. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009,373:2113-2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).
47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484
48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington, DC, Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).
49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries*. ActionAid, 2010 (<http://www.ifwatchnet.org/sites/ifwatchnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf>, accessed 7 July 2010).
50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening*. World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en).
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf>, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2006 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/af/aid/2006/eng/aid.pdf>, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed*. World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health*. World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006,3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid – better health: report prepared for the Accra High-level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/ Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf>, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals*. Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient*. World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

ملاحظات

① الفرقة العاملة الرفيعة المستوى أدرجت تدخلات ثبت أنها تقلل من الوفيات بين الأمهات والولدان والأطفال دون سن الخامسة، ورعاية حالات الولادة؛ وخدمات الصحة الإنجابية؛ والوقاية من الأمراض المعدية الرئيسية وعلاجها؛ والتشخيص، والمعلومات، والإحالة، والرعاية اللطيفة لأي حالات مستعجلة؛ وتعزيز الصحة.

② عادة ما يستخدم مصطلح المساعدات الإنمائية الرسمية، لوصف المساعدات التي تقدم بصفة رسمية من قبل الحكومات. أما المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة فهي أعم، حيث تشمل المساعدات الإنمائية الرسمية بالإضافة إلى الإقراض والائتمان من بنوك إنمائية متعددة الأطراف، وتحويلات من مؤسسات رئيسية ومنظمات لا حكومية.





الفصل الثالث | القوة في الأعداد

رسائل أساسية

- الأنظمة التي تتطلب مدفوعات مباشرة في الوقت الذي يحتاج الناس فيه إلى الرعاية - بما يشمل رسوم استخدام الخدمات والمدفوعات مقابل الأدوية - تعيق ملايين من الناس عن الحصول على الخدمات، وتؤدي إلى صعوبات مالية، أو حتى الوقوع في هاوية الفقر، بالنسبة لملايين أخرى.
- يمكن للبلدان تسريع وتيرة التقدم نحو التغطية الشاملة بتقليل الاعتماد على المدفوعات المباشرة، وهذا يتطلب إدخال أو تعزيز صور الدفع المسبق والتجميع.
- البلدان التي اقتربت جداً من تحقيق التغطية الصحية الشاملة تجعل مساهمة الأشخاص الذين يمكنهم دفع تكاليف الخدمات إلزامية، عن طريق فرض الضرائب و/ أو اشتراكات التأمين.
- الأموال الإجبارية المدفوعة مقدماً، ينبغي وضعها، كحل مثالي، في مجمّع واحد، بدلاً من إبقائها في صناديق منفصلة. وهناك إمكانية متزايدة لتوفير الحماية المالية من مستوى معين من الأموال المدفوعة مقدماً، بتقليل التشرذم، الأمر الذي يجعل تحقيق مرامي المساواة أمراً أكثر يسراً.
- الأنظمة الطوعية، مثل التأمين الصحي المجتمعي، أو التأمين البالغ الصغر، يمكنها أن تظل تلعب دوراً مفيداً عندما لا توفر المصادر الإجبارية إلا مستويات قليلة جداً من المدفوعات المسبقة. فإذا كانت قادرة على إعادة توجيه بعض من مدفوعاتها المباشرة إلى مجتمعات مدفوعة مسبقاً، فيمكنها توسعة نطاق الحماية إلى حد ما من المخاطر المالية الناجمة عن اعتلال الصحة ومساعدة الناس على تفهم مزايا التأمين.
- سيواجه بعض الناس عوائق مالية تعرقل حصولهم على الخدمات حتى لو ألغيت المدفوعات المباشرة، وقد تظل تكاليف الانتقال بالمواصلات وتوفير المأوى لتلقي المعالجة، تمثل عائقاً ويتعين على الحكومات النظر في عدد من الخيارات، من بينها التحويلات النقدية المشروطة، من أجل التقليل من هذه العوائق.

3

القوة في الأعداد

المشكلات المتعلقة بالمدفوعات المباشرة

من بين الجوانب الأساسية لأداء النظام الصحي، كيفية سداد تكاليف الخدمات الصحية. ورغم كون جمع موارد كافية أمراً لا مفر منه، من أجل إدارة النظام الصحي، فإن تحديد الكيفية التي تستخدم بها تلك الموارد لشراء السلع والخدمات، أو بتعبير آخر، كيف يتم الدفع، هو أمر له نفس القدر من الأهمية. ومن بين أكثر أشكال الدفع شيوعاً، على مستوى العالم، الدفع المباشر لشراء الأدوية والخدمات الصحية عند الحاجة إلى هذه الخدمات. والبلدان الأشد فقراً هي الأكثر اعتماداً على هذه الطريقة (1).

”رسوم استخدام
الخدمات الصحية
تعاقب الفقير.“

الدكتورة مارغريت تشان (2).

ففي دراسة أجريت مؤخراً على 50 من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، ارتكزت على بيانات منظمة الصحة العالمية للإنفاق الصحي، وعلى مسح تصنيفي للمنظم الصحية، ومقابلات مع المستجيبين الرئيسيين للمسح، تبين أن ستة بلدان فقط لم تشترط أي شكل من أشكال الدفع المباشر في المرافق الحكومية (3).

غير أن المدفوعات المباشرة ليست مقصورة على البلدان ذات الدخل الأدنى أو التي تكون نظم التمويل الصحي فيها أقل تطوراً (الشكل 3-1). وكان فرض الرسوم على المستفيدين من الخدمات لدى طلبهم لها هو الآلية المهيمنة لجمع الأموال في 33 بلداً، وهي تسهم بأكثر من 25٪ من جميع الأموال التي تجمع من أجل الصحة في 75 بلداً آخر (4). وكما رأينا في الفصل الأول، فإن المدفوعات المباشرة تتخذ أشكالاً عديدة، بما يشمل أتعاب استشارة الطبيب، والمدفوعات مقابل التدخلات، والأدوية وغيرها من المستلزمات، وكذلك من أجل الفحوصات المخبرية. كما يمكن لهذه المدفوعات أن تأتي أيضاً في صورة مستقطعات، مثل التأمين المشترك أو المدفوعات المشتركة للأشخاص الذين تشملهم التغطية التأمينية.

ومن بين الأسباب التي تجعل المدفوعات المباشرة غير ملائمة لإيتاء/استهلاك الرعاية الصحية أنها تكبح الإتاحة أو تثبطها. ويتمثل ذلك، بوجه خاص، في الأشخاص

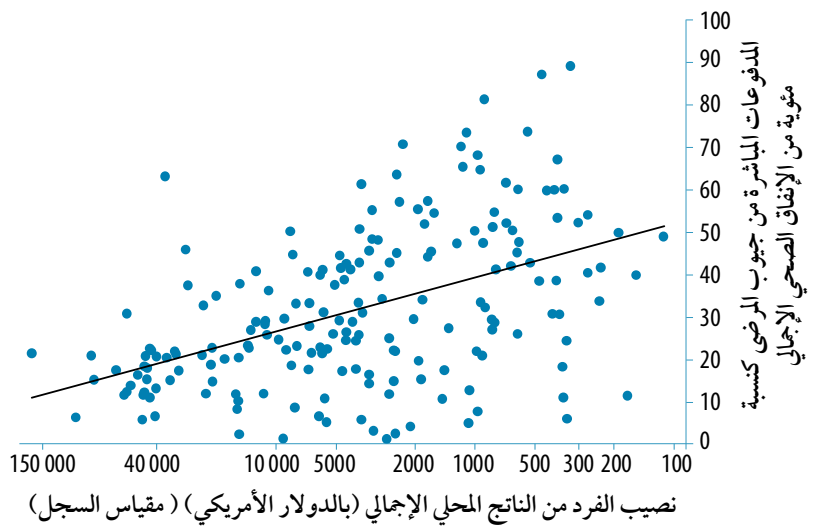
الأكثر فقراً الذين يكون لزاماً عليهم عادة، الاختيار ما بين دفع المال من أجل الصحة أو دفعه من أجل ضرورات أخرى مثل الطعام أو سداد الإيجار. وبالنسبة للأشخاص الذين يعتقدون ببساطة أنهم لابد أن يتلقوا المعالجة، بسبب الكتلة المتزايدة الحجم في الثدي مثلاً، أو بسبب الحمى التي لا تنخفض المصاب بها الطفل، فإن هنالك مخاطر الوقوع في هاوية الفقر أو حتى الانضمام إلى زمرة المعوزين. وكانت بوروندي قد أدخلت فرض رسوم استخدام الخدمات في عام 2002، وبعد ذلك بعامين، كان أربعة من بين كل خمسة أشخاص إما مثقلين بالديون أو أنهم باعوا أصول ممتلكاتهم (5). ويضطر الناس، في كثير من البلدان، إلى الاقتراض أو إلى بيع ممتلكاتهم لدفع تكلفة رعاية صحتهم (6، 7).

وإن معدل وقوع النكبة المالية المرتبطة بالمدفوعات المباشرة لسداد تكلفة الخدمات الصحية - أي نسبة الأشخاص الذين يدفعون من أموالهم أكثر من 40٪ من دخلهم كل عام، بعد اقتطاع المصروفات الخاصة بالطعام - يمكن أن يرتفع إلى 11٪ سنوياً، على المستوى الوطني، وهذا المعدل يزيد، على نحو نموذجي، على 2٪ في البلدان المنخفضة الدخل. وربما يكون وقوع هذه النكبة، داخل البلدان نفسها، أقل ما يكون، على نحو غير مستغرب، بين الأشخاص الأكثر ثراء بصفة عامة، غير أن الأشخاص الأشد فقراً لا يكونون دائماً أكثر

الناس معاناة، بهذا المفهوم المالي المحدد، لأنهم لا يستطيعون، مالياً، الاستفادة مطلقاً من الخدمات، وبالتالي لا يتجشمون نفقات صحية. وتشير أيضاً بحوث أجريت مؤخراً إلى أن الأسر التي يكون أحد أفرادها مصاباً بالعجز، وتلك التي بين أفرادها أطفال ومسنون، تكون معرضة أكثر لتكبّد مصروفات صحية باهظة (8-11).

ولن تتدنى فرص مواجهة النكبات المالية، على نحو روتيني، إلى مستويات لا تكاد تذكر، إلا إذا انخفض الاعتماد على المدفوعات المباشرة إلى أقل من 15-20٪ من الإنفاق الصحي الإجمالي (الشكل 3-2) (1).

الشكل 3-1. المدفوعات من الأموال الخاصة للمرضى كدالة لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، 2007.



المصدر (4)

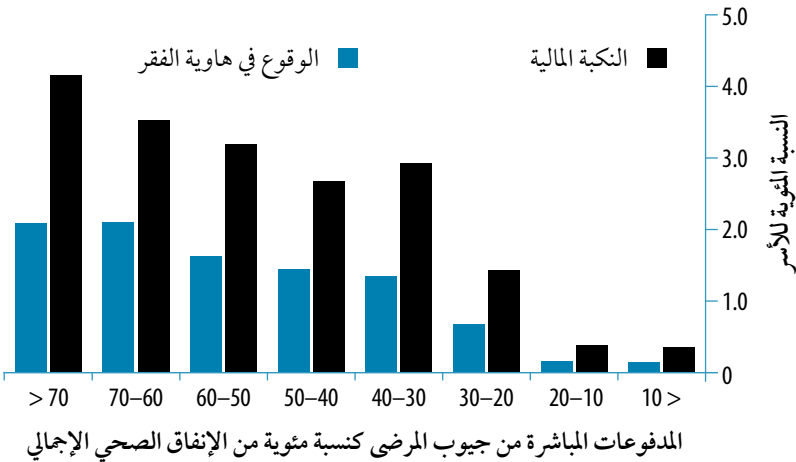
وإن البلدان ذات الدخل المرتفع هي التي بلغت، إلى حد كبير، هذه المعدلات. وعلى ذلك، فقد ترغب البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل أن تضع لنفسها مرامي يكون بلوغها أكثر إمكانية على المدى القريب. وعلى سبيل المثال، فقد وضعت بلدان إقليمي المنظمة لجنوب شرق آسيا، وغرب المحيط الهادي لنفسها مؤخراً هدفاً يتمثل في تحقيق معدل 30-40% (12، 13).

وإن أي نوع من الرسوم التي تفرض مباشرة على الأسر، حتى ولو كانت منخفضة نسبياً، قد تصرفها عن الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية، أو قد تدفع بمن يعيشون على شفير خط الفقر، إلى مستوى أدنى من خط الفقر. فقد أظهرت دراسة تجريبية أجريت في كينيا، أن إدخال رسم مقداره 0.75 دولاراً أمريكياً مقابل ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية، كانت تقدم من قبل بالمجان، قد قلل الطلب عليها بنسبة 75% (14)، كما أدى إدخال رسم بسيط للحصول على الأدوية الطارئة للديدان، إلى تقليل الانتفاع بهذه الخدمة بنسبة 80% (15). إذن، فالمدفوعات المباشرة، مهما صغرت، قد تشجع أيضاً على الممارسات غير الملائمة كالمعالجة الذاتية، أو المداواة الذاتية - استخدام أدوية قديمة أو دون المستوى، أو أخذ جرعات دوائية أقل من اللازمة، على سبيل المثال - أو تأجيل الاستشارات الضرورية مع أحد المهنيين الصحيين، التي يكون التبكير بها أمراً حيوياً (16).

وليس ضرورياً أن تكون المدفوعات المباشرة ذات صفة رسمية كي تقيد الإتاحة. ففي أرمينيا، على سبيل المثال، كان نحو 10% فقط من المدفوعات

المباشرة في المستشفيات هي التي تفرضها المرافق الحكومية كرسوم استخدام رسمية للخدمات، وذلك حتى وقت قريب. وكان جزء كبير من نسبة الـ 90% الباقية يُستمد من المدفوعات غير الرسمية (التي تدفع دون وجه حق) إلى العاملين الصحيين. وقد وضعت الحكومة الآن استراتيجيات للتخلص من المدفوعات غير الرسمية، إدراكاً منها أن تلك المدفوعات تحول هي أيضاً دون حصول الناس على الرعاية التي يحتاجونها، وتضيف مصدر قلق آخر للمرضى وعائلاتهم بسبب الطبيعة

الشكل 2-3. أثر الإنفاق من أموال المرضى الخاصة على حدوث النكبة المالية والدفء إلى هاوية الفقر



المصدر (1)

التي لا يمكن التنبؤ بها للرسوم غير الرسمية (17). والمدفوعات غير الرسمية موجودة في كثير من البلدان في شتى أنحاء العالم (18-20).

والمدفوعات المباشرة هي أقل أشكال التمويل الصحي إنصافاً، فهي مدفوعات تنازلية، تؤثر أكثر ما تؤثر على الفقراء حيث تتيح للأثرياء دفع نفس المبالغ التي يدفعها الفقراء لأي خدمة محددة. وليست الخلفية الاجتماعية والاقتصادية هي العنصر الوحيد الذي يركز عليه الجور وعدم المساواة. ففي الثقافات التي يكون وضع المرأة أقل من الرجل، عادة ما يكون على النساء والفتيات الانتظار حتى يتلقى الرجال من أفراد الأسرة المعالجة أولاً، عندما تكون هنالك رسوم استخدام للخدمات، ولذلك يكون حصولهن على الخدمات أقل احتمالاً (21).

وتقتصر الفائدة المستمدة من المدفوعات المباشرة على الفرد الذي تقدم له الخدمة، وعلى مقدم الخدمة أو المرفق الذي يقوم بتحصيل الرسم. وإن إعطاء قطعة عملة إلى ممرضة في عيادة ريفية يضمن حصول الشخص الذي دفعها على الخدمة أو على الدواء، وهذا ليس سيئاً في حد ذاته، لكنه يكون سيئاً إذا أردت أنت كوزير للصحة، أن تساعد أيضاً الأفراد الذين يعيشون على التلال المحيطة، والذين قد لا يملكون أي قطعة عملة يمكنهم تقديمها. وتنزع المدفوعات المباشرة إلى الحؤول دون توزيع التكاليف على كل فئات الناس، في صياغات ذات طابع رسمي للتضامن - بين الغني والفقير، على سبيل المثال، أو بين السليم والسقيم. والمدفوعات المباشرة تجعل توزيع التكاليف على مدى كامل فترة حياة الفرد أمراً مستحيلاً أيضاً. فالناس، في ظل المدفوعات المباشرة، لا يستطيعون دفع مساهماتهم عندما يكونون صغاراً في السن ويتمتعون بصحة جيدة، ثم يعتمدون عليها عندما تقتضي الحاجة، في ما بعد خلال حياتهم. إن عليهم الدفع عندما يمرضون، وعليهم الدفع عندما يكونون في أقصى درجات الضعف.

وإذا كانت تلك هي أوجه القصور التي تعترى المدفوعات المباشرة، كأحد آليات التمويل الصحي، فلماذا تنتشر إلى هذا الحد؟

أولاً يكون هناك اعتماد كبير على المدفوعات المباشرة عندما لا تكون الحكومات مستعدة لإنفاق المزيد على الصحة، أو أنها لا ترى أو تدرك أن لديها القدرة على توسيع نطاق نظم الدفع المسبق أو التجميع. وهذا يترك فجوة بين التغطية بالخدمات الضرورية والتغطية بالخدمات التي يمكن للحكومة تقديمها. وهكذا يجد العاملون الصحيون أنفسهم واقعين بين شقي الرحي، حيث يُطلب منهم العمل بمرتبات منخفضة (تُدعم في بعض الأحيان من خلال رسوم غير رسمية) بينما يحاولون أن يقدموا الخدمات في ظل مستلزمات

وأدوية محدودة. وفي ظل هذه السيناريوهات، اختارت حكومات كثيرة تطبيق نظام رسوم استخدام الخدمات أو المدفوعات المشتركة لاستكمال رواتب العاملين الصحيين وجعل الأدوية والمستلزمات المطلوبة أكثر توافراً.

ثانياً، المدفوعات المباشرة تتيح الفرصة لضخ الموارد في المناطق التي قد لا تتوافر للمرافق الصحية فيها، بخلاف ذلك، أموال مطلقاً - ربما في المناطق التي لا يصل إليها التمويل الحكومي وصولاً منتظماً، إذا كان يصل من الأصل. ففي جمهورية الكونغو الديمقراطية أدى النأي الجغرافي، والصراعات المتفرقة، والكوارث الطبيعية، في بعض الأحيان، إلى عزل الكثير من المناطق في البلاد، على الأقل بشكل مؤقت. وهذا الانعزال عن دعم الحكومة وعن مراقبتها، ولاسيما في المناطق الشرقية، جعل المدفوعات المباشرة من المرضى الطريقة التلقائية (بالإضافة إلى المعونة الخارجية) لاستمرار الخدمات في مستوى ما، على الأقل (22). وتصبح المدفوعات المباشرة، على نحو شائع، هي الطريقة التلقائية لتمويل الصحي، ولا سيما في أعقاب الأزمات، وبعد فترات النزاع المسلح. فعندما يكون الناس أشد احتياجاً للحصول على الخدمات الصحية، فإن الكثيرين منهم لا يستطيعون، ببساطة، تحمل تكلفة علاجهم (23).

ثالثاً، يمكن أن تبدو المدفوعات المباشرة كخيار جذاب إبان فترات الركود الاقتصادي. وفي الحقيقة، كان الركود العالمي في حقبة السبعينات من القرن الماضي هو الحافز وراء الموجة الأولى لفرض رسوم استخدام الخدمات الصحية في المرافق الحكومية في البلدان النامية، حيث أطلقت أزمة الدين العالمي سياسات التكيف الهيكلي التي حُدَّت من الإنفاق الحكومي (24). وقد كان أحد المقترحات في ذلك الوقت يتمثل في أن فرض رسوم على الخدمات من شأنه أن يشكل طريقة لاستدراة الإيرادات الإضافية اللازمة، والحد من الاستخدام المفرط، وتشجيع تقديم خدمات منخفضة الرسوم والتكاليف (25).

وكانت مبادرة باماكو 1987 واحدة من حصائل هذا النوع من التفكير. وقد انطلقت هذه المبادرة، التي اعتمدها وزراء الصحة الأفارقة من الأساس المنطقي الذي يرى أنه في ظل النقص المزمن لموارد القطاع الصحي العمومي، فإن المدفوعات المباشرة من شأنها أن تضمن، على الأقل، بعض التمويل لدفع قيمة الأدوية المطلوبة، وأحياناً، دفع رواتب الموظفين على المستوى المحلي (26). وثمة بينات على أن الإصلاحات التي استلهمت من مبادرة باماكو، قد حسنت من توافر الخدمات والأدوية في بعض السياقات، غير أن ثمة بينات أخرى تفيد أن المدفوعات المباشرة خلقت أيضاً حواجز تعيق الحصول على الخدمات، ولاسيما أمام الفقراء (27-31).

وأخيراً، فإن الكثير من البلدان تفرض نوعاً من المدفوعات المباشرة، وغالباً من أجل كبح الاستخدام المفرط للخدمات الصحية كنوع من احتواء التكاليف. وتعد تلك أداة فظةً نسبياً للسيطرة على النفقات، ولها تأثيراتها الجانبية غير المرغوبة، المتمثلة في الشني عن الانتفاع بالخدمات لدى بعض الفئات السكانية التي تكون في أشد الاحتياج إليها. وسيخضع ذلك إلى مزيد من المناقشة في الفصل الرابع.

هل يحقق الإعفاء من الرسوم الغرض منه؟

إن معظم البلدان التي تعتمد على المدفوعات المباشرة تحاول أن تتجنب الاستبعاد الذي ينشأ من جراء ذلك، بإعفاء فئات محددة - مثل الحوامل أو الأطفال، على سبيل المثال - أو عن طريق تقديم إجراءات بعينها بالمجان. ففي عام 2006، أسقطت حكومة بوروندي الرسوم على رعاية الأمومة والطفولة، بما في ذلك الولادات. وبعد مرور ثلاثة أشهر على تطبيق هذا الإعفاء من الرسوم ازداد الانتفاع بخدمات العيادات الخارجية بالنسبة للأطفال دون الخامسة من العمر بنسبة 42% (32). وكذلك، ألغت السنغال، في عام 2005، رسوم استخدام الخدمات بالنسبة للولادات وعمليات الولادة القيصرية. وقد أدت هذه السياسة، وفقاً للجولة الأولى من التقييمات التي أجريت لذلك، إلى زيادة مقدارها 10% في الولادات التي تمت في مرافق صحية عمومية، وزيادة بأكثر من 30% في عمليات الولادة القيصرية (33).

ويستخدم الدخل أيضاً في تقييم الأهلية أو الأحقية في الحصول على الإعفاءات. فألمانيا، على سبيل المثال، تفرض مدفوعات مشتركة في ما يختص ببعض الخدمات، ولكن حتى حد معين يتقرر في ضوء دخل الفرد. كذلك، فإن فرنسا تقدم تأميناً تكميلياً مجانياً - تأمين لتغطية المدفوعات - وذلك للفقراء. غير أن أنظمة الإعفاء القائمة على الدخل بدت أقل فعالية في البلدان المنخفضة الدخل. فعندما يكون معظم الناس مزارعين يعيشون على حد الكفاف، أو لا يعملون في وظائف رسمية في قطاع الأجور، يكون من الصعب على القائمين باختبار الإمكانات تحديد من هم الأشخاص الأشد فقراً. فهم معلقون بين استخدام شرائح عريضة لتلافي استبعاد فئات مستحقة - وهو أسلوب يفضي إلى ذهاب الفوائد إلى من هم أقل استحقاقاً - وبين معايير غاية في الصرامة تؤدي إلى نشوء تغطية ناقصة، الأمر الذي تظل معه الحواجز التي تعيق الحصول على الخدمات تقريباً قائمة (35).

وببساطة، فإن من غير المرجح أن يكون الإعلان عن الإعفاءات إجراءً كافياً في معظم المواقع: ففي كمبوديا، على سبيل المثال، أظهر تقييم أجري عن أثر

رسوم استخدام الخدمات، بعد مرور خمس سنوات على إدخال هذا الأسلوب في تسعينات القرن الماضي، أظهر عدم فعالية الإعفاءات: لأن نسبة 50% من الدخل الناتج عن الرسوم كان يعاد توزيعها على الموظفين الصحيين، وقد مثلت كل حالة إعفاء فقداناً للدخل بالنسبة للعاملين الصحيين ذوي الأجور الضئيلة (36). ولكي تحقق الإعفاءات فعاليتها، لابد من توافر آلية للتمويل لتعويض المرافق عن الإيرادات الضائعة المحتملة. وقد اتخذت كمبوديا، في ما بعد، هذا المسار، حيث أدخلت صناديق العدالة الصحية، مع تمويل من وكالات مانحة محددة، وذلك لتعويض المرافق الصحية والموظفين الصحيين عن الإيرادات التي تفقد عند منح الإعفاءات للفقراء.

وقد صاحب ذلك استخدام زائد للمرافق الصحية من قبل الفئات الأشد فقراً، في الأماكن الحضرية والريفية، على حد سواء (37، 38). وقد تحققت مكاسب أيضاً في ما يختص بالحماية من المخاطر المالية؛ وكان اقتراض المال لسداد تكاليف الرعاية أقل بالنسبة للمستفيدين من صناديق العدالة الصحية من المرضى الذين يدفعون الرسوم لقاء الخدمات (39). وقد ازداد الدعم لهذا الأسلوب، حيث يأتي معظم التمويل المقدم لصناديق العدالة الصحية الآن من خلال أموال المانحين المجمعة في مشروع دعم القطاع الصحي الكمبودي، على الرغم من أنهم اجتذبوا كذلك، منذ عام 2007، مزيداً من الاعتمادات المالية المحلية من وزارة المالية والاقتصاد. وقد انتهجت كيرغيزستان أسلوباً مشابهاً (40).

بيد أن ثمة عوامل أخرى تثني الفقراء عن الاستفادة من الخدمات حتى في ظل وجود الإعفاءات أو الإعانات اللازمة لتغطية التكاليف الخاصة بهم، وهي عوامل يصعب تحديدها تحديداً كمياً: مثل نفور الفقراء من أن يوصموا بالسعي لنيل إعفاء أو إعانة، على سبيل المثال، أو الطريقة التي يعامل بها العاملون الصحيون، في بعض الأحيان، الفقراء. فعندما يعتمد العاملون الصحيون في دخلهم، اعتماداً كلياً أو جزئياً، على المدفوعات المباشرة، يكون هنالك دافع واضح لرفض طلبات الإعفاء. وقد وجدت دراسة أجراها البنك الدولي أن المرافق في كينيا نادراً ما تمنح أكثر من إعفاءين اثنين في كل شهر، وذلك لجميع السكان الذين كان يعيش 42% منهم تحت خط الفقر (41). وفي مثل هذه الظروف المثيرة للقلق، ينبغي علينا أن نراعي أن العاملين الصحيين عادة ما يقاسون في ظل الرواتب غير الكافية التي يتلقونها.

وعلى جانب آخر، يبدو أن أسلوب الاستهداف بحسب الدخل يمكن أن ينجح في بعض المواقع، ولاسيما على صعيد المجتمع المحلي. ففي كمبوديا، على سبيل المثال، طلب من قادة المجتمع المحلي تحديد من ينبغي إعفاؤه من الرسوم التي تمول من قبل صندوق العدالة الصحية، وقد أثبتت تقييبتهم

دقتها، على الأقل إلى المدى الذي كان الأشخاص المختارون لنيل الإعفاء فيه أكثر عوزاً من الذين لم يختاروا (42). وفي باكستان، يبحث مشروع "ملف القلب" (Heart File Project) آليات إعفاء ابتكارية والتي سيجرى تقييمها قريباً (43).

وقد وجدت بلدان عديدة، من تلك التي كانت جزءاً من الاتحاد السوفيتي السابق، معدلات الإنفاق العام على الصحة تتدنى بسرعة في التسعينات من القرن الماضي، مع نمو تالٍ سريع في المدفوعات غير الرسمية من الأموال الخاصة للمرضى، الأمر الذي تسبب في وجود حواجز مالية وخيمة أمام رعاية غير القادرين على دفع رسوم الخدمات. ونتيجة لذلك، أدخل كثير من هذه البلدان رسوماً رسمية أو مدفوعات مشتركة خصصت لتقليص المدفوعات غير الرسمية وجمع موارد إضافية، ثم كان عليها إدخال آليات للإعفاء لتحديد غير القادرين على الدفع، ومن ثم حمايتهم (44). وعلى الرغم من ذلك، فإن الكثير من هذه البلدان لا تزال لديها معدلات مرتفعة نسبياً من النكبات المالية المرتبطة بالمدفوعات المباشرة مقابل الخدمات الصحية (45).

التراجع عن المدفوعات المباشرة

إن المشاكل العملية التي تعيق الجهود الرامية إلى استهداف فئات بعينها تجدد الحلول عندما يوسع راسمو السياسات دائرة الإعفاءات لتشمل السكان كافة. وقد قامت ستة من البلدان المنخفضة الدخل مؤخراً بإلغاء المدفوعات المباشرة تماماً في المرافق الحكومية، كما أن واحداً منها مد نطاق ذلك ليشمل مرافق الرعاية الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية (46). وفي بعض الحالات يزيد هذا الإجراء عدد الأشخاص الذين يلتمسون المعالجة زيادة كبيرة. وقد أدى إلغاء الرسوم في المناطق الريفية بزامبيا، في نيسان/إبريل 2006، وكانون الثاني/يناير 2007، على سبيل المثال، إلى زيادة مقدارها 55٪ في الاستفادة من الخدمات المقدمة بالمرافق الحكومية. وقد سجلت المقاطعات ذات التجمعات الأكبر من الفقراء، الزيادات الأعلى في ذلك (47). وكذلك، قفزت معدلات مراجعة المراكز الصحية في أوغندا إلى 84٪، عندما ألغيت الرسوم في عام 2001 (48).

ومع ذلك، فإنه في كلتا الحالتين، لم يكن إلغاء الرسوم تدبيراً قائماً بذاته، حيث كانت زيادة ميزانيات المرافق الصحية الريفية جزءاً مكماً لهذه السياسة. وفي زامبيا كانت زيادة المخصصات من الموارد الداخلية، مقرونة بدعم المانحين، تعني تلقي المقاطعات دعماً لميزانياتها يزيد بنسبة 36٪ عما كانت تتلقاه من خلال رسوم استخدام الخدمات في العام السابق. وزادت الحكومة الأوغندية من

إنفاقها على الأدوية ومنحت مديري المرافق سيطرة أكبر على الاعتمادات المالية بالميزانية حتى لا يفقدوا المرونة التي كانت تستمد سابقاً من الرسوم. وقد جادل بعض المراقبين أنه يمكن إلغاء الرسوم المباشرة في المرافق الحكومية دون أن يسبب ذلك الكثير من الآلام لأن الدخل الذي تمكنت تلك المرافق من استدراره من هذه الرسوم كان محدوداً (49، 50). وعلى جانب آخر، أظهرت دراسات أجريت حول الرسوم الرسمية لاستخدام الخدمات في المرافق الحكومية في 16 بلداً من البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء، أن ما استدرته هذه الرسوم بلغ في المتوسط 5٪ من إجمالي الإنفاق الجاري للنظام الصحي، بما لا يشمل النفقات الإدارية (51، 52).

غير أن اعتمادات الميزانية ترتبط، في جزء كبير منها، بالتكاليف الثابتة المتعلقة بالموظفين، وبالبنية الأساسية، مما لا يترك سوى القليل للمدخلات الأساسية الخاصة بمعالجة المرضى مثل الأدوية وغيرها من البنود الوحيدة الاستعمال. وهذا هو المجال الذي تلعب فيه الإيرادات المتأتية من الرسوم دوراً حاسماً. فقد أظهرت دراسة أجريت في إحدى مناطق غانا أنه بينما لم توفر المدفوعات المباشرة سوى 8٪ و 27٪ من إجمالي الإنفاق لعينة من المراكز الصحية والمستشفيات، على التوالي، فقد كانت مسؤولة عن 66٪ (في المراكز) و 83٪ (في المستشفيات) من النفقات، من غير الرواتب، الأمر الذي مثل قسماً مهماً من الاعتمادات المرنة الوحيدة التي تقع تحت سيطرة مديري المرافق (53).

ومهما كانت قيمتها الدقيقة داخل النظام، فلا بد لرسمي السياسات من أخذ عواقب إلغاء المدفوعات المباشرة بعين الاعتبار، حيث إنه بدون تخطيط للطلب المتزايد والرسوم المفقودة، يكون مصمماً حسب سياقات محددة، فإن إلغاء المدفوعات المباشرة يمكن أن يؤدي إلى موظفين يتلقون أجوراً ضئيلة، أو لا يتلقونها على الإطلاق، ويكونون مثقلين بالعمل في نفس الوقت، كما يؤدي إلى مستويات خالية من الدواء، ومعدات قليلة الصيانة أو معطلة (46، 54). ومن الجدير بالملاحظة أن تكبد الفقراء للنفقات الصحية الباهظة لم ينخفض بعد إلغاء رسوم استخدام الخدمات في أوغندا، والسبب المرجح لذلك هو عدم توافر الأدوية، على نحو متكرر، في المرافق الحكومية بعد عام 2001، مما دفع بعض المرضى إلى الذهاب إلى الصيدليات الخاصة (55). ومن الممكن أيضاً أن تكون المدفوعات غير الرسمية للعاملين الصحيين قد زادت بالشكل الذي جعلها تعوّض الإيرادات المفقودة من رسوم استخدام الخدمات.

وتبدو العودة إلى أسلوب المدفوعات غير الرسمية إحدى المخاطر المواقبة لسحب رسوم استخدام الخدمات، على الرغم من أن المدى الذي يمكن أن تصل إليه غير واضح، كما أنه من غير الواضح كذلك، ما إذا كانت البلدان التي

أدخلت الرسوم الرسمية لمحاولة تقليص المدفوعات الرسمية، قد تمكنت من إلغائها، على الرغم من بعض النجاح الذي حققته في خفضها (56). وتظهر هذه التجارب أنه لكي نقلل الاعتماد على المدفوعات المباشرة - وهي عقبة رئيسية أمام التغطية الشاملة - فإن من الضروري إيجاد الموارد من طرق أخرى للحلول محل الأموال الرسمية أو غير الرسمية التي كانت تُدفع من ذي قبل. ويمكن لذلك أن يحدث مباشرة إذا كانت الحكومات قادرة ومستعدة لتوجيه مزيد من الأموال إلى الصحة (57). غير أن هنالك بدائل لمجرد إنفاق المزيد، والتي تشمل إجراء تغييرات أخرى على نظام التمويل. وإن التفكير في الأخذ بمثل هذه البدائل ليس مقصوداً على البلدان الأشد محدودية في الموارد. فعلى الرغم من الدور غير المهم نسبياً للمدفوعات المباشرة في معظم بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، فإن اتجاهات متصاعداً في المدفوعات المباشرة قد تجلى في الكثير منها، حتى قبل حدوث الركود الاقتصادي العالمي، حيث رفع العديد من هذه البلدان حصة مشاركة المريض في التكاليف، من خلال المدفوعات المباشرة لتقليص المساهمة الحكومية في هذه التكاليف وللثني عن الاستخدام غير الضروري للخدمات (58). وهذه المدفوعات المباشرة تسبب مصاعب مالية أمام بعض الناس وتقلل من إمكانية الحصول على الخدمات بالنسبة لآخرين. وكما لاحظنا في الفصل الأول، فإن المدفوعات المباشرة تؤدي إلى معاناة أكثر من 1٪ من السكان، أو أربعة ملايين شخص تقريباً، من النفقات الباهظة كل عام، في ستة بلدان فقط من البلدان الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي.

القوة في الأعداد

إن أكثر الطرق فعالية للتعامل مع المخاطر المالية ذات الصلة بدفع تكاليف الخدمات الصحية هي المشاركة فيها، وكلما زاد عدد المشاركين، كانت الحماية أفضل. ولو كان نارين بنتالكارن قد اشترك مع سكان قريته لإنشاء صندوق للطوارئ يعتمدون عليه في حالات المرض أو الإصابة في الحوادث، لكانت تكاليف جراحة المخ التي خضع لها، ومصروفات الرعاية في مستشفى إقليم كون كاين، قد استنفدت احتياطات ذلك الصندوق بالكامل. ولحسن الطالع، أنه ارتبط مع صندوق جمهور دافعي الضرائب في تايلاند، الذي يمول نظام التغطية الشاملة. ولم يكن ذلك قراراً مقصوداً، بل كان قراراً اتخذته وكافح من أجله كثيرون على مدى عقود كثيرة. وكان بنتالكارن جزءاً من مجموعة كبيرة من الأشخاص، ورغم كونه عاملاً غير نظامي، يكسب ما يعادل خمسة دولارات في

اليوم، ورغم عدم قدرته على الإسهام ولو بباهت واحد عندما كانت تقدم له الرعاية، إلا أنه استطاع أن يتلقى المعالجة اللازمة والتعافي مرة أخرى. إن هنالك قوة، بالفعل، في الأعداد (الإطار 3-1).

ولقد دأب الناس منذ زمن طويل على القيام طوعاً بتجميع أموالهم من أجل حماية أنفسهم من المخاطر المالية الناجمة عن دفع تكاليف الخدمات الصحية. فقد بدأ نظام تأمين دار صحة الطلاب (Students' Health Home) في وسط البنغال في عام 1952، كما أن أنظمة أخرى تعمل في العديد من بلدان غرب أفريقيا، تضم بنين، وغينيا، ومالي، والسنغال، وذلك منذ ثمانينات القرن

الإطار 3-1. القوة في الأعداد

يوجد أمام راسمي السياسات الذين يخططون للتخلي عن رسوم استخدام الخدمات وغيرها من أشكال المدفوعات المباشرة، ثلاثة خيارات ذات صلة متبادلة. الأول إحلال بعض صور الدفع المسبق محل المدفوعات المباشرة، والصورة الأكثر شيوعاً هي مزيج من الضرائب والاشتراكات التأمينية. والخيار الثاني هو إدماج الصناديق المجمعّة القائمة في مجتمعات أكبر. أما الثالث فهو تحسين الكفاءة والفاعلية التي يمكن من خلالها الاستفادة من الأموال (هذا هو موضوع الفصل الرابع).

والدفع المسبق ليس معناه قيام الناس بدفع كامل تكاليف الرعاية التي يتلقونها، بل يسدّدون المدفوعات مقدماً. وهو يعني أن يساهموا في صندوق مجمّع، يمكنهم أو يمكن لغيرهم الاعتماد عليه في حالة الإصابة بالمرض، حيث قد يتلقون، في بعض السنوات، خدمات تكون تكلفتها أكبر من مساهماتهم، وقد تكون أقل في بعض السنوات الأخرى.

وسواء أدمجت الصناديق المجمعّة، في مجمع وطني واحد، أو ظلت لإذكاء المنافسة أو لإظهار احتياجات مختلف المناطق، فهو أمر يتقرر وفقاً لما يفضل على المستوى الوطني. ويجري التحصيل والتجميع في البلدان ذات الدخل المرتفع على مستوى الحكومة المركزية - مع تقسيم مهام التحصيل والتجميع بين وزارة المالية أو الخزانة، ووزارة الصحة. وقد اختارت جمهورية كوريا، على سبيل المثال، إدماج أكثر من 300 شركة تأمين فردية في صندوق وطني واحد (59).

غير أن هنالك استثناءات. فال مواطنون السويسريون صوتوا بشكل كاسح لإبقاء الصناديق المجمعّة المتعددة بدلاً من "الصندوق الفريد". ويتم تجميع الموارد لمجموعات أصغر من الناس (60). ولدى هولندا نظام للصناديق المتنافسة يعمل منذ أوائل التسعينات من القرن الماضي (61). وفي كلتا الحالتين، تكون الاشتراكات التأمينية إجبارية، وتسعى كلتا الحكومتين إلى إدماج الصناديق، إلى حد ما على الأقل، من خلال معادلة الأخطار، حيث تحوّل الأموال من صناديق تأمين تخدم نسبة أكبر من الأشخاص الذين تنخفض لديهم عوامل الاختطار إلى تلك التي تؤمن على أشخاص تغلب عوامل الاختطار لديهم إلى الارتفاع، وبالتالي يتكبدون تكاليف أعلى.

غير أن التجربة تشير إلى أن الصندوق المفرد يقدم مميزات عديدة بما يحقق فعالية أكبر (أنظر الفصل الرابع) إلى جانب القدرة على تقديم الدعم الشامل للسكان. وهنالك بيانات قوية على أن تشرذم أنظمة التجميع، بدون معادلة المخاطر، يمكن أن يكون ذا تأثير عكسي على مرامي العدالة والإصاف في التمويل، لأن كل صندوق لديه الدافع لإدراج الأشخاص الذين تنخفض لديهم عوامل الاختطار. كما أن الفئات من السكان التي تتلقى المزايا ليست مستعدة لتقاسم أموالها المجمعّة مع الفئات الأشد فقراً (62).

وتحدث معادلة المخاطر أيضاً عندما تخصص الحكومات المركزية اعتمادات مالية من أجل الصحة لمستويات حكومية أدنى، أو مرافق صحية في مناطق جغرافية مختلفة. وبالنسبة للناس وأصحاب الأعمال في المناطق الأكثر ثراء، الذين تكون المشاكل الصحية لديهم أقل، فإنهم يساهمون في الصندوق، من خلال الضرائب والرسوم، والتي عادة ما تكون، أكثر بكثير مما يتلقون منه، بينما أولئك الذين يعيشون في مناطق أشد فقراً، ولديهم مشاكل صحية أكثر، يتلقون من الصندوق أكثر مما يساهمون فيه. وبعض البلدان تستخدم أيضاً صيغة توزيع معقدة لتحديد التخصيص العادل للمناطق الجغرافية والمرافق الصحية المختلفة.

الماضي، ولا يزيد عدد أعضائها، غالباً، على بضع مئات (64-67). وهذه الأنظمة تكون ذات طابع محلي بدرجة عالية، وغالباً ما تكون مرتبطة بإحدى القرى، أو بمجموعة من المهنيين. ففي أوكرانيا، على سبيل المثال، كون عدد من الأفراد ما يطلق عليه صناديق المرض، للمساعدة على الوفاء بنفقات الأدوية، عندما تكون بنود الميزانية المخصصة للمرافق الصحية المحلية محدودة. وتكون المساهمات عادة في حدود 5٪ من الأجور وغالباً ما تستكمل من الأموال التي تُجمع في المناسبات الخيرية. ورغم أن مظلة التغطية تكون صغيرة، عندما تقاس على المستوى الوطني، إلا أن هذه الصناديق تلعب دوراً مهماً في بعض المدن الصغيرة التي يكون تمويل المرافق الصحية فيها ناقصاً (68).

ويمكن للتأمين الصحي المجتمعي، أو التأمين البالغ الصغر، أن يمثل أيضاً خطوة مؤسسية إلى الأمام تجاه أنظمة إقليمية أكبر، والتي يمكن، بدورها، أن تندمج في صناديق تشاؤك وطنية في تحمل المخاطر، رغم أن ذلك يتطلب دائماً تشجيع الحكومة. ومعلوم أن العديد من البلدان التي أصبحت أقرب ما يكون إلى تحقيق التغطية الشاملة، بدأت بأنظمة تأمين صحي طوعي صغيرة، والتي اندمجت تدريجياً لتصبح أنظمة تأمين اجتماعي إجباري لمجموعات بعينها، محققة في النهاية مستويات أكثر ارتفاعاً من الحماية من المخاطر المالية، ضمن صناديق أكبر كثيراً للتشاؤك في تحمل المخاطر. وقد مثلت أنظمة التأمين الصحي الطوعي عاملاً مهماً في المساعدة على تطوير التغطية الشاملة، في ألمانيا، وفي اليابان، بعد ذلك بسنوات عديدة.

ومنذ عهد قريب، اختارت عدة بلدان طريقاً أكثر مباشرة من الطريق الذي سلكته ألمانيا واليابان في سيرها تجاه التغطية الشاملة قبل قرن من الزمان. فقبل الإصلاحات المتعلقة بالتغطية الشاملة، التي بدأت في عام 2001، نفذت تايلند عدة أنظمة منفصلة: نظام الرفاه الصحي للفقراء (Health Welfare Scheme for the Poor)، ونظام البطاقة الصحية الطوعي (Voluntary Health Card Scheme) ونظام الزايا الطبية لموظفي الدولة (Civil Servants Medical Benefit)، ونظام الضمان الاجتماعي للقطاع الرسمي (Social Security Scheme for Formal Sector)، والتأمين الخاص. وعلى الرغم من الامتداد السريع لمظلة التأمين خلال حقبة التسعينات من القرن الماضي، فإن نحو 30٪ من السكان التايلنديين ظلوا بدون تغطية في عام 2001 (71). وتلقى نظام موظفي الدولة أيضاً إعانة حكومة عن كل عضو في هذا النظام، أكبر بكثير مما تلقاه نظام الرفاه الصحي للفقراء (72). وقد زادت هذه الترتيبات، بالفعل، من مظاهر الجور وعدم المساواة.

وقد تحرك برنامج إصلاح التغطية الشاملة لعام 2001 بسرعة من أجل تقليص هذه المجموعة المتشردمة من الأنظمة، وكذلك الدعم الموجه في جانب

العرض، الذي قدمته الحكومة للمرافق الصحية. وقد رفض راسمو السياسات التغطية البطيئة الامتداد من خلال مساهمات التأمين، مدركين أن نسبة كبيرة من الأشخاص الذين ظلوا بدون تغطية كانوا يعملون في وظائف غير رسمية، وأن كثيراً منهم كانوا فقراء جداً لدرجة لا تسمح لهم بالإسهام في مدفوعات التأمين (73). و عوضاً عن ذلك، استبدلوا نظامي الرفاه الصحية والبطاقة الصحية الطوعي السابقين، واستخدموا إيرادات الميزانية التي كانت تتدفق من قبل إلى هذه الأنظمة، وإلى مقدمي الخدمات في القطاع العام، وذلك لإنشاء آلية تشاركية في تحمل المخاطر، وهو ما يطلق عليه الآن نظام التغطية الشاملة (ما كان يطلق عليه سابقاً نظام الثلاثين باهتاً). وظل نظام موظفي الدولة والضمان الاجتماعي منفصلين، إلا أن نظام التغطية الشاملة لا يزال يجمع الأموال لما يقرب من خمسين مليون شخص وقد قلص نسبة السكان الذين هم خارج مظلة التأمين من 30٪ إلى أقل من 4٪.

وإن جميع البلدان التي تستخدم شركات التأمين المتنافسة من أجل التغطية الإجبارية، تستخدم نظاماً ما لمعادلة المخاطر وذلك لتلافي التأثيرات السلبية للتشردم. وعلى جانب آخر، بدأت جمهورية التشيك بمجموعة من شركات التأمين الصحي، إلا أن صندوقاً واحداً تحمل عبء قاعدة كبيرة من العملاء الأكبر عمراً والأفقر حالاً. وفي عام 2003 مدت الحكومة نطاق آلية معادلة المخاطر لتشمل الإيرادات الإجبارية المسبقة الدفع، الخاصة بالتأمين الصحي، مما أسهم في نقل الموارد، بشكل فعال، من الصناديق التي تغطي الأشخاص الذين تقل لديهم عوامل الاختطار إلى تلك التي تغطي الأشخاص الذين ترتفع لديهم هذه العوامل. وقد أنشأ هذا الإصلاح أيضاً آلية لتعويض شركات التأمين عن الحالات المرتفعة التكاليف (74).

أين وكيف يمكن تغطية مزيد من الناس؟

عند التحرك صوب التمويل الصحي القائم على الدفع المسبق والتجميع، يتعين على راسمي السياسات أن يحددوا أولاً الفئات السكانية التي سيتم توفير التغطية لها. فمن خلال التجارب السابقة بدأ العديد من البلدان ذات الدخل المرتفع، في أوروبا، وفي اليابان أيضاً، بالعاملين في القطاع الرسمي، الذين يسهل تحديدهم، والذين يسهل نسبياً فرض الضرائب على دخولهم من خلال أجورهم المنتظمة.

غير أن البدء بالقطاع الرسمي اليوم يمكن أن يحمل مخاطر حدوث مزيد من التشردم والجور، بدلاً من تحريك النظام صوب مجمع كبير للتشارك في تحمل

الأخطار يمكن من خلاله تدفق الإعانات أو الدعم من الغني إلى الفقير ومن السليم إلى السقيم. فمنذ عام 1980، لم يتحرك صوب التغطية الشاملة بهذه الطريقة سوى جمهورية كوريا، حيث تطور النظام، في ذلك البلد، تحت قيادة حكومية قوية، وسط نمو اقتصادي سريع ومستويات مرتفعة من المشاركة من العاملين بالقطاع الرسمي (مقارنة مع معظم البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل) (75، 76).

أما في البلدان الأخرى، فقد كانت النتائج أقل إيجابية. فعادة ما تطالب الفئات التي تتلقى التغطية في البداية بزيادة المميزات الممنوحة لها أو بتخفيض قيمة مساهماتها، ولكن ليس مد نطاق التغطية ليشمل آخرين، ولا سيما أولئك غير القادرين على المساهمة. وهذا يؤدي إلى تفاقم الجور، إذا ما راعينا أن هؤلاء الذين يعملون في القطاع الرسمي آمنون بوجه عام، من الناحية المالية، أكثر من بقية السكان. وتلك كانت تجربة المكسيك منذ 15 عاماً، عندما غطت أنواع مختلفة من صناديق الأموال المجمعة، فئات مختلفة من السكان، لدى كل منها مستوى مختلف من المميزات (77-79). ولا تتسم هذه الترتيبات بكونها جائزة فقط، بل إنها أيضاً غير فعالة ومكلفة (80، 81). وكان ذلك هو الأساس المنطقي وراء الإصلاحات التي جرت منذ عهد قريب في المكسيك والتي هدفت إلى توفير تغطية أكثر فعالية للفئات السكانية الأشد فقراً (81).

التركيز على الفقراء

يتعين على راسمي السياسات، عند التخطيط لتمويل التغطية الشاملة، عدم استبعاد أولئك الذين لا يستطيعون المساهمة، ربما بسبب عدم كسبهم ما يكفي لسداد ضرائب الدخل أو المساهمة في التأمين. والقضية الأساسية هي ما إذا كان ينبغي ربط الاستحقاقات بالمساهمات، وهل ينبغي تقديم رعاية صحية مجانية لأولئك الذين لا يساهمون؟ وتشير البحوث القليلة التي أجريت حول هذا الموضوع إلى أنه على الرغم من أن معظم الناس يرى أن المريض ينبغي أن يحصل على المساعدة في ما يخص تكاليف الرعاية الصحية، إلا أنهم يرون أيضاً أن مثل تلك المساعدة لا ينبغي أن تمضي إلى حد دفع تكاليف كل شيء (83)، فكل بلد سوف ينظر إلى هذه القضية من منظوره الاجتماعي والاقتصادي الخاص، غير أن على راسمي السياسات أن يتذكروا أن نظم التمويل الصحي، التي يفترض أن تكون عادلة، تكون أفضل الفرص بالنسبة لها هي في استمرارها على المدى البعيد.

ولا تقتصر مخاطر الاستبعاد على المرضى والفقراء فقط، حيث إن هنالك الفقراء الذين يعملون في وظائف خطيرة، على سبيل المثال. ففي الإقليم الذي

وقع فيه الحادث لنارين بنتالاکارن، سيكون العمال هم على الأرجح الأشخاص الذين سينتهي بهم الأمر في إحدى وحدات الرعاية المركزة، أو في مشرحة القرية، إذا لم يتوافر التمويل اللازم لدفع تكاليف علاجهم.

ومهما كان النظام المعتمد، فإن الأمر سيتطلب بعض الإيرادات الحكومية العامة للتأكد من أنه لا يزال بإمكان الأشخاص غير القادرين على المساهمة الحصول على الخدمات الصحية، من خلال دعم اشتراكات التأمين الصحي لهم أو من خلال عدم فرض مدفوعات مباشرة عليهم، مثلاً. وعندما يكون المجموع الإجمالي للإنفاق من الإيرادات الحكومية العامة وإسهامات التأمين الصحي الإجباري أقل من 5-6٪ من إجمالي الناتج المحلي، فإن البلدان ستعاني من أجل تحقيق التغطية بالخدمات الصحية للفقراء (84). ومكتب المنظمة الإقليمية للأمريكتين يدعو إلى معدل عند مستوى 6٪ (85، 86). وليس بوسع أحد تحقيق هذا المستوى من التشارك الإجباري في تحمّل المخاطر إلا البلدان الأكثر ثراء، غير أن على البلدان التي تسعى لتحقيق التغطية الشاملة وضع استراتيجيات لتوسيع نطاق المساهمة التي يمكن أن توفر التغطية للفقراء مع مرور الوقت. ومن الممكن تحقيق ذلك بطرق عديدة، بما يشمل دعم المساهمات التأمينية أو توفير الخدمات بالمجان.

وعلى الرغم من ضرورة إيلاء اعتبارات دقيقة لتحديد من هم الذين ينبغي تغطيتهم، فإن مصدر الحصول على الأموال - سواء من الإيرادات الحكومية العامة، أم في صورة من صور مساهمات التأمين الصحي الإجباري - لا يمثل قضية في حد ذاته. وفي الحقيقة، إن تقسيم الخيارات إلى قسمين، ضرائب/ تأمين صحي اجتماعي، قد لا يكون مفيداً. ففي معظم نظم التمويل الصحي، تغلب عملية "التهجين"، حيث يعتمد التحصيل، والتجميع، والإنفاق على مجموعة آليات مختلفة. ومصادر الإيرادات لا تحدد بالضرورة كيفية تجميع الأموال أو من الذي يتمتع بالمزايا. ويمكن للمساهمات التأمينية الواردة من أصحاب العمل أو الموظفين، أو كليهما، أن توضع في نفس المجمع كمساهمات من الإيرادات الحكومية العامة. ففي جمهورية مولدوفا، أدخلت الحكومة شركتها الوطنية للتأمين الصحي في عام 2004، معتمدة على مصدرين رئيسيين للتمويل: ضريبة جديدة بنسبة 4٪ فرضت على الأجور (زادت إلى 7٪ في عام 2009)، وأعيد توجيه إيرادات الميزانية العامة التي كانت تتدفق من قبل على المرافق الصحية المركزية والوطنية، إلى الشركة (87).

وقد أدى تجميع إيرادات الميزانية العامة، مع مساهمات التأمين الإجباري، بالفعل، إلى القضاء على تشردم نظام الميزانية اللامركزي، وقد أدى، عندما اقترن بتحول طرق الدفع من الطرق القائمة على المدخلات إلى تلك القائمة على

المخرجات، إلى تحقيق مستوى أعلى من المساواة في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الحكومي، في جميع المناطق الحكومية المحلية. وكان هنالك هبوط أيضاً في معدلات الدفع من الأموال الخاصة بالنسبة للـ 20٪ الأشد فقراً بين السكان (88، 89)، رغم أن جمهورية مولدوفا مازال تواجه تحديات في ما يختص بمد مظلة التغطية لتشمل شرائح المجتمع كلها (الإطار 3-2).

وحتى ألمانيا، التي ينظر إليها على أن لديها أقدم مجمع تأمين صحي اجتماعي مخصص للعاملين في العالم، زادت حصة الإيرادات الحكومية العامة في مجمع التأمين، وقد جاء هذا التحرك لمواجهة التحديات التي مثلها تشيخ السكان وما نتج عنه من تضائل قاعدة مساهمات التأمين الصحي المرتبطة بالأجور. وكان على هذا القطر أيضاً مراعاة تأثير الأزمة الاقتصادية العالمية التي بدأت في عام 2008 على الوظائف وعلى نسبة المساهمات. وفي أعقاب ذلك، ضخّت ألمانيا أموالاً إضافية من الإيرادات الحكومية العامة إلى النظام التأميني، وخفضت نسب المساهمات في التأمين الصحي القائم على الأجور من 15.5٪ إلى 14.9٪ (91، 92).

حواجز أخرى تعيق الحصول على الخدمات

على الرغم من أن التحول من المدفوعات المباشرة إلى نظام الدفع المسبق والتجميع يساعد الأشخاص الأفقر حالاً على الحصول على الرعاية، إلا أنه لا يضمن إتاحة هذه الخدمات. ولا تمثل المدفوعات المباشرة سوى بنداً واحداً من التكاليف المالية التي تواجه الأشخاص الساعين إلى الحصول على الخدمات الصحية. ويمكن أن تكون رسوم استخدام الخدمات التي تدفع لدى المرافق الصحية الحكومية، مجرد نسبة صغيرة من هذه التكاليف. أضف إلى ذلك، أن التكاليف المالية ما هي إلا واحد من الحواجز التي تعيق

الإطار 3-2. قضايا الاستحقاقات في جمهورية مولدوفا

أدخلت جمهورية مولدوفا نظاماً للتأمين الصحي الإجباري وذلك في عام 2004. وتشترط القوانين أن يساهم السكان النشطاء اقتصادياً من خلال ضرائب الرواتب، أو إذا كان الشخص يعمل عملاً حراً، فإنه يسدد مبلغاً موحداً. وأما بقية السكان، بمن فيهم هؤلاء المسجلين كعاطلين أو بدون عمل، فإنهم يعفون من المساهمة ويخضعون للتأمين من قبل الحكومة، التي تدفع حصة مساهماتهم نيابة عنهم. وإن التحول في قاعدة الاستحقاق من كون الفرد مواطناً من مواطني جمهورية مولدوفا، إلى كونه فرداً يسدد الاشتراك التأميني، يعني أن نحو ربع السكان (27.6٪ في عام 2009) لا يحصلون على رعاية صحية ملائمة. وهؤلاء الناس، وغالبيتهم من العمال الزراعيين في الأرياف، يحصلون على خدمات منقذة للحياة وعلى عدد محدود من الاستشارات لدى مقدمي الرعاية الصحية الأولية، أما بقية الخدمات، فلا بد أن يدفعوا تكاليفها مباشرة من ماله الخاص (87).

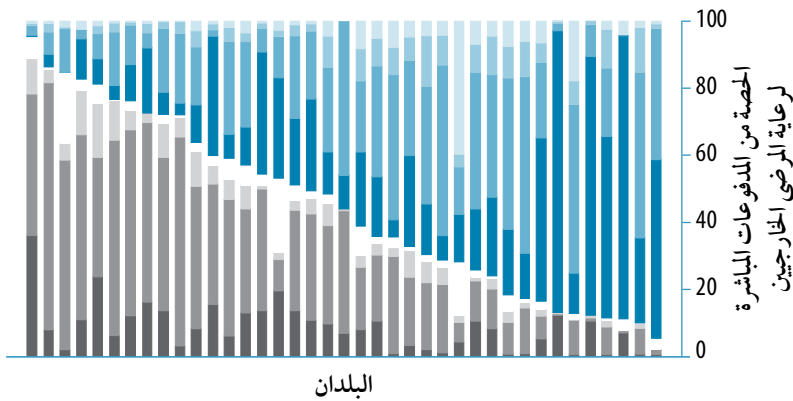
وقد طلبت الحكومة كذلك أن يقوم هؤلاء الناس، وكثير منهم يعيشون تحت خط الفقر، بدفع الاشتراك التأميني، وهذا الاشتراك هو مبلغ ثابت لجميع الأشخاص المؤمن عليهم تأميناً ذاتياً، بمن فيهم الأطباء، وكتاب العدل، والمحامون. وهناك قانون آخر تم تمريره في شهر شباط/ فبراير 2009، يضمن لجميع الأشخاص المسجلين كفقراء، وفقاً للقانون الذي اعتمد مؤخراً بشأن الدعم الاجتماعي، الحصول التلقائي على تأمين صحي بدعم كامل. وخضعت شواغل التغطية لمزيد من البحث من خلال تشريع أجيز في شهر كانون الأول/ ديسمبر 2009، أدى إلى توسعة ضخمة في حزمة الخدمات الصحية لجميع المواطنين بصرف النظر عن وضعهم التأميني (مثل النطاق الكامل للرعاية الأولية). وعلى الرغم من بعض القضايا الملحة ذات الصلة بالعدالة والإنصاف، فقد أدت مركزية جميع عمليات التمويل العمومي للرعاية الصحية والفصل بين مهام الشراء والإيتاء، إلى تحقيق عدالة أكبر في التوزيع الجغرافي لنصيب الفرد في الإنفاق الصحي الحكومي، وذلك منذ إجراء إصلاح التأمين الصحي في عام 2004 (90).

الحصول على الرعاية (93، 94). وهناك حواجز ثقافية ولغوية في المجتمعات متعددة الثقافات. وعلى سبيل المثال، عندما تمنع النساء من السفر بمفردهن في بعض الأماكن.

وتظهر النتائج المستمدة من المسوحات الصحية العالمية التي أجريت في 39 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، أن 45٪، في المتوسط من إجمالي تكاليف خدمات العيادات الخارجية التي يدفعها المرضى من أموالهم الخاصة، كانت مبالغ تدفع إلى مرافق صحية حكومية، بما يشمل أتعاب الأطباء وتكاليف الأدوية والفحوصات (الشرائح الرمادية في الشكل 3-3). وفي بعض البلدان، كانت النسبة أقل من 15٪. أما نسبة الـ 55٪ المتبقية، فقد مثلت مدفوعات للمرافق الصحية الخاصة، بما يشمل المنظمات اللاحكومية وتكاليف الأدوية والفحوصات التي يتم شراؤها من مرافق خاصة (95). وإن تقديم خدمات مجانية في المرافق الحكومية، لا يذهب بعيداً على درب التخفيف من الحواجز المعيقة للحصول على الخدمات، ولا يمثل، في بعض البلدان، إلا جزءاً ضئيلاً جداً.

ويمكن أن يمثل الانتقال بالموصلات بند مصروفات أساسياً آخر، ولاسيما في المناطق الريفية النائية. فقد أظهرت نفس المسوحات الصحية العالمية التي أجريت في 39 بلداً أن تكاليف الانتقال بالموصلات يمثل، في المتوسط، أكثر من 10٪ من إجمالي المدفوعات التي يدفعها المرضى من أموالهم الخاصة، عندما يلتزمون خدمات الرعاية الصحية (95). ويمكن أن تُقنع تكاليف الموصلات الناس بتأجيل التماس المعالجة (96).

الشكل 3-3. المدفوعات المباشرة التي سددت إلى المرافق الصحية العامة والخاصة في 39 بلداً.



مرافق خاصة: رسوم الاستشارات الأدوية اختبارات أخرى
مرافق عامة: رسوم الاستشارات الأدوية اختبارات أخرى

وعادة ما يستلزم المكوث الطويل في المستشفى توفير مأوى ووجبات للقائمين على رعاية المريض. وهذا، أيضاً، يزيد من تكاليف المعالجة (97). وحتى في الأماكن التي لا تُدفع فيها رسوم لاستخدام الخدمات، أو تدفع رسوم محدودة، فإن تكاليف الموصلات وغيرها من المدفوعات المباشرة يمكن أن تمثل عقبة كبيرة للأسر تعيق تلقيها الرعاية في الوقت المناسب (98).

وهناك سبل مختلفة للتغلب على هذه الحواجز المالية الإضافية. ومن بين أكثر هذه السبل وضوحاً،

المصدر (95)

الاستثمار في الرعاية الأولية، بما يحقق لكل فرد الحصول على خدمات غير مكلفة، ويمكن الوصول إلى مكانها بسهولة. وكان ذلك عاملاً أساسياً في تحرك تايلند صوب التغطية الشاملة، حيث ترافق مع إصلاح التمويل الصحي، مد لنطاق خدمات الرعاية الأولية على مستوى القطر بكامله، بالإضافة إلى وحدات الخدمة الصحية الريفية التي كان على خريجي الكليات الطبية الجدد الخدمة فيها (99).

وعلى الجانب الآخر، اختارت بعض البلدان الأخرى عمل إصلاح تدريجي، باستخدام القسائم أو التحويلات النقدية المشروطة التي توفر للناس الوسائل المالية للحصول على الخدمات، أو القيام ببعض الإجراءات الصحية المحددة، والتي عادة ما تكون مرتبطة بالوقاية (100، 101).

وكان استخدام هذه التحويلات النقدية أكثر انتشاراً في أمريكا اللاتينية، حيث أصابت بعض النجاح في البرازيل، وكولومبيا، وهندوراس، والمكسيك، ونيكاراغوا (102-104). ففي المكسيك أسهم نظام أوبورتونيدادس (Oportunidades) للتحويلات النقدية المشروطة، الذي كان يطلق عليه في السابق بروغريسا (Progresa)، والذي بدأ في عام 1997، ويغطي خمسة ملايين أسرة، بإنفاق عام لأربعة بلايين دولار أمريكي تقريباً، أسهم في تحسين صحة الأطفال وتقليص وفيات الرضع (105، 106).

ونظام التحويلات النقدية المشروطة منفذ أيضاً في عدد من البلدان، من بينها بنغلاديش، وإكوادور، وغواتيمالا، والهند، وإندونيسيا، وكينيا، ونيبال، وباكستان، وتركيا، والولايات المتحدة الأمريكية. وعلى الرغم من أن لهذه النظم مكانها ضمن نظام التمويل الصحي، إلا أنها تكون قليلة الفائدة في المناطق التي تكون الخدمات فيها محدودة أو ذات جودة ضعيفة، كما هو الحال في مناطق ريفية كثيرة في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء.

ولا تنجح أنظمة التحويلات النقدية المشروطة، والقسائم التي تقدم كعوض عن التكاليف والدخل الذي يفقد لدى التماس الرعاية الصحية، إلا إذا كانت مستهدفة بطريقة جادة وهادفة. وهذا يعني تكبد تكاليف يمكن أن تكون باهظة مع المجازفة بالفعالية، مثل التسرب إلى غير الفقراء الذين قد يكونون الأقدر على استغلال مثل هذه المزايا لكونهم متعلمين، أو عن طريق علاقاتهم.

ومع ذلك، ففي المناطق التي تكون فيها الحواجز ضخمة - مناطق ريفية فقيرة ومعزولة - على سبيل المثال، قد تكون نظم التحويلات النقدية المشروطة والقسائم هي السبيل الوحيدة، في الأمد القريب، لضمان حصول الفقراء على الرعاية التي يحتاجونها في الوقت المناسب.

خاتمة

لقد قدمت العقود الثلاثة المنصرمة دروساً حول إخفاقات المدفوعات المباشرة، مثل رسوم استخدام الخدمات، في تمويل النظم الصحية. ويكمن الحل في

التحرك صوب نظام للدفع المسبق والتجميع، يتم التشارك من خلاله في تحمل المخاطر المالية الناجمة عن اعتلال الصحة وذلك عبر أكبر فئة ممكنة من السكان. وينبغي التخطيط لذلك تخطيطاً دقيقاً من أجل تجنب تفاقم الموقف اليائس لكثير من سكان العالم من الفقراء والمستضعفين، ولاسيما أولئك الذين يعيشون في مناطق نائية. ويلخص الإطار 3-3 الدلائل المقدمة في هذا الفصل، وكذلك المعلومات التي يمكن استخدامها للاستئارة بها عند اتخاذ القرارات الخاصة بالبلدان.

وينبغي أن تتمثل المرامي البعيدة الأمد في خفض معدلات المدفوعات المباشرة إلى أقل من 15-20٪ من إجمالي الإنفاق الصحي مع زيادة نسبة الإنفاق الحكومي والتأمين الإجباري المشترك، من إجمالي الناتج المحلي إلى نحو 5-6٪. وسوف يستغرق بلوغ هذه الأهداف وقتاً في بعض البلدان، التي ينبغي أن تضع لنفسها مرامي على المدى القريب تكون أكثر قابلية للتحقيق. وقد يبدو التحول مثبطاً للهمة، إلا أن بلداناً كثيرةً تمكنت مؤخراً من قطع خطوات هائلة، بما فيها بلدان محدودة الموارد.

وفي ما يتعلق بالبلدان غير القادرة على استدرار الأموال اللازمة أو التي

الإطار 3-3. أفكار جوهرية لتقليل العوائق المالية

إن السؤال الأساسي المطروح أمام راسمي السياسات اليوم هو: كيف يمكننا تغيير نظامنا القائم الخاص بالتمويل الصحي للاستفادة من ميزة القوة في العدد، أو حماية المكاسب التي تحققت؟ وفي ما يلي بعض الاعتبارات الجوهرية وهي مقدمة لراسمي السياسات الذين يسعون إلى تعزيز الحماية المالية للسكان، بينما يقلصون في نفس الوقت العوائق التي تعرقل الاستفادة من الخدمات المطلوبة.

التجميع يفيد

يمكن للبلدان أن تحرز تقدماً أسرع صوب التغطية الشاملة بإدخال أشكال من الدفع المسبق والتجميع، للاستفادة من ميزة القوة في الأعداد.

إما الإدماج وإما التعويض

هنالك فرص لتحسين التغطية بإدماج الصناديق المتشزمة أو بإعداد بعض أشكال تعويض الأخطار، بما ييسر تحويل الأموال في ما بينها.

ضم الضرائب إلى التأمين الصحي الاجتماعي

لا ينبغي أن يحدد المصدر الذي ترد منه الأموال الكيفية التي تجمع بها هذه الأموال حيث يمكن ضم الضرائب والمساهمات الخاصة بالتأمين معاً من أجل تغطية السكان ككل بدلاً من بقائها في صناديق منفصلة.

المساهمات الإجبارية نفيده

تستخدم البلدان التي اقترنت جداً من التغطية الشاملة بعض صور المساهمة الإجبارية، سواء كانت ممولّة من الإيرادات الحكومية العامة أو كانت مساهمات تأمينية إجبارية، حيث إن ذلك يتيح تغطية الأموال المجمّعة للأفراد الذين لا يستطيعون الدفع، الذين يوجدون في كل مجتمع.

الأنظمة الطوعية خطوة أولى مفيدة

يكون لدى الأنظمة الطوعية الإمكانية لتوفير نوع من الحماية من المخاطر المالية الناجمة عن اعتلال الصحة، وقد تساعد الناس على تفهم مزايا الدفع المسبق والتجميع، عندما لا تسمح الظروف الاقتصادية والأوضاع المالية الأشمل إلا بمعدلات منخفضة من الضرائب المتحصلة أو مساهمات التأمين الإجبارية.

التخلي عن المدفوعات المباشرة

لن تهبط معدلات وقوع النكبات المالية إلا إذا انخفضت المدفوعات المباشرة للأسر إلى معدل 15 - 20٪ من إجمالي الإنفاق الصحي، على الرغم من أن البلدان والأقاليم قد ترغب في أن تضع لنفسها أهدافاً متوسطة، كما ذكرنا من قبل بالنسبة لإقليمي المنظمة لجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ.

تفتقد القدرات اللازمة لدعم عملية التحول، فإن الدعم الخارجي، بالنسبة لها، سيكون أمراً حيوياً. ومن الأهمية بمكان أن يُقدّم هذا الدعم بروح إعلان باريس، بطريقة تتيح للمتلقيين للمعونات صياغة وتنفيذ خططها الوطنية وفقاً لأولوياتها هي. وينبغي تلافي الأسلوب المتشردم الذي يوجه به المانحون الأموال إلى البلدان، كما أن على الشركاء في التنمية كذلك، أن يتذكروا أن العديد من الحكومات التي تعتمد الآن على رسوم استخدام الخدمات، إنما أدخلت هذه الرسوم استجابة لنصيحة خارجية، وفي بعض الأحيان تلبية لمتطلبات المانحين.

ويتطلب التحول إلى نظام للدفع المسبق، أو التجميع، إجراءً على المستوى الوطني وعلى المستوى الدولي لاحترام التزامات الإقراض التي تم التعهد بها على مدى العقد المنصرم، حيث سيعتمد النجاح، بدرجة ما، على الحشد المستدام للموارد بالمستوى الذي التزمت به الحكومات. وبدون الاستثمار في الخدمات الصحية، ولا سيما في البنية الأساسية والموظفين القادرين على إيتاء خدمات ملائمة على مستوى الرعاية الأولية، فإن التساؤل عن الكيفية التي تُشترى بها خدمات الرعاية الصحية، سيكون غير ذي صلة. وإن عدم وجود الرعاية إنما يعني عدم وجودها، ومع ذلك، فقد ترغب في دفع تكلفتها.

وأخيراً، فحتى في البلدان التي يكون نظام الدفع المسبق والتجميع هو القاعدة فيها، سيكون هنالك دائماً أناس محتاجون والذين ينبغي أن تقدم الرعاية الصحية لهم بالمجان.

المراجع

1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries)*. Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Médecins Sans Frontières, 2004 (<http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf>, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine* (1982), 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* (1982), 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936

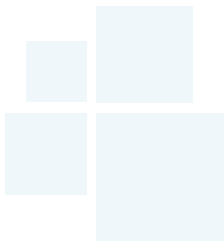
10. Habicht J, Xu K, Couffinhal A, Kutzin J. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006,21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda*. World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region. *Lancet*, 2010,375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010–2015)*. Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf>, accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010,125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007,122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005,331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008,13:1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x PMID:18983268
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006,9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285
23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).
24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002,37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9–16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimayew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990,5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995,10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0Increasing0clients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1997,12:Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JJ, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine* (1982), 1993,37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485

32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITGPress, 2008:168–198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).
35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 ([http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/\\$FILE/mkandatarget.pdf](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/$FILE/mkandatarget.pdf), accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004,19:22–32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007,22:246–262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:560–564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372
40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/southasia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf>, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2007,12:1391–1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972–983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World health report 2010 background paper, no.18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilisation and quality of care*. Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005,20:100–108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).
51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995,32:215–243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyonator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999,14:329–341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649
54. Witter S, Adjei S, Armar-Klemesu M, Graham W. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009,2: PMID:20027275

55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* (1982), 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009,373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; <http://go.worldbank.org/LSI0CP3900>, accessed 25 June 2010).
59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003,56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPMM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009,18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004,328:103-105. doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608
63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries*. Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium*. Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*. Paris, Agence française de Développement, 2005.
68. Lekhan V, Rudyi V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization*. Amsterdam, Elsevier, 2009.
70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.
72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges*. World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, accessed 24 June 2010).
75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995-2007*. World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642

78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006,40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004,19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997,41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005,24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (<http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/>, accessed 24 June 2010).
86. *Towards the fifth summit of the Americas: regional challenges*. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf accessed 24 June 2010).
87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:291-312. PMID:19791707
90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008,27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (<http://www.hpm.org/survey/de/a13/3>).
93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009,9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006,5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029
95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries*. World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938

98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27) (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf, accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HSS/HSE/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930
106. Barham T..A healthier start: the effect of conditional cash transfer on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdeveco.2010.01.003.



رسائل أساسية

- جميع البلدان يمكنها عمل شيء، وكثير منها يمكنه عمل الكثير، من أجل تحسين كفاءة نظمها الصحية، مما يحرم الموارد التي يمكن استخدامها لتغطية المزيد من الناس، وتوفير المزيد من الخدمات و/ أو المزيد من النفقات.
- بعض هذه الإجراءات قد يهدف إلى تحسين الكفاءة في مجال معين من مجالات النظام الصحي، مثل الأدوية. ويمكن لغيرها أن يعالج الحواجز المتأصلة في نظام التمويل الصحي، وبصفة خاصة كيفية شراء الخدمات وكيفية دفع أجور مقدميها.
- يمكن لجميع البلدان أن توجه اهتمامها نحو تحسين الكفاءة باتخاذ أسلوب أكثر استراتيجية عند تقديم الخدمات أو شرائها، مثل تحديد الخدمات التي ستقوم بشرائها استناداً إلى المعلومات المتعلقة بالاحتياجات الصحية للسكان وربط دفع أجور مقدمي الخدمات بأدائهم، وبالمعلومات الخاصة بتكاليف الخدمات وجودتها وأثرها.
- جميع آليات دفع أجور مقدمي الخدمات بها مواضع قوة ومواطن ضعف، بيد أنه يتعين توخي الحذر مع أسلوب دفع الأجر مقابل الخدمة الذي يحفز على الإفراط في تقديم الخدمات لأولئك الأشخاص القادرين على الدفع أو الخاضعين للتغطية من أموال مجمعة، وتقديم الخدمة على نحو منقوص لغير القادرين.
- الحد من التبعض في تدفق الأموال وتجميعها من أجل الصحة، وفي إيتاء الخدمات، من شأنه أن يرفع الكفاءة أيضاً.
- ليس هنالك من بيئة مقنعة على أن المرافق الصحية بالقطاع الخاص أكثر أو أقل كفاءة من المرافق الحكومية، فذلك يعتمد على الموقع نفسه.
- الإدارة الفعالة هي مفتاح تحسين الكفاءة وتحقيق المساواة، من خلال وضع القواعد وضمها لتابعها.
- يمكن أيضاً للمانحين الإسهام في ذلك بالمساعدة على تطوير مؤسسات التمويل المحلية، والحد من الطريقة المجزأة التي تقدم بها الأموال، كما أنه مطلوب من البلدان تقديم تقارير عن استخدام هذه الأموال. ويمكنها أيضاً التقليل من الازدواجية على المستوى العالمي.

4

مزيد من الصحة مقابل المال

استخدام الموارد بحكمة

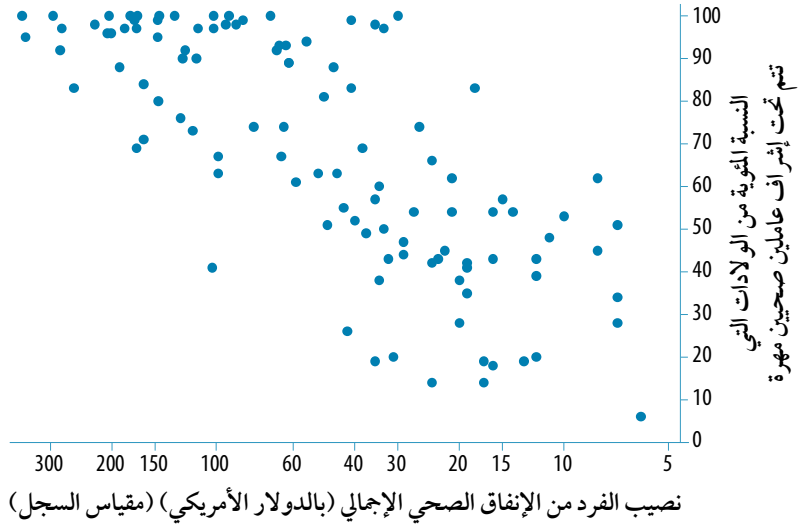
معروف أن النظم الصحية تستنزف المال. فقد أشارت التقديرات في دراسة أجراها مؤخراً معهد البحوث الصحية التابع لمؤسسة برايس ووترهاوس كوبرز، أن أكثر من نصف المبلغ الذي يزيد على 2 تريليون دولار أمريكي، الذي تنفقه الولايات المتحدة الأمريكية كل عام على الصحة يُهدر؛ وقد ذكرت دراسة "لتومسون - رويتز" رقماً أقل من ذلك، إلا أنه ما يزال ضخماً حيث يتراوح بين 600 و 850 بليون دولار أمريكي كل عام (1، 2). ووفقاً لما ذكرته الشبكة الأوربية المعنية بالاحتياط والفساد في مجال الرعاية الصحية فإن أقل قليلاً من 6٪ من الإنفاق الصحي العالمي البالغ نحو 5.3 تريليون دولار أمريكي أو نحو 300 بليون دولار أمريكي، يفقد بسبب الأخطاء أو الفساد وحدهما (3).

وعلى الرغم من أن بعض البلدان يفقد الأموال أكثر من غيره، إلا أن معظمها، إن لم يكن كلها، يخفق في استغلال الموارد المتاحة استغلالاً كاملاً سواء من خلال التنفيذ الضعيف للمشتريات، أو استخدام الأدوية على نحو غير رشيد، أو جرأ سوء التخصيص أو سوء الإدارة للموارد البشرية والتقنية، أو بسبب تبعثر التمويل وتشردم الإدارة. وليس هنالك شئ مؤكد في ما يتعلق بذلك، ولكن ثمة ظلال كثيرة من عدم الكفاءة تكتنف هذا الأمر. فبعض البلدان يحقق مستويات أعلى من غيره من حيث التغطية والحصائل الصحية مقابل الأموال التي تنفق في هذا المجال. والهوة تكون هائلة أحياناً بين ما تحققه البلدان وبين ما يمكن أن تحققة بنفس الموارد (4). وهذا ما يوضحه الشكل 1-4، حيث تظهر التفاوتات الضخمة بين نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين صحيين مهرة، حتى في البلدان التي يكون إجمالي الإنفاق الصحي فيها متشابهاً.

وصحيح أن جمع مزيد من الأموال من أجل الصحة هو أمر حاسم بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل التي تجاهد من أجل الاقتراب من التغطية الشاملة، إلا أن تحقيق أفضل استفادة من الموارد المتاحة أمر يأتي على نفس القدر من الأهمية. وإن إيجاد أفضل السبل كفاءة لمواجهة التحديات الكثيرة التي تعترض سبيل النظم الصحية يمثل أيضاً قضية مهمة لتلك البلدان التي قد تجاهد من أجل الحفاظ على معدلات لتغطية مرتفعة في مواجهة النفقات

المتزايدة تزايداً مطرداً، والطلب على الخدمات الآخذ في الارتفاع. وإن ثمة فرصاً كثيرة للحصول على مكاسب من خلال زيادة الكفاءة، وليس معنى ذلك، ببساطة، خفض النفقات. فالكفاءة، كما سنناقش على الصفحات التالية، هي مقياس للجودة و/أو كمية المخرجات (مثل الحصائل أو الخدمات الصحية) لمستوى ما من المدخلات (مثل التكلفة). إذن، المكاسب التي تتأتى من زيادة الكفاءة يمكن أن تساعد على احتواء التكاليف - وهو هدف مهم في بلدان كثيرة - من خلال تقليص تكاليف إيتاء الخدمة. ومع ذلك، فما من أحد يرغب في احتواء التكاليف على حساب خفض الحصائل الصحية. إذن، السعي إلى تحقيق المكاسب عن طريق زيادة الكفاءة ينبغي أن يُنظر إليه على أنه وسيلة لمد نطاق التغطية بنفس التكلفة. وعلى ذلك، فإن كيفية تحسين البلدان للكفاءة في نظم الرعاية الصحية بها، هو موضوع هذا الفصل.

الشكل 4-1. نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف موظفين صحيين مهرة مرتبة بحسب مستوى الإنفاق الصحي الإجمالي في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل وفقاً لآخر سنة متاحة (كل نقطة تمثل بلداً)



المصدر: (5)

أسباب عشرة رئيسية وراء عدم الكفاءة

إن كل بلد من البلدان قادر على تحسين الكفاءة، وهو، بقيامه بذلك، يدفع بقضية التغطية الصحية الشاملة قدماً على الدرب. ويحدد الجدول 4-1 عشرة مجالات تقع فيها المشاكل، ويقدم مقترحات حول السبل التي يمكن من خلالها جعل النظم الصحية أكثر كفاءة.

الحد من الإنفاق غير الضروري على الأدوية

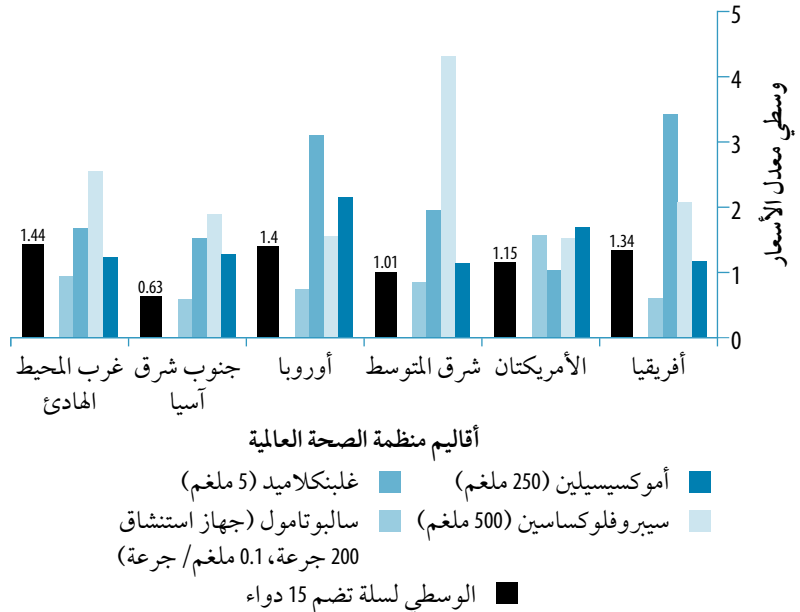
معروف أن الأدوية مسؤولة عن 20-30٪ من الإنفاق الصحي العالمي. وتزيد هذه النسبة قليلاً في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وهي، لذلك،

الجدول 4-1. المصادر العشرة الرئيسية لعدم الكفاءة

مصدر عدم الكفاءة	الأسباب الشائعة لعدم الكفاءة	طرق معالجة عدم الكفاءة
(1) الأدوية: استخدام الأدوية الجنيسة على نحو منقوص، وارتفاع أسعار الأدوية بشكل غير مبرر.	عدم وجود رقابة كافية على وكلاء سلاسل الإمداد؛ وعلى واصفي الأدوية وصارفيها؛ وتدني النجاعة المتوخاة/مأمونية الأدوية الجنيسة؛ وأنماط الوصف التاريخية وعدم كفاءة نظم الشراء/التوزيع؛ والضرائب والرسوم المفروضة على الأدوية؛ وهوامش الربح الضخمة.	تحسين الإرشادات، والمعلومات، والتدريب، والممارسة في مجال وصف الأدوية. طلب وإتاحة وتقديم حوافز لإحلال الأدوية الجنيسة. وتطوير الشراء الإيجابي تأسيساً على التكاليف والفوائد المترتبة على استخدام البدائل. ضمان الشفافية في المشتريات وفي المناقصات وإلغاء الضرائب والرسوم على الأدوية، وإحكام الرقابة على هوامش الربح الضخمة ورصد أسعار الأدوية والإعلان عنها.
(2) الأدوية: استخدام أدوية دون المستوى وأدوية مزيفة	البنية/الآليات التنظيمية للمستحضرات الدوائية غير ملائمة؛ نظم الشراء ضعيفة.	تعزيز إنفاذ معايير الجودة في صناعة الأدوية وتنفيذ الاختبارات على المنتج، وتحسين نظم المشتريات مع طلب سابقة الخبرة لدى الموردين.
(3) الأدوية: استخدام غير ملائم وغير فعال	الحوافز المقدمة لواصفي الأدوية غير ملائمة، مع وجود ممارسات غير أخلاقية تتعلق بالترويج؛ طلبات/تطلعات المستهلكين؛ ومحدودية المعرفة عن التأثيرات العلاجية؛ أطر العمل التنظيمية غير ملائمة.	فصل مهام وصف الأدوية عن صرفها، وتنظيم الأنشطة الترويجية، وتحسين التوجيهات والمعلومات والتدريب والممارسة في مجال وصف الأدوية ونشر المعلومات للجمهور.
(4) منتجات وخدمات الرعاية الصحية: فرط استخدام أو الإمداد بالمعدات، والاستقصاءات والإجراءات.	الطلب الذي يستحثه المورد؛ آليات الدفع مقابل الخدمة المقدمة؛ الخوف من الملاحقة القضائية (الطب الدفاعي).	إصلاح هيكل الحوافز والدفع (مثل الأجر القائم على الفرد أو مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص) إعداد وتطبيق دلائل إرشادية.
(5) العاملون الصحيون: مجموعة موظفين غير ملائمين أو أن تكلفتهم عالية، عاملون يفتقدون الحافز.	التوافق مع سياسات وإجراءات الموارد البشرية المحددة سلفاً، مقاومة المهن الطبية؛ عقود ثابتة/غير مرنة، رواتب غير كافية، تعيينات قائمة على المحاباة.	إجراء تقييم وتدريب مستند إلى الاحتياجات، تنقيح سياسات المكافآت، تطبيق عقود مرنة و/أو ربط الأجر بالأداء، تحويل المهام وغير ذلك من طرق موازنة المهارات مع الاحتياجات.
(6) خدمات الرعاية الصحية: إدخال المرضى إلى المستشفى ومدة مكوثهم فيه يجري على نحو غير ملائم.	غياب ترتيبات الرعاية البديلة؛ عدم كفاية الحوافز لإخراج المرضى من المستشفى؛ ومحدودية المعارف حول أفضل الممارسات.	توفير رعاية بديلة (مثل الرعاية النهارية) تعديل الحوافز لمقدمي الرعاية بالمستشفيات؛ زيادة المعارف حول الممارسات الفعالة للإدخال إلى المستشفيات.
(7) خدمات الرعاية الصحية: عدم ملاءمة حجم المستشفيات (استخدام متدنٍ للبنية الأساسية)	مستوى غير ملائم للموارد الإدارية للتنسيق والمراقبة؛ عدد كبير جداً من المستشفيات وأسرة المرضى في بعض المناطق، وعدم كفايتها في مناطق أخرى. وعادة ما يعكس ذلك نقصاً في التخطيط لتطوير البنية الأساسية للخدمات الطبية.	إدراج تقديرات المدخلات والمخرجات في تخطيط المستشفى؛ موازنة القدرات الإدارية مع الحجم؛ تقليل السعة الزائدة لرفع نسبة الإشغال إلى 80-90٪ (مع التحكم في مدة المكوث في المستشفى).
(8) خدمات الرعاية الصحية: الأخطاء الطبية ومستوى الجودة الأقل من المثالي للرعاية.	عدم كفاية المعارف أو تطبيق معايير وبروتوكولات الرعاية السريرية؛ وغياب الدلائل الإرشادية؛ والإشراف غير المناسب.	تحسين معايير النظافة الشخصية في المستشفيات؛ وتوفير مزيد من الاستمرارية في الرعاية؛ وإجراء مزيد من المراجعات السريرية؛ ورصد أداء المستشفى.
(9) التسربات في النظم الصحية: الهدر، والفساد، والاحتيال	توجيه غير واضح بشأن تخصيص الموارد؛ غياب الشفافية؛ ضعف المساءلة وآليات الإدارة الرشيدة؛ وانخفاض الرواتب.	تحسين التنظيم/الإدارة، بما في ذلك آليات عقوبات قوية؛ تقييم الشفافية/القابلية للفساد؛ إجراء مسوحات لتتبع الإنفاق العام؛ تعزيز مدونات قواعد السلوك.
(10) التدخلات الصحية: مجموعة غير كفوءة/مستوى غير ملائم من الاستراتيجيات	تمويل التدخلات المرتفعة التكلفة والمنخفضة التأثير؛ بينما لا يتم تمويل التدخلات المنخفضة التكلفة والمرتفعة التأثير؛ توازن غير ملائم بين مستويات الرعاية/أو بين الوقاية، والعلاج.	التقييم المنظم وإدراجه في السياسة الخاصة بالبيانات ذات الصلة بتكاليف التدخلات والتكنولوجيات، والأدوية وتأثيراتها، والخيارات المتعلقة بالسياسات.

(المصدر: (6)

الشكل 2-4. معدلات وسطي السعر لأسعار مشتريات القطاع العام من الأدوية الجينية مصنفة بحسب أقاليم المنظمة



⁽¹⁾ معدلات وسطي سعر الشراء مقارنة بالسعر المرجعي الدولي لمبادرة علوم الإدارة لأجل الصحة
المصدر: (9)

تمثل جزءاً أساسياً في ميزانية من يقوم بالدفع مقابل الخدمات الصحية (7). وقد يكون هذا العبء أخف، في بعض الحالات، إذا كانت الحكومات والأفراد يدفعون سعراً عادلاً. ولكن ما هو بالضبط السعر العادل؟ فالأسعار المرجعية العالمية تعد نقطة بدء مفيدة لمسؤولي الشراء في مفاوضاتهم التي يجرونها في هذا الشأن. وهذه تُحدد عن طريق حساب الواسطي الذي يدفع لنفس الدواء في البلدان الأخرى القابلة للمقارنة (8). وبدون توافر معلومات عن الأسعار بين البلدان، يمكن للمشتريين أن يعانون من أجل الحصول على صفقة منصفة في السوق العالمي للمستحضرات الدوائية الذي لا يتسم بالكفاءة ولا يتسم بالشفافية، ويتميز بوجود طيف متباين تبايناً هائلاً في الأسعار التي تدفع لمنتجات متطابقة.

فقد أظهرت دراسة حول أسعار الأدوية أجريت مؤخراً، أنه رغم أن أدوية جينية اشترت من قبل القطاع العام في الإقليم الأمريكي، وإقليم جنوب شرق آسيا، وإقليم شرق المتوسط، بأسعار قريبة من الأسعار المرجعية، فإن الحكومات في كل من الإقليم الأفريقي والإقليم الأوروبي وإقليم غرب المحيط الهادئ، دفعت أكثر مما كان ينبغي دفعه بنسب تراوحت بين 34٪ و 44٪ (الشكل 2-4) (9).

وأظهرت نفس الدراسة، أن أدوية بعينها تباع تقريباً دائماً بهوامش ربح ضخمة، حيث تتفاوت الأسعار تفاوتاً كبيراً من بلد لآخر. فأسعار الشراء للشكل التجاري لعقار السيبروفلوكساسين (وهو مضاد حيوي واسع المدى)، على سبيل المثال، تتفاوت تفاوتاً واسعاً بين البلدان النامية، حيث يدفع بعضها ما يصل إلى 67 ضعفاً للأسعار المرجعية الدولية (9). وحتى في البلدان ذات الدخل المرتفع، يكون هنالك تفاوت كبير في الأسعار. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، وردت تقارير تفيد أن المنتج ذا الاسم التجاري من عقار السيبروفلوكساسين يباع بأسعار تتراوح بين 90 دولاراً أمريكياً و 100 دولار أمريكي لكل دورة علاج بهذا العقار، ويبيع نفس هذا العقار بنصف ذلك الثمن، في المملكة المتحدة (10).

وإن شراء مستحضرات ذات أسماء تجارية، بدلاً من مستحضرات جنييسة، يكرّس أيضاً عدم الكفاءة. ففي دراسة أجريت مؤخراً على 18 دواءً في 17 بلداً، جلها من البلدان المتوسطة الدخل، تبين أنه كان يمكن خفض أسعار هذه الأدوية للمرضى بمعدل 60٪، عن طريق التحول من الأدوية ذات الأسماء التجارية الأصلية إلى مثيلاتها من أقل الأدوية الجنييسة سعراً (11). ويمثل ذلك، بالنسبة لهذه المجموعة من البلدان، وُفراً إجمالياً قدره 155 مليوناً من الدولارات الأمريكية، من هذه السلة المحدودة من الأدوية وحدها.

والمكاسب العالمية التي تتحقق من استخدام المنتجات الجنييسة بشكل أكثر منهجية يمكن أن تكون أكثر حتى في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع. فعلى سبيل المثال، نفّذت فرنسا استراتيجيةً لإحلال البدائل الجنييسة، وتشير التقديرات أن استخدام الأدوية الجنييسة على نطاق أوسع وفر 1.32 بليون يورو في عام 2008 وحده، وهو ما كان يوازي، آنذاك، 1.94 بليوناً من الدولارات الأمريكية (12، 13).

تحسين مراقبة جودة الأدوية

سواء كانت دون المستوى، أم مزورة، أم مزيفة، أم مسّاة باسم مزيف، أم كانت زائفة أم منتهية الصلاحية، فإن الأدوية "السيئة"، مكلفة جداً مهما كانت أسعارها، وبعد تجنبها بطريقة أخرى من طرق وقف إهدار الموارد. وتشير التقارير إلى أن أكثر من نصف المنتجات المتداولة في جنوب شرق آسيا، التي يُفترض أنها تحتوي على الآرتيسونات المضاد للملاريا، لا تحتوي على المادة الفعالة (14)، في حين بينت دراسة أجريت على ثلاثة بلدان أفريقية أن 26-44٪ من عينات الأدوية المضادة للملاريا لم تجتاز اختبار الجودة (15).

والمعلومات الموثوقة التي تساعد على تقدير أبعاد هذه المشكلة، هي معلومات قليلة. ومع ذلك، فإن إدارة الأعذية والأدوية الأمريكية تقدّر أن المنتجات المزيفة تمثل أكثر من 10٪ من سوق الأدوية العالمي. وإذا استخدمنا هذا الرقم كحد أدنى، فإن المتكسبات السنوية على مستوى العالم من مبيعات الأدوية التي هي دون المستوى يمكن أن تزيد على 32 بليون دولار أمريكي (16)، أي 32 بليون دولار أمريكي من الإنفاق الصحي الذي قد يُحدث تحسناً ولو قليلاً في الصحة.

والبلدان الساعية إلى التخلص من المنتجات السيئة لديها خيارات عديدة، تشمل ضمن ما تشمل، الالتزام بممارسات التصنيع الجيد في إنتاج المستحضرات الدوائية والشراء من منتجين ملتزمين بممارسات التصنيع الجيد.

وممارسات التصنيع الجيد هذه مصممة للتحقق من أن المنتجات تصنع وتخضع للمراقبة بشكل ثابت ومستمر، وفقاً لمجموعة محددة من معايير الجودة من أجل تلافي التلوث أو إطلاق أسواء غير صحيحة عليها، أو احتوائها على معدلات غير ملائمة من المادة الفعالة (17). وقد وضع العديد من البلدان متطلباتها الخاصة من ممارسات التصنيع الجيد استناداً إلى النموذج الذي أعدته منظمة الصحة العالمية لهذا الغرض، بينما قامت بلدان أخرى بتكييف متطلبات موجودة بالفعل، بما يلائم احتياجاتها.

وفي إطار المساعدة على الحصول على أدوية تفي بالمعايير الموحدة للجودة والمأمونية والنجاعة لمعالجة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، والملاريا، والسل، والأمراض التي تهدد الصحة الإنجابية، وضعت منظمة الصحة العالمية برنامجاً للاختبار المسبق للأدوية، وذلك في عام 2001. وكان الغرض من هذا البرنامج دعم الوكالات المشترية للأمم المتحدة في هذا المجال، إلا أنه، مع مرور الوقت، أصبحت قائمة الأدوية الخاضعة للاختبار المسبق مرجعاً لأي شخص يقوم بشراء أدوية بكميات كبيرة، بما يشمل وكالات الشراء الوطنية (18).

استخدام الأدوية على نحو ملائم

إن استخدام الأدوية على نحو غير رشيد لا يؤدي فقط إلى المعاناة وإلى الوفاة، بل إنه يسحب الموارد بعيداً عن التدخلات الناجعة والمسندة بالبيانات. وعلى الرغم من تبني كثير من البلدان لسياسات دوائية وطنية وبرامج للأدوية الأساسية تشجع على الاستخدام السليم للأدوية، فإن أقل من نصف جميع المرضى الذين يخضعون للمعالجة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل يتلقون الرعاية وفقاً للدلائل الإرشادية السريرية (الإكلينيكية) للأمراض الشائعة، في مرافق الرعاية الأولية (19). ويقدر أن أكثر من نصف جميع الأدوية على مستوى العالم، توصف، أو تصرف، أو تباع على نحو غير ملائم (19)، وأن نصف المرضى لا يتناولون أدويتهم على النحو الموصوف أو المنصرفة به هذه الأدوية (20). واستخدام الأدوية على نحو غير رشيد يمكن أن يتخذ أشكالاً عديدة، منها استخدام توليفات من الأدوية الضارة (الإفراط الدوائي)، أو الاستخدام المفرط في المضادات الحيوية وأدوية الحقن، أو الإحفاق في وصف الأدوية وفقاً للدلائل الإرشادية السريرية (الإكلينيكية)، أو المداواة الذاتية على نحو غير ملائم (21).

ويمثل الاستخدام المفرط أو سوء استخدام المضادات الحيوية مشكلة عالمية خطيرة، بصفة خاصة، حيث يباع ثلثا المضادات الحيوية دون وصفات طبية من خلال أسواق خاصة لا تخضع للتنظيم. وتوصف جرعات غير صحيحة أو

غير ملائمة لكثير من المرضى، أو أنهم يخفقون في إكمال دورة علاجهم على النحو الذي توصف به. ويحصل أقل من نصف جميع المرضى المصابين بإسهال حاد على المعالجة بأملاح إمهاء فموية رخيصة الثمن لكنها فعالة للغاية، بينما يُعطى أكثر من نصف المرضى مضادات حيوية غالية لكنها - لهذا الغرض - عديمة الفائدة. ومثال على ذلك، فإن الاستخدام المفرط للمضادات الحيوية لمعالجة الأمراض التنفسية الحادة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، يقدر أنه يضيف ما معدله 36٪ إلى تكاليف الرعاية في هذه البلدان (22).

تحقيق أقصى استفادة من التكنولوجيات والخدمات

يمكن أن تلعب التكنولوجيات الطبية دوراً حاسماً في إيتاء خدمات صحية جيدة، شريطة أن يجري اختيارها واستخدامها على النحو الصحيح، وذلك استناداً إلى بيانات علمية ووفقاً لأفضل الممارسات (23). وفي أحيان كثيرة جداً، تتعرض سياسات الشراء للتشوه بفعل ضغوط التسويق من صانعي الأجهزة والمعدات، وهذا أمر حقيقي بالنسبة للبلدان ذات الدخل المرتفع، كما هو بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل، والتي ربما كان فيها أكثر، في ضوء المجال الأكبر للإنفاق. وتعد التكنولوجيا الطبية الحديثة عاملاً رئيسياً في ارتفاع التكاليف في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وإن مدى اعتناق قطر بعينه لذلك لا يعتمد دائماً على الحاجة. فمن بين بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، نجد أن أكبر عدد من أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي وأجهزة المسح الشعاعي المقطعي المحوسب، بحسب نصيب الفرد، يوجد في اليابان، بينما تأتي الولايات المتحدة الأمريكية في طليعة بلدان العالم في إحالة المرضى لإجراء فحوص التصوير التشخيصي: 91.2 فحصاً لكل 1000 من السكان (مقارنة بمعدل 41.3 فحصاً لكل ألف من السكان في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي)، و 227.8 مسحاً شعاعياً مقطعياً محوسباً لكل ألف من السكان (مقارنة بمعدل 110 مسحاً في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي) (24). ويُعتقد أن نسبة كبيرة من هذه الاختبارات ليست لها ضرورة من الوجهة الطبية.

وعلى جانب آخر، فإن الشراء والاستخدام غير الضروري للأجهزة والمعدات يمكن أن يحدث أيضاً في البلدان المنخفضة الدخل، إلا أن المناطق الفقيرة الموارد تواجه عموماً تحديات تكنولوجية أخرى. ويقدر أن ما لا يقل عن 50٪ من الأجهزة والمعدات الطبية الموجودة في البلدان النامية، إما أنها تعمل جزئياً فقط أو أنها لا تعمل على الإطلاق (25). ففي بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى،

يقف ما يصل إلى 70٪ من الأجهزة والمعدات الطبية معطلاً عن العمل. وتشير التقديرات إلى أن أسباباً عديدة تقف وراء هذا الشكل من أشكال الإنخاف الواسع النطاق للأجهزة، من بينها سوء إدارة عملية اقتناء التكنولوجيا، وغياب تدريب مستخدميها، وكذلك غياب الدعم الفني الفعال (26). وحتى عندما تكون التكنولوجيا الطبية متاحة للاستخدام، فكثيراً ما تكون السبب في عمل تشخيص دون المستوى وينطوي على مخاطر، أو تقديم علاج يمكن أن يشكل تهديداً لسلامة المرضى. كما تمثل التكنولوجيا الطبية غير الملائمة أيضاً عبئاً مالياً على النظم التي لا تستطيع تحمل تكاليفها.

ومما يثير السخرية، أن واحداً من أهم الأسباب المؤدية إلى عدم الكفاءة، والذي له صلة بالتكنولوجيات الطبية في البلدان المنخفضة الدخل، هو التبرعات. ففي بعض البلدان، يأتي ما يقرب من 80٪ من أجهزة ومعدات الرعاية الصحية من التبرعات الدولية أو من الحكومات الأجنبية، والتي يظل كثير منها معطلاً عن العمل لأسباب مختلفة. وتقدم دراسة أجريت مؤخراً في الضفة الغربية وقطاع غزة، مثلاً على ذلك (27) حيث أرسلت شحنات كبيرة من مثل هذه الأجهزة والمعدات إلى قطاع غزة بعد انتهاء الأعمال العدائية في شهر كانون الثاني/يناير 2009. وبينما كان بعض هذه الأجهزة والمعدات مفيداً، فإن قسماً كبيراً منها لم يمكن إدماجه ضمن نظام الرعاية الصحية وقبع هنالك في المستودعات.

ومن الممكن تلافي مثل هذه المشكلات إذا تشاور الشركاء في التنمية مع البلدان المتلقية للمعونات لاستيضاح احتياجاتها وقدراتها على صيانة الأجهزة والمعدات المتبرع بها. كما أن من الواجب كذلك على الحكومات المتلقية إقامة نظم إدارة رشيدة تنظم عملية تخزين الأجهزة والمعدات الطبية وفقاً للنوع والطراز والشركة الصانعة، وتفحص البنود المتبرع بها للتأكد من ملاءمتها من حيث الاكتمال، والتوافق، والجودة.

وما ينطبق على التكنولوجيات ينطبق أيضاً على الخدمات الصحية. فقد خلصت دراسة لمقارنة الخدمات التي حصل عليها المرضى الخاضعون لبرنامج مديكير (Medicare) للرعاية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية، إلى أن المقيمين في المناطق التي يرتفع فيها الإنفاق تلقوا رعاية أكثر بنسبة 60٪، إلا أن ذلك لم يؤدي إلى خفض معدلات الوفيات، أو إلى تحقيق وضع صحي وظيفي أفضل أو حتى إلى شعور أعلى بالرضا (28، 29). ولم يمكن عزو الاختلافات في أنماط الممارسة إلى الاختلافات في الاحتياج الطبي، وأن نحو 30٪ من تكاليف المعالجة كان يمكن توفيرها لو أن مقدمي الخدمات الذين يتسببون في إحداث الإنفاق المرتفع قد قللوا من تقديم الخدمات إلى المستويات الموجودة في مناطق

تقدم فيها معالجات متحفظة وتعم السلامة فيها في نفس الوقت (30). ووجدت تفاوتات مشابهة في أنماط الممارسة في كثير من البلدان، بما يشير إلى وجود فرص مشابهة لتقليص النفقات وتحسين الكفاءة (31-34).

ورغم أنه من الصعب عادة تحديد الاحتياج الدقيق للتدخل الطبي على المستوى الفردي، إلا أن من الممكن لراسمي السياسات رصد التفاوتات في أنماط الممارسة داخل القطر، مع التركيز على مقدمي الخدمات أو المؤسسات التي تقدم عدداً كبيراً من الخدمات مقارنة مع غيرها، أو تلك التي تقدم خدمات أقل نسبياً. وإن تقليص هذا التفاوت يمكن أن يوفر الموارد ويحسن الحصائل الصحية في ذات الوقت.

حفز العاملين

يمثل العاملون الصحيون جوهر النظام الصحي، وهم عادة مسؤولون عن نحو نصف الإنفاق الصحي الكامل في القطر (35). وبينما يمثل نقص العاملين الصحيين عقبة كؤود على طريق تعزيز النظم الصحية، فإن التعيين غير الفعال، والتدريب غير المناسب، والإشراف الضعيف، وسوء التوزيع داخل البلدان، هي من العوامل التي تقوّض الكفاءة، بينما يؤدي التعويض غير الملائم إلى التبديل المفرط في الموظفين أو إلى إنهاكهم (36)، وتكون النتيجة الحتمية لهذه الإخفاقات المضاعفة هي قلة الإنتاجية وضعف الأداء.

ولكن، كم هو الفاقد بالتحديد من جراء عدم كفاءة قوة العمل؟ إن من الصعب توخي الدقة في ذلك، في ظل عدم توافر بيانات موثوقة وشاملة، إلا أنه كانت هنالك محاولات عديدة لقياس إنتاجية العامل الصحي في ظل أوضاع محددة. ففي جمهورية تنزانيا الاتحادية، على سبيل المثال، أشارت تقارير إلى أن الغيابات غير المبررة، إلى جانب الوقت الذي ينفق في الاستراحات وفي الاتصالات الاجتماعية، وفي انتظار وصول المرضى، يقلل من مستويات الإنتاجية بنسبة 26% (37). وفي البرازيل وجد "سوسا" وآخرون أن الكفاءة التي يحقق بها العاملون الصحيون التغطية بالرعاية أثناء الحمل في سائر المناطق البلدية في البرازيل، تراوحت نسبتها بين أقل من 20% وأكثر من 95% (38).

وبأخذ هذه الأمثلة، وإن كانت محدودة، كمؤشر للاتجاهات العالمية، وتطبيق معدل متحفظ لمستوى عدم الكفاءة الذي أشارت إليه التقارير (15-25%) على نسبة الإنفاق الصحي الإجمالي على الموارد البشرية (45-65%)، وفقاً لأقاليم العالم من حيث الدخل، يمكن التوصل إلى تكلفة لعدم كفاءة قوى العمل على مستوى العالم تربو على 500 بليون دولار سنوياً.

وكان قد تم تحليل الكيفية التي يمكن بها تقليص هذا الفقد - كيفية تحسين إنتاجية وأداء العاملين الصحيين - وذلك في التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2006، الذي سلط الضوء، من بين جملة أمور، على أهمية تعويض العاملين على نحو ملائم ومواءمة المهارات التي يتمتع بها العاملون على نحو أفضل، مع المهام التي يكلفون بها (36). وسيتم في ما يلي مناقشة الأمور المتعلقة بالمدفوعات الخاصة بمقدمي الخدمات وربط الأجر بالأداء، وذلك بمزيد من التفصيل.

تحسين كفاءة المستشفيات - حجم المنشأة ومدة المكوث بالمستشفى

تمتص الرعاية بالمستشفيات أكثر من نصف، وأحياناً ما يصل إلى ثلثي الإنفاق الحكومي الإجمالي على الصحة، وذلك في كثير من البلدان. وتمثل حالات الإدخال إلى المستشفى ومدة المكوث (عادةً ما تكون فوق الحد)، فئات كبيرة للإنفاق. وقد وجدت أربع دراسات منفصلة لحالات إدخال البالغين إلى المستشفيات ضمن النظام الصحي الكندي، كمثال، أن 24-90٪ من حالات الإدخال إلى المستشفى، و 27-66٪ من أيام المرضى كانت في غير موضعها (39).

ومن بين المصادر المؤدية إلى عدم الكفاءة، الحجم غير المناسب لبعض المرافق ونطاق الخدمات المقدم. فرغم أنه قد يكون من الصواب، من الوجهة الاقتصادية، تكبير حجم ونطاق المستشفى حتى يمكن استغلال الخبرات، والبنية الأساسية، والأجهزة والمعدات المتوافرة استغلالاً كاملاً، فإن هنالك حداً معيناً تبدأ فيه الكفاءة في الانحدار. وعلى نحو مشابه، فإن المستشفيات الصغيرة تصبح عديمة الكفاءة عندما تكون البنية الأساسية الثابتة والتكاليف الإدارية يتقاسمها عدد قليل من الحالات، مما يؤدي إلى ارتفاع النفقات التي يتكبدها مستشفى ذو أوضاع عادية. وتوضح الأبحاث التي أجريت بشكل أساسي في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة أن عدم الكفاءة يبدأ عندما تكون سعة المستشفى أقل من نحو 200 سرير وعندما تزيد على 600 سرير (40). ومن المؤشرات الجيدة لكفاءة المستشفيات استخدام مرافق المرضى الداخليين على النحو الذي تقيسها به معدلات السعة. وقد أوضحت دراسة لمنظمة الصحة العالمية على 18 بلداً من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل أن نسبة الإشغال في المستشفيات المركزية (في المقاطعات) لم تتعد، في المتوسط، 55٪ من عدد الأسرة، وهو معدل أقل بكثير من المعدل الموصى به والذي يتراوح بين 80 و 90٪ (6).

وفي مراجعة أجريت مؤخراً لـ 300 دراسة تبحث في كفاءة وإنتاجية إيتاء الرعاية الصحية، تبين أن كفاءة المستشفيات تبلغ، في المتوسط، نحو 85٪، بما يعني أن المستشفيات يمكنها تحقيق أكثر من 15٪ مما تقوم به مقابل نفس النفقات أو تقدم نفس المعدلات من الخدمات بنفقات أقل بنسبة 15٪ (41). ولم يبلغ عن وجود فروق كبيرة بين المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية، وأوروبا وبين باقي أنحاء العالم، على الرغم من أن المستشفيات العمومية أظهرت كفاءة أكبر، على نحو مثير للاهتمام، من كل من المستشفيات الخاصة الهادفة للربح، والمستشفيات الخاصة غير الهادفة للربح (الإطار 4-1). وبتطبيق معدل وسطي لعدم الكفاءة مقداره 15٪ على نسبة الإنفاق الصحي الإجمالي الذي تستهلكه المستشفيات في كل إقليم من أقاليم العالم من حيث الدخل، فإن 300 بليون دولار أمريكي تقريباً تفقد سنوياً جرّاء عدم الكفاءة المتعلقة بالمستشفيات.

الحصول على الرعاية الصحية من أول مرة

إن الأخطاء الطبية تكلف مالياً كما أنها تسبب معاناة. ويسبب نقص البيانات الوبائية الموثوقة، فإن مدى انتشار وحجم الأخطاء الطبية على مستوى العالم غير معروف. إلا أن التقديرات تشير إلى أن واحداً من بين كل عشرة مرضى، في البلدان المتقدمة، يحدث له ضرر أثناء تلقيه الرعاية بالمستشفيات، وقد يكون العدد أكبر بكثير في البلدان النامية (49). ويعاني 1.4 مليون شخص، في شتى أنحاء العالم، في أي وقت من الأوقات، من العدوى التي تكتسب في المستشفيات (50). ومن غير المعروف كم يكلف ذلك السلطات، غير أن دراسة أجريت في عام 1999 أشارت إلى أن الأخطاء الطبية التي يمكن تلافيها قد تقتل نحو 98000 شخص كل عام في الولايات المتحدة الأمريكية، بما تتراوح تكلفته ما بين 17 و 29 بليون دولار أمريكي (51).

ومن التدابير البسيطة للحد من الأخطاء الطبية، التشجيع على نظافة الأيدي، وكذلك تعزيز ممارسات الحقن المأمون، وأيضاً التأكد من دقة التشخيصات.

ومن الإجراءات البسيطة أيضاً والمنقذة للحياة، استخدام القوائم التفقدية التي دعت إليها مبادرة منظمة الصحة العالمية: الجراحة المأمونة تنقذ الحياة، فقد تحققت نتائج مذهلة من استخدام القوائم التفقدية، ولاسيما في ميتشيغان بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث سعت مبادرة طرحت على مستوى الولاية بكاملها إلى الحد من عدوى مجرى الدم المرتبطة بالقثطار، بإعداد قائمة تفقدية

قصيرة والبدء في استخدامها. والقائمة التفقدية، من بين أشياء أخرى، مكنت المرضات من التأكد من أن الأطباء يتبعون الإجراءات كما ينبغي (52). وقد انخفضت حالات عدوى مجرى الدم في جميع وحدات الرعاية المكثفة المشتركة في هذه المبادرة إلى 1.4 حالة لكل 1000 يوم من أيام استخدام القثطار وهو أقل من 20٪ من المعدل الذي كانت تحدث به هذه العدوى قبل تطبيق استخدام القائمة التفقدية، مما أدى إلى إنقاذ 1800 روح على مدى أربع سنوات. ويمكننا أن نجد الآن مبادرات القائمة التفقدية مطبقة في عديد من البلدان، من بينها الصين، والأردن، وتايلند، والمملكة المتحدة.

ومن الأساليب الجزائية (التي يمكن أن تثير الجدل) للحد من الأخطاء الطبية، وقف المدفوعات بسبب الأخطاء. ويجري اختبار هذا الأسلوب في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أوقف برنامج مديكير (Medicare)، وهو برنامج التأمين الاجتماعي الذي تقدمه الحكومة، والذي يوفر التغطية الصحية للسكان البالغين من العمر 65 عاماً فأكثر، أوقف منذ شهر تشرين الأول/أكتوبر 2008 تعويض المستشفيات عن حالات ما يطلق عليه "أحداث لا عذر فيها"، وهي تلك الأخطاء الطبية التي يرى البرنامج أنه "يمكن توقيها بشكل معقول". وتشمل الأخطاء الأساسية مثل إجراء الجراحة على الجزء الخاطئ من الجسم، غير أنها تشمل أيضاً المضاعفات مثل قرحات الفراش الوخيمة، وبعض الإصابات المحددة التي يسببها سقوط المرضى. ويأمل برنامج مديكير، من خلال رفض الدفع بسبب الأخطاء،

الإطار 4-1. الكفاءة النسبية لإيتاء الخدمات في القطاعين العام والخاص

لقد تطورت على مر الزمن الأدوار النسبية للقطاعين العام والخاص في مجال إيتاء الرعاية الصحية (الهادفة للربح أو غير الهادفة للربح)، واستمرت في إثارة جدل قوي ارتكز على أسس أيديولوجية. وفي النهاية، فإن من شأن البيانات العملية أن تساعد على تحديد أي نوع من المؤسسات هي التي تقدم خدمات محددة بأكبر قدر من الكفاءة.

ولقد ركزت معظم الدراسات المتاحة على الكفاءة في المستشفيات، المسؤولة عن نحو 45-69٪ من الإنفاق الصحي الحكومي في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (42). وقام هولينغسورث (41) مؤخراً، بإجراء تحليل تجميحي لـ 317 عملاً منشوراً حول تدابير الكفاءة، وخلص إلى أنه إذا كان هنالك شيء "فإن إيتاء القطاع العام للخدمات قد يكون أكثر كفاءة من القطاع الخاص". ومع ذلك، فإن الدراسات القطرية تشير إلى أن تأثير الملكية على الكفاءة تأثير مختلط. كما خلص "لي"، وآخرون (43)، إلى أن المستشفيات غير الهادفة للربح في الولايات المتحدة الأمريكية كانت أكثر كفاءة من المستشفيات الهادفة للربح. وعلى جانب آخر، لم تتفاوت مستويات الكفاءة في المستشفيات السويسرية تبعاً للملكية (44، 45). وفي ألمانيا، وجدت بعض الدراسات أن المستشفيات الخاصة أقل كفاءة، من الناحية التكنولوجية، من المستشفيات المملوكة للقطاع العام، غير أن آخرين خلصوا إلى العكس، في حين لم يجد آخرون غيرهم فرقاً على الإطلاق (46، 47).

وهناك ندرة في الدراسات التي تقيس أوجه الكفاءة النسبية للمرافق الصحية العامة والخاصة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. وربما كانت دراسة ماسي (Masiye)، هي الدراسة الوحيدة التي خرجت عنها تقارير حول التأثير الإيجابي الكبير للملكية الخاصة على الكفاءة في مستشفيات زامبيا (كان وسطي الكفاءة 73٪ في المستشفيات الخاصة مقارنة بـ 63٪ في المستشفيات العامة).

وهذا يؤكد أنه لا ينبغي التعميم في ما يتعلق بالنموذج الأفضل من نماذج الملكية بالنسبة لجميع البلدان. وفي ذات الوقت، تظهر البيانات أن المعدل العام لمستويات الكفاءة أقل كثيراً مما يمكن أن يكون عليه في جميع أنواع المستشفيات. فالمستشفيات يمكنها أن تصبح أكثر كفاءة، بصرف النظر عن ملكيتها، وذلك بالحد من الهدر وبتأجيلها تدخلات عالية المردود، وإن ضمان حدوث ذلك يستوجب إشرافاً قوياً من قبل الحكومة لوضع قواعد التشغيل وإنفاذها.

تقليص الوفيات المقدرة بـ 98000 وفاة، التي تحدث كل عام بسبب الأخطاء الطبية (53).

القضاء على الهدر والفساد

إن ما يقدر بـ 10-25٪ من الإنفاق العام على الصحة والمرتبط بالمشتريات - شراء المدخلات الضرورية مثل الأدوية، والمعدات، والبنية الأساسية - يُفقد كل عام بسبب الممارسات الفاسدة (54). ففي البلدان المتقدمة وحدها، تشير التقديرات إلى أن الاحتيايل وصور إساءة الاستخدام الأخرى في مجال الصحة، تكلف فرادى الحكومات ما يتراوح بين 12 و 23 بليون دولار أمريكي سنوياً (55). ونظراً لكون إنتاج وتوزيع الأدوية عملية معقدة ومتعددة المراحل، فتكون هنالك فرص استثنائية للعديد من حالات إساءة الاستخدام في هذا المجال، رغم أن المشكلة تمتد لتصل إلى جميع مجالات الشراء.

وقد أظهرت التجربة أنه لكي يمكن تحجيم الفساد في مجال شراء وتوزيع الأدوية تحجيباً ملموساً، فينبغي تطبيق استراتيجيتين يكملان بعضهما بعضاً: الأولى أسلوب انضباطي هابط من القمة إلى القاعدة ويقوم على الإصلاحات التشريعية، وسن القوانين، وإعداد الهياكل والعمليات الإدارية المطلوبة لضمان تنظيم وشراء الأدوية بطريقة تتسم بالشفافية، والثانية أسلوب قيم صاعد من القاعدة إلى القمة يعزز التكامل المؤسسي من خلال قيم ومبادئ أخلاقية، ويسعى إلى حفز السلوك الأخلاقي لدى الموظفين العموميين.

وقد قام 26 بلداً، منذ عام 2004، بإدخال أسلوب الإدارة الرشيدة لبرامج الأدوية استناداً إلى هذه المبادئ، مما أفضى إلى انخفاض في الإنفاق على الأدوية (56). ويمثل التحالف من أجل الشفافية في الأدوية مبادرة أخرى تركز على يسر تكلفة وتوافر الأدوية بمستوى جودة مرتفع من خلال الإجراءات التي تتخذ على المستوى القطري التي تعزز الكفاءة في سلسلة شراء الأدوية، ولاسيما الجوانب المتعلقة بالشفافية والمساءلة (57).

إلا أن هذه المبادئ لا تقتصر على شراء وتوزيع الأدوية فقط، حيث يمكن تطبيقها على جميع الأنشطة الخاصة بالصحة، مدعومة بالمبادئ الجوهرية للحكومة الجيدة والتي تشمل المساءلة، والشفافية، واحترام حكم القانون (58). ويمتد نطاق المهام التنظيمية الجوهرية التي يمكن من خلالها مقاومة التسريبات من الميزانية وغيرها من التسريبات بالفعالية المتوخاة، من التسجيل، والاعتماد، وإصدار الرخص لمقدمي الخدمات وللمرافق والمنتجات (لتحسين الجودة)، إلى مهام الإشراف والتدقيق الداخلي. ويتطلب تحسين الإدارة الرشيدة

أيضاً مصادر جيدة للمعلومات واستخدام أفضل للمعلومات حتى يمكن تحديد المخالفات في الممارسة ورصد التغيرات.

التقييم النقدي لتحديد الخدمات المطلوبة

تقدر تكلفة الحصول على سنة واحدة من الحياة الصحية بما يتراوح بين أقل من 10 دولارات أمريكية وأكثر من 100000 دولار أمريكي، بحسب التدخل الذي يُجرى (59، 60)، أو بتعبير آخر، إذا اخترت تدخلاً يكلف 10 دولارات أمريكية لكل سنة توفر من الحياة الصحية، فبوسعك توفير 100000 سنة مقابل مليون دولار أمريكي. أما إذا اخترت التدخل الذي يكلف 100000 دولار أمريكي، فإنك لا توفر سوى 10 سنوات صحية فقط.

وليست هنالك قاعدة عامة لمعرفة أي من التدخلات هي التي ستكون عالية المردود في القطر، حيث ينبغي أخذ جميع العوامل في الاعتبار، مثل مستويات الأسعار، وأنماط الأمراض ومعدلات التغطية. وليس صحيحاً حتى أن الوقاية تكون دوماً أكثر مردودية من العلاج. فبعض أشكال الوقاية يتسم بالفعالية لقاء التكاليف ويستخدم على نحو منقوص، بينما لا يتم ذلك بالنسبة للبعض الآخر. والوضع المثالي هو أن على كل قطر تقييم الفعالية لقاء التكاليف والكفاءة في المناطق الخاصة به هو، رغم أن التوجيهات حول الفعالية لقاء التكاليف كانت قد قدمت لطيف عريض من التدخلات في مواقع مختلفة وذلك من خلال برنامج عمل المنظمة المعني باختيار التدخلات العالية المردود ومن خلال دورتين لمشروع أولويات مكافحة الأمراض (61).

لذلك، فإن الواضح هو أن هنالك، لعدة أسباب، استخداماً مفرطاً للتدخلات ذات التكلفة المرتفعة والفعالية القليلة، بينما التدخلات المنخفضة التكلفة والعالية المردود هي التي تستغل على نحو منقوص (59، 60). إذن، فتحويل الموارد من الأولى إلى الثانية يعد سببياً واضحاً لتحقيق كفاءة أكبر. وتشير مراجعتنا للدراسات القليلة التي أجريت لمقارنة الوضع الراهن للتدخلات مع مجموعة التدخلات التي يمكن أن تكون أكثر ملاءمة لمجموعة مركبة من الأمراض أو الحالات (الجدول 4-2)، تشير إلى أنه يمكن الحصول على نفس المكاسب الصحية مقابل ما يتراوح بين 16٪ و 99٪ من الإنفاق الحالي، بحسب الأوضاع. ويمكن أن تسهم هذه الوفورات في تحسين الصحة بطرق أخرى.

وحتى مع إتاحة المجال لتكاليف المعاملات ذات الصلة بإجراءات إعادة التخصيص، فإن البيانات الواردة في الجدول 4-2 تشير إلى إمكانية تحقيق مكاسب تتعلق بالكفاءة بنسبة تبلغ حوالي 20٪ في البلدان التي تعطي أولوية

للتدخلات العالية المردود. ومن الواضح أن التدخلات العالية المردود تختلف بحسب القطر، إلا أنه، في البلدان المنخفضة الدخل، لا يجرى التطبيق الكامل لكثير من التدخلات الأكثر فعالية لقاء التكاليف - الرعاية الوقائية والمعالجة للأمهات والولدان، أو التطعيمات الأساسية في مرحلة الطفولة- الأمر الذي يأتي على حساب أرواح البشر.

والفعالية لقاء التكاليف ليست الاعتبار الوحيد الذي ينظر إليه عند تحديد توليفة مثل من التدخلات. ففي الحالات التي يتعلق الأمر فيها بالعدل أو المساواة أو مبادئ اللياقة الأساسية فإن القيمة الاجتماعية لتدخل صحي ما يمكن أن تختلف عن الفوائد الصحية التي قد يؤدي إليها هذا التدخل. تأمل الرعاية في سنوات العمر المتأخرة. إنها مكلفة: في الولايات المتحدة الأمريكية، مثلاً، تكون الرعاية خلال آخر سنة من عمر المرضى مسؤولة عن ما يقرب من ثلث الإنفاق السنوي لبرنامج "مديكير"، رغم أن المرضى في هذه الفئة لا يمثلون سوى 5٪ من الأشخاص المدرجين في النظام (68). إذن، فالاعتبارات الاجتماعية، وليست الفعالية لقاء التكاليف، هي التي تحدد مواصلة المجتمعات توفير الرعاية في سنوات العمر المتأخرة. ومن بين الأمثلة الأقل تطرفاً، ولكنها كثيراً ما تواجه راسمي السياسات في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، المردودية المتناقضة لمناطق التغطية بالتدخلات إلى المناطق الريفية النائية. وكما ذكر في الفصل الأول، فإن الالتزام بالتغطية الشاملة يعتمد، بدرجة كبيرة، على التضامن الاجتماعي؛ على الاستعداد لاتخاذ الخيارات التي توازن بين الكفاءة وبين المساواة.

فرغم أن اعتبارات المساواة لا يعلو فوقها عالٍ، إلا أنه لا بد للحكومات من مواصلة التركيز على الفعالية لقاء التكاليف حتى يمكنها الانخراط في مزيد من الشراء الفعال للخدمات لضمان تحقيق النظام لأقصى استفادة من قيمة الأموال المدفوعة. وسيناقش هذا الأمر بشكل مفصل في هذا الفصل.

الفوائد المحتملة من تحسين الكفاءة

من الممكن، إذا أخذنا متوسط معدلات عدم الكفاءة التي حددت في الأقسام الأولى من هذا الفصل، وضرربناها في متوسط نسب الإنفاق الصحي الإجمالي المرتبط بكل عنصر، أن ندرك ما يمكن الحصول عليه من خلال تحقيق معدلات كفاءة أكبر، (الجدول 4-3). والأسباب العشرة الشائعة لعدم الكفاءة مصنفة في هذا الجدول ضمن خمس فئات عامة هي: الموارد البشرية الصحية؛ الأدوية؛ المستشفيات؛ التسربات بسبب الفساد والهدر؛ وتوليفة التدخلات.

الجدول 2-4. المكاسب المحتملة من التقييم النقدي للتدخلات

الدراسة	العملة ^(أ)	تكلفة الحصول على سنة واحد من الحياة الصحية		
		التوليفة الحالية	التوليفة المثلى	التحسن (%)
دواء معالجة الملاريا في زامبيا (62)	US\$	10.65	8.57	20
(التكلفة لكل حالة شفيت)				
الوقاية من الأمراض والإصابات في تايلند (63)	BHT	300000	2185	99
الوقاية من الأمراض القلبية الوعائية		6190	3375	45
الوقاية من إصابات الحوادث على الطرق المرورية (الكحول)		1000	788	21
الوقاية من إصابات الحوادث على الطرق المرورية (الخوذة)				
مكافحة المسكرات والتبغ في استونيا (64)	EEK	2621	893	66
الكحول		292	247	15
التبغ				
التدخلات العصبية والنفسية في نيجيريا (65)	NGN	210544	26337	30
الفصام		104586	67113	68
الاكتئاب		13339	62095	41
الصرع		20134	10507	21
معاورة المسكرات		30072	10677	47
حزمة الرعاية الصحية النفسية في استراليا (66)	AU\$	196070	17536	42
الفصام		20463	107482	45
الاضطرابات العاطفية (أي نوع)		15184	10737	48
اضطرابات القلق (أي نوع)		97932	9130	40
اضطرابات الكحول			53412	45
رعاية مرضى سرطان عنق الرحم والوقاية منه (67) ^(ب)	I\$	4453	3313	26
منطقة دون إقليمية مرتفعة الدخل (EurA)		3071	1984	35
منطقة دون إقليمية متوسطة الدخل (WprB)		421	355	16
منطقة دون إقليمية منخفضة الدخل (SearD)				

^(أ) US\$، دولار الولايات المتحدة؛ BHT، الباهت التايلندي؛ EEK، الكرون الاستوني؛ NGN، النيرا النيجيرية؛ AU\$، الدولار الاسترالي؛ I\$، الدولار الدولي.

^(ب) مناطق منظمة الصحة العالمية دون الإقليمية (شرائح الوفيات): EurA، بلدان الإقليم الأوروبي التي تنخفض فيها معدلات وفيات البالغين والأطفال انخفاضاً شديداً؛ WprB، بلدان غرب المحيط الهادي التي تنخفض فيها معدلات وفيات البالغين والأطفال؛ SearD، بلدان جنوب شرق آسيا التي ترتفع فيها معدلات وفيات البالغين والأطفال. أقاليم منظمة الصحة العالمية مقسمة تقسيماً فرعياً بحسب شرائح وفيات البالغين والأطفال: A، معدلات وفيات منخفضة جداً للأطفال ومنخفضة جداً للبالغين؛ B، معدلات وفيات منخفضة للأطفال ومعدلات منخفضة للبالغين؛ C، معدلات وفيات منخفضة للأطفال ومعدلات وفيات مرتفعة للبالغين؛ D، معدلات وفيات مرتفعة للأطفال ومعدلات وفيات مرتفعة للبالغين؛ E، معدلات وفيات مرتفعة للأطفال ومعدلات وفيات مرتفعة جداً للبالغين (<http://www.who.int/choice/demography/regions>). ليس لهذا التصنيف صفة رسمية وهو مقدم لأغراض التحليل فقط.

ويتضح، من واقع الجدول، أنه بوسع البلدان المنخفضة الدخل أن توفر سنوياً 12-24٪ من إنفاقها الصحي الإجمالي من خلال تحسين كفاءة المستشفيات وقوة العمل، مما يؤدي إلى تحرير الموارد لإمكان مد مظلة الحماية من المخاطر المالية لتغطي مزيداً من الناس، أو توسيع نطاق الخدمات المتاحة. وإن ما يمكن حدوثه بالضبط إذا عملت البلدان على معالجة جميع هذه المصادر التي تؤدي إلى عدم الكفاءة، في نفس الوقت، هو أمر غير واضح، إلا أن المكاسب لن تكون بالقطع مكاسب جمعية (جمعاً حسابياً) تماماً، حيث إن التحسن في كفاءة العاملين الصحيين، مثلاً، سيتم الإحساس به تلقائياً في تحسن كفاءة المستشفيات. ويشير أحد التقديرات المتحفظة أن 20-40٪ من الإنفاق يُستهلك بطرق لا تفعل الكثير من أجل تحسين صحة الناس، وإن المكاسب الصحية الممكنة تحقيقها من إعادة استثمار هذه الموارد بطرق أفضل لتحسين صحة السكان هي مكاسب هائلة.

وتتمثل الخطوة الأولى في هذا المجال في تقييم البلدان لطبيعة وأسباب أوجه عدم الكفاءة المحلية، اعتماداً على التحليل الوارد أعلاه. ومن الضروري، بعد ذلك، تقييم التكاليف والتأثير المرجح للحلول الممكنة. ومن الممكن تحسين الكفاءة، على النحو الذي أظهره لبنان مؤخراً (الإطار 4-2). ورغم أنه قد لا يكون بالإمكان، بالنسبة لجميع البلدان، أن تضاهي النتائج التي حققتها ذلك القطر، إلا أنه يمكن تحقيق مكاسب كبيرة في كل مكان تقريباً.

الحوافز والتمويل الصحي والكفاءة

لقد اقترحت في الأقسام السابقة من هذا الفصل إجراءات محددة لتحسين الكفاءة في المجالات العشرة التي تم تحديدها. وفي هذا القسم، سينصب التركيز على الحوافز - والعوائق - المتأصلة في نظم التمويل المختلفة، التي يمكن أن تعزز الكفاءة أو تضر بها.

ومن بين الاعتبارات الأساسية في هذا الخصوص، الطريقة التي يتم بها دفع أجور مقدمي الخدمة الصحية. وتباين آليات الدفع للمستشفيات، والمرافق الصحية، والأطباء، والممرضات، واختصاصيي العلاج الطبيعي، وغيرهم، ممن يديرون هذه المرافق، تبايناً كبيراً بين النظم وبعضها، وكثير منها يقدم حوافز لعدم الكفاءة. وإن أكثر نظم الدفع بدائية، كما أسلفنا، هو قيام المريض بالدفع لمقدم الرعاية الصحية في نفس الوقت الذي يحتاج فيه إلى هذه الرعاية. وسبق وأن ناقشنا بالتفصيل العيوب الكثيرة لهذا النظام - لاسيما الحاجز المالي الذي يوضع أمام الفقير ويعيقه عن الحصول على الخدمة وما يرافق ذلك من مصاعب

مالية تُفرض على الناس الذين يكونون مجبرين على استخدام الخدمات. إلا أن هذا النظام لتحصيل الرسوم مقابل الخدمات يشجع أيضاً على الإفراط في تقديم الخدمات للناس القادرين على تحمل تكلفة ذلك، ويعد ذلك وجهاً آخر من أوجه عدم الكفاءة.

الجدول 3-4. الوفورات المحتملة في الكفاءة بحسب التكلفة وفئة الدخل القطري

فئة الدخل	المدى المحتمل لوفورات الكفاءة (النسبة المئوية للإنفاق الصحي الإجمالي) ⁽¹⁾	الوفورات المحتملة للكفاءة بحسب نصيب الفرد (US\$) ⁽²⁾		المدى المحتمل لوفورات الكفاءة عبر مجموع السكان (ببلايين الدولارات الأمريكية)
		المدى	الوسطي	
الموارد البشرية				
مرتفعة الدخل	16-8	629-78	492	851-110
متوسطة الدخل	14-7	48-7	14	639-79
منخفضة الدخل	15-8	5-1	2	206-29
الأدوية				
مرتفعة الدخل	3-2	122-14	93	193-24
متوسطة الدخل	5-2	16-2	5	124-14
منخفضة الدخل	5-3	2-0	1	67-9
المستشفيات				
مرتفعة الدخل	8-3	325-30	233	503-54
متوسطة الدخل	11-5	39-5	11	330-31
منخفضة الدخل	9-4	3-1	1	168-23
التسربات				
مرتفعة الدخل	8-3	310-28	221	468-51
متوسطة الدخل	10-5	35-5	10	315-29
منخفضة الدخل	10-5	3-1	2	150-22
توليفة التدخلات				
مرتفعة الدخل	20-10	774-95	602	1094-141
متوسطة الدخل	20-10	70-10	21	786-96
منخفضة الدخل	20-10	7-2	3	299-43
المجموع				
مرتفعة الدخل	40-20	1548-189	1204	2188-282
متوسطة الدخل	40-20	140-20	42	1573-192
منخفضة الدخل	40-20	13-3	7	599-86
				17-4

⁽¹⁾ استخرج بضرر مدى الوفورات المحتملة للكفاءة (الموارد البشرية 15-25٪، الأدوية 10-15٪، المستشفيات 10-25٪) في الحصة من الإنفاق الصحي الإجمالي في فئات الدخل القطري المختلفة؛ الوفورات المحتملة للكفاءة من حيث التسربات وتوليفة التدخلات مقدرة بشكل مباشر كنسبة مئوية للإنفاق الصحي بحسب نصيب الفرد (6، 69).

⁽²⁾ استخرج بضرر الوفورات المحتملة للكفاءة في معدل الإنفاق الصحي بحسب نصيب الفرد [نصف المدي الربيعي]: 4013 [947-3871] (مرتفعة الدخل)؛ 139 [101-351] (متوسطة الدخل)؛ 22 [15-33] (منخفضة الدخل) (6، 69).

ويعد تحصيل الرسوم مقابل الخدمات أحد الصور الشائعة للدفع حتى عندما تكون الأموال مجمعة، وهو ما يكون أكثر شيوعاً في أنظمة التأمين. فهو إذن أمر شائع وهو مكلف أيضاً. ولأن شركة التأمين هي التي تدفع، لا يكون لدى الطبيب ولا لدى المريض الحافز على تقييد التكاليف، ويكون الإفراط في تقديم الخدمات هو النتيجة الحتمية. وهذا الإفراط في تقديم الخدمات غالباً ما يتخذ صورة الإفراط في استخدام الأدوية الموصوفة، رغم أنه لا يقتصر على ذلك. وتقدم دراسة أجريت مؤخراً على العوامل المسؤولة عن ازدياد الولادات بالجراحة القيصرية، مثلاً آخر على ذلك. وثمة محددات كثيرة لهذا الأمر، إلا أن كلاً من

الطلب المتزايد من المرضى، والعرض المتزايد من الأطباء الذين يتلقون أجورهم عن كل تدخل يجرونه، يلعب دوراً (65). وعلى الرغم من أنه يجري ربط الولادة بالجراحة القيصرية بزيادة معدلات وفيات الأمهات، ومرضاة الأمهات والولدان، وزيادة المضاعفات بالنسبة للولادات اللاحقة (71-73)، إلا أن حدوث هذا النوع من الولادات في تزايد، حتى عندما لا تنطوي الولادة الطبيعية على مخاطر خاصة (74). وترتفع معدلات الولادات التي تجري عن طريق الجراحة القيصرية في 69 بلداً من بين البلدان الـ 137 التي تتوافر عنها معلومات، الأمر الذي يكلف هذه البلدان ما يقدر بسبليون دولار أمريكي كل عام، في إجراءات لا ضرورة لها (الإطار 4-3).

الإطار 4-2. إصلاحات لبنان: تحسين كفاءة النظام الصحي، وزيادة التغطية، وخفض الإنفاق المباشر من أموال المرضى

أنفق لبنان في عام 1998، 12.4٪ من ناتجه المحلي الإجمالي على الصحة، أكثر من أي قطر آخر في إقليم شرق المتوسط. وكانت المدفوعات المباشرة من أموال المرضى، التي بلغت نسبتها 60٪ من الإنفاق الصحي الإجمالي، من بين النسب الأكبر في الإقليم، مما شكل عقبة كبيرة بالنسبة لمحدودي الدخل. ومنذ ذلك الحين، نفذت وزارة الصحة سلسلة من الإصلاحات من أجل تحسين المساواة والكفاءة.

وتمثلت العناصر الجوهرية لهذا الإصلاح في: تجديد شبكة الرعاية الأولية في القطاع العام؛ وتحسين الجودة في المستشفيات العامة، وتعزيز استخدام التكنولوجيات الصحية والأدوية على نحو رشيد. وتضمن العنصر الأخير زيادة استخدام الأدوية الجينية المضمونة الجودة. وسعت وزارة الصحة أيضاً إلى ترسيخ قيادتها ومهامها الإدارية من خلال إنشاء سلطة تنظيمية وطنية خاصة بالصحة والتكنولوجيا الطبية الحيوية، وإنشاء نظام اعتماد لجميع المستشفيات، والتعاقد مع المستشفيات الخاصة لتقديم خدمات رعاية نوعية للمرضى الداخليين مقابل أسعار محددة. ولدى لبنان الآن قاعدة بيانات تستخدم لرصد إيتاء الخدمة في المرافق الصحية العامة والخاصة.

وقد أثمر تحسين جودة الخدمات في القطاع العام على مستوى الرعاية الأولية والثالثية (التخصصية) بزيادة الاستفادة من الخدمات، ولاسيما من قبل الفقراء. وأصبحت وزارة الصحة، بوصفها مقدماً أكثر أهمية للخدمات، قادرة بشكل أفضل، على التفاوض بشأن أسعار الخدمات التي تقوم بشرائها من المستشفيات الخاصة، ويمكنها استخدام قاعدة البيانات لتتبع سعر الوحدة لخدمات المستشفيات المختلفة.

وقد تحسنت معدلات الاستفادة من الخدمات الوقائية، والتعزيرية، والعلاجية، ولاسيما بين الفقراء، وذلك منذ عام 1998، شأنها في ذلك شأن الحصائل الصحية. وقد أدى تقليص الإنفاق على الأدوية، مقرونًا بالمكاسب الأخرى التي تحققت في مجال الكفاءة، إلى انخفاض الإنفاق على الصحة، كحصصة من الناتج المحلي الإجمالي، من 12.4٪ إلى 8.4٪، كما هبط الإنفاق المباشر من أموال المرضى، كحصصة في الإنفاق الصحي الإجمالي، من 60٪ إلى 44٪، مما أدى إلى زيادة مستويات الحماية من المخاطر المالية.

وإن الدرجة التي تروّج بها الولادة بالجراحة القيصرية للمرضى من قبل الأشخاص

الذين لهم مصلحة مالية في إجرائها، ليست واضحة، إلا أنه، وفقاً لنفس الدراسة الخاصة بالعرض والطلب، فإنه في الأماكن التي تقدم فيها الحكومة الخدمات الصحية، نجد أن معدلات الجراحة القيصرية تتدنى تدنياً شديداً. وعلى وجه التحديد، وجد أن مضاعفة حصة الإنفاق الصحي المستمد من مصادر حكومية يقابلها نقص نسبته 29.8٪ (9.6-50٪) في معدلات الجراحة القيصرية (70).

وقد فرضت معظم النظم التي تُدفع فيها رسوم استخدام الخدمات من أموال التأمين، ضوابط على مقدمي الخدمات لمواجهة الإفراط في تقديم الخدمات. وأدخل كثير من البلدان كذلك أشكالاً من المدفوعات المشتركة أو غيرها من أشكال التقاسم المشترك، وذلك لتشجيع المرضى على النظر في ما إذا كانوا فعلياً بحاجة إلى خدمة صحية ما. إلا أن تنفيذ هذه التدابير يمكن أن يكون مكلفاً، كما قد يتطلب قدرات كبيرة لرصدها، وقد يخفق في معالجة السبب الرئيسي للمشكلة - الحوافز للإفراط في تقديم الخدمات في نظام يقوم على سداد الأجور وفقاً للخدمات المقدمة.

ويعد تحديد المبلغ الذي يدفع إلى مقدمي الخدمات من خلال الأجر القائم على الفرد، أحد الاستراتيجيات التي تحد من الإفراط في تقديم الخدمات. ويشجع استخدام أسلوب الأجر القائم على الفرد على مستوى الرعاية الصحية

الأولية، حيث يدفع لمقدمي الخدمات أتعاب محددة مسبقاً تغطي جميع الاحتياجات الصحية لكل مريض مسجل لديهم. وإن جعل طبيب الرعاية الأولية أو مرفق الرعاية الأولية هو الذي يدير الميزانية واقعياً، ويكون مسؤولاً عن دفع أجور أي من خدمات الرعاية التي يقدمونها لمرضاهم، أو لرعاية أولئك المرضى الذين يحيلونهم إلى مستويات أعلى ضمن النظام، من شأنه أن يشجع التركيز على الوقاية، حيث إن توقي المزيد من الأمراض الوخيمة يقلل الإحالات ويمنع فقدان جزء من أموالهم. كما قد يشجع ذلك الأطباء أيضاً على تأخير الإحالات.

ويستخدم الأجر القائم على الفرد، في بعض الأحيان، لدفع أجور

الإطار 3-4. تباين اللجوء إلى الجراحة القيصرية في العالم

تتباين أعداد الجراحات القيصرية تبايناً شديداً بين البلدان، حيث نجد أن هنالك لجوءاً مفرطاً لهذا الإجراء في البلدان الأكثر ثراءً وتلك التي تمر بمرحلة انتقالية، بينما تخفق البلدان المحرومة اقتصادياً، وبصفة أساسية في أفريقيا، في تلبية الطلب عليها. وتُظهر البيانات المتعلقة بالجراحات القيصرية التي أُجريت في 137 بلداً في عام 2007 أن الولادة بالجراحة القيصرية مثلت أقل من 10٪ من جميع الولادات في 54 بلداً، وارتفعت النسبة إلى أكثر من 15٪ في 69 بلداً. وأشارت التقارير إلى أن 14 بلداً فقط هي التي سجلت المعدلات الموسمي بها، والتي تتراوح بين 10 و 15٪.

ويوضح تحليل لبلدان محددة، مركّز على الطرق التي تضمنها برنامج المنظمة لاختيار التدخلات العالية المردود، أن تكلفة الاستخدام العالمي المفرط للجراحات القيصرية تتجاوز 2 بليون دولار أمريكي سنوياً. وقد فاقت الجراحات القيصرية التي أُجريت دون ضرورة في عام 2008 عدد الجراحات التي كانت ضرورية. وبسبب التركيز المفرط على اللجوء إلى الجراحة القيصرية في البلدان التي ترتفع مستويات الدخل فيها (وبالتالي ارتفاع مستويات الأسعار)، فإن التكلفة العالمية للجوء المفرط للجراحة القيصرية في عام 2008، كان يمكن أن تمول الإجراءات التي كان يحتاج إليها المرضى في البلدان الأكثر فقراً بما يقرب من ستة أضعاف.

مقدمي الرعاية الأولية أو مرافق الرعاية الأولية لقاء الخدمات التي تقدمها، وذلك بصورة منفصلة عن تلك التي تمول بها الرعاية الثانوية والثالثية (التخصصية). وفي هذه الحالة، قد يجد مقدمو الرعاية الأولية حافزاً للإحالة إلى المستويات الأعلى في وقت مبكر، أو عندما لا يكون المرضى بحاجة إلى رعاية على المستوى الأعلى، وذلك كوسيلة لحماية ميزانياتهم.

أما في المستشفيات، فإن الدفع وفقاً لطول مدة المكوث، هو المرادف لتحصيل الرسوم مقابل الخدمات. وكما هو الحال بالنسبة لتحصيل الرسوم مقابل الخدمات السريرية المقدمة، فإن الدفع بحسب طول مدة المكوث، يؤدي باستمرار إلى فترات رعاية أطول للمريض الداخلي، ومن ثم، تكاليف أعلى مما هو ضروري من الوجهة الطبية (76، 77).

ومن الآليات الأكثر فعالية في هذا المجال، استخدام شكل من أشكال الدفع بحسب الحالة، مثل مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص، حيث يجمع عدد من الأمراض المختلفة في مجموعة متجانسة من حيث التكلفة والتي تنسب حينذاك إلى متوسط تكلفة علاجية. ويتلقى المستشفى مبلغ إعاضة ثابت بصرف النظر عن مدى كثافة المعالجة التي يقررها بالنسبة للمرضى، أو طول مدة مكوثهم هناك. ويتمثل الجانب السلبي لهذا الأمر في أن المستشفيات يمكن أن تُخَرِّج المرضى في وقت مبكر، قبل اكتمال شفائهم، حتى يمكنها إعادة إدخالهم مرة أخرى للحصول على مدفوعات أخرى لحالة جديدة من مجموعة الحالات المصنفة بحسب التشخيص. وقد أدخل كثير من البلدان وصناديق التأمين - وليس فقط تلك الموجودة في المناطق ذات الدخل المرتفع - أحد أشكال الدفع بحسب الحالة في نظم تمويل المستشفيات لديها، وذلك من أجل السيطرة على النفقات وللتشجيع على تعزيز الكفاءة. ومن بين هذه البلدان كازاخستان وكيرغيزستان وتايلند وتركيا (78-81).

وفي السويد، أشارت مقارنة أجريت بين المناطق المحلية الحكومية (المقاطعات) التي استخدمت نظام دفع الأجر من خلال مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص وتلك التي لم تستخدم هذه الطريقة، إلى وجود وفر في النفقات بلغ نحو 10٪ (82). وفي الولايات المتحدة الأمريكية، أفادت تقارير بأن معدل مكوث المرضى في المستشفيات قد انخفض في ظل تطبيق نظام مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص، مقارنة بالأساليب الأخرى لدفع الأجر (83). ومع ذلك، فإن كلاً من أسلوب دفع الأجر القائم على الفرد أو الدفع القائم على مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص يتطلب القدرة على قياس التكاليف قياساً دقيقاً قبل تنفيذ هذه الأساليب، مع رصد تأثيرها على مر الزمن.

ويتمثل البديل لدفع أجور عاملي الرعاية الصحية مقابل الخدمة أو بحسب الفرد، في دفع مرتبات ثابتة لهم. ويكمن التحدي هنا في كيفية تحفيز الأشخاص الذين، بخلاف ذلك، لا يحصلون على فائدة مالية إذا ما أدوا عملهم بصورة أفضل. وقد أدخلت هيئة الصحة الوطنية في المملكة المتحدة، في عام 2004، نظام حوافز قائم على المنح للممارسين العاميين، والذي كان الغرض منه تشجيعهم على تحسين الرعاية، ولاسيما ما يختص برصد حالات معينة (هبوط القلب، الربو، السكري). ويمكن أن يصل مبلغ المنحة إلى عدة آلاف من الجنيهات في السنة وهي تمثل جزءاً كبيراً من دخل الممارس العام (84). وقد بدأ العديد من البلدان في إعداد نظم دفع مختلط على مستوى كل من المستشفيات، والأفراد من مقدمي الخدمات، على افتراض أن طرق الجمع بين المدفوعات على نحو حصيف يمكن أن تحقق فعالية أكبر وجودة أفضل من الاقتصار على نموذج دفع وحيد (85). فالنظام الألماني، على سبيل المثال، يجمع بين الميزانيات وبين أسلوب مجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص على مستوى المستشفيات مع تقديم حوافز للسيطرة على النفقات، وفي فنلندا، تدفع أجور الأطباء من خلال المزج بين الرواتب والأجر القائم على الفرد والرسم مقابل الخدمات.

ربط الأجر بالأداء

يعتبر دفع الأجر وفقاً للأداء الجيد، من الناحية النظرية، هو المقابل العكسي لما يطلق عليه في برنامج "مديكير" أسلوب "الأحداث التي لا عذر فيها"، حيث يكافأ الأطباء والمرضات لحسن عملهم بدلا من رفض دفع أجورهم عندما يخطئون. وقد تم، على مدى العقود الماضية، تطبيق العديد من أنظمة الحوافز القائمة على الأداء، وذلك تحت مسميات عدة - ربط الأجر بالأداء، والتعاقد القائم على الأداء، والتمويل القائم على الأداء، والتمويل القائم على النتائج - غير أنها كلها تختزل في كونها مكافأة للتشجيع على إيتاء خدمات محددة لتحقيق تغطية أعلى، أو تقديم جودة أفضل، أو تحسين الحصائل الصحية (86). وقد أتى بعض هذه الأنظمة بنتائج إيجابية في عديد من البلدان ذات الدخل المرتفع، بالإضافة إلى تجربة المملكة المتحدة التي سبق إيضاحها في هذا الفصل. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، هنالك أكثر من 200 برنامج يتم فيها ربط الأجر بالأداء، كما أن فرنسا لديها برنامج وطني، ولدى إسبانيا وإيطاليا مشروعات ارتيادية على المستوى المحلي، أو على نطاق صغير (84). وتشير التقييمات إلى أن أنظمة الحوافز القائمة على الأداء قد حسنت من أداء

الطبيب و/أو المستشفى في مقابل مجموعة من التدابير التي تتفاوت بحسب الموقع، لكنها تتضمن مؤشرات للجودة مثل الالتزام بأفضل الممارسات في الرعاية، والتحكم في ضغط الدم لدى المرضى، وخفض معدلات مضاعفات السكري (87، 88). ومع ذلك، فثمة بينات على أن هذه الحوافز لا تؤدي، في بعض الأحيان، إلى تحسن في أداء مقدم الخدمة (89). حتى عندما يبدو أن لها بعض التأثير، فإنه نادراً ما يكون لمدوديتها أي اعتبار. إذن، فالسؤال هو هل يستحق تحسين مستويات الأداء المدفوعات الإضافية اللازمة لتأمينها؟ وهل هنالك طرق أخرى تتمتع بالفعالية لقاء التكاليف لتحقيق نفس الحاصلات؟ والحق أن هذه الأسئلة لم يتم التعاطي معها (90).

وقد أُدخل هذا النوع من آليات الدفع في صور متعددة في البلدان النامية خلال السنوات الأخيرة، ويتم ذلك عادة من خلال مشروع إرتيادي يمول من أحد المانحين، وغالباً يكون لتدخلات خاصة بالطفولة والأمومة (91). ومن بين هذه البلدان بوروندي، وكمبوديا، والكاميرون، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، ومصر، وهايتي، والهند، ونيكارغوا، ورواندا. وقد وردت تقارير عن تحسن الأداء في مجالات عدة من مجالات الرعاية، بما في ذلك عدد الزيارات أثناء الحمل، ونسبة النساء اللاتي يلدن في المرافق الصحية، وتوفير التغطية بالتمنيع للأطفال (92، 93).

ومع ذلك، ينبغي أن ينظر بحذر إلى النتائج الواعدة، وذلك في ضوء محدودية البيئات ودراسات التقييم التي ليست على الدرجة المطلوبة من القوة، رغم ما أشارت إليه مراجعة أجريت مؤخراً عبر البلدان، من أنها يمكن أن تكون أداة مفيدة لتحسين الكفاءة إذا ما نُفذت على الوجه الصحيح (94). وهذا يتطلب بياناً واضحاً لقواعد اللعبة وما ينتظر من كل مشارك فيها. وقد يشمل ذلك أيضاً تقوية نظام المعلومات ومهام الرصد من أجل مواجهة الحوافز السلبية الأثر، عندما يحاول مقدمو الخدمة استغلال النظام بالتركيز على الإجراءات والمرضى الذين يدرون أموالاً أكثر لزيادة دخلهم، أو يهملون الإجراءات والمرضى الذين يدرون دخلاً أقل. وتشير التقارير إلى وقوع هذا السلوك في كل من المناطق ذات الدخل المرتفع، والمنخفضة الدخل، على حد سواء (95-97).

وهنالك شغلان آخران يتعلقان بأنظمة الحوافز القائمة على الأداء، أولهما: إذا أُدخل أسلوب ربط الأجر بالأداء إلى البرامج المختلفة بصورة منفصلة ومستقلة، فقد تأتي النتائج أيضاً كحوافز للأداء التنافسي - كل برنامج يتنافس لاستقطاب مقدمي الرعاية لأداء أعماله دون أعمال البرامج الأخرى. وعند تدخل المانحين، سيكون على البلدان المتلقية اتخاذ القرارات حول الكيفية التي تتلاءم بها حوافز الأداء مع استراتيجياتها العامة المتعلقة بالتمويل الصحي وإيتاء الخدمات، وكيف، وأين، ولماذا تدفع الحوافز.

أما الشاغل الثاني فهو أن التركيز على المكافآت المالية يمكن أن يؤثر على سلوك مقدم الخدمة بطرق خفية وذلك بجعل فرادى العاملين الصحيين، مثلاً، يعتقدون أن كفاءتهم محل شك، أو أن هنالك عدم تقدير لرغبتهم الأصيلية في أداء عمل جيد، أو أنها مرفوضة من الأصل (98)، وإن مثل هذا التركيز يمكن أيضاً أن يشجع العاملين الصحيين على توقع الحصول على منحة عن كل عمل يؤدونه (99).

الشراء الاستراتيجي

إن ربط الأجر بالأداء ما هو إلا واحد من الاعتبارات التي ينظر إليها عند تخصيص الاعتمادات لضمان توافر خدمات ذات جودة عالية لأولئك الذين يحتاجونها، والتأكد من أن النظام الصحي يؤدي وظائفه بالكفاءة المطلوبة. وعلى نحو تقليدي، فإن مقدمي الخدمات يعرضون عن ما يقدمونه من خدمات، و/أو تخصص الحكومات الميزانيات لمختلف المستويات الحكومية، والإدارات، والبرامج، والتي تعتمد إلى حد كبير على ما تكون قد حصلت عليه من تمويل في العام السابق. ويطلق على ذلك الشراء السلبي (100، 101)، ويمكن للشراء الأكثر إيجابية أن يحسّن الجودة والكفاءة عن طريق: دراسة الاحتياجات الصحية للسكان، وكيف أنها تتباين من مكان إلى آخر داخل القطر؛ والتدخلات والخدمات التي تلبى، على أفضل وجه، هذه الاحتياجات وتطلعات المجتمع المحلي، وذلك في ضوء الموارد المتاحة؛ والتوليفة المثلى للخدمات التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية؛ والكيفية التي يمكن بها شراء هذه الخدمات أو تقديمها، بما يشمل آليات التعاقد، ونظم دفع أجور مقدميها، مثل تلك التي سبقت مناقشتها في هذا الفصل؛ ومن ينبغي شراؤها، مع الأخذ في الحسبان مدى توافر مقدمي الخدمة ومستواهم من حيث الجودة والكفاءة (102).

والأمر ليس مجرد الاختيار بين الشراء السلبي والشراء الإيجابي، بل سيتعين على البلدان أن تقرر أين يمكنها العمل، استناداً إلى قدرتها على تحصيل، ورصد، وتفسير المعلومات اللازمة، وتشجيع اتباع معايير الجودة والكفاءة، وإنفاذ هذه المعايير. ويؤدي الشراء السلبي إلى عدم الكفاءة. وحتى إذ أرات البلدان أنها لم تتوافر لها بعد القدرات التقنية والمعلوماتية للتحرك بسرعة تجاه الشراء الإيجابي، فإن بوسعها إعداد إطار عمل للقيام بذلك مع مرور الوقت. وقد يكون هنالك أيضاً دور لعملية ربط الأجر بالأداء في إطار الشراء الإيجابي، ولكن مردودها سيكون، على الأرجح، أفضل إذا تمت في إطار أسلوب عام يشتمل على جميع العناصر الأخرى.

وقد يتطلب الأمر تغيير الأدوات المستخدمة في الشراء الاستراتيجي وتعديلها على مر الزمن. وكما سبق أن أوضحنا، تستخدم معظم نظم التمويل

الصحي المتقدمة طرقاً عديدة لدفع أجور مقدمي الخدمة لمحاولة تحقيق التوليفة الصحيحة من الحوافز. وقد تحرك الكثير من البلدان بين هذه الطرق جيئةً وذهاباً، أحياناً لأسباب تقنية وأحياناً أخرى لأسباب سياسية. وهذا هو دافع نظم الرعاية الصحية: حيث يتعين على راسمي السياسات أن يتدبروا الخيارات المختلفة، بينما يدخلون في مناقشات أوسع نطاقاً - والتي عادةً ما تكون ميسّسة - حول مزايا الطرق المختلفة لدفع أجور مقدمي الخدمات، ولشراء الخدمات لتلبية احتياجات السكان.

التبعثر

على كل بلد من البلدان إيجاد حلول واقعية لدفع أجور مقدمي الخدمات ولشراء الخدمات التي تتناسب مع الظروف المحلية. وأياً كانت الاختيارات التي تتخذ، فإن درجة ما من درجات الدفع المسبق والتجميع من شأنها أن تشكل أساس نظم الرعاية الصحية التي تلي، على أفضل وجه، احتياجات سكان هذه البلدان. وكلما كبرت مجتمعات التشارك في تحمل الأخطار، كان أفضل. فالمجمعات الكبيرة توفر مزايا عديدة، كما تتوافر لها قدرات أكبر على الوفاء بنفقات معالجة الأمراض العرضية المكلفة. وتتجنب النظم الصحية الأكثر كفاءة التشتت في التجميع، بل وأيضاً في توجيه الأموال وتوزيع الموارد. وكما سبقتنا مناقشته في الفصول السابقة، فإن التبعثر يجعل المجال محدوداً أمام الإعانات التبادلية التي تكون ضرورية في نظام التجميع، من الغني إلى الفقير، ومن السليم إلى السقيم. وفي الولايات المتحدة الأمريكية يُنظر إلى التجميع المتبعثر على أنه واحد من الأسباب التي تؤدي إلى الإخفاق في الوصول إلى التغطية الشاملة، على الرغم من معدلات الإنفاق الصحي المرتفعة (103).

ويمكن أن يكون التبعثر أيضاً سمة لعدم الكفاءة. فالنظم التي تتعدد فيها قنوات التمويل والتجميع، والتي يكون لكل منها نفقاته الإدارية الخاصة، وتزدوج فيها الجهود، تكون إدارتها مكلفة وتحتاج إلى تنسيق. وعلى نحو مشابه، فإن التبعثر في أجزاء أخرى من النظام - إدارة المستشفيات، توزيع الأدوية والمعدات، دعم النظم المخبرية - يؤدي إلى هدر لا لزوم له، وازدواجية غير ضرورية (103).

وعادةً ما تعيق التدفقات المالية المجزأة، والإيتاء المتقطع للخدمات برامج الصحة العمومية، مثل برامج مكافحة السل والإيدز (104). فعندما تتدفق مخصصات الميزانية من الحكومة إلى البرنامج (تستكمل في كثير من الأحيان من الصناديق الدولية)، يتولى البرنامج مسؤولية تجميع الأموال وتخصيصها لمقدمي

الخدمات. وفي كثير من الحالات يكون للبرامج ترتيباتها المحددة الخاصة لايتاء الخدمات، كمستشفى خاص بمعالجة السل مثلاً. ففي كيرغيزستان، على سبيل المثال، كانت الاستراتيجية المرغوبة هي جعل 50٪ من مرضى السل يعالجون في مرافق الرعاية الأولية، إلا أن 3-4٪ فقط من الإنفاق الإجمالي على السل هي التي تمت على ذلك المستوى بسبب الطريقة التي جمع بها معظم الأموال المحلية والخارجية المخصصة للسل، حيث يجري ذلك بصورة منفصلة عن تلك الخاصة بنظام الدفع الرئيسي لمقدمي الخدمات. وقد تدفقت تلك الأموال، بشكل غالب، على مستشفيات السل (105). وقد عدلت هذه الإجراءات مؤخراً، وسيتم، اعتباراً من عام 2011، إضافة بعض هذه الأموال إلى مجمَع أموال عام من أجل الصحة، والذي سيمكنه دعم الرعاية على المستوى الأولي، لمرضى السل.

وفي السياق نفسه، أوضح تحليل التدفقات المالية لبرنامجي مكافحة الإيدز، ومعايرة المخدرات في استونيا وجود ازدواجية لا لزوم لها، حيث مثل متعاطو المخدرات بالحقن إحدى الفئات المستهدفة من كلا البرنامجين، اللذين قاما، كل على حده، بالتعاقد مع منظمات لا حكومية متخصصة في مجال التوعية (106). ولتلافي ذلك، طبقت الحكومة أسلوباً أكثر كفاءة يضمن التعاقد الأحادي فقط ويعتمد ضم الموارد وجمع التدخلات الخاصة بكلا البرنامجين في حزمة واحدة (107).

والتبعثر أمر شائع لكنه لا يقتصر على النظام الصحي. فقد أشار تقرير حديث للبنك الدولي أنه ستكون هنالك مكاسب على صعيد الكفاءة وعلى صعيد المساواة إذا ما تم، على نحو أفضل، دمج أنظمة المساعدات الاجتماعية والتأمين الاجتماعي (بما يشمل التأمين الصحي) في بلدان أمريكا اللاتينية في نظام واحد (108).

والتبعثر لا يمثل شاغلاً للحكومات الوطنية فقط، بل إن هنالك إدراكاً متزايداً في مجتمع التنمية أن تفتت المعونة الدولية يؤدي إلى ارتفاع النفقات الإدارية لكل من المانحين والمتلقين على حد سواء، مما يؤدي إلى ازدواجية وتباين في التوجيهات بشأن السياسات، ومعايير الجودة على المستوى القطري (109). ومن الأمثلة على مثل هذه الازدواجية والهدر، ذلك العدد المرتفع من ندوات بناء القدرات التي تعقد كل عام. فعادة ما يحضر نفس الأشخاص من أحد البلدان المتلقية، العديد من الحلقات العملية التدريبية على مدار العام، والتي يغطي كل منها موضوعات متشابهة، وتمول كلاً منها جهة مانحة مختلفة (110).

إذن، فمن المحتم، في ضوء روح إعلان باريس بشأن فعالية المعونة، ألا يكتفي المانحون بالالتزام فقط، بل يعملون على تنسيق جهودهم لتعزيز الملكية الوطنية للخطط والاستراتيجيات الصحية. ويمكنهم القيام بذلك بالحد من التجزؤ في الطريقة التي توجه بها الأموال إلى البلدان المتلقية، وأيضاً بالحد من

الازدواجية في نظم التدريب، وإيتاء الخدمات، وأنشطة الرصد والتبليغ التي تستلزمها. وإن هنالك الكثير الذي يمكن عمله: فقد ارتفع ارتفاعاً كبيراً منذ عام 2000 عدد الشراكات الدولية والمبادرات العالمية في مجال الصحة، وكل منها يقوم بجمع الأموال وتوجيهها إلى البلدان (111).

رفع الجور

من شأن تحسين الكفاءة أن يحقق نتائج صحية أفضل وأكثر مردودية. إلا أن ذلك لن يكون وحده كافياً، حيث إن الصحة لا تحتزل في المستوى الكلي لصحة السكان الذي يوضحه بدقة أحد المؤشرات المحددة مثل مأمول الحياة. فالنظم الصحية لها أهداف متعددة، والتي يمكن أن تكون في بعض الأحيان أهدافاً متنافسة: تحسين المستوى الصحي العام؛ الحد من مظاهر الجور في الصحة؛ تحسين تلبية النظام لاحتياجات الناس وتطلعاتهم؛ وضمان العدالة المالية في الطريقة التي تحصل بها الأموال من أجل الصحة (112). وتقاس الكفاءة، على نحو مثالي، بقدرة النظام على المضي قدماً تجاه جميع هذه المرامي بشكل متزامن.

وينبغي، على أقل تقدير، تقييم التقدم المحرز على المستوى العام لصحة السكان والتغطية بالتدخلات، مقابل مظاهر الجور وذلك في إطار المستوى الكلي للتغطية، وأيضاً في إطار الحصائل الصحية. وكان الفصل الأول قد تناول مظاهر الجور الكبيرة في التغطية في ما يتعلق بالحصول على خدمات العاملين الصحيين المهرة أثناء الولادة، وخدمات التمنيع ضد الخناق - الكزاز - الشاهوق داخل البلدان، والتي استمّدت من مسوحات ديمغرافية وصحية أجريت مؤخراً في بلدان غالبيتها من البلدان المنخفضة الدخل ترتفع فيها معدلات وفيات الأمومة والطفولة. إلا أن مظاهر الجور قائمة حتى في أكثر البلدان ثراء، كما أوضحت اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، التي شكّلت مؤخراً (113). فقد أشارت دراسة حديثة، أجريت في استراليا، أن المرضى المصابين بأمراض قلبية وعائية كانت فرصة تلقيهم للتدخلات أقل كثيراً لو أنهم كانوا في فئة اقتصادية واجتماعية أدنى. وعلى أبعد تقدير، فإن فرصة المرضى ذوي الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية المتدنية، في الخضوع لإجراء تصوير الأوعية أقل من نظرائهم الأغنياء بنسبة 52٪ (114). وهنالك أمثلة مشابهة لجوانب الجور في الحصائل الصحية أو في الحصول على الخدمات، والتي يمكن أن نجدها في طيف عريض من البلدان على مختلف مستويات دخلها (115، 116).

ويمثل المهاجرون واحدة من الفئات القليلة المتبقية التي لم تمتد إليها مظلة التأمين الصحي في كوستاريكا، التي قطعت خطوات هائلة صوب تحقيق التغطية الشاملة في كثير من النواحي الأخرى (117). ويستحق السكان الأصليون اهتماماً خاصاً، حيث إنهم يعيشون حياة أقصر، وفي حالة صحية أسوأ من نظرائهم غير الأصليين وذلك في كل بلد تقريباً. وتفيد تقارير دراسة حديثة، أن نسبة النساء من السكان الأصليين، اللاتي يتلقين رعاية أثناء الحمل، أو يلدن أطفالهن في المرافق الصحية، في سبعة من بلدان أمريكا الوسطى وأمريكا الجنوبية، على سبيل المثال، أقل كثيراً من النساء من غير السكان الأصليين. ويعد هذا الجور في التغطية واحداً من أسباب التفاوت القائم في حصائل صحة الأمومة بين السكان الأصليين والسكان غير الأصليين (118). وكذلك، فإن ولادة النساء الأمريكيات من أصول أفريقية في نفس هذه البلدان، في المرافق الصحية تكون أقل تواتراً، كما كانت حصائل صحة الأمومة لديهن أضعف منها لدى غيرهن من النساء (118). وهناك أنواع مختلفة من مظاهر الجور في ما يختص بالحصول على الخدمات، موجودة بين السكان الأصليين والسكان غير الأصليين في بلدان من ذات الدخل المرتفع مثل استراليا، وكندا، ونيوزيلاندا، والولايات المتحدة الأمريكية، وهي كثيراً ما تكون مرتبطة بعدد المسافة وتكاليف الانتقال بالمواصلات. وأياً كانت الأسباب، فإن الحصائل الصحية تظل أقل، بشكل مطرد، بالنسبة للسكان الأصليين (119).

وغني عن القول أن ضمان وجود نسبة مرتفعة من الأموال المتاحة من أجل الصحة، تكون مدفوعة مسبقاً ومجمّعة، يزيد الحماية من المخاطر المالية، ويعزز حصول كل السكان على الخدمات. كما أن الإعانات الحكومية المستمدة من الإيرادات العامة، التي تقدم للأفراد غير القادرين على الدفع، تزيد أيضاً الحماية من المخاطر المالية وتعزز الحصول على الخدمات. وكذلك، فإن التحويلات النقدية، والقسائم، وغيرها من الآليات الرامية إلى الحد من الحواجز المالية المرتبطة بتكاليف الانتقال بالمواصلات وتكاليف المأوى وفترات العمل المفقودة، تزيد التغطية أكثر وأكثر. غير أن إصلاح مظاهر الجور يتطلب أكثر من نظم جيدة للتمويل الصحي. وإن وجود مجموعة أوسع من المبادرات خارج نطاق الصحة، تكون مرتبطة ارتباطاً كبيراً بالمحددات الاجتماعية والاقتصادية، يعد أمراً ضرورياً. ومع ذلك، فما من نظام صحي يمكنه ضمان تغطية عادلة بدون وجود آليات تمويل صحي من النوع الذي جرى وصفه في هذا التقرير.

خاتمة

تشير تقديراتنا إلى أن 20-40٪ من الإنفاق الصحي بكامله يهدر جراء عدم الكفاءة، وهو تقدير إرشادي يستند إلى بيانات محدودة نسبياً، لكنه يسلط الضوء على حقيقة أن هنالك مكاسب كبيرة سوف تتحقق من خلال الحد من عدم الكفاءة. ويوسع كل بلد من البلدان عمل شيء، ويمكنه أحياناً عمل الكثير من أجل تحسين الكفاءة. ويمكن للمجتمع الدولي أيضاً القيام بالمزيد لتحسين كفاءة البنية الصحية العالمية ولدعم محاولات البلدان المتلقية كي تصبح أكثر كفاءة. وهذا الفصل يناقش عدداً من الطرق المباشرة والعملية للحد من الهدر. وينبغي على راسمي السياسات الاعتماد على هذه الطرق، وفقاً لاحتياجاتهم، مع الاعتراف بأنه قد تكون هنالك فرص أخرى لتحقيق ذلك في مناطقهم هم. وربما على عكس ما قد يشير إليه الحدس، فإن تقليص عدم الكفاءة لا يتطلب بالضرورة تقليص الإنفاق؛ فعدم الكفاءة يمكن أن ينتج من عدم كفاية الإنفاق وليس من كثرته. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي انخفاض الرواتب إلى لجوء العاملين الصحيين إلى دعم دخلهم من خلال وظائف ثانية يؤديها خلال ساعات عملهم الأساسي. وينبغي تصميم الحلول بما يتناسب مع احتياجات كل قطر، بيد أن التخلص من مجرد بعض هذا الهدر سيمكّن البلدان الفقيرة من التحرك بوتيرة أسرع صوب التغطية الشاملة، بينما ستمكّن البلدان الغنية من تحسين توافر الخدمات التي تقدمها ونوعيتها. ■

المراجع

1. *The price of excess: identifying waste in healthcare spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (<http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>, accessed 7 July 2010).
2. *Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* Thomson Reuters, 2009 (<http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf>, accessed 06 July 2010).
3. *The financial cost of healthcare fraud*. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 ([http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf), accessed 2 July 2010).
4. Roses M. *Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe*, 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPoliticaSocial OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).
5. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
7. Lu Y et al. Medicine expenditures. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
8. *International drug price indicator guide*. Management Sciences for Health, 2008 (<http://erc.msh.org/dmpguide>, accessed 06 July 2010).
9. Cameron A et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*, 2009;373:240-249. doi:10.1016/S0140-6736(08)61762-6 PMID:19042012

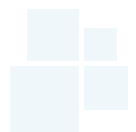
10. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Health Action International, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices>, accessed 7 July 2010).
11. Cameron A. *Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents*. World health report 2010 background paper, no. 35 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. *Médicaments génériques: plus d'1 milliard d'euros d'économie en 2009*. Caisse Nationale D'Assurance Maladie, 2009 (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf, accessed 2 July 2010).
13. *Mémento médicament 2009*. Fédération Nationale de la Mutualité Française, 2009 (<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiqués-de-presse/La-Mutualité-française-publie-l-edition-2009-de-son-Memento-médicament>, accessed 2 July 2010).
14. Dondorp AM et al. Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2004,9:1241-1246. doi:10.1111/j.1365-3156.2004.01342.x PMID:15598255
15. *Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*. The United States Pharmacopeia and USAID, 2010 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/publications/qamsa_report_1109.pdf, accessed 6 July 2010).
16. Cockburn R et al. The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the dangers. *PLoS Medicine*, 2005,2:e100- doi:10.1371/journal.pmed.0020100 PMID:15755195
17. *Production of medicines*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/production, accessed 6 July 2010).
18. *Prequalification programme: a United Nations programme managed by WHO*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/prequal/default.htm>, accessed 6 July 2010).
19. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3, accessed 7 July 2010).
20. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 7 July 2010).
21. Holloway K, Dijk E. Rational use of medicines. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
22. Abegunde D. *Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children*. World health report 2010 background paper, no. 52 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
23. *Essential health technologies*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/eht>, accessed 7 July 2010).
24. *Health at a glance 2009*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
25. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. In: Van Gruting CWD, eds. *Medical devices: international perspectives on health and safety*. Amsterdam, Elsevier, 1994.
26. *Guidelines for health care equipment donations*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/index.html, accessed 6 July 2010).
27. *Medical equipment in Gaza's hospitals: internal management, the Israeli blockade and foreign donations*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 ([http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report\(July09\).pdf](http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report(July09).pdf), accessed 6 July 2010).
28. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:273-287. PMID:12585825
29. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:288-298. PMID:12585826
30. Fisher ES. Medical care—is more always better? *The New England Journal of Medicine*, 2003,349:1665-1667. doi:10.1056/NEJMe038149 PMID:14573739
31. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (Health Financing Policy Paper; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, accessed 13 July 2010).
32. Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *European Heart Journal*, 2002,23:1177-1189. doi:10.1053/ehj.2001.3081 PMID:12127920

33. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997,15:68-75. doi:10.3109/02813439709018490 PMID:9232706
34. de Jong J, Groenewegen P, Westert GP. Medical practice variation: Does it cluster within general practitioners' practices? In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis GF, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage*. Abingdon, Radcliffe, 2006.
35. Hernandez P et al. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. World health report 2006 background paper (<http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf>, accessed 7 July 2010).
36. *The world health report 2006 - working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
37. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries - case studies from Tanzania and Chad*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (HEFP working paper 01/04).
38. Sousa A et al. *Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across sub-national units in Brazil*. World health report 2006 background paper (http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf, accessed 7 July 2010).
39. DeCoster C et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 1997,157:889-896. PMID:9327796
40. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: Mckee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
41. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 2008,17:1107-1128. doi:10.1002/hec.1391 PMID:18702091
42. Zere E et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2006,4:5- doi:10.1186/1478-7547-4-5 PMID:16566818
43. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. *Journal of Medical Systems*, 2009,33:307-315. doi:10.1007/s10916-008-9192-2 PMID:19697697
44. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 2003,35:361-370. doi:10.1080/00036840210167183
45. Filippini M, Farsi M. *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, 2004 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf>, accessed 7 July 2010).
46. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 2008,17:1057-1071. doi:10.1002/hec.1388 PMID:18702100
47. Staat M. Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 2006,38:2255-2263. doi:10.1080/00036840500427502
48. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, 2007,7:58- doi:10.1186/1472-6963-7-58 PMID:17459153
49. Bates DW et al. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety Global priorities for patient safety research. *BMJ*, 2009,338:b1775- doi:10.1136/bmj.b1775 PMID:19443552
50. *First Global Patient Safety Challenge*. World Health Organization Alliance of Patient Safety (http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html, accessed 4 June 2010).
51. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
52. Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006,355:2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115 PMID:17192537
53. Humphreys G. When the patient falls out of bed, who pays? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:169-170. doi:10.2471/BLT.09.030309 PMID:19377709
54. *Handbook for curbing corruption in public procurement - experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan*. Berlin, Transparency International, 2006.
55. Becker D, Kessler D, McClellan M. Detecting Medicare abuse. *Journal of Health Economics*, 2005,24:189-210. doi:10.1016/j.jhealeco.2004.07.002 PMID:15617794
56. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. *Good governance form medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector*. World health report 2010 background paper, no. 25 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
57. Medicines Transparency Alliance (MeTA). (<http://www.medicines Transparency.org/>, accessed 6 July 2010).

58. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2009,90:13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005 PMID:18838188
59. WHO CHOICE Database. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/choice>, accessed 7 July 2010).
60. Disease Control Priorities Project. (<http://www.dcp2.org>, accessed 7 July 2010).
61. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2003,1:8- doi:10.1186/1478-7547-1-8 PMID:14687420
62. Chanda P et al. A cost-effectiveness analysis of artemether lumefantrine for treatment of uncomplicated malaria in Zambia. *Malaria Journal*, 2007,6:21- doi:10.1186/1475-2875-6-21 PMID:17313682
63. *Unpublished analysis from the SPICE project (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness): informing policy choices and health system reform in Thailand*. Brisbane, University of Queensland, 2010 (http://www.uq.edu.au/bodce/docs/Spice_Brochure.pdf, accessed 7 July 2010).
64. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2007,84:75-88. doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.012 PMID:17403551
65. Gureje O et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007,6:42-48. PMID:17342226
66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2004,184:526-533. doi:10.1192/bjp.184.6.526 PMID:15172947
67. Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer – a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009,27:6060-6079. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026 PMID:19647813
68. Hogan C et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)*, 2001,20:188-195. doi:10.1377/hlthaff.20.4.188 PMID:11463076
69. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 7 July 2010).
70. Lauer JA et al. *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control*. World health report 2010 background paper, no. 29 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 2003,348:946-950. doi:10.1056/NEJMs022734 PMID:12621140
72. Bewley S, Cockburn JI. I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2002,109:593-596. PMID:12118633
73. Villar J et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006,367:1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7 PMID:16753484
74. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991–2001: cross sectional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2005,330:71-72. doi:10.1136/bmj.38279.705336.0B PMID:15556953
75. Gibbons L et al. *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 30 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2000,53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065
77. Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*, 2004,118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437
78. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
79. Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000–2008. *BMC Health Services Research*, 2008,8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5

80. Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629
81. O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC, The World Bank, 2009.
82. Gertham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999,8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728
83. Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.
84. Elovainio R. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned*. World health report 2010 background paper, no. 32 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Park M et al. *Provider payments and cost-containment – lessons from OECD countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Technical Briefs for Policy-makers, WHO/HSS/HSF/PB/07/02; http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, accessed 6 July 2010).
86. Perrot J et al. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DPE.10.1; http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf, accessed 7 July 2010).
87. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 2007,357:181-190. doi:10.1056/NEJMs065990 PMID:17625132
88. Lindenauer PK et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 2007,356:486-496. doi:10.1056/NEJMs064964 PMID:17259444
89. Oldroyd J et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2003,179:30-33. PMID:12831381
90. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006,11:27-31. doi:10.1258/135581906775094316 PMID:16378529
91. Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
92. Eichler R et al. Going to scale with a performance incentive model. In: Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
93. Basinga P et al. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda*. Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5190).
94. Toonen J et al. *Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation*. Royal Tropical Institute in collaboration with Cordaid and the World Health Organization. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 2009 (<http://www.who.int/contracting/PBF.pdf>, accessed 4 June 2010).
95. Oxman AD, Fretheim A. *An overview of research on the effects of results-based financing*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2008.
96. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006,145:265-272. PMID:16908917
97. Cowley J. Effects of health worker incentive payment on safe motherhood indicators in Burundi. Presentation at STI symposium, Basel, 27 November 2008. (http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/STI_Symposium_08_Cowley.pdf, accessed on August 4 2010).
98. Wynia MK. The risks of rewards in health care: how pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*, 2009,24:884-887. doi:10.1007/s11606-009-0984-y PMID:19387747
99. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of Family Medicine*, 2009,7:121-127. doi:10.1370/afm.946 PMID:19273866
100. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press, 2005.

101. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001,56:171-204. doi:10.1016/S0168-8510(00)00149-4 PMID:11399345
102. Preker AS et al. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
103. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate. *Lancet*, 2009,374:1407-1408. doi:10.1016/S0140-6736(09)61845-6 PMID:19866517
104. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Financing of public health services and programs: time to look into the black box. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
105. Akkazieva B et al. *Review of total health expenditures on TB programme in Kyrgyzstan, 2007: NHA sub-accounts on TB control programme*. Bishkek, Health Policy Analysis Centre, 2007 (Policy Research Paper No. 55; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP453.pdf, accessed 7 July 2010).
106. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78905/E90675.pdf, accessed 2 July 2010).
107. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and Tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78904/E90770.pdf, accessed 7 July 2010).
108. Ferreira FHG, Robalino D. *Social Protection in Latin America: achievements and limitation*. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf, accessed 7 July 2010).
109. *Raising and channeling funds. Working Group 2 report*. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 2 July 2010).
110. *Reforming allowances: a win-win approach to improved service delivery, higher salaries for civil servants and saving money*. Dar es Salaam, Tanzania Policy Forum, 2009 (Technical policy brief 9; <http://www.policyforum-tz.org/files/ReformingAllowances.pdf>, accessed 04 June 2010).
111. Waddington Cetal. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals. Study report 1/2009*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (<http://www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=146674>, accessed 7 July 2010).
112. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).
113. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
114. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*, 2009,9:460- doi:10.1186/1471-2458-9-460 PMID:20003401
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf, accessed 7 July 2010).
116. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf>, accessed 2 July 2010).
117. Sáenz M, Bermudez JM, Acosta M. *Costa Rican health care system*. World health report 2010 background paper, no. 11. (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
118. Parodi CT, Munoz S, Sanhueza A. *Acceso y gasto de salud para grupos étnicos /raciales en la región de las Américas*. World health report 2010 background paper, no. 46 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
119. Jackson Pulver LR et al. *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for us all*. World health report 2010 background paper, no. 33 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).





الفصل الخامس | برنامج للعمل

5

برنامج للعمل

التعلم من التجربة

ما من بلد يبدأ من الصفر في ما يتعلق بطريقة تمويله للخدمات الصحية. فالجميع لديه شكل ما من نظام ما، والذي ينبغي البناء عليه وفقاً للقيم السائدة، والقيود المفروضة، والفرص المتاحة. ويمكن، بل وينبغي أن تستنير هذه العملية بالخبرة الدولية وكذلك الخبرة الوطنية. ومن خلال استعراض أفضل البيئات المتوافرة والتي وردت في الفصول السابقة من هذا التقرير، فإننا نجد أن الوقت قد حان لاستخلاص النتائج الأساسية، واقتراح السبل التي يمكن للبلدان من خلالها اتخاذ الإجراءات اللازمة من أجل تحقيق التغطية الشاملة.

1) دفع تكاليف الرعاية الصحية بالطرق التي لا تعيق الحصول على الخدمات

إن أهم استنتاج يمكن الخلوص إليه هو أن على المستوى العالمي هنالك اعتماد كبير جداً على المدفوعات المباشرة كمصدر للإيرادات المحلية المخصصة للصحة. والالتزام بدفع تكاليف الخدمات مباشرة في اللحظة التي يحتاج فيها المريض للخدمة - سواء تم الدفع بصورة رسمية أم غير رسمية - يعيق ملايين الناس عن تلقي الرعاية الصحية عندما يكونون في حاجة إليها؛ ويمكن أن يسبب ذلك، بالنسبة لأولئك الذين يلتزمون المعالجة الطبية، صعوبات مالية، بل حتى دفعهم إلى هاوية الفقر. ويمكن للعديد من البلدان عمل الكثير لحماية هؤلاء الناس، وذلك بالتحقق من أن الجزء الأكبر من التمويل المحلي يستمد من أحد أشكال الدفع المسبق، والذي يجمع بعد ذلك من أجل توزيع المخاطر المالية بين السكان جميعاً. ولا يقتصر دور الدفع المسبق والتجميع على إزالة الحواجز المالية التي تعيق الحصول على الخدمات فقط، بل يجد كذلك من إنفاق مبالغ باهظة على الصحة، وهما هدفان أساسيان من أهداف السير على الدرب الموصل للتغطية الشاملة.

هنالك بينات قوية على أن جمع الأموال عن طريق الدفع الإلزامي المسبق يهيئ المسار الأكثر كفاءة والأكثر عدلاً لضمان التغطية الشاملة. ففي البلدان التي اقترنت كثيراً من تحقيق التغطية الصحية الشاملة، يمثل الدفع المسبق فيها القاعدة، على الرغم من وجود نظام للضرائب العامة و/أو اشتراكات للتأمين الصحي الإلزامي، ولا تعد أي من الآليتين متفوقة بطبيعتها، كما أنه ليس هنالك من تمايز واضح دائماً بينهما. والاشتراكات الإلزامية من جانب كل من صاحب العمل والموظف، والخاصة بالتأمين الصحي، هي في الواقع ضريبة محددة للتمويل الصحي. ومع ذلك، فإن البلدان التي تعتمد بشدة على اشتراكات صاحب العمل و/أو الموظف من الضرائب المفروضة على رواتب الموظفين من أجل توفير إيرادات مسبقة الدفع، سوف تحتاج إلى النظر في تنوع مصادر تمويلها مع تشيخ السكان - ستكون هنالك نسبة أصغر من مجموع السكان موجودة في نظام العمل المأجور، وهي التي ستسهم في الأموال المسبقة الدفع من خلال الضرائب المفروضة على الرواتب. وهنالك كثيرون ممن يفعلون ذلك بالفعل.

كل البلدان تقريباً لديها القدرة على جمع تمويل إضافي من أجل الصحة، سواء بإعطاء الصحة أولوية أعلى في الإنفاق الحكومي أو بجمع إيرادات إضافية من الجبايات غير المستغلة استغلالاً كاملاً، كما سبقت مناقشته في الفصل الثاني. وفي حين تسهم الضرائب التي تفرض على المنتجات الضارة مثل التبغ والكحول في تحسين الصحة، فإنها تؤدي إلى جمع أموال إضافية، غير أنها لا تستغل استغلالاً كاملاً في كثير من البلدان.

ينبغي النظر إلى الاشتراكات الخاصة بالنظام الصحي على أنها ميسورة وعادلة إذا أريد للنظام أن يستمر. ويمكن أن يكون تقييم عدالة الاشتراكات عملية معقدة عندما يشترك الناس من خلال أنواع مختلفة من الضرائب و/أو التأمين. فاشتراكات التأمين، على سبيل المثال، قد لا تركز على الدخل، إلا أنه يمكن موازنة ذلك عن طريق نظام ضرائب متصاعدة، يسهم من خلاله الأغنياء بنسبة من دخلهم أعلى من النسبة التي يسهم بها الفقراء. والشيء المهم هنا أن الإسهام العام يعتمد على القدرة على الدفع.

يمكن تحقيق الشمولية فقط عندما تغطي الحكومة النفقات الصحية للأفراد غير القادرين على تحمل المساهمة. وبصرف النظر عن مدى ثراء القطر، فإن هنالك، ببساطة بعض الناس الفقراء جداً لدرجة أنهم يكونون غير قادرين على المساهمة من خلال ضرائب الدخل و/أو اشتراكات التأمين، أو أنهم قادرون فقط على المساهمة بمبالغ بسيطة. وإن معظم البلدان التي تنفق أقل من 5-6٪ من الناتج المحلي الإجمالي، لا تتمكن من تحقيق التغطية الشاملة، لكونها غير

قادرة على توفير القدر الكافي من الإيرادات الحكومية العامة ومن التأمين الإجباري لإعانة الفقراء من السكان.

التخلص من المدفوعات المباشرة لا يضمن بالضرورة الحصول مالياً على الخدمات الصحية، في حين أن التخلص من المدفوعات المباشرة في المرافق الحكومية فقط قد يحسن قليلاً من إتاحة الخدمات أو يقلل من حدوث النكبات المالية في بعض البلدان. وتعيق تكاليف الانتقال بالمواصلات وتوفير المأوى الفقراء أيضاً عن الاستفادة من الخدمات مثلما تصنع الحواجز غير المالية مثل القيود التي تفرض على سفر المرأة بمفردها، أو الوصمة المرتبطة ببعض الحالات المرضية أو حواجز اللغة. وإن كثيراً من الحلول الممكنة لهذه المشكلات لا تقع في نطاق الأمور المالية، إلا أن بعضها يقع. فالتحويلات النقدية المشروطة على سبيل المثال، يستخدمها القطاع الصحي في بعض البلدان لمد نطاق التغطية، ولا سيما في التدابير الوقائية، بينما تستخدم التحويلات النقدية غير المشروطة، على نحو نموذجي، من قبل وزارات المالية أو الضمان الاجتماعي للحد من جوانب عدم المساواة في الدخل، وتتيح للناس شراء السلع والخدمات، بما يشمل الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها.

خيارات صعبة لا يمكن تجنبها على درب الوصول إلى التغطية الشاملة. ما من بلد يضمن إتاحة جميع الخدمات الصحية التي قد تعزز أو تحفظ أو تحسّن الصحة. وينبغي اتخاذ القرارات اللازمة حول نطاق التغطية الذي يمكن مده بالنسبة للسكان، وبالنسبة للخدمات الصحية، والنفقات في ظل الأموال المتاحة. والحلول التي ستتخذها البلدان ستكون حلولاً عملية في جزء منها - مدى فعالية إجراء معين لقاء التكاليف، مثلاً - وسوف يعتمد، في جزء آخر، على القيم الاجتماعية التي تعكس مواقف القطر تجاه التضامن الاجتماعي والاعتماد على الذات.

ومع ذلك، فإن التغطية الشاملة، في نهاية المطاف، تتطلب التزاماً بتغطية جميع السكان بنسبة 100٪. عند هذه النقطة، ستبقى هنالك اختيارات صعبة لا بد من اتخاذها، بين نسبة الخدمات الصحية، وتكاليف تلك الخدمات، التي ينبغي تغطيتها من الأموال المجمّعة.

2) إدماج صناديق التمويل واعتماد الدفع الإجباري المسبق

تحقيق التغطية الشاملة من خلال أنظمة التأمين لن يكون ممكناً إذا كان الالتحاق بها طوعياً، حيث سيختار الأشخاص الذين تنخفض لديهم عوامل

الاختطار - عادة الشباب والأصحاء - الانسحاب من النظام، في حين يصعب ضمان دفع من يعمل لحسابه الخاص الاشتراكات. وقد يساعد الاشتراك الطوعي الناس على معرفة فوائد الدفع المسبق، كما أن بعض الحماية هي بالقطع أفضل من لا حماية على الإطلاق. غير أنه، على المدى البعيد، سيتعين جعل الاشتراك إجبارياً إذا كان لا بد من تغطية جميع السكان بنسبة 100٪.

المجمّعات الصغيرة لا تقوى على الاستمرار مالياً، على المدى البعيد. تتسم المجمّعات الصغيرة بالضعف، حيث يمكن لأحد الأمراض أو الإجراءات ذات التكلفة العلاجية المرتفعة أن تستنفد احتياطياتها. فأنظمة مثل نظام التأمين المجتمعي والتأمين البالغ الصغر، يمكن أن يُلجأ إليها عندما يصعب جمع الأموال وتجميعها من أجل الصحة بطرق أخرى، ويمكن أن تمثل طريقة مفيدة لتشجيع حس التضامن بينما يُروّج لمزايا الدفع المسبق وفوائده. ويمكنها أيضاً توفير نوع من الحماية من المخاطر المالية لمشتركيها، ولكن في النهاية، الأكبر يكون أفضل، وينبغي أن يكون إدماج المجمّعات جزءاً من الاستراتيجية من البداية. وينطبق ذلك أيضاً على المجمّعات الصغيرة التي تديرها الحكومة مثل الميزانية الصحية للمناطق. ففي بعض الحالات، يمكن فقط تحقيق تغطية مناسبة في المناطق الأكثر فقراً عندما تكون هنالك إعانة مباشرة من مجمّعات تمويل مركزية أو أن يكون بإمكان المناطق المشاركة في تحمل التكاليف.

المجمّعات المتعددة التي تخدم فئات سكانية مختلفة لا تتمتع بالكفاءة لأنها تؤدي إلى ازدواجية الجهود وتزيد من النفقات الإدارية ونفقات نظم المعلومات. فعندما يقوم كل من وزارة الصحة وإدارة الضمان الاجتماعي بإدارة الخدمات الصحية لفئات سكانية مختلفة، على سبيل المثال، تكون النتيجة تضخم الازدواجية وعدم الكفاءة.

المجمّعات المتعددة تجعل أيضاً تحقيق المساواة والحماية من المخاطر أكثر صعوبة. إن ضمان حصول جميع السكان على مزايا متماثلة يتطلب، بصفة عامة، قيام كل من الغني والفقير بدفع مساهماتها إلى نفس المجمع الذي يوفر التغطية لهما. وفي ذات الوقت، تتحسن فرص الحماية من المخاطر المالية أيضاً عندما يقوم الناس على مختلف مستويات دخولهم ودرجة المخاطر الصحية لديهم بالدفع إلى، والسحب من نفس المجمع.

المجمّعات المتعددة يمكنها تحقيق المساواة والحماية المالية في بعض الظروف، غير أن ذلك يتطلب قدرات إدارية كبيرة. وسواء أكان تنظيم هذه المجمّعات يتم على أساس جغرافي غير تنافسي (تمويل حكومي يغطي سكان مقاطعة أو منطقة، مثلاً) أو أنه يتم على أساس تنافسي (شركات تأمين متعددة تتنافس على المستهلكين)، فمن الممكن تحقيق المساواة والحماية من المخاطر

المالية إذا كان هنالك تمويل عمومي كاف وكان الاشتراك إجبارياً. ولكن لكي يمكن لهذه الكيانات أن تحقق ما أنشئت من أجله، فمن الضروري ضمان التجميع عبر المجمعات، بشكل فعال بما يُوجد مجمّعاً واحداً افتراضياً عن طريق معادلة المخاطر، تُحوّل من خلاله الأموال من أنظمة التأمين أو المناطق التي تغطي أشخاصاً تنخفض لديهم عوامل الاختطار إلى تلك الأنظمة أو المناطق التي تغطي أشخاصاً ترتفع لديهم عوامل الاختطار. وهذا الأسلوب يتطلب قدرات إدارية كبيرة، وكذلك قدرات لرصد المخاطر والنفقات رسداً فعالاً إلى جانب تحصيل الأموال وتحويلها عبر المجمعات المختلفة.

3) استخدام الموارد بشكل أكثر كفاءة وأكثر إنصافاً

يمكن لجميع البلدان تحسين الكفاءة، وأحياناً ما يتم ذلك بشكل كبير، مما يحرر الموارد لضمان تحقيق تقدم أسرع صوب التغطية الشاملة. والتركيز على الأدوية وحدها (تحسين إرشادات الصرف، مثلاً، أو ضمان الشفافية في الشراء وإجراء المناقصات) يمكن أن يخفض الإنفاق، بشكل كبير، في كثير من البلدان، دون أي فقدان للجودة. ويوضح الفصل الرابع المصادر الشائعة الأخرى المؤدية إلى عدم الكفاءة، ويقدم مقترحات لمعالجتها.

ويؤدي التبصر إلى مشاكل في ما يتعلق بتجميع الموارد وإلى عدم الكفاءة في الشراء وفي إيتاء الخدمات، ويمكن لتدفق المساعدات الإنمائية المخصصة للصحة أن يؤدي دون قصد، إلى تضخيم المشكلة. وليس ضرورياً توفير التمويل للاستراتيجيات القائمة على البرامج من خلال قنوات التمويل المتوازية التي يتطلب كل منها الإجراءات الإدارية وإجراءات الرصد الخاصة به، ومع ذلك، فإنها عادة تنظم على هذا الشكل.

الشراء الإيجابي أو الاستراتيجي والتعاقد على الخدمات الصحية يعين البلدان على التحرك بوتيرة أسرع صوب التغطية الشاملة، ولكن لا ينبغي القيام بذلك باستخفاف. ويتعين على المسؤولين عن المشتريات و/أو التعاقد على الخدمات تخصيص الموارد على أساس القيمة مقابل المال، والأداء، والمعلومات عن احتياجات السكان. وهذا يتطلب نظم معلومات جيدة وقوية لإدارة المعلومات وتحليلها. ومن شأن التقييم الدقيق للاحتياجات الصحية للسكان، وأنماط الإنفاق، وفعالية التدخلات لقاء التكاليف أن يحسن أيضاً الجودة ويعزز الكفاءة.

الحوافز ضرورية لتقديم خدمات تتسم بالفعالية والإنصاف والجودة، سواء كان مقدمو الخدمات تابعين للقطاع العام أو القطاع الخاص. وليست هنالك من بيئة على أن مقدمي الخدمات التابعين للقطاع الخاص أو الذين

يمولون منه أكثر أو أقل كفاءة من نظرائهم التابعين للقطاع العام أو يمولون منه. ومن منظور سياسة التمويل الصحي، فإن تقرير كيفية تقديم الخدمات على أفضل وجه يتطلب أسلوباً واقعياً وليس أسلوباً أيديولوجياً.

تحصيل الرسوم مقابل الخدمات يشجع، بصفة عامة، على الإفراط في تقديم الخدمات لمن يستطيع أن يدفع (أو من يخضع للتغطية التأمينية)، وتقديمها على نحو منقوص لغير القادرين على الدفع. ومع تجاوز هذه الحقيقة العامة، ينبغي تقييم آليات المدفوعات وفقاً لمزاياها. فمثلاً استخدام نظام الدفع على أساس الفرد للخدمات المقدمة للمرضى الخارجيين، وأشكال الدفع وفقاً للحالة كمجموعات الحالات المصنفة بحسب التشخيص، لرعاية المرضى الداخليين، يقلل من الحافز على الإفراط في تقديم الخدمات التي يشجع عليها أسلوب تحصيل الرسوم مقابل الخدمات. إلا أن هذه الأساليب يمكن أن تخلق مشاكل أخرى مثل إخراج المرضى من المستشفى في وقت مبكر قبل اكتمال شفائهم ثم إعادة إدخالهم للحصول على مدفوعات إضافية. وهناك الكثير من البلدان التي تقوم بتجربة استخدام توليفة من أنظمة الدفع والإجراءات الإدارية، لاستغلال مواضع القوة والتخفيف من مواطن الضعف.

التدخلات الوقائية، والتعزيزية يمكن أن تكون عالية المردود وتقلل الحاجة إلى المعالجة اللاحقة. ومع ذلك، فإن هنالك ضغطاً كبيراً على السياسيين لضمان الحصول على العلاج، ويزداد الكثير من النظم الصحية، بشكل كبير على دفع نفقات العلاج بدلاً من أشكال الخدمات الوقائية والتعزيزية السكانية المرتكز. أضف إلى ذلك أن الأفراد، إذا ما تركوا لأنفسهم، فسيكون استثمارهم قليلاً بصفة عامة في الخدمات الوقائية. وهذا يعني أن من الضروري، في بعض الأحيان بالنسبة للحكومات، القيام بتمويل الأنشطة الوقائية والتعزيزية السكانية المرتكز بصورة منفصلة عن نظام التمويل الخاص بالخدمات الشخصية الذي يرتبط بشكل كبير بالخدمات العلاجية والتأهيلية.

الإدارة الفعالة هي المفتاح لتحسين الكفاءة وتحقيق المساواة. إن بعضاً من القواعد الأساسية للإدارة الرشيدة تعد خارج القطاع الصحي - مثل الإدارة المالية والتدقيق المالي، على سبيل المثال - غير أنه ليس هنالك من سبب لكي لا تكون الصحة رائدة في هذا المجال. وبوسع أصحاب القرار العاملين في مجال الصحة فعل الكثير للحد من التسربات، ولاسيما في المشتريات، على سبيل المثال، ويمكنهم تحسين جودة إيتاء الخدمات وكفاءة النظام، بما يشمل تحقيق ذلك من خلال الأنظمة والتشريعات.

وإن الدروس المذكورة أعلاه، والمستمدة من الخبرات الطويلة في عديد من البلدان، يمكن أن تساعد راسمي السياسات على تقرير كيفية المضي قدماً على أفضل وجه. أما مجرد اقتباس بعض العناصر من قائمة الخيارات، أو

استيراد ما ثبتت جدواه في مواقع أخرى، فلن يكون كافياً. وينبغي أن تكون استراتيجية التمويل الصحي معدة داخلياً - الدفع في اتجاه التغطية الشاملة انطلاقاً من الوضع الراهن. ولا مندوحة للبلدان عن إعداد قدراتها الخاصة لتحليل وتفهم مواضع القوة ومواطن الضعف في النظام القائم، حتى يمكنها تكييف سياسات التمويل الصحي بما يلائم أوضاعها وفقاً لذلك، وتنفيذ هذه السياسات ورصدها وتعديلها على مر الزمن.

وتتصل هذه الدروس، بصفة رئيسية، بالتحديات التقنية الخاصة بإصلاح التمويل الصحي. بيد أن العمل التقني لا يمثل إلا عنصراً واحداً من عناصر إعداد السياسات وتنفيذها وأما الإجراءات الأخرى فهي ضرورية لإحداث التفكير والتغيير. وسيتم التعرض لذلك في القسم التالي.

دعم التغيير

إن دورة قرار التمويل الصحي الموضحة هنا (الشكل 5-1)، مقدمة كدليل أكثر منه مخطط. وفي حين أن العمليات التي نتصورها موضحة كأجزاء متمايزة من الناحية النظرية، فإنها في الواقع متداخلة ومتواصلة التطور.

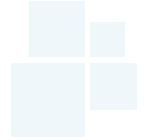
والإجراءات السبعة المذكورة هنا لا تنطبق فقط على البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. فالبلدان ذات الدخل المرتفع التي حققت مستويات عالية من الحماية من المخاطر المالية والتغطية، تحتاج أيضاً إلى الانخراط في عملية تقييم ذاتي لضمان استمرار تحقيق نظام التمويل فيها لأهدافه في مواجهة الممارسات التشخيصية والعلاجية والتكنولوجيات الدائمة التغيير، وكذلك في مواجهة الطلب المتزايد والقيود المالية المتواصلة التطور.

و ينطوي تصميم وتنفيذ استراتيجية تمويل صحي على عملية تكييف مستمرة بدلاً من التقدم الخطي لتحقيق بعض جوانب الكمال على الصعيد الوطني. وتكتمل الدورة (الإجراء 7) عندما يستعرض القطر مدى التقدم الذي أحرزه لتحقيق أهدافه المحددة (الإجراء 1) بما يتيح له إعادة تقييم استراتيجياته وإعداد خطط جديدة لمعالجة أي مشكلات. وهي عملية تقوم على التعلم المتواصل، حيث تُسترجع الوقائع العملية للنظام في شكل إعادة تقييم وتعديل مستمر.

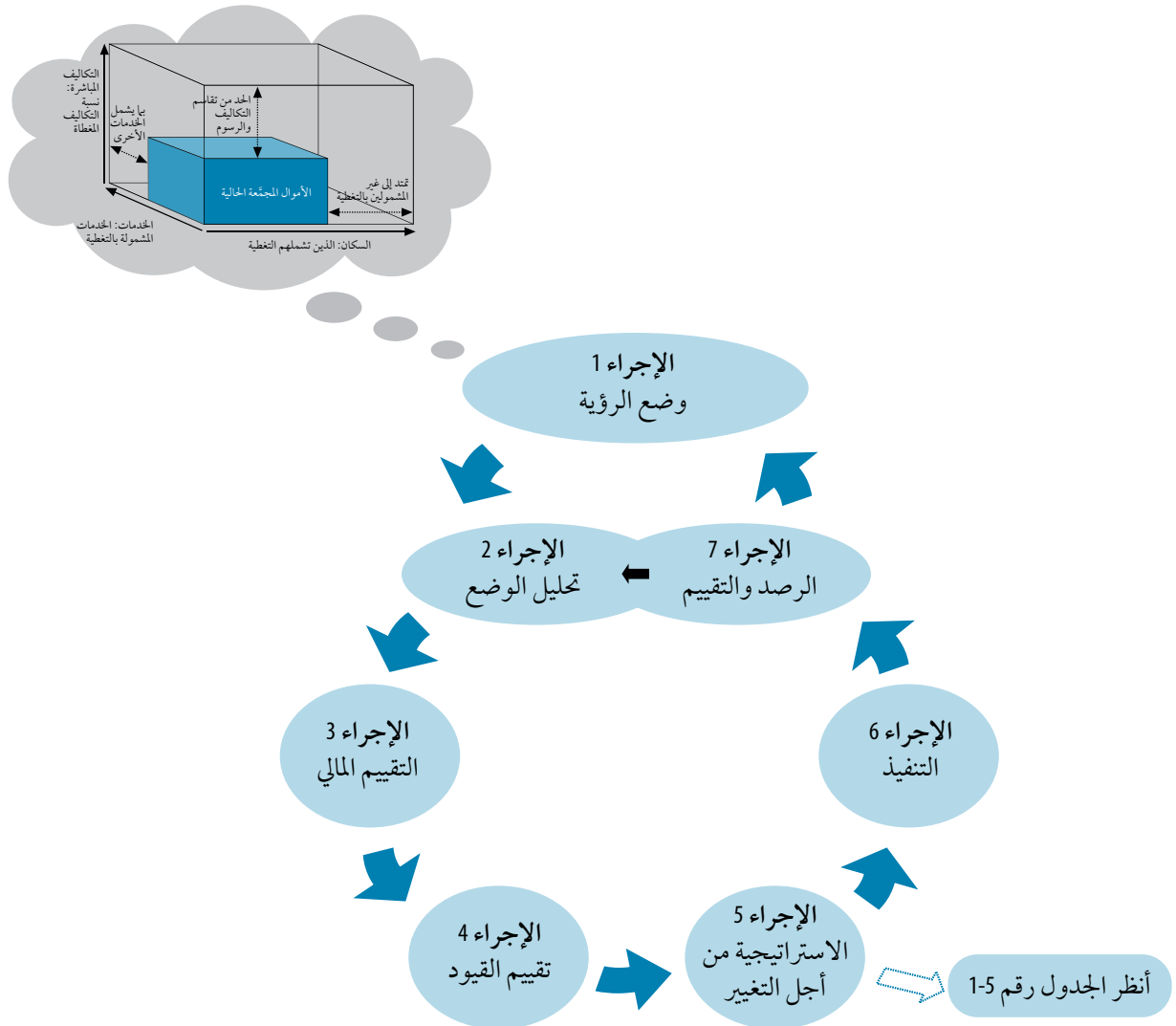
ولابد لنظم التمويل الصحي من التكيف، ليس فقط لأن هنالك مجالاً دائماً للتحسن، ولكن لأن البلدان التي تخدمها هذه النظم تتغير أيضاً. أنماط الأمراض تتغير، والموارد تنحسر وتتدفق، والمؤسسات تتطور وتنحدر (الشكل 5-1).

الإجراء 1: وضع الرؤية

إن وضع رؤية للمستقبل تتأسس على فهم أوضاع الحاضر هو أمر حيوي لأن المسارات التي تتخذها البلدان في سيرها صوب التغطية الشاملة سوف تختلف بالضرورة. والالتزام بتحقيق التغطية الشاملة يدرك الأهداف المتمثلة في تقليل الحواجز المالية التي تعيق الحصول على الخدمات، وزيادة الحماية من المخاطر المالية والحفاظ عليها. ومع ذلك فهو يدرك أيضاً، أنه ستكون هنالك مفاضلة على طول الطريق في ما يختص بالنسبة من السكان، والخدمات والنفقات التي ستتم تغطيتها على أي مستوى من الموارد. ومن المهم توضيح الخيارات التي



الشكل 1-5. عملية اتخاذ قرارات التمويل الصحي



يتعين على القطر اتخاذها. فعلى سبيل المثال، في قطر يرى أغلب سكانه أن على أفرادهم تحمل بعض المسؤولية المالية من أجل صحتهم، قد يتقرر تغطية نسبة فقط من مجموع النفقات والخدمات، من أموال مجمعة والطلب من الأسر أن تساهم مساهمة مباشرة بالجزء الباقي - على الأقل لبعض الخدمات. وفي بعض البلدان الأخرى التي يكون مفهوم التضامن الاجتماعي فيها قوياً، قد يُفضّل تغطية نسبة أعلى من مجموع النفقات، حتى لو كان ذلك يعني تقديم نطاق أضيق من الخدمات. ويعد إدراك هذه القيم وجعلها مصدر استهداء لوضع الرؤية العامة للنظام أمراً مهماً لتقرير الكيفية التي يمضي بها العمل التقني. ويمكن أن تُرشد هذه القيم أصحاب القرار في تدبير المفاضلات في التغطية التي ستنشأ حتماً مع تطور نظام التمويل.

الإجراء 2: تحليل الوضع - تفهم نقطة البدء

ينبغي التركيز في تحليل الوضع على عنصرين اثنين من عناصر التغطية الشاملة وذلك من منظور مالي: الحصول على الخدمات المطلوبة والحماية من المخاطر المالية. ويحدد هذا التحليل من الذي ستتم تغطيته من الأموال المجمعة، ولأي من الخدمات وبأي نسبة من التكاليف، مع إظهار الفجوة بين ما يتحقق حالياً وما يرغب القطر ويود تحقيقه (على النحو المحدد في الإجراء 1). ولدى التخطيط من أجل المستقبل، ينبغي أن يراعي التحليل العوامل المختلفة داخل النظام وخارجه، التي قد يكون لها تأثير على التقدم الذي يتم إحرازه على درب المسير صوب التغطية الشاملة (الإطار 5-1). وهذه ليست مجرد عملية تقنية. وفي حين يمثل ذلك الأساس الذي يُبنى عليه إعداد استراتيجية سليمة، فإن توافر المعلومات الصحيحة - الوقوعات الحالية للنكبات المالية المرتبطة بالمدفوعات المباشرة من أجل الخدمات الصحية، مثلاً - يمكن أن يوفر حافزاً للإحداث تغيير في السياسات (1).

الإجراء 3: التقييم المالي

ينبغي أن تخضع الأموال الحالية والمحتملة المخصصة للصحة من الحكومة، ومن الأسر، والقطاع الخاص، والمنظمات اللاحكومية، والشركاء الخارجيين، للتحليل من أجل وضع إطار شامل لتمويل النظام الصحي، على أن يشمل التقييم تحليل حصة الموارد العمومية التي تخصص للقطاع على مر الوقت. ويُعد غياب الاستمرارية بين السياسة والتخطيط والميزنة أمراً مثيراً للقلق في كثير من البلدان. ويمكن للأدوات التحليلية مثل إطار الإنفاق المتوسط الأمد - عملية صياغة التخطيط والميزانية التي تضع الأهداف المالية على مدى ثلاث سنوات بناء على التوقعات ذات الصلة

الإطار 5-1. العناصر الأساسية لتحليل وضع من أوضاع التمويل الصحي

الحماية من المخاطر المالية

- ما هي الأموال المتاحة في ما يتعلق بالاحتياج، وما هي المصادر؟ وما نوع الأولوية التي توليها الحكومة للصحة في قرارات الإنفاق الخاصة بها؟
- كم يضطر الناس للدفع من أموالهم الخاصة للحصول على الخدمات الصحية (مثلاً، المدفوعات المباشرة) وما هو أثر الحماية من المخاطر المالية على التعرض للنكبات المالية أو الوقوع في هاوية الفقر؟
- من يدفع ماذا في المساهمات الأخرى في النظام الصحي؟ (الإتاحة إجراء تحليل للمدى الإحساس بعدالة المساهمات المالية)
- من الذي تشمله التغطية من الأموال المجمعة، ولأي من الخدمات، وبأي نسبة من التكاليف؟

الحصول على الخدمات اللازمة

- من الصعب قياس الإتاحة المالية للخدمات قياساً مباشراً، ولذلك فإن التحليل سيركز بصورة عامة على المستويات الحالية للتغطية بالتدخلات الأساسية، ثم سيجرى تقييم لأسباب التغطية التي يُنظر إليها على أنها منخفضة، ولاسيما بين الفئات المستضعفة، ومدى إسهام التغييرات على النظام الصحي في تحسين مستوى الإتاحة.

الكفاءة

- ما هي أهم المشاكل المتعلقة بالكفاءة، والنتائج المترتبة عليها، وأسبابها؟

سمات النظام الصحي وقدراته

- الوصف المهجي والقياس الكمي للترتيبات الخاصة بجمع الأموال وتجميعها واستخدامها في تمويل أو تقديم الخدمات. ولا يقتصر ذلك على مجرد تتبع الأموال بل يتضمن تفهم الكيفية التي تتدفق بها هذه الأموال خلال النظام، من المصدر حتى الاستخدام، بما يشمل الأموال الخارجية، مع ملاحظة أين/ وكيف يحدث التشتت في النظام وأين/ وكيف يكون التنسيق ضعيفاً بين أدوات السياسة العامة. وينبغي أيضاً النظر في الترتيبات الإدارية ولاسيما الجهة المسؤولة عن وكالات الشراء وما هي مسؤوليتها في ذلك.
- توافر، وتوزع، وأنماط استخدام خدمات المرافق الصحية (الحكومية وغير الحكومية)، والعاملين الصحيين (التابعين للحكومة وغير التابعين للحكومة) والمدخلات الأساسية كالأدوية والتكنولوجيا. وتحدد نتائج هذا التقييم الأساليب المختلفة الممكنة لزيادة التغطية. مثلاً، من غير المرجح أن تجدي التحولات النقدية المشروطة إذا لم تكن هنالك مرافق بالقرب من الأشخاص الذين يتقرر أن التغطية لديهم منخفضة.

عوامل خارج النظام الصحي

- التغيرات الديمغرافية مثل معدلات النمو السكاني، وهيكلة الأعمار، والتوزع الجغرافي، وأنماط الهجرة، ومشاركة قوة العمل، ومدى نطاق العمل غير الرسمي، وغيرها، لها آثار على سرعة ازدياد الاحتياجات وعلى جدوى الطرق المختلفة لجمع الأموال.
- المشاكل المرضية الأساسية والتغيرات المحتملة على مر الزمن، وتأثيراتها على تكاليف مد نطاق التغطية مع مرور الوقت.
- نطاق شبكات الأمان الاجتماعي القائمة التي تحد من التأثير الاقتصادي للمرض (الطويل الأمد) أو تقلل الحواجز المالية التي تعوق الحصول على الخدمات.
- الجوانب ذات الصلة بالإدارة في القطاع العام والإطار القانوني لإدراك مدى المجال المتاح لإجراء تغييرات في نظام التمويل في إطار النظم والقوانين القائمة. ومن بين الأسئلة الأساسية: كيف يجري دفع أجور العاملين الصحيين، وهل هذه الترتيبات مرتبطة بقواعد الخدمة المدنية؟ وما هو المطلوب لتعديلها إذا دعت الضرورة؟ وكيف يتم اتخاذ القرارات بشأن الموارد المالية المخصصة عبر المستويات الحكومية (مثل قضايا اللامركزية الإدارية - السياسية)؟ وكيف يجري وضع الميزانيات في القطاع العام؟ وإلى أي مدى يمكن لأجهزة الدولة (مثل المستشفيات الحكومية) إعادة توزيع الأموال بين بنود الميزانية؟

بالاقتصاد الكلي، وتخصص الموارد للأولويات الاستراتيجية ضمن هذه الأهداف - يمكن أن تساعد على وضع صورة عامة للتمويل وتوفير معلومات يستعان بها في الحوار ما بين وزارات الصحة والمالية، والتخطيط (2).

وفي بعض البلدان تشمل هذه المرحلة حواراً مع المؤسسات المالية الدولية والشركاء الخارجيين من أجل تقييم الموارد التي يحتمل توافرها، والكيفية التي سيجري توجيهها بها للحكومات وللأطراف الفاعلة غير الحكومية. وسوف يرغب راسمو السياسات أيضاً في تحديد ما إذا كان سيتم تقييد الإنفاق الحكومي، والكيفية التي يمكن بها زيادة حدود الإنفاق. وأخيراً ينبغي النظر في الأدوار التكميلية لمصادر التمويل المختلفة للنظام الصحي.

وقد وردت في الفصل الثاني من هذا التقرير قائمة خيارات مقترحة لمساعدة البلدان على جمع أموال إضافية أو بديلة على المستوى المحلي من أجل الصحة. وينبغي على البلدان النظر على أقل تقدير في ما إذا كانت الصحة تتلقى حصتها العادلة من الإنفاق الحكومي، والنظر في السبل الممكنة لزيادة الضرائب على التبغ، وعلى الكحول وسائر المنتجات الضارة بالصحة، حيث يمكن لمثل هذه الضرائب أن تساهم في تحقيق تمويل إضافي كبير في هذا المجال، كما أنها ستسهم إسهاماً مباشراً، في ذات

الوقت، في تحسين صحة السكان. ومن الممكن لكل البلدان، تقريباً، تنفيذ واحد على الأقل من تلك الخيارات المقترحة في الفصل الثاني.

وإن تفهم اللغة التي يتحدث بها الاقتصاديون يعد أمراً حاسماً لجمع مزيد من الأموال من أجل الصحة. وعندما ينظر إلى وزارة الصحة كمدير كفؤ وحكيم للموارد العمومية، ويمكنه إظهار البرهان على التقدم المحرز والنتائج المحققة، فسوف تكسب، على الأرجح، ثقة وزارة المالية وغيرها من الوزارات. وإن القدرة على التحدث بنفس لغة الاقتصاديين من شأنها تحسين المقدرة على تبرير طلب تمويل إضافي. وتعد قدرة وزارة الصحة على الاستفادة من مهارات تحليل السياسات الصحية من الأمور الحاسمة في هذا الأمر وذلك من أجل إصدار الوثائق الضرورية والدخول في حوار مع وزارتي المالية والتخطيط.

الإجراء 4: تقييم القيود

ولدى الانتهاء من إرساء الأسس، سيكون من المهم بالنسبة لراسمي السياسات في هذه المرحلة تحديد الداعمين الرئيسيين للتغيير وأين يمكن أن تكمن جهات المعارضة الكبيرة. ويتيح تقييم القيود المحتملة لأصحاب القرار تحديد المجالات من السياسات العامة التي يتطلب الأمر التشاور بشأنها على نطاق واسع، ومع من ينبغي التشاور، وبأي وسيلة. وسوف يتوج مثل هذا التقييم في القرار السياسي بشأن المضي قدماً في هذا المجال.

ويحدد أصحاب القرار في هذه المرحلة أيضاً الجوانب الممكنة التنفيذ من الوجهة التقنية والسياسية، وتقرير الكيفية التي يمكن للحكومة الانطلاق منها ودعم المطلب الاجتماعي بوجود نظام صحي يعمل بكفاءة. وهذه عملية تتداخل مع إجراءات لاحقة وينبغي تكرارها بانتظام. وإن ما قد يبدو مستحيلاً اليوم قد يكون ممكناً بالفعل غداً. وإن أهم ما ينبغي أن نتذكره هو:

- أن تحقيق التغطية الشاملة ليس مجرد أمر تقني محض؛ إنه تعبير عن تصور القطر للتضامن الاجتماعي. وإن الزخم اللازم لاعتمادها يكون سياسياً دائماً، جزئياً على الأقل.
- أن نظم التمويل الصحي مقاومة للتغيير، ويرجع السبب، في جزء منه، إلى أن التغيير يمس مصالح أصحاب الشأن من ذوي النفوذ. وفي مواجهة قوى مساهمة، ومصالح شديدة الرسوخ، يتعين أن يكون الدعم من أجل التغيير دعماً قوياً ويحظى بالمساندة من أعلى المستويات.
- وعادةً ما تكون الدينامية معكوسة على مستوى القاعدة الشعبية. وكثيراً ما تُظهر المسوحات السكانية رغبة في تغيير/ تحسين النظام الصحي للقطر.

ويمكن أن تمثل الحركات الشعبية من أجل الإصلاح الصحي ومجموعات المجتمع المدني (بما فيها منظمات المستهلكين المعنية بأوضاع معينة) قنوات للتغيير على المستويين الوطني والدولي. ويساعد التواصل بين مثل هذه المجموعات ووزارة الصحة على دفع الصحة على جدول الأعمال السياسي الأعرض واستبقائها هناك. وكان ذلك هو الأسلوب الذي اتخذته الحكومة البنغلاديشية، على سبيل المثال، في مشروعها لإحياء وتوسيع عيادات صحة المجتمع. وتساعد مجموعات الإدارة المجتمعية على دعم التخطيط والإدارة والتفاعل بين العاملين الصحيين والمجتمع الذي يقومون على خدمته (3).

- أن اتباع أسلوب استباقي في المجال السياسي قد أتى بثماره في كثير من البلدان، حيث يمكن للدعوة، والتواصل، والحجج المسندة بالبيانات، أن تذهب بعيداً في التماس الدعم السياسي والمالي المطلوب لتحقيق الشمولية.

الإجراء 5: إعداد الاستراتيجيات والأهداف من أجل التغيير وإضفاء الطابع الرسمي عليها

يعد هذا الإجراء أكثر الإجراءات استهلاكاً للوقت وكثافةً في العمالة، كما أنه محور معظم ماكتب عن التمويل الصحي، ويشكل الجزء الأكبر من الدعم التقني الذي يوجه إلى البلدان، على افتراض أن الإجراءات الأخرى قد تم، أو سيتم، التعامل معها بالقدر الكافي. وفي الواقع، تكون الإجراءات الأخرى إما أنها أغفلت، أو تم التعامل معها على عجل، على الرغم من أنها تمثل الأساس بالنسبة للعمل التقني. ولابد أن ينبثق إعداد الاستراتيجيات والأهداف في هذه المرحلة، من تحليل الوضع وتقييم سياق التمويل (الإجراء 2 و 3).

واستناداً إلى تحليل الوضع وإلى تقييم دقيق لسيناريوهات التمويل المحتملة، يمكن للعمل التقني التفصيلي للاستراتيجية أن يبدأ، مع التركيز على مراحل التمويل الصحي الثلاث الأساسية، ألا وهي: جمع الأموال، وتجميعها، واستخدامها لضمان توافر الخدمات وإتاحتها.

ولأغراض توضيح نطاق وطبيعة القرارات الجوهرية التي ينبغي اتخاذها، يستند الجدول 1-5 على الرسائل الأساسية الواردة في الفصول من الأول إلى الرابع.

الجدول 5-1. القرارات الفنية المطلوبة للإجراء 5

الهدف الرئيسي	العناصر	القرارات
حشد أموال كافية	الاكتفاء (يرتبط هذا الجزء ارتباطاً وثيقاً بالإجراء 3. وبعض الإجراءات سيتم اتخاذها بشكل متزامن)	1) اختيار التوليفة من الضرائب و/أو اشتراكات التأمين التي سيطلب من الأسر المساهمة بها. واتخاذ قرارات حول أي آليات أخرى لجمع الإيرادات محلياً من أجل الصحة، مثل المساهمات من الشركات. والغاية هي ضمان دفع ثابت ويمكن التنبؤ به من الأموال إلى النظام.
المساواة في المساهمات		2) وضع آلية لتغطية الأشخاص غير القادرين على تحمل سداد الاشتراكات. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق الإعانات المتبادلة، سواء من خلال الإيرادات الحكومية العامة أو زيادة قيمة اشتراكات التأمين بالنسبة للأشخاص القادرين، من أجل تغطية الأفراد غير المشتركين.
الكفاءة في التحصيل		3) تطبيق نظام لاشتراكات الأسر تكون ميسورة التكلفة. 4) تحسين الكفاءة في تحصيل الأموال بالتأكد من أن الأشخاص المفترض سدادهم للاشتراكات، يقومون بذلك.
الاستدامة المالية		5) عمل تقديرات مسندة بالبيانات لاحتمالات جمع الأموال (محلياً وخارجياً) مستقبلاً مع مضاهاة ذلك بالاحتياجات التقديرية، وازدياد الاحتياجات (مرتبط بالإجراء 3).
تقليل الحواجز المالية	يُسر التكلفة والإتاحة	6) وضع ترتيبات مؤسسية وإدارية، استناداً إلى القرار 1، لتحصيل وتجميع الاشتراكات من مختلف المصادر (مما يقلل الاعتماد على المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة للأفراد، في البلدان التي ترتفع فيها هذه المدفوعات).
المساواة في التجميع		7) تحديد ما إذا كانت رسوم الخدمات تستخدم لتقديم حوافز لتعزيز الجودة كأن تكون مكاملة للرواتب على مستوى الرعاية الأولية. ومن المهم عند استبدال رسوم الخدمات، ألا يتم فقط استبدال الأموال الكاملة التي تجمع، بل أيضاً الأموال الخاصة بالأنشطة التي كانت تدفع سابقاً من رسوم الخدمات. وهذا يقلل إلى الحد الأدنى من إمكانية إحلال المدفوعات غير الرسمية محل المدفوعات الرسمية. 8) تحديد ما إذا كانت هنالك بعض فئات السكان أو التدخلات المعينة التي ينبغي اتخاذ قرارات على صعيد الطلب بشأنها (قسائم، تحويلات نقدية) لضمان توافر الإتاحة الملائمة.
المساواة في التجميع		9) جعل المساهمات في النظام الصحي (الضرائب و/أو التأمين) إجبارية في أسرع وقت ممكن، حيث يضمن ذلك اشتراك الأفراد وهم يتمتعون بالصحة وليس فقط عندما يخشون الإصابة بالمرض، مع تجنب انسحاب الناس لأن ذلك يقلص المدى الذي يمكن أن تمتد إليه التغطية للفقراء والمستضعفين.
الكفاءة في التحصيل		10) إذا كانت هنالك مجمعات متعددة، فينبغي الحد من التشتت سواء بإدماجها في مجمع أكبر أو بتطبيق آلية لمعادلة المخاطر فيما بينها لضمان معاملة منصفة للمشاركين في المجمعات المختلفة. 11) تحديد المستحقين لتلقي الخدمات من خلال المجمع (المجمعات) والخدمات التي تقدم وأي مستوى من مستويات المدفوعات المشتركة. وإعداد جدول زمني لمد نطاق هذه المتثابات وفقاً لخطة الاستدامة المالية الموضحة أعلاه. 12) التقليل للحد الأدنى من التبعر في الأموال الموجودة، وذلك لأطول فترة ممكنة.

الهدف الرئيسي	العناصر	القرارات
استخدام الموارد بحكمة	الكفاءة في استخدام الموارد	(13) وضع وتطبيق آليات للدفع لمقدمي الخدمات لزيادة الحوافز لتحسين الجودة والكفاءة.
		(14) نظرا لوجود مزايا وعيوب في جميع طرق الدفع لمقدمي الخدمات، فينبغي وضع خطوات تكميلية تشجع على توخي الجودة والمساواة. وتتضمن العناصر المهمة في هذا الخصوص، معالجة الهدر والفساد، وإعداد لسلاسل تتسم بالفعالية لقاء التكاليف في مجال اختيار الأدوية، والشراء، والإمدادات (أنظر الفصل الرابع لمزيد من التفاصيل).
		(15) تقرير كيفية تخصيص الموارد المجمعة بين مختلف أنواع الخدمات الصحية ومختلفة مستويات الرعاية، مع التأكد من أن ذلك لا يضع عقبات أمام تنسيق الرعاية على مختلف مستوياتها.
		(16) الانخراط في الشراء/التعاقد الاستراتيجي لضمان تحقيق أعلى قيمة للأموال المنفقة.
		(17) تقرير ما إذا كان من الضروري إنشاء مجمع منفصل للأموال التي تخصص لتعزيز الصحة والوقاية.
		(18) الرصد الروتيني للنتائج والكفاءة في استخدام الأموال.
المساواة في استخدام الموارد		(19) تقرير كيفية تخصيص الموارد المجمعة بين المناطق الجغرافية بما يمثل الحجم النسبي للسكان، والمستوى النسبي للدخل/الفقر، والاحتياجات الصحية النسبية، والفروق التي لا يمكن تجنبها في تكاليف تقديم الخدمات (مثلاً، بسبب انخفاض الكثافة السكانية).
		(20) تحديد ما إذا بقيت هنالك مظاهر جور في التغطية والحصائل الصحية والتي يمكن معالجتها من خلال النظام التمويلي، أو أنها تتطلب إجراءات في أجزاء أخرى من النظام الصحي (مثل توزيع المرافق الصحية أو الموارد البشرية) أو في القطاعات الأخرى. وتقرير أي من الوزارات ومنظمات المجتمع المدني التي يمكنها الإسهام، على أفضل وجه، في حل هذه المشكلات، ووضع الحلول المشتركة وتنفيذها.

الإجراء 6: التنفيذ بما يشمل تقييم البنى والقواعد

التنظيمية

في هذه المرحلة، سيكون على بعض البلدان إجراء تغييرات طفيفة فقط للمحافظة على الإنجازات التي تحققت، وسيكون على بلدان أخرى التحريض من أجل إجراء الإصلاح، وإنشاء مؤسسات وهيئات جديدة. فعلى سبيل المثال، قد يقرر قطر ما استحداث صندوق للتأمين الصحي، كهيئة شبه حكومية، لتجاوز القيود المفروضة على التجميع والشراء داخل منظومة الإدارة المالية في القطاع العام. ومع ذلك فقد لا تحتاج المؤسسات القائمة، في بعض الأحيان، إلا لمجرد التكيف، كأن يتم، مثلاً، تنظيم التأمين الإجباري من خلال القطاع الخاص. فعندما يكون هنالك صندوق للتأمين الإجباري يعمل كوكالة تابعة للقطاع العام، فقد تدعو الحاجة إلى إيجاد قوانين جديدة أو تعزيز الأنظمة القائمة أو إلغائها.

ويمكن للتشريعات، بالقطع، المساعدة على تطوير نظم التمويل الصحي من أجل التغطية الشاملة، كما يمكنها المساعدة على حماية حق الأفراد في تلقي الرعاية الصحية. وقد أدت القوانين الجديدة والاستحقاقات الدستورية في العديد من البلدان، مؤخراً، إلى ذهاب مزيد من الناس إلى المحاكم لإقرار حقهم في الحصول على الخدمات الصحية (4). ومن المبكر جداً معرفة أثر ذلك بالنسبة لتحقيق التغطية الشاملة، على الرغم من أن الباحثين وجدوا، في بعض الحالات، أن استفادة الفقراء والمستضعفين من هذا الحق في التعويض القانوني، كانت أقل مما حصلت عليه الفئات الأكثر ثراء الذين عادة ما يكونون أكثر بياناً في التعبير عن احتياجاتهم (5).

ويمثل نقص القدرات التقنية والتنظيمية واحداً من أكبر التحديات التي تواجه البلدان في هذه المرحلة من مراحل التنفيذ. ويمكن أن يكون وجود المحاسبين، والإكتواريين، والمراجعين، والاقتصاديين، والمحامين، لازماً في مواقع مختلفة، وفي بعض الأحيان يكون وجود الخبرات نادراً. لذا، فقد يكون ضرورياً إعادة تقييم الأولويات التعليمية/التدريبية من أجل تنمية المهارات التي لا غنى عنها، وإعداد الاستراتيجيات المطلوبة لاستقطاب المهنيين المهرة من خارج القطر واستبقائهم.

وكثيراً ما تعيق ندرة مقدمي الرعاية الصحية عملية مد نطاق التغطية بالخدمات. وينبغي أن تضمن خطط التمويل إمداداً بالأعداد الكافية من العاملين الصحيين الذين تتوافر فيهم المهارات المناسبة. كما ينبغي أن تحسن خطط التمويل من إيتاء الخدمة من حيث الكيف والكم، وضمان توافر الأدوية اللازمة والتكنولوجيات المطلوبة.

وعلى العكس من ذلك، فإنه ينبغي على أصحاب القرار أن يكونوا واعين للآثار التي قد تنعكس على التمويل عند إصلاح مجالات أخرى من مجالات النظام الصحي.

وسوف يتطلب الكثير من التغييرات إجراءً مشتركاً بين القطاعات، من خلال موظفي وزارة الصحة العاملين لدى وزارات أخرى.

الإجراء 7: الرصد والتقييم

على أصحاب القرار أن يكونوا مدركين لوضع بلدهم الراهن، وما إذا كان الإصلاح التخطيطي الذي سيفضي إلى نظام للتغطية الشاملة، متصلاً بالمرحلة الانتقالية أم أنه يفني بالفعل بالأهداف المحددة. وينبغي أن يكونوا قادرين على تقييم الأوضاع القائمة والزخم الذي يدفعها، كما سيتعين عليهم التحقق من ما إذا كان القطر يتحرك مقرباً من التغطية الشاملة أم أنه يبتعد عنها أكثر.

ومن المعروف أن نظم التمويل لا تستجيب بالضرورة للتغيرات على النحو المخطط لها، ولذلك، فمن الأهمية بمكان الاستعداد لما هو غير متوقع، مع القدرة على إجراء التعديلات اللازمة بالسرعة المطلوبة. ولكي يتم ذلك، ينبغي أن يتوافر لدى أصحاب القرار فيض مستمر من المعلومات الدقيقة. وقد أوضحنا نوع المعلومات المطلوبة من أجل عمل تحليل مجدٍ للأوضاع، يتعلق في جزء كبير منه بالكيفية التي يجري بها استخدام الموارد المالية المتاحة، وهانحن نتجه هنا إلى تقييم النتائج، والذي يعد ضرورياً كي يستطيع القطر تحديد ما إذا كان يقترب من، أو يبتعد عن تحقيق التغطية الشاملة.

وينبغي، عند الرصد، التركيز على ما إذا كان الناس يحصلون على الخدمات الصحية، وما إذا كانوا يتعرضون لمخاطر مواجهة مصاعب مالية جرّاء دفع نفقات تلك الخدمات. وأحياناً يكون من الصعب الحصول على بعض المعلومات المطلوبة لإجراء تقييم دقيق. وعلى سبيل المثال، فإنه رغم سهولة النسبية لقياس نسبة الناس الذين تشملهم التغطية بنظام تأمين صحي معين، فإن ذلك لا يمثل مؤشراً للتغطية الحقيقية، لأننا نرغب أيضاً في معرفة النسب الخاصة بالخدمات المطلوبة والتكاليف التي تتم تغطيتها.

وفي الأنظمة التي تتسم بوجود توليفة من الخدمات العامة والخاصة، والتي تموّل في جزء منها، من التأمين، وفي جزء آخر من إيرادات الضرائب، يمكن أن تكون الصورة معقدة. فمن الناحية النظرية، يمكن لكل فرد الاستفادة من الخدمات الحكومية، ولكن في الواقع العملي، قد لا يتاح للناس الموجودين في المناطق النائية الوصول المادي لتلك الخدمات، أو أنهم قد لا يستفيدون منها إذا كان مستوى جودتها ضعيفاً أو يعتقد أنه ضعيف. إذن، قد يكون من الصعب تحديد من هو الخاضع حقيقة للتغطية بالخدمات الممولة تمويلياً، حتى مع وجود بيانات موثوقة مستمدة من مسوحات مصممة تصميمياً جيداً، تُجرى على الأسر.

وفي الجدول 5-2 نقترح عدداً من المؤشرات التي ثبتت على الدوام أنها منبئات قوية عن الخاضعين للتغطية ومدى الحماية المقدمة من المخاطر المالية، ونسبة المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة للمرضى، ومدى تأثيرها من حيث وقوع النكبات المالية والدفع إلى هاوية الفقر. ومن الواضح أن هذه المؤشرات لا تغطي كل الآثار المحتملة لنظام التمويل الصحي على حياة الناس. فالناس الذين يعيشون بالفعل في فقر، مثلاً، لن يدفعوا إلى هاوية الفقر جرّاء المدفوعات الصحية، ولكنهم سوف يدفعون إلى مستويات فقر أعمق. وهنالك عدة مؤشرات أخرى، مثل ما إذا أصبح الفقراء أكثر فقراً بسبب اضطراهم إلى دفع تكاليف الخدمات الصحية. وهذه المؤشرات متاحة للبلدان التي لديها

الجدول 5-2. رصد التغطية الشاملة بالحماية من المخاطر المالية

الأهداف والإجراءات	المؤشرات المرتبطة بها	التفسير
1) جمع أموال كافية من أجل الصحة: ما هي النسبة من الأهداف والإجراءات والسكان التي يمكن تغطيتها؟	1) نصيب الفرد من الإنفاق الصحي الإجمالي	1) ينبغي أن تكون ذات صلة باحتياجات السكان، إلا أن معدل الحد الأدنى من الاحتياجات عبر البلدان المنخفضة الدخل قُدِّر بـ 44 دولاراً أمريكياً في عام 2009، ويرتفع إلى 60 دولاراً أمريكياً في عام 2015.
	2) الإنفاق الصحي الإجمالي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	2) يعكس ذلك أيضاً توافر الأموال لأن الإنفاق الصحي الإجمالي/الناتج المحلي الإجمالي يزيد عموماً مع زيادة نصيب الفرد في الناتج المحلي الإجمالي. وقد وضعت البلدان الأعضاء في إقليمي المنظمة لجنوب شرق آسيا، وغرب المحيط الهادئ لنفسها هدفاً لتخصيص 4٪، رغم أن ذلك قد لا يكون في حد ذاته كافياً. وإن البلدان البالغ عددها 40 أو نحو ذلك التي يقل نصيب الفرد فيها من الناتج المحلي الإجمالي عن 1000 دولار أمريكي، لن تستطع بلوغ مستويات الحد الأدنى من متطلبات التمويل في ظل هذا المستوى من الإنفاق.
	3) الإنفاق الصحي الحكومي العام كنسبة مئوية من الإنفاق الحكومي الإجمالي ¹⁾	3) يشير إلى الالتزام الحكومي نحو الصحة. وقد وضعت البلدان الأفريقية جنوب الصحراء لنفسها هدفاً لتخصيص 15٪ من الإنفاق الحكومي، للصحة، وفي إقليم المنظمة لشرق المتوسط، تبحث الدول الأعضاء وضع هدف لتخصيص 8٪ من الإنفاق الحكومي لوزارة الصحة.
	4) الإنفاق الصحي الحكومي العام كنسبة مئوية من الناتج المحلي	4) يشير إلى قدرة واستعداد الحكومة لحماية السكان من تكاليف الرعاية الصحية. ومن الصعب الاقتراب من التغطية الشاملة في ظل مستوى إنفاق من الناتج المحلي الإجمالي يقل عن 5-6٪ على الرغم من أن بلوغ هذا المرمى يمثل مطمحاً على المدى القريب بالنسبة لكثير من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، كما أنه أمر تحطط له هذه البلدان على المدى الأبعد.
2) مستويات الحماية من المخاطر المالية والتغطية بها للفئات المستضعفة - مؤالفة بين من سيخضع للتغطية وبأي نسبة من التكاليف.	5) الإنفاق المباشر من أموال المرضى الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الإجمالي، مع معلومات حول الفئات السكانية الأكثر تضرراً.	5) تشير البيانات إلى ارتباط هذا الأمر ارتباطاً وثيقاً بوقوع النكبات المالية، والوقوع في هاوية الفقر بسبب المدفوعات الصحية المباشرة من أموال المرضى الخاصة. وتنخفض نسبة مواجهة النكبات المالية أو الوقوع في هاوية الفقر إذا قلَّت المدفوعات الصحية المباشرة من أموال المرضى الخاصة/الإنفاق الصحي الإجمالي عن 15-20٪. ولا تزال المعدلات كبيرة في عديد من البلدان. وقد وضعت البلدان الأعضاء في إقليم المنظمة لجنوب شرق آسيا لنفسها هدفاً لجعل النسبة في حدود 20-30٪.
	6) النسبة المئوية للأسر التي تعاني من نكبات مالية كل عام بسبب المدفوعات الصحية المباشرة من أموالها الخاصة، مع معلومات حول الفئات السكانية الأكثر تضرراً	6) الوضع الأمثل أن يقاس ذلك مباشرة على الرغم من الارتباط الوثيق للمؤشر رقم 5 بوقوع النكبات المالية.
	7) النسبة المئوية للأسر التي تعاني من الوقوع في هاوية الفقر كل عام بسبب المدفوعات الصحية المباشرة من أموالها الخاصة، مع معلومات حول الفئات السكانية الأكثر تضرراً.	7) نفس الملاحظات الخاصة بالمؤشر رقم 6

الأهداف والإجراءات	المؤشرات المرتبطة بها	التفسير
(3) الكفاءة في الاستفادة من الموارد ^(ب)	(8) وسطي سعر المستهلك من الأدوية الجنيسة، بالمقارنة مع السعر المرجعي الدولي. (9) النسبة المئوية للإنفاق العمومي على الصحة المخصص للنفقات الثابتة والرواتب، مقارنة بالأدوية والإمدادات	(8) عندما يزيد ذلك على معدل 1:1، تكون هنالك بيئة قوية على احتمال تحقيق وفورات. (9) هذا الأمر أكثر صعوبة من حيث التفسير، رغم أن معظم البلدان يعرف متى يكون مرتفعاً جداً، عندما لا تتوافر الأموال لشراء الأدوية، مثلاً. وقد يعكس ذلك، في بعض الأحيان عدم كفاية الأموال أكثر منه نقصاً في الكفاءة.

^(أ) الإنفاق الصحي العمومي العام يضم الإنفاق على الصحة من الإيرادات الحكومية العامة لجميع الوزارات، وجميع المستويات الحكومية، ومن التأمين الصحي الإجباري مجتمعة.

^(ب) من الصعب تحديد مؤشرات صالحة وموثوقة وقابلة للمقارنة لكفاءة النظام الصحي. وهذان المؤشران هما للإيضاح فقط، وسيكون على البلدان التركيز على المجالات الأخرى لعدم الكفاءة، والتي تمثل أهمية خاصة وفقاً لأوضاعها هي، وتشمل المؤشرات الممكنة: الحصص من الإنفاق الإجمالي على المستوى الأولي للرعاية مقابل الرعاية بالمستشفيات، ومعدل الإحالة من مستوى الرعاية الأولي إلى المستوى الثانوي، واستخدام الأدوية الجنيسة مقابل الأدوية ذات الأسعار التجارية، وجراحات اليوم الواحد مقابل الإدخال إلى المستشفيات، والنفقات الإدارية العامة.

قدرات رصد إضافية، لكننا ندرج هنا مجموعة تمثل الحد الأدنى من المؤشرات التي تستخدم على نطاق واسع (6-8).

إننا لا نقترح مؤشرات للجانب الخاص بالتغطية هنا. إننا، وعلى نحو مثالي، نود أن نعرف نسبة السكان التي لا تحصل على الخدمات الصحية التي تحتاجها بسبب الحواجز المالية أو أي عقبات أخرى محتملة، بعد تحليلها وفقاً لمتغيرات أساسية تتضمن العمر، ونوع الجنس، والوضع الاجتماعي والاقتصادي. وهذه المعلومات غير متوفرة في معظم البلدان، وقد يختلف نطاق الخدمات المطلوبة اختلافاً كبيراً بسبب الأمراض المختلفة والأنماط الديمغرافية ونقترح قيام كل قطر برصد مجموعة التدخلات المختلفة من أجل تحقيق تغطية فعالة. ويتضمن التقرير العالمي للإحصائيات الصحية (9) مجموعة من المؤشرات المحتملة، والتي يتم توفيرها بصفة سنوية، على الرغم من أنها تتعلق، في غالبيتها، بالبلدان المنخفضة الدخل حيث تغلب الأمراض السارية.

ويعتمد الدفق المنتظم للبيانات حول هذه المجالات، علاوة على تلك المتعلقة بتحليل الأوضاع في الإطار 5-1، على شيئين اثنين:

- نظام معلومات صحية جيد الأداء يوفر معلومات حول تغطية أولئك الذين هم في حاجة، يتم تحليلها، على نحو مثالي بحسب العمر، ونوع الجنس، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، وغير ذلك من مؤشرات الاستضعاف أو الحرمان. وهذا يتطلب وجود روابط اتصال جيدة لدى

المسؤولين القائمين على إدارة البيانات الإدارية للنظم الصحية، مع الجهات الإحصائية الوطنية.

- نظام لرصد التدفقات المالية. وتوفّر الحسابات الصحية الوطنية معلومات حاسمة في هذا المجال، وكذلك تفعل المسوحات المتواترة للأسر الخاصة بقياس الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة للأفراد والحماية من المخاطر المالية.

وينبغي على راسمي السياسات السعي إلى إنشاء نظام موحد للإبلاغ المالي لا يجري تحليله وفقاً للبرنامج، أو اللامركزية الإدارية أو الوضع التأميني للسكان. ومعرف أن المشكلات تنشأ عندما يجري تتبع التمويل المقدم من المانحين للمشروعات والبرامج المختلفة بواسطة نظم متوازنة للإبلاغ المالي تفتقر إلى الاتصال في ما بينها. وكذلك، فإن جمع معلومات من كل الأطراف الفاعلة في النظام الصحي في القطاع العام والقطاع الخاص على حد سواء، هو أمر حيوي كذلك. وإن أنظمة المعلومات الصحية الرئيسية في كثير من البلدان لا تجمع إلا معلومات قليلة من القطاع غير الحكومي، مما يجعل الحصول على صورة كاملة عن الوضع الصحي وأنماط الاستفادة من الخدمات من قبل السكان، أمراً صعباً.

برنامج عمل للمجتمع الدولي

على الرغم من أن بوسع البلدان عمل الكثير لنفسها باتباع البرنامج الذي تم إيضاحه أعلاه، إلا أن للمجتمع الدولي دوراً حيوياً يستطيع القيام به لدعم تلك البلدان التي تحتاج إلى مساعدة إضافية. ومن الضروري بالنسبة للشركاء في التنمية القيام بالآتي:

الحفاظ على مستويات المساعدات أو زيادتها إلى المستوى المطلوب

إن نحو نصف عدد البلدان التي تقوم بإبلاغ منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي عن إنفاقها من المساعدات الإنمائية الرسمية، هو فقط الذي يسير على درب الوصول إلى الأهداف التي التزمت بها هذه البلدان على المستوى الدولي. أما بقية البلدان فهي ما تزال بعيدة عن ذلك، وبعضها بعيد بمسافات طويلة. وعلى الرغم من أن عدداً من المانحين وعدد الحفاظ على المساعدات التي التزموا بها لعام 2010، رغم الانكماش الاقتصادي العالمي، فإن عدداً آخر قلص بالفعل أو أجّل الوفاء بتعهداتهم. وهذا أمر مثير للقلق إلى حد بعيد، ويؤمل أن يفهم الشركاء في التنمية بوعودهم التي قطعوها في باريس وفي أكرا.

ضمان إمكانية التنبؤ بالمعونات بشكل أكبر

عندما تكون البلدان غير قادرة على التمويل على تمويل ثابت ومطرد، يصبح التخطيط للمستقبل أمراً صعباً، فبعض الدول المنخفضة الدخل يعتمد على موارد خارجية لتمويل ثلثي إنفاقها الصحي الإجمالي، الأمر الذي يجعل تدفقات المعونات التي يمكن التنبؤ بها أمراً في غاية الأهمية، ويمكن للشركاء في التنمية المساعدة في ذلك بهيكل ترتيبات مساهماتهم المنبثقة من الالتزامات السنوية التقليدية للمساعدات الإنمائية الرسمية - مثل ما فعل المانحون من لجنة المساعدات الإنمائية لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي في أкра حيث التزموا بدورات للتمويل تتراوح مدتها بين ثلاث وخمس سنوات.

الابتكار لتكملة الإنفاق الصحي للفقراء من السكان

لقد تحقق الكثير في هذا المجال، ولاسيما ما حققته مؤسسة الألفية المعنية بالتمويل الابتكاري من أجل الصحة، التي طورت منذ عهد قريب جداً آليات للأفراد لتقديم مساهمات طوعية للصحة في العالم عند قيامهم بشراء تذاكر للسفر الجوي، أو حجز غرف بالفنادق أو استئجار السيارات، عن طريق شبكة الإنترنت. وتشير التقديرات إلى أن بيع السندات المالية التي تضمها البلدان المانحة والتي تصدرها أسواق رأس المال العالمية، قد أدى إلى جمع أموال تربو على بليونين من الدولارات الأمريكية منذ عام 2006. وفي حين أفضت هذه الأنظمة إلى نتائج مبشرة بالخير، فإن هنالك الكثير الذي يمكن عمله في هذا المجال، ويقدّر أن تؤدي الضريبة على المعاملات النقدية العالمية، على سبيل المثال، إلى جمع ما يزيد على 33 بليون دولار أمريكي سنوياً (أنظر الفصل الثاني).

دعم البلدان في خططها الصحية بدلا من فرض أولويات خارجية

إن تركيز الكثيرين من الشركاء الخارجيين على عدد من البرامج الشهيرة يتعارض مع روح إعلان باريس لعام 2003 بشأن فعالية المعونة، الذي يسعى إلى تمكين البلدان المتلقية من صياغة خططها الوطنية بحسب أولوياتها هي. وإن المطلوب هنا هو إعادة التركيز على المساهمات المالية التي اتفق عليها للخطط الصحية الوطنية التي تُرفع التقارير عنها وتجري متابعة نتائجها على المستوى الوطني.

توجيه الأموال عن طريق المؤسسات والآليات المناسبة أمر حاسم لضمان التغطية الشاملة

إن بعض البلدان المتلقية للمساعدات يجادل بأن المانحين غير مستعدين لاستخدام النظم التي يفترض أنهم يعزونها، ويفضلون إنشاء واستخدام نظم موازية في: توجيه الأموال إلى البلدان؛ وشراء المدخلات، مثل الأدوية والمعدات،

والخدمات؛ ورصد النتائج (10). ومن بين طرق تعزيز النظم الوطنية توجيه الأموال الخارجية من خلال آلية التشارك في تحمل المخاطر الخاصة بالبلد المتلقي نفسه. وقد يتخذ ذلك شكلاً من أشكال دعم القطاع بالكامل، ويمكن للبلدين، بموجب ذلك أن يحددوا أن وجهة تمويلهم هي للقطاع الصحي، لكنهم يسمحون للحكومات بتقرير توزيع التمويل بين البرامج والأنشطة، أو عن طريق مجتمعات التأمين الصحي. وينبغي على الشركاء في التنمية أيضاً السعي إلى تعزيز القدرات المحلية لهذه المؤسسات.

دعم المحاولات المحلية لاستخدام الموارد بمزيد من الكفاءة

ينبغي الحد من الازدواجية في وسائل التوجيه والتطبيقات المتعددة، ودوائر الرصد والتبليغ. ومن أسف أن تكاليف المعاملات التي يفرضها المانحون على البلدان هي تكاليف ضخمة. وكان عدد البعثات الصحية الدولية إلى فييت نام، عام 2009، قد زاد على 400 بعثة (11). وفي ورنادا، كان لزاماً على الحكومة رفع تقارير عن أكثر من 890 مؤشراً صحياً إلى مختلف الجهات المانحة، منها 595 تقريراً يتعلق بالإيدز والملاريا وحدهما (12).

ضرب المثل في الكفاءة بالحد من الازدواجية وتشتت جهود المعونة الدولية

إن الطريقة المجزأة التي يجرى بها إيتاء المعونة تؤدي إلى ارتفاع النفقات الإدارية العامة لكل من الجهات المانحة والبلدان المتلقي، إلى جانب ازدواجية لا لزوم لها وتباينات في التوجيهات بشأن السياسات وفي معايير الجودة على المستوى القطري. ومن الضروري أن يلتزم المانحون الرئيسيون بتنسيق جهودهم من أجل الحد من التبعثر في الطريقة التي توجه بها الأموال إلى البلدان المتلقي، وتحتجز فيها. ومن المعروف أن ما يربو على 140 مبادرة صحية عالمية تجرى الآن بشكل متواز، تُهدر من خلالها الموارد وتمثل ضغطاً هائلاً على البلدان المتلقي (11).

خاتمة

هذا وقت مثير للاهتمام بالنسبة لتمويل الصحة، حيث إن اثنين من النظم الواسعة للرعاية الصحية، كانت قد التزمت في السابق باستخدام آليات السوق الحرة كأساس للتمويل - أحدهما في الصين والآخر في الولايات المتحدة الأمريكية - يخضعان حالياً للإصلاح. فالصين تحرك نظامها الهائل عوداً باتجاه التغطية الشاملة، وهو يمول جزئياً من الإيرادات العامة. وعلى الجانب الآخر،

وَقَّع الرئيس باراك أوباما، في آذار/مارس 2010 قانوناً إصلاحياً يمد نطاق التغطية بالرعاية الصحية لعدد يتوقع أن يصل إلى 32 مليون أمريكي من الذين لم يسبق خضوعهم للتأمين. وفي حين يعتمد هذا القانون الإصلاحي، بشكل ما، مبدأ الشمولية الذي يدعو إليه هذا التقرير، فإن تخفيف الإصلاح من عتبات الاستحقاق لبرنامج المعونة الطبية (Medicaid) يمد نطاق التغطية الممولة من القطاع العام إلى 20 مليون شخص لم يكن لديهم أي شئ في السابق.

والإصلاحات في الصين وفي الولايات المتحدة هي إصلاحات بالقطع بارزة، ويعزي ذلك، في جزء منه، إلى حجم النظم ذات الصلة. إلا أن هذه البلدان ليست هي وحدها التي تعيد تقييم أسلوب تمويل الرعاية الصحية. وكما أوضح هذا التقرير، فإن إصلاح التمويل الصحي يحدث في عديد من البلدان، وعلى مستويات تنمية اقتصادية مختلفة. وسوف تختلف الكيفية التي يجري بها التعامل مع التحديات الماثلة، إلا أن البرامج التي تقترب من تلبية احتياجات سكانها ستتضمن شكلاً من أشكال الدفع المسبق والتجميع.

ويتجاوز هذه الحقيقة الأساسية، لا توجد صيغة محددة لتحقيق التغطية الشاملة، حيث إن استجابات القطر للتحديات ستحدد، في جزء منها، من خلال تجارب القطر نفسه، والطريقة التي تطورت بها نظم التمويل الصحي فيه، وكذلك التفضيلات الاجتماعية ذات الصلة بمفاهيم التضامن(13). وأياً كانت طبيعة التباين في الاستجابات، فإنها سوف تنفذ لمواجهة نفس الضغوط المستعصية على الحل. وإن تجاهل هذه الضغوط سوف يعني الإخفاق في واحد من أهم المهام المنوطة بالحكومة ألا وهي توفير رعاية صحية تكون متاحة للجميع.

وإن بوسع كل بلد من البلدان أن يفعل شيئاً لكي يقترب من تحقيق التغطية الشاملة أو الحفاظ على ما تحقق في هذا الاتجاه. وكما قد تبدو هذه المهمة شاقة، إلا أنه ينبغي لرسمي السياسات أن يتشجعوا بما تحقق في كثير من البلدان التي سبقتهم في السعي الحثيث لإقامة نظام للتغطية الشاملة. وهذه الجهود موثقة توثيقاً جيداً. ولاريب أن هذه دروس ينبغي التعلم منها، وأحد هذه الدروس يتعلق بأهمية التضامن الاجتماعي الذي يعبر عنه من خلال المشاركة السياسية، وهو موضوع عدنا إليه عديد المرات في هذا التقرير. وقد يكون من قبيل الإفراط في التبسيط القول أن الإصلاح يثمر دائماً عندما يكون الطلب على مستوى القاعدة الشعبية وفي ظل المشاركة النشطة من جانب المجتمع المدني، غير أن هذا الاقتران قد تكرر كثيراً بما يكفي لأن يؤخذ في الاعتبار.

ففي تايلند، كان ذلك واحداً من العوامل الدافعة لتطوير نظام التغطية الشاملة التي جلبت الرعاية الصحية للملايين من التايلنديين الذين كان

عليهم إما أن يدفعوا من أموالهم الخاصة أو أن يتخلوا عن العلاج. ولم يكن أي من هذه الخيارات سيصلح بالنسبة لنارين بنتالكارن وهو راقد وسط حطام دراجته البخارية، يوم السبت، السابع من تشرين الأول/أكتوبر عام 2006. ومن حسن طالع أن كان هنالك خيار ثالث، والذي ارتكز على الملايين من دافعي الضرائب، فقد كان هنالك مركز متخصص في الإصابات، على بعد 65 كيلو متراً فقط من الموقع الذي حدث فيه الاصطدام، وكان هنالك أيضاً جراح تدرّب على مدى سنوات عديدة. ولقد كانت جميع الأعداد في صالح نارين في ذلك اليوم، وكانت في تلك الأعداد، بالفعل، قوة. ■

المراجع

1. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
2. *Training in medium-term expenditure framework*. Washington DC, The World Bank, 2003.
3. Uddin MJ. Health service networking through community clinics. *The New Nation, Bangladesh's Independent News Source*, 21 March 2010 (<http://nation.ittefaq.com/issues/2010/03/21/all0120.htm>, accessed 28 June 2010).
4. Yamin AE, Gloppen S, eds. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA, Harvard University Press (unpublished).
5. Easterly W. Human rights are the wrong basis for healthcare. *Financial Times (North American Edition)*, 12 October 2009 PMID:12322402
6. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003,12:921-934. doi:10.1002/hec.776 PMID:14601155
7. van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006,368:1357-1364. doi:10.1016/S0140-6736(06)9560-3 PMID:17046468
8. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social science & medicine* (1982), 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
9. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
10. Task team on health as a tracer sector. *Supporting countries health strategies more efficiently*. World health report 2010 background paper, no. 47 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
11. *Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all*. Address by Andris Piebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/10/55&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>, accessed 28 June 2010).
12. Binagwaho A, Permanent Secretary, Rwanda Ministry of Health. Personal communication, 9 June 2010.
13. Carrin G et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:857-863. doi:10.2471/BLT.07.049387 PMID:19030691

[الفهرس]

[أ]

- الاتحاد الأوروبي، 46
- الانخفاضاً في نسبة السكان، 46
- أموالاً إضافية، 69
- الأموال الخارجية، 47
- الإيرادات المتأتية، 62
- الإيرادات الإضافية، 39
- إعانات، 67
- إعانات للفقراء، ق
- استراتيجية، 128
- استراتيجيات، 68
- الاستراتيجيات الصحية، 107
- استراتيجية التمويل، خ
- الأخطاء الطبية، 91، 93
- الإدارة الرشيدة، 93
- إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية، 85
- إدارية للنظم الصحية، 135
- استخدام الأدوية، 81، 86
- استخدام الموارد، 121
- استخدام الممكن، ت
- الإفراط الدوائي، 86
- أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي، 87
- أجهزة المسح الشعاعي المقطعي، 87
- ارتفاع النفقات، 90
- الاتصالات الاجتماعية، 89
- الاحتياجات الصحية، 100
- احتياجات السكان، 105، 121
- إقليم شرق المتوسط، 99
- إعفاءات للفقراء، 60
- الإحصائيات الصحية، 135
- الاشترك الطوعي، 119
- اشتراكات للتأمين، 118
- الاشترك التأميني، 69
- الانكماش الاقتصادي العالمي، 136
- الأداء التنافسي، 103
- اعتمادات مالية إضافية، ل
- أسلوباً أيديولوجياً، 122
- إعادة التقييم والتعديل، ض
- الإيرادات الحكومية، 5، 66، 68، 69
- الإرهاق المالي، 6
- الأموال المجمعّة، 7، 16، 61، ص، ر
- أموال إضافية، ظ
- الأموال المجمعّة الحالية، ق
- إعلان باريس، 8، 137
- الإنفاق الباهظ، 12
- الإنفاق الصحي، 9
- الإنفاق على الصحة، 27
- الإنفاق السنوي، 28
- الإنفاق الإضافي، 43
- الإنفاق العام، 61
- إنفاق المزيد، 63
- الإنفاق الحكومي، 30، 31، 32، 118، ت، س
- الإنفاق الصحي، 82، 89، 137
- الإنفاق الصحي الإجمالي، 55
- الإنفاق الصحي العالمي، 81
- الإنفاق الصحي الحكومي، 69، 92
- أمهات، 13
- أطفال، 13
- إجازة الأمومة، 15
- إجازة مرضية مدفوعة، 14
- أدوية، ش
- الأدوية الطاردة، 56
- الأدوية الجنيسة، 84
- الأدوية الأساسية، 86
- الأدوية المرتفعة الثمن، 27
- الإقليم الأوروبي، 32
- الأعمال التجارية، 37
- الأمراض غير السارية، 29
- الأمراض الوخيمة، 101
- أمراض قلبية، 107
- الالتزام الطوعي، 35
- الاضطرابات النفسية والسلوكية، 40
- الاقتصاد الكلي، 43

التغطية الصحية الشاملة، ف
التغطية الحقيقية، 132
تمويل، 10، ي
التمويل الصحي، 5، 11، 33، 97، 104، 123، 124،
126، ض، ذ
التمويل الابتكاري، 26، 36، 38، 39
تمويل ابتكارية، ظ
تمويل لدفع قيمة الأدوية، 58
التمويل الحكومي، 58
التمويل المخصص للصحة، 40
التعلم المتواصل، ض
التأمين الصحي، 8، 10، 11، 29، 31، 36، 53، 66
التأمين الصحي، 68
التأمين المشترك، ل
التأمين الاجتماعي، 92
التأمين الصحي الطوعي، 65
التأمين الصحي المجتمعي، 65
التأمين الصحي الاجتماعي، 72
تكاليف الرعاية الصحية، 3
تكنولوجيات، 19، 30، 87، ذ
التكنولوجيا الطبية، 88
تكنولوجيات، 123
تكنولوجيا، ل
تكنولوجيات، ش
التطعيم الكامل، 13
تطوير نظم التمويل، 7
تعليم الإناث، 31
تنمية اقتصادية واجتماعية، 17
تنمية قوى العمل، 45
التنمية في الميدان الاقتصادي، 46
تعويض الدخل، 15
التضامن الاجتماعي، 18
توزيع الموارد، 27
توزيع التكاليف، 57
التوزيع الجغرافي، 69
تشيخ السكان، 30
التضخم والاحتياطات، 42

إخراج المرضى، ث
أنظمة التأمين، 99
الأطعمة التي ترتفع فيها نسبة الملح، ع
أشخاص أغنياء، ق

[ب]

البنك الدولي، 106
البنك الدولي، 58
بلدان، 71، 92، 101، 103، 108، ق
البلدان الأقل دخلاً، 13
البلدان المنخفضة الدخل، 15، 26، 31، 32، 46، 56،
67، 70، 81، 95، 97، ك
البلدان التسعة والأربعين المنخفضة الدخل، ظ
البلدان المنخفضة الدخل، م
البلدان ذات الدخل المرتفع، 87، ن
البلدان المتقدمة، 91
البلدان المتوسطة الدخل، 36
البلدان الأفريقية، 31، 33، 62
بلدان أفريقيا، 71، ك
بلدان أمريكا اللاتينية، 106
البلدان الفقيرة، 36، 109
البلدان المتلقية، 42
البلدان النامية، 58
بلدان منظمة التعاون والتنمية، 87
باكستان، 61
برازيل، 89
البيانات العملية، 92
البعثات الصحية الدولية، 138

[ت]

تحسين الصحة، 2
تحسين الكفاءة، 19
تغطية، 3
التغطية التأمينية، 54، 122
التغطية الشاملة، 9، 16، 17، 28، 30، 66، 67، 109،
137، ش، ط

[ج]

- جمع الأموال، 14، 27
- جمع مزيد من الأموال، 19
- الجراحة القيصرية، 99
- الجراحات القيصرية، 100
- جمهورية الكونغو الديمقراطية، 45
- جمهورية غينيا، 45
- جمهورية كوريا، 40، 64
- جودة الأدوية، 85

[ح]

- الحكومة الرواندية، 8
- الحكومة الباكستانية، 39
- الحكومات الأجنبية، 88
- الحماية الاجتماعية، 15
- الحماية المالية، 18، 53، 72، 120
- حماية الناس، ي
- حماية صحة اجتماعية قائمة، ق
- الحسابات الصحية، 45
- الحوامل أو الأطفال، 59
- حواجز مالية، 61
- الحصائل الصحية، 82
- حشد موارد كافية، م
- حوافز، 97

[خ]

- خدمات، 16
- الخدمات الصحية، 2، 17، 54، 55، 72، 82
- ، 100، 132، 135، ر، ط
- الخدمات والنفقات، 124
- الخدمات العلاجية والتأهيلية، 122
- خدمات للفقراء، 17
- الخدمات الأساسية، 27، 29
- الخدمات الطبية، 28

- تحسين الصحة، 43
- تجميع، 53
- التحصيل والتجميع، 64
- تايلند، 71، 139
- التحويلات النقدية، 71
- التبرعات الدولية، 88
- التقييم النقدي، ت
- تقييم القيود، 127
- التقييم المالي، 125
- التجارب الوطنية والدولية، خ
- تطور البلدان، ذ
- تطور نظام التمويل، 125
- تغيير، ذ
- التفضيلات الاجتماعية، 139
- تنمية المهارات، 131
- التعويض القانوني، 131
- توزيع الأدوية، 93
- تحسين الصحة، 94
- التدخلات العالية، 95
- التضامن الاجتماعي، 95
- تكاليف الأدوية والفحوصات، 70
- تكاليف المعاملات، 138
- تكاليف الخدمات الصحية، ف
- تحقيق المساواة، 120
- التعلم من التجربة، 117
- تنمية المعونات، ن
- تشخيص سكانها، م
- تشخيص، 102
- التخلص من الفساد، ت
- تفاوت كبير في الأسعار، 84
- تفاوتات في التغطية، ث

[ث]

- ثمن الأدوية، 5

[ز]

زيادة مصادر التمويل الصحي، ع
زيادة الكفاءة، 82

[س]

ستراتيجيات، 39
سياسة التمويل الصحي، 121
سكان الريف، 9
السيطرة على النفقات، 102
سن القوانين، 93
سنوات صحية، 94

[ش]

الشركات والمؤسسات، 34
شركات التأمين، 66
الشراء الاستراتيجي، 104

[ص]

الصين، 4، 41، 138
صندوق الاشتراك الاجتماعي، 36
الصناديق المشروطة، 72
صناديق التمويل، 119
صناديق العدالة الصحية، 60
الصندوق الفريد، 64
صناديق الأموال المجمعة، 67
صندوق للتأمين الصحي، 131
الصناديق المتعددة، ق
صناديق استثمار صغيرة، ص
صيانة الطرق، 40
صعوبات مالية، 53، 117
صحة الأطفال، 71
صحة السكان، 127
الصحة الإنجابية، 86
صحة المجتمع، 128، 130

الخدمات العلاجية، 40

الخدمات الصحية المحلية، 44

خدمات إلزامية، 53

الخدمات السكانية، ث

الخدمات العامة المجانية، خ

خدمات للفقراء، ر

الخدمات اللازمة، 126

[د]

دخل الأسرة، 5
الدخل الوطني، 32
الدعم السياسي، س
دعم البلدان، 137
دعم التغيير، 123
الدعم من أجل التغيير، 127
الدفع الإجمالي المسبق، 119
الدفع المسبق، 117
الدفع المباشر، 54
دراسات التقييم، 103
الدراسات القليلة، 94
الدوائر الاقتصادية، 40
الدول الأفريقية، خ

[ر]

الرعاية الصحية، 81، 82، 91
الرعاية أثناء الحمل، 89
الرعاية الأولية، 101
رعاية صحية مجانية، 67
الرعاية الصحية، 139
رفع الجور، 107
الرصد والتقييم، 131
الركود الاقتصادي العالمي، 63
رسوم لاستخدام الخدمات، 70
رفع الضرائب على التبغ وعلى الكحوليات، ع

[ق]

قضية سياسية، 33
القضاء على الهدر، ت، ش
قيم ومبادئ أخلاقية، 93
القاعدة الشعبية، 128
القواعد التنظيمية، 130
القدرات التقنية والتنظيمية، 131

[ك]

كمبوديا، 59
كفاءة، 83، 88، 89، 94، 97، 99
، 109، 120، 121، 138، ث
كفاءة المستشفيات، 90
كفاءة المستشفيات، ش
كلفة علاجية، 101
كيفية الإصلاح، ل

[م]

مدفوعات مشتركة، 5
المدفوعات المباشرة، 9، 12
مصاعب مالية، 5، 6، ك
المخاطر المالية، 7، 99، 108، 125، 126، ف
مساهمات التأمين، 5
المعالجة الإشعاعية والكيميائية، 28
مراحل التنمية، 18
الميزانيات الحكومية، 41
الميزانية الحكومية، 43
الميزانية العامة، 68
موارد، 26
الموارد المالية، 34
موارد خارجية، 41
مصادر التمويل، 37
مصادر خارجية، 42
منظمة الصحة العالمية، 39، 45، 91

[ض]

ضرائب القيمة، ص
ضرائب متزايدة، س
ضرائب، 34
ضرائب، 35
ضريبة التضامن، 37
ضرورات، 55
ضرائب الرواتب، 69
ضرائب، 118

[ط]

الطعام أو سداد الإيجار، 55
طفل، 55

[ع]

العدالة والإنسانية، 18
العدالة الصحية، م
العدالة المالية، 107
العملات الأجنبية، 37
العاملين الصحيين، 44، 90، 104، ش
العوائق المالية، 72
العواقب المالية، ي

[غ]

غانا، 11
غسيل الكلى، 29

[ف]

فقراء، 14، 66، 67
الفساد والهدر، 95

[ن]

النكبة المالية، 56
نظام موظفي الدولة، 65
نفقات، 16
نفقات باهظة، 6
نفقات صحية، 55
النكبات المالية، 12، 119، 132
النمو الوطني، 30
النتائج المحلي الإجمالي، ص
النظام الضريبي، 35
النظام الصحي، 54، 126، ن
نظام موظفي الدولة، 65
النظام الصحي الكندي، 90
النظام الألماني، 102
نظام التأمين المجتمعي، 120
النساء الفقيرات، ك
النقد الأجنبي، 42، س

[هـ]

الهند، 41
هاوية الفقر، 56
الهموم الاقتصادية، ط
هيئة الصحة الوطنية، 102

[و]

الولايات المتحدة الأمريكية، 4، 12، 81، 138
ولادة طفل، 14
الولادة القيصرية، 59
ولادة النساء الأمريكيات، 108
وزارة المالية للضريبة، 40
وزارات المالية، 47
وزارة المالية والاقتصاد، 60
وضع الرؤية، 124

المنظمات اللاحكومية، 41
المساعدات المالية الخارجية، 41
المساعدات الإنمائية، 42، 43، 44، 45
المساعدات الخارجية، 44
مساعدة البلدان، ك
المساعدات الإنمائية الرسمية، 136
مساهمات، 65
المساهمات التأمينية، 68
المساهمة الحكومية، 63
مساهمات طوعية للصحة، 137
المعونة الحالية، 47
المعونة الدولية، 138
مارغريت تشان، 54
المدفوعات المباشرة، 54، 55، 57، 59، 63، ر
المدفوعات غير الرسمية، 57
المدفوعات المشتركة، 58
المدفوعات الصحية، 135
الموظفين الصحيين، 60
منظمة التعاون والتنمية، 63، 136
مستشفيات، 62، 91، 92
الموارد الداخلية، 61
المعالجة اللازمة، 64
معالجة السل، 106
معلومات، 94
المعلومات الصحية الرئيسية، 136
مؤسسة برايس، 81
المتكسبات السنوية، 85
المادة الفعالة، 85
المستحضرات الدوائية، 84
المجتمع المدني، 139
المشاركة السياسية، 139
مبادئ اللياقة الأساسية، 95
المملكة المتحدة، 102
مديكير، 95
المراكز الصحية والمستشفيات، 62
الموارد المتاحة، ي
مزيد من الأموال، س

مكاتب منظمة الصحة العالمية



مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأوروبا

8, Scherfigsvej
2100 Copenhagen Ø, Denmark
Telephone: +45 39 17 17 17
Facsimile: +45 39 17 18 18
E-mail: postmaster@euro.who.int
Web site: <http://www.euro.who.int>

المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية

Avenue Appia 20
1211 Geneva 27, Switzerland
Telephone: +41 22 791 21 11
Facsimile: +41 22 791 31 11
E-mail: info@who.int
Web site: <http://www.who.int>

مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لشرق المتوسط

شارع عبد الرزاق السنهوري
مدينة نصر
القاهرة 11371 ، مصر
الهاتف: +202 2276 50 00
الفاكس: +202 2670 24 92 أو +202 2670 24 94
البريد الإلكتروني: webmaster@emro.who.int
الموقع على الإنترنت: <http://www.emro.who.int>

مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأفريقيا

Cité du Djoué
PO Box 06
Brazzaville, Congo
Telephone: +47 241 39100 or +242 770 0202
Facsimile: +47 241 39503
E-mail: webmaster@afro.who.int
Web site: <http://www.afro.who.int>

مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لغرب المحيط الهادئ

PO Box 2932
Manila 1099, Philippines
Telephone: +63 2 528 8001
Facsimile: +63 2 521 1036 or 526 0279
E-mail: postmaster@wpro.who.int
Web site: <http://www.wpro.who.int>

مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي للأمريكتين / المكتب الصحي للبلدان الأمريكية

525, 23rd Street NW
Washington, DC 20037, United States of America
Telephone: +1 202 974 3000
Facsimile: +1 202 974 3663
E-mail: webmaster@paho.org
Web site: <http://www.paho.org>

الوكالة الدولية لبحوث السرطان

150, cours Albert Thomas
69372 Lyon Cédex 08, France
Tel: +33 472 73 84 85
Fax: +33 472 73 85 75
E-mail: webmaster@iarc.fr
Web site: <http://www.iarc.fr>

مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لجنوب شرق آسيا

World Health House
Indraprastha Estate
Mahatama Gandhi Road
New Delhi 110002, India
Telephone: + 91 11 2337 0804 or 09 or 10 or 11
Facsimile: + 91 11 2337 0197/337 9395
E-mail: registry@searo.who.int
Web site: <http://www.searo.who.int>

نظم التمويل الصحية السييل إلى التغطية الشاملة

تمثل الصحة الجيدة العنصر الأساسي لمعاياة الإنسان ولتنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة. ولقد وضعت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية لنفسها الهدف المتمثل في تطوير نُظمها الصحية بما يضمن استفادة الناس جميعاً من الخدمات الصحية، مع حمايتهم، في نفس الوقت، من المصاعب المالية المرتبطة بدفعهم تكاليف هذه الخدمات.

وتحدّد منظمة الصحة العالمية، في هذا التقرير، ما يمكن للبلدان عمله لتعديل نُظم التمويل الخاصة بها، حتى يمكنها التحرك، بوتيرة أسرع، نحو تحقيق هذا الهدف، ألا وهو التغطية الشاملة،

وضمان استمرار المكاسب التي تحققت. وينطلق هذا التقرير من البحوث الجديدة والعبر المستخلصة من تجارب البلدان وخبراتها. وهو يقدم برنامج عمل إجرائياً للبلدان في جميع مراحل التنمية، ويقترح السبيل الذي يمكن من خلاله للمجتمع الدولي أن يدعم، بشكل أفضل، الجهود المبذولة في البلدان المنخفضة الدخل من أجل تحقيق التغطية الشاملة وتحسين النتائج والحصائل الصحية.

