

التحول إلى المحلية



الإففاق على
الصحة العامة
في الاقتصادات
الصاعدة والنامية
ينتقل من الحكومات
المركزية إلى
الولايات والمدن

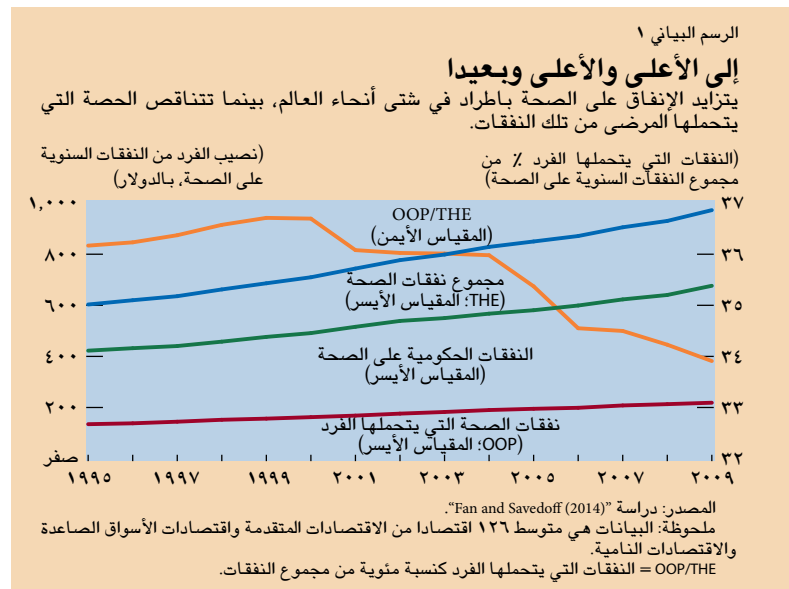
زيارة إلى مستشفى أنشأتها منظمة «شركاء من أجل الصحة» لحساب وزارة الصحة الرواندية، في منطقة بوتارو بإقليم بوريرا، رواندا.

فيكتوريا فان وأماندا غلاسمان

لكن إذا كانت الزيادات في مجموع الإففاق على الصحة تبدو أمرا حتميا، فإن التراجع في مدفوعات الرعاية الصحية التي تسبب في إفقار المواطنين ليس حتميا بالضرورة. ورغم انخفاض متوسط الإففاق من الأموال الخاصة للمواطن، فلا يزال هناك العديد من الأسر التي تترجح تحت وطأة الفواتير الطبية، وخاصة في البلدان ذات الدخل المنخفض. وتشير البحوث إلى ضرورة زيادة تعبئة الموارد الحكومية أو العامة من أجل الصحة — إلى جانب السياسات التي ترفع من كفاءة استخدام الأموال العامة في النظم الصحية الوطنية — إذا كان الإففاق من الأموال الخاصة التي يتحملها المواطنون يتقلص باستمرار.

ومع ذلك فإن جانباً كبيراً من الإففاق العام على الصحة لا يتحقق على المستوى الوطني — لا سيما في البلدان ذات الكيانات الإقليمية التي تتمتع بالحكم الذاتي مثل الولايات والأقاليم (راجع الرسم البياني ٢). وهناك العديد من القرارات الصعبة حول كفاءة وفاعلية تخصيص الأموال العامة للصحة التي لا يتم اتخاذها في العاصمة وإنما تتخذها الحكومات الإقليمية والمحلية. ولا يعد هذا الأمر جديداً على الاقتصادات المتقدمة. ولكن مع ارتفاع الدخل في اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية، ومع مواصلة هذه الاقتصادات جهودها للتحول إلى النظام الديمقراطي وإلى اللامركزية والتحضر، فمن الأرجح أن يستمر نمو الاتجاه نحو تولي الحكومات دون المركزية مسؤولية الإففاق. فعلى سبيل المثال، ارتفع إنفاق الكيانات دون المركزية على الصحة في البرازيل من ٢٥٪ إلى ٥٥٪ من مجموع الإففاق العام على الصحة بين عامي ١٩٨٠ و ٢٠٠٩ (راجع الرسم البياني ٣).

شيء مؤكد في هذا العالم سوى الموت والضرائب، أو هكذا يقال. وقد يضيف الاقتصاديون أمرا مؤكداً ثالثاً، وهو نمو الإففاق على الرعاية الصحية. فمع نمو البلدان اقتصادياً، يتقارب اثنان من الاتجاهات العامة المهمة في سياق التحول في تمويل الرعاية الصحية — أي زيادة نصيب الفرد من الإففاق على الصحة وانخفاض النفقات التي يتحملها في الخدمات الصحية (راجع الرسم البياني ١).





قبل أن تبدأ الصين تنفيذ إصلاحات الصحة الوطنية في عام ٢٠٠٩، التي أتاحت صرف ٣٠٧ دواء لجميع المواطنين في شتى أنحاء البلاد. ومدينة شنغهاي لديها على الأرجح أحدث نظم تكنولوجيا المعلومات الصحية في البلاد وأكثرها تكاملا، حيث يتم ربط شبكة المستشفيات والأطباء بالملفات الطبية للمرضى، الأمر الذي يساعد الجهات التنظيمية في متابعة سلوكيات الأطباء، ومراقبة التكاليف، وتحسين المخرجات الصحية في نهاية المطاف. وتشغل المدينة أيضا موقع الصدارة في تطوير نظام متكامل لإيصال الخدمة إلى المواطنين عبر مختلف درجات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والرعاية من المستوى الثالث. وتتابع أقاليم الصين الأخرى حاليا الإجراءات المتخذة في شنغهاي عن كثب.

كولومبيا: بدأت الحكومة في مدينة ميديلين، ثاني أكبر مدن هذا البلد الواقع في أمريكا اللاتينية، بتشغيل شبكة موحدة لتقديم الرعاية الصحية للحد من التباين في جودة الرعاية الصحية في مختلف أنحاء المدينة (دراسة "Guerrero and others, 2014").

باكستان: في إقليم البنجاب، وضعت الحكومة نموذجا يسمح بتخصيص الموارد على أساس الأداء بغرض الربط مباشرة بين التمويل المتاح لكل منطقة واحتياجاتها الصحية. وفي ظل هذا النموذج تحصل كل منطقة في البنجاب تلقائيا على ٧٠٪ من مخصصاتها الأساسية. وحتى تحصل على النسبة المتبقية والتي تبلغ ٣٠٪، يجب أن تقوم بتحسين أدائها وفق مؤشرات محددة، مثل نسبة الولادات في المرافق الصحية أو تحت إشراف طبي ماهر ونسبة الأطفال الذين أتموا تحصيناتهم بين عمر ١٨ و ٣٠ شهرا. ويتيح هذا المنهج القائم على الأداء حافزا واضحا لإقليم البنجاب لتحسين المخرجات الصحية.

البرازيل: تنظم مدينة ساو باولو البرازيلية «برنامج أجيئا ساو باولو»، الذي يروج لاتباع أسلوب حياة مفعم بالنشاط من خلال رسالتها للتوعية بأن ٣٠ دقيقة من النشاط البدني يوميا هي هدف صحي ممتع وسهل التحقيق. وتعد مدينة ساو باولو أيضا فعاليات كبيرة لتشجيع المواطنين على تغيير سلوكياتهم وتحسين أحوالهم الصحية بوجه عام. وقام العديد من المدن البرازيلية الأخرى بمحاكاة هذه الحملات (دراسة "PAHO, 2011").

التحفيز من المستويات الأعلى

لكن حتى مع انتقال الإنفاق والابتكار إلى الحكومات الإقليمية، فإن الحكومة الوطنية لها دور حيوي في الإشراف على الكيانات دون المركزية وإدارتها واستخدام الأموال التي تحولها الحكومات المركزية إليها لدعم أنشطتها الصحية. ويمكن للحكومات المركزية

غير أن هناك تباينا كبيرا في مدى فعالية إنفاق النظم الصحية في الحكومات الإقليمية والمحلية على تحسين المخرجات الصحية والحد من إفقار المواطنين بالنفقات الطبية. بالإضافة إلى ذلك، ففي كثير من الحالات، يلاحظ أن نظم الصحة العامة — التي تهدف إلى حماية رفاهية المواطنين من خلال برامج الوقاية كالتحصين باللقاحات ومراقبة الأوبئة والسيطرة عليها كما في حالة فاشية إيبولا الأخيرة — تشغل مرتبة أدنى من حيث الأهمية مقارنة بالوظائف الطبية الأخرى الأكثر وضوحا والأعلى مكانة في تقديم العلاج للأمراض، في المستشفيات غالبا، باستخدام الوسائل التكنولوجية المكلفة. محققة بذلك مكاسب صحية محدودة.

وتستدعي هذه الاتجاهات العامة فحص إنفاق الكيانات دون المركزية على الصحة — بما في ذلك الإصلاحات الناجحة في قطاع الصحة المحلية في اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية، وجهود الحكومات المركزية لتحفيز الابتكار والأداء على المستوى المحلي.

التحركات على المستوى المحلي

هناك كثير من الكيانات دون المركزية عاكفة على تنفيذ إصلاحات ناجحة في قطاع الصحة، والرعاية الصحية، والسلامة، حتى مع تعثر الإصلاحات على المستوى الوطني. وتشمل هذه الإصلاحات إحداث تغييرات في نظم التمويل والمدفوعات، والإجراءات المتعلقة بالتنظيم والقواعد، وحتى محاولات تغيير سلوكيات الأفراد، بالتشجيع على ممارسة الرياضة أو الامتناع عن التدخين.

وقد شهدت الاقتصادات المتقدمة بعض هذه التغييرات. ففي الولايات المتحدة، مثلا، قامت ولاية ماساتشوستس بتوسيع نطاق التأمين الصحي في عام ٢٠٠٦. وقضت بضرورة قيام الأشخاص غير المؤمن عليهم صحيا بشراء وثائق التأمين من القطاع الخاص وقدمت الدعم للفقراء لشراء مثل هذا التأمين. وأصبحت هذه التجربة بمثابة نموذج قياسي لعملية جدلية جارفة لتوسيع نطاق التأمين على المستوى الوطني دخلت حيز النفاذ في عام ٢٠١٤. وفي الوقت نفسه تشهد اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية كثيرا من هذه التغييرات:

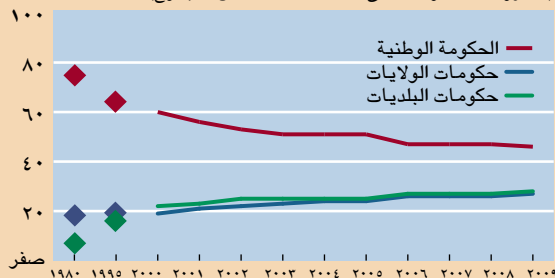
الصين: اضطلعت شنغهاي، وهي أكبر المدن التجارية في الصين، بتنفيذ إصلاح متعدد الأبعاد في الرعاية الصحية بهدف الحد من نفقات الرعاية الصحية التي يتحملها المواطن وتحسين قطاع الصحة وبتكلفة أقل (دراسة "Cheng, 2013"). فعلى سبيل المثال، كانت مستويات الصحة المجتمعية في شنغهاي تصرف للمواطنين ١٠٠٠ دواء في إطار قائمة الأدوية الأساسية — حتى من

الرسم البياني ٣

الأقاليم تحقق زيادة

ارتفع الإنفاق على الصحة في الولايات والبلديات في البرازيل، من ٢٥٪ من مجموع الإنفاق على الصحة في عام ١٩٨٠ إلى ٥٥٪ في عام ٢٠٠٩.

(مصروفات الحكومات على الصحة العامة، ٪ من المجموع)



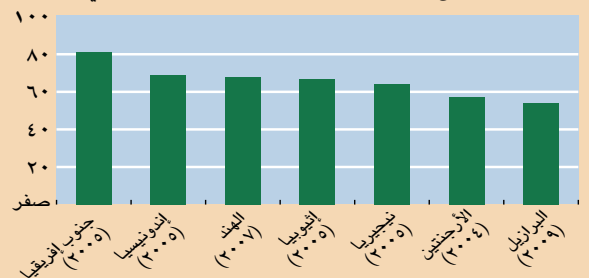
المصدر: دراسة "Langevin (2012)".

الرسم البياني ٢

الإنفاق المحلي

في كثير من اقتصادات الأسواق الصاعدة والاقتصادات النامية، يتجاوز الإنفاق على الرعاية الصحية من الحكومات الإقليمية والمحلية إنفاق الحكومات المركزية.

(الحصة من مجموع الإنفاق على الصحة على المستوى دون المركزي، ٪)



المصدر: حسابات المؤلفين.

ملحوظة: تختلف السنة المستندة إليها البيانات حسب البلد وهي مبنية بين قوسين.

الولايات توقفت في بعض الحالات عن الإبلاغ بالبيانات فأوقفت الحكومة الفيدرالية نشر النتائج بعد جولة واحدة فقط من تسجيل المعايير الحديثة.

وفي كثير من السياقات، يقتزن تزايد المسؤولية والإنفاق على المستوى دون المركزي بفروق كبيرة في معيار الرعاية الصحية.

يمكن لصناع السياسات تحقيق فائدة كبيرة باعتماد منهج يدعم التجربة والتعلم

والمساواة، والفرق بين مخرجات أغنى وأفقر المناطق في البلد المعني. وهناك أسباب كثيرة لهذه الفجوات، ومنها الفروق في الصفات المميزة للسكان، كالعمر والدخل والصحة العامة الأساسية، والمخاطر، والسلوكيات؛ واختلاف قاعدة الإيرادات؛ وأولويات الاستثمار المحلي. وتظهر هذه الفجوات في الاقتصادات المتقدمة أيضا. ففي المملكة المتحدة، تضمن تقرير "Atlas of Variation" لعام ٢٠١١ الصادر عن هيئة الخدمات الصحية الوطنية توضيحا للفروق الكبيرة في الخدمات الصحية حسب أماكن إقامة المواطنين.

وفي الهند، يلاحظ أن الولايات الأضعف أداءً والأفقر في شمال وسط البلاد، مثل بيهار وأتار براديش، تفتقر للقدرات الإدارية وتجد صعوبة في إنفاق الأموال المخصصة لها من الحكومة المركزية. وتتراوح القدرة على إنفاق الأموال المخصصة للصحة من الحكومة المركزية بين ٤٢٪ (أتار براديش) و٨٩٪ (مهاراشترا).

ومع الفروق في توفير الخدمات الصحية على المستوى الإقليمي — نتيجة التباين في الموارد والأولويات — يتضح أنه ما لم تكن هناك سياسات تضمن نقل المزايا الصحية بين الولايات أو الأقاليم، فإن الأسر التي تنقل مقر إقامتها داخل البلاد قد تجد نفسها بدون تغطية صحية. وفي الصين، يرتبط حصول المواطن على الرعاية الصحية بالمنطقة المسجلة فيها أسرته المعيشية (دراسة، Roberts، 2012).

وفي بعض الحالات، تم تفويض أجهزة إقليمية للقيام بوظائف يفترض أداءها أصلا على المستوى القومي فترتبت على ذلك آثار ضارة. فعلى سبيل المثال، نجد أن الضرائب التي تهدف إلى تحسين الرعاية الصحية، كالضرائب على التبغ والكحول؛ ومراقبة الأمراض؛ وإجراءات مواجهة الطوارئ وتجميع المخاطر بالنسبة للأمراض المكلفة والنادرة هي وظائف غالبا ما يكون اختيارها أكثر منطقية على المستوى الوطني. فقد تتسبب حالة واحدة من الأمراض مرتفعة التكلفة والنادرة في إفلاس النظام الصحي المحلي ما لم تكن هناك آليات ملائمة للمشاركة في المخاطر المالية. فيمكن لأي وباء سريع الانتشار يستلزم التحرك على مستوى البلد بأكمله للسيطرة عليه — مثل فاشية فيروس الإيبولا في أجزاء من غرب إفريقيا (حيث الإنفاق العام على الصحة هو بالفعل منخفض للغاية) أن يتسبب في إرباك السلطات المحلية بسهولة.

وعلى وجه العموم، يلاحظ أن وظائف الصحة العامة — كخدمات التحصين باللقاحات والخدمات الوقائية التي لا تحقق ربحية نتيجة نقص الطلب عليها — تحظى باهتمام بسيط على المستويين الوطني ودون المستوى المركزي. وقد قامت بعض الحكومات الإقليمية والمحلية في بعض البلدان بإعادة تنظيم إدارتها الصحية على نحو يدعم ترجيح الخدمات الطبية (علاج الأمراض والأوضاع الصحية) ويهمل الصحة العامة، التي تركز على الوقاية من الأمراض وضمان صحة المواطنين. وفي الهند، كانت ولاية تاميل نادو هي الولاية الوحيدة التي لم تدمج وحدة إدارة الصحة المعنية بالصحة العامة في الإدارة الطبية. وربما يكون نتيجة هذا التركيز

أن تقرر كيفية تحويل الأموال إلى الحكومات الإقليمية أو أداء المدفوعات لمقدمي الرعاية الصحية للتحفيز على تحسين الأداء في الولايات والأقاليم وحتى في المستويات الأدنى، كالمحليات.

وفي رواندا، على سبيل المثال، استحدثت الحكومة الوطنية نظاما لمدفوعات الحوافز لمقدمي الخدمات الصحية من القطاع العام والمؤسسات العقائدية في الكيانات دون المركزية، وغيرها. وهذه المدفوعات مشروطة بتحقيق تحسينات في حجم الخدمات وجودة الرعاية المقدمة لمرضى فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والأمهات والأطفال. وتصدر الموافقة على المدفوعات على أساس المراجعات المستقلة والممثلة لتقارير الأداء. ونتيجة لهذا البرنامج تحسنت تغذية الأطفال بدرجة ملحوظة وزادت مستويات تقديم خدمات الرعاية الصحية بنسبة ٢٠٪ (دراسة، Gertler and Vermeersch, 2013).

وفي الأرجنتين، تستخدم الحكومة الفيدرالية الحوافز لتشجيع أقاليم الدولة على تحسين نتائج عمليات الولادة. وتستند الحكومة الوطنية في تقديم الحوافز إلى التحاق الأسر غير المؤمن عليها ببرامج المواليد "Plan Nacer" الذي وضعته الحكومة، وانخفاض الوفيات بين المواليد، وتوفير الجودة العالية من الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة. ويصرف البرنامج للأقاليم مبلغ ٥ دولارات شهريا للفرد عن كل شخص يلتحق بالبرنامج ومبلغ ٢ دولارات إضافية شهريا بلوغ أهداف محددة مثل تحسين وزن المواليد وتوسيع نطاق تغطية التحصينات. وبعبارة أخرى، تستند نسبة ٦٠٪ من المكافأة المقدمة إلى عدد الأشخاص المتحقيين بالبرنامج بينما تستند نسبة ٤٠٪ من المكافأة إلى توسيع نطاق تغطية الصحة ومخرجاتها. وتمثلت محصلة هذا الأمر في تحقيق انخفاض بنسبة ٢٢٪ في معدل وفيات المواليد بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ (دراسة، Gertler، 2014).

غير أن برنامج التأمين الصحي الوطني في الهند "Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)"، قد حدد الحوافز المقدمة لولايات الدولة من أجل تأييد البرنامج. وتتنافس شركات التأمين الخاصة سنويا في كل ولاية حسب كل منطقة على حدة. وتتولى هيئة محددة في كل ولاية عملية اختيار اشتراكات التأمين الأكثر تنافسية والأفضل قيمة بالنسبة لكل منطقة. ثم تدفع الولايات نسبة ٢٥٪ من قيمة الاشتراكات لكل شخص يشملته التأمين وتدفع الحكومة المركزية الجزء المتبقي. ولا تقدم أي مدفوعات نظير الأداء. ومن ثم يكون لدى شركات التأمين على مستوى المناطق الدافع لتشجيع أكبر عدد من المواطنين للالتحاق بالبرنامج رغبة منها في تعظيم إيراداتها. وفي الوقت الراهن، يغطي البرنامج، الذي بدأ في عام ٢٠٠٧، أكثر من ١٠٠ مليون مواطن للحصول على مجموعة خدمات سخية نسبيا للعلاج بالمستشفيات. غير أن النتائج الأولية تشير إلى انخفاض دخل عدد محدود من المواطنين بشدة نتيجة المدفوعات التي يتحملها الفرد للحصول على الرعاية الصحية (دراسة، La Forgia and Nagpal, 2012). ويعد برنامج التأمين الصحي الوطني (RSBY) برنامجا غير مكلف نسبيا ولا يمثل إلا جزءا صغيرا من مجموع الإنفاق العام على الصحة في الهند.

مشكلة القدرات

رغم أن إلغاء المركزية يبشر بالنجاح، فإن هناك تحديات جسيمة أمام نقل وظائف الحكومات ومسؤوليات الإنفاق إلى المستويات دون المركزية. وحتى عندما تتاح للحكومات الإقليمية صلاحيات كبيرة لصنع القرار، فقد تجد الولايات والأقاليم صعوبة في الوفاء بهذه المسؤولية بسبب ضعف قدراتها الإدارية أو عدم توافر أدوات المساءلة — وفي أغلب الأحيان للسببين.

وفي المكسيك، على سبيل المثال، حيث يتم تنفيذ الجانب الأكبر من الإنفاق على الصحة على المستوى الإقليمي أو المحلي، قامت الحكومة الفيدرالية بمحاولة لقياس مستوى أداء الولايات المكسيكية إزاء معايير حديثة للخدمات الصحية، مثل التقصي المبكر لسرطان الثدي وعلاجه (دراسة، "Lozano and others, 2006"). غير أن بعض

خدمة الدين. فالحكومات دون المركزية مؤهلة نظريا للحصول على الدعم في هيئة منح، ونادرا ما حصلت عليه، من الشراكات بين القطاعين العام والخاص مثل «الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا»، و«منظمة التحالف العالمي للقاحات والتحصين» (GAVI) المعنية بتعزيز الصحة العامة عن طريق دعم لقاحات التحصين والمناعة. فإذا أولت جهات تمويل الصحة مزيدا من الاهتمام بالحكومات دون المركزية، فقد تسفر زيادة المناهج الإبداعية عن تحقيق مكاسب كبيرة في مجال الصحة أو زيادة الاستفادة منها.

ويتزايد تحول النظم الصحية حاليا نحو المحلية، الأمر الذي يفترض أن يحدث تغيرا في كيفية تعامل صناع السياسات على المستويين الوطني والدولي مع قضايا التمويل، والتحويلات من المالية العامة، وسياسات المدفوعات والتخصيصات. وكحد أدنى، يتعين زيادة الاهتمام بطرق إنفاق الحكومات دون المركزية على الصحة وكيف يمكن لحوافز الأداء أن تنتقل من الحكومات المركزية إلى الولايات.

ولن يتحقق حلم زيادة الصلاحيات المحلية في مجال الصحة إلا إذا توافقت السياسة على كافة المستويات من أجل تحسين أداء النظم الصحية. ■

فيكتوريا فان هي أستاذ مساعد في جامعة هاواي في مانوا، وزميل باحث في مركز التنمية العالمية، وأماندا غلاسمان هي مدير إدارة سياسات الصحة العالمية في مركز التنمية العالمية.

المراجع:

Cheng, Tsung-Mei, 2013, "Explaining Shanghai's Health Care Reforms, Successes, and Challenges," *Health Affairs*, Vol. 32, No. 12, pp. 2199-204.

Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," *Social Science and Medicine*, Vol. 105 (March), pp. 112-21.

Gertler, Paul, and Christel Vermeersch, 2013, "Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes," NBER Working Paper No. 19046 (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).

Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez, 2014, "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer," *World Bank Policy Research Working Paper 6884* (Washington).

Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky, and Juan Urriago, 2014, "La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública," *PROESA Report* (Cali, Colombia: Icesi University).

La Forgia, Gerard, and Somil Nagpal, 2012, "Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?" *World Bank Policy Note 72238* (Washington).

Langevin, Mark S., 2012, *Brazil's Healthcare System: Towards Reform?* (Washington: BrazilWorks).

Lozano, Rafael, and others, 2006, "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage," *The Lancet*, Vol. 368, No. 9548, pp. 1729-41.

Pan American Health Organization (PAHO), 2011, "Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control," *Issue Brief* (Washington).

Roberts, Dexter, 2012, "China May Finally Let Its People Move More Freely," *Business Week*, March 15.

World Bank, 2009, "World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia," *Independent Evaluation Group Report* (Washington).

على الوقاية أن النتائج الصحية لولاية تاميل نادو هي من أفضل النتائج الصحية المسجلة بين الولايات الهندية، حيث تعد من بين أدنى مراتب الإنفاق على الرعاية الصحية.

ونادرا ما يكون التغلب على التحديات المحيطة بالسياسات بالأمر اليسير؛ وإنما يلزم اللجوء إلى محاولات وحلول متعددة. وبإمكان صناع السياسات تحقيق فائدة كبيرة باعتماد منهج يدعم التجربة والتعلم. لكن التجربة والابتكار والتعلم هي أمور صعبة التنفيذ من الناحية الفنية، كما أنها كثيفة الاستخدام للموارد وغالبا ما تهدد الأفكار القائمة منذ فترة طويلة والاهتمامات الراسخة.

وفي بعض البلدان تتولى الولايات والأقاليم الريادة في التجربة والابتكار، وقد سعى بعضها إلى إنشاء مؤسسات تعنى بإجراء التجارب. ففي الولايات المتحدة، يتولى «مركز الابتكار» التابع للمركزين الأمريكيين لخدمات التأمين الصحي الفيدرالي (Medicare) والمساعدة الطبية لمحدودي الدخل (Medicaid) مسؤولية تيسير وضع الحلول بانتظام لمعالجة مشكلتي انخفاض القيمة وارتفاع التكلفة في النظام الصحي الأمريكي. ومع ضمان توفير التمويل لمدة ١٠ سنوات على نحو مستقل عن جهة السداد، أي التأمين الصحي الفيدرالي (مديكير) والمساعدة الطبية لمحدودي الدخل (مديكيد)، يعمل مركز الابتكار على تخفيف أثر عوائق ومخاطر الابتكار. وقد وضع المركز مجموعة من النماذج والمناهج التجريبية، بما في ذلك إنشاء «منظمات الرعاية المسؤولة» و«البيوت الطبية» التي تعكف على المشاركة في المخاطر المالية بين شركات التأمين ومقدمي الخدمات لتحسين التنسيق في رعاية المرضى مع تخفيض التكاليف. وتسمح المساعدة الطبية لمحدودي الدخل للولايات البرنامج المشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات لتقديم الخدمات الصحية للفقراء، بالتباين الكبير بين الولايات الأمريكية من حيث نطاق التغطية الصحية. ومن خلال الدعم المالي والفني المقدم من «مركز الابتكار» يمكن للولايات إجراء التجارب على النماذج المعدة خصيصا لتلائم احتياجات كل منها.

تجارب الصين

لا تقتصر التجارب المؤسسية على الولايات المتحدة وغيرها من البلدان مرتفعة الدخل. فقد سبق أن أجرت الصين التجارب، عادة على نطاق ضيق في البداية، في عدد قليل من مقاطعاتها التي يبلغ عددها ٢٨٠٠ مقاطعة تقريبا. وقامت بتجربة برنامجها الرائد للتأمين الصحي في الريف، وهو «النظام الصحي التعاوني الجديد»، في عدد قليل من المقاطعات قبل أن تتوسع في تنفيذه على المستوى الوطني في عام ٢٠٠٣. ويوفر هذا البرنامج أساسا للتأمين الصحي الأساسي للمقيمين في المناطق الريفية، الذين كانوا يتحملون إلى حد كبير نفقات الرعاية الصحية.

وفي جنوب إفريقيا، شجعت الحكومة الفيدرالية تنفيذ المشروعات التجريبية للتأمين الصحي في ١١ مقاطعة من مجموع المقاطعات البالغ عددها ٥٤ مقاطعة في أنحاء البلاد، بهدف اعتماد برنامج وطني للتأمين الصحي ليكون مكملا للنظام العام الحالي للمرافق الصحية. ومع ذلك أثبتت المشروعات التجريبية نقص القدرات الفنية في هذه المقاطعات وعدم كفاية المساعدة الفنية المقدمة من الحكومة المركزية. ولم يتم الإعلان عن اتخاذ أي مبادرات كبيرة بشأن التأمين الصحي الوطني منذ تنفيذ تلك المشروعات التجريبية. ويوسع المانحين الدوليين أن يكون لهم دور في دعم التجربة على المستوى دون المركزي. فعلى سبيل المثال، قدم البنك الدولي و«جمعية التعاون الدولي» (GIZ)، وهي وكالة التنمية التابعة للحكومة الألمانية، دعما فنيا كبيرا لبرنامج التأمين الصحي الوطني في الهند (RSBY). ويقدم البنك الدولي قروضه لحكومات الولايات والأقاليم — حيث تراوحت في عام ٢٠٠٨ من ١٠٪ من مجموع قروضه القطرية في حالة المكسيك إلى أكثر من ٦٠٪ في حالة بلدان مثل الهند وباكستان (تقرير البنك الدولي، World Bank، 2009). لكن هذه العمليات تقتضي ضمانات سيادية، قد تؤدي أو لا تؤدي إلى تسهيل الابتكار في الكيانات دون المركزية التي يمكنها