

أثر تقوية النظر الصحية على تغطية خدمات صحة الأمومة في رواندا، ٢٠٠٠ - ٢٠١٠: مراجعة منهجية

بقلم: موريس بوكاجو، جين م. كاجوير^١، بولين باسينجا^٢، فيديل نجابو^٣، باربرا ك. تيمونز^٤، أنجيلا سي لي^٥
 أمتل طبي قسم صحة الأمومة، وحديثي الولادة والطفولة والبلوغ، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا. للمراسلة: bucagum@who.int
 ب مديرة الاستشارات التقنية، علوم الإدارة الصحية، كامبردج ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.
 ج كبيرة المحاضرين، الجامعة الوطنية لرواندا، مدرسة الصحة العامة، قسم صحة المجتمع، كيجالي، رواندا.
 د مدير وحدة صحة الأمومة والطفولة وزارة الصحة، كيجالي، رواندا.
 هـ كبيرة الكتاب والمحررين، التنمية والتواصل الاستراتيجي، علوم الإدارة الصحية، كامبردج ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.
 و مسئول تقنية، علوم الإدارة الصحية، كامبردج ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.
 ترجمة: رفعت علي

موجز المقال: تبنت رواندا خطة واعية لإصلاح القطاع الصحي من عام ٢٠٠٠ حتى عام ٢٠١٠؛ لتقوية نظام رعاية الصحة العامة، بهدف تقليص وفيات الأمهات والمواليد، بالتوازي مع تطبيق خطة تطوير الألفية الجديدة وتحقيق الهدف الخامس منها. ضمن كثير من التطويرات والتحسينات في مجال الصحة القومي؛ ارتكازا على المراجعة المنهجية للأدبيات، ووثائق السياسة الوطنية، وثلاثة مسوح ديموغرافية وصحية (٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠١٠)، يصف هذا البحث الإصلاحات والسياسات التي اعتمدت عليها رواندا، ويقدم معلومات عن مدى تقدمها في توسيع ونشر وتغطية المفاتيح الأربعة لخدمات رعاية صحة المرأة، حدث تطور في الفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ وأصبح التطور أسرع وتيرة بعد عام ٢٠٠٦ وفي الأغلب في المناطق الريفية، حين طورت سياسة مراكز التوليد الوطنية، والتمويل المرتبط بكفاءة الأداء، والتأمين الصحي الاجتماعي، ما بين ٢٠٠٦ و ٢٠١٠ حققت زيادات في التغطية في المجالات التالية مقارنة بالفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥، خاصة في المناطق الريفية، حيث تقطن معظم النساء الفقيرات: ولادات تحت إشراف مهاري (٧٧٪ زيادة مقابل ٢٦٪)، ولادات في مراكز طبية تعليمية (٤٦٪ زيادة مقابل ٨٪)، وانتشار استخدام موانع الحمل الحديثة (٣٥٪ زيادة مقابل ١٥٪). العوامل الأولية في تحقيق تلك التطورات يكمن في زيادة أعداد القوى العاملة بحقل الرعاية الطبية والمهارات التي طوروها، والتمويل المرتبط بكفاءة الأداء، والتأمين الصحي - الاجتماعي، وقيادة أفضل وتعاون حكومي أفضل. مازال مزيد من البحث مطلوباً لتحديد مدى قوة تلك المتغيرات على الناجح الصحي العام للمرأة والطفل. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

Impact of health systems strengthening on coverage of maternal health services in Rwanda, 2000-2010: a systematic review

Maurice Bucagu, Jean M. Kagubare, Paulin Basinga, Fidèle Ngabo, Barbara K Timmons, Angela C Lee, Reproductive Health Matters 2012;20(39):50-61

الكلمات الدالة: تمويل الرعاية الصحية، البرامج والسياسات الصحية، الولادة، ولادة تحت إشراف مهاري، خدمات الصحة الإيجابية، رواندا

يظل تحقيق الهدف التنموي الخامس للألفية - وهو تقليص وفيات الأمهات ومراضة الولادة غير الآمنة بنسبة ٧٥٪ وتحقيق مستوى عالي من الصحة الإيجابية - من تحديات التنمية الكبرى لأغلب دول ما تحت الصحراء الإفريقية، ومنها رواندا، من بين رقم إجمالي لوفيات الأمهات أثناء الولادة يصل إلى

| جدول ١. صحة الأم وحديثي الولادة في رواندا وتنظيم الأسرة: الأحداث السياسية الهامة من ١٩٩٩ - ٢٠١٠ | |
|---|---|
| السنة | السياسة |
| ١٩٩٩ - ٢٠٠٠ | المشروع الاسترشادي للتأمين الصحي الاجتماعي |
| ٢٠٠٠ | المسح الصحي الديموجرافي القياسي |
| ٢٠٠١ | مشروعات استرشادية للتمويل المبني على كفاءة الأداء في إقليمي بوتاري وسياناجوجو |
| ٢٠٠٥ | سياسة رواندا للقطاع الصحي (وتشمل الصحة الجنسية والإيجابية) المسح الصحي الديموجرافي القياسي |
| ٢٠٠٦ | سياسة الولادة داخل المنشآت الصحية تعاقدات التمويل المرتبط بكفاءة الأداء تم تطبيقها في كل الأحياء التأمين الصحي المجتمعي الإلزامي للروانديين سياسات تنظيم الأسرة القومية |
| ٢٠٠٧ | الحكومة تعلن أن تنظيم الأسرة أولية تنموية |
| ٢٠٠٨ | استقلال ذاتي للمنشآت الصحية تقوية وتسريع أداء برامج الصحة المجتمعية تحويل متابعة وفيات الأمهات إلى عمل مؤسسي المسح الصحي الديموجرافي المرحلي |
| ٢٠١٠ | المسح الصحي الديموجرافي القياسي |

٣٨٥,٠٠٠ حالة في العالم عام ٢٠٠٨. وصل نصيب دول ما تحت الصحراء الإفريقية وجنوب آسيا منها إلى ٨٧٪^١. والأسباب الثلاثة الرئيسية الكبرى للوفاة بسبب الولادة في العالم هي النزيف، والتعفنات الميكروبية، والإجهاض غير الآمن. وتشكل في مجملها على وجه التقريب نصف عدد الوفيات. وتفقد منظمة الصحة العالمية أن الإجهاض غير الآمن يتسبب وحده في ١٨٪ من وفيات الأمهات في شرق إفريقيا. ويجعل من الإجهاض غير الآمن من المشكلات المهمة في مجال الصحة الإيجابية في رواندا. تقدر دراسة وطنية حديثة أن معدل الإجهاض المستحث يصل إلى ٢٥ لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية المحصورة بين ١٥ - ٤٤ سنة. أو على وجه التقريب ٦٠,٠٠٠ حالة إجهاض إرادي كل عام^٢. وعلى الرغم من أن كل الاستراتيجيات الأساسية لتقليل وفيات الأمهات وحديثي الولادة معروفة - وهي: تنظيم الأسرة، والحصول على رعاية الصحة الإيجابية، والإجهاض الآمن، والرعاية الصحية الماهرة (بما فيها حالات الولادات المتعثرة والطارئة)، ورعاية الأم بعد الولادة مباشرة، وما بعد ذلك حتى النفاضة^٤ - فلا تزال وسائل الرعاية الملائمة غير متوفرة للأمهات وحديثي الولادة، أو غير مستخدمة، أو غير سهل الحصول عليها أو من نوعية ضعيفة^{٦,٥}. التحدي الذي يواجهه أغلب دول جنوب الصحراء الإفريقية هو سرعة تطوير الوسائل الضرورية للتدخل، فما زالت تغطية الرعاية الماهرة أثناء الولادة أقل كثيرًا من المستهدف عالميًا. كما وضعت معاييرها الجمعية العامة للأمم المتحدة في جلسة خاصة عام ١٩٩٩، وهو: ٨٠٪ من حالات الولادة بحلول عام ٢٠٠٥، ٨٥٪ بحلول عام ٢٠١٠، و٩٠٪ بحلول عام ٢٠١٥^٧. ولتحقيق ذلك، قامت رواندا بتحقيق إصلاحات كبرى في مجال الصحة والسياسات المرتبطة بها في العقد الماضي (جدول ١)، ركزت في تلك الإصلاحات على آليات التمويل الطبي المبتكرة، بما فيها التمويل المرتبط بالأداء والتأمين الصحي المجتمعي^{٨,١٠}.

أدى إلى الاستعانة بأفراد غير مدربين جيداً. وانعدام التوزيع الجيد لأولئك الأفراد. وضعف الأداء بسبب قلة المعلومات والمعرفة لدى العاملين الجدد وضعف الدوافع. وقد استجابت الحكومة الرواندية ما بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٠٨ بزيادة أعداد العاملين المدربين في تقديم الرعاية الصحية في الخدمات العامة. وكان أغلب الزيادة في المناطق الريفية. ومنهم الممرضات. والقابلات. والأطباء من الممارسين العموميين.^٨ وعلى مستوى المجتمع. زودت وزارة الصحة المولدين التقليديين بمنظور جديد للعمل - كنقل حالات الولادة لمراكز التوليد ورعاية صحة الأمومة والطفولة بدلاً من المولدين غير المدربين في ولادات البيوت.^{١٤}

تقديم الخدمة

حتى عام ٢٠٠٥. ولدت أغلب أمهات رواندا أطفالهن في البيوت. بمعاونة قابلات تقليديات. وفي عام ٢٠٠٦. تم إطلاق سياسة تقديم خدمة التوليد. بهدف تزويد الحوامل بكل الخدمات اللازمة لرعايتهن في مراحل الحمل والولادة وما بعد الولادة. والرعاية الصحية الضرورية لمواليدهن والعمل على منع انتقال مرض الإيدز للمواليد. تقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية لصحة الأمومة في رواندا من خلال شبكة مكونة من ٣٩٥ مركزاً صحياً. و٤٠ مشفى فرعياً. وثلاثة مشافٍ مركزية خال إليها الحالات الحرجة. ولعبت تلك المراكز الصحية والمشافي دوراً رئيسياً في تقليص مشكلة الموانع الجغرافية التي كانت تعيق الحصول على الخدمات الطبية الأساسية. وفي ظل تلك الترتيبات. على وجه التقريب في كل النظام الصحي. اختصت المراكز الصحية (ويغطي كل مركز من ٢٠,٠٠٠ إلى ٢٥,٠٠٠ نسمة) بتنظيم الأسرة. ورعاية فترة الحمل. والولادات العادية. ورعاية ما بعد الولادة. والطوارئ الأولية في رعاية الولادة. وتقدم المستشفيات الفرعية (وتخدم من ١٥,٠٠٠ إلى ٢٥,٠٠٠ نسمة) رعاية متقدمة ومتطورة للولادة. ورعاية ما بعد الإجهاض. كما أنها مسؤولة عن نظام الإحالة إلى المستشفيات المركزية.^{١٥} انخفض استخدام وسائل منع الحمل الحديثة من

جوانب تقوية النظام الصحي في رواندا من عام ١٩٩٩

إستعنا بالإطار الذي يتضمن ستة نماذج بنائية والذي قدمته منظمة الصحة العالمية^{١١} لوصف الإصلاحات التي أجرتها رواندا في مجال القطاع الصحي. تلك الأطر تغطي: القوة البشرية العاملة في القطاع الصحي: وتوصيل الخدمة. والتمويل. والقيادة والإدارة المحلية. والناج الطبي. والتطعيمات والتقنيات. والمعلومات. ونلخص الموقف لكل مكون من تلك المكونات. ونعرض التغييرات الكبرى على مدى العقود الزمنية والتفاعلات والتغيرات داخل كل مكون.

تم رصد حدوث تطور إيجابي في تحسين الحالة الصحية العامة لمواطني رواندا في الفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥. ولكن وجدت سلبيات كبرى أيضاً في الناجح الصحي في أنحاء رواندا. على سبيل المثال. كان معدل الوفيات دون سن الخامسة في المناطق الريفية (١٠٠٠/٢٣٣ في المقاطعات الشرقية) وكانت هذه النسبة تشكل ضعفاً ونصف المعدل في المناطق الحضرية (١٠٠٠/١٢٤ في مدينة كيجالي). ولم تضق الفجوة على مدى الزمن.^{١١} وكان رد فعل حكومة رواندا هو الإسراع بتحقيق الإصلاحات في القطاع الصحي. خاصة النهوض بالتمويل المبني على كفاءة الأداء وبرامج التأمين الصحي المجتمعي. لزيادة توفير الخدمات الصحية الأساسية وتيسير الحصول عليها في جميع أنحاء الدولة بما يتطابق مع الأهداف الإجمالية للألفية.

القوة البشرية العاملة في القطاع الصحي

أدت الإبادة العرقية التي وقعت في رواندا عام ١٩٩٤ إلى تخريب رواندا واقتصادها وسكانها. كما أدت أيضاً إلى تفاقم كثير من المشكلات التنموية التي كانت قائمة قبل عام ١٩٩٤. ودمرت البنية التحتية الإنتاجية التي كانت تعاني أصلاً من ضعف إنتاجيتها. بما فيها أغلب المنشآت الصحية. وحرمت الأمة من جيل كامل من المحترفين المدربين مهنيًا في القطاعات الكبرى مثل الصحة والتعليم.^{١٢} وفي الفترة التي تلت حرب الإبادة. تفاقم العجز في العاملين بالجمال الصحي ما



بيتر تيليمانس / صور بانوس

الطلاب يتدربون على نماذج بشرية مصطنعة في صف لتدريب المهارات. معهد كيجالي للصحة. كيجالي. رواندا. ٢٠٠٧

١٦,٩٤ دولار للفرد في عام ٢٠٠٣ إلى ٤٥,٤٢ للفرد في ٢٠٠٨.^{١٧} بتوصية من منظمة الصحة العالمية بحيث تصبح قادرة على تقديم الخدمات الصحية الأساسية لسكانها. وازداد الإنفاق الكلي لكل امرأة في سن الإنجاب ازيد من ٦,١٢ دولار أميركي (عام ٢٠٠٢) إلى ٨,٤٠ دولار (عام ٢٠٠٦). ووصلت نسبة رعاية الأمومة من الإنفاق إلى ٧٣٪، و٢٢٪ لتنظيم الأسرة. و٥٪ لمجالات أخرى مثل الرعاية الصحية للمراهقين.^{١٨} تم استخدام نظام التمويل مقابل كفاءة الأداء في جميع أنحاء رواندا بدءاً من عام ٢٠٠٦. وفي هذا النظام تدفع الحكومة المبالغ المالية للمنشآت الصحية على أسس من عقود أداء. وترتبط قيمة المدفوعات بالخدمات التي تقدم (النتائج) مع تغطية محددة ونوعية رعاية موجهة لتحقيق أهداف للأشكال التالية من تدخل الدولة: رعاية فترة الحمل (أربع زيارات على الأقل أثناء الحمل) - ولادة الأطفال في منشآت طبية - زيارة ما بعد الولادة - تنظيم الأسرة ومنع انتقال مرض الإيدز من الحامل للجنين. وهذا البرنامج يتضمن حوافز قوية

١٣٪ عام ١٩٩٢ إلى ٤٪ فقط عام ٢٠٠٠.^{١١} وتعد رواندا من أكثر البلدان الإفريقية كثافة سكانية. وتعتبر الحكومة أن تدخل الدولة ضروري في تنظيم الأسرة. ليس فقط من منظور تقليص وفيات الأمهات عند الولادة ووفيات المواليد. ولكن أيضاً بوصفه علاجاً لمشكلة الفقر. ولتجنب حدوث حمل غير مرغوب فيه. ولتجنب من الإجهاد غير الآمن. بالإضافة للجوانب المتعلقة بالحد من الزيادة السكانية. في عام ٢٠٠٦. أعلنت وزارة الصحة الرواندية عن تبنيها لسياسة جديدة لتنظيم الأسرة. شملت استراتيجيات تلك السياسة الجديدة توعية المواطنين. والوصول بخدمات تنظيم الأسرة للنساء في أماكنهن وحوافز محددة مرتبطة بكفاءة الأداء.

التمويل

خلال العقد الماضي تمكنت حكومة رواندا من تحريك كلاً من مصادر التمويل الداخلي والخارجي للقطاع الصحي. وزادت من الإنفاق الإجمالي على الصحة من

أقرت سياسة الحكومة الرواندية شراء الأدوية العامة (التي أقرتها منظمة الصحة العالمية) كلما أمكن ذلك لضبط معدل الاستخدام وتوفير الموارد وتحسين إتاحة الأدوية الجيدة. ولأن تلك السياسة الرواندية توصي باستعمال الأدوية التي أقرتها الدولة بقائمة الأدوية الوطنية الأساسية فقط لمعالجة أغلب الأمراض العامة. تم إنشاء لجان الأدوية العلاجية في كل الأحياء والمستشفيات المركزية لترسيخ التعاطي الرشيد للأدوية. وفي مجال تحقيق اللامركزية. تم إنشاء شبكة توزيع أدوية ومستلزمات طبية وبدأت العمل في ٢٣ منطقة من ٣٠ في ٢٠١٠. وتم تدبير نظام تعاوني لتوزيع أدوية الدرن والإيدز وما يرتبط بها من أدوات طبية. وهو قيد التنفيذ.^{١٦}

المعلومات

لتسهيل تنفيذ برنامج التمويل مقابل كفاءة الأداء. تستعين الحكومة بموقع إلكتروني محمي بكلمة دخول سرية باعتباره مصدرًا لمعلومات كفاءة الأداء. ويعمل الموقع أيضًا كنقطة دخول لقاعدة البيانات الوطنية للعقود ودلائل قياس كفاءة وكمية الخدمات الطبية. (ارجع إلى <http://www.pbrwanda.org.rw>)^{١٧} ولأن إمكانية التوصل إلى المعلومات يزيد من تنافسية التمويل والنتائج. فقد دعم نظام المعلومات ذلك روح التنافس الصحي والتعاون بين المنشآت الصحية داخل الأحياء والمناطق وبين بعضها البعض. فيدخل مستخدمو قاعدة البيانات إلى الموقع ويتفحصون مدى تقدمهم وتطورهم مقارنةً بالأهداف المتفق على تحقيقها. ليس هذا فقط. بل يعرفون أيضًا مدى التقدم. والمدفوعات المالية الخاصة بالمنشآت والجهات الصحية الأخرى المشاركة. وتم وضع مؤشرات لتصويب البيانات وتقييم التقارير التي تذكر أن تلك الخدمات قد تم تقديمها بكفاءة للمواطنين.^{١٧} وقد تم تطبيق تلك الضوابط لفحص مدى زيادة أعداد النساء في رواندا اللاتي بدأن اللجوء لرعاية الولادة تحت إشراف مولدات متدرجات أو أطباء. وكذلك الولادة في مؤسسات طبية. بما فيها حالات الولادات المتعسرة. ووسائل تنظيم الحمل الحديثة.

للتدخل بالرعاية من قبل مقدمي الرعاية الصحية لضمان تقديم خدمات صحية بجودة عالية. وبكفاءة أعلى ذات مردود عالي للنظام الصحي.^{١٧}

قدمت الحكومة في عام ١٩٩٩ نظامًا للتأمين الصحي المجتمعي كاستراتيجية طويلة المدى لمعالجة العوائق المالية التي تحول دون تحقيق الرعاية الصحية لجميع المواطنين. كما أوصت بها منظمة الصحة العالمية. مع تركيز خاص على حماية المواطنين الأكثر عرضة للمشاكل الصحية - الفقراء والأرامل والأيتام. ومن يعيشون مع مصابين بالإيدز - من الاضطرار لإنفاق مبالغ كارثية. وتلعب المجتمعات دورًا في الإدارة يوميًا بيوم لنظام التأمين الصحي المجتمعي. وتتضمن نقل وتسجيل الأعضاء. وجمع رسوم العضوية وتحصيل قيم الفواتير من المنشآت الطبية. ومنذ عام ٢٠٠٦ امتدت عضوية التأمين الصحي المجتمعي لتشمل كل المواطنين. ويسمح ذلك لأغلب المواطنين بالحصول على الرعاية الصحية والعقاقير الطبية اللازمة بعد دفع كل منهم حصة سنوية وهي ١٠٠٠ فرنك رواندي (٢ دولار أميركي). بالإضافة إلى ١٠٪ دفعة إضافية عند إصابته بأي مرض يحتاج لفحص طبي والحصول على الأدوية المناسبة للشفاء^{١٧-١٨} وتُقدر المسوح الصحية الديموغرافية. حجم تغطية التأمين الصحي في رواندا لربات البيوت في عامي ٢٠٠٨ و٢٠١٠ على التوالي ب ٦٨٪ و ٧٨٪ على التوالي.^{١٩}

القيادة والإدارة الحكومية

أدركت حكومة رواندا في عام ٢٠٠٠ أهمية التركيز على الأمور الخاصة بالأمومة والصحة الإيجابية لتقليص الفقر. في دولة يصل تعداد سكانها إلى ١٠,٦ مليون نسمة (عام ٢٠١٠). وتمثل الإناث فيهم أغلبية (٥٢٪). الشباب منهن (٦٥٪ تحت سن ٢٥ سنة). واللاتي يعشن في مناطق قروية. يمثلن (٨٣٪). بمعدل خصوبة عالي جدًا يصل إلى ٤,٦.^{١٩} وحتى يتم تنفيذ التمويل المرتبط بكفاءة الأداء. تم توفير قيادات إدارية ومالية ذاتية لكل المنشآت الصحية. بالتوازي مع برنامج اللامركزية الإدارية الذي يتم تطبيقه في رواندا.^{١٧,٢٠}

الأدوية

راجعنا أيضًا الوثائق المتاحة من موقع الحكومة الرواندية، ومنها وثائق السياسة الوطنية والخطط الاستراتيجية. وبيانات تقييم وتقارير فنية عن الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١١، واستخلصنا دلائل وبراهين عن التغطية واستخدام خدمات الأمومة والعناصر الكبرى التي أدت إلى التغييرات المسجلة والبيانات عن تلك الخدمات من ٢٠٠٠، ٢٠٠٥، و٢٠١٠ من مسح رواندا الصحية الديموغرافية. للفترة الثلاث التي تضم كل منها خمسة أعوام.^{١٩، ٢١} وبالتركيز على النتائج الوطنية، قمنا بفحص التوجهات المتعلقة بالمؤشرات التالية الخاصة بالهدف الإنمائي الخامس من أهداف الألفية، وهي رعاية فترة الحمل، الولادات تحت إشراف مهاري، الولادات في منشآت صحية، انتشار وسائل منع الحمل (الوسائل الحديثة).

ولوصف الاتجاهات في المؤشرات المنتقاة، استعملنا مقاييس بمتوسطات موزونة وتغيرات سنوية في النسب المئوية، وطبقنا المتوسطات الموزونة على توزيع النسب المئوية من المواليد الأحياء المسجلة في المسح الصحي الديموغرافي الذي قام به مقدمو الخدمة الصحية (عن الولادة تحت إشراف خبرة طبية) وكذلك مكان الولادة (للولادات التي تمت في منشآت صحية)، وللنسبة المئوية للمتزوجين والنساء غير المتزوجات في سن ممارسة الجنس واللاتي سبق لهن استخدام وسائل منع حمل الحديثة (لمعرفة انتشار استعمال وسائل منع الحمل). وتم أيضًا حساب التغير النسبي في النسب المئوية، كالفرق بين قيمتين في التسلسل الزمني، مقسومًا على قيمة البداية ومضروبًا في مائة. التغير المئوي السنوي هو النسبة المئوية الكلية مقسومًا على عدد الأعوام.^{١٩، ٢١}

النتائج

تغطية التدخلات الرئيسية في صحة الأمومة
حظيت أغلب النسوة اللاتي حملن في الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٠، بزيارة طبية واحدة على الأقل أثناء حملهن، بما فيهن نساء المناطق القروية، اللاتي سعين للوصول لمستوى النساء الحضريات بدءًا من

منهج الدراسة

سعيًا لاستقراء الأدلة عن مدى تأثير تحسين النظام الصحي على خدمات الأمومة وحديثي الولادة في رواندا اعتمادًا على مراجعة الأدبيات والتغيرات الحادثة في النظام الصحي، والتي نؤمن أنها قد أدت للارتقاء بالخدمات الضرورية الأساسية لصحة الأم والطفل في رواندا.^{١١} ويسجل هذا البحث التطورات المتعلقة بصحة الأمومة، وقمنا ببحث منهجي معرفي بمراجعة مجلات الصحة العامة (باب ميد) للمقالات المنشورة من ٢٠٠٥ حتى ٢٧ أكتوبر ٢٠١١ وذلك باستخدام المصطلحات البحثية التالية: رواندا، الصحة، النظام الصحي، أمومة، الولادات المنهجية طبيًا، ولادة، قيادة، إشراف حكومي، معلومات، سلسلة إمداد وتموين، تسهيلات نقل وتواصل، القوى البشرية العاملة، وتنوعيات من كلمات دالة مثل: تمويل، وسائل تنظيم الأسرة، تنظيم الأسرة، الدفع مقابل كفاءة الخدمة، التمويل مقابل كفاءة الخدمة، الدوائيات، صيدلية، الموارد البشرية، وعلى الرغم من وجود موضوعات رمادية غير حاسمة في هذا المضمار البحثي، قصرنا البحث على مراجعة المقالات الموثقة المنشورة.

راجع باحثان مستقلان (بي كي تي وإي سي إل) التقارير والوثائق التي نتجت عن البحث بمصطلحات بحثية للتأكد والتمحيص بفحص عناوين الأبحاث، والملخصات، ورؤوس الموضوعات الطبية، وكانت المنهجية المتبعة هي مقارنة نتائج الباحثين، فلو اعتبر المراجعان منفردان المقالة بكونها ذات الصلة، يتم ضم كل البحث لمزيد من المراجعة، والاعتراضات تم حلها بالتوافق. كان هناك ٢٨٥ بحثًا مرشحًا، اختير منها النص الكامل لـ ٢٩ بحث للمراجعة المعمقة. وتم تتبع المراجع يدويًا بتلك المقالات الموثقة، ما أضاف مقالًا جديدًا للمراجعة، ستة عشر بحثًا تم استبعادها لأنها كانت تغطي تغير السياسات قبل ٢٠٠٥ أو لأنها كانت غير متعلقة بمؤشرات ودلالات الأمومة، أو كانت تعليقيها أو تُعبر عن رؤى شخصية، أربعة عشر من المقالات المعمقة تم إدراجها في المراجعة (الجدول ٢).

في المنشآت الطبية، والتمويل مقابل كفاءة الأداء، والتأمين الصحي الاجتماعي.

العوامل الكبرى التي أدت إلى التغيرات في تغطية رعاية الحوامل

القوى البشرية في المجال الصحي

إضافة للتطور الجيد، يبدو أن التدريب، والإشراف، والأفاق الجديدة من العمل، وزيادة أجور العاملين وحوافز الأداء قد أدت كلها إلى الارتفاع بالكم والكيف في الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين.^{١٧} بالنسبة لرعاية الأمومة على وجه التحديد، بينما كان هناك انتظار لتخرج قابلات جدد من مدارس التمريض ومدارس القابلات الخمس برواندا، استعان النظام الصحي بمرضات عامات، تلقين تدريباً أثناء عملهن على القيام بالتوليد، بإشراف ومتابعة الفرق الصحية بالأحياء. وتم تدريب الأطباء من الممارسين العموميين أيضاً على تقديم الرعاية اللازمة للولادات الطارئة والمتعثرة (مثل الولادات القيصرية) على مستوى مستشفيات الأحياء.^{١٥،٨}

التمويل مقابل كفاءة الخدمة المقدمة

أجمعت دراسات عدة على التأثيرات الإيجابية لنظام التمويل مقابل الأداء في تغطية خدمات الرعاية الصحية للأمومة ونوعية الخدمة المقدمة. قيم باسينجا وآخرون (٢٠١١) النظام في رواندا وبينوا أنه يتميز بتأثير إيجابي ملحوظ على الولادات في المنشآت الصحية، وله أكبر التأثير على تلك الخدمات التي تؤدي مقابل القيم النقدية العالية والتي لا تتطلب سوى مجهود ضئيل من مقدم الخدمة. فضلاً على ذلك، ولأن التحليل البحثي فصل أثر الحوافز عن أثر التمويل مقابل الأداء، أظهرت النتائج أن المبالغ المتساوية من مصادر التمويل دون الحوافز لا تحقق نفس الإنجاز في النتائج.^٩ ارتفعت ميزانية التمويل مقابل الأداء من ٠,٨ مليون دولار عام ٢٠٠٤ إلى ٨,٩ مليون دولار أميركي عام ٢٠٠٧، بزيادة تتراوح من ٦٠٪ إلى ١٠٠٪ في المكافآت للعاملين في قطاع الخدمات الصحية.^{١٧}

عام ٢٠٠٥ (الجدول ٣). وقد تحسن بشكل ملحوظ بعد عام ٢٠٠٥، تغطية الحمل بأربعة زيارات طبية، مع تغير في النسب المئوية للفترة من ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ (٣٣,٢٪) بمقدار خمسة أضعاف عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (٥,٦٪). ومع ذلك ظلت نسبة النساء اللاتي حظين بأربعة فحوصات أثناء الحمل منخفضة نسبياً (٣٥,٤٪) عند مقارنتها بالمستوى الذي حددته منظمة الصحة العالمية.^{١١}

وارتفع معدل الزيادة المئوية السنوية في النسبة الكلية للولادة تحت إشراف طبي مهاري بين ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ و ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ على وجه التقريب ثلاثة أضعاف. أي ارتفع من ٥,٢٪ إلى ١٥,٤٪ (الجدول ٣). ونتج هذا التغير على وجه التقريب بشكل كلي من التطور الملحوظ للولادات تحت إشراف مهاري في المناطق الريفية، والذي ارتفع من ٢٤,٩٪ عام ٢٠٠٠ إلى ٣٤,٦٪ عام ٢٠٠٥ إلى ٦٧,٢٪ عام ٢٠١٠. وبالنسبة للولادات في منشآت طبية، بما فيها الولادات الحرجة والمتعثرة، تغير المعدل المئوي السنوي للفترة ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ (٢٩,٢٪) وأصبح أعلى عشرين ضعفاً عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (١,٥٪).

وبالمثل كان معدل الزيادة السنوية في انتشار وشيوع وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات، فقد ارتفع كثيراً في الفترة ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ (٧٠,٢٪) عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (٣٠٪). وقد تم رصد أهم المكاسب الملحوظة المتعلقة باستخدام كل من خدمات الأمومة الوقائية والعلاجية، في المناطق الريفية، حيث تعيش أغلب النساء الفقيرات.^{١٢}

كان تطور رواندا في تغطية التدخلات الرئيسية لصحة الأمومة أسرع كثيراً في الفترة ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (الشكل ١). وهي: أربعة فحوصات للحمل أو أكثر (٢٢,١) زيادة مقابل (٢,٩٪)؛ معدل الولادة تحت إشراف مهاري (٧٧٪) زيادة مقابل (٢٦٪)؛ معدل ولادة منهجية في منشآت طبية (زيادة ١٤٦٪ مقابل ٨٪). معدل انتشار وسائل منع الحمل (٣٥١٪ مقابل ١٥٠٪). كان عام ٢٠٠٦ هو نقطة تحول وصعود لسياسة الولادات الممنهجة

جدول ٠٢. الدراسات المنقحة عن تأثير تقوية النظر الصحية على تغطية الخدمات الصحية للأمومة

| الدراسة | تصميم الدراسة وحجمها | الأهداف / النتائج |
|-------------------------------------|---|--|
| باسينجا وآخرون. ٢٠١١ ^٩ | تجربة عشوائية. ١٦٦ منشأة صحية: ٢,١٥٨ ربة منزل. | خفيف مقدمي الرعاية الصحية على استعمال. وجودة خدمات الأمومة والطفولة في المنشآت الصحية أدى إلى زيادة الولادات في المنشآت الصحية بنسبة ٢٣٪. وفحوصات الصحة الوقائية للأطفال أقل من عامين بنسبة ٦٥٪ والأطفال أقل من ٥ أعوام بنسبة ١٣٢٪. |
| ديلون وآخرون. ٢٠١١ ^{٣٤} | تحليل تقهقري العدد = ٢٥,٠٠٠ | تقليص العوائق المالية في استخدام الرعاية الصحية الأولية نتج عنه ٠,٦ زيادة في عدد الفحوصات الطبية السنوية للرعاية العلاجية/الفرد. |
| هولز (غير مذكور) ٢٠١٠ | الملاحظات غير قابلة للتطبيق | عوامل في رواندا تضعها في مسار هدف التطوير رقم ٥ للألفية الجديدة وتشمل تحقيق اللامركزية في الخدمات الصحية وابتكار التقنيات المتنقلة لصحة الأمومة. |
| هونج وآخرون. ٢٠١١ ^{١٤} | تحليل متعدد المستويات ١٠٦٤٤ ربة منزل | أثر ولادات البيوت تحت مظلة التأمين: المراكز الصحية؛ الولادة تحت إشراف مهاري (أو غير مهاري). النساء غير المشتركات في التأمين يلدن أطفالهن في البيوت. التأمين يزيد من احتمالات الولادة في مراكز طبية مؤهلة تحت إشراف مهاري. |
| كالك وآخرون. ٢٠١٠ ^{٣٩} | المراجعة المقطعية للأدبيات. ومقابلات شبه منهجة. تحليل للعناصر باستخدام التحليل الإحصائي الوصفي لـ ٢٦٠٠ حالة خاصة بـ«التمويل مقابل الأداء» في الموقع البحثي «الميدلاين». وأدبيات رمادية أخرى. ٦٩ مقابلة. | تحليل لجوانب القوة والضعف لمنهج الدفع مقابل الخدمة في رواندا. زيادة الإنفاق الصحي الإجمالي. أجور العاملين بالصحة. وتقديم نظام برامج التأمين الصحي كمثال للعناصر المعوقة التي تعطل إنجاز الناجح المطلوب والتأثيرات الكامنة لكل منهج منفرد مثل الدفع مقابل الخدمة. |
| كالك وآخرون. ٢٠٠٥ (غير مذكور) | مراجعة وثائق. مقابلات مع شخصيات ذات خبرة خمسة مستشفيات فرعية. و ٦٩ مركزاً صحياً. ١٤ طبيباً. ٢٠٠ ممرضة | مشاركة المجتمع في برامج الصحة الريفية يحرك الموارد. مخاطر الركود. ضمان التوصل لموارد مالية وقت الحاجة. |
| كانتنجوا وآخرون. ٢٠١٠ ^{٤٠} | رسالة للمحرر غير قابلة للتطبيق | تحسن نوعية الخدمات الصحية لا يمكن عزوها فقط لتطبيق التمويل مقابل الأداء. |

جدول ٢. الدراسات المنفتحة عن تأثير تقوية النظر الصحية على تغطية الخدمات الصحية للأمومة

| الدراسة | تصميم الدراسة وحجمها | الأهداف / النتائج |
|-----------------------------------|--|---|
| كايوجو وآخرون. ٢٠٠٥ ^{١٥} | تقييم بالمشاركة ومتابعة كمية لمؤشرات النظام. ١٥٠,٠٠٠ امرأة في سن التناسل. | حين تم تطوير رعاية الولادات الطارئة والمتعسرة. تطورت نوعية خدمة الطوارئ. انخفض معدل الوفيات من ٢٪ إلى ٠.٩٪ في رواندا. ووفر الاحتياج للطوارئ من ١٦٪ إلى ٢٥٪. وازدادت الولادات القيصرية من ١.٨٪ إلى ٣٪. |
| لوجي وآخرون. ٢٠٠٨ ^٨ | بحث وصفي | المانحون والمساعدات الخارجية للتعاون مع التأمين الصحي المجتمعي. |
| ميسن وآخرون. ٢٠٠٦ ^{٤٤} | بحث وصفي مستفيان مركزيان للإحالة. ٢٣ مركز صحي ٣٨٧,٨٤٠ مواطن في ٢٠٠٢ | منهج التعاقد المبتكر نتج عنه مزيداً من الاستقلال الذاتي في المنشآت الصحية وهو ذو جدوى اقتصادية واستراتيجية فعالة لتحسين أداء المراكز الصحية. |
| روزا وآخرون. ٢٠٠٩ ^{٢٤} | سلسلة زمنية مع التنفيذ على مرحلتين ٢ مليون مواطن في ٢٠٠٥ ٣,٨ مليون مواطن في ٢٠٠٦ | التمويل مقابل الأداء له مردود إيجابي على معدل الاستخدام ونوع الخدمة في المراكز الطبية. |
| سكينة وآخرون. ٢٠١١ ^{٢٥} | إحصائيات ملخصة ونماذج تراجعية ٦٨٠٠ ربة منزل (حوالي ٣٤,٠٠٠ فرد) | التغطية التأمينية الصحية المتبادلة تواكب معها زيادة ملحوظة في الاستخدام للخدمات الصحية ودرجة عالية من الحماية من المخاطر المالية في الأمراض الخطيرة. |
| سويتز وآخرون. ٢٠٠٦ ^{١٠} | مسوح المرضى ٢٤٠ و ٣٢٠ ربة منزل | حسن الدفع مقابل الأداء. يحسن توصيل الخدمة الصحية واستعمال الخدمات المتاحة. ويقلل انفاق المواطن من جيبه على صحته. ويقلص من الكوارث المالية التي تقع على المريض. |
| واكابي ٢٠٠٧ ^{٣٠} | ملاحظات غير قابلة للتطبيق | مكتسبات صحة الأمومة يمكن أن تعزى إلى ثنائية تبادلية (التأمين الصحي المجتمعي) وسياسة الحكومة التي أتاحت للمرأة أن تلد في مركز رعاية الطفولة دون تكلفة مالية على المرأة التي أتمت أربعة زيارات/ فحوصية قبل الولادة. |

جدول ٣. مستويات التغطية (% النساء المبحوثات) لأربعة مؤشرات لصحة الأمومة، بيانات من المسح الصحي الديموغرافي ٢٠٠٥، ٢٠١٠، ٢٠١١، رواندا^{٢٤}

| المؤشر | منظور المسح ومدى التحسن | مسح ٢٠٠٥ معيار= ١١٣٢١ | مسح ٢٠٠٠ معيار= ١٠٤٢١ | مسح ٢٠١٠ م معيار= ١٣٧٩٠ |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| رعاية قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل) | حضري (%) | ٩٢,٨ | ٩٤,٨ | ٩٨,٣ |
| | ريفى (%) | ٩٤,٧ | ٩١,٩ | ٩٨,٠ |
| | الوزن النسبي (%) | ٩٤ | ٩٢,٣ | ٩٨ |
| | التغير المئوي السنوي | ٠,٤ | | ٠,٩ |
| رعاية قبل الولادة (أربع زيارات +) | حضري (%) | ١٧,٦ | ١٠,٤ | ٤٠,٤ |
| | ريفى (%) | ١٢,٦ | | ٣٤,٧ |
| | الوزن النسبي (%) | ١٣,٣ | | ٣٥,٤ |
| | التغير المئوي السنوي | ٥,٦ | | ٣٣,٢ |
| الولادات تحت إشراف مهاري | حضري (%) | ٦٨,٢ | ٣١ | ٨٢,٤ |
| | ريفى (%) | ٢٤,٩ | | ٦٧,٢ |
| | الوزن النسبي (%) | ٣٩ | | ٦٩ |
| | التغير المئوي السنوي | ٥,٢ | | ١٥,٤ |
| الولادات في منشآت طبية | حضري (%) | ٦٥,٢ | ٢٦ | ٨٢ |
| | ريفى (%) | ١٩,٨ | | ٦٧,١ |
| | الوزن النسبي (%) | ٢٨ | | ٦٨,٩ |
| | التغير المئوي السنوي | ١,٥ | | ٢٩,٢ |
| انتشار وسائل تنظيم الأسرة | حضري (%) | ١٤ | ٤ | ٤٧ |
| | ريفى (%) | ٢,٦ | | ٤٤,٩ |
| | الوزن النسبي (%) | ٤ | | ٤٥,١ |
| | التغير المئوي السنوي | ٣٠ | | ٧٠,٢ |

التأمين الصحي المجتمعي

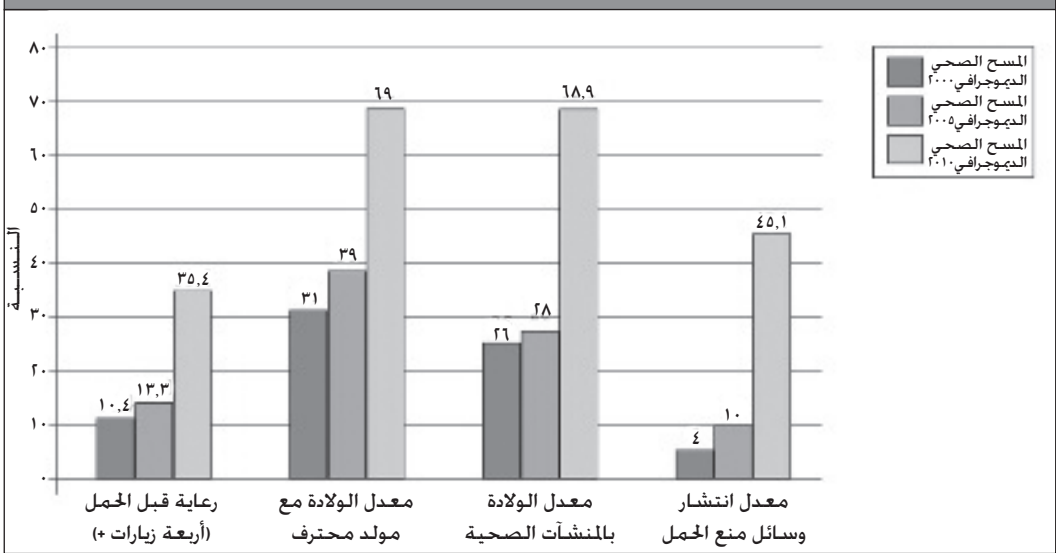
تحسن التوصل لتمويل الرعاية الصحية تحسناً كبيراً مع تطبيق نظام التأمين الصحي المجتمعي. ما أتاح لأغلب النساء الأكثر عرضة للمشاكل الصحية الحصول على الخدمات الصحية لرعاية الأمومة والحصول على الأدوية العلاجية، بما فيها خدمات الولادات الطارئة والمتعثرة. أظهر ساكسينا وآخرون من الباحثين - باستخدام نماذج إحصائية - أن التغطية التأمينية واکبها زيادة كبيرة في استخدام الوسائل الصحية في رواندا. وبالفعل، حصلت السيدات من

قيمت روزا وآخرون أيضاً (٢٠٠٩) تأثيرات «التمويل مقابل الأداء» على أداء ٨٥ مركزاً صحياً منتقى من رواندا. تغطي خدماتها الصحية ٣,٨ مليون نسمة. بين ٢٠٠٥ و٢٠٠٧، وتوصلوا إلى أن هناك تأثيراً إيجابياً على الاستخدام تم رصده فقط في الأنشطة التي لم يكن لديها شكل تنظيمي جيد من قبل. وشملت الولادات في المنشآت الطبية. وتم تعريف جودة الخدمة على أنها - درجة الامتثال للمعايير الوطنية والدولية - والتي قد ارتفعت بشكل كبير في كل أنواع الخدمات الطبية.^{٢٤}

وكانت النسبة المئوية لربات البيوت المغطيات بتأمين صحي واللاتي دفعن من جيوبهن كمشاركة في دفع نسبة تأمين تتجاوز ٤٠٪، ٢٠٪، مقارنة بـ ٨,٦ من أولئك اللاتي ليس لديهن تأمين صحي.^{٢١} ولتقليل العبء المالي، خاصة للفقيرات جداً، قدمت حكومة رواندا عام ٢٠١١ نظام الشرائح الجديد، إذ تدفع ربات البيوت اللاتي يتمتعن بدخل أكبر نسبياً أعلى مما تدفع الفقيرات، أما اللاتي ثبت فقرهن المدفع.

ربات البيوت اللاتي ينعمن بتغطية تأمينية على خدمات صحية حين يمرضن ضعفي ما تحصل عليه ربات البيوت اللاتي لم يشتركن في تأمين صحي.^{٢٥} صاحب التغطية التأمينية درجة عالية من حماية المخاطرة المالية، كما قل حدوث كارثة مالية تتطلب إنفاق مرتفع على مشكلة صحية كبرى أربعة أضعاف عن مثيلتهن من ربات البيوت غير المغطيات بالتأمين الصحي.^{٢٦}

شكل ١. بعض مؤشرات مختارة من رعاية الأمومة، ٢٠٠٠ - ٢٠١٠



سياسة اللامركزية الإدارية، والإدارة المبنية على تحقيق نتائج، والمشاركة المجتمعية، وحت سياسة الإصلاح التي وضعت في ٢٠٠٥، تم تقسيم المناطق الصحية إلى ٣٠ منطقة إدارية كأقسام مناطق خدمات صحية واجتماعية، وبدأ موظفو الصحة المسؤولون عن خدمات المستوى المحلي والإدارة في رفع التقارير مباشرة للمجلس المحلي المنتخب. يرجع اهتمام الحكومة بسياسة اللامركزية في جانب منه بارتباط الأداء في اللامركزية بتحسين توصيل الخدمات، وتعكس عقود التمويل مقابل الأداء ممارسات رواندية تقليدية صميمة تسمى «إمهييجو»، حيث يجتمع جماعة من الأفراد على الالتزام بمصلحة

تدفع الحكومة قيمة الاشتراك بدلاً عنهن. حالياً تغطي سياسة «الانحياز للفقراء» حوالي ١٦٪ من تعداد السكان (مليون نسمة على وجه التقريب)، وتم حصرهم بعد التعرف على أحوالهم المالية من قبل أعضاء من المجتمع المحلي على مستوى القرى.^{٢٧}

القيادة والإشراف الحكومي

واجهت رواندا بعد انتهاء حروب المذابح العرقية حدي إعادة بناء النظام الصحي، بينما كانت تعمل في الوقت ذاته على إعادة تأسيس النظام الاجتماعي والسياسي اعتماداً على سياسة الاحتواء، والتصالح، والتوحد. تضمنت استراتيجية الإصلاح تنفيذ

للمعلومات والتقارير المرتبطة بعدد من الدلائل والمؤشرات التي لا بد من تسجيلها أدت إلى تبني إيقاع ونوعية الالتزامات.^{١٨}

المناقشة

انخفضت نسبة وفيات الأمهات في رواندا بنسبة ٥١٪، أي من ١,١٠٠ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي عام ٢٠٠٠ إلى ٥٤٠ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي عام ٢٠٠٨.^١ على الرغم من أننا لم نقدم علاقة سببية تربط ما بين إصلاحات القطاع الصحي التي تم تنفيذها والتحسين في الناتج النهائي على صحة الأمومة. فنحن نؤمن أن ذلك التطور الموثق قد نتج عن النهج الشمولي مع التركيز على التغطية الدولية.^{١٩-٢١}

أظهر بحث سابق أن الحوافز المالية من خلال التمويل مقابل الأداء من الممكن أن تؤدي إلى تحسن كل من الاستخدام وجودة خدمات الصحة. لأنها تخلق دوافع لدى العاملين لترجمة معرفتهم عن الرعاية الصحية الجيدة إلى أداء وممارسة أفضل^{٢٢-٢٤} من جهة أخرى يرى أيرلاند وآخرون (٢٠١١) أن التدخل المبني على نتائج وعلى جانب اقتصادي لا ينهضان في حد ذاتهما بالاستجابة لاحتياجات المريض والمجتمع. تلك الاحتياجات التي يجب أن تركز عليها إصلاحات النظام الصحي. ويظن الباحثون أيضاً أن الجدول الدائري حول التمويل مقابل الأداء يجري تعويقه بعدم كفاية الأدلة المادية التي لا تأخذ المضمون في الاعتبار. ولا تفضي التناوب بين عناصر التمويل مقابل الأداء باعتباره عملية عضوية واحدة.^{٢٢}

وجد سويتزر وآخرون (٢٠١١). - الذي كتب تقريراً عن تجربة الدفع مقابل الأداء في جمهورية الكونغو الديمقراطية - أن دفع نسبة مالية ضئيلة من المريض في هذا النظام قلل كثيراً من الدفع المباشر لمبالغ مالية كبيرة للمؤسسات الصحية خارج إطار هذا النظام. وجعله يتلقى خدمة أفضل مقارنة بتلك التي تقدم في مجموعة مسيطر عليها من المنشآت الطبية التي لا تمول بذلك الأسلوب.^{٢٣} تم تنفيذ نماذج أولية ماثلة في رواندا تركز على التمويل مقابل

عامة تفيد المجموع. ويقومون بالتنفيذ الجماعي للصالح العام مع ارتباط الفشل في التنفيذ بالإحساس بمشاعر العار المجتمعي وانعدام الشرف.

تضم العقود خمسة عشر مؤشراً تتعلق بالصحة. وأدت إلى توحيد وتقوية الدعم المحلي وشجعت رؤساء المناطق المحلية والسلطات المحلية الأخرى أن يتبنوا ويدافعوا عن مصالح الصحة العامة وعلى زيادة الموازنات المالية المحلية.^{٢٤} وفي عام ٢٠٠٨ تمت الموافقة على الاستقلال الذاتي المالي والإداري للمنشآت الطبية. ومن المتوقع أن يسمح الإطار القانوني الذي تم وضعه بتطبيق سلس لنظم التمويل القومية مقابل الأداء. مع عقود ترتبط بالنتائج بين المنشآت الصحية والإدارات المحلية.^{٢٥}

تشمل محددات المكافآت تحت سياسة «عقود مقابل النتائج» مؤشرات كمية ونوعية. وتشمل المؤشرات الكمية عدد زيارات رعاية فترة الحمل. وأعداد الولادات التي تتم في المنشآت الصحية ومشافي الإحالة مقارنة بالأعداد المتوقعة. والرقم الكلي الإجمالي لأعداد المستخدمين الجدد لوسائل منع الحمل الحديثة. أما المؤشرات النوعية فتشمل ملاءم الملف بكامله وبدقة للأمر والمولود الحي (لو كانت الولادة في منشأة طبية). وأن تكون سجلات ما قبل الولادة صحيحة وكاملة. ونسبة النساء اللاتي ولدن ولادات قيصرية طبياً لدواعي الولادات القيصرية كما وردت في كتيب الإرشاد القومي؛ ودعوة مكتوبة ترسل للسيدات إذا تغير أسبوعاً عن موعد الحضور للفحص في مركز تنظيم الأسرة.^{٢٤،٢٥}

استنتجت دراسة أجريت عام ٢٠٠٩ عن الإدارة الجيدة والصحة في رواندا أن الإدارة اللامركزية كان لها مردودات إيجابية على الإدارة الصحية. وأغلبها تتعلق بالمصداقية في الأداء. والاستجابة والتلبية. والكفاءة. والقدرة على الأداء. وأدت تلك العناصر جميعاً إلى تحسين الناتج الصحي الإجمالي بسبب ازدياد أعداد الولادات التي تتم في منشآت صحية مقارنة بالولادات التي تتم في البيوت. وعلى كل الأحوال فإن القصور في القدرات. وزيادة العبء الكمي

عند تحليل نقاط القوة ونقاط الضعف في نظام التمويل مقابل الأداء الذي تم تطبيقه في القطاع الصحي في رواندا منذ عام ٢٠٠٢. وضع كالك وباحثون مساعدون تقريراً عن أثر جانبي محدد غير مرغوب به، يسمى «تحويل النظام إلى مباراة تريح». ما يهدد بشكل خطير ويؤثر سلباً على نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين. يرى الباحثون أن الدفع مقابل الأداء ينمي دون قصد رغبة تزوير البيانات للحصول على مزيد من المال وأن ذلك يجعل مقدمي الخدمة يركزون على تحسين المؤشرات الدلالية، لا التغيير المنهجي. وهو ما يمكن اعتباره مضاداً للإنتاج^{٣٩} في استجابة لهذه المشكلة. تم إرساء سياسة قومية تسمى «لا تسامح مع الفساد» من قبل الحكومة عام ٢٠٠٦، والتي شملت آليات تحول دون «تحويل النظام إلى مباراة تريح»^{٤٠}. تم وضع آليات للمراقبة عن كثب وطرق إشرافيه في الأماكن الطبية على مستوى الأحياء والمناطق لتجنب وضع تقارير أكثر من الحاجة. كما قام المستوى المركزي بإجراء تقييمات سرية على وتيرة منتظمة ويعمل على تحري مدى صدق التقارير - التي يشك في صحتها - الخاصة بأداء الأطباء مقابل الدفع لهم من أموال التأمين. إضافة لذلك وضع آليات في أماكن ملائمة لمنع مقدمي الخدمة الطبية من تزوير البيانات ومنها التقييم في الموضوع للبيانات وحقيقة وجود متلقى الخدمة وذلك باختيار عينات عشوائية من المرضى الذين وضعت عنهم تقارير تلقيهم لخدمات طبية. كما يطلب منهم إفادة المراقبين بمدى استفادتهم من الخدمة الطبية أيضاً. وتم عمل روابط اتصال بالمواطنين لتقوية المصداقية والاعتمادية بين واضعي السياسات الوطنية وموظفي الحكومة المحليين.^{٤١-٤٢} يجب على مقدمي الخدمة الطبية في نظام التمويل مقابل الأداء أن يكملوا السجلات الصحية والبطاقات الخاصة بدقة ويمثلون كل بياناتها. إذ إن البيانات تمد المتابع بقواعد تهيئ لمقدم الخدمة استلام مقابل الخدمة الصحية. وبتحديد أدق. فإن مكافآت الأداء في المنشآت الطبية تعتمد على كم الخدمات

الأداء في بوتاري وسياجوجو بين الأعوام ٢٠٠١ و ٢٠٠٥. وأظهرت البيانات نتائجاً صحياً أفضل في الأحياء المشمولة في البرنامج عن الأحياء والمناطق المماثلة التي لم تشارك. واعتماداً على تلك النتائج الإيجابية قررت حكومة رواندا في ٢٠٠٦ تعميم برنامج التمويل مقابل الأداء وتطبيقه على المستوى القومي.^{١٧،١٠-١٨} ما زالت رواندا تواجه عوائق كبرى في تحقيق التوصل إلى مستوى دولي في حقل الرعاية الصحية. بما فيها من الصحة الإيجابية. وعلى الرغم من الإصلاحات المهمة التي تمت. ما زالت حوالي ثلث النساء الحوامل في رواندا يلدن أطفالهن في البيوت بمساعدة سيدات غير ماهرات أو من دون مساعدة على الإطلاق. اقترح هوج وآخرون (٢٠١١) أن السيدة المؤمن عليها ترفع عن كاهلها العوائق المالية وأن التأمين يشجع النساء على ولادة أطفالهن في منشأة صحية تحت إشراف مهاري. ولكن على الرغم من ذلك. حين تم رصد حالة التأمين الصحي باستخدام النماذج متعددة المتغيرات. تبين وجود أنماط اجتماعية متباينة. وأن عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية ما زال قائماً في رواندا في الحصول على ولادات في منشآت طبية وحت إشراف طبي مهاري. وهم على أية حال يعتقدون أن تلك اللامساواة سوف تنخفض حين يزداد عدد المواطنين المؤمنين.^{١٤}

وعلى الرغم من اعتماد بحث ديلون وآخرين (٢٠١١) على عنصر ودليل واحد محلي في منطقة ماياجي في رواندا. فإنه يقترح أن الأهداف قصيرة المدى لا بد أن تتضمن تحسين الخدمة المقدمة وتقليص العوائق المالية لتحقيق نتائج صحية أفضل. ويرى البحث أيضاً أن معدل الاستخدام الأعلى يمكن تحقيقه وإجازه لو تم إدراج مزيد من المواطنين في التأمين الصحي المجتمعي ويتم إلغاء دفع نسبة مئوية عند الاحتياج للفحص الصحي.^{٣٤} ويوصي بأن تقوم القيادات الصحية في رواندا بمزيد من الدراسات لشرح وتفسير أثر القيد والاشتراك في التأمين الصحي والنسب الصغيرة المثوبة التي تدفع عند الاحتياج لعلاج صحي. وأثر كل ذلك على الاستخدام. والنتائج الصحي والتكلفة.^{٣٤-٣٨}

بكفاءة مع حالات الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن أو المخاطر التي قد تترتب عليه.

الخاتمة

منذ عام ٢٠٠٠، بدأت أعداد أكبر من النساء الروانديات في تلقي خدمات رعاية الأمومة تحت إشراف طبي ماهر وفي منشآت طبية. كما أن مزيداً من النساء بدأ في استعمال وسائل منع الحمل الحديثة، خاصة في المناطق الريفية. حيث تعيش أغلب النساء الفقيرات الأكثر عرضة للمشاكل الصحية. إن العناصر الأولية لتلك التحسينات تتلخص في زيادة أعداد القوى العاملة بالمجال الصحي وتحسين مهاراتهم. والتمويل مقابل الأداء، والتأمين الصحي المجتمعي، والإشراف الإداري الحكومي الجيد في المحليات، وهناك حاجة لمزيد من البحث لتحديد أثر تلك التغييرات على الناتج النهائي لصحة الأمومة.

شكر وتقدير

يشكر مؤلفو هذه المقالة، فريق وزارة الصحة الرواندية لتوفيرها تقارير واضحة في صميم موضوع البحث وكل من قدم الدعم أثناء إتمام الدراسة.

المقدمة، ولكنها تهتم بالكم على حساب نوعية الخدمة. إن أحد مؤشرات جودة الأداء هو وجود مخزون من الأدوية والعقاقير المهمة المسجلة في المنشأة الطبية (مثل الأوكسيتوسين لمنع نزيف ما بعد الولادة). يكفي لمدة ثلاثة أشهر بشكل دائم^{١٠،١٧،٢٤} وهناك حاجة لمزيد من البحث لدعم تطور النظام الذي سوف يعاون بسرعة على المراقبة والمحافظة على منع «تحويل النظام الصحي إلى مبراة تريح» أو الإبقاء على تلك الظاهرة في الحد الأدنى.

أهم أوجه القصور في تلك الإصلاحات حتى اليوم هي: أولاً - القدرة غير الكافية للنظام الصحي القومي على التغلب تماماً على مشكلة قلة وندرة المهارين والمتدربين بكفاءة من مقدمي الخدمة الطبية، وثانياً - الآليات غير الكافية في التعرف على النساء الفقيرات جداً المحتاجات للإعفاء من دفع قيمة التأمين السنوي، وإدراجهن في تأمين الخدمة الطبية مجاناً، وهم على وجه الخصوص في المناطق القروية، وقد لا يجدن أية فرصة للحصول على خدمات رعاية الأمومة. فضلاً عن ذلك، لم تسمح القوانين المقيدة للإجهاض في رواندا للنظام الصحي بالتعامل

1. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality 1990–2008: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva: WHO, 2010.
2. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO, 2011.
3. Basinga P, Moore AM, Singh S, et al. Abortion incidence and post-abortion care in Rwanda. *Studies in Family Planning* 2012;43(1):11–20.
4. Van den Broek N, Graham W. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG* 2009; 116(Suppl.1):18–21.
5. Islam M, Yoshida S. MDG 5: how close are we to success? *BJOG* 2009;116(Suppl.1):2–5.
6. Pearson L, Shoo R. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 88(2):208–15.
7. Adegoke AA, Van den Broek N. Skilled birth attendance: lessons learnt. *BJOG* 2006;116(Suppl.1):33–40.
8. Logie DE, Rowson M, Ndagijje F. Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *Lancet* 2008; 372(9634):256–61.
9. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, et al. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet* 2011; 377(9775):1421–28.
10. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of World Health Organization* 2006; 84(11):884–89.
11. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO, 2007. At: www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
12. Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, 2007. Economic Development and Poverty Reduction Strategy, 2008–2012. At: <http://www.minecofin.gov.rw/ministry/key/edprs>.
13. Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, 2000. Rwanda vision 2020. At: <http://www.minecofin.gov.rw/ministry/key/vision2020>.
14. Hong R, Ayad M, Ngabo F. Being insured improves safe delivery practices in Rwanda. *Journal of Community Health* 2011;36(5):779–84.
15. Kayongo M, Butera J, Mboninyibuka D, et al. Improving availability of emergency obstetric care services in Rwanda: CARE's experiences and lessons learned at Kabgayi Referral Hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006;92(3):291–98.
16. Rwanda 2005: results from the Demographic and Health Survey. *Studies in Family Planning* 2008;39(2): 147–52.
17. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of World Health Organization* 2011;89(2):153–56.
18. Rwanda Ministry of Health. National Health Accounts, 2006, with HIV/AIDS, Malaria and Reproductive Health Subaccounts. Kigali: MOH, 2008. At: <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1992/>.
19. Rwanda National Institute of Statistics, Ministry of Health, ORC Macro. Rwanda Demographic and Health Survey 2010: final report. At: <http://www.statistics.gov.rw/publications/demographic-and-health-survey-2010-final-report>.
20. Rwanda Ministry of Health, 2011. Annual report 2010–2011. At: http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_d o c m a n & t a s k = d o c _ d e t a i l s & g i d = 3 0 3 & i t e m i d = 1 4.
21. Rwanda National Institute of Statistics, Ministry of Health and ORC Macro Calverton, Maryland USA. Rwanda Demographic and Health Survey 2005: final report. At: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR183-DHS-Final-Reports.cfm>.
22. World Health Organization. World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. At: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.
23. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: 2010 Revision. Updated 20 October 2011. At: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
24. Rusa L, Ngirabega JDD, Janssen W, et al. Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres:

- three-year experience. *Tropical Medicine & International Health* 2009;14(7): 830-37.
25. Saksena P, Antunes AF, Xu K, et al. Mutual health insurance in Rwanda: evidence on access to care and financial risk protection. *Health Policy* 2011;99(3): 203-09.
26. Schmidt JO, Mayindo JK, Kalk A. Thresholds for health insurance in Rwanda: who should pay how much? *Tropical Medicine & International Health* 2006;11(8): 1327-33.
27. Vogel L. Rwanda hikes premiums in health insurance overhaul. *Canadian Medical Association Journal* 2011; 183(13):E973-74.
28. Rwanda Twubakane decentralization programme & USAID. Good governance and Health: assessing progress in Rwanda. April 2009. At: www.intrahealth.org/...governance-and-healthassessing.../goodgovan...
29. De Brouwere V, Richard F, Witter S. Access to maternal and perinatal health services: lessons from successful and less successful examples of improving access to safe delivery and care of the newborn. *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(8):901-09.
30. Wakabi W. Rwanda makes health-facility deliveries more feasible. *Lancet* 2007;370(9595):1300.
31. Kayongo M, Rubardt M, Butera J, et al. Making emergency obstetric care a reality: CARE's experiences in areas of high maternal mortality in Africa. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92(3):308-19.
32. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of World Health Organization* 2011; 89(9):695-98.
33. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, et al. Performance based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Affairs (Millwood)* 2011;30(8):1518-27.
34. Dhillon RS, Bonds MH, Fraden M, et al. The impact of reducing financial barriers on utilisation of a primary health care facility in Rwanda. *Global Public Health* 2011;1-16. At: <http://millenniumvillages.org/files/2011/08/Dillon-article.pdf>.
35. Schneider P. Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda. *Social Science & Medicine* 2005;61(7):1430-38.
36. Schneider P, Hanson K. Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda. *Health Economics* 2006;15(1):19-31.
37. Twahirwa A. Sharing the burden of sickness: mutual health insurance in Rwanda. *Bulletin of World Health Organization* 2008;86(11):823-24.
38. Richard F, Witter S, de Brouwere V. Innovative approaches to reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. *American Journal of Public Health* 2010;100(10):1845-52.
39. Kalk A, Amani FP, Grabosch E. "Paying for performance" in Rwanda: does it pay off? *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(2):182-90.
40. Kantengwa K, De Naeyer L, Ndizeye C, et al. Performance based financing in Rwanda: what happened after the BTC-experience? [Letter]. *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(1):148-49.
41. Meessen B, Musango L, Kashala JP, et al. Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health* 2006; 11(8):1303-17.
42. Meessen B, Kashala JP, Musango L. Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare District, Rwanda. *Bulletin of World Health Organization* 2007; 85(2):108-15.