مؤسسة قطر
Qatar Foundation

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

العائدات الصحية

دور جهات الرعاية الصحية الخاصة في توفير التغطية الصحية الشاملة

تقرير "منتدى دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية" التابع لمؤتمر "ويش" 2018

جونتي رولاند
أدريتا باتشاريا كرافن
كريس هارديستي
إدوار فيتسجيرالد
نيلايا فارما
ليزا أوفيجر
مارتينا أورلوفيك
ديفيد نيكلسن

الإحالة المرجعية المقترحة لهذا التقرير: جونتي رولاند، أدريتا باتشاريا كرافن، كريس
هارديستي، إدوار فيتسجيرالد، نيلايا فارما، ليزا أوفيجر، مارتينا أورلوفيك، ديفيد نيكلسن
العائدات الصحية: دور جهات الرعاية الصحية الخاصة في توفير التغطية الصحية الشاملة.
الدوحة، قطر، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، 2018 .

ISBN: 978-1-912865-07-9

العائدات الصحية
دور جهات الرعاية الصحية الخاصة في توفير التغطية الصحية الشامله

تقرير "منتدى دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية" التابع لمؤتمر "ويش" 2018

المحتويات

3 مقدمة

4 الملخص التنفيذي

10 الجزء الأول: أهمية المواءمة بين تقديم الرعاية الصحية الخاصة والتغطية الصحية الشاملة

13 الجزء الثاني: الصحة للجميع: الجدوى من إشراك جهات الرعاية الصحية الخاصة

26 الجزء الثالث: سبل توفير الظروف المناسبة للتغطية الصحية الشاملة: خمسة دروس لفائدة القطاع العام

37 الجزء الرابع: الحلول المقترحة

40 شكر وتقدير

43 المراجع

مقدمة

لمّا كانت الصحة الجيدة من الركائز الأساسية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية المستدامة، وللحدّ من الفقر، فإنها تستلزم توفير الخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع مع حمايتهم في الوقت ذاته من المصاعب المالية الناجمة عن تكاليف الرعاية الصحية، أو ما يُعرف باسم التغطية الصحية الشاملة (UHC) . ويُعد تحقيق التغطية الصحية الشاملة من أهم الأولويات العالمية الملحّة، وتحظى بأهمية بارزة في أهداف التنمية المستدامة كما حددتها الأمم المتحدة في عام 2015"، وفي مقدمتها هدف: "ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار."

ومع ذلك لا زال هناك ما يزيد على مليار شخص حول العالم لا يحصلون على الرعاية الصحية الأساسية، وهو ما يجعل تحقيق هدف "الصحة للجميع" بحلول عام 2030 أمرًا ليس باليسير.

ولتعزيز التغطية الصحية الشاملة والوفاء بها على صعيد الأجندة الوطنية، لا غنى عن جهات الرعاية الصحية الخاصة باعتبارها أحد المكونات الأساسية في تقديم الخدمات الصحية في جميع البلدان الساعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتتجلى أهمية هذه الجهات بصورة أكبر في البلدان النامية حيث تعاني أنظمة الرعاية الصحية العامة من غياب التمويل والتطوير المناسبين.

يسعى هذا التقرير لتقديم توصيات السياسات العامة اللازمة لتوفير البيئة المناسبة للشركاء من القطاع الخاص للاستثمار في تغيير نماذج العمل والخدمات الخاصة بهم. كما يعرض مجموعة من الحلول المقترحة التي من شأنها الإسراع بوتيرة التعاون الفعّال بين القطاعين الخاص والعام على نطاق واسع.
ومن خلال هذا التقرير نهدف إلى إطلاق العنان للأفكار والمبادرات الجديدة، ومشاركة أحدث قصص الابتكار، والتركيز على الدروس الواقعية التي يمكن تفعيلها على أرض الواقع في شتى أنحاء المعمورة. ومن خلال التركيز على تقديم الخدمات وسبل توفير الرعاية الصحية بطريقة تتواءم مع التغطية الصحية الشاملة، يتناول التقرير النواحي التي تحظى بالقدر الأكبر من التفكير الإبداعي.

ويواجه كل بلد من البلدان الساعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة مجموعةً مختلفة من التحديات في إطار مواءمة قدرات جهات الرعاية الصحية الخاصة مع هدف ضمان "أنماط عيش صحية للجميع" بحلول عام 2030. ولذا، تستهدف المقترحات والتوصيات الواردة في هذا التقرير القطاعين العام والخاص، إذ بإمكانهما تحقيق هذا الأمر، ومن ثمّ تحسين حالة الأفراد عبر العالم ممن لا يحصلون على خدمات رعاية صحية ذات جودة مناسبة.

البروفيسور اللورد
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر "ويش"، مؤسسة قطر
الابتكار في مجال الصحة العالمية
إمبريال كوليدج لندن

السير ديفيد نيكلسن
أستاذ زائر بمعهد الابتكار في مجال الصحة
العالمية، مدير معهد
إمبريال كوليدج لندن

الملخص التنفيذي

ينصّ الهدف (3-8) من أهداف التنمية المستدامة على: تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة [1]

تعد جهات الرعاية الصحية الخاصة طرفًا أساسيًا في توفير الخدمات الصحية المجانية أو منخفضة التكلفة في جميع البلدان الساعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولا شك أن الهدف (3-8)(2) من أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة والخاص بضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية بحلول عام **2030** هو هدفٌ طموح جدًا لا يتسنى تحقيقه بدون تعزيز قدرات القطاع الخاص الحالية، ودعم الاستثمار والابتكار. فجهات الرعاية الصحية الخاصة تمثل النصف أو أكثر من إجمالي طاقة العاملين في مجال الأنظمة الصحية التي تطمح لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. كما تقود العديد من الجهود الواعدة لتطوير نماذج الرعاية المستقبلية التي يمكنها توسيع نطاق الحصول على الرعاية الصحية عبر التكنولوجيا، وتوحيد المعايير، والمزج بين المهارات فضلاً عن اقتصاديات الحجم الكبير

وبالتالي يرى هذا التقرير أن تأخر جهات الرعاية الصحية الخاصة وجهات التمويل الحكومي في العمل معًا بشكل فاعل على نطاق واسع في العديد من البلدان يشكل عقبةً في طريق الوصول إلى تغطية صحية شاملة بحلول عام **2030** وفقًا للهدف **3-8** من أهداف التنمية المستدامة.

ويتألف هذا التقرير من أربعة أجزاء:

- الجزء الأول يتناول أهمية المواءمة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

- الجزء الثاني يناقش مدى كفاية جهات الرعاية الصحية الخاصة القائمة بالفعل في التعاطي مع فرص توفير التغطية الصحية الشاملة، وفي حال عدم الكفاية، فما الجهة التي يمكنها ذلك.

- الجزء الثالث يبيّن الدروس المستفادة للحكومات ليتسنى لها توفير الظروف المواتية لازدهار جهات الرعاية الصحية الخاصة التي يمكنها تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

- الجزء الرابع يقدم ثلاثة حلول مقترحة من شأنها المساعدة في علاج المشكلات القائمة في ظل غياب المواءمة بين القطاعين العام والخاص لتحقيق التغطية الصحية الشاملة على صعيد عالمي.

تمثل التغطية الصحية الشاملة لجهات الرعاية الصحية الخاصة فرصةً وتحدياً على حد سواء. تكمن الفرصة في إتاحة الوصول إلى عدد أكبر من المرضى بموجب عقود عامة، عادة ما تكون ضمن برامج تأمين صحي وطني جديدة كما هو الحال في برامج التأمين الصحي المعمول بها في الهند وإندونيسيا وكينيا وجنوب أفريقيا ومصر، وغيرها من البلدان.

أما التحدي فينبع من التحول في اتجاهات الإنفاق المستقبلي في قطاع الرعاية الصحية. ففي العقود القادمة سوف تتزايد هيمنة جهات التمويل الحكومي في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل التي تعمل على تطبيق التغطية الصحية الشاملة. ونتيجة لذلك يُتوقع حدوث تباطؤ كبير في نمو مصادر الإيرادات لقطاع الرعاية الصحية الخاص المتحصلة من المدفوعات المباشرة والتأمين الخاص التطوعي مقارنة بالتمويل العام، بل وتشهد في بعض الحالات انخفاضًا في القيمة الحقيقية.

ومع ذلك فإن الشراكات المستقبلية تصطدم بعقبة تتعلق بجهات التمويل الحكومي، إذ من المرجح أن تواجه طلبًا لأنواع مختلفة من الخدمات تفوق المعروض حاليًا من جهات الرعاية الصحية الخاصة: ويتمثل هذا الطلب في توسيع نطاق الخدمات وتوحيد المعايير، لا التجزئة والتنوع؛ وبذل كل جهد للوصول إلى الأفراد الأكثر فقرًا وضعفًا، لا الاكتفاء بالمناطق الحضرية التي يقطنها أصحاب الامتيازات؛ فضلاً عن الابتكارات التي من شأنها تيسير التكلفة لا زيادتها.

لقد أراد مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" أن يحدد مدى استعداد جهات الرعاية الصحية الخاصة لاغتنام هذه الفرص الجديدة لنماذج الأعمال وتوفير الخدمات. وللوقوف على حقيقة هذا الأمر أجرينا استبيانًا لعشرين جهة من كبرى سلاسل تقديم الرعاية الصحية الخاصة العاملة في أربعين بلدًا من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل – بما يمثل الجهات المشغّلة لأكثر من 500 مستشفى و7000 عيادة أو مختبر.

ويتضح من نتائج الاستبيان أن غالبية هذه الجهات ليست مستعدةً بعد. فقد أعربت نسبة الربع فقط من جهات الرعاية الصحية عن نيّة واضحة لإحداث تحول في نماذج توفير الخدمات والأعمال وصولاً إلى خدمات الرعاية الشاملة الممولة حكوميًا. بينما أعرب ربع آخر عن نيّة واضحة في عدم الإقدام على هذه الخطوة، وأعرب النصف المتبقي عن أحد أمرين: رغبتهم في التعاون مع الحكومة بدون تغيير في تركيبة المرضى ونطاق الخدمات، أو تخطيطهم لتوسيع نموذج توفير الخدمة دون الدخول في شراكات حكومية.

تثير هذه الصورة المختلطة تساؤلاً حول الجهات الأخرى التي قد يكون لديها الاستعداد لاغتنام هذه الفرص الناجمة عن طموح البلدان في الحصول على تمويل مناسب لبرامج التغطية الصحية الشاملة على نطاق واسع، كما توحي بوجود مجال لدخول أطراف جديدة في سوق الرعاية الصحية. وهنا يحظى مجتمع المستثمرين بفرصة مواتية لأداء دور فاعل في إعداد سوق الرعاية الصحية الخاصة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، لكنه بحاجة إلى توسيع نطاق تلك العدسة الضيقة التي يقيّم من خلالها غالبيةُ المستثمرين في الوقت الراهن الأثرَ المترتب على المنظومة الصحية بأكملها.

كما أن على الحكومات فعل الكثير في إطار تحسين انخراط جهات الرعاية الصحية الخاصة في رحلة الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة. وهنا ينصرف الكثير من الاهتمام وتُخصّص العديد من الموارد للتصميم والنواحي الفنية لإصلاح السياسات العامة، على حساب المزيد من العناصر الأساسية كالثقة والحوار وبناء العلاقات.

نماذج جديدة للرعاية

برنامج بابل (Babyl) – في إطار مساعي البلد لتكون مركزًا إقليميًا للخدمات الصحية الرقمية، استعانت الحكومة ببرنامج Babyl، وهو عبارة عن منصة رقمية تقدم استشارات إلكترونية وتصنيف للحالات الطبية، وتشخيصات، وإمكانية حجز المواعيد بنقرة زر واحدة، فضلاً عن الوصفات الطبية والسجلات الإلكترونية. وهذا البرنامج متاح مجانًا لخمسة وسبعين بالمائة من المواطنين

تعزيز الثقة

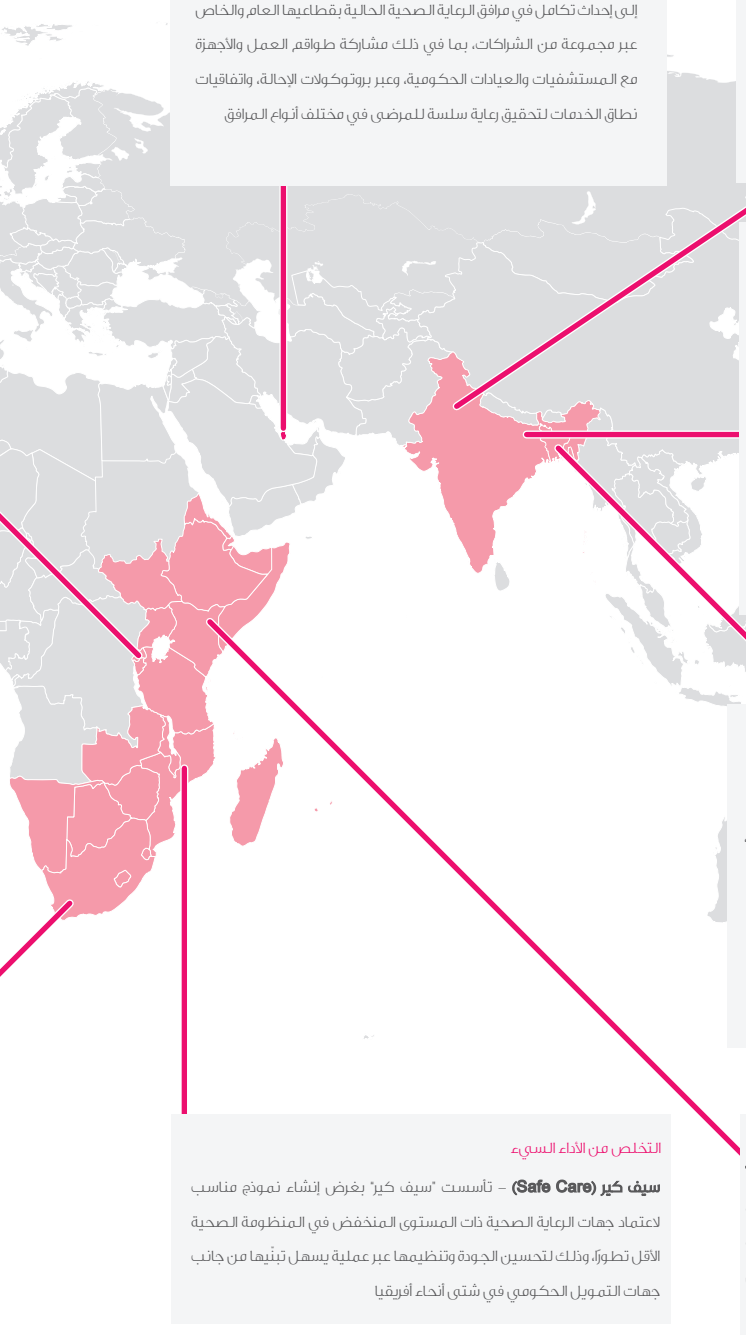
الرابطة الوطنية للمستشفيات الخاصة (ANAHP) – في خضم أزمة الثقة الجماهيرية في القادة السياسيين ورجال الأعمال أقدمت الرابطة الوطنية للمستشفيات الخاصة في البرازيل على نشر " الكتاب الأبيض" لدفع القطاع إلى مزيد من الشفافية وتعزيز بيئة تعاونية قوامها القيم المشتركة

الشراء الاستراتيجي

الصندوق الوطني للصحة (FONASA) – عمل على تطبيق مجموعة شاملة من الضمانات الخدمية التي يتعين على صناديق مكافحة الأمراض وجهات التأمين الخاصة اتباعها. ونظرًا للزيادة التي شهدتها القوة الشرائية للصندوق الوطني للصحة، فقد حرص على إنفاذ مجموعة معايير إضافية فيما يخص جهات الرعاية الصحية الخاصة (من ذلك مشاركة البيانات)

سلسلة المختبرات

مؤسسة جلوبال لبز (Global Labs) – جهة معنية بتقديم خدمات تشخيصية تستهدف سكان المناطق الريفية والأماكن التي تعاني نقصًا في الخدمات في جنوب أفريقيا وخارجها. وبفضل شبكة من قنوات معاينة المرضى والاستثمارات في الابتكار، بات من الممكن تقليل تكاليف الرعاية الصحية بشكل كبير. وقد انضمت مؤخرًا إلى مؤسسة نيوبيرج دياجنوستيكس (Neuberg Diag-nostics) وهي اتحاد متعدد الجنسيات لمقدمي الرعاية الصحية في خمسة بلدان مختلفة



الشراكات

سدرة للطب والمستشفى الأهلي – سعت جهات الرعاية الصحية الخاصة إلى إحداث تكامل في مرافق الرعاية الصحية الحالية بقطاعيها العام والخاص عبر مجموعة من الشراكات، بما في ذلك مشاركة طواقم العمل والأجهزة مع المستشفيات والعيادات الحكومية، وعبر بروتوكولات الإحالة، واتفاقيات نطاق الخدمات لتحقيق رعاية سلسة للمرضى في مختلف أنواع المرافق.

نماذج جديدة للرعاية

عيادات موهالا (Mohalla Clinics) – أحرز هذا النموذج توسعًا سريعًا في شبكة عيادات الرعاية الأولية التي تعمل بنظام Lean في ولاية نيودلهي بالهند، من خلال استخدام نموذج يجمع بين العام والخاص. وتسعى العديد من الولايات الهندية الأخرى إلى التعرف على هذا النموذج والإفادة منه وتطبيق نماذج مماثلة

مقدم الرعاية

مستشفيات أبوللو – تعد واحدة من أكبر سلاسل المستشفيات والعيادات والصيدليات في الهند. وقد اعتمدت في تأسيس عملها على المرضى الذين يتحملون تكاليف الرعاية بأنفسهم، وعليه ترى إدارة المجموعة في الخدمات الممولة حكوميًا خطوة مهمة لنموذج أعمالها ولتحقيق النمو مستقبلاً. وهناك شراكة حالية تضم 164 مركزًا حضريًا إلكترونيًا للرعاية الصحية في ولاية أندرا براديش، وتعمل مجموعة أبوللو في الوقت الراهن على إعادة هيكلة عروضها المقدمة للإدارات الحكومية للولايات لترتكز على أربعة محاور أساسية: رفاه السكان، والرعاية الصحية الريفية، والرعاية الصحية الحضرية، وخدمات المستشفيات

الصحة الرقمية

تيلينور هيلث (Telenor Health) – منصة رقمية للرعاية الصحية تضم أكثر من خمسة ملايين عضو من جميع أنحاء بنجلاديش. وتوفر خطًا هاتفيًا صحيًا بإشراف طبيب مختص على مدار الساعة طوال الأسبوع، علاوة على نظام توجيه للمرضى، وخصومات في ما يزيد على ١٧٠٠ جهة مدرجة من جهات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى معلومات خاصة بالرفاه والسلامة الشخصية. وقد انطلقت المنصة في بداية الأمر لتكون إحدى خدمات القيمة المضافة لمشتركي الهاتف بشركة جرامين فون، أما الآن فتسعى الشركة لاستكشاف آفاق الفرص المتاحة لتكييف منتجاتها ونموذج أعمالها لتصبح خدمة عامة مجانية تتولى الحكومة تمويلها.

الامتياز الاجتماعي

برنامج أسواق الأسهم الصحية الأفريقية (The African Health Markets for Equity Program) – تولى هذا البرنامج إنشاء منصة هدفها جمع وتدريب وتصنيف وإبرام التعاقدات مع الجهات العاملة في مجال الرعاية الصحية منخفضة التكلفة ومحدودة النطاق –لتحوّل بذلك السوق المجزأة المشتتة إلى شبكة مترابطة من جهات الرعاية الصحية الخاصة بما يسهّل على جهات التمويل العمل معها

التخلص من الأداء السيء

سيف كير (Safe Care) – تأسست "سيف كير" بغرض إنشاء نموذج مناسب لاعتماد جهات الرعاية الصحية ذات المستوى المنخفض في المنظومة الصحية الأقل تطورًا، وذلك لتحسين الجودة وتنظيمها عبر عملية يسهل تبنّيها من جانب جهات التمويل الحكومي في شتى أنحاء أفريقيا

ورغم أنه لا يوجد مسار مثالي لتوفير الظروف الملاءمة لقطاع خاص يتسم بالجاهزية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، فإن هذا التقرير يلقي الضوء على خمسة عناصر للبيئة المواتية. ويتم توضيح كل عنصر منها في ضوء دراسة حالة للوقوف على التقدم الفعلي في الواقع العملي حول العالم:

1 – التأكيد على مسألة التمويل الحكومي المستقبلي وشراء التغطية الصحية الشاملة للأفراد الأكثر فقرًا وضعفًا – ومتابعة التزامات التمويل.

2 – وضوح اتجاه الإصلاحات الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة والمطلوب من جهات الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص.

3 – تعزيز الثقة بين الأطراف المعنية في القطاعين العام والخاص عبر الشفافية واتخاذ الإجراءات اللازمة للتعامل مع المخاوف المشتركة على صعيد إبرام الشراكات والتعاون مع الحكومة.

4 – التخلص من ضعف أداء بعض جهات الرعاية الصحية باستخدام سياسة "العصا والجزرة".

5 – تشجيع النماذج الجديدة للرعاية الصحية والمشاركة في الاستثمار فيها، وكذا تشجيع الأطراف الجديدة المشاركة في السوق وخاصة في مجال الرعاية الأولية.

ويختتم التقرير بطرح ثلاثة حلول مقترحة من شأنها أن تساعد في الإسراع بوتيرة تعاون أكثر فاعلية بين القطاعين العام والخاص على نطاق واسع:

- شبكة عالمية من "المستثمرين في الصحة" مكرَّسة لتطوير مقاربات "جاهزة للتغطية الصحية الشاملة" بهدف تحديد الاستثمارات في شركات الرعاية الصحية الخاصة وإدارتها.
- خدمة الوساطة بهدف تحسين جودة الحوار بين مؤسسات القطاعين العام والخاص في البلدان الطامحة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، على أن تستضيفها مجموعة أو جهة دولية محايدة.
- ميثاق تعاون يكون بمثابة قائمة تقييم مرجعية لتحديد مدى جاهزية القطاعين العام والخاص في بلدٍ ما للعمل سويًا لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الجزء الأول: أهمية المواءمة بين تقديم الرعاية الصحية الخاصة والتغطية الصحية الشاملة

يتناول هذا التقرير مسألةً محورية تتعلق بكيفية إبرام شراكات طموحة موسعة بين القطاعين العام والخاص وتتسم بفعالية أكبر ويمكن تطويرها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. واتساقًا مع رسالة مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"، فإن الهدف هو إطلاق العنان للمبادرات والأفكار الجديدة، ومشاركة أحدث قصص الابتكار، والتركيز على الدروس الواقعية التي يمكن الإفادة منها في الواقع العملي في شتى أنحاء المعمورة.

التغطية الصحية الشاملة: أن يحصل كل الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون أن يتعرضوا لضائقة مالية عند سداد مقابلها. وينبغي تغطية جميع الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، (بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة. منظمة الصحة العالمية)

وعلى هذا الأساس، ورغم وجود طرق لا حصر لها يؤثر بها القطاع الخاص على الصحة، فإن هذا التقرير يركّز على توفير الخدمات –أي كيفية تقديم الرعاية والحصول عليها بطريقة تتواءم مع التغطية الصحية الشاملة– باعتبارها المجال الذي يحظى بالقدر الأكبر من التفكير الإبداعي.
وتشهد البحوث الحالية قدرًا كبيرًا من توافق الآراء على أن القطاع العام هو أفضل من يتولى حوكمة المنظومة الصحية وإدارتها. ([3,4,5,6]) (انظر شكل 1)

الشكل 1: نموذج لتضافر القطاعين العام والخاص في العديد من المنظومات الصحية

المصدر: جوليو فرنك، رئيس جامعة ميامي بالمكسيك، ووزير الصحة المكسيكي الأسبق

وهذا هو الحال أيضًا مع غالبية التمويل الصحي – الذي يُفضل أن يتم عبر أنظمة التمويل الحكومية الإلزامية – على نحو ما ورد في تقرير ويش السابق الذي حمل عنوان " توفير التغطية الصحية الشاملة: دليل إرشادي لصنّاع السياسات".[7] على الجانب المقابل، لا يكاد يكون هناك خلافٌ في أن القطاع الخاص في المجمل هو الجهة المثالية لإدارة عملية تصنيع المنتجات الصحية وتوفيرها (من ذلك على سبيل المثال الأدوية والأجهزة الطبية).[8]

لكن هذا لا ينفي وجود توافق محدود في الآراء يرى ضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية مجانًا أو بتكلفة منخفضة في إطار أنظمة تسعى إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وهنا تتعدد النماذج بقدر تعدد البلدان التي تتبنى التغطية الصحية الشاملة، حيث يسعى كل بلد لإحداث توازن مثالي بين المخاطر والتحكم، وتيسير التكلفة والابتكار، والمنافسة والاتساق.

وبفعل هذا التنوع، فإن الحكومات التي تسعى في الوقت الراهن لوضع استراتيجيات التغطية الصحية الشاملة تصطدم بمجموعة هائلة من الخيارات المعقدة حيال دور جهات الرعاية الصحية الخاصة، بما في ذلك:

- ما نوع الخدمات التي ينبغي شراؤها من جهات الرعاية الصحية الخاصة؟
- ما الجهة التي ينبغي (أو لا ينبغي) الشراء منها؟
- كيف يمكن توسيع نطاق الأنواع المناسبة من الرعاية، والتنفير من الخدمات ذات الجودة الرديئة والفائدة المتدنية؟
- كم الثمن الذي ينبغي دفعه وبموجب أية عقود؟
- متى ينبغي لجهات الرعاية الصحية الخاصة أن تتعاون مع القطاع العام، ومتى يكون التنافس مقبولاً؟

لا شك أن هذه القرارات ستترك أثرًا بالغًا وممتدًا على السعي قدمًا نحو التغطية الصحية الشاملة من الآن وحتى عام 2030.

هناك ثلاثة أسباب رئيسة تبيّن سرّ الأهمية البالغة للمواءمة بين القطاعين العام والخاص فيما يخص التغطية الصحية الشاملة.

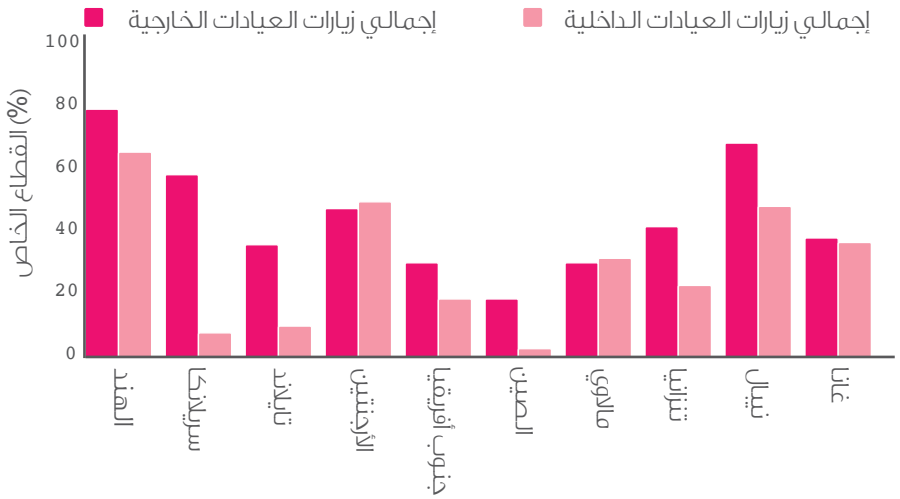
- حجم التحدي الهائل الذي تواجهه العديد من البلدان بشأن النواحي الفنية وتوفير الموارد اللازمة. فقد أظهر تحليل أجراه ستينبرج وزملاؤه لنحو 67 بلدًا من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وجود فجوة في الإنفاق الصحي السنوي تتراوح بين 274 و371 مليار دولار حتى يتسنى لهذه البلدان إحراز تقدم ملموس في تحقيق التزامات عام 2030 للتغطية الصحية الشاملة.[9] ووفقًا لتحليل أجرته منظمة الصحة العالمية مؤخرًا، هناك كذلك عجز بواقع 17 مليون شخص في القوة العاملة في قطاع الصحة على مستوى العالم (يشمل الأطباء وأفراد التمريض والقابلات) بحلول عام 2030، وبالأخص في آسيا وأفريقيا والشرق الأوسط.[10] وسوف تعاني معظم الحكومات لسدّ هذا العجز إذا ما عملت على ذلك لوحدها. وهنا تتجلى الحاجة إلى الاستثمار الخاص والخبرة في سدّ هذه الفجوة وإيجاد طرق أكثر فعالية من حيث التكلفة لتقديم المزيد من الخدمات بتكاليف أقل.

- الحجم الهائل لقطاع الخدمات الصحية الخاص، والذي لا يمكن للعديد من الحكومات تجاهله في إطار وضع الخطط الخاصة بالتغطية الشاملة بحلول عام 2030. وكما يوضح الشكل (2) فإن القطاع الخاص يساهم بنسبة كبيرة في رعاية المرضى في كثير من المنظومات الصحية الكبرى.[11] فقد خلُصت دراسة منفصلة شملت مسحًا لسبعة وسبعين بلدًا من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل على مدار 25 عامًا، إلى أن ما يزيد على خمسين في المائة من الأشخاص يلجأون إلى جهات الرعاية الصحية الخاصة في المقام الأول للحصول على الرعاية الأساسية.[12]

- فضّلت العديد من البلدان التي تحتل صدارة التغطية الصحية الشاملة تماشيًا مع التزامات أهداف التنمية المستدامة، النماذجَ التي تعكس اعتمادًا كبيرًا في المستقبل على قطاع الرعاية الصحية الخاص. وهنا، تشكل برامج التأمين الصحي حجرَ الزاوية في إصلاحات التغطية الصحية الشاملة التي يجري تنفيذها في مصر والهند وكينيا وجنوب أفريقيا وإندونيسيا والعديد من البلدان الأخرى –مع وجود نية واضحة لدى أغلبيتها لشراء الخدمات الصحية الممولة حكوميًا من قطاع الرعاية الصحية الخاص نيابةً عن المرضى والمواطنين، وبخاصة الأكثر ضعفًا منهم.

وحتى في البلدان التي تتجه لنماذج بديلة للتأمين الصحي الوطني فهناك نمو قوي في حجم وعدد الشراكات التي يتم إبرامها في مجال الرعاية الصحية بين القطاعين العام والخاص. فقد بيّن تحليلٌ أجرته مؤسسة KPMG عام 2017 أن معدلات النمو القوية في سوق الرعاية الصحية لشراكات القطاعين العام والخاص، بدأت تنتقل من الأنظمة الأوروبية المتقدمة إلى آسيا وأمريكا اللاتينية وأفريقيا.[13]

الشكل 2: حصة القطاع الخاص من الزيارات العلاجية بحسب البلدان



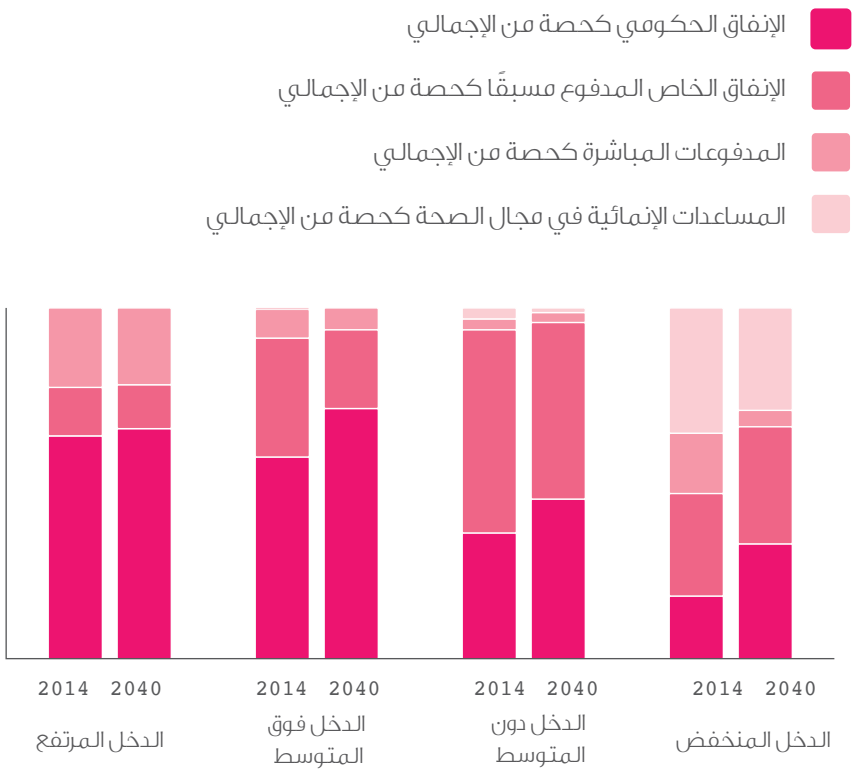
المصدر: Macintosh M et al. (2016)[14]

وبهذا الزخم، فإن من الضروري تنسيق دور القطاع الخاص في تحقيق طموحات البلدان في التغطية الصحية الشاملة على نحو مناسب. وهنا يمكن أن تؤدي المواءمة الصحيحة إلى الإسراع بوتيرة الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة من خلال توفير القدرات اللازمة والاستثمار والابتكار والخبرة؛ وغياب هذه المواءمة ينجم عنه خطر شراء رعاية صحية متدنية القيمة المادية، أو الدخول في شراكات غير مستدامة، أو التربّح مما يؤدي إلى عرقلة الوصول إلى هدف الصحة للجميع.

بلغ الزخم السياسي وراء التغطية الصحية الشاملة ذروته. وها هي الحكومات من شتى أنحاء العالم تتعهد بالتزامات مالية كبرى لتحقيق التغطية الشاملة، كما أدرك العديد من قادة البلدان أهميتها السياسية لصناديق الاقتراع. وفيما يخص قطاع الرعاية الصحية الخاص فهذا الأمر يمثل تحدياً وفرصة في الوقت ذاته. ومنشأ التحدي هو الانخفاض في نسبة المرضى الذين يتحملون تكاليف الرعاية الصحية بأنفسهم أو يغطيها تأمين خاص، والذي ينجم عن وجود برامج تغطية صحية شاملة متميزة تمولها الحكومات. وكما يوضح الشكل (3) فإن حصة الإنفاق الصحي المتحصلة من إيرادات المدفوعات المباشرة والمصادر الخاصة المدفوعة مسبقًا يُتوقع لها أن تنخفض في البلدان على اختلاف مستويات الدخل خلال العقدين القادمين، باستثناء المدفوعات المباشرة في البلدان منخفضة الدخل إذ تظل ثابتة. وهذا في حد ذاته أمراً جيداً فيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة، ولكنه يمثل في الوقت ذاته تحدياً لغالبية مقدمي الرعاية الصحية في الأسواق الناشئة التي تشكل فيها المدفوعات المباشرة والتأمين الخاص الغالبيةَ العظمى من الإيرادات.

وعلى الصعيد الإيجابي، فإن هذا النمو الأقوى نسبيًا الذي يشهده الإنفاق الحكومي يمثل فرصة غير مسبوقة؛ إذ من الممكن أن تكون برامج التغطية الصحية الشاملة الوطنية ضخمة من حيث الحجم والإنفاق: فقد وجد البنك الدولي في تحليل أجراه وشمل أربعة وعشرين من إصلاحات التغطية الصحية الشاملة في البلدان النامية أن متوسط الإنفاق السنوي على البرامج الوطنية بلغ نسبة (1,4) بالمائة من إجمالي الناتج المحلي لهذه البلدان، ووصل إلى (6,8) بالمائة في بعضها.[15]

الشكل 3 : إجمالي الإنفاق الصحي المتوقع بحسب المصدر[16]



المصدر: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2017[17])

تتميز برامج التغطية الصحية الشاملة الممولة حكوميًا على نطاق واسع بالقدرة على خلق أسواق جديدة تمامًا للرعاية الصحية. ففي إندونيسيا على سبيل المثال، تم إطلاق برنامج التأمين الصحي الوطني المعروف باسم Jaminan Kesehatan Nasional - JKN عام 2014 كجهة شراء لخدمات الرعاية الصحية الأساسية والثانوية والرعاية المتخصصة ورعاية القطاع الثالث لصالح المواطنين. وبحلول عام 2016 اتجه ما يزيد عن نصف المستشفيات الخاصة في البلاد إلى تقديم خدمات التأمين الصحي الوطني (JKN)، وتم توجيه ما يقرب من 60 في المائة من ميزانية المستشفيات التي تقدر بـ 6 مليارات دولار لصالح هذه المؤسسات بهدف تقديم الخدمات الصحية مجانًا ضمن مشروع التأمين الصحي الوطني (JKN):[18]

تحديد الفرص: ما الذي تريده جهات التمويل الحكومي من جهات الرعاية الصحية الخاصة؟

سيتعين على جهات الرعاية الصحية الخاصة الساعية لاقتناص فرص الرعاية الصحية الممولة حكوميًا التكيفُ مع الأولويات المختلفة لجهات التمويل الحكومي، وتطويع نماذج تقديم الخدمات تبعًا لذلك.

فقد كشفت المقابلات الشخصية التي أُجريت في إطار هذه الدراسة مع عدد من مؤسسات التمويل الحكومي الضخمة في غانا وكينيا والمغرب وإندونيسيا وتشيلي والهند، أنه بالتطلع إلى التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 سوف تختلف قرارات الشراء المستقبلية عما يجري التركيز عليه حاليًا في السوق المحلية الخاصة. وتوقعت هذه المؤسسات أن يقل التركيز على نواحي البنية التحتية والرعاية العَرَضية، والاهتمام بدلاً من ذلك بالنواحي التي تحتاج بشكل كبير إلى أفكار جديدة وخبرات واستثمارات. ويشمل هذا: المسارات المتكاملة للرعاية، داخل المستشفى وخارجها، والرعاية الأولية في المناطق الريفية وكذلك المناطق التي تعاني نقصًا في الخدمات، فضلاً عن الابتكار في الرعاية الصحية الرقمية.

الشكل 4: حالات عدم الاتساق بين جهات التمويل الحكومي ومقدمي الرعاية الصحية في التغطية الصحية الشاملة

بالنسبة لهذه المجالات، فسوف تكون الأولوية لامتلاك القدرة على علاج أكبر عدد ممكن من المرضى وضمان أعلى مستوى من الاتساق في جودة الرعاية عبر توحيد المعايير. وببساطة لن يتوفر لنماذج الشراء صغيرة الحجم الانتشار المناسب الذي يجعلها تستحق العناء في سباق الوصول لملايين الأشخاص.

وتتجلى الفجوة عند مقارنة هذا الطلب المتوقع بنظرة الأشخاص الذين أجريت معهم المقابلات الشخصية للقطاع الخاص الحالي في منظوماتهم الصحية، ووصفهم له بالتجزؤ ومحدودية النطاق والرعاية العرضية المبالغ في سعرها أو التي لا يمكن الاعتماد عليها بشكل كبير. وهذه الحال من انعدام الاتساق والمواءمة تعكس إخفاق القطاع الخاص حاليًا في تلبية الاحتياجات الصحية لقاعدة الهرم في العديد من البلدان. كما يتضح من ذلك صعوبةُ التكيف مع مستقبل قريب تتجه فيه جهات التمويل الحكومي في العديد من الأسواق إلى زيادة الإقدام على شراء الخدمات الجاهزة للتغطية الصحية الشاملة وزيادة المهارات والموارد اللازمة لذلك.

"لا يمكننا شراء الخدمات التي نريدها لعدم توافرها؛ فمع أننا نعيش في بلد كبير ومتنوع به العديد من الجزر، إلا أن الاستثمار الخاص ينحصر في المدن الكبرى."
عاتكة أدياس، باحث أول، وزارة الصحة الإندونيسية

"ندرك أن القطاع الخاص ليس مؤسسة خيرية، وإنما تحركه الرغبة في الربح. وجلّ ما نريده أن نرى تركيزًا على نطاق الرعاية بأكمله –من الوقاية والتشخيص والرعاية الأولية– لكننا كحكومة نحتاج إلى تقديم الحوافز المناسبة لهم لضمان استجابتهم."
جوليا أوكو، أخصائية في اقتصاديات الصحة، الصندوق الوطني لتأمين المستشفيات الوطنية، كينيا

أقرّت جميع جهات التمويل الحكومي المشاركة في هذا التقرير بلا استثناء بأن الإخفاق الحالي من جانب القطاع الخاص في تلبية هذه المتطلبات لم ينجم عن إشارات سوقية غير واضحة من جانب الممولين بقدر ما هو خطأ من جانب مقدمي الرعاية. ومع ذلك، فإن حجم الشراء الحكومي المخطط له ضمن منظومة التغطية الصحية الشاملة معناه أنه قد بات لديهم الفرصة الآن لخلق مزيد من الأسواق الجاذبة التي تتمركز حول الأهداف الصحية ذات الأولوية. وقد خططوا لتحقيق هذا الأمر من خلال ثلاث طرق:

- توفير حزمة خدمات وأسعار موحدة تسري على جميع المستويات الاقتصادية الاجتماعية تحفيز الرعاية.
- القائمة على الأدلة ودمج الفئات الأكثر ضعفًا أو التي يصعب الوصول إليها في خدمات الرعاية الصحية
- تقديم والضمانات حول نطاق الخدمات والأعداد الكبيرة للمرضى.
- فرض معايير الجودة والإبلاغ التي تكافئ خدمات الرعاية عالية القيمة المقدمة من جهات الرعاية الصحية الخاصة.

هل يستجيب القطاع الخاص؟

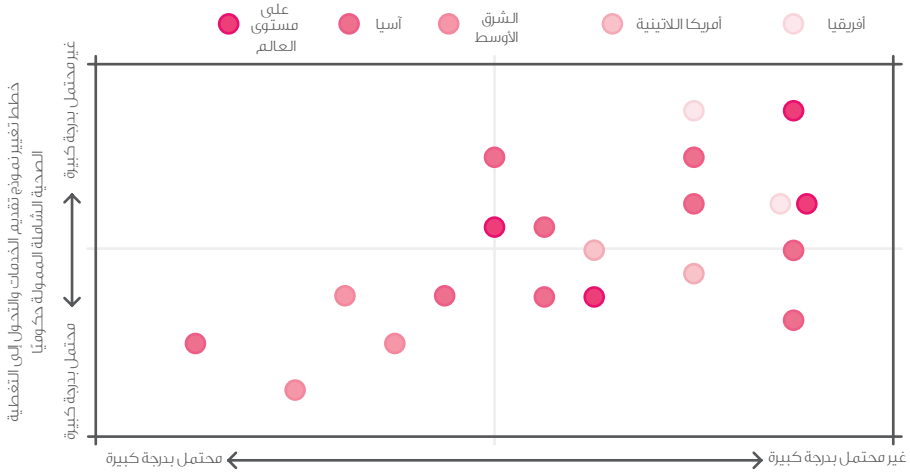
إن الأدلة التي خرجنا بها من المقابلات الشخصية مع جهات التمويل، وكذلك الاتجاهات الحالية في التمويل الصحي، تشير إلى وجود فرصة متنامية أمام مقدمي الرعاية الصحية الخاصة لتقديم خدمات ممولة حكوميًا على نطاق شامل في إطار منظومة التغطية الصحية الشاملة.

صُمم الاستبيان لتقييم مدى جاهزية مؤسسات القطاع الخاص القائمة بالفعل في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل للاستفادة من هذه السوق، وتواصل الفريق البحثي مع أربع وعشرين من كبرى سلاسل المستشفيات والعيادات الخاصة في العالم والعاملة في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل وقد تجاوب عشرون منها (أي بمعدل استجابة 83 في المائة).

وتمثل الجهات التي استجابت للفريق البحثي مزيجًا من السلاسل متعددة الجنسيات للرعاية الخارجية ورعاية المرضى الداخليين، وتمتلك معًا ما يزيد على 500 مستشفى و7000 عيادة أو مختبر في 40 بلدًا من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وتميل نماذج العمل القائمة هذه إلى حد كبير صوب المرضى الذين يتحملون تكاليف الرعاية الصحية بأنفسهم (أي المدفوعات المباشرة)، وقد أعربت 15 جهة من المشاركين في أن هذا يشكل الحصة الأكبر من العائدات. كما بيّنت أربع جهات أن مؤسسات التأمين الخاصة هي الممول الرئيسي لها، في حين ذكرت جهة واحدة اعتمادها على التمويل الحكومي.

توحي الصورة الكليّة بأن غالبية كبرى جهات الرعاية الصحية الخاصة ليست على استعداد بعد لاغتنام الفرص المحتملة للتغطية الصحية الشاملة الممولة حكوميًا. وحين طُرح عليها سؤال حول خططها لتغيير نموذج عملها للتعاون مع الحكومة، جاء ردُّ تسع منها بـ "موافق" أو "موافق بشدة" على مقياس خماسي النقاط، في حين أضاف نصفُ هؤلاء فقط أنهم يخططون لتغيير أنواع الخدمات التي يقدمونها نتيجةً لذلك (ومنها على سبيل المثال تقديم رعاية أكبر للمرضى من المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، أو للمرضى الذين يعيشون في الأرياف).

الشكل 5: توقعات مقدمي الرعاية الصحية متعددي الجنسيات بشأن تغيير نماذج العمل استجابة للتغطية الصحية الشاملة



كما يوضح الشكل (5) فإن ما يقرب من ربع المؤسسات المشاركة في الاستبيان يمكن تصنيفها كجهات عازمة على إجراء تحول كبير في نماذج العمل وتقديم الخدمات لديها لتقدم التغطية الصحية الشاملة الممولة حكوميًا (الربع العلوي الأيسر)، في حين أن الربع الآخر ليس لديه النيّة لتغيير نماذج العمل أو تقديم الخدمات. أما النصف المتبقي فيُظهر نيّة ما للتعاون مع الحكومة دون تغيير في أسلوب تقديم الرعاية الصحية، أو لتغيير طريقة تقديم الرعاية دون البحث عن تمويل حكومي.

دور مجتمع المستثمرين

تشير نتائج الاستبيان إلى احتمال وجود فجوات متنامية في السوق فيما يخص الرعاية الصحية الممولة حكوميًا والتي يقدمها القطاع الخاص في البلدان الساعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويمكن الاستفادة من هذه الفرص من خلال:

- جهات الرعاية القائمة بالفعل ممن لديها القدرة على تطوير أنظمة تعتمد على مقدار أقل من العمليات التشغيلية.
- جهات صغيرة لتقديم الرعاية الصحية الجاهزة للتغطية الصحية الشاملة، تطمح للتوسع.
- أطراف لا علاقة لها بالمجال الصحي تدخل قطاع الصحة.

وفي الحالات الثلاث، فإن لمجتمع المستثمرين دور مهم. وينبغي لجميع المستثمرين في الرعاية الصحية، سواء الساعين وراء الربح فقط أو من يدمجون الأبعاد الاجتماعية، الانتباه للمعايير الأساسية التي يتعين على جهات الرعاية الخاصة التقيد بها. ويتضمن هذا تقديم رعاية آمنة، وعدم الإفراط في علاج المرضى أو المبالغة في تكلفة العلاج. وهذا هو الحد الأدنى، لكنه بعيد كلَّ البعد عن كل ما تفكر فيه جهات الرعاية الصحية الخاصة ومستثمروها عند دراسة الأثر. وقد أظهرت المقابلات الشخصية التي أجريت مع جهات التمويل الحكومي في إطار هذه الدراسة، مجموعةً متنوعة من الطرق التي بدت من خلالها جهاتُ الرعاية الخاصة غيرَ متعاونةٍ في سعي حكومات بلدانها لتطبيق التغطية الصحية الشاملة.

توصلت دراسة أجرتها امبريال كوليدج لندن ومجموعة استثمارات CDC ، إلى أنه "لا يمكن الاقتصار في تقييم جهات الرعاية الصحية الخاصة على مدى الكفاءة في رعاية المرضى؛ إذ لا بد من مراعاة تأثيرها على المنظومة الصحية كلها، والذي عادة ما يكون ضعيفًا في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، فضلاً عن النتائج الإيجابية للنظام الصحي بأكمله في أي استثمار".[19]

رؤى جهات التمويل الحكومي حول عقبات التعاقد مع جهات الرعاية الصحية الخاصة

ما الذي سمعناه من الحكومات؟

"يجمع القطاع الخاص البيانات لاتخاذ القرارات المتعلقة بالأموال، وقلّما يستثمر تلك البيانات في تحسين الخدمات."

"ينظر القطاع الخاص للوائح التنظيمية على أنها مصدر إزعاج."

"يلاحظ وجود زيادة في الطلب مصدرها مقدمو الرعاية أنفسهم، حيث زادت لديهم معدلات إشغال الأسِرّة، والتي استفاد فيها القطاع الخاص من مشاركة التأمين الصحي الوطني لكن في الوقت ذاته تقلقنا معدلات إقامة المرضى في المستشفيات."

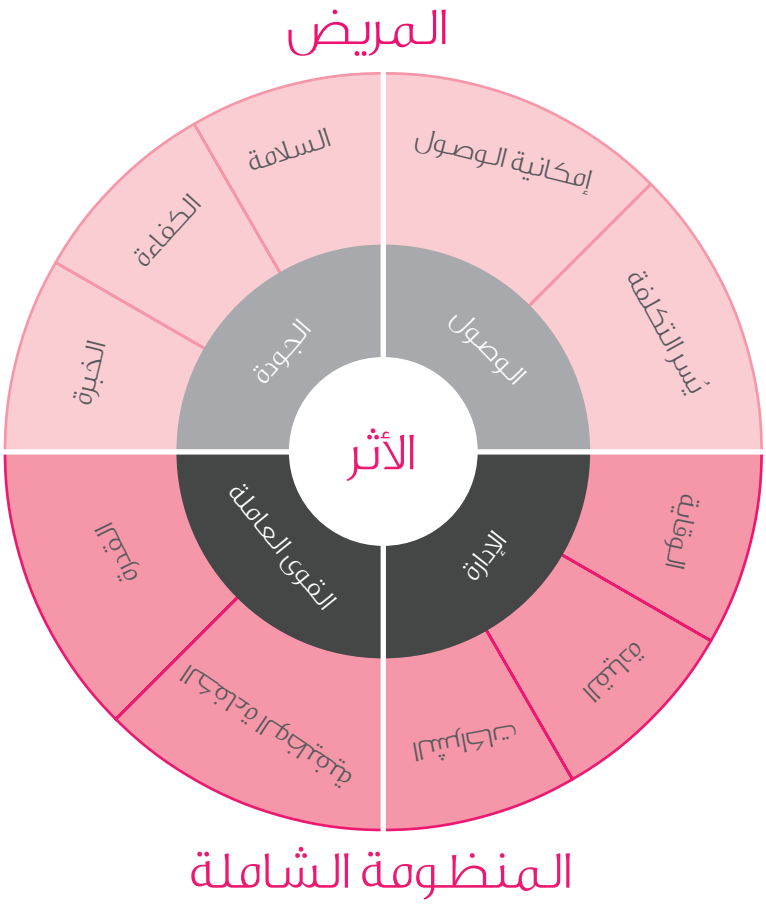
"كمشترٍ للخدمات الصحية لا أتحكم في المبلغ الذي سيطالبون المشتركين في مؤسستي بدفعه."

"تنتشر المستشفيات بكثرة في كل مكان؛ فمن السهل على المعنيين تأسيسها ثم الافتراض ببساطة بأن الحكومة ستعترف بها في حين أنهم نادرًا ما يجتهدون لمعرفة ما نحتاجه حقًا."

"للقطاع الخاص أجندته، ولذلك حين يجتمع ممثلوه معًا يكون لكل منهم موقف مسبق، وتكون النتيجة عدم إفساح مساحة كافية للحوار وبالتالي الاضطرار في غالب الأحيان للاستعانة بوسطاء يعملون على تيسيره."

يوضح الشكل (6) إطار العمل الذي انبثق من هذا البحث.[20] ويشمل جودة الرعاية وإمكانية وصول المرضى للخدمات الصحية، فضلاً عن أثر المنظومة الصحية كلها على جهات الرعاية الصحية الخاصة، بما في ذلك تحديد ما إذا كانوا يستثمرون تمامًا القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية في عموم البلاد، ومدى إسهامهم في جهود الصحة العامة.

الشكل 6: إطار الأثر الصحي



المصدر: معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إمبريال كوليدج لندن (2017)

وللمطالبة بأي مستوى من المواءمة أو الإسهام في التغطية الصحية الشاملة، يتعين على جهات الرعاية الصحية الخاصة ومستثمريها التفكير بعمق فيما لهم من أثر في ضوء الإطار الموضح في الشكل (6). وهذا من شأنه أن يعود بفائدتين كبيرتين على التغطية الصحية الشاملة: الأولى تتمثل في تشجيع جهات الرعاية الصحية القائمة على دراسة أثرها على المنظومة الصحية ككل وأهدافها دراسةً متعمقة؛ وأما الثانية فتتمثل في زيادة جذب جهات الرعاية الصغيرة المستعدة للتغطية الصحية الشاملة، وبالتالي تغدو الشركات ذات المسؤولية الأكبر قادرةً على جذب مزيد من الاستثمار والدعم. وفي حين أن الاهتمام بهذه المقاربات يشهد تناميًا، لا يتاح في الوقت الحالي سوى فرص محدودة لمشاركة الدروس المستفادة والمقاربات الناجحة في أوساط مجتمع المستثمرين على الصعيد العالمي (انظر الجزء الرابع حلول مقترحة).

دراسات حالة مبتكرة: جهات الرعاية الصحية الخاصة تستعد لاغتنام "فرص "الصحة للجميع

يستعرض هذا الجزء دراسات حالة لعدد من جهات الرعاية الصحية الخاصة في إطار استعدادها لتصبح "جاهزة للتغطية الصحية الشاملة" من خلال تغيير نماذج العمل وتقديم الخدمات وحجمها لتلبية متطلبات فرص "الصحة للجميع". وتشمل هذه الجهات شركات الاتصالات، وكبرى سلاسل المختبرات، ومقدمي الرعاية الخاصة، وشراكات بين مؤسسات القطاعين العام والخاص. ومع أنه ليس هناك من يدّعي إتمام هذه الرحلة بالفعل، إلا أن قصصهم تمثل الاستراتيجيات والتحديات التي تواجه جهات الرعاية الصحية الخاصة عند الاستثمار في فرص التغطية الصحية الشاملة وأرباحها.

1 تيلينور هيلث (Telenor Health) – بنجلاديش

تعد "تيلينور" واحدة من أضخم شبكات اتصال الهاتف المحمول في العالم، إذ يبلغ إجمالي عدد المشتركين لديها 173 مليون شخص في عدد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وتمثل الرعاية الصحية جزءًا أساسيًا من استراتيجية المؤسسة لمواصلة توسيع خدماتها في الأسواق الناشئة. وقد أدى هذا إلى إقامة شركة ناشئة داخلية في عام 2015 هي شركة تيلينور هيلث.

طرحت تيلينور هيلث أول منتج لها تحت اسم تونيك (Tonic)، وهو عبارة عن منصة رقمية للرعاية الصحية انطلقت في بنجلاديش عام 2016 ويبلغ عدد أعضائها في الوقت الحالي 5 مليون شخص في جميع أنحاء البلاد. ويتألف تونيك من ست خدمات أساسية مقدمة مجانًا لجميع حاملي البطاقات الهاتفية الخاصة بشركة جرامين فون:

1. خط هاتفي صحي بإشراف طبيب مختص، مزود بوظيفة المحادثة الإلكترونية القائمة على الذكاء الاصطناعي، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.
2. خصومات تصل إلى 30 في المائة للحصول على الرعاية الصحية لدى أكثر من ألفي جهة من جهات الرعاية الصحية.
3. تأمين نقدي في المستشفيات بقيمة تصل حتى 30 دولارًا أمريكيًا يتم دفعها في حال إقامة المريض بالمستشفى.
4. سجل صحي شخصي محمول بالكامل.
5. نظام توجيه يرشد المريض لأفضل مكان لتلقي الرعاية الصحية في البلاد، فضلاً عن تقييم تجربتهم على الإنترنت.
6. محتوى صحي مخصص يتوافق مع اهتمامات الشخص وتفاعله، ويقدم المعلومات والتنبيهات المتعلقة بصحته.

في غضون عامٍ واحد أصبحت هذه المنصة أكبر جهة للتأمين الصحي الاختياري في بنجلاديش من حيث عدد الأفراد المشتركين، وكذلك أكبر مزود لخدمات التطبيب عن بعد. وتعزو الشركة نجاحها إلى الجمع بين عدة أمور هي الملاءمة، والطلب الشعبي القائم على المعلومات الصحية المعتمدة، ووجود عملاء على وعي بالقيمة ويطلبون المساعدة في تحمل تكاليف الرعاية الصحية.

أما على صعيد الخطط المستقبلية فتضع تيلينور في الوقت الحالي خطة نمو لتوسيع أعمالها، سواءً في إطار الأثر العالمي لمؤسسة تيلينور أو خارجه. ويشمل هذا تحويل منصة تونيك إلى خدمة ممولة حكوميًا يمكن تقديمها مجانًا باعتبارها "بوابة رقمية رئيسية" لاستراتيجيات التغطية الصحية الشاملة الحكومية.

"هو أسرع وسيلة لتعظيم أثرنا والمساعدة في سدّ هذه الفجوات. ولذلك نسعى حاليًا للتعاون مع وزارات الصحة لاستخدام منصتنا في تحقيق استدامة مالية أكبر للتغطية الصحية الشاملة، وفي الوقت ذاته تحسين تجارب المرضى والنتائج الصحية للسكان."

ماثيو جيلفورد، رئيس عمليات النمو التنفيذية في تيلينور هيلث

إن التحول من خدمة عملاء ذات قيمة مضافة إلى خدمة حكومية ليس أمرًا هيّنًا ميسورًا بالنسبة لمشتركي تيلينور، ومع ذلك فإن "أحد التحديات الكبرى في استكمال هذا النوع من الشراكات بين القطاعين العام والخاص بالنسبة للتغطية الصحية الشاملة يتمثل في إرساء مبررات منطقية للحكومات تدفعها للاستثمار" على حد قول جيلفورد. ويضيف في هذا الشأن ويقول:

"إننا بحاجة إلى تقديم الأدلة التي تثبت أن المنصات الرقمية باستطاعتها زيادة وصول المرضى للخدمات وتخفيض التكلفة، لكن ثمّة خطر قائم يتمثل في تفويت اللحظة المناسبة التي يمكن فيها لهذه الحلول أن تحظى بأكبر أثر تحفيزي ممكن. وهذا التوازن أمرٌ لا بد من العمل الجاد مع الحكومات لتحقيقه"

2 جلوبال لابز (Global Labs) – جنوب أفريقيا

تأسست جلوبال لابز سنة 2002 خلال تفشي وباء فيروس نقص المناعة المكتسب/الإيدز لتصبح واحدة من أسرع مقدمي الخدمات العلاجية نموًا في أفريقيا. وتضم 400 فرد يعملون في جميع أنحاء جنوب أفريقيا، وتغطي عملياتها نيجيريا وبتسوانا وناميبيا ومالاوي وزيمبابوي.

تبنت المؤسسة استراتيجيةً تستهدف سكان المناطق الريفية ومراكز الرعاية الأولية في عدد من مناطق جنوب أفريقيا التي تعاني نقصًا في الخدمات. ويتضمن نموذج العمل الخاص بها الدخول المبدئي إلى سوق محلية عبر عقود ضخمة للتجارب السريرية. ومن بين عملائها: منظمة أطباء بلا حدود، ومركز أبحاث برنامج مكافحة الإيدز في جنوب أفريقيا (CAPRISA)، ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها. ويوفر هذا قاعدة دخل مستقرة يمكن أن ينبثق منها عمل تجاري ضخم مع الأطباء والمستشفيات والمرضى بشكل مباشر.

عملت جلوبال لابز جاهدةً لتخفيض التكاليف قدر الإمكان دون أن يؤثر ذلك على الجودة، وذلك عبر:

- استهداف مراكز الرعاية الأولية المشغولة بأعداد هائلة من المرضى – لتعويض هوامش الربح المنخفضة عبر توسيع نطاق الخدمات
- توحيد إجراءات الفحص والاختبار لإتاحة الفرصة لإنهاء أكبر قدر ممكن من العمل على يد التقنيين الطبيين بدلاً من الاستعانة بأخصائيي علم الأمراض من ذوي التكلفة الباهظة
- إنشاء نظام محوري للدعم اللوجيستي يقلّل من البنية الأساسية الثابتة
- إطلاق تطبيق للأطباء يتيح إظهار النتائج في الحال دون استعمال الورق
- الاستثمار في ابتكارات المنتجات، بما في ذلك فحوصات بقع الدم الجافة التي يمكن للمرضى أخذ عيّناتها وإرسالها بالبريد، فضلاً عن التصنيع المحلي للمواد الاستهلاكية الشائعة التي كانت هناك حاجة لاستيرادها في السابق.

وبفضل إدراك الفجوات القائمة في النموذج التقليدي لتقديم الخدمات في العديد من المجتمعات، فقد تضمن نموذج توفير الخدمات لدى جلوبال لابز عددًا كبيرًا من قنوات معاينة المرضى. وتتضمن هذه مواقعَ الفحص الفورية، والزيارات المنزلية، ووضع عدد من طواقم التمريض التابع لهم في بعض العيادات.

على الجانب الآخر، عقدت المؤسسة بالفعل مجموعة من الشراكات مع حكومة جنوب أفريقيا لتقديم الخدمات لصالح الجمهور. ويشمل ذلك تقديم برامج تدريب ممولة حكوميًا للتقنيين الطبيين، وإنشاء عيادات متحركة جديدة لخدمة المناطق الريفية، بالإضافة إلى توفير خدمات تشخيص الأمراض (الباثولوجيا) لفائدة المختبر الصحي الوطني عند حاجته إلى دعم إضافي.

وفي هذا الصدد توضح الدكتورة لورنا مادوراي، مؤسس الشركة ومديرها التنفيذي، أن عقد شراكات مع القطاع العام لتوفير الخدمات العلاجية على نطاق واسع في المجتمع والمستشفيات عنصر أساسي في استراتيجية الشركة للنمو مستقبلاً:

"إن الحكومات، سواء على مستوى جنوب أفريقيا أو على مستوى القارة كلها، باتت تدرك أن القطاع الخاص بإمكانه أن يكون شريكًا رائعًا في تقديم التغطية الصحية الشاملة على نطاق واسع وبشكل متسق – وفي حالاتٍ مثل حالتنا بسعر أرخص عما يمكن أن يقدمه القطاع العام منفردًا."

ومع ذلك تبيّن الدكتورة لورنا أن شركتها تتطلع لتطوير نموذج عمل مختلف جدًا يكون جزءًا من خطة النمو الخمسية للتوسع والوصول إلى أسواق أخرى في البلدان الأفريقية الواقعة جنوبي الصحراء الكبرى.

"تدرك الاستياء الناجم عن دخول شركات أجنبية واستنزافها للموارد في الاقتصاديات الأقل تقدماً. بالنسبة للأسواق التي نبحث عنها فإن الأجهزة دائمًا ما تكون في حالة جيدة جدًا لكن المهارات غير موجودة والأسعار المحلية مرتفعة جدًا، وقد تصل أحيانًا إلى 300 في المائة مقارنة بالسعر الذي يمكن أن نطلبه. ولذلك ندخل تلك الأسواق إما عبر النموذج التقليدي للاستحواذ على الخدمات أو عبر استراتيجية جديدة في مجالات صحية غير مطروقة وكسب المال في وقت قصير، ولكننا لا نعتبر ذلك إنجازًا مثيرًا، فضلاً عن أنه أسلوب غير مستدام. نحن نودّ بدلاً من ذلك أن نستثمر في تدريب جهات الرعاية الصحية المحلية لتحسين كفاءة عملها وجودة خدماتها، ولذلك رسمنا لأنفسنا دورًا طويل الأمد على صعيدين وهما، ضمان الجودة وأن نكون مختبرًا مرجعيًا لهذه البلدان. ولدينا رهان في أننا لو استطعنا التركيز على العطاء، فسوف تصير الأمور إلى الأفضل بالنسبة للبلاد، وبالنسبة لنا أيضًا من المنظور التجاري على المدى البعيد."

ومؤخرًا نجحت مؤسسة نيوبيرج دياجنوستيكس (Neuberg Diagnostics) ، وهي سلسلة متعددة الجنسيات تشكلت حديثًا من مقدمي الخدمات العلاجية في خمسة بلدان مختلفة من بينها الهند وسريلانكا والإمارات العربية المتحدة، في الاستحواذ على حصة قدرها 70 في المائة في جلوبال لابز. وسوف يصنع هذا الاتحاد الجديد اسمًا تجاريًا عالميًا موحدًا لمقدمي الخدمات العلاجية بتكلفة معقولة. وهذه الصفقة معناها ضخ رأس مال كبير، في إطار سعي المجموعة لاستخدام هذا المال في تمويل عمليات التوسع في أفريقيا علاوةً على الاستثمار في تعزيز الكفاءة .

3 مستشفيات أبوللو (Apollo Hospitals) ـ الهند

تعد مجموعة مستشفيات أبوللو واحدة من أضخم سلاسل مقدمي الرعاية الصحية الخاصة في الهند، ولها أكثر من 69 مستشفى وما يزيد على ١٠٠ عيادة رعاية أولية و3000 صيدلية، ومنصة رعاية صحية رقمية في أنحاء البلاد. وقد تشكل نموذج أعمال المجموعة في الأساس من المرضى الذين يتحملون نفقات علاجهم الخاصة، ولها سجل قوي من الابتكارات الساعية بشكل مستمر لتخفيض تكاليف الرعاية.

على صعيد استراتيجية العمل المستقبلية في الهند فإن رؤساء المجموعة واضحون في ضرورة تغيير هذا الأمر. تقول الدكتورة بريثا ريدي، نائب الرئيس التنفيذي للمجموعة "تسير الهند نحو التغطية الصحية الشاملة بخطى بطيئة لكنها أكيدة". وتتابع :

"مع الإعلان عن بعثة الحماية الصحية الوطنية، سعت الحكومة للتأكيد مجددًا على دورها باعتبارها المسؤولة عن الصحة للجميع في الهند، وخاصة السكان الذين يواجهون صعوبات مالية. وهنا تكمن رسالتنا في توفير رعاية صحية ميسورة التكلفة للجميع بصرف النظر عن قدرتهم على تحمل التكاليف، وانسجامًا مع هذه الرسالة نسعى في الوقت الحالي لإبرام شراكات جديدة مع قطاع الصحة الحكومي في البلاد."

وقد نجحت أبوللو بالفعل في إقامة شراكة ضخمة بين القطاعين العام والخاص لتقديم الرعاية الأولية. فمنذ أكتوبر 2016 افتتحت 164 مركزًا حضريًا إلكترونيًا للرعاية الصحية الأولية لخدمة فقراء المناطق الحضرية في تسع مقاطعات في ولاية أندرا براديش. ويوجد بكل مركز طبيب عام وممرضتان وفني مختبر ومسؤول تكنولوجيا المعلومات ومساعد عام. ويرتبط كل مركز عن طريق الفيديو بالأخصائيين في مستشفيات أبوللو القريبة لتقديم الاستشارات الطبية عن بعد. ويحصل المرضى على جميع الخدمات بما في ذلك الوصفات الطبية) مجانًا، وتتولى حكومة الولاية دفع هذه النفقات عبر هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHM) .

وقد حظيت المراكز الحضرية الإلكترونية للرعاية الصحية الأولية بإقبال جماهيري، فقدمت ما يزيد على 5 مليون استشارة (من بينها 400 ألف استشارة إلكترونية عن بعد) وأكثر من 3 مليون فحص مختبري حتى يومنا هذا. وكما تقول الدكتورة ريدي:

"فإن الربط عن بعد بالأخصائيين في المستشفيات، علاوةً على الاسم التجاري لأبوللو، يساعدان الناس في إدراك الفائدة من زيارة مراكز الرعاية الأولية بدلاً من التوجه مباشرة إلى إحدى المستشفيات الكبيرة."

أما على صعيد الخطط المستقبلية فترى المجموعة أربعة مجالات أساسية لفرصة تقديم خدمات رعاية صحية ممولة حكوميًا، هي: الرعاية في المستشفيات، والرعاية الأولية الحضرية، والرعاية الأولية الريفية وبرامج رفاه السكان. وفي هذا الإطار تتعاون المجموعة مع عدد من حكومات الولايات لضمان إدراج المستشفيات في برنامج بعثة الحماية الصحية الوطنية، علاوة على تشجيعها لتطوير نماذج رعاية جديدة تصل على نحو أفضل إلى المناطق الريفية وغيرها من الأماكن التي تعاني نقصًا في الخدمات. وتضيف الدكتورة بريثا في هذا الشأن قائلةً:

"بالطبع، فإن دورنا المستقبلي يتوقف على هيكل الأسعار للبرامج الجديدة وغيره من التفاصيل، لكننا نؤمن بأن التحول إلى الشراكة بين القطاعين العام والخاص حتمية، وسوف يبقى الحماس لخدمة الناس أكثر العناصر تأثيراً في هذا الصدد."

4 سدرة للطب والمستشفى الأهلي – دولة قطر

شهدت دولة قطر نموًا هائلاً وطلبًا متزايدًا على الرعاية الصحية خلال العقدين الماضيين. ولعب قطاع الرعاية الصحية الخاص دورًا حيويًا في تلبية هذا الطلب وفي الوقت ذاته التكامل والتنسيق مع الجهات الحكومية من مقدمي الخدمات الصحية.

يعد سدرة للطب مركزًا طبيًا أكاديميًا يشتمل على 400 سرير في دولة قطر، ويتخصص في تقديم الرعاية للنساء والأطفال والناشئين. ويجسد المركز باعتباره مؤسسةً خاصة ذات نفع عام رؤيةَ صاحبة السمو الشيخة موزا بنت ناصر، رئيس مجلس الإدارة، في أن يكون مستشفى رائدًا ومؤسسة بحثية من طراز عالمي يمكنها تحقيق التكامل والتعاطي الإيجابي مع أنظمة الرعاية الصحية الحالية، سواء الحكومية أو غير الحكومية.

بدأ استقبال المرضى الداخليين في يناير 2018، ويشهد المركز حاليًا توسعًا مرحليًا ونشاطًا متزايدًا استعدادًا لحفل الافتتاح الرسمي في نوفمبر 2018. ويهدف سدرة للطب لإحداث تغيير هائل في جودة خدمات الأمومة والطفولة في جميع أنحاء قطر – وهي الناحية التي تشهد حاجة ملحّةللتطوير – مع الحفاظ في الوقت ذاته على مسارات متكاملة لرعاية المرضى عبر مختلف أنواع المرافق.

وقد اضطلعت مؤسسة قطر، التي يتبعها مركز سدرة للطب، بدور حيوي في ضمان مواصلة تركيز المشروع من حيث التصميم والخدمات على موقع المستشفى من المنظومة الصحية ككل بدلاً من أن يكون مؤسسة مستقلة. ونتيجة لذلك تم إبرام عدد من الشراكات والبروتوكولات حتى قبل الافتتاح الرسمي.

أولاً، عمل مركز سدرة مع مؤسسة حمد الطبية، وهي مستشفى رسمي مملوك لدولة قطر، لوضع بروتوكولات مفصلة واتفاقيات شبكية تنظم القطاعات الخدمية المختصة في مركز سدرة مقارنةً بالمرافق الحكومية القائمة. بفضل ذلك، يمكن تحويل العاملين والأجهزة والمرضى بشكل انسيابي، هذا النص لا يتسق مع ال[ملة السابقة له أنه يمكن تحويل العاملين بشكل انسيابي من المرافق الحكومية إلى سدرة. ثانيًا، تتولى المستشفى إدارة مؤسسة تضم شبكة من جهات القطاع الخاص في جميع أنحاء قطر لها هدف واحد هو الاتفاق على مسارات إحالة موحدة لتحويل المرضى بين الجهات الخاصة. ثالثًا، يتم الاستعانة بأخصائيي سدرة في عيادات الصحة الأولية الحكومية لتقديم خدمات رعاية الأمومة للمجتمع القطري.

ومن الأولويات الخاصة للعمل المشترك هو مجال سلامة المرضى وتحسين جودة الرعاية. حيث يساهم مستشفى الأهلي بشكل فعال في عدد من المبادرات العامة والخاصة في قطر. ومنها على سبيل المثال: إنشاء وتبني الخطط الارشادية الطبية الوطنية في جميع أنحاء قطر – والتي اكتمل منها 31 خطة حتى الآن، اضافة إلى ما يصل إلى 30 خطة أخرى يجري التخطيط لها خلال العامين المقبلين. وقد عمل عدد من كادر أطباء مستشفى الأهلي من ذوي الخبرات العالية جنباً الى جنب مع مجموعات الخبراء الذين وضعوا المبادئ التوجيهية الجديدة، كما أن المستشفى هو أحد الرعاة والمساهمين الرئيسيين في فعاليات مثل أسبوع السلامة الوطني السنوي للمرضى في قطر الذي يساعد على تعزيز تواجدهم، في سبيل في الجهود المبذولة لتقديم رعاية موحدة للمجتمع والقائمة على الأدلة.

الجزء الثالث: سبل توفير الظروف المناسبة للتغطية الصحية الشاملة: خمسة دروس يمكن للقطاع العام الاستفادة منها

ثمّة مجموعة من العوامل في مجال السياسات وبيئة العمل لا بد من مواءمتها حتى يتسنى لجهات الرعاية الصحية الخاصة الإسهام بشكل ناجح في الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة؛ وتتضمن هذه العوامل: خططًا مناسبة لمنظومة صحية متماسكة، صناديق تمويل حكومي فعالة، وقواعد لدعم المنافسة العادلة. وبدون هذه العوامل سوف تعاني المؤسسات التجارية في مجال الاستثمار أو يتم توجيه استثماراتها لأهداف خاطئة.

ويتضح من سجل متابعة العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل غياب هذه البيئة الملائمة – فقد لاحظ الأفراد المشاركون في المقابلات الشخصية من كلا الجانبين وجود جوٍّ من الشك والانقسام وغياب الحوار. كما أن الإحصائيات المالية الأولية بدت أقل جاذبية في العديد من البلدان، في ظل عدم الوفاء بوعود الاستثمار والإصلاح الحكومي واسع النطاق.

ولم يساعد هذا الأمر في حشد ثقة القطاع الخاص في الشراكات المستقبلية. ونتيجة لذلك، فقد شهدت العديد من البلدان تطوراً في الأنظمة لدى جهات الرعاية الصحية الخاصة في اتجاهين مختلفين، تمثل الأول في توفير الجودة العالية والرعاية باهظة التكلفة عند قمة هرم الأثرياء، في حين اتّسم الثاني بنقص في التنظيم رافقه غالبًا تقديمُ خدمات غير آمنة للفئات الأكثر احتياجاً في قاعدة الهرم.

وكما تبيّن الردود التي حصلنا عليها في الاستبيان الخاص بجهات الرعاية الصحية الخاصة (انظر الصفحة التالية)، فقد أبرزت كبرى جهات تقديم الرعاية القائمة مجموعةً من العقبات التي تعوق سبيل الشراكات الفاعلة مع جهات التمويل الحكومي.

الأمر الآخر أن السنوات الأخيرة شهدت استعراض عدد من التقارير للآليات المتاحة للقطاع الحكومي لتوفير بيئة ملائمة لأنواع الاستثمار الخاص والابتكار الواردة في الجزء الأول.[21، 22، 23، 24، 25، 26] وبالتعاون مع شبكات التعلم من الأقران مثل شبكة التعلم المشترك للتغطية الصحية الشاملة، تساعد هذه الجهود في الوصول إلى فهم أفضل لسبل إنجاز هذا الأمر. وفي هذا الجزء نستخلص خمسة دروس رئيسية مستفادة من عدة نماذج عملية من الواقع الفعلي:

1- التأكيد على مسألة التمويل الحكومي المستقبلي وشراء التغطية الصحية الشاملة للأفراد الأكثر فقرًا وضعفًا – ومتابعة التزامات التمويل

2- وضوح اتجاه الإصلاحات الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة والمطلوب من جهات الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص.

3- تعزيز الثقة بين الأطراف المعنية على صعيد القطاعين العام والخاص عبر الشفافية. واتخاذ الإجراءات اللازمة للتعامل مع المخاوف المشتركة فيما يخص مسألة إبرام الشراكات والتعاون مع الحكومة.

4- التخلص من ضعف الأداء لدى بعض جهات الرعاية الصحية باستخدام سياسة العصا والجزرة.

5- تشجيع النماذج الجديدة للرعاية الصحية والمشاركة في الاستثمار فيها، وكذا تشجيع الأطراف الجديدة المشاركة في السوق وخاصة في مجال الرعاية الأولية.

عقبات أمام جهات الرعاية الصحية الخاصة التي تتعاون مع الحكومة

قد نوقّع مذكرة تفاهم مع الحكومة لكن هل يمكن أن نثق في أنهم سيلتزمون بها حقًا؟

لا توجد شفافية أو هيكل حوكمة واضح لمراقبة التكلفة أو الجودة أو ملائمة الرعاية.

لا توجد فرص متكافئة للتنافس مع جهات الرعاية الصحية الحكومية – فهم يدفعون ضرائب أقل، كما أن التكاليف الرأسمالية يتم دفعها عبر صندوق تمويل منفصل.

ليس لدى الحكومة الرغبة في تحمل تكاليف رعاية طبية تضاهي المعايير الدولية – ومن جانبنا لا نرغب في المساس بالجودة.

هناك نقص شديد في الأطباء، وحتى في حال إغرائهم بحزم رواتب مجزية يصعب إقناعهم بالذهاب إلى المناطق التي ترغب منا الحكومة مباشرةَ العمل فيها.

يتغير المسؤولون والسياسيون بسرعة، مما يجعل الشراكات التي نبنيها غير مستقرة.

صناع القرار متحفظون حيال الأفكار الجديدة والشركاء الجدد، ناهيك عن العديد من العقبات البيروقراطية التي نواجهها.

1 - التأكيد على مسألة التمويل الحكومي المستقبلي وشراء التغطية الصحية الشاملة

تحظى الروافع المالية بأهمية حيوية في توجيه الاستثمار الخاص في أي منظومة صحية، وفي تحسين معايير الرعاية. ونظرًا لمجموعة من الأسباب السياسية والمالية والفنية لا تلجأ الحكومات دومًا إلى استخدام الروافع لتحقيق المواءمة بين أسواق مقدمي الرعاية والأولويات الصحية الملحّة للبلاد. وهناك خطوتان من أبرز الخطوات الأولية الأساسية تتمثلان في زيادة التمويل الحكومي لمستوى يتيح جذب مقدمي الرعاية وحثّهم على المشاركة، وتعزيز تجميعات التمويل الحالية (أو على الأقل مواءمتها). ويمكن لهاتين الخطوتين زيادة القدرة التمويلية لدى الحكومة، فضلاً عن القدرة على تشكيل توجهات السوق.

"يدير الصندوقَ الوطني لتأمين المستشفيات أعضاؤه، وهو مقسم عبر ثلاث خطط مختلفة. وحتى يصبح الصندوق جهة شراء قوية، نحتاج إلى زيادة التمويل عبر الضرائب أو مخصصات الموازنة، إلى جانب تحسين عملية تجميع التمويل حتى يكون لنا دور مؤثر وصوت بارز في تشكيل توجهات سوق خدمات الرعاية الصحية."
مقابلة شخصية مع أحد العاملين في الصندوق الوطني لتأمين المستشفيات في كينيا

تعد تايلاند واحدة من البلدان التي سلكت هذا الدرب على مدار الخمسة عشر عامًا الماضية، وذلك عبر مجموعة من الإصلاحات التدريجية في التمويل الصحي والإنفاق جعلتها رائدةً في نجاح التغطية الصحية الشاملة. ونظرًا لأن تايلاند بها قطاع غير رسمي ضخم، فإن الجهود الرامية لتمويل الرعاية الصحية عبر فرض الضرائب على الأجور وبرامج امتيازات الموظفين لم تفلح في تحقيق تقدم يتجاوز نسبة 30 في المائة من السكان. ومع تطبيق برنامج التغطية الشاملة في عام 2002 اتخذت الحكومة ثلاث خطوات حيوية:

(1) دمج برنامجين موجهين للفقراء لإعداد موازنة أكبر وأكثر اتساقاً؛ البرنامج الأول هو "برنامج الرفاه الطبي" لمن هم تحت خط الفقر، والثاني "برنامج البطاقة الصحية التطوعية" والموجه للفئة التي تقترب من حد الفقر.
(2) تحويل برنامج التغطية الشاملة إلى عملية تسجيل تلقائية إلزامية لتجنب مشاكل (وتكاليف) اختبار القدرة المالية والاستهداف غير الدقيق.
(3) فرض ضريبة بواقع 2 في المائة على مبيعات التبغ والكحوليات، فضلاً عن موازنة صحية موحدة تكون مخصصة للصحة بشكل حصري.

ونتيجة لدمج مصادر الإيرادات شمل برنامج التغطية الشاملة ما يقرب من 48 مليون شخص (بواقع 75 في المائة)، مما يجعله البرنامج الأضخم في البلاد، الذي يعمل جنبًا إلى جنب مع برامج القطاع الحكومي (التي تمثل 24 في المائة). وقد اسُتخدمت النسبة الضريبية التي تبلغ 2 في المائة لتعزيز الرعاية الصحية الوقائية والأولية عبر تدخلات شاملة تضم جميع البرامج لتعود الفائدة على السكان بأكملهم. وضمنت هذه التغييرات تدفقًا ثابتًا من الأموال الإضافية المخصصة للصحة. وتولّت حتى يومنا هذا سدادَ تكاليف ما يزيد على 700 مبادرة جديدة من مبادرات الرعاية الصحية تتراوح ما بين برامج إشراك السكان، وبناء القدرات على مستوى الصحة المجتمعية.

بعد تجميع الأموال يبقى من الضروري استخدامها في توفير الحوافز المناسبة، وهو ما يُطلق عليه "الشراء الاستراتيجي"، ولعلّ التاريخ الحديث للنظام الصحي في دولة تشيلي (انظر المربع الوارد أدناه) أفضل نموذج لمواءمة عمل جهات الرعاية الصحية الخاصة بما يحقق الهدف المشترك ممثلاً في التغطية الصحية الشاملة.

الشراء الاستراتيجي في تشيلي

يغطي الصندوق الوطني للصحة (FONASA) نسبة 80 في المائة من السكان عبر مزيج من الضرائب العامة ومساهمات العمل الإلزامية بواقع 7 في المائة من القطاع الحكومي. وبعد تطبيق إصلاح " الوصول الشامل المقترن بضمانات مباشرة " في عام 2005 شهدت السوق الصحية حراكًا كبيرًا، حيث عمدت الجهات الخاصة العاملة في مجال تقديم الرعاية الصحية إلى إعادة هيكلة نماذج الأعمال لتعمل بالتنسيق مع الصندوق الوطني للصحة. وينص برنامج "الوصول الشامل المقترن بضمانات مباشرة" على حد أدنى من حزمة الاستحقاقات، وحدود قصوى للمدفوعات المشتركة، وأوقات انتظار محددة لكافة المواطنين. وبحلول 2016 سوف تغطي حزمة استحقاقات "لوصول الشامل المقترن بضمانات مباشرة" نسبة 80 في المائة من الخدمات الصحية ذات الأولوية. ويتولى تنفيذ الحزمة مجموعةٌ من الصناديق الصحية الحكومية ومؤسسات تأمين خاصة مطالبة بالالتزام بالضوابط الإرشادية للبرنامج. كذلك تقدم مؤسسات التأمين الخاصة تأمينًا إضافيًا للخدمات التي لا يغطيها البرنامج.

جاءت عملية تقديم الخدمات متواكبةً مع اتجاه الصندوق الوطني للصحة تدريجيًا لشراء مزيد من الرعاية من الجهات الخاصة على مدار السنوات الخمس الماضية. وبفضل الموقع الريادي للصندوق الوطني للصحة في سوق الرعاية الصحية، أصبحت جهات الرعاية الصحية الخاصة أكثر اعتمادًا عليه. وهذا بدوره أتاح للصندوق فرض شروط تعاقدية معينة وتنفيذها، فضلاً عن تشجيع مشاركة البيانات. وكان لهذه القوة أثر إيجابي على مؤسسات التأمين الصحي الخاصة التي بدأت هي الأخرى في تبني آليات دفع فعالة مثل المجموعات المرتبطة بالتشخيص/سداد التكاليف على أساس الحالة، وهي الآلية التي يستخدمها القطاع الحكومي حاليًا. وفي المجمل، فإن هذا الأمر يساعد في بث الكفاءة في المنظومة كلها كما تقول الدكتورة جينيت فيجا، مدير الصندوق الوطني للصحة: ما إن رسم الصندوق الوطني للصحة المسار، حتى بدأت جهات الرعاية الصحية الخاصة ومؤسسات التمويل بالسير على نفس النهج، ما أدى إلى زيادة المواءمة والتنسيق في المنظومة كلها.

2 ـ وضوح اتجاه الإصلاحات الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة

إن تحديد وسيلة سدّ الفجوات في تقديم الخدمات عبر استراتيجية "بناء" الاستثمار في المؤسسات الحكومية أو استراتيجية "شراء" التعاون مع المؤسسات الخاصة خيارٌ أساسي للبلدان الساعية نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتستخدم غالبية الأنظمة مزيجًا من الأمرين، لكن رسم المسار مبكرًا هو عامل مهم في إضفاء الوضوح على السوق الخاصة وتشجيع الاستثمار في الأماكن المناسبة.
لكنّ من الصعوبة بمكان تحقيق التوازن بين الاعتبارات المتعلقة بالقدرة الحالية وتكاليف المعاملات والجودة وتكامل الرعاية. ومن بين النواحي الأكثر صعوبة لجهات التمويل تحديد سبل تنسيق الدور (الأساسي دومًا) للمؤسسات الصغيرة ومتوسطة الحجم العاملة في مجال تقديم الرعاية الخاصة. وفي سوق يتسم بالتجزؤ الشديد عادةً فإن النماذج التقليدية للتعاقد والتمويل وضمان الجودة والإحالة لا تكون مناسبة. وهنا يمكن استخلاص دروس مثيرة من برنامج أموا (Amua) في كينيا، والنمو العام لنماذج الامتياز الاجتماعي على الصعيد العالمي، في كيفية التنسيق بين المجموعات المتفرقة من صغار مقدمي الرعاية الصحية ليتسنى لها إحداث أثر على نطاق واسع.

عقود الامتياز الاجتماعي الطبي في كينيا

سوق الأسهم الصحية الأفريقية (AHME) عبارة عن برنامج مدته خمس سنوات في غانا وكينيا يهدف إلى دعم الظروف المطلوبة لتوسيع نطاق الخدمات الصحية الأولية بين جهات الرعاية الصحية الخاصة. ولهذا البرنامج أهدافٌ خمسة، إذ يسعى إلى ضمان .

1 تسجيل الأسر ذات الدخل المنخفض في خطط التأمين الصحي الوطني؛
2 التعاقد على المرافق الخاصة من جانب هيئة التأمين الصحي الوطني؛
3 إدراج خدمات الرعاية الأولية الأساسية ضمن حزمة مستحقات التأمين الصحي الوطني؛
4 تقديم جهات الرعاية الصحية خدماتٍ متميزة؛
5 سعي جهات الرعاية الصحية لإدارة عمل مستدام .

تتعاون سوق الأسهم الصحية الأفريقية في كلا البلدين مع مقدمي الخدمات الصحية منخفضة التكلفة التي تديرها جهة واحدة ويتم تجميعها في شبكة عن طريق صاحب حق الامتياز: لتقدم خدمات التدريب، وتكوين العلامات التجارية، والإعانات المالية، ودعم العمل، إلى جانب بروتوكولات موحدة باستخدام نموذج منح الامتياز – فيما يعرف بالامتياز الاجتماعي الطبي.

وفي كينيا تعمل سوق الأسهم الصحية الأفريقية مع برنامج أموا الذي يمثل شبكة امتياز اجتماعي تتألف من 360 جهة من مقدمي الرعاية الصحية منخفضة التكلفة، منها 185 جهة متعاقدة أو في طور التعاقد مع هيئة التأمين الصحي الوطني. ويتولى صاحب حق الامتياز مهمة الوساطة في هذه العقود علاوةً على دور مدير الشبكة. وتتيح هذه العملية للحكومة، عبر التأمين الصحي الوطني، الاستحواذ على سوق جهات الرعاية الصحية الأولية التي تتسم بالتجزؤ، وتشكيل هذه السوق وتحويلها إلى شبكة خدمات مترابطة ومتسقة.

ويبيّن مسحٌ حديث لعيّنة من جهات الرعاية المسجلة استفادةَ عدد كبير من جهات الرعاية من الدخل الكبير الذي تحقّق عبر عقود التأمين الصحي الوطني مقارنةً بالنشاط التجاري الفوري السابق الذي يتحقق الدخل فيه عن طريق المدفوعات المباشرة .[27]

2 - تعزيز الثقة بين الأطراف المعنية في القطاعين العام والخاص

حتى في وجود آليات التعاقد والتمويل المناسبة لا تزال العديد من البلدان في حاجة إلى القضاء على إرثٍ من انعدام الثقة بين القطاعين العام والخاص. وقد تجلّت في المقابلات الشخصية والاستبيانات التي اشتملت عليها هذه الدراسة مجموعةٌ من العوائق الثقافية والعلائقية لها نفس قوة العوائق الخاصة بالمعاملات، وذلك على النحو المبين في الجزء الثاني.

لن تتحقق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 إلا بوجود مشاركة فاعلة وتعاون حقيقي بين القطاعين العام والخاص. ومعنى هذا وجود أجندة صحية مستدامة بالنسبة للحكومة، وخدمات عادلة ومتاحة للجميع، وفرصة تحقيق الربح للقطاع الخاص. ولا يتعلق حل أزمة الثقة بالإيديولوجيات السياسية وإنما بالأمور البسيطة من قبيل ترميز بيانات المطالبات بشكل صحيح من جانب مقدمي الخدمة والتأكد من تحويل جهات التمويل للأموال في الوقت المناسب. على سبيل المثال، هناك في غانا ما يقرب من 4000 جهة من جهات الرعاية الصحية الخاصة تعتمد على مشروع التأمين الصحي الوطني في تحقيق 80 في المائة من الإيرادات، لكن من الممكن أن يستغرق الأمر عدة شهور حتى يتم استلام المستحقات المالية لخدمة الرعاية التي تقدمها هذه الجهات.[28، 29، 30] وبالنسبة للحكومات .

وجهات التمويل الحكومية التي تفكر في سبل تعزيز هذه الثقة من جانبها، فإن التقيد بالخطوات الثلاث التالية يعد نقطة بداية جيدة:

1– وضع استراتيجية تواصل تحدد بوضوح مجموعة الأطراف الخاصة المعنية المراد إشراكها، وأهداف السياسة العامة المقصودة من وراء هذا الإشراك، وفريق يتولى تنفيذ الاستراتيجية والإشراف عليها على المدى البعيد

2– الاستماع إلى المخاوف المشروعة للقطاع الخاص، بل والاعتراف بها عندما تستدعي الحاجة

3– تحديد أرضية مشتركة ووضع حلول تشاركية. ففي ظلّ وجود أجندة ضخمة كالتغطية الصحية الشاملة، فإن اختيار المعارك أمر مهم. وعليه فإن تحديد مجموعة فرعية من القضايا التي يسهل الاتفاق عليها من شأنه إشاعة جوّ من الثقة لدى الجانبين قبل الانتقال إلى القضايا الشائكة.[31]

تعزيز الثقة بين القطاعين العام والخاص في البرازيل الكتاب الأبيض

في السنوات الأخيرة مرت البرازيل بأزمة ثقةٍ واسعة المدى على النطاقين السياسي والاقتصادي، شملت وقائع فساد يُعتقد أن أكثر من 5 مليارات دولار من الأموال غير الشرعية أُنفقت فيها. وقد تورط في هذا الأمر عشراتٌ من النخب السياسية والاقتصادية في البلاد – من بينهم رؤساء سابقين وأكبر شركة هندسية في أمريكا اللاتينية، وهي شركة Odebrecht وعلى صعيد القطاع الصحي، فقد فاقمت هذه الأحداث وغيرها الوضعَ في بيئة معقدة أصلاً من حيثُ إبرام الشراكات والتعاون بين القطاعين العام والخاص. فالمنظومة الصحية في البرازيل تتسم بالتجزؤ الشديد: فعلى الجانب الحكومي نجد عملية صناعة القرار والتمويل موزعةً بين العديد من المستويات على صعيد المجالس البلدية والولايات والصعيد الفيدرالي (هناك أكثر من 5 آلاف وزير للصحة في الحكومات البلدية في شتى أنحاء البلاد). وفي هذه الأثناء، يعمل قطاع الرعاية الصحية الخاص بشكل كبير بمعزل عن المنظومة الحكومية، وله جهات تمويل وجهات رعاية خاصة به لأكثر المناطق البرازيلية المأهولة بالسكان – وهي في الغالب المدنُ الكبرى.

وفي محاولة لتعزيز مزيد من النقاش البنّاء، أقدمت الرابطة الوطنية للمستشفيات الخاصة (ANAHP)، وهي اتحاد يضم مجموعة من أفضل المستشفيات الخاصة في البرازيل، على نشر "الكتاب الأبيض" ليكون بمثابة أداة للنقاش مع قادة القطاع الصحي الحكومي عبر البلاد.[32] ويحقق الكتاب هدفين: الأول أنه يشتمل على أضخم تجميع للبيانات حول قطاع الرعاية الصحية بشقّيه العام والخاص في البرازيل لإضفاء مزيد من الشفافية على الجانبين وللاستفادة منها كأداة لتحسين الجودة؛ أما الهدف الثاني فيحدد 12 مقترحًا لكيفية تحقيق تكامل أفضل في الرعاية الصحية بين المنظومتين العامة والخاصة. ويتضمن هذا سجلات محمولة وتبادل معلومات المرضى بين مختلف مستويات الرعاية الصحية، في خطوة ضمن سعي البلاد نحو توحيد المعايير الذي يتمحور حول الطب القائم على الأدلة، وللوصول إلى نظام رعاية أولية معزز للحيلولة دون اضطرار الناس للحصول على الرعاية في المستشفيات سواء الحكومية أو الخاصة يوضح الدكتور فرانسيسكو باليسترين، عضو مجلس الإدارة والرئيس السابق للرابطة الوطنية للمستشفيات الحكومية، أن الكتاب الأبيض هو محاولة للمضي قدماً نحو تحقيق التعاون بين القطاعين الخاص والعام: إنها محاولتنا لنظهر القيم الموجودة في قطاعنا، وأن نبدأ النقاش من أرضية مشتركة يمكن للقطاعين العام والخاص الاتفاق عليها وهي تقديم رعاية ذات جودة عالية لجميع البرازيليين .

4- التخلص من الأداء السيء

دائمًا ما تكون الجودة بُعدًا أقل أهمية في سعي البلدان نحو التغطية الصحية الشاملة، والأنظمة الهشّة التي لا تستطيع تشجيع الرعاية عالية الجودة ولا تنفيذها على أرض الواقع قد أعاقت مسيرة تطوير قطاع خاص جاهز للتغطية الصحية الشاملة.[33] وقد أبدى عدد ممن أُجريت معهم المقابلات الشخصية أن عجز جهات التمويل عن الفصل بين جهات الرعاية الصحية المتميزة والجهات الأقل التزامًا هو السبب الذي أدى لتراجعهم عن الدخول في شراكة مع الحكومة.

وأسلوب "العصا" كاستخدام الترخيص، ومنع الاحتكار، والعقوبات، وتنظيم الأسعار –كما هو الحال في القيود الأخيرة التي فرضتها الهند على أسعار الدعامات– دائمًا ما يكون وسيلة مهمة وفاعلة في التصدي لإخفاق السوق.[34] ومع ذلك فليس لزامًا أن يكون التنظيم في صورة قيود ومحظورات، إذ من الممكن لأدوات "الجزرة" الأكثر لينًا، التي تشجع تحسين الجودة والتغطية الصحية مثل الاعتماد وحملات التوعية الجماهيرية، أن تؤدي نفس الدور المهم.[35, 36]

كذلك تُعدّ أنظمة الشفافية الفاعلة وسيلةً أخرى لدعم قدر من التنظيم الذاتي منخفض التكلفة في السوق. ومع ذلك، فإن التصنيف العالمي الأخير لشفافية النظام الصحي عبر دول مجموعة العشرين أظهر تفاوتًا ملحوظًا بين البلدان منخفضة الدخل والبلدان مرتفعة الدخل في طريقة استخدام كلٍّ منها للشفافية باعتبارها أداةً لتحسين الأداء.[37]

الاعتماد المرحلي في أفريقيا

جعلت برامج التأمين الصحي الوطني في الفلبين وتايلاند وكينيا وغانا وجنوب أفريقيا من الاعتماد معيارًا أساسيًا لتسجيل المرافق الخاصة – حيث إن التمويل الذي يتم الحصول عليه من هذه البرامج مشروط بالتوافق مع معايير الجودة المعمول بها .

وبالاشتراك مع اللجنة الدولية المشتركة ومجلس اعتماد الخدمات الصحية في جنوب أفريقيا، طورت مؤسسة PharmAccess داة اعتماد مرحلي لجهات الرعاية الصحية ذات المستوى المنخفض حتى يمكن للناس الأكثر فقرًا الحصول على رعاية عالية الجودة. وتتيح هذه العملية لمؤسسة سيف كير 'SafeCare' استهداف مجموعة كبيرة من جهات الرعاية. بعد ذلك يتم توجيه جهات الرعاية عبر مراحل تطوير خمس، ترتبط كلٌّ منها بالمكافآت والحصول على الائتمان لضخ مزيد من الاستثمارات بهدف إجراء تحسينات وتعزيز وضع السوق ليتمكن من جذب المزيد من العملاء. وفيما يخص المرافق التي يجري اعتمادها من مؤسسة سيف كير، فيتم تقييمها كل عامين بهدف وضع خطة لتحسين الجودة ترتبط بالنواحي الطبية وغير الطبية للرعاية. وتعد مؤسسة سيف كير جزءًا لا يتجزء في الوقت الحالي من إدارة عملية تسجيل جهات الرعاية الصحية ذات المستوى المنخفض في برنامج التأمين الصحي الوطني في كينيا، وقد حققت نتائج إيجابية مبكرة في نيجيريا في اختبارات القدرة على تحسين جودة الرعاية.[38, 39]

5- تشجيع النماذج الجديدة للرعاية الصحية والوافدين الجدد للسوق

أعربت الكثير من جهات الشراء الحكومية ممن شملتهم المقابلات الشخصية، عن ترحيبهم بالاستثمار الخاص لزيادة الوصول إلى الرعاية الصحية، وأن قدرة القطاع على شراء وابتكار وبناء نماذج رعاية جديدة كانت محط اهتمامهم البالغ. ولا شك في أهمية نماذج الرعاية الجديدة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولو أن كل بلد لا يتوافر به تغطية صحية شاملة اتجه إلى زيادة الإنفاق الصحي لكل شخص إلى مستويات منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بحلول عام 2030، فإن العالم سوف ينفق 27 تريليون دولار إضافية على الرعاية الصحية، أي بزيادة قدرها 400 في المائة على مستوى إجمالي الإنفاق الصحي العالمي. ومن الواضح أن هذا أمر غير واقعي، لذا فإن البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل سوف تحتاج إلى صياغة طرق جديدة لتقديم أفضل خدمة صحية في ضوء الموارد المتاحة.

"لا تتمثل حاجتنا للقطاع الخاص في تقديم نماذج رعاية تقليدية – إذ لدينا العديد من الجهات الحكومية القوية في مجال تقديم الرعاية الصحية. لكن ما نحتاجه هو ابتكار واكتشاف طرق عمل تكون جديدة وفعالة – ربما باستخدام الخدمات الطبية عن بعد أو الرعاية المنزلية. ومن الأهمية البالغة أن يتوافر لدينا في الصندوق الوطني للصحة تمويل خاص للقطاع الخاص لمساعدته في الاستثمار في الأبحاث والتطوير."

الدكتورة جانيت فيجا، مدير الصندوق الوطني للصحة – تشيلي

تعد عيادات موهالا في دلهي أحدث الأمثلة القوية على تشجيع جهات الرعاية الصحية الخاصة للعمل بطرق جديدة ومختلفة. ومثلما تنظر البلدان "للداخل" يمكنها أن تسعى لتشجيع الوافدين الجدد للسوق ممن لهم تجارب ناجحة مع نماذج الرعاية الجديدة. ومن الممكن أن تكون هذه وسيلة نافعة للابتكارات السريعة الموصلة لتقديم الخدمات على نطاق واسع على النحو الذي أثبته برنامج بابل (Babyl) في رواندا. كذلك يمكن أن تكون استراتيجية مشتريات مفيدة من جانب جهات الشراء إذا ثبت أن قطاع الرعاية الخاص المحلي غير متعاون أو ليست لديه النيّة للتحرك بسرعة كافية.

نماذج رعاية جديدة في الهند: التوسع في الرعاية الأولية منخفضة التكلفة في دلهي[40]

يعد مجتمع دلهي أو عيادات موهالا نموذجًا بارزًا لبناء الحكومة روابط عملية مع القطاع الخاص لتوفير الرعاية الصحية في المجتمعات المحرومة. ومنذ عام 2015 تتولى حكومة دلهي إدارة 164 عيادة هي مجموع عيادات موهالا على صعيد الولاية، مع خطط توسع تسعى للوصول إلى 1000 عيادة بحلول نهاية عام 2018.

تبلغ التكلفة الأولية لإنشاء كل عيادة 30 ألف دولار، والعديد منها تعمل من خلال كبائن محمولة سابقة التجهيز، أو حاويات شحن أو ملكيات مؤجرة في مناطق منخفضة الدخل وتعمل العيادات من أربع إلى ثماني ساعات في اليوم، ولها ساعات عمل مرنة. وهي مزودة بطواقم عمل تضم أطباء من القطاعين العام والخاص، وأخصائيين طبيين مساعدين. وقد أصبح جذب أطباء القطاع الخاص للعمل بموجب تعاقدات حكومية في المناطق الحضرية ممكنًا بفضل عوامل ثلاثة: لا تُمثل هذه العيادات منافسةً، إذ يحتفظ الأطباء بعملهم الخاص ويكملونه بأعداد إضافية من المرضى؛ كما أن ساعات العمل مرنة، وبالتالي لا يعوق ذلك عملهم الخاص، علاوةً على أن سداد تكاليف مقدمي الرعاية الصحية يعتمد على أسلوب "الدفع وفقاً الأداء" بحيث يتلقى مقدمو الرعاية أصحاب الأداء الأفضل أموالاً أكثر. وهذا من شأنه أن يحفز مقدمي الرعاية على بذل المزيد.

وإذا كانت التكلفة ليست تنافسية بقدر أسعار الخدمات الخاصة المعتادة، فإن الأعداد الضخمة تولّد دخلاً إضافيًا كافيًا. وفي المتوسط، تستقبل العيادات من 70 إلى 100 مستخدم في اليوم الواحد في كل مرفق ويزداد هذا المعدل بمرور الوقت. وتُقدم جميع الخدمات مجانًا للمرضى في نقاط الخدمة، وتتولى الحكومة تغطية هذه النفقات. وبينما ينمو هذا النموذج بشكل طبيعي نسبيًا، فإن عيادات موهالا تحظى على ما يبدو بمستوى عالٍ من الاهتمام لضمان التوسع الاستراتيجي. وقد تبنّت ولايات البُنجاب، وكارناتاكا، وغوجارات، وماهاراشترا، وأندرا براديش، أو تدرس تبنّي، نماذج مماثلة لتوسيع نطاق الرعاية الأولية. وعندما بدأ تطبيق مشروع عيادات Basthi Dawakhana في أبريل 2018 في مؤسسة بلدية حيدر آباد الكبرى رأينا نتائج إيجابية –مع إقامة 17 عيادة بالفعل والتخطيط للوصول إلى 200 عيادة على مستوى المدينة

الصحة الرقمية في رواندا: برنامج بابل (Babyl)

تشتهر رواندا بقيادتها السياسية القوية وبرنامج التأمين الصحي المجتمعي الذي تم تدشينه بتكليف وطني. وفي محاولة لأن تتبوأ البلادُ الصدارة باعتبارها المحور الرقمي في المنطقة، عقدت الحكومة الرواندية شراكةً مع جهة بريطانية من مقدمي الخدمات الصحية الرقمية لإدخال تقنيات في الرعاية الصحية.

وانطلاقًا من مفهوم تبنّته شركة بابيلون هيلث البريطانية، يقدم برنامج Babyl (بابل) في رواندا مجموعة من الاستشارات الإلكترونية مع الأطباء والأخصائيين الطبيين، فضلاً عن خدمة متطورة لتشخيص الحالات ومتابعتها، وإمكانية حجز المواعيد بنقرة زر واحدة، ووصفات طبية إلكترونية، والوصول الآمن للسجلات الطبية الإلكترونية. وبفضل شبكة المحمول القوية ومعدل انتشار كبير للهواتف المحمولة، علاوةً على وجود إرادة سياسية قوية، حصلت بابيلون على المصداقية التي تحتاجها للاستثمار في تخصيص برنامج بابل ليناسب المنظومة الصحية الرواندية.

ويعد بابل الآن واحدًا من أبرز مقدمي الرعاية الصحية الأولية للمستفيدين من التأمين الصحي المجتمعي والذين يصل عددهم إلى ٧٥ بالمائة من السكان. لكن بخلاف النماذج التقليدية لتوفير الرعاية الأولية التي تتراوح تكلفتها بين 10 إلى 13 دولارًا لكل استشارة طبية، فإن الاستشارة الهاتفية أو الإلكترونية بنظام Lean عبر برنامج بابل تكلف دولارًا واحدًا في المتوسط. نشير هنا إلى أن 70 في المائة من مستخدمي بابل يعيشون في مناطق ريفية، وأن عدد الاستشارات في تسعة أشهر بلغ أزيد من 100 ألف استشارة. وفي المتوسط يتعامل النظام مع ألفَي موعد طبي في اليوم. ونتيجة لذلك حقق بابل إقبالاً كبيرًا يزيد على 600 ألف مستخدم مسجَّل. كذلك تُجهّز مقصورات بابل بأجهزة لوحية رقمية ويجري اختبارها حاليًا في المناطق الريفية التي لا يملك فيها الناس المال الكافي للذهاب إلى المدن. وهناك خطط حالية رامية لتوسيع نطاق هذه المقصورات لتصل إلى 2500 موقع صحي حكومي في جميع أنحاء البلاد.

الجزء الرابع: حلول مقترحة

يواجه كل بلد من البلدان الساعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة مجموعةً من التحديات الخاصة به في إطار مواءمة الإمكانيات الكاملة لقطاع الرعاية الصحية الخاص مع هدف "الصحة للجميع" بحلول عام 2030. ويورد هذا التقرير مجموعة من المقترحات والتوصيات حول كيفية تحسين أداء العاملين في القطاعين العام والخاص لتحقيق هذا الأمر.

ومع ذلك، فإن معدل التقدم الحالي في العديد من البلدان غير كافٍ. ولا بأس ببعض الدعم الخارجي والزخم لتحفيز الرؤية الواردة في التقرير بشأن ضرورة تعاون الحكومات والقطاع الخاص بشكل متناغم وعلى نطاق كبير لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وختامًا، هناك ثلاثة حلول مقترحة لسبل دعم البلدان لإحراز المزيد من التقدم بوتيرة أسرع.

1- **شبكة عالمية من "مستثمرون من أجل الصحة" مكرّسة لتطوير مقاربات جاهزة للتغطية الصحية الشاملة بهدف تحديد الاستثمارات في شركات الرعاية الصحية الخاصة وإدارتها.**
تبين نتائج استبيان القطاع الخاص في هذه الدراسة أن غالبية جهات الرعاية الصحية الخاصة ليست مستعدة لتقديم خدمات التغطية الصحية الشاملة الممولة حكوميًا على نطاق كبير. ويعكس هذا الحاجة إلى التأثير عليها في بعض الحالات لترى الفرص الماثلة أمامها وتدرك وجود فرص كبيرة تسمح بتوسع الأطراف الصغيرة والجديدة الأكثر جاهزية للتغطية الصحية الشاملة. وقد بدأ المستثمرون في قطاع الرعاية الصحية، سواء من يسعون وراء الربح فقط أو من لديهم بُعد اجتماعي، يلتفتون في بطء لأثر النظام الصحي الكلّي على الشركات التي يستثمرون فيها. وهناك حاجة للإسراع بهذا الأمر للانتقال من التوجه التدريجي إلى التحرك الشامل. ومن الدروس المستفادة من شبكة التعلم المشترك لعمل التغطية الصحية الشاملة بين صناع السياسات، أن مجتمع الممارسة الطبية الذي يقوده ممارسون نظراء، ويتألف من مستثمرين في الرعاية الصحية يجمعهم نمط تفكير متشابه، يُتوقع له تعميم وتحسين سبل تأثير التغطية الصحية الشاملة على قرارات اختيار الاستثمار وإدارته. ومن شأن مجموعة "مستثمرون من أجل الصحة" أن تطلع الجهات المعنية على الدروس المستفادة وتعمل بشكل جماعي على الموضوعات ذات الاهتمام المشترك، ومن ذلك على سبيل المثال، المنهج الجماعي في قياس الأثر، وتوسيع نطاق المقاربات المستدامة في تعزيز الصحة، ونماذج تعزيز التوعية من مراكز الرعاية الصحية الثالثية، وتدريب القوة العاملة.

2- **خدمة وساطة لتحسين جودة الحوار بين مؤسسات القطاعين العام والخاص في البلدان الساعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، تستضيفه مجموعة أو جهة دولية محايدة.**
اتضح من المقابلات الشخصية مع جهات التمويل الحكومية وجهات الرعاية الصحية الخاصة على حد سواء وجودُ قاسم مشترك من انعدام الثقة، وهو ما يشكل أكبر عقبة تواجهها الكثير من البلدان في إطار تحقيق مواءمة أفضل وتعاون في التغطية الصحية الشاملة. وفي ظل التجزؤ الذي تشهده معظم أسواق الرعاية الخاصة والتعاقب الوظيفي السريع للعديد من السياسيين والمسؤولين، تتجلى أهمية دعم الوساطة الخارجية في تحسين جودة الحوار. ولا شك أن وجود خدمة وساطة احترافية لدعم جهود التفاوض وإيجاد الحلول الوسط بشأن التغطية الصحية الشاملة من شأنها أن تزود البلدان بوسائل تعاون أكثر فعالية وسرعة. ومن الممكن أن يشمل الدعم بناءَ الثقة والعلاقات المبكرة، ورؤية دولية مشتركة في المستقبل، وحشد الدعم للاتفاقيات القانونية، والمفاوضات التجارية

وإدارة الشكاوى. وفيما يتعلق بأفضل جهة لاستضافة هذه الخدمة فهناك اقتراح أن تكون منظمة دولية تتمتع بالحياد في نظر القطاعين العام والخاص.

3- **ميثاق تعاون على مستوى القطاع يكون بمثابة قائمة مرجعية لتقييم مدى جاهزية القطاعين العام والخاص في بلد ما للعمل سويًا لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.**
في ضوء أهمية التعاون الفعال بين القطاعين العام والخاص، سوف يكون من المفيد وجود وسيلة لتقييم الاستعداد لهذا التعاون في البلدان الساعية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وهنا تتجلى أهمية وجود ميثاق يحدد الإجراءات والالتزامات الأساسية للقطاع الحكومي والخاص في أنظمة الصحة، إذ من شأنه أن يقدم للجانبين مجموعة من المطالبات لإرساء بيئة مواتية أفضل (على النحو الوارد في الجزء الثالث من هذا التقرير). ويمكن لهذا الأمر أن يعيد تركيز الانتباه على بعض سلوكيات جهات التمويل الأساسية التي ذكرت جهات الرعاية الصحية أنها دائمًا ما يجري تجاهلها – مثل المدفوعات الفورية (ربما من خلال حسابات الضمان (المملوكة لطرف خارجي) أو الحصول على دفعات مقدمة من الأموال)، والتقييم المستقل للجودة، وهيئات تحديد الأسعار، فضلاً عن الجهود المبذولة من جانب جهات الرعاية الصحية للتغلب على المشكلات المشتركة ومنها التجزؤ بحسب القطاع، وغياب توحيد المعايير، وتدريب القوة العاملة. ويمكن استخدام هذا الميثاق من جانب البلدان لتوجيه الاستراتيجيات الخاصة بها، وتوجيه كبرى الجهات المانحة والممولين والمستثمرين ممن يتولون تمويل مبادرات التغطية الصحية الشاملة على الصعيد العالمي.

شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري للمنتدى من أجل إعداد هذا البحث السير ديفيد نيكلسن، الأستاذ الزائر في معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية التابع لإمبريال كوليدج لندن.

أعدّ هذا البحث السير ديفيد نيكلسن بالتعاون مع جونتي رونالد، مدير البرامج في مركز KPMG للتغطية الصحية الشاملة، وأدريتا باتشاريا كرافن، مستشار الأنظمة الصحية المستقلة، وكريس هارديستي، مدير مركز علوم الحياة العالمية التابع لمجموعة KPMG، وإدوار فيتسجيرالد، المدير التنفيذي للصحة العالمية بمجموعة KPMG، ونيلايا فارما، الشريك ورئيس الرعاية الصحية والبنية التحتية والشؤون الحكومية بمجموعة KPMG الهندية، وبالتعاون مع زميل البحوث في مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" مارتينا أورلوفيك، من مركز السياسات الصحية بمعهد الابتكار في مجال الصحة العالمية التابع لإمبريال كوليدج لندن، وبدعم من ليزا أوفيجر، العاملة في نفس المركز.

ونود في هذا المقام أن نعرب عن خالص شكرنا لأعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا برؤاهم الفريدة في هذا البحث:

- خالد العمادي، المدير التنفيذي، المستشفى الأهلي
- فرانسيسكو باليستريين، رئيس، الاتحاد الدولي للمستشفيات
- ديف إستون، رئيس الأعمال التجارية للمستهلكين، مجموعة CDC Group Plc
- تيم إيفانز، مدير أول للصحة والتغذية والسكان في البنك الدولي
- سانجيف جوبتا، نائب المدير السابق، قسم الشؤون المالية في صندوق النقد الدولي، وحاليًا زميل زائر في مركز التنمية العالمية
- دانا هوفيج، مدير تقديم الخدمات المتكاملة، مؤسسة بيل ومليندا جيتس
- توم كيباسي، مدير، معهد أبحاث السياسة العامة
- مارك ماكليلان، مدير، مركز روبرت مارجوليس للسياسات الصحية، جامعة ديوك
- ديفيد ميلر، مدير، قسم سلامة النزلاء والجودة وأنظمة الاعتماد، المستشفى الأهلي
- ساجد رحمن، الرئيس التنفيذي، تيلينور هيلث
- بريثا ريدي، نائب الرئيس، مستشفيات أبولو
- ديفي شيتي، الرئيس والمؤسس، نارايانا هيلث
- شوبنوم سينغ، المدير – قسم التعليم الطبي، مستشار وباحث طبي، إطار عمل الرعاية الصحية، معهد ماكس للرعاية الصحية

- جانيت فيجا، المدير، الصندوق الوطني للصحة – تشيلي
- سويت وييولبولبراسيرت، عضو مجلس الأمن الصحي القومي في تايلاند
- كريستينا يارو، المدير، قسم السياسة العامة والاستراتيجية، إدارة الصحة العالمية، مؤسسة الأمم المتحدة
- روب ييتس، مدير المشاريع، منتدى سياسات التغطية الصحية الشاملة، تشاتام هاوس

كما يتوجه رئيس المنتدى والمؤلفون بخالص الشكر لكل من أسهم في هذا البحث، ومن بينهم:

جميع المشاركين في استبيان جهات الرعاية الصحية الخاصة متعددة الجنسيات الذي أجري في إطار هذا البحث:

- شبكة التعلم المشترك للتغطية الصحية الشاملة، وخاصة الدليل الصادر عنها بعنوان 'إشراك القطاع الخاص في الرعاية الصحية الأولية التعاونية'
- عاتكة أدياس، باحث أول، وزارة الصحة الإندونيسية

أنوشكا كوفاديا، رئيس الرعاية الصحية الأفريقية، مركز KPMG للتغطية الصحية الشاملة

- تشارلز دالتون، كبير الأخصائيين الصحيين، مؤسسة التمويل الدولية
- جيليوم فافييه، المدير المشارك، مجموعة الاستراتيجية العالمية للصحة وعلوم الحياة، مجموعة KPMG
- جيانلوكا فونتانا، زميل أول السياسات، معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية، إمبريال كوليدج لندن
- جوليو فرنك، رئيس جامعة ميامي بالمكسيك
- ماثيو جيلفورد، كبير مسؤولي النمو، تيلينور هيلث
- شفاء حبيب، كبير مديري البحوث والإشراف والتقييم، الحلول الصحية المجتمعية
- جمال صالح حماد، نائب المدير التنفيذي، المستشفى الأهلي
- ألان هيوز، مدير الصحة العالمية والهيئة الاستشارية للبنية التحتية، مجموعة KPMG
- تشارلز كاندي، منسق تحسين جودة القطاع الصحي، وزارة الصحة، مشارك في المقابلة الشخصية من كينيا
- ماثيو ياو كيريمه، سكرتير، أمين سجل، هيئة تنظيم المرافق الصحية، غانا

- تشاندراكانت لاهريا، موظف فني في شؤون التغطية الصحية الشاملة، منظمة الصحة العالمية، مكتب الهند
- لورنا مادوراي، المؤسس والرئيس التنفيذي، جلوبال لابز، جنوب أفريقيا
- كايتلين مازيلي، مسؤول برامج أول، خدمات القطاع الخاص، مؤسسة بيل وميليندا جيتس
- تريسي ماكنيل، الرئيس التنفيذي، برنامج 'بابل' رواندا
- جوليا أوكو، خبير في اقتصاديات الصحة، الصندوق الوطني لتأمين المستشفيات، كينيا
- نيتي بول، المدير الطبي للممارسة الصحية العالمية، مركز KPMG للتغطية الصحية الشاملة
- جاين روان، نائب المدير، الأسواق الصحية، Marie Stopes International
- بريتيندرا شاديفا، رئيس برنامج الجودة والمبادرات الخاصة، مستشفيات أبوللو
- حسن سيملالي، رئيس قسم الإشراف والتطبيق، نظام المساعدة الطبية (راميد)، المغرب
- أنوبام سيبال، المدير الطبي للمجموعة، مستشفيات أبوللو
- سيسلي توماس، مدير البرامج، منظمة Results for Development
- أندريا ثومي، مدير البحوث، مركز روبرت مارجوليس للسياسات الصحية، جامعة ديوك

يتحمل المؤلفون مسؤولية أي خطأ أو سهوٍ ورد في هذا البحث.

المراجع

01. Department of Economic and Social Affairs. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, 2015. Available at sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld [Accessed 30 June 2018].

02. United Nations (UN). Sustainable Development Goal 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. Available at: www.who.int/sdg/targets/en [Accessed 30 June 2018].

03. Department of Health Systems Governance and Financing. Health systems governance for universal health coverage: Action plan. World Health Organization (WHO), 2014. Available at: www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc.pdf [Accessed 30 June 2018].

04. World Health Organization (WHO). Health systems financing: The path to universal coverage. World health report 2010. Available at: www.who.int/whr/2010/en [Accessed 30 June 2018].

05. Røttingen J et al. Shared responsibilities for health: A coherent global framework for health financing. Chatham House Report; 2014. Available at: www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf [Accessed 30 June 2018].

06. UHC 2030. Healthy systems for universal health coverage – a joint vision for healthy lives. International Health Partnership; 2017. Available at: www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangemts___docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_paper_WEB2.pdf [Accessed 30 June 2018].

07. Nicholson D et al. Delivering Universal Health Coverage: A guide for policymakers. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH) UHC forum, 2015. Available at: www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Universal-health-coverage.pdf [Accessed 30 June 2018].

08. John Snow Inc. Getting products to people: How private sector solutions can strengthen supply chains for public health. 2016. Available at: jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=17169&lid=3 [Accessed 30 June 2018].

09. Stenberg K et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health sustainable development goals: A model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 2017; 5(9): e875–e887. Available at: www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30263-2/abstract [Accessed 30 June 2018].

10. World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030; 2016. Available at: apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1 [Accessed 30 June 2018].

11. Macintosh M et al. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income. *The Lancet*, 2016; 388(10044): 596–605. Available at: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00342-1/abstract; apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1 [Accessed 30 June 2018].

13. KPMG International. What works: The triple win. Rethinking public private partnerships for universal healthcare. 2018. Available at: assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/xx/pdf/2017/08/what-works-the-triple-win.pdf

14. MacIntosh M et al. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2016; 388(10044): 596–605.

15. Cotlear D et al. Going universal: How 23 developing countries are implementing UHC reform from the bottom up. World Bank Group, 2015. Available at: documents.worldbank.org/curated/en/936881467992465464/pdf/99455-PUB-Box393200B-OUO-9-PUBDATE-9-28-15-DOI-10-1596-978-1-4648-0610-0-EPI-210610.pdf [Accessed 30 June 2018].

16. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015–40: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 2017; 389(10083): 2005–2030. Available at: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30873-5/fulltext [Accessed 30 June 2018].

17. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015–40: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 2017; 389(10083): 2005–2030. Available at: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30873-5/fulltext [Accessed 30 June 2018].

18.

19. Data provided to KPMG by BPJS Kesehatan.

20. Seed J. How can private healthcare providers help achieve UHC in lower income countries? 27 June 2017. Imperial College London. Available at: www.imperial.ac.uk/news/180232/how-private-healthcare-providers-help-achieve [Accessed 30 June 2018].

21. Institute of Global Health Innovation, Imperial College London. Evaluating the impact of private providers on health and health systems. CDC Group, 2017. Available at: www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/public/IMPJ5551-Health-Report-Update-Final-Web.pdf [Accessed 6 July 2018].

22. Montagu D and Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: How should we engage with the private health-care sector? *The Lancet*, 2016; 388(10044): 613–621. Available at: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30242-2/abstract [Accessed 30 June 2018].

23. KPMG. Global health systems transparency index: A practical path to improving healthcare through transparency. Available at: www.kpmg.com/hctransparency [Accessed 30 June 2018].

24. Mossialos E and Djordjevic A (eds). International profiles of health care systems. 2017. Available at: www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf [Accessed 30 June 2018].

World Health Organization (WHO). New perspectives on global health spending for universal health coverage. Global Report. 2018. Available at: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259632/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-17.10eng.pdf;jsessionid=41BC881FDB36E69A68888D684E6D1BB7?sequence=1 [Accessed 30 June 2018].

25. World Bank Group and International Finance Corporation. Healthy partnerships: How governments can engage the private sector to improve health in Africa. 2011. Available at: openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2304 [Accessed 30 June 2018].

26. CDC. CDC launches new framework to understand the impact of private healthcare providers. In ESG toolkit for fund managers. 2017. Available at: toolkit.cdcgroup.com/news/2017/06/29/cdc-launches-new-framework-to-understand-the-impact-of-private-healthcare-providers [Accessed 30 June 2018].

27. Appleford G and Owino E. National Hospital Insurance Fund tariffs – what are the effects on Amua franchisee businesses? Bill & Melinda Gates Foundation, 2018.

28. African Health Markets for Equity (AHME). AHME Snapshot Overview. HANSHEP, 2016. Available at: www.hanshep.org/news-and-events/AHME.pdf [Accessed 30 June 2018].

29. Dalinjong PA and Laar AS. The national health insurance scheme: Perceptions and experiences of health care providers and clients in two districts of Ghana. *Health Economics Review*, 2012; 2: 13. Available at: healtheconomicsreview.springeropen.com/articles/10.1186/2191-1991-2-13 [Accessed 30 June 2018].

30. Sieverding M, Onyango C and Suchman L. Private healthcare provider experiences with social health insurance schemes: Findings from a qualitative study in Ghana and Kenya. *PLOS One*, 2018. Available at: journals.plos.org/plosone/article/authors?id=10.1371/journal.pone.0192973 [Accessed 30 June 2018].

31. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Engaging the private sector in primary health care to achieve universal health coverage: Advice from implementers to implementers. 2016. Available at: www.jointlearningnetwork.org/resources/PHC-Engaging-the-private-sector-in-PHC-to-Achieve-UHC [Accessed 30 June 2018].

32. Guldemond et al. Livro Blanco. Associação Nacional de Hospitais Privados, 2017.

33. Dayal P and Hort K. Quality of care: What are effective policy options for governments in low- and middle-income countries to improve and regulate the quality of ambulatory care? *Policy Brief*; 4(1). Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, 2015. Available at: www.jointlearningnetwork.org/resources/asia-pacific-observatory-on-health-systems-and-policies-policy-brief-on-qua [Accessed 30 June 2018].

34. Nagarajan R. Profit on stents ranges from 270% to 1,000%. *The Times of India*, 17 January 2017. Available at: timesofindia.indiatimes.com/india/profit-on-stents-ranges-from-270-to-1000/articleshow/56610294.cms [Accessed 30 June 2018].

35. Montagu D and Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: How should we engage with the private health-care sector? *The Lancet*, 2016; 388(10044): 613–621. Available at: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30242-2/abstract [Accessed 30 June 2018].

36. Harding A. Deploying the tools of government. Managing markets for health (MM4H), 2015. Available at: m4h.sps.ed.ac.uk/pluginfile.php/15/course/summary/Section%202.pdf [Accessed 30 June 2018].

37. KPMG. Global health systems transparency index: A practical path to improving healthcare through transparency. Available at: www.kpmg.com/hctransparency [Accessed 30 June 2018].

38. Moodley S et al. Strengthening the private health sector in Africa: The PharmAccess solution, *Health Management Policy and Innovation*, 2017; 2(2). Available at: hmpi.org/2017/09/06/strengthening-the-private-health-sector-in-africa-the-pharmaccess-solution/ [Accessed 30 June 2018].

39. Ugo O et al. Improving quality of care in primary health-care facilities in rural Nigeria: Successes and challenges. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, Jan–Dec 2016; 3. Available at: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266458

40. Information provided by Chandrakant Lahariya, National Professional Officer, World Health Organization (WHO) India.

شركاء "ويش"

يتقدم مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" بالشكر والعرفان لوزارة الصحة العامة في
دولة قطر على ما تقدمه من دعم لأنشطته

QATAR FUND FOR DEVELOPMENT
صندوق قطر للتنمية

QCRI
معهد قطر لبحوث الحوسبة
Qatar Computing Research Institute
جامعة حمد بن خليفة
HAMAD BIN KHALIFA UNIVERSITY

سدرة للطب
Sidra Medicine

ST VINCENT'S HEALTH AUSTRALIA

جامعة كالجاري في قطر
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR

UCL

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

NHS
University Hospitals of Leicester
NHS Trust

Vancouver CoastalHealth
Promoting wellness. Ensuring care.

Waitemata
District Health Board
Best Care for Everyone

www.wish.org.qa