



## الإصلاح الصحي في الصين: أي دروس لمصر؟

### بين هوية القطاع العام وسلوكيات القطاع الخاص<sup>1</sup>

#### الأسباب والنتائج والعلاجات\*

تأليف: ففيان لن/ هوانجوين جاو

ترجمة وتعليق: د. علاء غنام<sup>2</sup>

تقديم: د. عمرو عادلي<sup>3</sup>

#### مقدمة

تجمعُ الخدمات العامة كالرعاية الصحية بين كونها حقا اجتماعيا واقتصاديا للمواطنين من ناحية، وبين كونها ذات أثر بالغ على سجل التنمية من ناحية أخرى، وهو ما يجعل منها مسألة حقوقية قانونية واقتصادية وسياسية في الوقت ذاته. وقد حملت هذه الأبعاد المتعددة قادة البلدان حديثة العهد بالاستقلال بعد الحرب العالمية الثانية، ومنها الصين ومصر، إلى وضع ضمانات الرعاية الصحية ومؤسساتها وسياساتها على رأس الأولويات. وبالفعل نجح البعض في إدخال تعديلات على حياة الغالبية العظمى من السكان من خلال رفع متوسطات الأعمار وخفض وفيات الأمهات والأطفال ومكافحة الأمراض الوبائية عن طريق إنشاء نظم تتميز بالكفاءة والفعالية والإنصاف في الوقت ذاته.

بيد أنه مع انتصاف عقد السبعينيات أصبحت هذه النظم - المدعومة من الدولة وذات القاعدة الخدمية الواسعة - محل تهديد من تيار التحرير الاقتصادي المتصاعد. وقد انطلقت برامج التحرير الاقتصادي التدريجي في الصين في عام 1978 تحت قيادة دينج زياو بينج، وأخذت تتوسع في استقبال رؤوس الأموال الأجنبية وإنشاء الصناعات التصديرية. وقد بدأت عملية التحرير في مصر في توقيت متقارب حيث خطت حكومة السادات أولى خطوات الانفتاح الاقتصادي في منتصف السبعينيات، والتي أسفرت عن بعض التحرير للواردات ووضع حوافز لاجتذاب رؤوس الأموال الأجنبية.

\* نقدم بالشكر والعرفان على المعاونة البحثية التي قدمتها إيميلي برينك في إعداد هذه المخطوطة (المؤلفان).

<sup>1</sup> الفصل المترجم مأخوذ من كتاب:

P. Den Exter (ed) (2008), *International health law. solidarity and justice in healthcare*, Apeldon, Antwerpen: Maklu.

<sup>2</sup> مسئول ملف الصحة بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

<sup>3</sup> مدير وحدة العدالة الاقتصادية والاجتماعية بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

وقد استوجب ذلك خفض الإنفاق العام على خدمات كالصحة، وإدخال القطاع الخاص العامل بسياسة الربح الخالص ليساعد في تقديم الخدمات من ناحية، و يستفيد من السوق الكبيرة من ناحية أخرى. وقد طال هذا الأمر بلدانا بعيدة جغرافيا ومختلفة من حيث عدد السكان وطبيعة نظم الحكم، ومن ضمنها مصر والصين اللتان بدأتا عملية التحرير الاقتصادي التدريجي منذ نهاية السبعينيات.

وفي الصين جرت محاولات لتخفيض الإنفاق العام وإدخال القطاع الخاص لتقديم الخدمات مقابل أجر عملاً بسياسة الربح، وسميت هذه التغييرات بالمرحلة الأولى للإصلاح، وربما الأقرب للدقة هو التحرير Liberalization والخصخصة Privatization، وهو ما كان له آثار سيئة على النظام الصحي من حيث قدرته على خدمة المواطنين - وبخاصة الأشد فقرا وتهميشا - وعلى فعالية استخدام الموارد مع ظهور ميول للإهدار بغية تحقيق أرباح أكبر - وبخاصة في مجال صرف الأدوية - وبالطبع على (الإنصاف). وقد أدت كارثة انتشار مرض السارس SARS<sup>4</sup> في عام 2003 إلى الكشف عن قدر التدهور الذي أصاب النظام الصحي الصيني، وبالتالي ضرورة العودة إلى إعادة بناء النمط القديم من النظام المركزي المدعوم ب أساسا من الدولة بدلا من الاعتماد على تقديم القطاع الخاص للخدمات الصحية الأساسية للمواطنين.

وتماشى هذا مع صعود القيادة الجديدة في الصين في عام 2002<sup>5</sup>. ورغم أن للصين نظاما أوتوقراطيا واستبدادي النزعة أُجري التحرير الاقتصادي مع اشتداد القمع السياسي والاستبعاد وغياب الديمقراطية، إلا أن الصين كان البلد الأشد نجاحا في العقود الثلاثة الماضية في خفض الفقر النسبي والمطلق، ورفع ما يربو على ثلاثمائة مليون نسمة ممن هم تحت خط الفقر، وذلك لاضطلاع الدولة بدور في إعادة توزيع ثمار التنمية المحققة من التوسع في التصدير وجذب رؤوس الأموال من خلال برامج التنمية الإنسانية كالتعليم والتدريب المهني والرعاية الصحية. ولا شك أن الحافز من وراء هذه الجهود هو ضمان مستوى من الرضاء العام يقي النظام مخاطر التمرد والثورة وبخاصة أن الصين بلد شهد ثورة اجتماعية بحق في الثلاثينيات والأربعينيات تمخضت عن قيام نظام شيوعي. ورغم استبداديته وشموليته إلا أنه تميز باستخدام سلطات الدولة لإحداث تغييرات عميقة في هيكل العلاقات الاجتماعية سواء من خلال توزيع الأراضي على الفلاحين أو الاستثمار الكبير في الرعاية الصحية ومحو الأمية والتعليم. وكلها انتهت إلى إحداث تنمية إنسانية حقيقية مكنت الصين من الاستفادة من التحرير الاقتصادي التالي على السبعينيات. ولكن هذا بالطبع لا يبرر غياب الديمقراطية بحال والتي تظل مطلباً أساسياً ثميناً في ذاته، بغض النظر عن علاقته بمستويات الدخل أو تحسن مستويات المعيشة.

ولا شك أننا في الحالة المصرية نحمل الكثير من أوجه الشبه مع الصين منذ السبعينيات من حيث محاولة الدولة التملص من التزاماتها إزاء حقوق المواطنين في الرعاية الصحية، ومحاولة إخلاء مساحات للقطاع الخاص حتى

<sup>4</sup>مرض السارس SARS هو مرض تنفسي معدي: Severe Acute Respiratory Syndrome.

<sup>5</sup>في نوفمبر عام 2002 صعد للأمانة العامة للحزب الشيوعي الصيني هوجينتاو خلفا لجانج زيمين.

أصبح بالفعل المقدم الأساسي للخدمة. وأصبح الجزء الأكبر من الإنفاق يأتي من " الجيب " مع تحيزات واضحة وعنيفة ضد الأشد فقرا، وهو ما سيناقشه التعليق الوارد في آخر المقال.

ويلي هذه المقدمة الفصل المترجم عن تجارب الإصلاح الصحي في الصين، والذي يتناول ببعض التفصيل ما حدث لنظام الرعاية الصحية منذ بدء التحرير الاقتصادي في نهاية السبعينيات، وكيف أن الصين قد دارت دورة كاملة من خصخصة الخدمة وخفض الإنفاق العام وإسناد تقديم الخدمة للقطاع الخاص لتعود مؤخرا إلى إسناد الدور المركزي للدولة تداركا للسلبات التي وقعت على كاهل المواطنين جراء الخصخصة والتحرير.

وتختتم الدراسة بتعليق يربط الحالة الصينية بنظيرتها المصرية، والتي رغم تمتعها بخصوصية إلا أنها تأتي في سياق عالمي متصل بالجدل حول دور الدولة في الاقتصاد، والرؤية النيو-كلاسيكية للدولة والتي تسلط الضوء على خفض العجز في الموازنة، وأثرها على انسحاب الدولة من تقديم الخدمات العامة كالرعاية الصحية، وتراجع النظرة الحقوقية وانحسارها والنظر للخدمة الصحية كسلعة يمكن أن يقدمها القطاع الخاص باعتباريات الربح ودون اعتبار للإنصاف والمساواة بما لذلك من تبعات تنموية على مستويات المعيشة. والسؤال هو كيف يمكن أن تستفيد مصر من دورات الإصلاح المختلفة التي طالت النظام الصحي الصيني والتي انتهت بالابتعاد عن آليات السوق مرة أخرى لصالح دور أكبر للدولة كمول ومنظم لخدمات الرعاية الصحية.

### مقدمة الدراسة

مع تأسيس جمهورية الصين الشعبية في عام ١٩٤٩، انعقد المؤتمر الوطني الأول للصحة، ووضعت أربعة مبادئ إرشادية لتطوير النظام الصحي جاءت كالتالي: (١) نظام يخدم العمال والجنود والفلاحين والمسنين. (٢) وضع أولوية للوقاية. (٣) تحقيق اهتمام متساو بين الطب الصيني التقليدي والطب الغربي. (٤) تحريك كل قطاعات المجتمع للعمل الصحي على زيادة العمر المتوقع في ثلاثة عقود (العقد عشر سنوات). وحدث بعد ذلك تحسن ملحوظ في موارد الصحة (انظر جدول رقم ١). تم هذا الإجاز من خلال نظام الاقتصاد المخطط، حيث كان اكتمالا ناجحا لما اصطلح على تسميته "الثورة الأولى للصحة"، مقارنة بالبلدان الأخرى المشابهة في مستوى دخل الفرد. كما أن الحالة الصحية التي تحققت كانت أفضل من المتوقع<sup>6</sup>، وبهذا أصبحت الصين نموذجا عالميا للرعاية الصحية الأولية.<sup>7</sup>

ومنذ عام ١٩٤٩ وإلى الآن مر النظام الصحي الصيني في تطوره لمعالجة أسباب ونتائج خطط السياسات السابقة بعدة مراحل ففي الفترة من عام ١٩٤٩ حتى عام ١٩٧٩، يمكن رصد تطور النظام ومبدأ المساواة فيه، من خلال مؤشرات القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية والقدرة على تحمل تكلفتها في إطار أيديولوجي متسع من

<sup>6</sup>World Bank, *China: Strategies for reducing poverty in the 1990s*. Washington DC: World Bank, (1992).

<sup>7</sup>World Health Organization (WHO), *Declaration of Alma-Ata* (International Conference on Primary Health Care), 1978.

الجدول رقم 1: الوضع والموارد الصحية في الصين			
2000	1980	1950	المؤشرات
73.0	67.9	57.0	العمر المتوقع عند الميلاد (بالسنة)
15.3	34.7	80.8	معدل وفيات الأطفال (لكل ألف مولود حي)
19,246	12,227	4179	المستشفيات
2,560,40	1,508,600	294,700	أسرّة المستشفيات
4,624,140	3,410,900	1,039,200	قوة العمل الصحية
40,791	47,387	N/A	المراكز الصحية بالمراكز الإدارية الحضرية
million1,321 (2007)	million987	million614	إجمالي عدد السكان
Sources: Ministry of Health (MOH), Chinese Health Statistical Digest			

الإنصاف والتضامن السياسي. ثم تغير الوضع في عام 1980 وبدأ "إصلاح القطاع الصحي"، والذي مر بالتطورات التالية:

- الدورة الأولى للإصلاح: من عام 1980 حتى عام 1996، والتي اتسمت بالمشاركة في مسئولية الرعاية الصحية من خلال الأفراد والحكومات في سياق سياسات "اللامركزية المالية" والتوجه لعمل شركات قابضة كبيرة في إطار الهوية العامة وآليات العمل الخاصة.
- الدورة الثانية للإصلاح: من عام 1997 إلى عام 2006، في محاولة لدمج ومقاربة التخطيط المركزي وآليات السوق، في ظل نقص التمويل الحكومي للخدمات الأساسية العامة أو سياسات رفع آليات السوق الأخرى! مما أدى إلى فشل الإصلاح الصحي مع تهميش التضامن ونتائج الحماية الاجتماعية.
- الدورة الثالثة للإصلاح: من عام 2007 إلى عام 2020، وذلك في محاولة لإعادة بناء القدرة على الوصول إلى أهداف الرعاية الصحية وتدعيم الإنفاق الحكومي كجزء من التدعيم الكلي للخدمات العامة، وإصلاح الخدمات الحكومية والحقوق الصحية العاجلة.

وبمعنى آخر، كانت الدورة الأولى جزء من حركة الاقتصاد المنفتح المعتمد على سياسات السوق التي دمرت معالم النظام الصحي الناجح السابق. كان أثر دورة الإصلاح الصحي الأولى هو خصخصة جزئية للتمويل مع إنشاء شركات لإدارة وتقديم خدمات الرعاية الصحية والحد من المركزية في شكل الملكية وتشجيع الاستثمار. وقد

برزت بذلك أعراض مشكلات النظام الذي يمكن توصيفه بـ "الهوية العامة وآليات العمل الخاصة"، حيث ظلت الملكية نظرياً ملكية عامة وإن اتسم أداء وسلوك مقدم الخدمة بتوجه قوي لتحقيق الربح.

وبداية من التسعينيات جرت محاولات متكررة لإعادة النظر في مشكلات التكلفة المرتفعة للخدمات والقدرة غير المتساوية للوصول إلى الخدمة المطلوبة، وتردي الجودة الذي أصبح السمة الغالبة على النظام الصحي الصيني. نراجع في هذا الفصل أسباباً ونتائج وعلاجات مصاحبة للنتائج الكارثية للدورة الأولى من الإصلاح الصحي، مع تركيز خاص على قضايا العدالة والإنصاف والمناقشات الناشئة حول الحقوق الصحية، والتي تعطي مؤشرات وتحليلات لأثر الإصلاح. يلي ذلك مناقشة الدورة الثانية للإصلاح الصحي والسياسات الإجرائية وعوامل الفشل والنجاح ثم نتناول أهداف واتجاهات الدورة الثالثة الحالية للإصلاح، واضعين في الاعتبار جهود علاج المشاكل الخطيرة المتصاعدة لعدم الإنصاف.

ويحتوي الفصل على مناقشة التحديات التي تواجه إنجاز الإصلاح الحالي وما ينبغي أدائه. وكما أن الفصل يشمل مناقشة هذه التحديات في المرحلة الثالثة فإن الاستخلاص سوف يتضمن تصميم أداة لرصد وتقييم أداء النظام الصحي الصيني..

### أسباب ونتائج تغيير النظام الصحي

بدأت الدورة الأولى للإصلاح الصحي تحديداً مع بداية الإصلاح الاقتصادي في أوائل عام ١٩٨٠. كان كل من الإصلاح الاقتصادي وإصلاح القطاع العام هو القوة الدافعة وراء إصلاح النظام الصحي ولا مركزيته المالية وتأسيس شركات قابضة مملوكة للدولة، والقطاعات العامة الأخرى المعنية بخدمات الرفاهية الاجتماعية مثل الرعاية الصحية. ومن أجل الحفاظ على الاستقرار الاجتماعي، والسيطرة على الأسعار ونظم التوظيف التي استمرت في مرحلة الانتقال من الاقتصاد المخطط إلى اقتصاد السوق.

واتساقاً مع برنامج الإصلاح الاقتصادي واللامركزية المالية، كان على كل المؤسسات الصحية التي تحولت إلى شركات أن تشق طريقها بنفسها للبقاء (بناء على قاعدة "زيتها في دقيقتها")<sup>8</sup> وركزت سياسات وزارة الصحة على إجراء محاسبة مالية للمستشفيات لإنعاش كفاءتها الاقتصادية كي تخفض من تمويل الحكومة لها، وطبقت سياسات جديدة وُضعت موضع التنفيذ تدريجياً لدفع حوافز تعدل من سلوك مقدمي الخدمة. سمحت هذه السياسات بإدخال ممارسات القطاع الخاص الطبي بحيث اعتمد تسعير الخدمات على التكلفة الحقيقية<sup>8</sup> من عام ١٩٨٥، كما بدأ تنفيذ نظم التعاقد على الخدمات والسماح بالأنشطة التجارية الموازية لتعويض نقص تمويل الموازنة العامة (١٩٨٩)<sup>9</sup>. وفي

<sup>8</sup> تعني تكلفة فعلية غير مدعومة من الدولة ما يسمح بدفع أجور الأطباء منها (المترجم).

<sup>9</sup>H. Zhao, *Governing the Health Care Market: Regulatory Challenges and Options in the Transitional China*. PhD thesis, La Trobe University, School of Public Health, (2005), p. 27.

ظل اتجاهات هذه السياسات استمرت مقارنة استرداد التكاليف Cost recovery approach<sup>10</sup>، وتحقيق عوائد من وراء تقديم الخدمات، باعتبار أن تلك الاستراتيجية هي استراتيجية رئيسية تعتمد عليها المستشفيات<sup>11</sup>. وفي هذا السياق، استجاب مقدمو الخدمة بتحصيل حوافز مادية من خلال أسلوب رسم مقابل الخدمة وأسلوب الدفع مقابل الخدمة عبر تقديم خدمات غير ضرورية لتعظيم أرباحهم الشخصية وأرباح مؤسساتهم. وقد دعم مقدمو الخدمة أجندة الاستدامة بزيادة رسوم استخدام الخدمات، وفضلوا الأدوية الأعلى ثمنًا والتكنولوجيا الأحدث.

أدى هذا الخلل في تمويل النظام الصحي إجمالاً إلى وجود منافسة ضارة بين المؤسسات الصحية، فشعار "هوية قطاع عام وسلوك قطاع خاص" يشجع تعظيم الفوائد والتخلي عن المعايير الأخلاقية التقليدية<sup>12</sup>، وتحفيز رفع الطلب على الخدمات غير الضرورية (induced demand)<sup>13</sup>، مما أدى إلى أن جودة الخدمات الطبية أصبحت محلاً للتساؤل في ظل القدرات والكفاءة المحدودة لقوة العمل الطبية، ومنافسة أسواق الرعاية الصحية التي تؤدي إلى زيادة الإهدار في موارد القطاع المدني للعالم الثالث. يمكننا رؤية تدهور النفقات الحكومية في الجدول رقم ٢.

جدول رقم 2: الإنفاق الحكومي في المناطق الحضرية والريفية (مليون يوان) <sup>14</sup>		
السنة	1978	1993
نفقات تشغيل المستشفيات الحضرية	1,794	4,183
الدعم المالي لنظام التعاونيات الطبية الريفية (CMS)	89	27

أدت الضغوط التنافسية إلى تصاعد تكلفة الخدمات وتدهور الأنشطة التنظيمية، وفي ظل غياب سياسات التسعير، ارتفع سعر الدواء بنسبة ٨٥٪<sup>15</sup>. بدأت برامج اعتماد الجودة للمستشفيات في عام ١٩٨٩، وشملت البرامج تطوير أنشطة بناء الوحدات الصحية<sup>16</sup> وتسجيل تقارير عن عدم رضا المستهلكين بسبب تخفيض المزايا التي كانت ممولة

<sup>10</sup> نظام استرداد تكاليف العلاج نشأ في مصر في مستشفيات المؤسسة العلاجية لتمويل العلاج المجاني إلى علاج بأجر اقتصادي يضمن هامش للربح بالمؤسسة لتنمية مواردها ذاتياً (المترجم).

<sup>11</sup> Ibid .p. 25

<sup>12</sup> Ibid .p 37.

<sup>13</sup> تعد مشكلة الدفع من الجيب مباشرة لتلقى الخدمة الأسوأ في مجال إتاحة الخدمة الصحية لأنها الإتاحة المالية لمن لا يقدر على الدفع. وأيضاً تترك المجال لمقدم الخدمة في خلق الطلب المزيف Induced Demand على الخدمة يزيد على دخله، كما أن سعر الخدمة يتصاعد بسبب ترك تقديرها لمقدم الخدمة وحده مما يخل في النهاية بالإنصاف بين الفقراء والأغنياء (المترجم)

<sup>14</sup> World Ban, *Financing Health Care: Issues and Options for China*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / the World Bank, 1997.

<sup>15</sup> D. Yu, *Changes in health care financing and health status: the case of China in the 1980s*. Beijing, Paperin circulation (1992).

<sup>16</sup> L. Pei, *Hospital management in a time of change: the need for management training and policy reform in three teaching hospitals in Yunnan* (PhD thesis), 1998.

حكومياً في السابق، وبسبب نظم التأمين الصحي والوضع المتدني للأطباء، وسوء جودة الخدمة في المستشفيات والعيادات<sup>17</sup>. أصبحت قضية العنف ظاهرة متزايدة في مرافق الرعاية الصحية مع تصاعد شكاوى المشاجرات بين الأطباء والمرضى، التي سجلتها روابط المستهلكين في الصين، بزيادة وصلت إلى عشرة أضعاف خلال التسعينيات.<sup>18</sup> في حين كشف تقرير زيانج وآخرين أن 65% من طواقم المستشفيات في منطقتين حضريتين قد تعرضوا إلى صور من العنف البدني والنفسي بسبب عدم رضا المنتفعين عن معايير تقديم الخدمة<sup>19</sup>.

أدت تغيرات التمويل في التسعينيات إلى أن أغلب المستشفيات الحضرية كانت تحصل على نسبة أقل من 10% من مواردها من مخصصات الموازنة الحكومية وحوالي 60% من مواردها من بيع الدواء<sup>20</sup>. وبسبب هذا الحافز قدر الخبراء أن حوالي 30-40% من استهلاك الدواء كان غير ملائم أو غير ضروري، وهو ما يساوي تكلفة في العام تصل إلى أكثر من 30 بليون يوان صيني سنوياً<sup>21</sup>.

كانت تواج هذه السياسات مدمرة خاصة في مجال القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في المناطق الريفية إذ أن زوال الكوميونات الشعبية كجزء من الإصلاح الاقتصادي كان يعني أنه لم يعد هناك نظام لخدمات الرعاية الصحية الريفية. انهار نظام التعاونيات الطبية الريفية (CMS)، وهو نظام تقديم الخدمة الممول والمنظم مجتمعياً الذي قام في الستينيات، تاركاً خلفه سكان الريف يدفعون من جيوبهم الشخصية مقابل الرعاية الصحية<sup>22</sup>، وتفرق الأطباء الحفاة في الآفاق أو تحولوا إلى أعمال أخرى، وهؤلاء الذين مكثوا في أماكنهم أصبحوا أطباء قطاع خاص في قراهم. تفتت هذا النظام ثلاثي الأضلاع، واختفت أنشطة الإشراف الإكلينيكي، وتسيدت المنافسة العلاقة بين المؤسسات الصحية على مستوى المناطق الإدارية والمراكز الصحية في القرى وتوابعها السكنية، وتدهورت أحوال فقراء الريف بشكل متزايد بسبب التكلفة التي وقعت على كاهلهم نتيجة الأمراض الشديدة<sup>23</sup>، وأصبح نقص الموارد والحوافز المنحرفة<sup>24</sup> والآليات المرتبكة للوظائف الإدارية هي القضايا المحورية في ميدان التنمية الصحية الريفية<sup>25</sup>.

<sup>17</sup> Supra note 3, p. 30.

<sup>18</sup> P. Zheng, T. Faunce, et al., "Public hospitals in China: privatisation, the demise of universal health care and the rise of patient-doctor violence". *Journal of Law & Medicine*, 4 (2006), p. 465-70.

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> D. Dai, "A review of the health care reform (wei sheng gaigehuigu)". *Chinese health Economics* 26-28 :2 (1993).

<sup>21</sup> Xinhua News Agency, The waste of health resources is serious (wei sheng ziyuanlangfeiyanzhong). (*People's Daily Beijing*) 1996.

<sup>22</sup> تعد مشكلة الدفع من الجيب مباشرة لتلقي الخدمة الأسوأ في مجال إتاحة الخدمة الصحية لأنها الإتاحة المالية لمن لا يقدر على الدفع. وأيضاً تترك المجال لمقدم الخدمة في خلق الطلب المزيف Induced Demand على الخدمة يزيد على دخله، كما أن سعر الخدمة يتصاعد بسبب ترك تقديرها لمقدم الخدمة وحده مما يخل في النهاية بالإنصاف بين الفقراء والأغنياء.

<sup>23</sup> E. van Doorslaer, O. O'Donnell, et al, *Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact* – EQUITAP Working Paper #2. Rotterdam, Erasmus University (2005).

<sup>24</sup> الحوافز المنحرفة: هي المبالغ التي يحصل عليها مقدمو الخدمة كلما زادت أعداد المرضى المقبلين عليهم بسبب خلقهم للطلب على الخدمة غير الضروري Induced Demand.

وبحلول عام ١٩٩٣، بات عدم الإنصاف بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية ملحوظاً<sup>26</sup>، فعلى سبيل المثال، كان متوسط الإنفاق الصحي للفرد (العام والخاص) ١١٠ يوان صيني في العام، ولكن متوسط الإنفاق في المناطق الريفية كان ٦٠ يواناً للفرد مقارنة بمتوسط ٢٣٥ يواناً للمناطق الحضرية. أكثر من ذلك، كانت حصة الإنفاق الصحي من التمويل العام أقل في المناطق الريفية من المناطق الحضرية إذ بلغ متوسط الإنفاق الصحي للفرد في المناطق المحددة رسمياً بأنها مناطق فقيرة (٢٨٪ من كل المناطق الإدارية الصينية) أقل من نصف المتوسط القومي، أخذاً في الاعتبار أن ٨٠٪ من هذا الإنفاق (أي ضعف المتوسط القومي مرتين) كان إنفاقاً من الجيب الشخصي<sup>27</sup>. والخلاصة هي أنه بينما تنامي عدد المنشآت الصحية انحسرت خدمات الرعاية الصحية الأولية. بين عامي ١٩٧٩ و١٩٩٣، انخفضت نسبة المنشآت الصحية بالقرى من ٧١٪ إلى ٥٥٪ بينما ارتفع عدد المستشفيات من مستوى الرعاية الطبية الثالث في المناطق الحضرية من ٩٤٧٨ مستشفى في ١٩٨٠ إلى ١٤٧٧١ مستشفى في ١٩٩٥.

ازدادت الفروق بين الريف والحضر بشكل أكثر وضوحاً وبخاصة في مجال القوى العاملة الصحية، حيث كانت فرق الرعاية الصحية الريفية هي الأقل تدريباً، وتركزت العمالة المتخصصة في المراكز الحضرية بزيادة تصل إلى ٢٣٤٪ في الفترة بين عامي ١٩٨٠ و١٩٩٠، وبزيادة أخرى تصل إلى ١١٢٪ من عام ١٩٩٠ إلى عام ١٩٩٥<sup>28</sup>. وفي ظل تراخي الدولة عن توزيع العمالة مع تدني الدخل واضطلاع المؤسسات نفسها بتدبير مواردها، أصبح العاملون يفضلون العمل في الأماكن التي تدفع رواتب أعلى في المستشفيات الحضرية<sup>29</sup>.

وقد ازداد نمو القطاع الخاص في الرعاية الصحية الذي كان يقدم أسعاراً تنافسية وخدمات متميزة بالمناطق الأغنى. ورغم زيادة عدد سكان المناطق الحضرية كنسبة من إجمالي السكان - بسبب التغيرات في الترتيبات المالية مثل نظم التأمين الحكومية (GIS) ونظم تأمينات العمل (LIS) - إلا أن بيانات المسح السكاني بين عامي ١٩٩٣ و١٩٩٨ تشير إلى انخفاض نسبة التأمين الطبي في المناطق الحضرية من ٥٤٪ إلى ٣٩٪<sup>30</sup>، وحسب تقديرات البنك الدولي في عام ١٩٨١، لم يكن ٢٩٪ من سكان الصين مؤمناً عليهم.

تعكس عدم المساواة بين الريف والحضر وعدم المساواة في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية في تأخر الحالة الصحية، ورغم مساهمة التنمية الاقتصادية في تقليل معدلات وفيات السكان إلا أن الفجوة بين سكان الحضر

<sup>25</sup>C. J. Liu, *Closing the Gap Between Policy and Reality: A study of community health services in Chengdu and Panzhuhua* (PhD thesis) (2003).

<sup>26</sup>Y. Liu, W. C. Hsiao, et al., "Equity in health and health care: the Chinese experience". *Social Science & Medicine*, 10 (1999), p. 1349-1356.

<sup>27</sup>تداعيات زيادة الإنفاق تداعيات زيادة الإنفاق من الجيب هي غياب الإتاحة والإنصاف لتلقى الخدمة فالذين لا يملكون المال لا يحصلون على الخدمة فترسخ مفاهيم سلعية الخدمات الصحية.

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> G. Bloom, and X. Gu, "Health sector reform: Lessons from China". *Social Science & Medicine*, p 351-360.

<sup>30</sup> J. Gao, and S. Tang, "Health insurance and hospitalisation in urban China: bending to the wind of change". *World Hospitals and Health Services*, 3 (2000), p. 23-26,36,38



والريف قد اتسعت وتفاقت الفروق بسبب النوع - ذكر أو أنثى - في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>31</sup> - وبخاصة النساء في الريف، وكذا في معدلات القدرة على الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية<sup>32</sup>. كان "المهاجرون" من الريف إلى الحضر أكثر حرمانا من مزايا الرعاية الصحية المقدمة في الحضر لعدم استحقاقهم لها، وقد كشفت دراسة أجريت في شنغهاي عن معدلات وفيات أعلى للأمهات والحوامل من المهاجرات بسبب محدودية ما ينلنه من رعاية فترة ما قبل الولادة<sup>33</sup>.

وفيما يتعلق بالبرامج الرأسية في مجال الصحة العامة فقد أشارت التقارير إلى وجود نتائج سلبية لصحة الأم والطفل، وتناقص في مظلة التغطية بالتطعيمات، وعودة الدرن والبلهارسيا إلى الريف.

وعاود التهديد بانتشار الإيدز والأمراض المستجدة مثل الأمراض المنقولة جنسيا إلى الظهور في التسعينيات<sup>34</sup>. وكان فقراء الريف هم الأكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض خلال فترة الانتقال لنظام السوق بسبب تدهور خدمات الصحة العامة، في حين تفاقت الفروق بين الريف والحضر في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية بسبب تدني القدرة على الدفع مقابل الخدمات الوقائية الأساسية، وكانت النساء نسبيا هن الأكثر تأثرا بسبب عدم قدرتهن على الدفع مقابل الخدمة<sup>35</sup>.

ظهرت في عام ٢٠٠٣ أزمة جراء انتشار مرض السارس SARS، ويمكن تتبع جذور هذه الأزمة إلى سوء توظيف النظام الصحي المعتمد على قواعد السوق دون تنظيم أو حوكمة رشيدة إذ اختفت وظائف الصحة العامة مثل نظم الرقابة الصحية والتتقيف الصحي عندما أصبحت مؤسسات الصحة العامة تعتمد على الكسب بنفسها لتنفق، وعندما نفذت مواردها توقفت عن كتابة التقارير الخاصة بحدوث وتطور الأمراض. وعندما أصبح على عامة الناس أن يدفعوا من جيوبهم للحصول على الرعاية الصحية أجلوا طلب الرعاية الوقائية ولم تعد تحتل موقعا على أجندتهم أو تشكل أهمية بالنسبة إليهم، إضافة إلى أن المهاجرين الريفيين إلى الحضر لم يكن مسموحا بتسجيلهم كأرباب أسر بما يكفل لهم الحصول على استحقاقات الرعاية الصحية. في النهاية تمت السيطرة الناجحة على السارس بسبب المقاربة الجادة السياسية والثقافية الخاصة، وبسبب الحملات التي نشطت عقب الإصلاح الاقتصادي، فقد استندت النجاحات إلى البنية المركزية القائمة من أعلى إلى أسفل والمعتمدة على إستراتيجية فنية شاملة<sup>36</sup>.

<sup>31</sup> J. Gao, J. Qian, et al., "Health equity in transition from planned to market economy in China". *Health Policy and Planning*(2002), S1, p. 20

<sup>32</sup> L. Chen, and H. Standing, "Gender equity in transitional China's healthcare policy reforms" in *Feminist Economic*, p. 189

<sup>33</sup> S. Zhan, Z. Sun, et al., "Economic transition and maternal health care for internal migrants in Shanghai, China". *Health Policy and Planning* (2002), S1, p. 47.

<sup>34</sup> L. M. Lee, V. Lin, et al., *Public Health in China: history and contemporary challenges. Global Public Health: a new era*. R. Beaglehole. (Melbourne: Oxford University Press, 2003).

<sup>35</sup> Ministry of Health (MOH), *China national health Survey - the Third NHS Analysis Report*. (Beijing: China Union Medical University publisher, 2004), p. 314.

<sup>36</sup> C. Liu, "The battle against SARS: a Chinese story." *Australian Health Review* (2003) 3, p. 3-13.

حدثت تغيرات في الأخلاقيات الطبية بسبب الانتقال الأكثر وضوحاً في السياسات الصحية إلى الأسوأ جمع بين تدنٍ في أجور الأطباء، وتحفيزهم لتحقيق الأرباح من المستشفيات باستخدام المفرط للأدوية مرتفعة الثمن وإجراءات التشخيص غير الضرورية التي أدت إلى ابتعاد الأطباء عن قيمهم الاجتماعية السابقة في خدمة الناس والتحول إلى الكسب من ورائهم. أطلق الإصلاح الاقتصادي تياراً من الخلل لعدم ملائمتها للممارسة الاجتماعية، وبرزت قيم جديدة مخالفة للقيم التقليدية السابقة<sup>37</sup>.

### تدابير السياسة الجديدة - مع فشل تشريعات تنظيم مقدمي الخدمة

استدعت الأزمات المتنامية داخل النظام الصحي الدورة الثانية من الإصلاح الصحي التي بدأت منذ عام 1996 عندما عقد مجلس الدولة المؤتمر الوطني الثاني للصحة لمناقشة القضايا البارزة في قطاع الصحة. كانت الأهداف الأساسية للدورة الثانية من الإصلاح الصحي كالتالي<sup>38</sup>:

- تدعيم ديناميكية المؤسسات الصحية العامة من خلال إصلاح نظم الإدارة والخدمات.
- رؤية هدف الرعاية الصحية من خلال الرضاء العام عنها وعن طريق تنفيذ الحكومة لسياسات خاصة بالرعاية والتنمية الصحية في اتساق مع الاقتصاد الوطني والتنمية الاجتماعية.
- إصلاح مؤسسي يسعى إلى إحداث توازن بين المزايا الاقتصادية والاجتماعية - بكلمات أخرى بوضع المزايا الاجتماعية أولاً لمنع الحصول المنفرد على المزايا الاقتصادية.
- يجب أن يتسق النظام الصحي مع نظام السوق الاشتراكي بحلول سنة 2010<sup>39</sup>.
- شددت الأهداف السياسية لوزارة الصحة في الخطة الخمسية (2001-2005) على تدعيم الصحة الريفية (عبر توفير الخدمات الأساسية والتنمية الجديدة (CMS) والإمداد بخدماتها) والإصلاح القطاعي الصحي (الذي يشمل خطط المناطق الصحية وإدارة المستشفيات ومسئولية الأدوية وإدارتها وتنمية صحة المجتمعات

<sup>37</sup> P.-K. Ip, "Developing Medical Ethics in China's Reform Era." *Developing World Bioethics* (2005) 5(2); L. Chen and H. Standing, "Gender equity in transitional China's health care policy reforms." *Feminist Economics* (2007) 3/4, p. 189 and; R. Fan, "Corrupt Practices in Chinese Medical Care: The Root in Public Policies and a Call for Confucian-Market Approach." *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2007) 2, 111.

<sup>38</sup>H. Zhao, supra note 3, p. 33.

<sup>39</sup> تعود فكرة السوق الاجتماعي Social Market إلى تجارب دولة الرفاهية الأوروبية، والتي جمعت بين آليات السوق في توزيع الموارد وتوجيه النشاط الاقتصادي مع إسناد كبير للدولة في تقديم الخدمات العامة وبخاصة الرعاية الصحية والتعليم والتدريب باعتبارها جزء لا يتجزأ من حقوق المواطنة، وتجمع هذه الصيغة بين الديمقراطية بما فيها من حقوق سياسية، والاشتراكية بما فيها من تضامن وإعادة توزيع للدخل ابتغاء رفاهية المجتمع ككل. أما السوق الاشتراكي الذي يتحدث عنه المقال فإنه مفهوم غير واضح المعالم ومتصل بالسياق الصيني الخاص، والذي جمع بين التحرير الاقتصادي التدريجي القائم على التصدير للخارج وجذب رؤوس الأموال وتنمية القطاع الخاص مع استمرار سيطرة الحزب الشيوعي على مقاليد الحكم، وبالتالي قد يُشير هذا المفهوم إلى نوع من التوفيق بين آليات السوق الرأسمالية والتزامات الدولة الاشتراكية إزاء مواطنيها، ولكن ينبغي الأخذ في الاعتبار أن الصين نموذجاً فنقد لديمقراطية بشكل كامل ولا يتمتع فيها السكان بحقوق سياسية فاعلة، وهو ما يفصل أي موامة بين الرأسمالية والاشتراكية عن السياق الأوروبي الذي يقوم على الديمقراطية السياسية.

ومقاومة الأمراض الناشئة ليشمل الإيدز والسارس والدرن والأمراض غير السارية) على نحو عكس المناخ الجديد للإصلاح الصحي.

وقد أعيد النظر في عدم التوازن بين الرعاية الأولية والثالثية من خلال التخطيط الإقليمي للصحة، وكذلك بين الريف والحضر، وما بين الوقاية والعلاج في ظل إرشادات السياسة الصحية الوطنية. وقد طُلب من المحافظات (المناطق) تطوير معايير التخطيط، ومن المدن تطوير وتنفيذ خطط تمويل غير مركزية، ولكن في ظل غياب منح السلطات أو التفويض بها افتقدت مجالس الصحة في المدينة الإطار التشريعي لتنظيم سوق الرعاية الصحية مما جعل هذه السياسات ليست أكثر من نوايا حسنة (غير قابلة للتنفيذ)<sup>40</sup>.

أعلنت الحكومة سياسة تصنيف المستشفيات عام ٢٠٠٠، التي تعالج رسمياً قضية السلوك الهادف للربح في المستشفيات ذات "الهوية العامة"<sup>41</sup>. صنفت السياسة المستشفيات إلى منظمات هادفة وغير هادفة للربح، بغرض تحديد الوضع الضريبي للمستشفيات التي كانت تتبع الحكومة سابقاً، والتي أصبحت توارثت مؤسسات مدارة ذاتياً من الناحية المالية كجزء من برنامج اللامركزية المالية الذي تأسس في منتصف الثمانينات. وقد كان المأمول أن توضح سياسة تصنيف المستشفيات التوجه نحو الربح، وتعيد توجيه "سلوك القطاع الخاص"، ولكن لسوء الحظ لم تصاحب السياسة بتنفيذ فعال، وهكذا بتدابير تنظم سلوك مقدم الخدمة، واستمرت المستشفيات في العمل طبقاً للممارسات الإدارية السالفة بينما تتصرف كوكيل قطاع خاص في سوق رعاية صحية غير ناضج وبلا ضوابط. وسوف يستمر نمط "هوية القطاع العام وسلوك القطاع الخاص" للممارسة الطبية دون وجود أعراف مهنية مقبولة اجتماعياً للخدمات العامة<sup>42</sup>.

وبينما ظلت المستشفيات تحقق إيراداتها من هامش الربح المضاف على تكلفة الأدوية من أجل تعويض خسارة الدعم المالي الحكومي لها، جاءت سياسة إصلاح إدارة الدواء المقررة في عام ٢٠٠٠ لتقييم فصلاً بين وصف الدواء وصرفه على نحو يقطع الصلة بين حوافز الأطباء لوصف أدوية أغلى ثمناً بهدف زيادة ما يكسبونه. ومع ذلك، ارتقت صناعة الدواء في الصين في اتجاه عمليات تشغيل موجهة للسوق في وقت مبكر عن توجه المستشفيات نحو السوق، وتشكلت المشروعات المشتركة مع شركات الدواء متعددة الجنسيات الضخمة وقد مزقت سلسلة التوزيع الحكومية التقليدية للإمداد بالأدوية. وامتألت صيدليات المستشفيات بالأدوية المستوردة المدعومة بالتخطيط التجاري

<sup>40</sup> H. Yang, V. Lin, et al., *Regional Health Planning. Health Policy In Transition: The Challenges for China*. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008.

<sup>41</sup> المقصود بالهوية العامة هو بقاء ملكية المستشفى للدولة واستخدام آليات خاصة، بمعنى عدم تمويلها وترك الأطباء يحصلون على دخولهم ومستلزمات العمل من المواطنين مباشرة عند تلقيهم للخدمة (المترجم).

<sup>42</sup> H. Yang, V. Lin, et al., *Regional Health Planning. Health Policy In Transition: The Challenges for China*. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008.

الاستراتيجي والدعاية والإعلان. وبغياب التعويضات الحكومية بالدعم المالي المتزايد للميزانيات والإشراف النظامي استمرت المستشفيات في وصف أدوية عالية الثمن من أجل تغطية تكلفة عمليات التشغيل الروتينية<sup>43</sup>.

أطلقت الخدمات الصحية المجتمعية في مقاربة جديدة لإعادة بناء الرعاية الأولية وخدمات الوقاية في المجتمعات الحضرية. وفي نفس الاتجاه - ومثل المبادرات الأخرى - كانت هناك سياسة لتحسين الإنصاف بزيادة القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الأساسية، ولكن الشروط الجوهرية والمنهجية الضرورية لتنفيذ هذه السياسة لم تكن قائمة، إذ أعاق تطور خدمات الصحة المجتمعية - كما كان مُخطَّطاً لها- نقص الأطباء المؤهلين للممارسة (الذين هم محل ثقة المستهلكين) على مستوى المجتمعات، والحاجة إلى مؤسسات بحجم صغير لتجميع الموارد مع الزيادة غير المنظمة نسبياً للقطاع الخاص.<sup>44</sup>

إبان الدورة الثانية للإصلاح الصحي، كان هناك اعترافاً خطابياً بأهمية رؤية الدولة واتجاهات السياسة، ولكن النظام الإداري الصحي ظل كما هو دون تغيير، وظل يعاني من التفتت عبر الوزارات المختلفة والصراعات التنظيمية التي ثبت أنها عائق أمام توحيد المنظومة. فعلى سبيل المثال، كانت إدارة نظام التعاونيات الطبية الريفي في مجال نظام الحماية الصحية تقع تحت إشراف وزارة الصحة في حين كان برنامج التأمين الطبي الأساسي في الحضر واقعا تحت مظلة تشريعات وزارة العمل والأمن الاجتماعي، وتقع الإغاثة الطبية تحت ولاية وزارة الشؤون المدنية. وبتحريك معايير نظام تقديم الخدمة الصحية، برهنت الحدود الصارمة التي تفصل ما بين نظام صحة الريف ونظام الرعاية الصحية المجتمعية في الحضر، مدعومة بالترتيبات المالية والإدارة اللامركزية، على أنها مثلت مانعا للقدرة على الوصول إلى الخدمات أمام السكان الذين زادت الآن حركة تنقلهم جغرافياً. وقد ظل هيكل هذه الكيانات الحاكمة وكذلك نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية هو نفسه النظام الموروث من الإصلاح المؤسسي الحكومي في عام 1998، ومن غير المرجح إصلاحه مرة أخرى خلال فترة وجيزة من الزمن.

وقد شهدت ملكية المستشفيات في التسعينيات عمليات خصخصة مستترة عند السماح للأقسام الإكلينيكية بالتعاقد الخارجي<sup>45</sup>، وبالتوازي مع ذلك؛ خصصت الحكومات المحلية المستشفيات القروية رسمياً من أجل تخفيف العبء المالي لدعم الخدمات الصحية الذي نتج عن لامركزية الإدارة<sup>46</sup>، وتسببت تلك التغييرات في توسيع التفاوت في القدرة على الوصول إلى الخدمات وقوضت جودة الخدمة، حتى الأطباء الصينيين لم يرضوا عن أنفسهم، ولا عن نظام الرعاية الصيني، ولا عن حياتهم المهنية<sup>47</sup>، وكتب الأطباء تقارير عن همومهم في مسألتي الجودة والأمان،

<sup>43</sup>H. Zhao, H. Yang, et al., *Impact of Hospital regulation policies Health Policy In Transition: the Challenges for China*. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008.

<sup>44</sup>G. Liu, D. Legge, et al., *Community Health Services. Health Policy in Transition: The Challenges for China*. (Beijing: Peking University Press (forthcoming) 2008.

<sup>45</sup>التعاقد الخارجي Contracting Out هو شراء الخدمات من خارج القطاع الحكومي لصالح القطاع الخاص (المتبرمج).

<sup>46</sup>W. Tam, *Privatising Health in China: Adverse consequences and De-Privatisation*. Conference on Reasserting the public in Public Service Delivery. National University of Singapore (2007).

<sup>47</sup> M.-K. Lim, H. Yang, et al., "China's evolving health care market: how doctors feel and what they think." *Health Policy* (2004) 69, p. 329-327.

خصوصا في نمو القطاع الخاص بلا ضوابط جيدة. وشهد عقد من الإصلاح منذ عام ١٩٩٦ كثيرا من النقد أكثر من النجاحات، فقد أعلن تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة في عام ٢٠٠٥ بشكل فعال أن إصلاحات الثمانينيات والتسعينيات كانت فشلا. ونتيجة لذلك؛ برز موضوع التمويل الصحي في مرتبة عالية من أولويات الحكومة في عام ٢٠٠٦. ويعود ذلك إلى أن التحليل قد أظهر أن الحكومة قد استمرت بشكل ثابت في تخفيض دورها المالي في القطاع الصحي خلال العقدين الماضيين (انظر جدول ٣). فمع اللامركزية المالية منذ أوائل الثمانينيات، انخفضت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة بشكل ثابت من ٣٧٪ عام ١٩٨١ إلى ١٨٪ عام ٢٠٠٦، بينما زادت نسبة النفقات الصحية الخاصة بشكل ثابت من ٢٤٪ في عام ١٩٨١ إلى ٤٩٪ في عام ٢٠٠٦.

ومع التسليم بأن النظم الصحية المدارة والمدعومة بواسطة الدولة تنتج حوافز سلبية، وترفع من نفقات الجيب الشخصي عاليا، فإن القطاع الخاص الناشئ قد قدم وسيلة أرخص وأيسر للوصول إلى الرعاية الصحية. ويلعب القطاع الخاص دورا متزايدا في خدمات العيادات الخارجية على سبيل المثال، رغم أن هذه الخدمات غير مدرجة في أي مزايا تأمين اجتماعي. والأمر هكذا يخدم القطاع الخاص أوليا المرضى الذين يدفعون نفقاتهم بأنفسهم، ومع ذلك يبدو أن القطاع الخاص يخدم بشكل غير متناسب الفئات الدنيا من الشريحة متوسطة الدخل أكثر من خدمة الفئات ذات الدخل العالية، والاعتقاد هو أن ذلك يعود إلى تكلفته المنخفضة نسبيا<sup>48</sup>. ورغم أن ذلك حقيقي فإن الشعور العام بالقطاع الخاص هو أنه ذو جودة إكلينيكية أدنى على الرغم من أن الاتجاه العام لخدمته ولطاقم العمل به نحو المستهلكين ربما يكون أفضل<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> Y. Liu, P. Berman, et al., "Health care in China: the role of non-government providers." *Health Policy* (2006) 2, p. 212-20.

<sup>49</sup> M. K. Lim, supra note 36.

جدول رقم 3: الإنفاق الصحي الكلي في الصين من عام 1981 إلى عام 2006 (بالمليون دولار، والأسعار الحالية) <sup>50</sup>							
السنة	الإنفاق	الإنفاق	الحكومي*	% من	مجتمعي*	% من	الفرد*
1981	9391	9.38	3500	37	3662	39	2230
1985	9501	8.98	3666	39	3132	33	2703
1990	15625	13.67	3915	25	6128	39	5582
1995	25807	21.31	4638	18	9194	24	11974
2000	55405	43.71	8571	16	14157	26	32677
2006	123477	93.94	22314	18	40279	33	60884

\* الحكومي يعني الإنفاق الحكومي الكلي على الصحة، والمجتمعي يعني مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي والصور الأخرى

أصبح انحسار الثقة في النظام الصحي تحدياً كبيراً أمام الحكومة في محاولتها لاستعادة الخدمات الطبية التعاونية في الريف (CMS) على أساس قاعدة مساهمات طوعية متواضعة من الفلاحين. بل والأدهى من ذلك فقد أدت فترة الانتقال الاقتصادي السريع إلى تراجع رأس المال الاجتماعي<sup>51</sup> وهو ما يزيد التأثيرات على استعداد الفلاحين للانضمام<sup>52</sup>.

### بعض النجاحات في زيادة القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية

ورغم هذه الخيبات، فقد كان هناك بعض النجاحات أثناء فترة الإصلاح الصحي الثانية تشير إلى طريق المستقبل. ويتعلق ذلك بشكل رئيسي بالتدابير المتخذة لتقليل الحواجز المالية أمام القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، خصوصاً بالنسبة للفقراء وبالنسبة لسكان الريف.

أعلنت الخطة الطبية للتعاونيات الريفية الجديدة (NCMS) في عام ٢٠٠٣ بعد سنوات عديدة من التجارب الاستراتيجية. وبناء على خطة التعاونيات الطبية القديمة أثناء فترة الاقتصاد المخطط، قبلت الحكومة في النهاية أن التحويلات المالية ما بين قطاعات الحكومة باتت أمراً مطلوباً. وجرى تعيين معدل المساهمة باليوان الصيني لكل منزل في الخطة التأمينية الجديدة بأن تساهم الحكومة المركزية بأربعين يوان في حين تساهم الحكومة المحلية بأربعين يوان أخرى، ويساهم الفلاحون من عشرة إلى عشرين يواناً، حيث تهدف السياسة إلى الوصول للتغطية الكاملة بحلول عام ٢٠١٠. وكون مساهمة الحكومة أكبر من مساهمة أسر المنازل فهذه علامة موجبة للمجتمع المحلي على

<sup>50</sup>China National Health Economics Institute, China National Health Accounts Report. (2007)

<sup>51</sup>يشير مفهوم رأس المال الاجتماعي لعدد من المعاني، ولكن يمكن القول عامة أنه يشير إلى العائد الاقتصادي المتوقع من التعاون

<sup>52</sup>مما يقلل من فرص انضمام الفلاحين (المترجم).

<sup>53</sup>L. Zhang, H. Wang, et al., "Social capital and farmer's willingness-to-join a newly established community-based health insurance in rural China." *Health Policy* (2006) 76, p. 233-242.

أن الحكومة تدرك مسئوليتها عن الرعاية الصحية الأولية. ومع ذلك، تبقى القضايا المفتوحة عالقة مثل مصداقية مقدمي الخدمة في عيون المجتمع، وخطة الإدارة السليمة، ومهاجري الريف العاملين في المناطق الحضرية.

بدأت التجربة الاسترشادية لنظام التأمين الطبي الأساسي في الحضر لتغطية موظفي القطاع الرسمي أوليا في عام ١٩٩٤، وتوسعت التجربة في عام ٢٠٠٠. وفي عام 2007 بدأ نظام التأمين الطبي لأسر المنازل الذي يهدف لتغطية أفراد العائلة الصغار وسكان الحضر الذين لا يعملون ولا يغطيهم النظام أوليا، وذلك بدعم مالي حكومي يساهم بحوالي ٦٠ يوان للأسرة المنزلية الواحدة. وقد نبع هذا النظام من التجارب الاسترشادية التي اقترحت تحسينات في إنصاف القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية<sup>54</sup>. بيد أنه لم تغط خطة التأمين الحضرية أيضا هذه الفئات من العمالة الريفية المهاجرة التي تعمل في المناطق الحضرية. وتأسست شبكة أمان صحي لكل من فقراء الريف وفقراء الحضر. وخضع صندوق الإغاثة الطبية بنجاح لتجارب في العديد من المجتمعات المحلية الريفية والحضرية عبر البلاد<sup>55</sup>. وتعكف حاليا وزارة الشؤون المدنية على إعداد وثيقة للسياسات تؤسس رسميا لأسلوب إدارة عمليات صندوق إغاثة طبية. وعلاوة على تحسين قدرة الوصول إلى الرعاية الصحية، فإن الحكومة كذلك استجابت إلى أزمة الصحة العامة بتدابير مالية إضافية تتضمن العلاج المجاني لفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي والدرن والوصول المجاني لرعاية ما قبل الولادة.

تناولت الحكومة أيضا إصلاح الموارد البشرية بالتعاقد مع مدراء بناء على الجدارة والاستحقاق، وشهدت بعض المناطق الريفية بعض النجاحات في ذلك<sup>56</sup>.

يعد اتخاذ الحكومة القرار بتوفير تحويلات مالية ما بين الهيئات الحكومية لنظام تعاونيات الريف الطبية الجديد في عام 2002 شكلا من أشكال التراجع عن الخصخصة حيث بدأت الحكومات المحلية على مستوى المناطق الإدارية الصغيرة في إعادة تأكيد سيطرتها على العيادات والمراكز الصحية بالقرى والبلدات<sup>57</sup>، وبدأت الميزانيات الحكومية في تمويل بعض الخدمات الصحية في الريف بالكامل الآن، في حين دخلت بعض التشريعات التنظيمية لضمان تخفيض هامش ربح للأدوية ليساوي صفر<sup>58</sup>.

<sup>54</sup>G. Liu, Z. Zhao, et al., "Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China." *Social Science & Medicine* (2002) 55, p. 1779-1794; G. G. Liu and Z. Zhao, "Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China." *The International Journal of Health Planning & Management* (2006) 3, p. 211 and; J. S. Akin, W. H. Dow, et al., "Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitudinal survey." *Social Science & Medicine* (2004) 2, p. 293.

<sup>55</sup>X.-M. Sun, H. Liang, et al., "Survey for the medical financial assistance schemes of the urban poor in Shanghai." *International Journal of Health Planning and Management* (2002) 17, p. 91-112 and; Z. Zhang, L. Fang, et al. *The Rural Health Protection System in China. Health Policy in Transition: The Challenges for China*. (Beijing: Peking University Press (forthcoming), 2008.

<sup>56</sup>Y. Liu and G. Bloom, *Rural Health System Reform in Poverty Areas*. (Beijing: Peking University Press (forthcoming).

<sup>57</sup>W. Tam, *Privatising Health in China: Adverse consequences and De-Privatisation*. Conference on Reasserting the public in Public Service Delivery. National University of Singapore, 2007

<sup>58</sup>هامش ربح الأدوية صفر يعنى يبيعه بسعر التكلفة (المترجم).

## التطورات والجدالات الحالية في إصلاح السياسات

انطلقت الجولة الثالثة من الإصلاح باتحاد بين تقرير مركز أبحاث التنمية التابع لمجلس الدولة عام ٢٠٠٧، والنداء العام المجتمعي الداعي لتخفيض العبء الذي تتحمله الأفراد عند سعيهم لتلقي الرعاية الطبية، ووسائل الإعلام التي تقود النقاش العام حول القضايا الصحية، والخبراء الذين يقدمون أدلة الإصلاح الصحي في كل ١ من الصين والخارج. ومن ناحية أخرى أخذ السياق السياسي الجديد بيد الموجة الثالثة من الإصلاح الصحي يدلها على الطريق، وبعد التغيير الحكومي عام ٢٠٠٣، والعزم الجديد على الاستثمار في القطاعات الاجتماعية (تماشيًا مع نفس خط الدعوة لبناء مجتمع منسجم ومفهوم التنمية العلمية).

ورد بشكل صريح في الخطة الخمسية الحادية عشر (٢٠٠٦-٢٠١٠) مفاهيم مثل التوجه الاجتماعي لاشتراكية السوق "التي تتمحور حول الشعب"، وفكرة "دولة صغيرة ومجتمع كبير"، وهي الخطة التي استهدفت وضع الشعب أولاً وتغيير مفهوم التنمية وتنفيذ "التوازنات الخمس" (أي التوازنات بين: أوضاع الريف والحضر، والمناطق الجغرافية المختلفة، والقيم الاجتماعية والاقتصادية، والبيئة الطبيعية والاصطناعية، والتنمية الداخلية، والانفتاح فيما وراء حدود الصين). فيما يبدو أنه في الصين الآن أصبحت دستورية "مؤسسات السوق"، و"حكم القانون" هم غايات السياسة الوطنية الرئيسية لمدة النصف قرن القادم.<sup>59</sup>

يوجد الآن بالنسبة للحكومة اتفاقاً من حيث المبدأ بزيادة تمويل الصحة العامة والرعاية الصحية الأولية، ومن المرجح أن الحكومة سوف تتبنى استراتيجيات تمويل من جانبي العرض والطلب. ومن المقرر أن تتطلق خطة الجولة الثالثة من الإصلاح الصحي عام 2008 بعد المؤتمر الشعبي الوطني في مارس. من المتوقع أن تنظم الحكومة مناقشة مفتوحة عبر الوطن كله قبل الانتهاء من ترتيبات خطة الإصلاح، على أن يكون هدف الإصلاح هو تقديم تغطية بخدمات صحية أساسية شاملة لكل الشعب الصيني بحلول عام ٢٠٢٠. ويتضمن ذلك أربعة عناصر:

- تطوير نظام صحة عامة يحافظ على استدامة التمويل الكامل لمؤسسات الصحة العامة حتى تقدم خدماتها دون رسوم على المستخدم.
- تدعيم نظام تقديم الخدمة الصحية في المناطق الريفية والمجتمعات الحضرية وتطوير منشآت لخدمات صحية أساسية ملائمة تستطيع تقديمها بتكلفة منخفضة.
- إصلاح إدارة المستشفيات ونظم تشغيلها وضمان أن المستشفيات العامة تعمل لمصلحة الخير العام، أي حظر الطلب الذي يخلقه جانب العرض من أجل التربح.

<sup>59</sup>M. Wang, "The phase change: development trend and policy orientation of the Chinese economy (zhongguojingji de jianduanbianhua, fazhanqusi he zhenche fang xiang)." *China Development Review* (2002) 1, p. 1-18.



- تطوير نظام حماية صحية يتكون بشكل أساسي من ثلاثة خطط تأمينية: تأمين طبي أساسي (BMI) للمستخدمين في الحضر متضمنا موظفي الخدمة المدنية، وتأمين طبي للمناطق السكنية الحضرية لفئات السكان الحضرية غير المنظمة، ونظام التعاونيات الطبية الجديد في الريف للمزارعين. إضافة إلى ذلك تطوير نظام إغاثة طبية بواسطة وزارة الشؤون المدنية لفئات السكان محدودة الدخل.

تتركز هذه الأجندة السياسية على التمويل الصحي مع الاعتراف بأن تدخل الدولة مطلوب لتصحيح فشل الأسواق. إلا أنه من المنظور المالي ما زالت هناك عناصر يبدو أنها تحتاج لمزيد من التفكير. فقد تأسس نظام التعاونيات الطبية الجديد والتأمين الطبي الأساسي على قواعد إعادة توزيع محدودة عبر فئات السكان، والتغطية موجهة أولاً للأمراض الكارثية التي تتطلب دخول المستشفى والإقامة بها، وثم سؤال حول المدى الذي يقطعه الدعم المالي لكل أشكال الرعاية الصحية للفقراء والفئات الضعيفة من السكان من وجهة نظر الإنصاف والتضامن الاجتماعي.

وعلى الرغم من اتجاه السياسة الحكومية العامة من حيث المبدأ إلى تمويل الصحة العامة والرعاية الأولية فإن هناك قليل من النقاش حول كيفية ضمان الكفاءة والفعالية والإنصاف في النظام الصحي من خلال وظائف الشراء، سواء بواسطة الدولة أو بواسطة أي مشتر آخر (مثل التأمين الصحي أو صناديق الإغاثة الطبية). ودون استخدام واع ومخطط للوسائل التمويلية المتعلقة بالاستخدام الكفء للموارد المحدودة و التوزيع المنصف للمنافع، فإنه سوف يصبح من الصعب بالنسبة للحكومة تحقيق أهداف السياسات على مستوى النظام ككل.

وهكذا، ربما يتعرض نجاح هذه الإصلاحات للمخاطر إذا ما كان التركيز محصورا في التمويل الصحي فقط. وإلى اليوم لم يتم إعطاء سوى أهمية محدودة للروابط المطلوبة عبر جانب الطلب وتدابير جانب العرض، وكذا لقضايا الحوكمة. وما زالت الحكومة تستكشف المقاربات الفنية للتمويل من خلال إما جانب العرض أو جانب الطلب، ولكنها تحتاج إلى التفكير في كيفية ضمان الجودة والقدرة المنصفة على الوصول إلى الرعاية الصحية، وتحسين النتائج الصحية، وكيف يمكن دمج كل ذلك في خدمات الشراء الحكومية. بل إن مقارنة الشراء يجب أن تصاحبها علاقة تباعد بمسافة ما بين الحكومة ومقدمي الخدمة، مع ترتيبات حوكمة مستقلة للمستشفيات والخدمات الصحية الأخرى.

يظل إطار عمل تشريعي عفي وشامل غائبا عن الصورة بالنسبة للنظام الصحي. ثمة قانون صحي شامل في حد ذاته في الصين؛ إلا أن هناك قدرا تاما من عدة قوانين لأقسام في قطاعات معينة مثل قانون صحة الأم والطفل، وقانون الغذاء والدواء، وقانون الطبيب، وتحتاج هذه القوانين إلى أن تدخل في ضفيرة واحدة لمعالجة كل جوانب حاكمية وأداء النظام الصحي. ربما يمثل قانون الرعاية الصحية الأولية محل التداول الآن فرصة لتأسيس إطار عمل تشريعي تنظيمي للصحة مهما ظل الجدل يتركز حول مستويات تمويل الصحة. ويمثل غياب ترتيبات تشريع تنظيمي فعالة، سواء بواسطة الحكومة أو من خلال مؤسسات اجتماعية أخرى، خصوصا لسلوك الأطباء - يمثل فجوة كبيرة أخرى في السياسات. وجدير بالذكر أن الانتقال من نظام على أساس الحكم الإداري إلى نظام يقوم على أساس حكم السوق لم يكن سهلا أبدا خاصة وأن الصين تفتقد إلى أدوات تشريع تنظيمي ونظم مراقبة ومتابعة للتشريع.

بوجود آليات تشريعية تنظيمية أو دونها من الضروري إعطاء مزيد من الانتباه لتشكيل الأخلاقيات والقيم في التعليم الطبي وطواقم العمل الصحية بشكل أكثر عمومية. لقد غيّر الإصلاح الاقتصادي الموجه نحو السوق بشكل جوهري من قيمة المجتمع بما فيها قيمة قوة العمل الصحية. ويكمن التحدي الكبير أمام الإصلاح الناجح في إعادة الحيوية لمهنة الطب، وإعادة زرع الثقة في نظام الرعاية الصحية، وضخ شكل جديد من الأخلاقيات الطبية التي سوف تتشكل في اقتصاد السوق إلى جانب البناء على الأعراف الاجتماعية التقليدية. وبالإمكان دعم القيم الكونفوشيوسية التقليدية الداعية للخير والإحسان بمكافآت وافية ومحظورات ملائمة ضد البحث عن التربح<sup>60</sup>. ويمثل الانسجام والتنمية الموجه للفرد منظورا فلسفيا جديدا يُمثل قواعد الارتكاز للسياسات الحكومية الحالية. أما بالنسبة لقوة العمل الصحية فينبغي أن يُصاحب التمويل الحكومي المتزايد والتعديلات في هيكل حوافز الأطباء بقانون للسلوكيات المهنية.

ينطلب الانتقال إلى نظام اقتصاد السوق أيضا إعادة ترتيب للعلاقة بين الدولة والمجتمع المدني، ومن ضمنها عملية صنع السياسات. لكن حتى الآن ما زال تطور صوت المجتمع المدني الصيني وتمثيله محدودا. وسوف يكون من الضروري استقبال آراء المواطنين والإجابة عليها من أجل استعادة الثقة في نظام الرعاية الصحية، ومن أجل مشروعية السياسة الصحية الحكومية. وقد يعني هذا تغييرا اجتماعيا عميقا، الأمر الذي سوف ينتج في النهاية منافع في مجال التحسين والإنصاف الصحي.

#### إلى أين تاليا؟

انطلقت التنمية الصحية في الصين منذ تأسيسها في عام ١٩٤٩ في ثلاث موجات من الإصلاح الصحي، في بدايات الثمانينيات وفي عامي ١٩٩٦ و ٢٠٠٨. ويمكن الإيجاز بأنه أثناء فترة الاقتصاد المخطط بين عامي ١٩٤٩ و ١٩٧٩، قامت التنمية الصحية في الصين بتطوير منشآت خدمات صحية أساسية وموارد بشرية ونظاما للتأمين الصحي يقوم على العمالة. كان التشديد على الإنصاف والتوافر والقدرة على الوصول كمستهدفات أولية للتنمية في القطاع الصحي. وقد كانت الثورة الصحية الأولى ناجحة في الصين من خلال تقديم الرعاية الصحية الأولية ومكافحة الأمراض المعدية (السارية).

استهدفت الدورة الأولى من الإصلاح الصحي في الفترة بين عام ١٩٨٠ إلى عام ١٩٩٥ تشجيع كفاءة مقدم الرعاية الصحية من خلال استراتيجيات استرداد النفقات وتدابير أخرى تتوجه نحو السوق من أجل تخفيض التمويل الحكومي. وكانت نتائج ذلك: ارتفاع التكلفة وانخفاض جودة الرعاية وازدياد الفروق بين الريف والحضر في توزيع موارد الرعاية الصحية واستخدام الخدمات الصحية. وبحلول منتصف التسعينيات واجهت الصين عددا من التحديات الصحية مصحوبة بزيادة نسبة كبار السن والتحول الوبائي في الأمراض، خصوصا ما يتعلق بالإنصاف الصحي.

<sup>60</sup>R. Fan, "Corrupt Practices in Chinese Medical Care: The Root in Public Policies and a Call for Confucian-Market Approach." *Kennedy Institute of Ethics Journal* (2007) 2, p. 111.

استهدفت الموجة الثانية من الإصلاح الصحي بين عامي ١٩٩٦-٢٠٠٧ استمرار الإصلاح المتوجه نحو السوق ولكن من أعلى إلى أسفل. وبالإمكان القول إن فشل هذه الموجة يرتبط بنظم الإدارة الصحية المفتتة بشكل بيروقراطي وعدم كفاية التمويل الحكومي للخدمات (البضائع) العامة الجوهرية، مما أدى إلى زيادة انعدام الثقة في نظام الرعاية الصحية.

بدأت الجولة الثالثة من الإصلاح الصحي في عام ٢٠٠٨، وشددت على الدور التمويلي للحكومة. قد يكون الإصلاح الصحي الحالي علامة فارقة بالنسبة للصحة في الصين؛ بسبب مناقشاته الفنية الجادة والدعم المالي الذي تقدمه الحكومة، وبسبب الالتزام السياسي من القيادة العليا.

شهد القطاع الصحي الصيني مشاكل عدة؛ لأن دوافع الإصلاحات الأولية كانت نابعة من الضروريات الاقتصادية الكلية أكثر من كونها نابعة من اعتبارات السياسة الصحية. ولم تؤد هذه الإصلاحات الاقتصادية فحسب إلى مشاكل في القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية والتكلفة والجودة، ولكنها أدت أيضاً إلى خسارة الثقة في القطاع الصحي. و غلب الاهتمام والحاجة إلى توليد إيرادات على حساب التوجه الأخلاقي التقليدي. وقد نتج عن الأطر التشريعية التنظيمية المحدودة والمصحوبة بمسؤولين منخفضي المؤهلات ومنخفضي الأجور سوق بلا ضوابط حقيقية للرعاية الصحية.

تستهدف الإصلاحات الحالية إزالة الموانع المالية أمام القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية، مع توجيه انتباه خاص للفقراء. وتعد التحويلات المالية بين الهيئات الحكومية خطوة ضرورية من أجل تنفيذ إطار عمل سياسي مشترك في اقتصاد السوق. ومع ذلك يأتي التمويل الحكومي كاستجابة ناقصة. وتتطلب استعادة مصداقية وشرعية النظام الصحي تدابير من الحكومة تعالج شئون الإنصاف، كما تتطلب إعادة تأسيس الثقة على مستوى اللقاء الإكلينيكي بين الطبيب ومريضه من خلال تنمية لوائح تنظيمية غير رسمية، تُنفذ من خلال المؤسسات الاجتماعية التي لم تنشأ بعد.

من أجل التركيز على أبعاد الإنصاف في السياسات الصحية الحالية، يجب تكيف المعايير القياسية للنزاهة<sup>61</sup> بشكل مفيد لأنماط الإصلاح في الصين. وتزودنا المعايير الواردة في الجدول رقم ٤ بإطار عمل نافع لضمان تبني مجموعة متوازنة من التدابير السياسية بدلا من التركيز بشكل أحادي على التمويل. وسوف يحفز توفير بيانات المتابعة والرقابة للمجتمع وتشجيع المواطن على المشاركة ويعمل على استعادة ثقته.

<sup>61</sup>N. Daniels, W. Flores, et al., "An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health sector reform in developing countries." *Bull World Health Org.* (2005) 7, p. 7-14.

الجدول رقم 4: المعايير القياسية للنزاهة <sup>62</sup>	
مستهدفات النزاهة	المعيار الذي نقيس عليه
الإنصاف	صحة عامة عبر التنسيق ما بين القطاعات
	الموانع المالية للقدرة المنصرفة على الوصول للرعاية الصحية
	الموانع غير المالية للوصول إلى الرعاية
	مزايا شاملة والتصنيفات
	تمويل منصف
الكفاءة	الفعالية والكفاءة وتحسين الجودة
	الكفاءة الإدارية
القابلية للمحاسبة	القابلية للمحاسبة والتمكين الديمقراطي
	الإدارة الذاتية للمريض ومقدم الخدمة

وحيث أنه لا يوجد نموذج واحد لإصلاح صحي ناجح في العالم، فإن التنمية الصحية والإصلاح الصحي في الصين قد تُعرض نفسها لمراجعة العالم النقدية لتجربتها، ومع التحرك إلى المستقبل في سياق تدابير سياسة الإصلاح الجديدة سوف يظل السؤال المثار يدور حول ما إذا كانت مؤسسات السياسة القديمة (ونفس تصميم نظام الرعاية الصحية) سوف تظل ملائمة في السياق الاقتصادي والاجتماعي الجديد. ففي أيام الاقتصاد المخطط أدير النظام الصحي بطريقة القيادة والتحكم، أما في ظل اقتصاد السوق ما هي أدوات السياسة المطلوبة؟ وذلك مع التسليم بوجود مزيج ما من القطاع العام/القطاع الخاص، خصوصا إذا ما رغبتنا في تحسين الإنصاف الصحي والإنصاف الاجتماعي؟ من سوف يشارك في حوكمة النظام الصحي وكيف سوف نستمع إلى تنويع من الأصوات؟ وإذا لم تحدث التغيرات في عملية صنع السياسة وترتيبات الحوكمة، ما هي التكلفة التي سوف يتحملها المجتمع والاقتصاد؟ لا نستطيع بعد كتابة أجوبة هذه الأسئلة ولكن فقط عندما يوجد وعي بالإنصاف و المشاركة و الثقة في المؤسسات العامة، نستطيع حينها أن نبدأ في مخاطبة هذه القضايا.

<sup>62</sup>Ibid

## تعليق المترجم

إن أهم ما يمكن ملاحظته في التجربة الصينية الصحية هو الآثار السلبية للتحوّل المفاجئ في طبيعة النظام الصحي الذي كان يتسم بالاهتمام بالرعاية الصحية الأساسية التي تشكل بوابة أي نظام صحي، وتخدم الغالبية من السكان الأكثر احتياجاً والأشد فقراً إلى الاهتمام بالجانب البيوطبي<sup>63</sup> للعلاج والتركيز على المستشفيات الكبرى بالمناطق الحضرية في ظل تدني المخصصات الحكومية للإنفاق الصحي، مما أدى إلى استخدام أساليب تقوم على خصخصة تقديم الخدمة مقابل أجر وبيع الدواء للمرضى مما ساهم في انهيار منظومة القيم السائدة في النظام الصحي وتحولها إلى منظومة جديدة سوقية تقوم على السعي للربح في المقام الأول أدت إلى تدهور جودة الخدمة وارتفاع تكلفتها وفقدان ثقة المواطنين بها.

ولعل المتابع المدقق يجد أن الدرس الصيني يكاد يطابق الحالة المصرية، بدءاً من محاولة تطبيق نظام استرداد تكلفة العلاج في مستشفيات المؤسسة العلاجية المصرية وبعض المستشفيات العامة الأخرى (منذ عام 1985)، وكذلك الإهمال المتعمد لمنظومة الرعاية الأساسية التي تأسست عبر سنوات طويلة بدأت عام 1946 على يد حكومة الوفد، ثم في عهد د. النبوي المهندس في الستينيات. هذا بالإضافة إلى محاولات تجريف المستشفيات العامة من الكوادر الطبية المؤهلة جيداً بالهجرة الخليجية أو الأوروبية تحت وطأة تدني الدخل واختلال هيكل أجور الأطباء والمرضات.

وكما مر النظام الصيني بدورتين فاشلتين فيما سمي بمحاولات الإصلاح الصحي، مر النظام المصري بدورتين إحداهما في الفترة ما بين (1997-2004) حققت بعض النجاحات عندما ركزت على الرعاية الصحية الأساسية بينما انطلقت الدورة الثانية في ظل مشروع التوريث، ولجأت إلى إهمال ما تم إنجازه في المرحلة الأولى مقابل تدعيم مفاهيم خصخصة الخدمات بلوائح داخلية مما أضاف أعباء كبيرة على كاهل المواطنين، فأصبح الإنفاق من الجيب يتجاوز 72% من الإنفاق الكلي على الصحة (حوالي 61 مليار جنيه). وهو ما يعني أن الجزء الأكبر من العبء الفعلي يقع على كاهل المصريين، وبخاصة الفقراء منهم على نحو يعني فعلياً انتفاء أي منظومة فاعلة وعاملة للرعاية الصحية في مصر.

ومع تدارك الصينيين لمساوئ ما أسموه إصلاحاً في الثمانينيات والتسعينيات اتجهوا منذ بداية عام 2008 إلى استعادة دور الدولة في كفالة وحماية إتاحة الخدمات الصحية في إنصاف، وتبدو مصر في مرحلة مشابهة وعلى أعتاب دورة ثالثة للإصلاح ترمي إلى تحديد معالم طريق لإعادة هيكلة وإصلاح المنظومة بعدما أدركنا مدى فداحة

---

<sup>63</sup>البيوطبي Bio Medical: هو توجه ينظر إلى العلاج باعتباره مشكلة طبية لا تتدخل في المنظور الأوسع للصحة باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان، يشمل المحددات الاجتماعية للصحة والسياسات الصحية والتشريعات المختلفة، وهو منظور ضيق ومحدود. (المترجم).

التدهور الذي حدث بسبب غياب الإرادة السياسية والاستمرارية في إنجاز أهداف الإصلاح الحقيقية المتمثلة في كفاءة الرعاية الصحية باعتبارها حقا وليست خدمة فحسب.

فهل نتعلم من الدرس الصيني؟