

توفير التغطية الصحية الشاملة: دليل إرشادي لصناع السياسات

تقرير منتدى التغطية الصحية الشاملة التابع
لمؤتمر "ويش" ٢٠١٥

السير ديفيد نيكلسن
روبرت بيتس
ويل ووربرتن
جيانلوكا فونتانا



مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية
World Innovation Summit for Health

توفير التغطية الصحية الشاملة: دليل إرشادي لصناع السياسات

تقرير منتدى التغطية الصحية الشاملة التابع
لمؤتمر "ويش" ٢٠١٥

المحتويات

٠٣	تمهيد
٠٤	ملخص تنفيذي
٠٦	مقدمة
١٠	ما الشرائح التي يتعين تغطيتها: تغطية الجميع بحزمة خدمات ذات أولوية
٢٠	كيفية الدفع مقابل التغطية الصحية الشاملة: استخدام آليات تمويل إلزامية
٢٨	كيفية تنفيذ التغطية الصحية الشاملة: توفير قيادة سياسية على أعلى المستويات والحفاظ عليها
٣٧	دراسة حالة ختامية
٣٨	شكر وتقدير
٣٩	المراجع

تمهيد

إن التغطية الصحية الشاملة فكرةٌ آتٍ أوَ أنها، إذ ما زال أكثر من مليار شخصٍ يفتقر إلى الرعاية الصحية الأساسية. وفي إطار مواجهة هذا التحدي، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة قرارًا بالإجماع في ديسمبر ٢٠١٢ دعت فيه كافة البلدان إلى وضع خطط تهدف أو تسعى إلى جعل أنظمتها الصحية تؤمن تغطية شاملة^١. كما شهدت الآونة الأخيرة تسابق الحكومات والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية ومنظمات المجتمع المدني في الدعوة إلى إدراج التغطية الصحية الشاملة في الأهداف الإنمائية العالمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥^٢.

والتغطية الصحية الشاملة عبارة عن فكرة بسيطة، حيث تعرّف منظمة الصحة العالمية هدفها على النحو التالي: "الغرض من التغطية الصحية الشاملة ضمان حصول الجميع على ما يلزمهم من الخدمات الصحية من دون مكابدة ضائقة مالية جرّاء سداد أجور الحصول عليها"^٣. ويعرّفها المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بوصفها المفهوم الفريد والأقوى الذي ينبغي أن تقدمه الصحة العامة^٤. كما صرح رئيس البنك الدولي قائلًا: "يجب أن نكون نحن الجيل الذي يقدم التغطية الصحية الشاملة"^٥.

ويشكّل هذا الإجماع أدلة قوية تبيّن أن بمقدور التغطية الصحية الشاملة توفير منافع مهمة لكل من الأفراد بحصولهم على خدمات صحية وحماية من العوز المادي الذي يسببه اعتلال الصحة، وللبلدان جميعها بضمن صحة السكان ومساهماتهم في النمو الاقتصادي، وللسياسيين الذين يقودون جهود تطبيقها بنجاح.

غير أن تصميم وتنفيذ منهجية خاصة بالتغطية الصحية الشاملة مسعى غاية في الصعوبة، إذ يتعين على صنّاع السياسات اتخاذ قرارات صعبة، والتغلب على كثير من التحديات العملية، وضمان وجود التزام سياسي قوي ومستدام من أعلى السلطات الحكومية.

ويهدف هذا التقرير إلى جمع أدلة بحثية عن التغطية الصحية الشاملة ورفع توصيات بطريقةٍ يسهل الاطلاع عليها من جانب السياسيين وصنّاع السياسات ممن يفتقرون إلى أي معرفة فنية بالشؤون الصحية. ونزوم من وراء هذا المساهمة في تحسين أحوال الناس المحرومين من خدمات الرعاية الصحية النوعية في شتى أرجاء المعمورة.



السير ديفيد نيكلسن
أستاذ مساعد
إمبريال كوليدج لندن



البروفيسور اللورد دارزي أوف دينام
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر القمة
العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "وبش"،
مؤسسة قطر
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية،
إمبريال كوليدج لندن

ملخص تنفيذي

تلخص هذه المراجعة الأدلة المتعلقة ببعض خيارات السياسات والقضايا المهمة المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة. وهي تجيب على الأسئلة التالية:

- ما الذي يجب تغطيته: الخيارات وأنواع المفاضلة التي يتعين على صناع السياسات إجراؤها بين أبعاد التغطية الصحية للسكان، وتغطية الخدمات، والحماية المالية.
- كيفية الدفع مقابل الحصول على تغطية صحية شاملة: توفير الموارد اللازمة، ثم تخصيص هذه الموارد وإدارتها بكفاءة وإنصاف.
- كيفية تطبيق التغطية الصحية الشاملة: القضايا التي يجب التصدي لها في سبيل تطبيق إصلاحات هذه التغطية بنجاح.

في كثير من الحالات، تعتمد التوصيات المحددة في المجالات المذكورة آنفًا اعتمادًا كبيرًا على الظروف المحلية للبلد المعني، حيث ينبغي أن تشكل الاحتياجات الصحية للسكان، ومستوى النمو الاقتصادي، والبيئة السياسية للبلاد أهم العوامل الرئيسية التي تصوغ السياسات اللازمة. ولذلك، يجب ألا ينظر إلى تصميم استراتيجية التغطية الصحية الشاملة وتنفيذها بأنها عملية قياسية تناسب الجميع.

ولكن لدى مراجعة الأدلة البحثية والاستفادة من خبرات منتدى خبراء ويش الذين قدموا نصائحهم بشأن هذا التقرير، حدّدنا بعض القضايا الاستراتيجية التي باتت تستقطب إجماعًا بشأن طرق التطبيق التي يُرجّح أن تكون أكثر فاعلية من غيرها. وفي هذا السياق، تتضمن توصياتنا الرئيسية ما يلي:

- يجب أن تولي البلدان أولوية قصوى لتغطية السكان قاطبةً بحزمة خدمات بأسعار معقولة عوضًا عن تغطية فئات سكانية مختارة بحزمة خدمات صحية أكثر سخاءً وترك بقية أفراد الشعب دون تغطية.
- لا يمكن تحقيق تغطية صحية شاملة إلا عبر آليات تمويل إلزامية تُدار حكوميًا (الضرائب العامة واشتراكات أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي) وتُلزم الأفراد الأغنى والأكثر صحة بدعم الفقراء والضعفاء. فأنظمة التمويل التي تديرها آليات تمويل تطوعية خاصة (رسوم المستخدمين وأنظمة التأمين التطوعية الخاصة) لن تحقق تغطية صحية شاملة على الإطلاق.
- إن الانتقال نحو تغطية صحية شاملة، من خلال إعادة توزيع المساعدات الصحية والأعباء المالية، هو عملية سياسية بامتياز من المرجح أن تواجه معارضةً من فئات معينة ذات نفوذ. ولذلك يُعتبر الالتزام المطلق من أعلى السلطات الحكومية، وعلى رأسها رئيس الدولة، أمرًا أساسيًا في تنفيذ إصلاحات التغطية الصحية الشاملة بنجاح.

لقد شهدت الأشهر الأخيرة مصادقة منظمات مختلفة على الأدلة التي استندت إليها هذه التوصيات، ومنها منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، ولجنة لانسيت، وشبكة الأمم المتحدة لحلول التنمية المستدامة، والمعهد الملكي للشؤون الدولية (تشاتام هاوس).

ويحدونا الأمل بأن يسهم هذا التقرير الموجه نحو صناعات السياسات في مناقشات التغطية الصحية الشاملة وتحديد ما إذا كان ينبغي إدراجها ضمن هدف التنمية المستدامة الخاص بالصحة لمرحلة ما بعد عام ٢٠١٥ أم لا.

أهمية التغطية الصحية الشاملة

يواجه صناع السياسات والقادة السياسيون خيارات وقرارات صعبة تتعلق بتخصيص الموارد المحدودة أصلاً، بل وتزيد كثرة الأولويات من صعوبة اتخاذ هذه القرارات. كما بات دور العوامل السياسية في تحديد الإجابات أكبر من دور عمليات التقييم القائمة على الأدلة والخاصة بجودة الخدمة مقابل المال. ولذلك نسعى في هذه الفصل الافتتاحي إلى تبيان جدوى الاستثمار في التغطية الصحية الشاملة، وإن بشيء من الاختصار.

إن فوائد الاستثمار في الصحة كبيرة ولا تقتصر على تحسين صحة السكان، بل يمكن أن توفر عائدات اقتصادية ومنافع اجتماعية مهمة، ويبيّن تقرير نشرته لجنة لانسيت مؤخراً عن "الاستثمار في الصحة" الآثار المباشرة لتحسين الصحة على إجمالي الناتج المحلي: الإنتاجية (الأصحاء أكثر إنتاجاً وأقل عرضة لطلب إجازات مرضية)، والتعليم (الأطفال الأصحاء يرتادون المدارس بنسب أكبر)، والاستثمار (يميل الناس إلى الادخار بازدياد متوسط الحياة المتوقع)، وإمكانية الاستفادة من الموارد الطبيعية (تزداد عبر تقليل مخاطر الأمراض المتوطنة)، والعوامل الديمغرافية (أثر مؤقت على نسبة السكان في سن العمل مقارنة بالأشخاص المعالين). كما يشير التقرير إلى أن انخفاض معدل الوفيات كان مسؤولاً عمّا نسبته ١١ في المائة تقريباً من النمو الاقتصادي الأخير في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض، و٢٤ في المائة من النمو عند استخدام قيمة سنوات العمر الإضافية لحساب "الدخل الإجمالي" للبلاد.

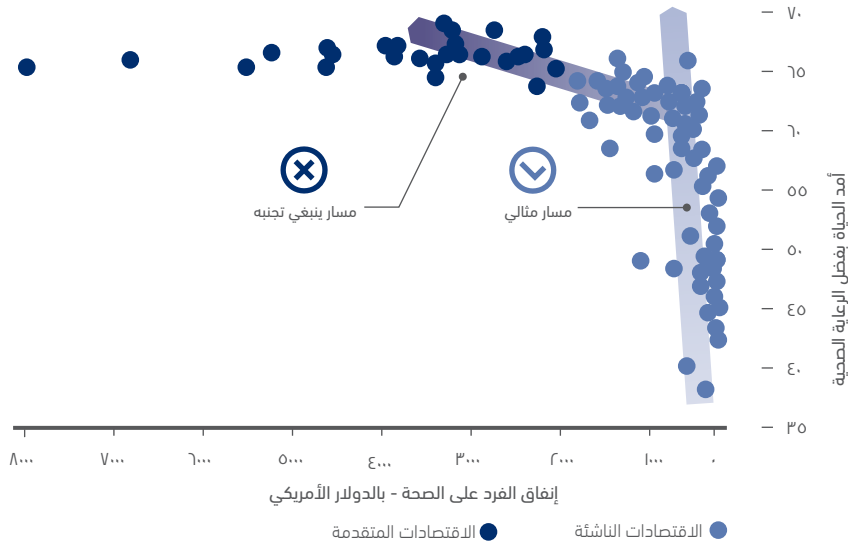
وفي حين أن أهمية الاستثمار في الصحة واضحة وضوح الشمس، إلا أنه من الصعوبة بمكان تحديد ما إذا كانت الاستثمارات في الصحة مفيدة أكثر منها في مجالات التعليم أو البنى التحتية، فضلاً عن أن قوة مسوّغات الاستثمار في الصحة تختلف من بلد لآخر. فالأرجح أن يكون العائد على الاستثمار أكبر ما يمكن في الاقتصادات الناشئة، إذ يمكنها تحسين نتائج الصحة بصورة كبيرة (كمتوسط العمر المتوقع) عبر زيادة الإنفاق الصحي زيادة بسيطة. أما البلدان مرتفعة الدخل فقد وصلت أصلاً إلى مستوى من الإنفاق يحد معه العائد الهامشي اقتصادياً وصحياً لا يُذكر عند زيادة الاستثمارات.^٧

عندما يعقد صناع السياسة العزم على إجراء استثمارات ضخمة في مجال الرعاية الصحية، تزداد الخيارات التي ينبغي اتخاذها، ومنها سبل توزيع الموارد بين تحسين الخدمات الصحية ومعالجة المحددات الاجتماعية للصحة. فتحسين نوعية المياه ومرافق الصرف الصحي أو تمويل تعليم الفتيات ربما يوازنان الإنفاق على الخدمات الصحية أهمية في تحسين النتائج الصحية. ولكن نظراً لأن تعزيز الأنظمة الصحية شرط أساسي ولازم لتحسين النتائج الصحية، تُعتبر التغطية الصحية الشاملة وسيلة فعالة للغاية تستطيع البلدان من خلالها توفير منافع صحية واقتصادية وسياسية جمّة:

- **صحياً:** ثمة أدلة مهمة الآن تبرهن أن التغطية الصحية الشاملة تحسّن صحة سكان البلدان التي تطبقها، إذ خلص باحثون استخدموا بيانات من ١٥٣ بلداً في تقرير لجنة لانسيت إلى أن "توسيع التغطية الصحية يؤدي عمومًا إلى زيادة فرص الحصول على الرعاية الضرورية وتحسين صحة السكان، بل إن المستفيد الأكبر منها هم أفقر الناس".^٨ كما وجدت إحدى الدراسات الحديثة^٩ أن الإصلاحات في مجال التغطية الصحية الشاملة شكلت دافعاً قوياً لتحسين صحة المرأة في عدد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، بما فيها أفغانستان، و المكسيك، و رواندا، و تايلاند.
- **اقتصادياً:** بصرف النظر عن المنافع الاقتصادية الآتية المتأتبة من تحسين الصحة، يمكن أن تشكل التغطية الصحية الشاملة سياسة فعالة في الحد من مستويات الفقر وعدم المساواة. فالحماية المالية التي توفرها يمكن أن تحمل منافع إضافية بأن تساعد مثلاً في خفض معدلات الادخار المفرطة لدى الأسر الفلقة من تكاليف الرعاية الصحية المفاجئة، كما سبق وحدث في الصين.^{١٠} كما تساعد أنظمة التغطية الصحية الشاملة في خلق فرص عمل كبيرة في قطاعي الصحة وعلوم الحياة.^{١١}

• **سياسيًا:** يبين النقاش الدائر في الولايات المتحدة الأمريكية حول قانون الرعاية الصحية رخيصة التكلفة أن سياسات التغطية الصحية الشاملة يمكن أن تصبح مثار جدل كبير. غير أن تطبيق هذه التغطية في بلد تفتقر فيه غالبية سكانه إلى الرعاية الصحية يقدم منافع كبيرة للسياسيين. ولعلّ أحدث مثال على ذلك رئيس إندونيسيا جوكو ويدودو الذي شكل إصراره على تحسين تغطية الرعاية الصحية سببًا رئيسيًا في تحسين وضعه السياسي من محافظ لإحدى المدن إلى حاكم لجاكرتا ثم إلى رئيس للبلاد.^{١٢} كما أدرك الساسة قوة التغطية الصحية الشاملة في المحافظة على النظام الاجتماعي وخفض معدلات النزاعات. إذ صرّح وزير الصحة الصيني تشين زهو في معرض حديثه عن قرار الحكومة الصينية إجراء حملة إصلاحات كبرى في قطاع الصحة العامة عام ٢٠٠٩ أن الدافع الرئيسي لتلك الخطوة الحكومية هو ضمان الحفاظ على "مجتمع منسجم".^{١٣}

الشكل ١: يجب أن تتجنب الأنظمة الصحية في الاقتصادات الناشئة مسار مثيلاتها في الاقتصادات المتقدمة (شكل توضيحي)



المصدر: تقرير بعنوان Health Systems Leapfrogging in Emerging Economies صادر عن المنتدى الاقتصادي العالمي في يناير ٢٠١٤

الأهداف

يستهدف هذا التقرير أساسًا صناع السياسة في البلدان التي ستستفيد أكثر من غيرها من تطبيق التغطية الصحية الشاملة، والتي تخطط (كالهند وجنوب أفريقيا) أو تنفذ (إندونيسيا وغانا مثلًا) إصلاحات هذه التغطية. غير أن الدروس المستفادة منها قد تفيد كذلك بلدان حقت أصلًا مستويات مرتفعة من التغطية، فضلًا عن تلك التي بدأت للتوّ رحلتها في هذا المضمار. فبالنسبة للفئة الأولى، يفيد هذا التقرير في دراسة تدابير تؤمن استدامة طويلة الأمد لأنظمتها الصحية في وجه الضغوط الديمغرافية والاقتصادية، أما بالنسبة للفئة الثانية، فيشكل التقرير دليلًا لبناء أساسين متينين للتغطية الصحية الشاملة ووضع استراتيجية مناسبة لتطبيقها عندما تستدعي الظروف الاقتصادية والاجتماعية ذلك.

إن السعي لتحقيق تغطية صحية شاملة عملية معقدة، ومكلفة، وتثير حساسيات سياسية، وعادة ما يذكيها سياسيون يتربعون على كرسي الرئاسة أكثر من وزراء الصحة. وبالتالي، يستهدف هذا التقرير صناع السياسات والأطراف المعنية القادمة من اختصاصات أخرى غير المجال الصحي. وقد طل كثيرٌ من المنشورات قضايا فنية تتصل بالتغطية الصحية الشاملة.^٤ وعليه، فإننا نرمي إلى جمع الأدلة ضمن إطار عمل متماسك، مع تقديم تقرير شامل ومختصر معًا.

ويناقدش التقرير بادئ ذي بدء خيارات تصميم التغطية الصحية الشاملة التي تفاضل بين نسبة تغطيتها للسكان ونسبة تغطية الخدمات وجودتها، ثم ينتقل ليناقدش القضايا المرتبطة بتمويل القطاع الصحي والدفع مقابل الخدمات، ليسبر في الختام غور العوائق الرئيسية لتطبيق الإصلاحات في مجال التغطية الصحية الشاملة.

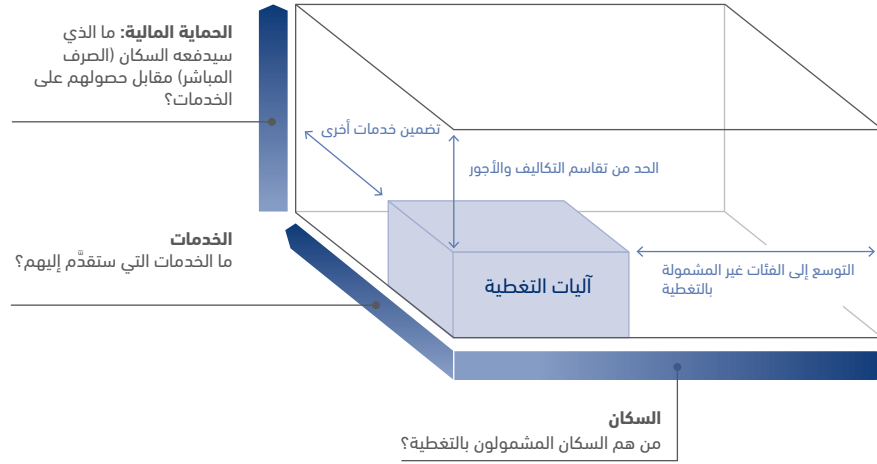
المنهجية

لم يحقق أي بلد مستوى مثاليًا في التغطية الصحية الشاملة يحصل فيه كل مواطن على ما يلزمه من الخدمات الصحية دون مكابدة أي ضائقة مادية. وهنا يتعين على البلدان عوضًا عن محاولة تحقيق هذا الهدف المثالي أن تستمر على الدوام في إجراء إصلاحات صحية لتحقيق تقدم متواصل نحو تغطية شاملة.

ولعلّ إحدى أنجع الوسائل لوضع تصور عن الخيارات الاستراتيجية الماثلة أمام الحكومات وهي تخطو أولى خطواتها في مسيرتها هذه هي صندوق السياسات الذي استخدمته منظمة الصحة العالمية في تقرير الصحة العالمي لعام ٢٠١٠^{١٥} (الشكل ٢). ويقترح هذا المخطط البياني أن تضع الحكومات استراتيجيات للتغطية الصحية الشاملة مع مراعاة ثلاثة أسئلة رئيسية:

- من هم السكان المشمولون بالتغطية؟
- ما الخدمات التي ستقدم إليهم، وما مستوى جودتها؟
- ما هو مستوى الحماية المادية للمواطنين أثناء حصولهم على الخدمات؟

الشكل ٢: التخطيط للتغطية الصحية الشاملة

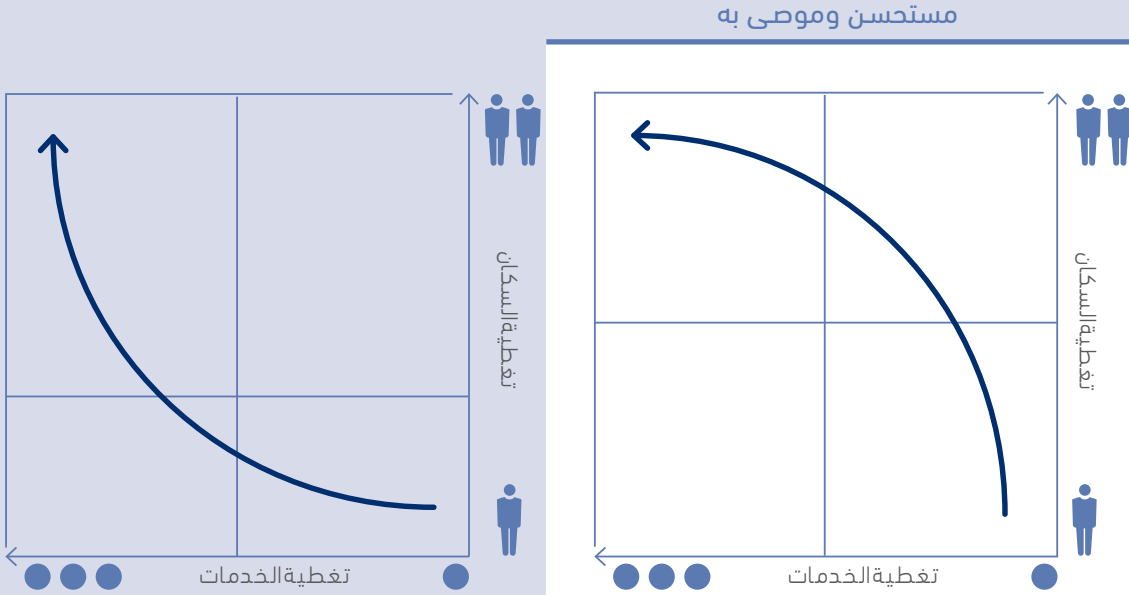


تساعد هذه الطريقة صناع السياسة في إدراك حاجتهم لإحداث توازن بين هذه الأبعاد، وأن التقدم في بُعد واحد فقط دون غيره قد لا يكون أفضل طريق. فعلى سبيل المثال، يُعتبر تقديم وعود بتوفير خدمات صحية مجانية استراتيجية عقيمة إن كانت هذه الخدمات رديئة أو لم يحصل المواطنون عليها بإنصاف. ولذلك ينبغي عند تصميم التغطية الأخذ بعين الاعتبار ثلاثة مبادئ أساسية هي الإنصاف والمرونة والاستدامة:

- **الإنصاف:** تُوّجى العدل والإنصاف في حصول المواطنين على تغطية صحية شاملة، وهذا هو أحد الأهداف الجوهرية لإصلاحات التغطية الصحية الشاملة الذي تدعمه منظمة الصحة العالمية.^{١٦}
- **المرونة:** التأكيد من قدرة النظام الصحي على الصمود في وجه حالات الطوارئ أو الأزمات الكارثية المحتملة. ويمكن للقرارات المتخذة بشأن نسب التغطية وحزم الخدمات أن تعزز أو تقوّض ذلك. ويؤكد تفشي وباء الإيبولا في غرب أفريقيا مؤخرًا، والذي أدى إلى انهيار الأنظمة الصحية في سيراليون وليبيريا وغينيا، عدم مرونة هذه الأنظمة الصحية التي تُعتبر نسبة التغطية فيها من بين الأدنى عالميًا.^{١٧}
- **الاستدامة:** تصميم النظام بحيث يكون مستدامًا على المدى الطويل، إذ تعاني حاليًا عدة بلدان متوسطة ومرتفعة الدخل الأمرين في مواجهة تكاليف الرعاية الصحية المتزايدة باطراد مع ضعف أو حتى تراجع النمو الاقتصادي. وأي نظام صحي يفتقر إلى وجود رؤية مستقبلية لإدارة التكاليف سيصل مرحلة الانهيار لا محالة. والنتيجة، كما أظهرت حالات كثيرة في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية مؤخرًا، قد تتمثل بتخفيض حاد في موازنة الرعاية الصحية، ما يقوّض المنافع المتأتمية من تطبيق التغطية الصحية الشاملة.^{١٨}

ما الشرائح التي يتعين تغطيتها: تغطية الجميع بحزمة خدمات ذات أولوية

الشكل ٣: الخيارات الخاصة بالسكان وتغطية الخدمات



استهداف فئة (فئات) محدودة من السكان في البداية وتوسيع حزمة الخدمات المقدمة لهم	تغطية السكان كافةً منذ البداية وبحزمة خدمات تعتمد نظام الأولوية	التوصيف
بوسع معظم الأشخاص الذين يحتاجون الرعاية الصحية والحماية المالية الحصول عليها في وقت أقل من المعتاد	تقديم فوائد للجميع يشعرون بها المستفيدون كافة تعزيز المساواة والكفاءة	الفوائد
التجربة غير فعالة ويمكن أن تعيق تغطية المزيد من السكان	تقديم خدمات ذات جودة عالية مع ضمان الحماية المالية	التحديات
فيتنام، الفلبين، نيجيريا، غانا	البرازيل، سريلانكا، تايلاند	أمثلة جديرة بالذکر

المشكلة

- عند تخصيص الموارد المالية، يتعين على صناع السياسات اتخاذ قرارات بشأن نسبة تغطية السكان ونسبة تغطية الخدمات، وإحداث توازن بينهما.
- إن اتخاذ قرار بشأن الشروع في مسيرة تطبيق التغطية الصحية الشاملة مهم للغاية. وعادة ما تتبع البلدان إحدى استراتيجيتين واسعتين (انظر الشكل السابق):
 - توسيع التغطية لتزويد جميع السكان بحزمة خدمات ذات أولوية.
 - منح الأولوية لفئات سكانية معينة (كالعاملين في القطاع المنظم أو أفقر الفقراء في المجتمع)، وتقديم طائفة أوسع من الخدمات لهم.

توصيات رئيسية

- يجب تغطية السكان كافةً منذ البداية وبحزمة خدمات ذات أولوية. وقد نالت هذه المنهجية مباركة غالبية المنظمات الصحية الرئيسية وأكدتها المنشورات في مجال الصحة العالمية.^{19، 20، 21}
- تتعلق القرارات الخاصة بحزمة الخدمات التي ينبغي تقديمها أولاً بالسياق، ولا توجد أدلة كافية تدعم توجيهًا معينًا دون سواه. غير أن خدمات الرعاية الأولية والمجتمعية، وبعض الخدمات العامة المقدمة في المستشفيات، تمثل قيمة كبيرة مقابل المال.
- يتعين على صناع السياسات ضمان جودة الخدمات المقدّمة وتبليتها لتوقعات السكان وإلا لن تُستخدم، ما يضيف الأثر الإيجابي للتغطية الصحية الشاملة.

التغطية الشاملة للسكان

تُعطل إصلاحات التغطية الصحية الشاملة في البلدان التي تغطي فئات سكانية محددة

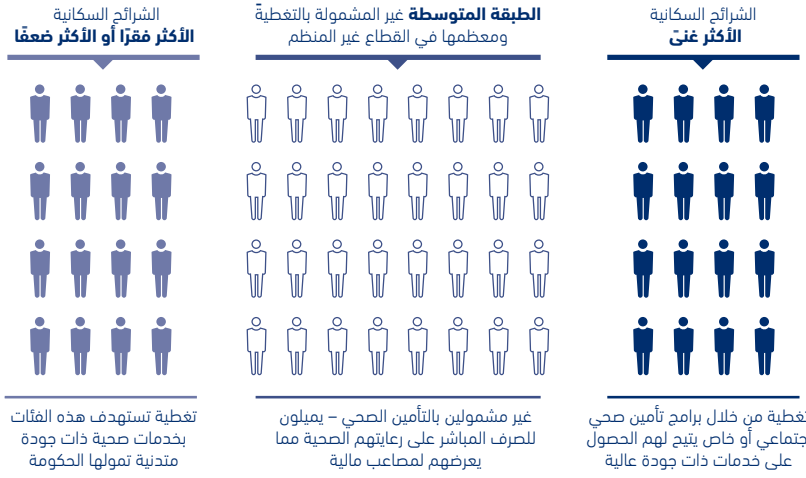
حاولت عدة بلدان تطبيق التغطية الصحية الشاملة عبر منح الأولوية لشرائح محددة من السكان، ولكن ثبت هنا أن تحقيق الهدف النهائي المتمثل في تغطية صحية شاملة لجميع السكان عسيرُ المنال. ولعلَّ أحد الشواهد على ذلك قرارُ اتخذه حكومة زامبيا عام ٢٠٠٦ بتوفير خدمات عامة مجانية لسكان الأرياف فقط^{٢٢} فيما واصلت فرض رسوم على مستخدمي المرافق الصحية في المدن. وحاولت حكومات بلدان أخرى تطبيق أهداف الألفية الإنمائية في مجال الصحة عبر تغطية شرائح محددة من السكان كالحوامل، والأطفال دون سن الخامسة، والمصابين بأمراض سارية أو المعرضين للإصابة بها.^{٢٣}

كما شاع في اختيار شرائح سكانية محددة الاعتمادُ على تقييم الوضع الاقتصادي والوظيفي. فمنذ مطلع القرن العشرين، اتجهت بلدان عديدة نحو تغطية العاملين في القطاع المنظم أولاً، بتطبيق أنظمة تأمين صحي اجتماعي^{٢٤} كطريقة تضمن وجود قوة عمل صناعية وعسكرية تتمتع بالصحة (غالبيتها من الذكور). كما تمت تغطية العاملين في القطاع الحكومي بوصفهم فئة لها أولوية في تلقي خدمات صحية تفضيلية.

ومن جهة أخرى، حاولت جمعيات خيرية وعدد متزايد من الحكومات تغطية المحرومين والفقراء بشكل انتقائي إدراكاً منها بافتقارهم للموارد اللازمة للحصول على رعاية صحية. وفي السنوات الأخيرة، اعتمدت بعض البلدان النامية أنظمة تأمين صحي خاصة للفقراء باستخدام أموال الضرائب وأحياناً المساعدات الخارجية. ولعلَّ برنامج التأمين الصحي الوطني في الهند (يغطي ١١٠ مليون مواطن)^{٢٥} وصناديق العدالة الصحية في كمبوديا خيرُ مثالين على ذلك.^{٢٦} لكن تزداد نظرة الناس إلى هذه الأنظمة الخاصة بالفقراء باعتبارها تؤمن تغطية صحية متدنية وغالبًا غير كافية لدرجة أن "الخدمات الخاصة بالفقراء تحولت إلى خدمات فقيرة".^{٢٧}

وتشير تجارب البلدان التي اختارت حصر التغطية بفئات سكانية محددة إلى حدوث حالة من الاستقطاب في الغالب، بمعنى أن التغطية الصحية تعاضمت بالنسبة للأثرياء الذين تشملهم أنظمة تأمين صحي مدعومة حكوميًا أو خاصة أو القادرين على دفع رسوم الخدمات الصحية من أموالهم الخاصة. ومع ذلك، هناك محاولات تُبذل لتغطية أفقر الفقراء بحزمة خدمات صحية ممولة حكوميًا، وإن كانت أقل سخاءً.

الشكل ٤: الطبقة المتوسطة الضائعة



تتجه هذه الطريقة إلى تكوين ما يُشار إليه بعبارة "الطبقة المتوسطة الضائعة"^{٢٨} التي تشكل في كثير من البلدان النامية الغالبية العظمى من السكان، أي الفئة التي تعيش في أسر عاملة في القطاع غير المنظم. ولذلك تنسم الإصلاحات في التغطية الصحية الشاملة في هذه المرحلة بأنها:

- غير فعالة: نسبة كبيرة من السكان غير مشمولة بالتغطية.
- غير كفؤة: تتميز الأنظمة المجزأة بتكاليف إدارية مرتفعة.
- غير منصفة: تستفيد الأسر الثرية أكثر من غيرها.

إن تغيير هذه الحال ضرب من ضروب المستحيل لعدم وجود حافز يجعل الفئات المشمولة أصلاً بالتغطية تؤيد توسيع التغطية لتشمل شرائح أخرى من السكان. ولا تُحرز بعض البلدان التي تسعى إلى تطبيق هذه المنهجية التدريجية إلا تقدماً بطيئاً للغاية نحو تحقيق تغطية صحية شاملة. ففي إندونيسيا وفيتنام والفلبين، توقفت معدلات التغطية عند نسبة ٦٠-٧٠ في المائة من السكان،^{٢٩} لا بل كان التقدم أبطأ في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى حيث بلغت نسبة التغطية في غانا ٣٥ في المائة^{٣٠} وفي نيجيريا ٥ في المائة فقط. وفي المقابل، نجحت بلدانٌ أخرى في تحقيق تقدم سريع بعد أن ضُخت حكوماتها أموالاً طائلة واستطاعت التحرر من الاستراتيجية التدريجية نحو الاستراتيجية الشاملة للسكان. فقد زادت نسبة التغطية إلى أكثر من ٩٠ في المائة^{٣١} في رواندا بمجرد جعل الاشتراك في النظام الصحي إلزامياً ودعمت أقساط التأمين العائلية.^{٣٢} وبالمثل، حققت الصين معدلات تغطية بلغت نحو ٩٢ في المائة بعد إنفاق الحكومة مبلغاً إضافياً قدره ١٢٥ مليار دولار من أموال الضرائب في دعم كافة السكان.^{٣٣}

تنطوي المنهجية التي تستثني مبدئياً القطاع غير المنظم "غير الفقير" على اعتقاد خطأ يقول إن الأفراد غير المؤهلين للانضمام إلى شبكات الأمان الممولة حكومياً سيشترون في برامج التأمين المنظمة. ومردّ التشوش هنا إلى أن هذه البرامج قد تكون طوعية خاصة أو يتقّل برامج تأمين صحي اجتماعي إلزامية تتميز عادة بانخفاض مستويات تطبيقها. وفي كلتا الحالتين، يتعين على الأسر دفع اشتراكات دورية للتأمين الصحي. غير أن هناك أدلة وفيرة من شتى أرجاء المعمورة تفيد بأن هذه الفرضية باطلة، إذ لا تتجه الأسر في القطاع غير المنظم إلى الاشتراك في التأمين الصحي ما لم تقدم له الحكومة دعماً كبيراً.^{٣٤} وبالتالي، لا تفيد هذه المنهجيات إلا في تعزيز "انعدام الطبقة المتوسطة".

إنجاز أسرع في البلدان التي تفضّل تغطية كافة السكان

ثمة أمثلة إيجابية كثيرة من بلدان نامية تتقدم بسرعة ونجاح نحو تحقيق مستويات أعلى من التغطية الفعالة باعتماد استراتيجية تغطية جميع السكان. فقد طبقت بلدان مثل تشيلي والبرازيل والمكسيك وتركيا وتايلاند والصين آليات تمويل حكومية إلزامية لسدّ فجوات التغطية بين فئات السكان.^{٣٥} وغالبًا ما يُشار إلى هذه البلدان باعتبارها أنموذجًا يحتذى في مجال التغطية الصحية الشاملة لأنها حسّنت النتائج الصحية، وحدّت من عدم المساواة، ورفعت مستويات الحماية المالية مقارنةً بنظيراتها.

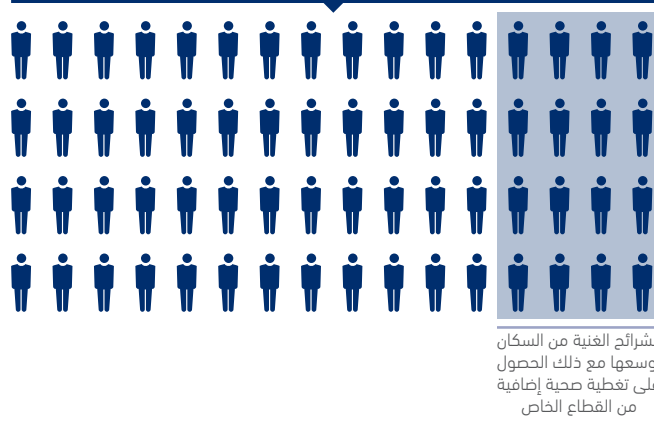
كما تخلّت بلدانٌ عديدة، وبصورة كبيرة، عن محاولة التمييز بين الفقراء وغير الفقراء في القطاع غير المنظم لتقدم عوضًا عن ذلك خدمات صحية عادلة وممولة حكوميًا. وهذا هو بالضبط التغيير الجوهرى الذي شرع به تاكسين شيناواترا رئيس وزراء تايلاند عام ٢٠٠٢ عندما أطلق برنامج التغطية الشاملة.^{٣٦}

ومن الفوائد الرئيسية لهذه المنهجية، إلى جانب التغطية المتنامية بسرعة، القضاء على الحاجة إلى استخدام وسائل مكلّفة لتجريب السياسات على السكان، وتجنب مشكلة الانتقاء السلبي الذي تنتهجه برامج التأمين الطوعية التي لا يميل أصحاب الاحتياجات الصحية البسيطة إلى الاشتراك فيها.

وفيما عبّر بعض المنظمات والمحللين عن قلقهم من أن تتسرب منافع الحقوق المتساوية في الرعاية الصحية إلى فئات الدخل المرتفع، هنالك أدلة قوية تشير إلى أن هذه الأنظمة تميل لكونها أكثر إنصافًا وعدلًا. وسريلانكا خير دليل على ذلك. فكثير من الخدمات الصحية المجانية الشاملة فيها موزعة لصالح الفقراء.^{٣٧} كما أثبتت بلدان مثل تايلاند وسريلانكا وماليزيا والبرازيل^{٣٨} أنه رغم توسيع التغطية بحيث تشمل الجميع، لا تزال الأسر ذات الدخل الأعلى تدفع طواعية مقابل الحصول على خدمات صحية في القطاع الخاص. وينطبق ذلك تمامًا على الرعاية الجوّالة، إذ كان للفقراء نصيب الأسد من المعونات الحكومية الخاصة بالرعاية الأولية والرعاية العلاجية الأساسية.

الشكل ٥: التغطية الشاملة لجميع السكان

يتمتع كافة السكان بحق التغطية الصحية الشاملة الموحدة التي تمول عبر الضرائب العامة أو التأمين الإلزامي



تمكنت هذه البلدان أيضًا من وضع نظام يوفر الحماية من تكاليف الرعاية الصحية. وهنا لابد من إدراك أن هذه الميزة بحد ذاتها تمثل أحد الأهداف الرئيسية للتغطية الشاملة الفعالة – وهي قضية جسدها عنوان خطة "هيئة الخدمات الصحية الوطنية" في المملكة المتحدة "عوضًا عن الخوف".^{٣٩} وقد حصل نظام الحماية هذا في أغلب الأحيان على تأييد شعبي كبير في أوساط الناخبين في هذه البلدان، مقدمًا بذلك دعمًا لا يُستهان به للسياسيين الذين قادوا جهود هذه الإصلاحات.

إن منهجية التغطية الشاملة لجميع السكان ضرورية، بيد أنها لا تكفي لوحدها. ففي بعض البلدان التي اتبعت هذه المنهجية، طُرحت أسئلة جوهرية عن حجم الحماية المالية ونوعية الخدمات المقدمة. وفي الصين مثلاً، وعلى الرغم من تغطية السكان صحيًا بنسبة ٩٢ في المائة، ثمة مخاوف من ازدياد القبائح التي يدفعها الناس من أموالهم الخاصة جراء إفراط الأطباء في تقديم خدمات وأدوية لا تغطيها برامج التأمين الطبي إلا جزئيًا.^{٤٠} وفيما تُعتبر أوغندا مثلاً يتخذى بسبب تقديمها خدمات صحية شاملة مجانية عام ٢٠٠١، أدّى ضعف تمويل الخدمات الصحية إلى نضوب مزمّن في مخزون الأدوية الرئيسية.^{٤١} وتبيّن هذه الأمثلة أن تطبيق النظام الصحي الشامل ينبغي أن يقترن باستثمارات كبرى لضمان الحصول على الأدوية والخدمات الطبية بشكل أوسع، في المناطق الريفية على سبيل المثال.

وقد يُحدث تأمين تغطية لجميع السكان ضغوطًا سياسية أيضًا من أجل التصدي للمشاكل المتصلة بالحماية المالية وحزم المنافع غير الكافية. ولعلّ تايلاند خير مثال على هذه الظاهرة، حيث أدى الضغط السياسي من جانب الأفراد المشمولين في برنامج التغطية الشاملة إلى إضافة خدمات (كغسيل الكلى، ومعالجة مرض الناعور) إلى مجموعة المنافع مع مرور الوقت، وإلغاء دفع النسبة الثابتة من الرسوم الصحية.

دراسة حالة رقم ١: تحقيق تغطية شاملة لجميع السكان في تايلاند

٤١،٤٣،٤٤،٤٥

نبذة

- قبل عام ٢٠٠٢، كان هناك ١٨,٥ مليون مواطن في تايلاند (نحو ٣٠ في المائة من إجمالي عدد السكان) غير مشمولين بأي برنامج للتأمين الصحي، في حين غطت بقية السكان أربعة برامج مختلفة ركّز معظمها على القطاع المنظم.

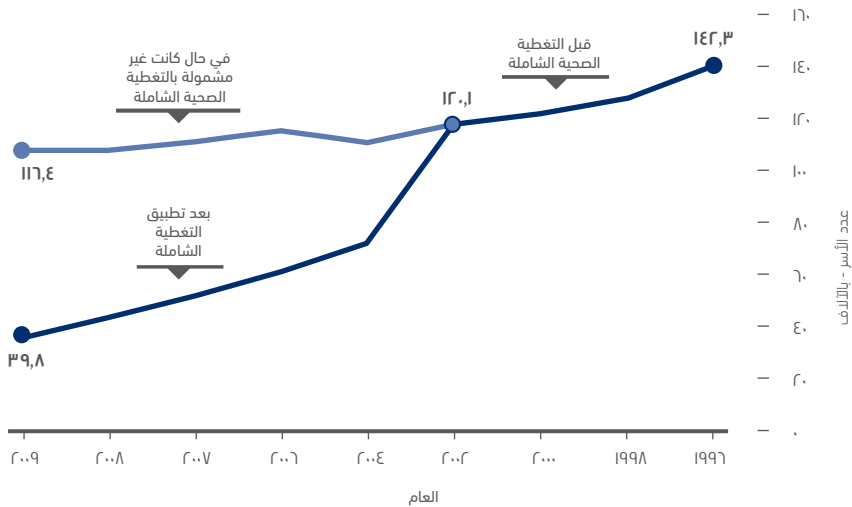
الإصلاحات

- فاز تاكسين شيناواترا في انتخابات عام ٢٠٠١ بعد أن مثّل وعده بتحقيق تغطية صحية شاملة جوهر حملته الانتخابية.
- في عام ٢٠٠٢، وُضع نظام جديد لتغطية غير المشمولين، واستلزم الأمر دفع مبلغ قدره ٣٠ بات (أقل من دولار واحد) مقابل كل زيارة للمراكز الصحية أو القبول في المستشفيات.
- استُثبتت بعض الخدمات باهظة التكلفة من التغطية في بداية المشروع، ثم أُضيفت لاحقًا (ومنهم العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة عام ٢٠٠٣، والعلاج بالبدائل الكلوية عام ٢٠٠٦).
- في عام ٢٠٠٦ أُلغى تحصيل الـ ٣٠ بات.

النتائج

- تحققت كافة الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة مطلع الألفية الجديدة.
- أكبر انخفاض سنوي في معدل وفيات الأطفال بين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٦ (٨,٥ في المائة) من أصل ٨٠ بلدًا.
- انخفاض الرسوم الصحية المباشرة التي تدفعها الأسرة من ٣٥ في المائة من النفقات الصحية قبل تطبيق التغطية الصحية الشاملة إلى أقل من ١٥ في المائة عام ٢٠١٠.
- تراجع عدد الأسر التي أفقرتها الإنفاق على الخدمات الصحية من ١٢٠,٠٥٠ عام ٢٠٠٢ إلى ٣٩,٧٥٠ عام ٢٠٠٩.

الشكل ٦: عدد الأسر القابضة تحت خط الفقر بسبب التكاليف الصحية قبل وبعد تطبيق برنامج التغطية الشاملة في تايلاند^{٤١}



ما الخدمات التي يجب تقديمها في المرحلة الأولى، وما مستوى جودتها؟

تدعم الأدلة بقوة استراتيجية توسيع نطاق التغطية لتشمل كافة السكان مع تقديم حزمة خدمات ذات أولوية. لكن ما الخدمات التي يتعين إدراجها في هذه الحزمة الأولية؟ وما مستوى جودتها؟ ينبغي أن يتمثل الهدف الإجمالي في إدراج الخدمات ذات الأثر الأكبر على النتائج الصحية للسكان والتي تؤدي إلى خفض الضائقة المالية على الأسر وتحدّ من عدم المساواة. كذلك يجب مراعاة تفضيلات السكان. صحيح أن استثمارات التقييم التي يقدمونها عامّة في مجملها، لكن آراءهم أساسية في ضمان انضمامهم إلى دعم استراتيجية التغطية الصحية الشاملة.

ويقدم هذا الفصل من التقرير لمحة عن الاعتبارات الأساسية الثلاثة في هذا الشأن: القيمة مقابل المال، والجودة وتقبّل المستخدم، والحصول على الدواء.

القيمة مقابل المال

تقترح منظمة الصحة العالمية ثلاثة معايير ينبغي دراستها عند تقييم الخدمات التي يجب تغطيتها: الفعالية من حيث التكلفة، والأولوية لأفقر الفقراء، والحماية من المخاطر المالية.^{٤٧} وتبين الأدلة المتوفرة أنه يتعين على صناع السياسات أن يمنحوا الأولوية لمشاريع الرعاية الصحية الأولية حسب الأولوية (لاسيما خدمات الصحة الوقائية)^{٤٨} وبعض خدمات المستشفيات (كخدمات التوليد) قبل خدمات الرعاية التالّثية التخصصية في المستشفيات بحيث لا تُغطى هذه الأخيرة إلا في حال تعثّر الأحوال المادية للأسر جرّاء دفع رسوم هذه الخدمات من أموالها الخاصة.

ويوجد أمثلة بارزة كثيرة عن بلدان استثمرت في الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المقاطعات أو المجتمعات المحلية وأدّت إلى نتائج باهرة. فقد ركز البرنامج الصيني الشهير "أطباء حُفاة" الذي طُبّق في ستينيات القرن العشرين على مشاريع الرعاية الأولية البسيطة ومكّن الصين من تحقيق مؤشرات جيدة لصحة السكان وبتكاليف زهيدة نسبيًا.^{٤٩} كما تمكنت إثيوبيا مؤخرًا من تحقيق انخفاض هائل في معدل وفيات الأطفال، ويعزى ذلك في المقام الأول إلى برنامج موظفي الصحة المجتمعية فيها.^{٥٠}

ويوجد كذلك أمثلة أخرى عن بلدان أفرطت في الاستثمار في الخدمات التخصصية في المدن بسبب الضغوط السياسية من سكان المدن الأثرياء، ومقدمي الرعاية الصحية من أصحاب النفوذ، والأطباء. ويُعتبر هنا المشروع الكبير المثير للجدل لتشييد مستشفى متطور يقدم رعاية تالّثية في عاصمة ليسوتو مثالًا جيدًا على هذه الظاهرة، حيث يبدو أنه أدى إلى خفض موازنة الرعاية الصحية في الأرياف.^{٥١}

الجودة وتقبل المستخدم

إن مجرد ضمان تقديم حزمة خدمات بأسعار معقولة للسكان لا يكفي لتحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة، إذ ينبغي تقديم خدمات نوعية كي تغدو فعالة في تحسين النتائج الصحية. فعلى سبيل المثال، يجب أن يحصل طالبو الخدمات العلاجية على تشخيص دقيق وعلاج مناسب وعقاقير ملائمة، لكن كثيرًا من البلدان لا يلتزم بهذه القاعدة، كما هو الحال مع مقدمي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص بالهند، إذ خلّصت إحدى الدراسات في ولاية ماديا برادش^{٥٢} إلى أن ٦٧ في المائة من مقدمي الرعاية الصحية لم يلتحقوا بأي دورات طبية تدريبية، وأن التشخيص الطبي الدقيق كان نادرًا، وأن العلاجات الخطأ كانت توصف على نحو واسع.

إضافة إلى ما سبق، يجب أن يستفيد السكان من الخدمات المقدمة ويثمنوا قيمتها عاليًا. وعليه، ينبغي أن تتميز بسهولة الحصول عليها وأن تُقدم في الوقت المناسب وتراعي تفضيلات وتطلعات مستخدميها والقيم الثقافية لمجتمعهم. والأهم من ذلك كله أن يشعر أعضاء المجتمع الأغنياء في أي نظام رعاية صحية ممول حكوميًا بالثقة في استخدام الخدمات التي يمولونها كي يدركوا بأن لديهم مصلحة في تحسين هذا النظام وتحقيق استدامته.

ولذلك يتعين على الحكومات اعتماد أسلوب منهجي لتحسين الجودة ومعالجة قضايا الفعالية وسلامة المرضى. وتقدّم "هيئة الخدمات الصحية الوطنية" في المملكة المتحدة مثالًا ممتازًا عن كيفية صياغة النظام الصحي الوطني لمثل هذه الاستراتيجيات من خلال منشورها الذي أصدرته عام ٢٠٠٨ تحت عنوان "رعاية ذات جودة عالية للجميع".^{٥٣} لكن لا يكفي وضع استراتيجية خاصة بتحسين الجودة، وإنما يتعين على الحكومات إنشاء مؤسسات فعالة لتطبيق الإصلاحات اللازمة كما سنبين في الفصل السادس من هذا التقرير.

الحصول على الدواء

ينبغي إيلاء الدواء عناية خاصة عند تحديد حزمة الخدمات ذات الأولوية، حيث يُعتبر توفره عنصرًا مهمًا في تكوين السلوك الباحث عن الرعاية الصحية لدى سكان العالم. وقد تم إثبات ذلك مؤخرًا في جنوب أفريقيا التي تشارف على البدء بتطبيق إصلاحات كبيرة في التغطية الصحية الشاملة، حيث أظهرت دراسة أن السكان يفضلون توفر الدواء على كثير من ميزات الخدمات الصحية، بما فيها الموارد البشرية وحالة مرافق الرعاية الصحية: "إن الناس مستعدون لتحمل بعض سيئات الخدمات الصحية في القطاع العام كطول أوقات الانتظار، وسوء معاملة الموظفين الصحيين، وعدم إمكانية مقابلة الطبيب مباشرة، مقابل حصولهم على الدواء، وإجراء فحوص شاملة لهم، وتزويدهم بشروح وافية عن تشخيص حالتهم، ووصف العلاج المناسب من جانب كادر صحي مختص".^{٥٤}

ويؤدّد عدم الحصول على الدواء شعورًا بعدم الرضا في أوساط السكان ويثير على الفور حملات سياسية كبيرة كتلك المتعلقة بعدم مقدرة مرضى الإيدز في البلدان النامية على تحمل تكاليف العلاج بمضادات الفيروسات العكوسة، لا سيّما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وقد كشف فيلم وثائقي صدر مؤخرًا بعنوان "نيران في الدماء" عن نجاح الحملة العالمية لخفض أسعار هذه الأدوية المنقذة للحياة بهدف إتاحتها لسكان البلدان النامية.^{٥٥}

أما في الهند، فقد باتت السياسة وواضعو الخطط الصحية يدركون بأن معالجة موضوع الحصول على الدواء طريقة فعالة وشعبية لإطلاق إصلاحات التغطية الصحية الشاملة في بلد يُشار إليه كثيرًا باسم "صيدلية العالم". فعلى سبيل المثال، أثمر الضغط المكثف الذي مارسته منظمات المجتمع المدني على حكومة ولاية راجستان عن إطلاقها لبرنامج يهدف إلى توفير ٣٢٤ دواء جنيس في سائر جوانب النظام الصحي العام. وقد أسفر ذلك عن زيادة استخدام المرافق الصحية العامة بنسبة ٥٠ في المائة تقريبًا في غضون ستة أشهر.^{٥٦} وبالرغم من وجود معارضة لهذه الاستراتيجية في بادئ الأمر، أعلنت الحكومة الهندية الجديدة برئاسة ناريندرا مودي عن نيتها تعميم برنامج مماثل لتوفير أدوية جنيسة مجانًا لكافة سكان البلاد.^{٥٧}

وتبين هذه الأمثلة أن العوامل المحلية والضغط السياسية هما السببان الرئيسيان لاتخاذ قرارات بشأن الخدمات التي ينبغي تقديمها ونوعيتها. ومن هذا المنظور، حاولنا في هذا الفصل سَوق الحجج والبراهين لإقناع صناع السياسات بضرورة منح أولوية كبرى لتحقيق تغطية شاملة لجميع السكان على شكل حزم خدمات ذات أولوية تلائم الظروف المحلية في كل بلد.

كيفية الدفع مقابل التغطية الصحية الشاملة: استخدام آليات تمويل إلزامية

الشكل ٧: اختيار آلية التمويل

الخيارات	التوصيف	الفوائد	أمثلة جديرة بالذكر
آليات طوعية	يقوم المستفيد بالدفع بمجرد الانتفاع بالخدمات	يمكن تأمين التمويل في المرفق الصحي حينما يتعذر التمويل العام	الهند، باكستان، ميانمار
تأمين طوعي	اشتراك غير إلزامي في أنظمة تأمين صحي تجارية أو مجتمعية	يمكن للمشاركين أن يستفيدوا من الدفع المسبق والتأخر بشأن تمويل الدفع من المال الخاص	الولايات المتحدة، جنوب أفريقيا
آليات إلزامية	إسهامات غير مباشرة في موازنة الرعاية الصحية عبر إيرادات الضرائب العامة	وسيلة فعالة ومنصفة لإنشاء موارد لتغطية المخاطر	المملكة المتحدة، سريلانكا، السويد، البرازيل
التأمين الإلزامي	إسهام إلزامي في صندوق التأمين الصحي الاجتماعي على أساس الدخل	مستويات شفافة للإسهامات المشتركين	ألمانيا، اليابان، تايوان
آليات أخرى	يُقصد بها في الغالب المساعدات الدولية التي يقدمها المانحون	بوسعها سد النقص الحاصل في التمويل العام في البلدان النامية	شراكة غافي لإنقاذ الأطفال والفقراء عبر زيادة التطعيمات، الصندوق العالمي لمكافحة فيروس نقص المناعة المكتسب-الإيدز والسل والملاريا

موصى به

المشكلة

- للوصول حقًا إلى تغطية صحية شاملة، يجب تغطية جميع السكان بالخدمات التي يحتاجونها مع التقليل من المبالغ التي يدفعها الأفراد من أموالهم الخاصة.
- يجب أن يحدد صناع السياسات سبل جمع الأموال اللازمة لتحقيق تغطية صحية شاملة كأن يستخدموا مثلًا آليات تمويل طوعية أو إلزامية (الشكل ٦).
- ينبغي عند صرف أموال التغطية الصحية الشاملة تعظيم القيمة مقابل المال، كما يتعين على البلدان أن تولي اهتمامًا خاصًا بتجميع الأموال والدفع لمزودي الخدمات.

توصيات رئيسية

- لا يمكن أن تتحقق تغطية صحية شاملة إلا من خلال آليات تمويل إلزامية في الغالب. وقد أيدت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي ولجنة لانسيت ذلك.
- تشير الأدلة إلى أهمية الأنظمة المدارة حكوميًا وتقليل التجزؤ في تجميعات الأموال.
- يتوقف اختيار آلية الدفع للمزود على الظروف إلى حد كبير ويجب أن يكون مدفوعًا بحوافز يرغب صناع القرار في إدخالها إلى النظام. ومن المرجح أن تكون متانة أنظمة الإدارة والمؤسسات الصحية محددًا رئيسيًا لفعالية آلية الدفع المختارة.

تمويل التغطية الصحية الشاملة

إن توفير حزمة واسعة من الخدمات الصحية لجميع سكان البلاد مسعى مكلف. كما أن تقدير حجم الأموال اللازمة بدقة أمر صعب لأنه يتوقف أولاً على نوع الخدمات المقدمة ومستوى جودتها. ولكنّ تقديراتٍ نُشرت في تقريرٍ حديثٍ لتشاتام هاوس يستند إلى عمل فريقٍ سابقٍ مكونٍ من عدة جهات،^{٥٨} أفادت بأن الإنفاق العام الأدنى لتوفير حزمة خدمات ذات أولوية لجميع السكان يبلغ ٨٦ دولاراً للشخص الواحد سنوياً.^{٥٩} وفي عام ٢٠١٢، لم يتحقق هذا الشرط الأدنى للتمويل العام في ٦١ بلداً. ويبين هذا التحليل جسامته التحدي المتمثل في تمويل هذه القفزة العملاقة نحو تحقيق تغطية صحية شاملة. والسؤال التالي إذن هو كيف نجمع المال لذلك؟

لقد كان موضوع كيفية تمويل البلدان النامية لأنظمتها الصحية إحدى أكثر القضايا المثيرة للجدل في التنمية العالمية. وفي ثمانينيات القرن العشرين، شجعت الجهات المانحة البلدان على الانتقال من تمويل أنظمتها الصحية حكومياً إلى الاعتماد أكثر على التمويل الخاص. وتمثلت المشورة السائدة من البنك الدولي في السنوات التالية في ضرورة ازدياد اعتماد البلدان على فرض رسوم المستخدم على المرضى. وفي حين يقول قلة من الباحثين إن هذه السياسة ساعدت في تحسين جودة الخدمات،^{٦١} أظهرت الأدلة على مدى العقدين التاليين بأن رسوم المستخدم خفّضت كثيراً الإقبال على الخدمات الأساسية، لا سيما من جانب الفقراء.^{٦٢} وعندما أدركت منظمات كاليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية أن رسوم المستخدم أصبحت عائقاً كبيراً أمام الفقراء، حاولت الحد من تأثيرها عبر مبادرة باماكو التي وضعت أنظمة إدارة مجتمعية بقصد إعفاء الفقراء.^{٦٣} ولكن ثبتت عدم فعالية هذه الأنظمة أيضاً. ففي غرب أفريقيا، انخفض عدد مرات استخدام خدمات العيادات الخارجية إلى زيارة واحدة للشخص كل خمس سنوات في مطلع الألفية الثالثة.^{٦٤}

ومع تنامي القلق بشأن أثر رسوم نقطة الخدمة، جرت محاولات متكررة في البلدان النامية لوضع برامج تأمين مجتمعية طوعية. لكن عمليات التقييم على مدى السنوات العشرين الماضية أظهرت أن هذه المشاريع لم تنجح في زيادة التغطية، حيث كان معظمها غير فعال (معدلات تغطية منخفضة)، وغير كفؤ (تكاليف إدارية مرتفعة)، وغير منصف (عادة ما تُستبعد أشد الأسر فقراً).^{٦٥،٦٦،٦٧}

وفي السنوات الأخيرة، برز إجماع قوي على أن آليات التمويل الإلزامية (من الضرائب العامة وبرامج التأمين الإلزامي) هي أفضل طريقة لتمويل التغطية الصحية الشاملة. وقد فنّدت وكالات كمنظمة الصحة العالمية^{٦٨} ومؤسسة تشاتام هاوس^{٦٩} جدوى آليات التمويل الطوعية. واللافت للنظر أن البنك الدولي قد أصبح الآن إحدى الجهات الرائدة التي تؤيد التغطية الصحية الشاملة الممولة حكومياً.^{٧٠} حيث وصف رئيسه الحالي رسومَ مستخدم الرعاية الصحية بأنها "غير عادلة وغير ضرورية"^{٧١}. ولعل "لجنة لانسييت ٢٠١٣ للصحة في الصحة" قد قدمت أقوى حجة لصالح تمويل الصحة الإلزامي والممول حكومياً في تقريرها "الصحة العالمية ٢٠٣٥: عالم يتقارب خلال جيل واحد".^{٧٢} ويبين الشكل ٨ النتائج الرئيسية.

ومتى قبل الوصول إلى هذا الإجماع، تحولت حكومات دول ذات مستويات دخل مختلفة إلى تمويل أنظمتها الصحية حكومياً في المقام الأول. وربما كان الدافع وراء هذه التغييرات إلى حد كبير حسابات سياسية تلت منح حق التصويت للناخبين الأكثر فقراً وكذلك إدراك فشل الخطط البديلة:

- في أفريقيا، ألغت أوغندا كافة رسوم مستخدمي الرعاية الصحية في المرافق العامة في الفترة التي سبقت الانتخابات الرئاسية عام ٢٠٠١. وفي أعقاب ذلك، ألغت عدة بلدان أفريقية أيضاً رسوم المستخدم، على الأقل بالنسبة لفئات سكانية رئيسية كالحوامل والأطفال.^{٧٣}
- في جنوب شرق آسيا، طبقت تايلاند برنامج تغطية شاملة، تموله الضرائب، على القطاع غير المنظم بأكمله عام ٢٠٠٢ (دراسة الحالة ١).
- في أمريكا الجنوبية، بدأت البرازيل برنامجاً شاملاً للإصلاحات الصحية عام ١٩٨٨ بهدف زيادة تغطية الخدمات للفقراء والضعفاء. وعقب زيادات كبيرة في التمويل العام، تمكنت الحكومة من تقديم خدمات صحية مجانية شاملة لجميع السكان، ما أدى إلى تحسن المؤشرات الصحية بشكل ملحوظ. فبين عامي ١٩٩٠ و٢٠٠٨، انخفض معدل وفيات الرضع في البرازيل من ٤٦ إلى ١٨ لكل ١٠٠٠ ولادة، وزاد متوسط العمر المتوقع لكلا الجنسين بمعدل ست سنوات.^{٧٤}

- في أمريكا الوسطى، حققت كوستاريكا تغطية سكانية كاملة منذ السبعينيات من خلال "صندوق الضمان الاجتماعي".^{٧٥}
- في مجلس التعاون الخليجي، تشهد قطر اليوم تحولاً من الطريقة الطوعية ذات مصادر التمويل المتعددة والتسديد المحتمل إلى أخرى إلزامية ذات جهة واحدة للدفع (الشركة الوطنية للتأمين الصحي) وسدادٍ بآثر رجعي على أساس الأداء. وقد بدأ التنفيذ عام ٢٠١٣، ومن المتوقع تغطية جميع السكان، بما في ذلك العمال المهاجرون، بحزمة واسعة من الخدمات بحلول عام ٢٠١٦.^{٧٦}

تجميع الأموال

هنالك عاملٌ أساسي يسهم في تحسين أداء التمويل الصحي، ألا وهو مدى تجميع الأموال. وتتعلق البراهين الرئيسية المؤيدة للتجميع بالإنصاف والكفاءة.

- يحسّن تجميع الأموال العدالة لأنه يسهل الدعم الحكومي المتبادل للأشد فقراً والأكثر احتياجاً للرعاية. وتدعم منظمة الصحة العالمية بقوة هذه المنهجية، إذ تقول: "ومن خلال الإصلاحات التي تحد من تجزؤ الموارد المجمعّة يُمكن للبلدان أن تزيد من إمكانية توفير الحماية المالية والإنصاف في الوصول إلى الخدمات اعتباراً من مستوى ما من الأموال المدفوعة سلفاً".^{٧٧}
- ثمة أيضاً وفورات كبيرة في الحجم تُجنى من الموارد المجمعّة، إذ يؤدي التجزؤ إلى عدم كفاءة الأنظمة الصحية بسبب ارتفاع التكاليف الإدارية وضعف القدرة الشرائية. وتؤدي زيادة التجميعات إلى ازدياد وفورات الحجم ويمكن استخدام قوتها في السوق لضمان انخفاض أسعار مقدمي الخدمات.^{٧٨}
- وتُعتبر تشيلي التي قسّمت تجميع التمويل بين برامج التأمين العامة والخاصة مثالاً بارزاً على الأثر السلبي للتجزؤ وإن كان محدوداً، وصعوبة دمج التجميعات ذات المخاطر المختلفة (الشكل ٨).
- ولا يضمن تجميع الأموال في حد ذاته تحقيق وفورات في الحجم، فمن الأهمية بمكان إنشاء عملية شراء فعالة وكفؤة في عملية التنفيذ (الفصل السادس).

منح مقدمي الرعاية حوافز ملائمة

إن تأمين مستويات كافية من التمويل شرط ضروري لتحقيق تغطية صحية شاملة، ولكنه لا يمثل سوى نصف الحقيقة. فلتحويل هذه الموارد إلى نظام صحي قادر على تحقيق تغطية صحية شاملة، يجب تخصيص هذه الأموال وإدارتها بكفاءة ونزاهة. وثمة عدة أنظمة صحية تنفق أكثر بكثير من ٨٦ دولارًا للشخص الواحد سنويًا من التمويل العام، ومع ذلك فهي بعيدة كل البعد عن تحقيق تغطية صحية شاملة بسبب عدم كفاءة أنظمتها الصحية وعدم عدالتها.

ومن الخيارات المهمة التي يجب اتخاذها عند تصميم منهجية للتغطية الصحية الشاملة كيفية الدفع لمقدمي الرعاية. فلهذا القرار أثر كبير على استدامة النظام لأن الحوافز المالية تؤثر في سلوكيات مقدمي الخدمات على صعيد الجودة والوصول والتكاليف.

ومن الأهمية بمكان إدراك الحوافز التي تخلقها كل آلية. فمقدمو الرعاية الصحية، كغيرهم من الوكلاء الاقتصاديين، يستجيبون للحوافز المالية ويميلون إلى تعظيم دخلهم. وعلى سبيل المثال، قد تدفعهم بعض أنظمة الدفع إلى الإفراط في عرض الخدمات أو استخدام مدخلات تمثل قيمة ضعيفة مقابل المال (كوصف أدوية ذات علامات تجارية باهظة الثمن بدلًا من بدائل جنيسة أرخص). وقد تشجعهم بعض الأنظمة الأخرى على تقليل عرض الخدمات وخفض التكاليف بشكل غير متناسب، ما يضر بجودة الرعاية.

وليس هناك إجماع بشأن آلية الدفع المفضّلة، إذ يعتمد مدى ملاءمة أي طريقة اعتمادًا كبيرًا على السياق ويتعلق أثرها بقوة بالترتيبات الإدارية والمؤسسية لتنظيم وتنفيذ أنظمة الدفع الموجودة في البلاد. علاوة على ذلك، تبنت دول عدة آليات دفع مختلفة لمستويات مختلفة من الرعاية، أو باتت تستخدم مزيجًا من الآليات في العقد نفسه. فمثلًا، غالبًا ما يُدفع لأطباء الأسرة في المملكة المتحدة راتب شهري جزافي (محدد حسب عدد المرضى)، بيد أنهم يحصلون على مكافآت أداء إضافية وفق أنشطتهم.^{٨٠} وفيما يلي آليات الدفع التي اعتمدت على نطاق واسع:

- رسوم مقابل الخدمة: يُدفع لمقدم الرعاية مقابل كل خدمة يوفرها. وفي حين أن بمقدور هذه الآلية تعظيم العرض، إلا أنها قد تحث على الإفراط في العرض ورفع التكاليف. كما أن ضمان قيام مشتري الخدمة، وليس مقدّمها، بتحديد سعرها، فضلًا عن فرض قيود شاملة على الموازنة، يمكن أن يحدّ من بعض مخاطر هذه الطريقة.
- المدفوعات المجمّعة: يُدفع لمقدم الرعاية رسمٌ ثابت مقابل مجموعة من وحدات النشاط (أي حلقات الرعاية). ويمكن لهذه الطريقة أن تعزز الكفاءة داخل الحزمة، لكنها معقدة ويمكن أن تشجع على الإفراط في العرض.
- الموازنات الشاملة: يُدفع لمقدم الرعاية رسمٌ مقابل تقديم الخدمات لفترة معينة. ويمكن لهذه الطريقة أن تحسن الإنتاجية، لكنها تشجع مقدم الخدمة على الحد من الحصول عليها وتقوض جودتها.
- عدد الأشخاص: يُدفع لمقدم الرعاية راتب شهري جزافي محدد حسب عدد المرضى المراجعين. ويمكن أن تكون هذه الطريقة فعالة في تقليل التكاليف، ولكنها مجددًا تحفز على فرض قيود على الحصول على الخدمة.
- المدفوعات القائمة على الأداء: يُدفع لمقدم الرعاية على أساس المخرجات والنتائج التي يحققها. ويمكن أن يكون هذا خيارًا جيدًا في بعض الظروف، لكنه يستدعي وجود أنظمة مراقبة معقدة وقد يشجع على الإفراط في عرض بعض الخدمات على حساب خدمات مهمة أخرى.

ثمة طريقة مبتكرة على مستوى الأنظمة هي "الرعاية الخاضعة للمساءلة" حيث تخضع مجموعة من مقدمي الرعاية معًا للمساءلة عن تحقيق باقية من النتائج لفئة سكانية محددة أثناء فترة زمنية معينة وبتكلفة متفق عليها.^{٨١}

دراسة الحالة ٢: تشيلي ومخاطر تجزئة تجميعات التمويل

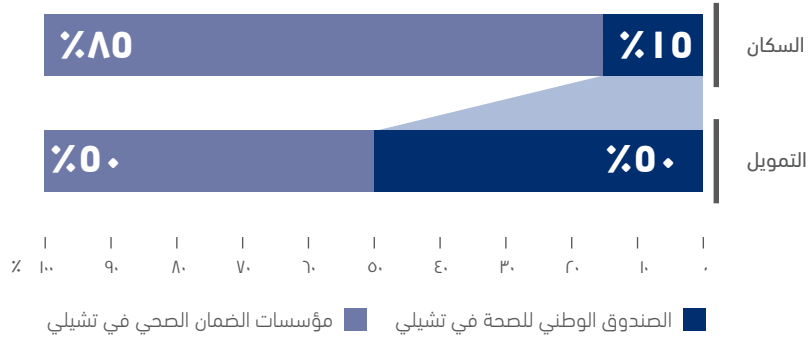
إضاءة تاريخية

- في الخمسينيات، تم دمج معظم خدمات تشيلي الصحية الرئيسية في جهة واحدة هي هيئة الخدمات الصحية الوطنية.
- في السبعينيات، في ظل الدكتاتور أوغستو بينوشيه، تم تقسيم النظام إلى صندوق الصحة ونظام تقديم الخدمات.
- في عام ١٩٨١، سُمح لسكان تشيلي بالانسحاب من النظام العام ونقل اشتراكات مرتباتهم من صندوق الصحة إلى "مؤسسات ضمان المعاشات" المنشأة حديثاً آنذاك لشراء تأمين صحي فردي خاص دون دعم متبادل بين تجميعات التمويل العامة والخاصة وتوفير القطاع الخاص للخدمات.
- يتطلب تغيير النظام تعديلاً دستورياً.

التحدي الحالي

- منذ الثمانينيات، كانت شركات التأمين الخاصة تنتقي شباباً معافين ذوي مخاطر منخفضة ودخل مرتفع كي تغطيهم، ثم تحيلهم إلى التأمين العام عندما يتقدمون في السن أو يمرضون أو لا يعودون قادرين على تحمل قسط التأمين.
- كان لهذا التجزؤ آثار سلبية على نظام الصحة التشيلي وملاءمتها وجودة خدماته وتكاليفها. وفي حين لا يمثل الذين ينسحبون من التجميع العام سوى ١٥ في المائة فقط من السكان، إلا أنهم يأخذون ٥٠ في المائة من الأموال من التجميع العام لأن الاشتراكات تتناسب مع الدخل.

الشكل ٩: توزيع السكان والتمويل في مختلف أنظمة التأمين



محاولات التغيير

- منذ التسعينيات، حاولت الحكومات المنتخبة ديمقراطيًا إعادة هيكلة النظام دون جدوى.
- في عام ٢٠١٤، اقترحت لجنة عينتها ميشال باشيلي، الرئيسة المنتخبة حديثًا، الانتقال إلى نظام عام واحد للتجميع والدفع. ومن المتوقع أن تقترح الحكومة قانونًا على أساس هذه التوصيات.
- ومع ذلك، فإن نتائج العملية غير واضحة بسبب وجود مقاومة قوية جدًا من الأشخاص المسجلين في النظام الخاص وأصحاب مؤسسات ضمان المعاشات ومجموعات الضغط من أجل إيجاد قطاع تأمين خاص. وقد أدى ذلك أيضًا إلى إطلاق حملة إعلامية منظمة ضد الإصلاحات.

كيفية تنفيذ التغطية الصحية الشاملة: توفير قيادة سياسية على أعلى المستويات والحفاظ عليها

الشكل ١٠: العوامل الرئيسية للتنفيذ

التنفيذ الناجح للصحة الشاملة للتغطية	دعم الجهات المعنية	الأولوية	
		يقود السياسيون على مستوى قيادة الدولة شخصيًا جهود الإصلاحات في مجال التغطية الصحية الشاملة التي يتعين أن تحظى بدعم قوي من رئاسة الحكومة	الدعم السياسي عالي المستوى والقيادة
		ضمان استمرار السكان في دعم الإصلاحات أثناء التنفيذ مع الاهتمام بتقديم بعض المنافع بشكل سريع	الدعم العام
التنفيذ الناجح للصحة الشاملة للتغطية	الحكومة	تعزيز أو إنشاء مؤسسات مناسبة لدعم تنفيذ التغطية الصحية الشاملة مع التركيز على وظيفة المشتريات	مؤسسات قوية
		رصد ومتابعة التقدم باتجاه تحقيق التغطية الصحية الشاملة لضمان فعالية وكفاءة الاستراتيجية المختارة	رصد التقدم
		ضمان توفر كوادر مناسبة وذات مهارة من العاملين في الرعاية الصحية وتوزيعهم بكفاءة لدعم تنفيذ التغطية الصحية الشاملة	العاملون في الرعاية الصحية
التنفيذ الناجح للصحة الشاملة للتغطية	توفر الموارد	ضمان توفير الأدوية والتجهيزات الطبية عليها بشكل مستمر دون انقطاع	الأدوية والتجهيزات

المشكلة

- من المحتمل أن يفشل التصميم المثالي للتغطية الصحية الشاملة إذا لم ينفذ بفاعلية.
- يُعتبر تنفيذ إصلاحات التغطية الصحية الشاملة عملية صعبة للغاية، وما يزيد الطين بلّة مدى حساسية الموضوع من الناحية السياسية.
- تحتاج البلدان إلى إرشادات بشأن ترتيب القضايا حسب الأولوية عبر ثلاثة أبعاد: الدعم من الأطراف المعنية الرئيسية، وإدارة العملية، وتوافر الموارد الرئيسية.

توصيات رئيسية

- يُعتبر الالتزام السياسي القوي على أعلى المستويات (أي رئيس الدولة) أهم عامل في تحقيق تغطية صحية شاملة. وفي أكثر الحالات نجاحًا، يقود رؤساء الوزراء أو الرؤساء إصلاحات التغطية الصحية الشاملة شخصيًا ويدرجونها في برامجهم الانتخابية.
- من العوامل المهمة الأخرى استمرار تأييد الرأي العام، ووجود مؤسسات قوية (لا سيما عملية الشراء الفعالة فيها)، ونظام لرصد التقدم المحرز، وتوفير عاملين صحيين مهرة، والحصول على الأدوية والمعدات اللازمة.
- ينبغي إجراء مزيد من الأبحاث عن القضايا العملية المتعلقة بتنفيذ أنظمة التغطية الصحية الشاملة. فالأدلة المتوفرة حاليًا ليست شاملة أو واضحة كوضوح الأدلة عن تصميم هذه الأنظمة.

يغدو التصميم المثالي لنظام التغطية الصحية الشاملة لا قيمة له إذا نُفِّذ دون فاعلية. وقد أشار رئيس البنك الدولي في مقابلة أجرتها معه مجلة لانسيت عام ٢٠١٢ إلى أن "علوم التطبيق والتنفيذ" في مجال الصحة العالمية لقيت إهمالًا طويلًا مقارنة بالتركيز على اكتشاف علاجات جديدة وتطويرها.^{٨٢}

وثمة دراسات شاملة عن المحددات الرئيسية لتنفيذ السياسات العامة بنجاح،^{٨٣، ٨٤} وليس فقط في مجال الرعاية الصحية. وفيما تختلف التفاصيل، هنالك مواضيع ثلاثة واسعة وشائعة في معظمها:

- دعم الأطراف المعنية الرئيسية.
- تخطيط وإدارة ذوا فاعلية لعملية التنفيذ.
- توافر الموارد الملائمة.

يسبر هذا الفصل غور الشكل المحدد الذي تأخذه هذه المواضيع في سياق التغطية الصحية الشاملة. وهو لا يسعى إلى وضع قائمة شاملة لجميع العوامل ذات الصلة، بل يركز على العوامل المهمة في تحقيق تغطية صحية شاملة.

تأمين دعم الأطراف المعنية

ثمة عدة أطراف معنية مهمة في عملية تنفيذ التغطية الصحية الشاملة (كالموظفين السريريين، والمنظمات الحكومية الدولية، ومشغلي قطاع الرعاية الصحية)، إلا أن أهمها على الإطلاق هم السياسيون على أعلى مستويات الحكومة وعامة السكان في البلاد.

الحفاظ على دعم وقيادة سياسية على أعلى المستويات

إذا نظرنا إلى تاريخ هذه المسألة لوجدنا أن أهم عامل إجمالي لنجاح التنفيذ هو وجود قيادة سياسية حقيقية ومستمرة، وغالبًا على مستوى رئيس الدولة. وقد كانت هذه إحدى النتائج الرئيسية التي خرج بها تقرير تجميحي أصدره البنك الدولي مؤخرًا عن إحدى عشرة دراسة لحالات التغطية الصحية الشاملة.^{٨٥} وتنص أولى توصياته على ما يلي:

"إن وجود قيادة سياسية وطنية ومحلية قوية والتزام طويل الأجل ضروريان لتحقيق وإدامة التغطية الصحية الشاملة... القادرة على تعبئة دعم اجتماعي واسع النطاق والمحافظة عليه مع إجراء تسويات سياسية مستمرة بين مختلف جماعات المصالح دون إغفال أهداف التغطية الصحية الشاملة".

وعند تحليل بعض أهم إصلاحات التغطية الصحية الشاملة، تظهر القيادة السياسية على أعلى المستويات بوضوح كصفة مشتركة (جدول ١). فعلى سبيل المثال، أعلن جوكو حاكم جاكرتا أثناء حملة الانتخابات الرئاسية لعام ٢٠١٤ أنه سيقدم بطاقة تأمين مجانية لجميع الأسر غير المشمولة في حال انتخابه. وفي غضون أسبوعين من توليه السلطة في أكتوبر ٢٠١٤، بدأ تنفيذ هذه السياسة مستخدمًا وفورات تحققت من خفض الدعم الحكومي للوقود.^{٨٦} وإذا نُفِّذت هذه الإصلاحات بنجاح، ستخلق أكبر نظام صحي ممول حكوميًا وذو جهة دافعة وحيدة في العالم.

وهنالك أمثلة عديدة على فشل الإصلاحات الصحية جراء عدم تأمين التوافق والدعم على أعلى مستويات الحكومة. وقد وضع تقرير "التغطية الصحية الشاملة" الذي أعده فريق خبراء رفيع المستوى من هيئة التخطيط الهندية استراتيجية لتحقيق تغطية صحية شاملة في غضون ٢٠ عامًا، ما يستدعي مضاعفة التمويل العام.^{٨٧} وعلى الرغم من اعتماد الاستراتيجية عام ٢٠١٢ وإدراجها في الخطة الخمسية للبلاد، لم تزد الحكومة بشكل كبير الأموال المخصصة لمجال الصحة في موازنة سنتين متتاليتين. ونتيجة لذلك، لم تُنفَّذ التوصيات الرئيسية للاستراتيجية. وقد وضعت كينيا أيضًا استراتيجية عام ٢٠٠٤ لتغطية جميع السكان، بيد أن الخلافات داخل مجلس الوزراء أدت إلى تجميد هذه الخطط.^{٨٨} ويبدو من التقارير الإخبارية أن شيئًا من هذا القبيل قد يحدث في جنوب أفريقيا لخطة وزارة الصحة الرامية إلى وضع برنامج تأمين صحي وطني.^{٨٩}

الحفاظ على دعم شعبي واسع

غالبًا ما يقود إصلاحات التغطية الصحية الشاملة رؤساء الدول، حيث تظهر كجزء من برامجهم الانتخابية لأنها تلقى شعبية كبيرة في أوساط شرائح سكانية معينة. وينطبق هذا بالتحديد على الحالات التي تُوسَّع فيها التغطية لتشمل شرائح واسعة من السكان.

وغالبًا ما ينتهي الأمر بالبلدان التي لم تحقق بعد تغطية صحية شاملة إلى حدوث حالة استقطاب، حيث يحدو الأغنياء مشمولين ببرامج التأمين الصحي، فيما يُستهدف الأفقر بخدمات حكومية مجانية أو مدعومة (الفصل الرابع). وهذا يترك "طبقة متوسطة ضائعة" غالبًا ما تضم معظم الناخبين في البلاد. وإذا أشركت هذه الفئات بشكل صحيح، يمكنها أن تصبح محركًا رئيسيًا لتوسيع التغطية الصحية الشاملة بحيث تشمل الجميع.

وينبغي أن يدرك صناع القرار ذلك ويضمنوا حصولهم على دعم هذه الكتلة المهمة من الناخبين بشكل فعال. كما يجب أن يحافظوا عليه، إذ يمكن أن يؤدي تأخير وفشل تنفيذ التغطية الصحية الشاملة إلى التفريط بالمؤيدين ويؤثر سلبيًا على شعبية الإصلاحات ككل. ففي الولايات المتحدة، كان للمشاكل الفنية الخاص بالتسجيل في التأمين أثرٌ كبير على تراجع التأييد الشعبي لإصلاحات الرعاية الصحية بأسرها في موقع heathcare.gov، حيث ازدادت نسبة الآراء المعارضة من ٤٣ في المائة إلى ٤٩ في المائة بين شهري سبتمبر ونوفمبر ٢٠١٣.^{٩٠}

ولذلك فإن من الأهمية بمكان إنجاز خطط تنفيذ إصلاحات التغطية الصحية الشاملة فورًا وبفاعلية بحيث تشمل توفير فوائد ملموسة على المدى القصير للحفاظ على زخم الدعم الشعبي.

الجدول ١: القيادة السياسية في الإصلاحات الرئيسية للتغطية الصحية الشاملة^١

البلد	السنة	إصلاحات التغطية الصحية	الدعم من أعلى المستويات
إندونيسيا	٢٠١٤	تقديم بطاقة صحية وطنية وتوسيع نطاق التغطية (مزيج تنفيذي).	مكوّن أساسي في البرنامج الانتخابي للرئيس جوكو.
الولايات المتحدة	٢٠١٢	إصلاح نظام التأمين لتقليل عدد الأشخاص غير المشمولين.	دعم شخصي من الرئيس أوباما.
جورجيا	٢٠١٢	توسيع التغطية الصحية لتشمل جميع المواطنين.	مكون أساسي في بيان الحكومة الجديدة لرئيس الوزراء إيفانيشفيلي.
سيراليون	٢٠١٢	رعاية صحية مجانية للحوامل والأطفال.	مبادرة يروج لها الرئيس كوروما، وعامل رئيسي في انتخابات عام ٢٠١٢.
الصين	٢٠٠٩	زيادة الإنفاق العام لتحسين تغطية الخدمات والحماية المالية.	إصلاح اقترحه اللجنة المركزية للحزب ومجلس الدولة وبدعمه الرئيس هُو.
قطر	٢٠٠٨	توسيع التغطية الصحية الشاملة إلى جميع السكان (قيد التنفيذ).	مكون أساسي في استراتيجية التنمية الوطنية طويلة الأجل.
غانا	٢٠٠٨	توسيع تغطية التأمين الصحي الوطني لتشمل جميع الحوامل.	مبادرة أطلقها الرئيس كوفور في الفترة التي سبقت الانتخابات الوطنية.
نيبال	٢٠٠٨	رعاية صحية مجانية شاملة تصل إلى مستوى مستشفيات المقاطعات.	سياسة رائدة للأحزاب اليسارية التي تولت السلطة عام ٢٠٠٨.
بوروندي	٢٠٠٦	رعاية صحية مجانية للحوامل.	أطلقها الرئيس نكورونزيزا.
زامبيا	٢٠٠٩/٢٠٠٦	رعاية صحية مجانية للناس في الريف والمدينة.	قدمها الرئيس مواناواسا في الفترة التي سبقت انتخابات ٢٠٠٦.
تشيلي	٢٠٠٥	طَبَّقَ "نظام الضمانات الصحية الصريحة" قانونيًا حزمة منافع مجانية.	الإصلاحات والقوانين اللاحقة مدعومة شخصيًا من الرئيس لاغوس.
تايلاند	٢٠٠١	توسيع التغطية لتشمل القطاع غير المنظم كي تصل إلى جميع السكان.	مبادرة من الرئيس شيناواترا كان قد التزم بها أثناء الانتخابات.
جنوب أفريقيا	١٩٩٤	إطلاق خدمات تمويلها الضرائب للحوامل والأطفال دون السادسة.	أعلن عنها الرئيس مانديلا أثناء أول ١٠٠ يوم له في منصبه.
البرازيل	١٩٩٠	إطلاق خدمات صحية شاملة تمويلها الضرائب.	كفلت الحكومة الجديدة المنتخبة ديمقراطيًا الحق في الصحة في الدستور.
كوريا الجنوبية	١٩٧٧	إطلاق التأمين الصحي الوطني.	سياسة اجتماعية رائدة من الرئيس بارك جونغ هي.
اليابان	١٩٦١	إصلاحات تغطية صحية شاملة على المستوى الوطني.	أولوية الحكومة الوطنية في مرحلة ما بعد الحرب لدرء التهديدات من الحركات الشيوعية.
المملكة المتحدة	١٩٤٨	تطبيق نظام شامل تمويله الضرائب.	قاده بشكل رئيسي بيفان وزير الصحة، لكنه كان جزءًا من إصلاحات الرعاية لحكومة حزب العمال.

إدارة عملية التنفيذ

جللت الفصول السابقة بالتفصيل خيارات التصميم الأساسية لإصلاحات التغطية الصحية الشاملة. ومتى أُتخذت تلك القرارات، يتعين على قادة الإصلاحات الصحية الاستفادة من طيف واسع من وظائف التنظيم والتخطيط والإدارة والمراقبة لتنفيذ أهداف سياساتهم بفعالية. ولذا، ينبغي أن تعزز الحكومات إدارة النظام الصحي الذي يمثل، بالإضافة إلى كونه تحدّيًا فنيًا، عملية سياسية تتطلب تحقيق توازن بين الآثار والاحتياجات المتنافسة. وتحدد منظمة الصحة العالمية^{٩٢} الأهداف الرئيسية لتعزيز الإدارة في القطاع الصحي على النحو التالي:

- المحافظة على التوجه الاستراتيجي لوضع السياسات وتنفيذها.
- كشف الاتجاهات والتشوهات غير المرغوب فيها وتصحيحها.
- توضيح أهمية الصحة في التنمية الوطنية.
- تنظيم سلوك طائفة واسعة من الجهات الفاعلة بدءًا من ممولي الرعاية الصحية وانتهاءً بمقدميها.
- وضع آليات شفافة وفعالة للمساءلة.

ثمة عاملان لهما أهمية خاصة في تحقيق هذه الأهداف: إنشاء مؤسسات قوية لإدارة النظام الصحي، لا سيما فيما يتعلق بعملية الشراء، ومراقبة التقدم المحرز في التنفيذ بعناية. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن تدرك البلدان أن فعالية القيادة السريرية عامل مهم أيضًا في نجاح إصلاحات التغطية الصحية الشاملة.^{٩٣}

إنشاء مؤسسات قوية

يعتمد نجاح تنفيذ إصلاحات التغطية الصحية الشاملة على إيجاد باقة واسعة من المؤسسات الفعالة، ذلك أن وجود مؤسسات ضعيفة أو معيقة للتقدم (إن كانت فاسدة مثلًا) يفرض الحاجة إلى استثمار كبير في تعزيز القدرات المؤسسية. وقد يكون ضروريًا إنشاء مؤسسات جديدة كليًا لتطبيق ترتيبات تعزز عملية الشراء.

وتشدد "لجنة لانسيت للاستثمار في الصحة" على ست وظائف مؤسسية يجب القيام بها لدعم نجاح تنفيذ التغطية الصحية الشاملة:^{٩٤}

- مؤسسات المعلومات.
- مؤسسات التشاور والتداول.
- مؤسسات التمويل.
- مؤسسات الإشراف.
- مؤسسات معيارية.
- مؤسسات المساءلة المستقلة.

تنفيذ عملية شراء فعالة

رأينا في الفصل الخامس أثر هيكلية المؤسسة الخاصة بالدفع لمقدم الخدمة على نجاح مختلف الآليات. وفي هذا الإطار، تشكل قوة ومنهجية عملية الشراء عاملاً مهماً آخراً.

أولاً، يتعين على البلدان اتخاذ خيار استراتيجي حول أفضل ترتيب مؤسسي لتعظيم الكفاءة، إذ يمكن أن تبقى عملية الشراء ضمن الهياكل الحكومية، أو تديرها جهة شبه مستقلة (عادة على أساس غير ربحي)، أو حتى يتم التعاقد مع مؤسسة ربحية خاصة كإحدى شركات التأمين. وفي حين لا يوجد إجماع على أفضل الخيارات، يتعين على البلدان تقييم قدرة مؤسساتها بدقة، بما في ذلك قدرتها على تنظيم المشتريين غير الحكوميين.

وتُعتبر تايلاند مثالاً على البلدان التي أنشأت هيئة شبه مستقلة لشراء الخدمات الصحية لأعضاء برنامج التغطية الشاملة الممول من الضرائب فيها، وهي "مكتب الضمان الصحي الوطني". ويدير المكتب مجلس إدارة مكون من ٢٩ عضواً من مؤسسات عامة وخاصة، فضلاً عن منظمات المجتمع المدني.^{٩٥} وقد عزت مراجعة أجريت على برنامج التغطية الشاملة على مدى عشر سنوات كثيراً من نجاح الإصلاحات إلى جهود هذا المكتب في خفض التكاليف والحفاظ على معايير الجودة.^{٩٦}

أما الهند فقد اتبعت طريقة مختلفة، حيث تعاقدت مع شركات تأمين خاصة لإدارة برامج التأمين الحكومية للفقراء. وفي غياب إجراء أي مراجعة منهجية لهذه البرامج، تُشكك بعض الأبحاث والمقالات التي تنشرها وسائل الإعلام الهندية في أداء هذه الشركات في التحكم بالتكاليف وتلبية احتياجات الأعضاء.^{٩٧، ٩٨} علاوة على ذلك، تشير أدلة كثيرة من الولايات المتحدة إلى أن شركات التأمين الصحي الخاصة المتنافسة ليست فعالة جداً في خفض التكاليف.^{٩٩}

رصد التقدم المحرز نحو تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة

من الضروري أن يتمكن القادة والأطراف الرئيسية المعنية بإصلاحات التغطية الصحية الشاملة من رصد التقدم المحرز نحو تحقيق هذه التغطية كي يصبح بمقدور القائمين على التخطيط في مجال الصحة تحديد مدى فعالية تنفيذ الاستراتيجية، والتدابير التصحيحية اللازمة لتحسين الأنظمة الصحية، أو مراجعة المخصصات المالية، أو تعديل الاستراتيجية ككل.

وفي هذا الإطار، وضع البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية مؤخرًا، وبعد مشاورات واسعة النطاق، وثيقة إطارية مشتركة حول قياس التقدم المحرز نحو تحقيق تغطية صحية شاملة.^{١٠٠} وتوصي هذه الوثيقة باستخدام مؤشرات تقيس المكونين الرئيسيين اللذين يشكلان تعريف التغطية الصحية الشاملة، وهما تغطية الخدمات الصحية والحماية المالية. كما تقترح الوثيقة على وجه التحديد مؤشرات تقيس التغطية الفعالة للخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، ومقاييس للحماية المالية ترصد النفقات الصحية الكارثية والمُفقرة. وتوصي الوثيقة بقياس المستوى الكلي لهذه المؤشرات وتوزعها العادل حسب مؤشر الثروة ومكان الإقامة والجنس.

كما طبقت مجموعة أبحاث أجرتها المكتبة العامة للعلوم في الآونة الأخيرة إطار القياس هذا في ١٣ دراسة حالة من بنغلاديش والبرازيل وتشيلي والصين وإستونيا وإثيوبيا وغانا والهند وسنغافورة وجنوب أفريقيا وتنزانيا وتايلاند وتونس.^{١٠١}

توافر الموارد

لعلّ المال هو أهم مورد في نجاح تنفيذ التغطية الصحية الشاملة. وفي حين ناقش الفصل الثاني بعمق الآليات اللازمة لتوفير تمويل ملائم بهدف توسيع تغطية الخدمات الصحية، تتطلب عملية التنفيذ موازنة محددة. إذ لا يشكل اتخاذ قرار بشأن ضرورة تغطية حزمة خدمات معينة وتمويلها سوى الخطوة الأولى. فالنظام الصحي يتعين أن يكون قادرًا على تحقيق هذه الفوائد للسكان. وهنا ثمة عاملان متعلقان بالموارد في غاية الأهمية، وهما توافر عمال صحيين مهرة، والإمدادات المناسبة للأدوية والمعدات الطبية والحصول عليها بشكل ملائم.

توافر قوى عاملة ماهرة في مجال الرعاية الصحية

يُعتبر توافر عاملين صحيين مهرة مشكلة كبرى في البلدان النامية، لا سيما في الأرياف. ولذلك اختارت دول كثيرة توظيف عمال محليين للعمل في الأرياف نظرًا لصعوبة إيجاد وتمويل عدد كاف ومؤهل من الأطباء والمرضات. وعادة ما يوظف هؤلاء العمال من المجتمعات المحلية ليقدموا، بعد فترة تدريب، خدمات الرعاية الأولية الأساسية، ويوزروا الأسر في أغلب الأحيان عوضًا عن التمركز في المرافق الصحية. ويبدو أن هذه الاستراتيجية كانت فعالة جدًا في إثيوبيا ورواندا ونيبال وملاوي في توسيع نطاق تغطية الخدمات الصحية المجدية اقتصاديًا بسرعة بين السكان الذين هم في أمس الحاجة إليها.^{١٢}

ولما كان عدد العاملين في الرعاية الصحية محدودًا على الأرجح، ينبغي أن تركز البلدان أيضًا على استخدام الموارد البشرية بكفاءة،^{١٣} وأن تبحث في الموضوعين المهمين التاليين بعناية:

- ضمان وجود عاملين صحيين متعددي المهارات في تقديم الخدمات.
- تصميم آليات دفع توفر حوافز ملائمة للأخصائيين الصحيين.

وفي كلتا الحالتين، يمكن أن يُعارض تعديل الترتيبات القائمة (كالسماح للممرضات بالقيام بواجبات كان يقوم بها الأطباء سابقًا أو إعادة التفاوض بشأن عقود العمل) معارضة قوية من الهيئات المهنية صاحبة النفوذ.

ضمان الحصول على الأدوية والمعدات الطبية

يشكل ضمان توفر الأدوية والمعدات الأساسية دون انقطاع، وسهولة الحصول عليها، مشكلة شائعة في البلدان النامية. وبحسب منظمة الصحة العالمية التي أولت اهتمامًا كبيرًا بهذا الموضوع، فإن نظام الإمدادات الصحية الموثوق فيه سوف:^{١٠٤}

- يدمج إدارة الإمدادات في تطوير النظام الصحي.
- يُعدّ نموذجًا مختلطًا فعالًا للشراكات بين القطاعين العام والخاص.
- يحافظ على جودة الأدوية في قنوات التوزيع.
- وفي النهاية، يزيد سبل الوصول إلى الأدوية الأساسية.

يتعين على البلدان مجددًا أن تركز على توافر الأدوية والمعدات وتحسين الكفاءة في هذا المجال. وقد سلط تقرير الصحة العالمية ٢٠١٠ الذي يبحث في سبل زيادة الحكومات لمستويات "الصحة مقابل المال" الضوء على ١٠ أسباب لعدم كفاءة الأنظمة الصحية، حيث يتعلق ثلاثة منها بالأدوية (قلة استخدام الأدوية الجينية وارتفاع أسعار الأدوية، واستخدام أدوية مزيفة ودون المستوى، والاستخدام غير الفعال وغير الملائم).^{١٠٥}

لقد كان الهدف من هذا الفصل تسليط الضوء على أهمية التنفيذ في ضمان تحقق فوائد التغطية الصحية الشاملة وتوضيح المحددات الرئيسية لنجاح التنفيذ، وخصوصًا أهمية الدعم والقيادة السياسية على أعلى المستويات. ومع ذلك، فإن الأدلة المتاحة عن تفاصيل تنفيذ التغطية الصحية الشاملة أقل قوة وتنظيمًا من تلك المتعلقة بفوائدها والخيارات الرئيسية لتصميمها. وللمضي قدمًا، لا بد من إجراء مزيد من البحوث عن مواضيع التنفيذ. فنحن نعرف لماذا وماذا، ولكننا بحاجة الآن إلى فهم كيفية القيام بذلك.

دراسة حالة ختامية

يرمي هذا التقرير إلى إطلاع صناع القرار على منافع التغطية الصحية الشاملة وتكاليفها، وتبسيط الضوء على إصلاحات الأنظمة السياسية والمالية والصحية اللازمة لتحقيقها. وفي حين أن هذه الأجندة قد تبدو عسيرة المنال، نودّ أن نختم التقرير بدراسة حالة موجزة توضح أنه عند معالجة جميع جوانب التغطية الصحية الشاملة، يمكن أن يكون الأثر على صحة سكان البلاد ورفاههم عميقًا.

في عام ٢٠٠٥، أظهر تقرير مفاجئ أصدرته هيومن رايتس ووتش إلى أي مدى انخفضت معدلات تغطية الرعاية الصحية في بوروندي الواقعة وسط أفريقيا.^{١٠٦} فقد سُجنت النساء الفقيرات اللاتي خضعن لعمليات قيصرية لإنقاذ حياتهن مع أطفالهن في المستشفيات العامة في البلاد لعدم مقدرتهن على دفع فواتير المستشفى. وبذلك، لم يتقاعس نظام الصحة العام عن حماية هذه الفئة الضعيفة جدًا من السكان فحسب، بل وانتهك حقوقها الإنسانية الأساسية.

خلق هذا التقرير المروع ضغوطًا سياسية لإحداث تغيير على أعلى المستويات الحكومية، وإذ لمس رئيس بوروندي خطر هذه النتائج، زار بعض المستشفيات المعنية، وشعر بالفزع مما وجده فأعلن ضرورة الإفراج عن جميع النساء والأطفال من المستشفيات العامة في جميع أنحاء البلاد.

واعترف أيضًا بأن المشكلة سببها فشل النظام الصحي في حماية النساء من تكاليف رعاية الأم، ولذا ذهب أبعد من ذلك ليطلق في أغسطس ٢٠٠٦ سياسة جديدة تتيح لجميع الحوامل والأطفال دون سن السادسة الحصول على الخدمات الصحية مجانًا.^{١٠٧} وقد أدركت حكومته أيضًا أن نجاح هذه السياسة يتطلب إجراء إصلاحات متزامنة على صعيد العرض في قطاع الصحة

لاستبدال الدخل المفقود من رسوم المستخدمين بتمويل عام، وضرورة استخدام هذه الموارد لتعزيز تقديم الخدمات. وقد دعم مانحون دوليون الحكومة في ذلك، حيث ساعدوا في تحسين توفر الأدوية الأساسية وتوجيه مزيد من الموارد نحو الخدمات الصحية الرئيسية. وشمل ذلك زيادة أجور العاملين الصحيين بما يتناسب مع ازدياد عبء العمل عليهم.

ولعلّ هذه الإصلاحات لم تحقق تغطية صحية شاملة لجميع السكان في بوروندي، إحدى أفقر البلدان في العالم، غير أن أثر هذه السياسات على الحوامل والأطفال كان استثنائيًا. ففي عام ٢٠٠٥، بلغت نسبة الأطفال المولودين في المستشفى ٢٢ في المائة فقط جراء خوف النساء من اجتازهن فيها، لترتفع هذه النسبة بحلول عام ٢٠١١ إلى ٧٥ في المائة.^{١٠٨} وقد سجلت المسوح الديمغرافية والصحية لعامي ٢٠٠٥ و٢٠١٠ أيضًا انخفاضًا بنسبة ٤٣ في المائة في معدل وفيات الرضع والأطفال في بوروندي^{١٠٩} - وهو أحد أسرع الانخفاضات المشهودة في العالم.

وفي يونيو ٢٠١٠، أعيد انتخاب بيير نكورونزيزا رئيسًا لجمهورية بوروندي.

"قصت المستشفى لإجراء عملية قيصرية. وعندما تلقيت الفاتورة، قال لي الطبيب: "بما أنك لم تدفعي الأجر، سنحتجك هنا". الحياة هنا صعبة، ولا يحق لي المغادرة مع طفلي، ونحن غالبًا نبقي جياغًا. لم يعد بوسعي احتمال هذا الوضع".
امرأة في الثامنة عشرة من عمرها احتجرت وطفلها في مستشفى لويس رواغاسور في العاصمة بوجمبورا

شكر وتقدير

ترأس منتدى التغطية الصحية الشاملة لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" من أجل وضع هذا التقرير السير ديفيد نيكلسن، الأستاذ المساعد في إمبريال كوليدج لندن.

أعدّ هذا التقرير السير ديفيد نيكلسن بالتعاون مع روبرت بيتس (المعهد الملكي للشؤون الدولية)، وويل ووربرتن (معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إمبريال كوليدج لندن) وجيانلوكا فوتانا (معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إمبريال كوليدج لندن).

ونود أن نعرب عن خالص شكرنا لأعضاء المجلس الاستشاري الذين ساهموا برؤاهم الفريدة في هذا التقرير:

الدكتور فالح محمد حسين علي، الأمين العام المساعد لشؤون السياسات بالمجلس الأعلى للصحة

الدكتور تيم إيفانز، المدير الأول للممارسات العالمية في الصحة والتغذية والسكان، مجموعة البنك الدولي

الدكتور ريتشارد هورتون، رئيس تحرير مجلة لانسييت

البروفيسور لي لينغ، أستاذ الاقتصاد، مركز الصين للبحوث الاقتصادية

البروفيسور إلياس موسيالوس، أستاذ السياسات الصحية، كلية لندن للاقتصاد

الدكتور رافي رثان-إيليا، مدير معهد السياسات الصحية، سريلانكا

البروفيسور سريناث ريدي، رئيس مؤسسة الصحة العامة في الهند

البروفيسور بيتر سميث، بروفيسور فخري للسياسات الصحية، إمبريال كوليدج لندن

الدكتورة جانيت فيغا، مديرة صندوق الصحة الوطني، تشيلي

البروفيسور غافن يامي، رئيس مبادرة أدلة السياسات، جامعة كاليفورنيا، سان فرانسيسكو

البروفيسور ويني ييب، أستاذ سياسات واقتصادات الصحة، جامعة أكسفورد

أجرى المقابلات التي استرشد بها هذا التقرير روبرت بيتس وجيانلوكا فوتانا. وفي هذا الإطار، يشكر رئيس المنتدى وواضعو التقرير كل من ساهم فيه، ومنهم ساره هندرسون، وأورسيديا جيبيريا، وأديل بات، وفرهاد رياحي.

ويتحمل واضعو التقرير مسؤولية أي خطأ أو سهو ورد فيه.

فريق منتدى مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية:

مدير المنتدى: ويل ووربرتن

رئيس قسم تطوير المنتدى: ساره هندرسون

زميل منتدى التغطية الصحية الشاملة: جيانلوكا فوتانا

المراجع

- .1 United Nations General Assembly Resolution on Global Health and Foreign Policy A/67/L.3 approved December 10, 2012. Available at: <http://www.un.org/press/en/2012/ga11326.doc.htm>
- .2 Global Health Strategies. Health for all, universal health coverage day. Available at: <http://www.universalhealthcoverageday.org/en>
- .3 World Health Organization (WHO). What is universal health coverage? Available at: http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/ar
- .4 Chan M. Opening remarks at a WHO/World Bank ministerial-level meeting on universal health coverage. Geneva: WHO, 2013. Available at: http://www.who.int/dg/speeches/2013/universal_health_coverage/ar
- .5 Kim JK. Poverty, health and the human future. Geneva: World Health Assembly, 2013. Available at: <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>
- .6 Jamison DT et al. Global health 2035: a world converging within a generation *The Lancet* 2013, vol 382; 9908: 1898 – 1955
- .7 World Economic Forum. (2014) Health systems leapfrogging in emerging economies. Available at: <http://www.weforum.org/reports/health-systems-leapfrogging-emerging-economies>
- .8 Moreno-Serra R, Smith P. Does progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet* 2012, 380: 917-23
- .9 Quick J, Jay J, Langer A. Improving women's health through universal (health coverage. *Publishing Library of Science (PLOS) Medicine* 2014; 11(1)
- .10 Cheung D and Padieu Y. Heterogeneity of the effects of health insurance on household savings: Evidence from rural China. *World Development*. 2014; vol 66: 84ages
- .11 European Commission. Investing in health. Commission staff working document: Social investment package. February, 2013. Available at: http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf
- .12 Jokowi-care' a pilot project for upcoming national health plan. *The Jakarta Post*, 23 December, 2013. Available at: <http://www.thejakartapost.com/news/2013/12/22/jokowi-care-a-pilot-project-upcoming-national-health-plan.html>
- .13 Cheng TM. China's latest health reforms: A conversation with Chinese health minister Chen Zhu. *Health Affairs* July 2008, vol. 27 no. 4 1103-1110. Available at: <http://content.healthaffairs.org/content/27/4/1103>
- .14 World Health Organization. What is universal health coverage? Available at: http://www.who.int/universal_health_coverage/ar

- Evans DB et al. Health systems financing: The path to universal coverage. **.10**
World Health Report. Geneva: WHO, 2010
- World Health Organization. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. The World Health Organization. 2014 **.11**
- Chotia F. Ebola drains already weak West African health systems. **.12**
BBC News Africa. Available at: <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-29324595>
- Legido-Quigley et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? London: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2013. OECD Health Data, 2013 **.13**
- World Health Organization (WHO). Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Available at: http://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/ar **.14**
- Rottingen JA et al. Shared responsibilities for health: A coherent global framework for health financing. Final report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing. London: Chatham House, 2014 **.15**
- Sustainable Development Solutions Network. Health in the framework of sustainable development. Health thematic report. United Nations, 2014 **.16**
- Lagarde M et al. Assessing the effects of removing user fees in Zambia and Niger. *Journal of Health Services Research and Policy* 2012, Jan;17(1):30-6 **.17**
- Yates R. Women and children first: An appropriate first step towards universal coverage. *The Bulletin of the World Health Organization* 2010, 88:474-475 **.18**
- Saltman RB (ed) et al. Social health insurance systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Milton Keynes: Open University Press, 2004 **.19**
- Fan V. The early success of health insurance for the poor. Center for Global Development. Available at: http://www.cgdev.org/sites/default/files/archive/doc/full_text/CGDEssays/3120468/early-success-indias-health-insurance-rsby.html **.20**
- 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 (1): 22-32 **.21**
- Reddy KS. Building a better India: health beyond healthcare. *Hindustan Times* 28 November, 2013. Available at: <http://www.hindustantimes.com/india-news/hindustantimesleadershipsummit2013/building-a-better-india-health-beyond-healthcare/article1-1156866.aspx> **.22**

- Wagstaff A. We just learned a whole lot more about achieving universal health coverage. World Bank. Available at: <http://blogs.worldbank.org/developmenttalk/we-just-learned-whole-lot-more-about-achieving-universal-health-coverage> .٢٨
- Lagomarsino G et al. Moving towards universal health coverage: Health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012, vol 380; issue 9845: 933-943 .٢٩
- Sidua H. Ten years of the National Health Insurance Scheme in Ghana. Universal Access to Healthcare Campaign Coalition 2013. Available at: <http://uhcc.org.gh/TEN> في المائة 20 في المائة 20 في المائة 20 YEARS في المائة 20 في المائة 20 SERVICE في المائة 20 في المائة 20 NATIONAL في المائة 20 INSURANCE في المائة 20 GHANA في المائة 20 في المائة 20 SCHEME في المائة 20 pdf المائة .٣٠
- of Nigerians - المائة في Ovoirie T, Fatunmole M. NHIS covers only 4.3 Executive Secretary. *National Mirror* 6 May, 2013. Available at: <http://nationalmirroronline.net/new/nhis-covers-only-4-3-of-nigerians-executive-secretary> .٣١
- Nyandekwe M et al. Universal health coverage in Rwanda: Dream or reality. *Pan African Medical Journal* 2014;17:232 .٣٢
- Yip WCM et al. Early appraisal of China's huge and complex healthcare reforms. *The Lancet* 2012, vol 379; 9818: 833-842 .٣٣
- Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. Providing financial protection and funding health service benefits for the informal sector: Evidence from Sub-Saharan Africa. RESYST Working paper 2, April 2013. Available at: http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2_financialprotection.pdf .٣٤
- World Bank. Universal health coverage study series. Available at: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/0,,contentMDK:pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:282511,00.html~23352920> .٣٥
- Evans TG et al. Thailand's universal coverage scheme successes and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Health Insurance System Research Office: Nonthaburi, Thailand, 2012 .٣٦
- Ranna-Eliya R, Sikurajapathy L. Sri Lanka: Good practice in expanding health care coverage. Institute for Health Policy Research studies series 3, 2009. World Bank .٣٧
- Jurberg C, Humphreys G. Brazil's march towards universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010;88(9):641-716 .٣٨
- Bevan A. In place of fear 1952. London: McGibbon & Kee, 1961 .٣٩
- Yip Y, Hsiao W. Harnessing the privatisation of China's fragmented healthcare delivery. *The Lancet*, 2014;384(9945):805-818 .٤٠

- Okiror B. Drug shortage hits Uganda. *New Vision*, 2009 March 21. **.E1**
Available at: www.newvision.co.ug/D/8/13/675331
- Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Tisayaticom K, Boonyapaisarncharoen T, Prakongsai P. Why has the universal coverage scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? *BMC Public Health* 2012, June 22;12(Suppl 1): S6 **.E2**
- Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. *Publishing Library of Science (PLOS) Medicine*, 2014 **.E3**
- Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004 January 10;328(7431):103–5 **.E4**
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: Has primary health care worked in countries? *The Lancet*, 2008 September 19; 372(9642):950–61 **.E5**
- Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. *Publishing Library of Science (PLOS) Medicine*, 2014 **.E6**
- World Health Organization (WHO). Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. 2014. Available at: www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en **.E7**
- Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al (eds). Priorities in health. Cost-effectiveness analysis (chapter 3). 2006. World Bank **.E8**
- Weiyuan C. China's village doctors take great strides. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86(12):909–988. Available at: www.who.int/bulletin/volumes/86/12/08-021208/en **.E9**
- Crowe S. 2013 progress report on committing to child survival: A promise renewed. United National Children's Fund (UNICEF). Available at: www.unicef.org/infobycountry/ethiopia_70372.html **.O0**
- Marriott A. A dangerous diversion: Will the IFC's flagship health PPP bankrupt Lesotho's Ministry of Health? Lesotho: Oxfam International :Lesotho Consumer's Protection Association, 2104. Available at <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/a-dangerous-diversion-will-the-ifcs-flagship-health-ppp-bankrupt-lesothos-minis-315183> **.O1**
- Das J et al. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Affairs*, 2012,31(12):2774–2784. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3730274 **.O2**
- Darzi A. High quality care for all: NHS next stage review final report. London: Department of Health, 2008 **.O3**

- Honda et al. Improving the public health sector in South Africa: eliciting public preferences using a discrete choice experiment. *Health Policy and Planning*, 2014. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24876077 .0٤
- Dartmouth Films. *Fire in the Blood*. Available at: www.fireintheblood.com .00
- Joychen PJ. Free medicine scheme makes a big splash in Rajasthan. *Deccan Herald*, 2013 February 8. Available at: www.deccanherald.com/content/310818/free-medicine-scheme-makes-big.html .0٦
- Chauhan C. 'Modicare' to introduce free medicine, health insurance for citizens. *Hindustan Times*, 2014 November 5. Available at www.hindustantimes.com/india-news/modicare-to-introduce-free-medicine-health-insurance-for-citizens/article1-1282607.aspx .0٧
- Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. More money for health and more health for the money, 2009. World Bank .0٨
- Rottingen JA et al. Shared responsibilities for health: A coherent global framework for health financing. Final report of the Centre on Global Health Security, Working Group on Health Financing. London: Chatham House, 2014. Figures are in 2012 US Dollars. The \$86 minimum refers to Government Health Expenditure (including resources channeled through government budgets, but also the expenditure on health by parastatals, (extra-budgetary entities and mandatory health insurance schemes) with financing coming from mandatory prepaid, pooled funds rather than from private spending. The package of services considered includes those necessary to accelerate achievement of the health MDGs, plus services that address chronic diseases (tobacco control and salt reduction in processed foods) and essential drugs for chronic diseases, some cancers, neglected tropical diseases, mental health and general care .0٩
- Akin J, Birdsall N, de Ferranti D. Financing health services in developing countries: An agenda for reform. Washington: World Bank, 1987 .٦٠
- Litvack JL, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: Results of a field experiment in Cameroon. *Social Science and Medicine*, 1993;37(3):369–83 .٦١
- Yates R. Universal healthcare and the removal of user fees. *The Lancet*, 2009;373(9680):2078–2081 .٦٢
- Keshavjee S. Blind spot: How neoliberalism infiltrated global health. Oakland (CA): University of California Press, 2014 .٦٣
- Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003;81(7):532–538 .٦٤
- Mladovsky P. Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. *Social Science and Medicine*, 2014;107:78–88 .٦٥
- Ekman B. Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 2004;19(5):249–270 .٦٦

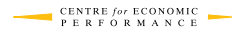
- Chuma J, Mulupi S, McIntyre D. Providing financial protection and funding health service benefits for the informal sector: Evidence from :Sub-Saharan Africa. RESYST Working paper 2, 2013 April. Available at http://resyst.lshtm.ac.uk/sites/resyst.lshtm.ac.uk/files/docs/reseources/WP2_financialprotection.pdf .**٧٧**
- Evans DB et al. Health systems financing: The path to universal .coverage. World health report 2010. World Health Organization Available at: www.who.int/whr/2010/en .**٧٨**
- Rottingen JA et al. Shared responsibilities for health: A coherent global framework for health financing. Final report of the Centre on Global Health Security, Working Group on Health Financing. London: Chatham House, 2014. Available at: www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing .**٧٩**
- Kim JY. Universal health coverage in emerging economies. Speech to Center for Strategic and International Studies Conference, Washington (DC). 2014 January 14 .**٧٠**
- Kim JK. Poverty, health and the human future. Geneva: World Health Assembly, 2013. Available at: www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly .**٧١**
- Jamison DT et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 2013;382(9908):1898–1955 .**٧٢**
- Yates R. Universal healthcare and the removal of user fees. *The Lancet*, 2009;373(9680):2078–2081 .**٧٣**
- Jurberg C, Humphreys G. Brazil's march towards universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010;88(9):641–716 .**٧٤**
- Ortiz Hernández L, Pérez Salgado D. Chile and Costa Rica: Different roads to universal health in Latin America. Occasional paper from the Municipal Services Project. Available at: www.municipalservicesproject.org/publication/chile-and-costa-rica-different-roads-universal-health-latin-america .**٧٥**
- Supreme Council of Health, 2014. National Health Strategy project implementation plans update, 2013:133. Available at <http://nhsq.info/media-n-resources/publications> .**٧٦**
- World Health Organization (WHO). Protecting people from the financial consequences of healthcare payments. Health Financing for Universal Coverage. Available at: www.who.int/health_financing/strategy/risk_protection/en .**٧٧**
- Evans DB et al. Health systems financing: The path to universal coverage. World Health Report 2010. Geneva: WHO. Available at: www.who.int/whr/2010/en .**٧٨**
- Jamison DT et al. Global health 2035: a world converging within .a generation. *The Lancet*, 2013;382(9908):1898–1955 .**٧٩**

- Marshall A et al. The NHS payment system: Evolving policy and emerging evidence. London: The Nuffield Trust; London .٨٠
- McClellan M et al. Focusing accountability on the outcomes that matter. Qatar: World Innovation Summit for Health, 2013 .٨١
- Das P. Jim Kim: new President of the World Bank. *The Lancet*, 2012;380(9836):19 .٨٢
- The World Bank. What is the most important key success factor that will make a development policy succeed or fail? Washington: World Bank. Available at: <http://wbi.worldbank.org/wbi/node/1078> .٨٣
- Giacchino S, Kakabadse A. Successful policy implementation: The route to building self-confident government. *International Review of Administrative Sciences*, 2003 June 1;69(2):139–60 .٨٤
- Maeda A et al. (2014) Universal health coverage for inclusive and sustainable development: A synthesis of 11 country case studies. Washington: World Bank. Available at: www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/07/04/000333037_20140704110435/Rendered/PDF/888620PUB0REPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf .٨٥
- Widodo J. For Jokowi, subsidized fuel price ignites a firestorm. *Jakarta Globe*, 2014 November 4. Available at: <http://thejakartaglobe.beritasatu.com/news/jokowi-subsidized-fuel-price-ignites-firestorm> .٨٦
- Reddy KS et al. (2011) High Level Expert Group report on universal health coverage in India. Planning Commission of India. Available at http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep_uhc0812.pdf .٨٧
- Menya W. Ngilu accuses Kibaki of foiling healthcare plan. *The Star*, 2012 September 10. Available at: www.the-star.co.ke/news/article-2878/ngilu-accuses-kibaki-foiling-healthcare-plan .٨٨
- Forslund R. Sound the alarm: there is no NHI in SA's budget plans. *Independent Online*, 2013 November 27. Available at: www.iol.co.za/business/opinion/sound-the-alarm-there-is-no-nhi-in-sa-s-budget-plans-1.1612783#.VHirpGSsVNT .٨٩
- Kaiser Family Foundation. Health tracking poll: Exploring the public's views on the affordable care act (ACA). 2010. Available at <http://kff.org/interactive/health-tracking-poll-exploring-the-publics-views-on-the-affordable-care-act-aca> .٩٠
- World Health Organization (WHO). Arguing for Universal Health Coverage. Available at: www.who.int/health_financing/UHC_ENvs_BD.PDF .٩١
- World Health Organization (WHO). Health systems topics: Governance. Available at: www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en .٩٢
- Ham C. Improving the performance of health services: The role of clinical leadership. *The Lancet*, 2003;361(9373):1978–1980 .٩٣
- Jamison DT et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 2013;382(9908):1898–1955 .٩٤

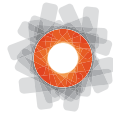
- Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. (2014) Achieving universal health coverage goals in Thailand: The vital role of strategic purchasing. *Health Policy Plan*. Available at: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2014/11/05/heapol.czu120.full> .90
- Evans TG et al. Thailand's universal coverage scheme successes and challenges: An independent assessment of the first 10 years (2001–2010). Health Insurance System Research Office, Nonthaburi, Thailand. 2012 Available at: www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/book018.pdf .91
- Seshadri T. Impact of RSBY on enrolled households: lessons from Gujarat. *BMC Proceedings* 2012. Available at: www.biomedcentral.com/1753-6561/6/S5/O9 .9V
- Shivakumar G. Government paid private insurer crores in premium :for ghost beneficiaries. *The Hindu*, 2013 September 2. Available at www.thehindu.com/news/national/government-paid-private-insurer-crores-in-premium-for-ghost-beneficiaries/article5083382.ece .9A
- Hall K, Diehm J. Why US health care is obscenely expensive in 12 charts. *Huffington Post*, 2013 October 3. Available at: www.huffingtonpost.com/2013/10/03/health-care-costs-_n_3998425.html?utm_hp_ref=tw .99
- World Bank/World Health Organization. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. Framework, measures and targets. 2014. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1 accessed 13 November 2014 .1.0.0
- Boerma T et al. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *Publishing Library of Science (PLOS) Medicine*, 2014. Available at: www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1001731 .1.0.1
- Global Health Workforce Alliance/World Health Organization. Global experience of community health workers for delivery of health related millennium development goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: WHO, 2010 .1.0.2
- Sales M et al. Human resources for universal health coverage: from evidence to policy and action. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91:798–798 .1.0.3
- World Health Organization (WHO). Essential medicines: Medicines supply. /WHO. Available at: www.who.int/medicines/areas/access/supply/en .1.0.4
- Evans DB et al. Health systems financing: The path to universal coverage. World health report. Geneva: WHO, 2010 .1.0.0

- Kippenberg J. A high price to pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals. Human Rights Watch 2006, vol 18; (8A). Available at: www.hrw.org/sites/default/files/reports/burundi0906webwcover_1.pdf .1.7
- United Nations Children's Fund (UNICEF). Government's commitment to maternal and child health care in Burundi, 2009. Available at: www.unicef.org/devpro/46000_47006.html .1.8
- The World Health Organization (WHO). Burundi maternal and perinatal health profile. Available at: www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/profiles/maternal/bdi.pdf?ua=1 .1.9
- Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU). Demographic and health survey 2010. Government of Burundi. Available at: <http://dhsprogram.com/publications/publication-FR253-DHS-Final-Reports.cfm> .1.10

شركاء " ویش "



McKinsey&Company



Maternal Health Task Force



THE LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE



NORTHWESTERN UNIVERSITY IN QATAR



The New York Academy of Sciences



NHS

National Institute for Health Research



QATAR AIRWAYS



مؤسسة الرعاية الصحية الأولية PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION

PHILIPS



جامعة قطر QATAR UNIVERSITY



قطر للبترول Qatar Petroleum



الصندوق القطري لرعاية البحث العلمي Qatar National Research Fund عضو في مؤسسة قطر Member of Qatar Foundation



تحدي 22 Challenge 22



Member of Qatar Foundation



Save the Children



UCL QATAR



ATM | TEXAS A&M UNIVERSITY at QATAR



المجلس الأعلى للصحة Supreme Council of Health



كلية طب وايل كورنيل في قطر Weill Cornell Medical College in Qatar



vcuqatar | virginia commonwealth university in qatar جامعة فيرجينيا كومونولث في قطر



جامعة كالغاري في قطر UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

wise

world innovation summit for education مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم

مؤسسة قطر an initiative of Qatar Foundation

ملاحظات

www.wish.org.qa