

المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة

ملخص تنفيذي

1. تعني التغطية الصحية الشاملة أن بإمكان كل شخص أن يحصل على ما يحتاج إليه من خدمات صحية بجودة كافية تجعل هذه الخدمات ذات تأثير فعال، دون أن يواجه ضائقة مالية. وتنظر التزامات عالمية وإقليمية متعددة إلى التغطية الصحية الشاملة على أنها أولوية قصوى، بما في ذلك على وجه الخصوص، خطة التنمية المستدامة لعام 2030 وبرنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية 2019-2023 (1). وتبحث هذه الورقة المساهمة المحتملة للقطاع الخاص في النهوض بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ويُعرّف القطاع الخاص بأنه مقدمو الخدمات الصحية الرسميون الهادفون إلى الربح.

2. وينشط القطاع الصحي الخاص نشاطاً ملحوظاً في الإقليم، ويُقدّم كلاً من الخدمات خارج المستشفيات وخدمات المستشفيات. كما يشارك بكثافة في تطوير البنى التحتية، وفي إنتاج وتوريد الأدوية والتكنولوجيات الصحية. وللاستعانة بالقطاع الصحي الخاص في الإقليم أهمية خاصة في البلدان التي يكون فيها الإنفاق الحكومي على الصحة منخفضاً، وفي البلدان التي تعاني من حالات طوارئ. ومع ذلك، نما القطاع الصحي الخاص بشكل كبير دون توجيه يُذكر من السياسات العامة، كما أنه لا يدخل ضمن التخطيط الحكومي لقطاع الصحة في كثير من بلدان الإقليم. ومن ثمّ فإنه مورد غير مُستغلّ في سياق التغطية الصحية الشاملة.

3. ويكشف تقرير الرصد العالمي للتغطية الصحية الشاملة لعام 2017 الصادر عن منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي أن نصف سكان الإقليم تقريباً لا يحصلون على 16 خدمة من الخدمات الصحية الأساسية (2). والتعاقد مع مُقدِّمي القطاع الصحي الخاص لتقديم حزم الخدمات الصحية الأساسية باستخدام خيارات الشراء الاستراتيجية وترتيبات الدفع المسبق، سيساعد الدول الأعضاء على تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

4. وتقرّح هذه الورقة إطار عمل للمشاركة الفعالة مع القطاع الصحي الخاص للمُضي قدماً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ولا يوجد في معظم بلدان الإقليم نظام لجمع معلومات من مقدمي الخدمات في القطاع الخاص، ولذلك يلزم إجراء دراسات على المستوى القطري لسد الثغرات في المعلومات، ولإلقاء نظرة ثاقبة على مجالات مُحدّدة من مجالات القطاع الصحي الخاص. ومع ذلك، وعلى الرغم من تلك الثغرات وغيرها من التحديات، يمكن لهذا الإطار أن يساعد على تحديد استراتيجيات وإجراءات تضطلع بها الدول الأعضاء، وأن يُدبّر جهودها الرامية إلى تعزيز الإنصاف والإمكانية المالية، وتحسين جودة الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الخاص، وتسخير طاقاته من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة.

المقدمة

5. في أيار/مايو 2018، اعتمدت جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعون برنامج العمل العام الثالث عشر لمنظمة الصحة العالمية 2019-2023 (1). وقد أُعد برنامج العمل العام الثالث عشر عبر مشاورات مُوسَّعة، وسوف تسترشد به المنظمة في عملها خلال السنوات الخمس المقبلة على الأقل. ويُحدّد هذا البرنامج ثلاث أولويات استراتيجية مترابطة، ويضع أهدافاً طموحةً تتعلق بخطة التنمية المستدامة لعام 2030. وتُلخص هذه الأولويات الاستراتيجية والأهداف الطموحة التغيير الرئيسي في مجال الصحة العامة الذي يلزم تحقيقه عالمياً بحلول عام 2023 ليظل تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة على الطريق الصحيح.

6. وتُعدّ هذه الورقة حلقةً في سلسلةٍ تهدف إلى إثراء المناقشات حول تنفيذ برنامج العمل العام الثالث عشر في الإقليم في الدورة الخامسة والستين للجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وتركز هذه الورقة على الأولوية الاستراتيجية المتمثلة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة والهدف المرتبط بها، وهو: ضمان استفادة مليار شخص آخر من التغطية الصحية الشاملة. وتُركّز، بوجه أخص، على دور القطاع الخاص في النهوض بالتغطية الصحية الشاملة.

7. وتعني التغطية الصحية الشاملة إمكانية حصول جميع الناس على الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطفة التي يحتاجون إليها، والتي تكون على درجة كافية من الجودة بما يضمن فاعليتها، دون مواجهة ضائقة مالية. وتُعدّ التغطية الصحية الشاملة المفتاح لتحقيق الهدف 3 الخاص بالصحة من أهداف التنمية المستدامة، فضلاً عن الغايات المتعلقة بالصحة لغيره من أهداف التنمية المستدامة. ويتمثل جوهر التغطية الصحية الشاملة في وجود نُظُم صحية قوية وقادرة على الصمود وتركز على الناس. ويُعتبر إحراز تقدم تدريجي نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة خياراً سياسياً ذا فوائد اجتماعية واقتصادية مهمة.

8. ويشير تقرير الرصد العالمي للتغطية الصحية الشاملة لعام 2017 الصادر عن منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي إلى أنّ العدد التقديري لسكان إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بلغ نحو 650 مليون نسمة في منتصف عام 2017 (2). ويمكن أن يُستخلص من النتائج التي توصل إليها التقرير أنّ نحو 347 مليون شخص فقط بإمكانهم الحصول على خدمات التغطية الصحية الشاملة الأساسية في الإقليم، وهو ما يُمثّل مُتوسطاً سكانياً مُرَجَّحاً قدره 53%. وهو أقل من المتوسط العالمي المُرَجَّح للسكان الذي يبلغ 64%.

9. ويرى البنك الدولي أنّ القطاع الصحي الخاص يتألف من جميع الجهات الفاعلة خارج نطاق الحكومة، بما في ذلك الكيانات الرسمية وغير الرسمية الربحية وغير الربحية (3). ويشمل ذلك مُقدمي الخدمات، والصيديات وشركات الأدوية، والمُنتجين والمُوردين، والمُعالِجين التقليديين. ولكن يُعرّف القطاع الخاص، في مفهوم هذه الورقة، بأنه مُقدِّمو الخدمات الصحية الرسميون الهادفون للربح دون غيرهم.

10. ومنذ تسعينيات القرن الماضي، لفت الباحثون الانتباه إلى حجم الخدمات الطبية الخاصة الذي لم يكن مُعترفاً به من قبل في العالم النامي (4). وبعد توفّر مجموعات بيانات قُطرية، أصبح من الواضح على نحو متزايد أنّ القطاع الخاص يؤدي دوراً رئيسياً في تمويل الرعاية وتوفيرها بالبلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض. وتوضح التقارير القُطرية أنّ العوامل الرئيسية التي تكمن وراء اتساع نطاق القطاع الصحي الخاص تشمل: الصورة السيئة للرعاية الصحية في القطاع العام وانخفاض جودتها مقارنةً بالقطاع الصحي الخاص، الذي يُنظر إليه على أنه أفضل ويحوز على مستوى أعلى من رضا العملاء؛ وعدم وجود مرافق

صحية عامة في المناطق التي تعاني من نقص في الخدمات؛ والهجرة الحضرية الكبيرة وعجز قطاع الصحة العام عن مواكبة الزيادة السكانية في مناطق الأطراف الريفية-الحضرية؛ وانخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة وزيادة الاستعانة بالقطاع الصحي الخاص، مما يسهم في زيادة النفقات التي يدفعها المواطنون من جيوبهم. وإضافة إلى ذلك، يُعدّ القطاع الخاص المصدر الرئيسي للدخل لمعظم الأطباء في البلدان التي يسمح فيها القانون بأن يجمع الأطباء بين العمل في القطاعين العام والخاص أو البلدان التي تكون فيها هذه الممارسة المزدوجة أمراً شائعاً. وأدى أيضاً ارتفاع الأرباح وضعف إنفاذ النظام الضريبي إلى نمو القطاع الصحي الخاص. وتنطبق هذه العوامل على معظم بلدان الإقليم.

11. وعلى الصعيد العالمي، يؤدي القطاع الصحي الخاص دوراً مهماً في تقديم الخدمات الصحية في البلدان المتقدمة والنامية على حدٍ سواء، ولا يختلف الوضع في إقليم شرق المتوسط عن ذلك. وعلى الرغم من تزايد الاعتراف بهذا الدور، تعدّرت في معظم بلدان الإقليم صياغة سياسة واستراتيجية مسندتين بالبيّنات للاستفادة من القطاع الصحي الخاص لتوسيع نطاق التغطية بالخدمات. ومع تجدد الزخم العالمي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 في سياق خطة التنمية المستدامة، توجد الآن حاجة مُلِحّة إلى إقامة شراكات فعالة مع القطاع الصحي الخاص لن تستطيع الحكومات من دونها (أي الشراكات) تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة.

12. ويتزايد الاعتراف بالتعاقد مع القطاع الصحي الخاص باعتباره أداة قوية لتسخير موارده بما يساعد في تحقيق أهداف قطاع الصحة (5). ورغبة القطاع الصحي الخاص في ضمان تدفقات الإيرادات المستمرة، من خلال الترتيبات التعاقدية، تعطي القطاع العام (بوصفه المتعاقد) القدرة على التأثير في سلوكيات مقدمي الخدمة من القطاع الخاص، بما في ذلك الامتثال لمعايير الجودة، والاتفاق على شروط تناسب كلا القطاعين لسداد مستحقات مقدمي الخدمة. غير أنّ التعاقد لتوفير الخدمات الصحية عملية مُعقّدة تتطلب قدرات حكومية كبيرة لتخطيط الخدمات موضوع التعاقد والتفاوض بشأنها وتنفيذها ورصدها بصفة مستمرة.

13. وفي تشرين الأول/أكتوبر 2017، قُدِّم عرض إيضاحي في اجتماع عُقد قبيل الدورة الرابعة والستين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط حول دور القطاع الصحي الخاص في النهوض بالتغطية الصحية الشاملة. وطلبت الدول الأعضاء من المدير الإقليمي، في القرار ش م/ل 64/ق-1، إعداد إطار عمل إقليمي للنهوض بدور قطاع الصحة الخاص في التحرك صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة، ليُعرض هذا الإطار على الدورة الخامسة والستين للجنة الإقليمية في عام 2018. وقبل ذلك، وفي عام 2016، كانت الدورة الثالثة والستون للجنة الإقليمية قد اعتمدت القرار ش م/ل 63/ق-2 بشأن توسيع نطاق طب الأسرة من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وحثّ هذا القرار الدول الأعضاء على تعزيز الشراكات بين القطاعين العام والخاص في مجال تقديم الخدمات من خلال نهج طب الأسرة. وقد أقرّ إطار العمل الإقليمي بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط في عام 2014 بأهمية مقدمي الخدمات من خارج الحكومات، عندما طلب من البلدان تعزيز مشاركتها مع القطاع الخاص الربحي وغير الربحي وتنظيمه لتقديم الخدمات بما يدعم تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

14. ويُعدّ إطار المشاركة مع الجهات الفاعلة غير الدول مرجعاً مهماً في علاقات المنظمة المحتملة مع القطاع الخاص. وقد أقرت جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون هذا الإطار في 2016. وهو أول إطار شامل للمنظمة يحكم جميع أنواع المشاركات مع جميع أنواع الجهات الفاعلة غير الدول (المنظمات غير الحكومية، وكيانات القطاع الخاص، والمؤسسات الخيرية، والمؤسسات الأكاديمية). ويتمثل الغرض منه في توفير مجموعة من القواعد من أجل تقوية وتعزيز مشاركة المنظمة مع الجهات الفاعلة غير الدول، إلى جانب تعزيز إدارة المنظمة للمخاطر المحتملة ذات الصلة بهذه المشاركات.

15. وهذه الورقة التي بين أيديكم:

- تعرض الوضع الراهن للقطاع الصحي الخاص في إقليم شرق المتوسط:
- وتشرح الأسباب التي تجعل المشاركة مع القطاع الصحي الخاص في تقديم الخدمات أمراً ضرورياً؛
- وتقتراح إطار عمل من أجل المشاركة الفعالة مع القطاع الصحي الخاص يشجع الدول الأعضاء على الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة من خلال توسيع نطاق الخدمات الصحية؛

تحليل القطاع الصحي الخاص في إقليم شرق المتوسط

16. بُذِلَ، رغم القيود، جهد منهجي لجمع أفضل المعلومات المتاحة عن القطاع الصحي الخاص في الإقليم. وجمعت بيانات هذه الورقة من أربعة مصادر:

- تقرير منظمة الصحة العالمية المُحدَّث في عام 2017 بعنوان *Analysis of the private health sector in countries of the Eastern Mediterranean: exploring unfamiliar territory* (تحليل للقطاع الصحي الخاص في بلدان شرق المتوسط: استكشاف أرض غير مألوقة) (6)؛
- صحائف وقائع عن القطاع الصحي الخاص أُعدت بشأن 17 دولة عضواً في الإقليم (منظمة الصحة العالمية، بحوث غير منشورة، 2015)؛
- استعراض أجرته منظمة الصحة العالمية للوائح القطاع الصحي الخاص في أربعة بلدان مختارة من بلدان الإقليم - لبنان ومصر والمغرب واليمن (7)؛
- استعراض لأحدث المؤلفات التي تتناول قطاع الصحة الخاص في البلدان النامية، بما في ذلك استعراض لمبادرات وتقارير مُقدّمة من الأوساط الأكاديمية ووكالات التنمية الدولية على مدار السنوات الخمس الماضية.

17. واتباع إطار تحليل القطاع الصحي الخاص الإطار المفاهيمي لأركان النظام الصحي الستة (8):

- (1) تقديم الخدمات: نوع الخدمة حسب مُقدِّمها (علاجية، صحة عامة)، والتغطية بالخدمات/استخدامها، والبنية التحتية (المستشفيات، والعيادات، والصيدليات، والمختبرات)، وجودة الرعاية الصحية؛
- (2) القوى العاملة الصحية: مزيج المهارات والكوادر، والتوظيف حسب القطاع (عام/خاص)؛
- (3) التمويل: تتبّع التدفقات المالية الواردة إلى مُقدِّمي الخدمات في القطاع الخاص من المصدر إلى الوكيل إلى مُقدِّم الخدمة؛
- (4) التكنولوجيا والأدوية الأساسية: الإنتاج المحلي ونقل التكنولوجيا، والمعدات الطبية المتطورة تقنياً؛
- (5) الحوكمة: التنظيم (التعاقد، الاعتماد)، والشراكات بين القطاعين العام والخاص؛
- (6) جمع المعلومات: توليد المعلومات وتوحيدها وتجميعها واستخدامها.

18. ويشهد القطاع الصحي الخاص نمواً في الإقليم. ولأنه قطاع هادف للربح، فإنه بطبيعته محكوم بالسوق، ولا يُراعي اعتبارات الإنصاف. ولذلك فإنه يتركز في المراكز الحضرية، ويبي احتياجات القادرين على دفع مقابل الخدمات التي يقدمها. ويُساء فهم دوره وقدراته وأعماله، على الرغم من أنه من أكبر مُقدِّمي خدمات العيادات الخارجية في معظم بلدان الإقليم. وتزيد الاستعانة بالقطاع الصحي الخاص في الإقليم زيادةً كبيرةً في البلدان التي ينخفض فيها الإنفاق الحكومي على الصحة. ويعاني القطاع الصحي الخاص من ضعف التنظيم، كما أن الشراكات المتقطعة الحالية بين القطاعين العام والخاص غير منظمة أو مخططة أو مفهومة بما فيه الكفاية. وعلاوة على ذلك، نما القطاع الصحي الخاص دون توجيه يُذكر من السياسات

العامة، كما أنه لا يدخل ضمن التخطيط الحكومي لقطاع الصحة في كثير من بلدان الإقليم. ومن ثم فإنه مورد غير مُستغل في سياق التغطية الصحية الشاملة.

19. ويمكن للقطاع الخاص أن يؤدي دوراً مهماً في البلدان التي تشهد حالات طوارئ، كما أثبتت التجربة في الجمهورية العربية السورية والصومال والعراق وليبيا واليمن. فهو يتبع نهجاً دينامياً للتعامل مع احتياجات السكان الصحية المتغيرة في الوقت الذي عادةً ما تضعف فيه الحكومات أو تختفي. وتشير التقارير إلى أن القطاع الخاص مصدر رئيسي من مصادر الرعاية الصحية للاجئين: إذ يلتمس 64% من اللاجئين السوريين المُسجّلين لدى مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين في مصر الرعاية في القطاع الخاص (9). وفي الأردن، خلصت دراسة استقصائية أجرتها المفوضية عام 2015 إلى أن 58% من السوريين الذين التمسوا الرعاية الطبية توجهوا أولاً إلى مرفق خاص (يُعرف بأنه عيادة خاصة/مستشفى خاص، أو منظمة غير حكومية، أو صيدلية) (10).

20. وتعتمد حوكمة القطاع الصحي الخاص على سياسة الحكومة، ووجود نظام رقابي وتطبيقه، والقدرة المؤسسية لوزارة الصحة وخبرتها في الشراكات بين القطاعين العام والخاص، والترتيبات التعاقدية. وبوجه عام، تميل السياسات العامة في البلدان النامية إلى التركيز على النُظم الرقابية، على الرغم من أنه يزداد في الوقت الحالي أيضاً وضع سياسات بشأن الشراكة مع القطاع الصحي الخاص لتوسيع نطاق الإتاحة والتغطية. وتتناول الأنظمة الرقابية الصحية القوى العاملة والمرافق والخدمات، ومن المفترض أن تُطبّق اللوائح على كل من القطاعين العام والخاص. وعلى وجه أكثر تحديداً، يشتمل تنظيم القوى العاملة الصحية على الترخيص والتسجيل، و(إعادة) التصديق، والاعتماد والامتيازات المهنية، وتحديد المكان والزمان اللذين يمكن أن يعمل فيهما العاملون الصحيون بشكل قانوني. ويشتمل تنظيم المرافق على الترخيص و(إعادة) الاعتماد. ويتناول تنظيم الخدمات الجودة والمأمونية والتكلفة.

21. وتزايدت سياسات المشاركة بين القطاعين الصحيين العام والخاص في معظم بلدان الإقليم. وغالباً ما تقع المسؤولية التنظيمية على عاتق وزارات الصحة، وعلى وجه التحديد إدارات التشريعات (الأنظمة) واللوائح الصحية (دول مجلس التعاون الخليجي والمغرب)، أو مديرية القطاع الصحي الخاص (أفغانستان)، أو الإدارة العامة للجودة (مصر)، أو مديريات التفتيش (تونس والمغرب)، أو وحدات التعاقد (لبنان). وأنشأت باكستان وزارةً للخدمات الصحية والتنظيم والتنسيق في المجال الصحي، تُركّز على تحسين القدرة التنظيمية.

22. وتختلف القوانين واللوائح ومستويات إنفاذها اختلافاً كبيراً عبر الإقليم. ففي البلدان ذات الدخل المنخفض، تكون السياسات والالتزامات بتنظيم القطاع الصحي الخاص ضعيفة أو غير موجودة. بل إن بعض جوانب الوظيفة التنظيمية مفقودة بالكامل في أفغانستان والصومال واليمن. أما البلدان التي تتمتع بخبرة أطول في التعامل مع القطاع الصحي الخاص، مثل لبنان، فلديها سياسات وإجراءات أفضل. ومن ناحية أخرى، وضعت بعض البلدان مؤخراً سياسات، مثل أفغانستان وباكستان، وتُقيم بالفعل شراكات مع القطاع الخاص عن طريق التعاقد معه لتقديم الخدمات الصحية. ولا توجد معلومات كاملة عن التنظيم في معظم بلدان الإقليم. ويُنظّم المجلس الطبي لجمهورية إيران الإسلامية عدد المهنيين الطبيين وتراخيصهم، والممارسات الطبية الخاصة. وتشرف وزارة الصحة والتعليم الطبي وجامعات العلوم الطبية على اعتماد جميع المستشفيات والمرافق الطبية، وكذلك تسجيل المرافق والأدوية والمواد المخبرية والمنتجات الغذائية والمكملات الغذائية، وتراخيصها، وتسعيرها، ومراقبة جودتها. وتصدق وزارة الصحة العامة اللبنانية على تراخيص المرافق الصحية والمهنيين الصحيين، وتضع معايير الجودة، لكنها لا تتحكم في إعداد القوى العاملة الصحية أو جودتها أو توزيعها الجغرافي الذي يعاني من عدم التوازن الشديد لصالح المدن. وفي تونس،

اعتمدت وزارة الصحة العامة معايير قانونية وتنظيمية مُحدّدة بوضوح، جرى تحديثها وتنقيحها بعناية. وتتولى الوزارة تنظيم عملية إصدار تراخيص المهنيين الصحيين تنظيمًا دقيقاً.

الجدول 1. النسبة المئوية لخدمات العيادات الخارجية/الخدمات خارج المستشفيات التي يُقدِّمها القطاع الصحي الخاص في بلدان مختارة

التدخلات/الخدمات	مصر أ	العراق ب	الأردن ج	المغرب د	فلسطين هـ	الجمهورية العربية السورية و	تونس ز	اليمن ح
مصدر وسائل منع الحمل الحديثة (النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب اللاتي يستخدمن حالياً وسائل منع الحمل الحديثة)	44	90	56	غير متاح	74	غير متاح	غير متاح	46
مكان الولادة (النسبة المئوية للنساء اللاتي وضعن حملهن في مرفق صحي خلال السنوات الخمس السابقة للدراسة الاستقصائية)	71	11	34	11	36	56	15	37
علاج الإسهال لدى أطفال دون سن الخامسة (النسبة المئوية للأطفال الذين يتراوح سنهم من يوم واحد إلى 59 شهراً والشمس لهم العلاج خارج المنزل من الإسهال)	78	غير متاح	41	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	63
علاج العدوى التنفسية الحادة لدى أطفال دون سن الخامسة (النسبة المئوية للأطفال الذين يتراوح سنهم من يوم واحد إلى 59 شهراً والشمس لهم أعراض العدوى التنفسية الحادة)	78	43	40	غير متاح	62	69	45	68

المصادر:

- أ وزارة الصحة والسكان (مصر)، الزناتي ومشاركوه/ مصر، مؤسسة ICF الدولية. مسح الجوانب الصحية في مصر 2015. القاهرة: وزارة الصحة والسكان / مصر ومؤسسة ICF الدولية؛ 2015.
- ب الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات (العراق)، هيئة إحصاء إقليم كردستان، وزارة الصحة (العراق)، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). المسح العنقودي متعدد المؤشرات في العراق، 2011. نيويورك: منظمة الأمم المتحدة للطفولة 2013.
- ج دائرة الإحصاءات العامة (الأردن) ومؤسسة ICF الدولية. مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن، 2012. كالفيرتون، ميريلاند: دائرة الإحصاءات العامة (الأردن) ومؤسسة ICF الدولية؛ 2013.
- د المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة في المغرب 2010-2011 وزارة الصحة (المغرب)، المشروع العربي لإجراء دراسة استقصائية بشأن صحة الأسرة (PAPFAM)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية.
- هـ وزارة الصحة (فلسطين)، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). المسح العنقودي متعدد المؤشرات في فلسطين، 2014. نيويورك، الأمم المتحدة: منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ 2015.
- و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، والمكتب المركزي للإحصاء (الجمهورية العربية السورية)، ووزارة الصحة (الجمهورية العربية السورية)، والمشروع العربي لإجراء دراسة استقصائية بشأن صحة الأسرة (PAPFAM). المسح العنقودي متعدد المؤشرات في سوريا، 2006. نيويورك: منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ 2006.
- ز وزارة التنمية الجبهية والتخطيط (تونس)، والمعهد الوطني للإحصاء (تونس)، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف). المسح العنقودي متعدد المؤشرات في تونس 2011-2012 نيويورك: منظمة الأمم المتحدة للطفولة؛ 2014.
- ح المسح الصحي الوطني الديموغرافي في اليمن، 2013. روك فيل، ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية: وزارة الصحة العامة والسكان (اليمن)، والجهاز المركزي للإحصاء (اليمن)، والمشروع العربي لإجراء دراسة استقصائية بشأن صحة الأسرة (PAPFAM)، ومؤسسة ICF الدولية. 2015.

23. وينشط القطاع الصحي الخاص نشاطاً ملحوظاً في الإقليم، ويُقدّم كلاً من الخدمات خارج المستشفيات وخدمات المستشفيات. كما يشارك بكثافة في تطوير البنى التحتية، وفي إنتاج وتوريد الأدوية والتكنولوجيات الصحية. ويعزز مُقدمو خدمات الرعاية في القطاع الخاص عن الاستثمار في الرعاية الوقائية، أو في المناطق النائية أو المحرومة. وتتمثل التحديات الرئيسية في غياب أو ضعف النُظُم الرقابية، وضعف آليات رصد جودة الخدمات الصحية التي يُقدّمها مُقدمو الخدمات الصحية في القطاع الخاص.

24. وبناءً على البيانات المتوفرة من وزارات الصحة في بلدان الإقليم ذات الدخل المتوسط والمنخفض، يقدم القطاع الصحي الخاص ما يتراوح بين 33% و86% من خدمات العيادات الخارجية أو الخدمات خارج المستشفيات. كما أنه يقدم ما يتراوح بين 11% و81% من الخدمات الصحية التي تستفيد منها الشريحة الخمسية الأشد فقراً في تلك البلدان (11). وتتراوح نسبة العيادات الخاصة في جميع مرافق الرعاية الصحية الأولية من 15% إلى 88% في البلدان ذات الدخل المرتفع، ومن 5% إلى 78% في البلدان ذات الدخل المتوسط، ومن 20% إلى 90% في البلدان ذات الدخل المنخفض. ويوجد ما يقرب من 50 ألف عيادة خاصة في مصر، و75 ألف ممارس عام يعمل في القطاع الخاص في باكستان لا يخضعون لأي نظام رقابي مناسب. ويوضح الجدول 1 استخدام خدمات العيادات الخارجية الخاصة في ثمانية بلدان مختارة لتقديم أربعة تدخلات: مصدر وسائل منع الحمل الحديثة (في 44%-90% من الحالات)، والولادة بها (11%-71%)، وتوفير علاج الإسهال للأطفال دون سن الخامسة (41%-78%)، وتوفير علاج العدوى التنفسية الحادة (40%-78%).

25. ويُقدّر إجمالي عدد أسرة المستشفيات في الإقليم بنحو 740 ألف سرير، 80% منها في مستشفيات عامة، والباقي في مستشفيات خاصة (18%) ومستشفيات غير ربحية (2%). ولا تزال الحكومات هي الجهة الرئيسية المُقدّمة لخدمات المستشفيات في جميع البلدان ذات الدخل المرتفع، ولكن ينمو قطاع المستشفيات الخاصة بسرعة. وتتراوح نسبة أسرة المستشفيات الخاصة من 6% إلى 22% في البلدان ذات الدخل المرتفع، وتوجد النسبة الأعلى في المملكة العربية السعودية. وفي البلدان متوسطة الدخل، يوجد ما بين 7% إلى 83% من أسرة المستشفيات في القطاع الخاص، وأعلى نسبة توجد في لبنان.

26. في عام 2014، أنفق 153 مليار دولار أمريكي على الصحة في الإقليم، ما يُمثّل 1.8% من إجمالي الإنفاق الصحي العالمي على 8.7% من سكان العالم (12). وفي العام نفسه، تراوحت حصة ما يدفعه الأشخاص من أموالهم الخاصة في الإقليم بين 6% و76%، وكانت أعلى المدفوعات الشخصية في أفقر البلدان، في حين كانت أقلها في أغنى البلدان. ويُعدّ الدفع المباشر من الأموال الخاصة مؤشراً جيداً للإنفاق على الرعاية الصحية الخاصة. وتُظهر نظرة فاحصة على الإنفاق الصحي في العام نفسه أنّ أفقر البلدان أنفقت ما بين 36% و79% من النفقات الصحية الخاصة، في حين أنفقت الدول الأكثر ثراءً بين 10% و37%، والبلدان متوسطة الدخل بين 26% و66%. وقد انخفض الإنفاق الشخصي على الصحة على مدى العقدين الماضيين في البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط من 22% إلى 13% ومن 48% إلى 41% على التوالي، لكنه ظل أكثر من 60% في البلدان منخفضة الدخل (12). وعلى الرغم من عدم توافر معلومات دقيقة عن طبيعة الإنفاق، تشير البيانات إلى أن نسبة كبيرة منه تُصرف على الأدوية والاختبارات التشخيصية، تليها الاستشارات الخاصة. وتُظهر البيانات الواردة من البلدان متوسطة الدخل في الإقليم إلى أن ما يقرب من 5% من الأسر المعيشية تواجه خطر الإفلاس نتيجة اعتلال الصحة (4.5% في تونس عام 2005)، ويسقط العديد من الأسر المعيشية في براثن الفقر (1.4% في المغرب في عام 2001) بسبب ارتفاع ما ينفقونه من أموالهم الخاصة (13).

27. إن المعلومات المتعلقة بتوزيع القوى العاملة الصحية بين القطاعين العام والخاص في الإقليم محدودة وغير موثوق فيها. وتشير البيانات الواردة من دول مجلس التعاون الخليجي إلى ارتفاع نسبة الأطباء العاملين

في القطاع العام: 90% في الكويت، و80% في عُمان، و65% في المملكة العربية السعودية، و61% في الإمارات العربية المتحدة. أما لبنان، فيُعد قطاع المستشفيات الخاصة الموظَّف الرئيسي للقوى العاملة الصحية: وتعمل 80.3% من طواقم التمريض في لبنان في مستشفيات خاصة (14). وفي الأردن، يعمل 43% من الأطباء و51% من طواقم التمريض في القطاع الصحي الخاص، ويُعتبر البلد وجهة للسياحة الطبية. وفي جمهورية إيران الإسلامية، يركز القطاع الخاص تركيزاً رئيسياً على الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المتخصصة) في المناطق الحضرية. ولم تُوضع لوائح تُنظِّم ممارسات القوى العاملة الصحية بصورة كاملة في معظم البلدان. ولم تُوضع معايير الترخيص على نحو جيد، كما أن إجراءات إعادة الترخيص (المرتبطة بالتطور المهني المستمر) ليست مطلوبة أو غير مطبقة. وتشيع في أكثر بلدان الإقليم الممارسة الطبية المزدوجة، أي العمل في القطاعين العام والخاص، وقلة من البلدان تفرض قيوداً عليها. وتسمح دول مجلس التعاون الخليجي لمواطنيها فقط بالجمع بين العمل لدى القطاعين العام والخاص، ويُمثِّل هؤلاء المواطنون نسبة صغيرة من القوى العاملة الصحية العامة. واكتشفت الدراسة الاستقصائية التي أُجريت على مقدمي الرعاية الصحية الوطنيين في مصر أن 89% من الأطباء الذين شملتهم عينة الدراسة يعملون في أكثر من مكان (15). وفي باكستان أيضاً، يعمل معظم أطباء القطاع العام في القطاع الخاص بعد الظهر. ويفضل الأطباء الاحتفاظ بوظيفتين نظراً لانخفاض الرواتب في القطاع العام. وأفاد استعراض حول الممارسة المزدوجة أنها تقلل على الأرجح الوقت الذي يقضيه العاملون الصحيون في الوظائف الحكومية. وهذا يقلل فرص ذوي الدخل المنخفض في الحصول على الرعاية الطبية لعدم مقدرتهم على تحمل تكاليف الرعاية في القطاع الخاص (16). وفي معظم بلدان الإقليم التي تعاني من حالات الطوارئ، توقفت الخدمات العامة وأصبح معظم المهنيين الصحيين الموجودين يقدمون الخدمات من خلال القطاع الخاص.

28. وأكثر من 60%، في المتوسط، من الصيدليات الموجودة في بلدان الإقليم تابعة للقطاع الخاص (6). ويمتلك القطاع الخاص ويدير ما بين 27% و90% من الصيدليات في البلدان مرتفعة الدخل. ويمتلك القطاع الخاص 60% إلى ما يقرب من 100% من الصيدليات في البلدان متوسطة الدخل، وفي البلدان منخفضة الدخل تتراوح النسبة من 22% إلى 98% (6). وفي مصر وباكستان، هناك أكثر من 60000 و40000 صيدلية على التوالي تابعة للقطاع الخاص، وتعاني هذه الصيدليات من ضعف التنظيم (6). وتشيع في الإقليم ممارسة صرف الأدوية وبيع المضادات الحيوية دون وصفة طبية. وفي كثير من البلدان، لا يقوم على إدارة الصيدليات أفراد مؤهلون، وحيثما يوجد هؤلاء الأفراد المؤهلون، تكون الحدود الفاصلة بين الأطباء الذين يصفون الدواء والصيدالين الذين يصفونه غير واضحة.

29. وقد أظهرت دراسات استقصائية مختلفة في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض عدم كفاية إمدادات الأدوية الأساسية في القطاع العام واضطرار المرضى لشراء الأدوية من الصيدليات الخاصة. ومن المشاكل الخطيرة في هذا الشأن بيع أدوية دون وصفة طبية بالرغم من عدم جواز صرفها إلا بها، والترويج غير الأخلاقي للأدوية، وحث المهنيين الطبيين على طلب أدوية وتكنولوجيات صحية بايعاز من الموردين والمنتجين. وأدت هذه الممارسات إلى زيادة مقاومة مضادات الميكروبات في الإقليم، ما يشكل مصدر قلق كبير في مجال الصحة العامة. وتشتمل المشاكل الأخرى على عدم فاعلية العلاج، والتفاعلات الضارة للأدوية، والاعتماد على العقاقير، والعبء الاقتصادي الذي يرهق المرضى والمجتمع كلاهما. ويشيع بين الأطباء العاملين في القطاع الخاص الترويج عن عمد لأدوية مرتفعة السعر. ويعتبر الاستخدام غير الرشيد للتكنولوجيات الصحية، وخاصة في القطاع الخاص، مشكلة خطيرة تؤدي إلى ارتفاع ما ينفقه الأشخاص من مالهم الخاص، وسوء الاستخدام التقني، والأخطاء الطبية المرتبطة بالتكنولوجيات الصحية. والرقابة الحكومية على ترويج الأدوية والإعلان عنها رقابة محدودة، مما يؤثر على استخدام الأدوية التي يقدمها القطاع الصحي الخاص.

30. وتوجد فجوات كبيرة في المعلومات المتعلقة بالخدمات التشخيصية والمختبرية التي يقدمها القطاع الخاص في الإقليم. وفي باكستان وجمهورية إيران الإسلامية، والسودان، والمملكة العربية السعودية، تتبع أكثر من 50% من مرافق التشخيص القطاع الصحي الخاص (6). كما يوفر القطاع الخاص معظم وسائل التشخيص المتخصصة، مثل التصوير المقطعي المحوسب والتصوير بالرنين المغناطيسي. وتتسم مرافق التشخيص في القطاع الصحي الخاص بارتفاع أسعارها، وإجراء اختبارات غير ضرورية، والافتقار إلى معلومات حول الجودة، ما يضر المرضى الفقراء أكثر من غيرهم.

31. وبينما تكون الهيئات الرقابية مسؤولة عن الإشراف على قطاع التكنولوجيات الدوائية والصحية، وإصدار تراخيص المرافق، وتسجيل المنتجات الطبية ورصد جودة ومأمونية الأجهزة الطبية، يضعف أو ينعدم تنظيم القطاع الخاص في معظم البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض. وتشرف وزارة الصحة العامة في لبنان على اعتماد المستشفيات، ما يُعد أداة لتنظيم الجودة والتكاليف. ووضع السودان لوائح خاصة باستيراد التكنولوجيات الطبية وترخيصها؛ ويُطلب من المرافق الخاصة إرسال تقارير دورية، ولكن الامتثال لهذه اللوائح منخفض. وتضطلع وزارة الصحة والجمعيات المهنية بوظائف تنظيمية في الجمهورية العربية السورية، ولكن امتثال القطاع الخاص منخفض أيضاً. وقد ازداد نطاق الخدمات الطبية التي يقدمها القطاع الخاص زيادة كبيرة في باكستان وتونس واليمن، لكن الرقابة التنظيمية عليها من الحكومة ضعيفة. ويرجع السبب في غياب التنظيم إلى قلة القدرات والموارد أو عدم وجود سلطة إنفاذ قانونية. وغالباً ما يتأثر الإطار التنظيمي بما تبذله مجموعات المصالح من جهود قوية لحشد التأييد.

إطار عمل للمشاركة مع القطاع الصحي الخاص لتوسيع نطاق التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة

32. يتطلب إشراك القطاع الصحي الخاص، لتوسيع نطاق التغطية بالخدمات الصحية في سياق التغطية الصحية الشاملة، تعزيز المشاركة بين القطاعين العام والخاص. وهذه المشاركة تتجاوز تنظيم القطاع الصحي الخاص، وتتطلب نهجاً شاملاً. ويلزم وضع إطار عمل يأخذ في الحسبان الأهداف المراد تحقيقها، والاستراتيجيات التي يتعين اعتمادها، ومسؤوليات كل من القطاعين الصحي العام والخاص ومسؤوليات الشركاء في التنمية، ووضع أطر سياسية وقانونية وتنظيمية. ولا يوجد مثل هذا الإطار في الوقت الحاضر. وتحاول هذه الورقة أن تسد تلك الثغرة من خلال اقتراح إطار عمل للمشاركة الفعالة مع القطاع الصحي الخاص للمُضي قُدماً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة (الملحق 1). وسيساعد هذا الإطار على تحقيق أربعة أهداف:

- توسيع نطاق الوصول العادل إلى الخدمات الصحية وتحسينه.
- إنشاء هيئة صحية وطنية معنية بالتغطية الصحية الشاملة بمشاركة القطاع الصحي الخاص.
- ضمان تحسين جودة الخدمات المقدمة من القطاع الصحي الخاص من خلال معايير متفق عليها، والتنظيم والحوافز.
- تعزيز هدف الحماية المالية الذي تنشُد التغطية الصحية الشاملة بلوغه من خلال الشراء الاستراتيجي من القطاع الصحي الخاص.

33. ويشمل الإطار الاستراتيجيات الخمس الموصى بها التالية، ولكل منها ثلاثة مستويات للمشاركة - التشاور والمساهمة والشراكة:

- وضع إطار للسياسات ونُظْم تنظيمية واستراتيجيات التمويل بهدف إشراك القطاع الصحي الخاص في النظام الصحي القطري؛

- وضع خيارات استراتيجية للمشاركة مع القطاع الصحي الخاص، بما في ذلك الشراء الاستراتيجي؛ وتيسير المشاركة مع القطاع الصحي الخاص وإضفاء الطابع المؤسسي عليها، ويشمل ذلك بناء القدرات؛
- تحسين جودة الخدمات في القطاع الصحي الخاص؛
- ضمان تنفيذ الآليات التنظيمية للنُظُم الصحية بفاعلية في القطاع الصحي الخاص؛
- وضع آليات الرصد والإبلاغ لمقدمي القطاع الصحي الخاص.

الخاتمة

34. إن الزخم المتجدد لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في سياق خطة التنمية المستدامة لعام 2030، وبرنامج العمل العام الثالث عشر، والمخاوف المتعلقة بسلامة المرضى والحماية المالية، يسلطان الضوء على الحاجة إلى بناء قدرات وزارات الصحة لتصميم شراكات بين القطاعين العام والخاص من أجل تقديم الخدمات الصحية وإدارة هذه الشراكات ورصدها وتقييمها بفاعلية. والتعاقد مع مُقدِّمي القطاع الصحي الخاص لتقديم حزم الخدمات الصحية الأساسية باستخدام خيارات الشراء الاستراتيجي وترتيبات الدفع المسبق، سيساعد الدول الأعضاء على تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

35. ويتزايد اعتراف وزارات الصحة بأهمية إقامة شراكات مع القطاع الصحي الخاص، كما أن السياسات المعنية بالمشاركة مع القطاع الصحي الخاص آخذة في التطور عبر الإقليم. ومع ذلك، لا تزال هناك العديد من التحديات لضمان المساهمة الفعالة للقطاع الصحي الخاص في تحقيق أهداف الصحة العامة في الإقليم.

36. وتتيح مساهمة القطاع الصحي الخاص فرصة فريدة للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة. ولم يستكشف واضعو السياسات في القطاع العام في معظم بلدان الإقليم هذا الأمر استكشافاً وافياً. ولا يزال هناك ثغرات كثيرة في المعلومات، ولا يوجد نظام لجمع المعلومات من مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في معظم بلدان الإقليم. ولذلك، يلزم إجراء دراسات علي المستوى القطري لسد الثغرات في المعلومات، وإلقاء نظرة ثاقبة على مجالات محددة من مجالات القطاع الصحي الخاص.

37. وعلى الرغم من التحديات العديدة، تستطيع الدول الأعضاء الاستفادة من إطار العمل الإقليمي بشأن المشاركة مع القطاع الصحي الخاص لتوسيع نطاق التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، في تحديد الاستراتيجيات والإجراءات التي تضطلع بها الدول الأعضاء وتيسير جهودها في هذا الشأن، وستساعد المنظمة الدول الأعضاء في تعزيز قدراتها على المشاركة مع القطاع الصحي الخاص لتقديم الخدمات. وتحتّ المنظمة البلدان على إقرار هذا الإطار، الذي سيعزز الإنصاف والإمكانية المالية، ويحسن جودة الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي الخاص، ويسخر قدراته للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة.

المراجع

1. مسودة برنامج العمل العام الثالث عشر 2019-2023. تقرير من المدير العام إلى جمعية الصحة العالمية الحادية والسبعين، 5 نيسان/أبريل 2018، (ج4/71) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ar.pdf) (آخر اطلاع في 30 تموز/يوليو 2018).
2. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/, (آخر اطلاع في 24 أيلول/سبتمبر 2018).
3. Harding A, Preker AS. Private participation in health services. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2003.
4. Hanson K, Berman P. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. Boston: Harvard School of Public Health; 1998.
5. Siddiqi S, Masud TI, Sabri B. Contracting but not without caution: experience with outsourcing of health services in countries of the Eastern Mediterranean Region. Bull World Health Organ. 2006;84(11):867–75.
6. Analysis of the private health sector in countries of the Eastern Mediterranean: exploring unfamiliar territory. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014 (second edition, in press).
7. Assessing the regulation of the private health sector in the Eastern Mediterranean: Egypt, Lebanon, Morocco, and Yemen. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2014.
8. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. 3RP Regional Refugee & Resilience Plan 2017–2018 in response to the Syria crisis: Egypt. Cairo: UNHCR; 2017 (<https://reliefweb.int/report/egypt/3rp-regional-refugee-resilience-plan-2017-2018-response-syria-crisis-egypt>, 2018 أيلول/سبتمبر 26 (آخر اطلاع في 26 أيلول/سبتمبر 2018).
10. At a glance: Health access and utilization survey among non-camp refugees in Jordan, May 2015. Amman: UNHCR; 2015 (<https://reliefweb.int/report/jordan/glance-health-access-and-utilization-survey-among-non-camp-refugees-jordan-may-2015>, (آخر اطلاع في 26 أيلول/سبتمبر 2018).
11. Demographic and health surveys for countries of the Region (2007).

12. World Health Organization. Global health expenditure database (<http://apps.who.int/nha/database/>,

2017 (آخر اطلاع في 1 آب/أغسطس 2017).

13. Strategic directions to improve health care financing in the Eastern Mediterranean Region: moving towards universal health coverage 2011–2015. Technical discussion paper presented to the 57th session of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, 2010 (Document no. EM/RC57/Tech.Disc.1).

14. National Health Statistics Report in Lebanon. Beirut: Health Management and Social Protection Institute; 2012:104.

15. Data for decision-making: the Egypt health services providers survey; unpublished; 1997.

16. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. Hum Resour Health. 2004;2(1):14.

الملاحق (1)

إطار عمل بشأن المشاركة الفعالة مع القطاع الصحي الخاص
لتوسيع نطاق التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة

الدعم من المنظمة وشركاء التنمية الآخرين	الإجراءات/التدخلات	سلسلة المشاركة	الاستراتيجيات (مستويات المشاركة)
تيسير إقامة حوار حول السياسات بين وزارة الصحة والقطاع الصحي الخاص وأصحاب المصلحة الآخرين. تعزيز/تطوير قدرة الدول الأعضاء على المشاركة مع القطاع الصحي الخاص في تقديم الخدمات الصحية.	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 تحديد الهدف من مشاركة القطاع الصحي الخاص في تقديم الخدمات الصحية في البلد وطبيعة هذه المشاركة ومستواها. 2.1 تكوين توافق واسع في الآراء بين أصحاب المصلحة السياسيين والإداريين والمجتمع المدني بشأن نُهج السياسات والأولويات لإشراك القطاع الصحي الخاص، على أن يتبلور ذلك في وثيقة للسياسات. 3.1 وضع إطار لتقدير تكاليف وتعريفات الخدمات المقدمة من القطاع الصحي الخاص حسب ترتيب أولويتها في وثيقة السياسات. 4.1 إقامة شراكة مع الخبراء والمجموعات البحثية لتحديد الطلب ومجالات المشاركة مع القطاع الصحي الخاص، وأساليب التمويل المبتكرة، وحمزة الخدمات، والتغطية السكانية، والجوانب الأخرى لمشاركة القطاع الصحي الخاص حسب ترتيب أولويتها في وثيقة السياسات. 	التشاور ^(أ)	1. وضع إطار للسياسات ونظم تنظيمية واستراتيجيات التمويل بهدف إشراك القطاع الصحي الخاص في النظام الصحي القطري
المساعدة في وضع طرق تمويل للتعاقد والشراء ونظم المعلومات وغيرها من الخيارات لإشراك القطاع الصحي الخاص. بناء القدرات لوضع حمزة المنافع ذات الأولوية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.	<ul style="list-style-type: none"> 1.2 تحديد النماذج الملائمة لخيارات المشاركة/ والشراكة مع القطاع الصحي وطرق التمويل، ويشمل ذلك التعاقد والشراء الاستراتيجي وخيارات أخرى، حسب مقتضى الحال في البلد. 2.2 تحديد إمكانيات التمويل الصحي ونظم المعلومات ذات الصلة لتشمل الأنشطة التي تُنفذ من خلال المشاركة مع القطاع الصحي الخاص. 3.2 تطوير النظام المؤسسي لتنفيذ المشاركة مع القطاع الصحي الخاص، بما في ذلك طرق التمويل، والسلطات المعنية بالشراء، ووحدات التعاقد والإدارة في وزارة الصحة. 4.2 تحديد طرق الدفع المناسبة لمقدمي الخدمة لضمان توفير مقدمي الخدمة في القطاع الخاص للخدمات المحددة/ وتنفيذهم للتدخلات المحددة بفاعلية. 	المساهمة (ب)	2. وضع خيارات استراتيجية للمشاركة مع القطاع الصحي الخاص، بما في ذلك الشراء الاستراتيجي؛ وتيسير المشاركة مع القطاع الصحي الخاص وإضفاء الطابع المؤسسي عليها، ويشمل ذلك بناء القدرات
المساعدة في وضع إرشادات حول مؤشرات الجودة الوطنية وسياسات الاعتماد من خلال	<ul style="list-style-type: none"> 5.2 الاشتراك في تحديد نطاق ومجال الخدمات والتدخلات التي يقدمها القطاع الصحي الخاص، إما بالاشتراك مع القطاع العام أو منفرداً. 6.2 تحديد المجموعات السكانية المستهدفة التي سيغطيها مقدمو الخدمة في القطاع الصحي الخاص في إطار الشراكة. 	المساهمة (ج)	
	<ul style="list-style-type: none"> 1.3 وضع سياسات لاعتماد المرافق، ووضع المعايير المطلوبة من خلال تحديد الجوافز والمثبطات مع نقابات/جمعيات القطاع الصحي الخاص. 	التشاور	3. تحسين جودة الخدمات في القطاع الصحي الخاص

التشاور المكثف مع أصحاب المصلحة.	2.3 إنشاء نظام للإبلاغ وتبادل المعلومات من القطاع الصحي الخاص إلى السلطات المختصة.		
المساعدة في وضع نظام للإبلاغ / والمعلومات لرصد جودة وأداء جميع مرافق /مقدمي الرعاية الصحية.	3.3 وضع مؤشرات موحدة للجودة لكل من الخدمات العامة والخاصة تشمل جميع المنتجات والخدمات الطبية الأساسية.	المساهمة	
	4.3 المشاركة الكاملة مع القطاع الصحي الخاص (النفقات / الجمعيات) في وضع معايير الاعتماد، وإصدار شهادات الجودة، والإبلاغ، والرصد، وإذكاء وعي المستهلك.	الشراكة	
تقديم الدعم لاستعراض تشريعات القطاع الصحي وتقييم النصوص التنظيمية والمؤسسات ذات الصلة لإشراك القطاع الصحي الخاص.	1.4 تحديث التشريعات اللازمة لقطاع الصحة.	التشاور	4. ضمان تنفيذ الآليات التنظيمية للنظم الصحية بفاعلية في القطاع الصحي الخاص
تبادل الخبرات الناجحة في مجال الإنفاذ الحكومي للوائح التي تُنظّم القطاع الصحي الخاص.	2.4 تعزيز قدرة وزارة الصحة على الإنفاذ في ما يتعلق بالتراخيص، والسلطة القانونية، والموارد، والموظفين.		
	3.4 إنشاء/تعزيز إصدار التراخيص للقوى العاملة الصحية وتنظيمها، وتنظيم الممارسة المزدوجة، والحيلولة دون الإهمال السريري / وسوء الممارسة السريرية.		
	4.4 إنشاء سلطة مستقلة لاعتماد المرافق الصحية وتمكينها.		
	5.4 تقديم الآراء والمعلومات إلى القطاع الصحي الخاص بشأن القرارات التنظيمية المتعلقة بالمنتجات الطبية.	المساهمة	
	6.4 إنشاء آليات لضمان الامتثال لعمليات الاعتماد ومتطلباته.		
	7.4 التأكد من تسجيل /ترخيص الموظفين المعيّنين وفقاً للمتطلبات القطرية والحفاظ على تسجيلهم / ترخيصهم.	الشراكة	
	8.4 وضع بروتوكولات على مستوى المرفق للاعتماد، ورصد الجودة، وتبادل المعلومات وأنظمة الإبلاغ، ورفع مستوى الترخيص /التدريب/المهارات، والتعليم الطبي المستمر.		
وضع توجيهات بشأن قائمة الحد الأدنى من المؤشرات لرصد القطاع الصحي الخاص.	1.5 وضع قائمة تفقدية لفئات المعلومات لأغراض إعداد التقارير، وتشمل المعايير المادية، والموظفين، والموارد الموظفة، وحجم الخدمات، ومؤشرات الجودة.	التشاور	5. وضع آليات الرصد والإبلاغ لمقدمي القطاع الصحي الخاص
دعم إنشاء آلية نظامية وموثوق بها للإبلاغ عن البيانات.	2.5 وضع بروتوكولات للإبلاغ السلطات المعنية، والتشفير، والأمن، وتخزين المعلومات ذات الصلة.	المساهمة	
المساعدة في وضع نظام لتأصيل البيانات، والتحقق من صحتها، وتحليلها، وإعداد تقارير الرصد والتقييم.	3.5 تبادل المعلومات مع السلطات العامة حول مؤشرات الصحة العامة المحددة.	الشراكة	
	4.5 إنشاء آلية لجمع البيانات الموثوق بها والإبلاغ عنها من أجل رصد الأداء وامتثال القطاع الصحي الخاص.		
	5.5 إقامة شراكة مع القطاع الخاص لإنشاء شبكات مستقلة لرصد الخدمات وتقييمها وضمان الوفاء بالمعايير.		

(أ) المشاركة لمرة واحدة أو لفترة قصيرة، من خلال مجموعات التركيز والاجتماعات والمقابلات على سبيل المثال.
(ب) المشاركة المستمرة في العملية، باعتبارها مصدرًا للحصول على الآراء، أو من خلال المشاركة في التخطيط على سبيل المثال.
(ج) المشاركة في صنع القرار