issa الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي

إضاءات على السياسات الإجتماعية

16

التغيرات الديموغرافية وأنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية

يناقش هذا العدد من *الإضاءات على السياسات الاجتماعية* كما في الأعداد الثلاثة السابقة، مشروع الجمعية حول الأثر السكاني وتقييم أثر التغيرات الديموغرافية على أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية. ومن خلال مناقشة أثر الشيخوخة السكانية، والتغيّر في الهياكل العائلية، والتحضر والهجرة، يتم استعراض مجموعة من الاستجابات الممكن لأنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية أن تتبناها. ولضحد الحجّة القائلة بأن التحديات المالية المرتبطة بالتغيّرات الديموغرافية قد تحد من التوسع في الرعاية الصحية، يخلص هذا *العدد* إلى أن ازدياد الوعي حول الهياكل الديموغرافية المتطورة يقدم فرصة حقيقية للمساعدة في تعزيز تغطية الحماية الصحية الاجتماعية.

هانس هورست كونكوليفسكي، الأمين العام للجمعية الدولية للضمان الإجتماعي

العوامل الديموغرافية

تساهم الاتجاهات الديموغرافية المختلفة في زيادة طلب الإنفاق على الرعاية الصحية الاجتماعية. وعموماً، فهناك حاجة لزيادة الإنفاق على المنافع والخدمات الجديدة لمواجهة المخاطر الصحية المرتبطة بالشيخوخة السكانية.

ومن المؤكد فإن الزيادة في تكاليف الرعاية الصحية غالباً ما تُعزى إلى عوامل غير ديموغرافية أيضاً، كالتطوّر التكنولوجي والاستخدام غير الملائم للتكنولوجيات والعلاجات باهظة الثمن.

وبغض النظر عن الأسباب، فإن ارتفاع الطلب الحالي لا يتوافق تماماً مع زيادة الإيرادات المتحققة من المؤمن عليهم. أدى تأثير انخفاض معدلات الخصوبة في كثير من الدول، إلى انخفاض عدد الشباب المساهمين بفاعلية في البرامج الاجتماعية، بما في ذلك أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية. ومع الاتجاه العالمي نحو زيادة معدلات طول العمر، ازداد عدد الباحثين الآن عن الرعاية الصحية.

هذا العـــدد:

- يحدد أربعة اتجاهات ديموغرافية رئيسية تؤثر في أنظمة الرعاية الصحية على الصعيد العالمي
- يلخّص ردود فعل أنظمة الرعاية الصحية نحو التغيّرات الديموغرافية
- يسلّط الضوء على تحديات السياسات والأولويات لتحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية

© الإيسا 2011
ISSN online 2073-5715
نُشرت لأول مرة، فبراير 2011
الصور: iStockphoto
ILO/Lord

غالباً ما ينظر إلى الشيخوخة السكانية عند معالجة القضايا المتعلقة بتوفير الرعاية الصحية على أنها الأكبر أثراً بين العوامل الديموغرافية. ومع هذا، فهناك عوامل أخرى يجب أخذها بعين الإعتبار: كالتغيرات في الهياكل العائلية، والتحضر والهجرة.

الإحصاءات العالمية الرئيسية

- بحلول عام 2020، سيكون هناك مليار شخص في سن 60 عاما أو أكثر، وبحلول عام 2050، سيقترب العدد من 2 مليار. أمّا اليوم، هناك حوالي 90 مليون شخص في سن 80 عاماً أو أكثر، وبحلول عام 2050، سيرتفع العدد إلى أكثر من 400 مليون شخص.
- في عام 2010، أكثر من ربع سكان العالم تقل أعمارهم عن سن 15، وبحلول 2050 سيتحول الرقم إلى أقل من خمس السكان. سيؤثر هذا الاتجاه العكسي على جميع مناطق العالم، بما في ذلك الدول الأقل تطوراً.
- في عام 1950، عاش أقل من 30 % من سكان العالم في المدن، واليوم تصل هذه النسبة لما يزيد عن 50%.

الشيخوخة السكانية

يعتبر ارتفاع توقع الحياة مؤشراً إيجابياً للوقاية والعلاج من الأمراض المعدية. وبالمقابل، رافق ذلك تحسينات عامة في الظروف المعيشية وإدراك لقيمة الاستثمار في رأس المال البشري. إنّ تطوير التكنولوجيات الطبية الحديثة لاكتشاف وعلاج أو تأخير ظهور الأمراض المزمنة، فضلاً عن الإجراءات الطبية الخاصة بإعادة التأهيل بعد الإصابة، قد أدّت إلى ارتفاع معدلات توقع الحياة.

إن التطبيقات التكنولوجية السابقة، والتي كانت فعّالة في إطالة وتحسين نوعية الحياة تميّزت بكونها غير مكلفة نسبيا. في حين تميل التطبيقات التكنولوجية الحديثة إلى أن تكون أكثر كلفةً، وعادةً ما تكون متاحة على نطاق أوسع. وفي معظم الأحيان، فإن التطورات في مجال التكنولوجيا والحصول على الرعاية لم يقابلها قدر كافٍ من نشر المعرفة حول الاستخدام المناسب لهذه العلاجات الجديدة. ولمّا كانت أكثر الأمراض المزمنة تحدث في وقت متأخر من العمر، فقد أصبح مصطلح شيخوخة السكان مرادفاً لارتفاع الإنفاق على الرعاية الصحية وعدم فعالية الرعاية المقدمّة.

الهياكل العائلية المتغيّرة

عندما كانت معدلات الوفيات بين الأطفال والرضّع مرتفعة، فإن العائلات الكبيرة كانت تعتبر هيكلاً ضرورياً لتأمين الدخل. وعلى أية حال، فإن التركيز حالياً ينصب نحو العائلات الصغيرة، حتى في الدول التي لا تزال تعاني من معدلات مرتفعة نسبياً بين الرضّع والأطفال. ويعود التوجه نحو تقليل عدد الأطفال نتيجةً لتصورات الآباء الصغار حول تكاليف تربية الأطفال على أساس الرغبة في تزويد الأطفال بالسلع الاستهلاكية والفرص التي لم تكن متوفرة لديهم أنفسهم. وفي بعض الدول، مثل جمهورية الصين الشعبية أو سنغافورة، فقد تم تشريع سياسة وطنية لتنظيم الأسرة.

هناك جانبين آخرين، يجب أخذهما بعين الاعتبار وهما: الزواج المتأخر وزيادة الطلب على التلقيح المختبري (وهذا يرتبط أحياناً بـ "الحمل المتأخر"). وفي حين تحظى عملية الإخصاب في المختبر بتقدير كبير، فإنه يترتب على ذلك تكاليف أولية مرتفعة ومرتبطة بزيادة كبيرة في حالات الولادة المبكرة والولادات متعددة التوائم بين النساء الأكبر سناً، مما يعني تكاليف علاج مرتفعة. وعملية التغيير هذه، تحدث الآن في الدول والثقافات التي لا تزال تركز على الأسر الكبيرة وتقديم الرعاية المنزلية لأفراد الأسرة المسنين والعاجزين.

تؤدي هذه العوامل الديموغرافية جميعاً إلى المزيد من الأشخاص الذين يعيشون وحدهم، ومعظمهم من كبار السن مع تزايد الحاجة للحصول على المساعدة في الحياة اليومية، فضلاً عن الرعاية المنزلية من قبل أخصائيي الصحة. ففي كثير من الدول، هناك اتجاه نحو استخدام المزيد من "الرعاية التي تعتمد مبدأ الحضانة"، مع التركيز على الدور المتنامي للمراكز المجتمعية لرعاية المسنّين والعاجزين، ودور رعاية العجزة.

التحضّر

لا يرافق الهجرة المكثفة لشريحة كبيرة من السكان من الريف إلى المدن انتقال العائلة بأكملها في جميع الأحيان، وإنما تقتصر على أفراد العائلة الأصغر سناً الذين يبحثون عن فرص العمل أو ينتقلون بهدف الدراسة. ويتزايد أعداد الشباب الذين يعيشون بعيداً عن عائلاتهم، وذلك غالباً ليعيشون لوحدهم أو في بيوت الطلبة؛ في بيئة تحمل معها المخاطر الصحية الجديدة مثل الاكتظاظ السكاني والتلوث. ويرى الكثيرون بأن البيئة المدنية الجديدة ربما تشجّع على عادات سيئة مثل الإدمان والتدخين وإتباع نظام تغذية غير متوازن و الإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً، أضف إلى ذلك الضغوط النفسية المرتبطة بالبحث عن العمل وتحويل ما يجنوه من مال إلى عائلاتهم. وفي نفس الوقت، فإن التحضّر والعولمة قد زادتا من فرص التعرّف على التكنولوجيات الطبية الحديثة و وتعدّد مزودي الرعاية الصحية، وبالتالي تكثيف الطلب على أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية.

الهجرة

يمثّل المهاجرون بين الدول ما يزيد عن 3% من التعداد العالمي للسكان، ومن المتوقع لهذه النسبة أن ترتفع. وفي ظل غياب قانون ضمان اجتماعي في دولة الإقامة يوفّر التغطية لكافة المقيمين، أو اتفاقيات ثنائية ما بين دولة الإقامة والدولة الأم يبقى هناك احتمال حرمان المهاجرين من منافع الضمان الاجتماعي بما في ذلك الرعاية الصحية. يعتبر العاملون المهاجرون عموماً أشخاصاً بالغين يتمتعون بصحة جيدة، ولكنهم أيضاً معرضون لمخاطر جديدة ولديهم أقارب في وطنهم وفي دولة الإقامة ممن يحتاجون إلى الرعاية الصحية.

استجابات أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية

عادةً ما تنطوي عملية الاستجابة للاتجاهات الديموغرافية على التأخّر في التعرّف على الحاجة للتغيير وتقييم الآثار بعيدة المدى لهذه الاتجاهات التي تتعدى حتمية دفع زيادة الانفاق للحصول على منافع الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال؛ بالرغم من الوعي الأكبر حول حاجات كبار السن من الرعاية الصحية وتكاليفها المتزايدة، إلا أنه لا يزال الوعي أقل حول الحاجة إلى التغيير في آليات تمويل الرعاية الصحية. وبالرغم من جميع ما ذكر، يمكن تحديد 6 استجابات رئيسية لسياسات الرعاية الصحية.

أنظمة الرعاية طويلة الأمد

تمّ استحداث تأمين الرعاية طويلة الأمد في العديد من أنظمة الرعاية الصحية، وعادةً ما يكون ممولاً من خلال اشتراكات جديدة إلزامية. وتعتبر هولندا أول دولة استحدثت التأمين الصحي الإلزامي الشامل ليغطي شريحة واسعة من خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد ليتم تقديمها من خلال مرافق رعاية متعددة سواء رعاية منزلية أو محطات رعاية أخرى. لم تكن شيخوخة السكان الدافع الوحيد وراء تشريع عام 1968، ولكن أيضا الاهتمام بمنافع إعادة التأهيل وضمان الاستخدام الامثل لأسرّة المستشفيات العامة. قدمت الإصلاحات اللاحقة حرية اكبر للمنتفع

من الرعاية لاختيار كيفية الحصول على الخدمات ومن أي مزود، وتغطية تكاليف مزودي الرعاية المنزلية والإدخال المؤقت لدور الرعاية لإعطاء فترة من الراحة لمقدمي هذه الرعاية.

الوقاية والترويج

تساعد إجراءات دعم الوقاية والعناية الصحية في مواجهة الانتشار السريع للأمراض غير المعدية المرتبطة بشيخوخة السكان. برزت هذه الحاجة من خلال المستويات المتصاعدة للمهاجرين و التنقل بشكل عام، والتي ساهمت بدورها في انتشار أمراض معدية جديدة و عودة ظهور أمراض أخرى. تتقبل حالياً معظم أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية الفكرة بأن دورها يجب أن يتضمن المحافظة على صحة أفراد المجتمع (انظر إلى المربع) بالإضافة إلى توفير الحماية لهم عند المرض. وهناك قبول عام في المجتمع بأنّ تمكين المريض من خلال التثقيف والاستشارات هو متطلب أساسي لتحقيق أسلوب حياة صحي والحصول على الرعاية المناسبة.

تمويل الوقاية و الترويج الصحي

- في جمهورية التشيك، تموّل حملات الترويج والوقاية الصحية جزئياً من الغرامات المفروضة على دفعات اشتراكات التأمين الاجتماعي المتأخرة.
- في جمهورية كوريا الجنوبية، تم توفير زيادة 50 % على الأموال المخصصة للترويج الصحي من عائدات رفع أسعار التبغ.
- في فنلندا، يخصّص جزء ثابت من نفقات التأمين الصحي للوقاية وإعادة التأهيل بالإضافة إلى تمويل البحوث في هذه المجالات.

التشريع

يعتبر التشريع أحد الاستجابات لارتفاع تكاليف الرعاية. ولكن عملياً، فإن تقنين الطلب على الرعاية الجديدة ذات التكلفة المرتفعة يمكن أن تتعارض مع أولويات المريض وتحقيق العدالة في فرص الحصول على الرعاية. يعني الترشيد، على سبيل المثال، أن تقوم أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية بالحد من عدد عمليات زراعة الأعضاء للأفراد تحت سن معين أو تحديد عدد محاولات التلقيح الاصطناعي بعدد معين لكل مرشح. ففي حين النظر إلى القيود على أنها منطقية فيما يتعلق بنوعية الحياة، إلا أن المرضى الذين يتمتعون بقدرة مالية أحياناً ما يقومون بالبحث عن خدمات خارج إطار عمل الضمان الاجتماعي وأحياناً أخرى من مزودين خارج التنظيم، حينها تقوم أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية بالتكفل بتكاليف متابعة الحالات الصحية.

وقد يكون تطبيق البروتوكولات المرتكزة على شواهد معينة، هو منهجية أكثر عملية يتم تطويرها بالتعاون ما بين الحكومة والمعاهد الأكاديمية. ومثال على ذلك Ottawa Ankle Rules، والتي توفّر خطوطاً إرشادية بسيطة لمساعدة أطباء الطوارئ ليحّددوا الحالات التي تحتاج إلى صور الأشعة من مرضى إصابات الكاحل. إنّ تطبيق مثل هذه البرتوكولات يخدم أنظمة الضمان الاجتماعي بشكل جيد ويمكن تطوير خطوط إرشادية مشابهه للإصابات التي تحدث بشكل متكرر لكبار السن.

ربط تصاريح العمل بالشمول في التأمين

يتمّ توفير الشمول بالتأمين لجميع العمال الذين يحملون تصاريح عمل في عدد من الدول التي يتواجد المهاجرون فيها بأعداد كبيرة. ولكن هناك ميول مختلفة، كما هو الحال في الدول المنتجة للنفط في الخليج العربي حيث يتم تغطية هذه الشريحة من خلال شركات تأمين تجارية بدلاً من التأمين الاجتماعي، مما يعني توفير منافع محدودة خلال فترة العمل فقط، ومن دون شمول المعالين. يتبنى نظام الضمان الاجتماعي الفلبيني Philippines Social Security System و مؤسسة التأمين الصحي في الفلبين PHILHEALTH منهجية أكثر شمولاً، والتي تروّج حالياً لشمول العمّال المهاجرين وعائلاتهم في دول الإقامة ودولهم الأم، من خلال إدارة رفاه العمّال في الخارج Overseas Workers Welfare Administration.

مفاوضات حول تسعير الأدوية

عادةً ما تكون أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية هي أكبر مشترٍ للمنتجات الدوائية. حيث يمكن تطبيق التفاوض الشرائي بانتظام أكبر للحصول على أسعار تفضيلية للأدوية. فعلى سبيل المثال، تم التفاوض من خلال مؤسسة William J. Clinton للحصول على تخفيض كبير على سعر الأدوية المضادة للفيروسات والتي تستعمل لعلاج مرض نقص المناعة المكتسبة. ومع الازدياد المستمر في أعداد كبار السن، يمكن تبنّي استخدام هذا النهج المنظّم على نطاق أوسع ليشمل مجموعة واسعة من الأدوية ذات التكلفة المرتفعة حاليا، مثل أدوية أمراض السرطان وغيرها من الأمراض المزمنة.

اتخذت بعض الدول خطوات ايجابية في هذا الاتجاه. ففي المكسيك، حيث يكلّف الإنفاق على الأدوية 24% من إجمالي الإنفاق العام على الصحة، تنسّق لجنة حكومية عمليات الشراء والتفاوض على أفضل الأسعار للأدوية التي تحمل براءات الاختراع والمسّجلة في القائمة الوطنية للأدوية الأساسية National List of Essential Medicine.

الدفعات للمزودين

إن استخدام الدفعات للمزودين يقدّم فرص متعددة لأنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية للتحكّم بالتكاليف، خاصة في حال التنسيق مع السلطات الحكومية التي تشرّع وتدير الخدمات الصحية.

طوّرت إدارة مراجعة وتقييم خدمات التأمين الصحي The Health Insurance Review and Assessment Service في جمهورية كوريا الجنوبية، نظام " الدفع مقابل الأداء". حيث يوفر هذا النظام حوافز مالية للمستشفيات المتخصصة بناءاً على التحسينات التي أدخلوها على علاج احتشاء عضلة القلب الحاد وتخفيض عدد الولادات القيصرية غير الضرورية وفرض العقوبات على الذين يقومون بأداء سيئ. مثل هذه الآليات يمكن توسيع نطاقها لتشمل توفير الرعاية المناسبة للمسنّين وغيرهم من الفئات الضعيفة الأخرى، استناداً إلى المعايير المتفق عليها مسبقاً.

أولويات أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية

يتزايد إدراك أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية حول آثار التغييرات الديموغرافية. و تعتبر الاستجابة بطريقة مناسبة وعلى نحو مستمر أمراً بالغ الأهمية، كون تكاليف الرعاية الصحية في ارتفاع مستمر. ومن الواضح بأن سرعة وتتابع الاتجاهات الديموغرافية الرئيسية المحددة ستتفاوت بين الدول كما وأن الاستجابات المتخذة من قبل أنظمة الضمان الاجتماعي سوف تتشكل حسب الأولويات الوطنية.

على الرغم من أن التعامل مع آثار الشيخوخة السكانية قد يكون له الأولوية في عدد متزايد من الدول، إلا أن تحديات السياسات المرتبطة بالتحضّر والهجرة قد تكون أولويات أكثر إلحاحاً في دول أخرى. وفي أثناء تنامي الحاجة إلى الرعاية الكافية طويلة المدى، فإن هناك أيضاً أولويات مساوية لها في الأهمية والتي تكمن في تحسين وتعزيز الصحة والوقاية ، وتطوير لوائح تنظيمية حول الاستخدام الملائم لجميع التكنولوجيات والتفاوض على أسعار تفضيلية لهذه الشريحة، بما في ذلك المنتجات الدوائية.

إن حقيقة الارتفاع المتزايد لتكاليف الرعاية الصحية، والتصّور بعدم القدرة على السيطرة على هذه التكاليف كنتيجة للعوامل الديموغرافية،

قد تخدم أنظمة الضمان الاجتماعي في تبرير عدم توفير الرعاية الصحية. وبالتالي، هناك العديد من الدول النامية التي لم تضاف فيها الرعاية الصحية إلى مجموعة المنافع التي تقدمها أنظمة الحماية الاجتماعية. ولتحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية ، فإن تطوير الشراكات إلى جانب مشاركة المعرفة والخبرات فيما بين أنظمة الضمان الاجتماعي والحكومة ومزوّدي الرعاية الصحية، أمرٌ ضروري. هذه التطورات يجب أن تشمل أيضاً التوسع المنسق للبروتوكولات والمؤشرات وتدريب العاملين في مجال الصحة. كما يجب استغلال الوعي المتزايد حول تحديات التغيرات الديموغرافية في السنوات القادمة كوسيلة للتعزيز وليس لعرقلة مد الحماية الصحية الاجتماعية.

الاستنتاجات الرئيسية

- الاتجاهات الديموغرافية الحالية (الشيخوخة السكانية، وتغيّر الهياكل العائلية والتحضر والهجرة) قد تؤثر بشكل متفاوت على الدول. لذا ينبغي أن تكون استجابات الأنظمة الصحية مصممة لتتناسب مع أولويات وأطر العمل الوطنية.
- تساهم أنظمة الرعاية الصحية الاجتماعية في تحسين الوضع الصحي للسكان. وبالتالي فإن السكان الذين يتمتعون بصحة جيدة قد يساهمون بشكل اكبر في تقديم الدعم للاستدامة المالية لأنظمة الضمان الاجتماعي.
- تشكّل التغيّرات الديموغرافية تحديات هامة لأنظمة الضمان الاجتماعي، ولكنها أيضاً تعتبر فرصة لمد الرعاية الصحية.

المصادر

OECD منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية 2010. *تحسين كفاءة القطاع الصحي: دور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات* (دراسات السياسات الصحية لمنظمة التعاون والتنمية الإقتصادية) باريس، منظمة الـ OECD

OECD منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية 2010. *أولويات النظام الصحي في أعقاب الأزمة* (اجتماع الصحة الوزاري لمنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، المنعقد في باريس، في الفترة 7-8 أكتوبر). باريس منظمة الـ OECD .

Van den Berg،Schut : F. Y. ،2010 B " استدامة تأمين الرعاية الشاملة طويلة الأجل في هولندا "*في السياسات الاجتماعية والإدارة* النشرة. 44، العدد 4.

UNAIDS برنامج الأمم المتحدة المشترك 2009. *أثر الأزمة المالية والاقتصادية العالمية على استجابة مرض نقص المناعة المكتسبة* (الاجتماع الـ 25 لمجلس التنسيق لبرامج المعونات ، جنيف 08-10 ديسمبر) جنيف.

تتقدم الجمعية الدولية للضمان الإجتماعي بالشكر للمستشار الدولي السيد افيفا رون Aviva Ron لمساهمته في هذا العدد من *إضاءات على السياسات الإجتماعية*.

الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي (إيسا) هي المنظمة الدولية الرائدة في جمع إدارات ووكالات الضمان الإجتماعي معاً. توفر الجمعية المعلومات والبحوث والنصح والإرشاد والملتقيات للأعضاء من أجل بناء ودعم سياسات وأنظمة الضمان الاجتماعي الحيوية حول العالم.

4 route des Morillons
Case postale 1
CH-1211 Geneva 22

T: +41 22 799 6617
F: +41 22 799 8509
E: issacomm@ilo.org | www.issa.int