

الفصل العاشر

أطباء حفاة والسياح الطبيون

محاولات سدى لمواجهة حاصد الأرواح المتجهّم

في خارج المدينة التي كانت العاصمة القديمة لكازاخستان توجد منطقة تُعدّ مكان ولادة التفاح. ويبحث علماء النبات حالياً في أشجار التفاح البرية في الغابات النائية في المنطقة، ليكتشفوا أنواعاً من التفاح تقاوم المرض مقاومة عالية. وفي الحقيقة أن الاسم السابق للعاصمة القديمة، وهو ألمآتا، (وهو الآن ألماتي)، يعني بالترجمة ”أبو التفاح“.

وعلماء النبات ليسوا الباحثين الوحيدين في ألمآتا. ففي شهر أيلول/سبتمبر من العام 1978 استضافت ألمآتا مؤتمراً دولياً للصحة حضره 134 بلداً و 67 منظمة دولية. ومن ذلك المؤتمر جاء بيان ألمآتا، الذي نص على أن ”على الحكومات مسؤولية من أجل صحة شعبها“ إلى ”مستوى الصحة الذي يسمح للشعب أن يعيش حياة منتجة اجتماعياً واقتصادياً“. وتعهد المشاركون في المؤتمر بالالتزام بالرعاية الصحية الأولية التي كانت قد ترددت في الشعار ”الصحة للجميع بحلول العام 2000“¹.

بعد ثلاثين عاماً تامة تقريباً مازالت أهداف مؤتمر الصحة في ألمآتا بعيدة عن التحقق على نحوٍ محزنٍ في الصين وفي الهند. ويصف أتول غاواندي، وهو جراح في بريغهام وفي مستشفى النساء في بوسطن، مستشفى عاماً في بلدة أسلافه ناندير، على بعد أربع مئة ميل شرقي مومباي، فيقول: ”غرف الفحص أفران في حرارة الصيف. والدهان يتقشر عن الجدران في شرائح خشنة محرززة. والبالوعات مبقعة باللون البني والحفريات لا تعمل. وفي كل غرفة طاولة معدنية، وبعض الكراسي، ومروحة سقف ذات أزيز، ومربعات من الورق المقطع تحت حجر لكتابة الوصفات الطبية، وحشد من أربعة مرضى، أو ستة، وأحياناً من ثمانية يتحايلون من أجل الحصول على الانتباه. ويجري الفحص خلف ستارة

من خرقة رقيقة فيها ثقب واسعة". والأطباء الذين يعملون في هذه الظروف يجب عليهم العناية بعدد من مئات الناس في كل يوم، والكثير من الناس يحتاج إلى العناية الجراحية، وأجنحة المستشفى مزدحمة إلى أقصى سعة لها².

بالمعايير الهندية تعمل المستشفيات العامة في الصين على نحو جيد معقول. فهي نظيفة، وخالية من حشود المرضى، وتدار على نحو حسن. ولكن حتى العام 2003 كان ما يقارب 80% من سكان الصين الريفية، وهو ما يساوي تقريباً 640 مليون نسمة، لا يزالون يفتقدون التأمين الصحي. وفي قائمة من 191 دولة عضو مرتبة بحسب إجمالي الوضع الصحي لشعوب الدول الأعضاء، وضع تقرير منظمة الصحة العالمية للعام 2000 الصين في الترتيب 81 والهند في الترتيب 134. وعلى أساس التوزيع المتساوي للصحة، وضع التقرير نفسه الصين في الترتيب 101 ووضع الهند في الترتيب 153³. وعلى الرغم من أن الهند تملك عدداً من الأفراد ذوي الجاذبية القيادية المتميزة الذين يشدون العزم بعملهم في مقاولات الاستثمار في القطاع الخاص. كان فشل القطاع العام الصحي، هو السائد إلى أبعد حد، وهو فشل ينخلع له القلب بشكل كامل.

ولتعقيد الصورة، فقد بدأت الهند في تقديم عناية صحية من مستوى عالمي ممتاز لأولئك الذين يقتدرون على التكاليف، ومن جملتهم الأجانب من الغرب. فحين يطير الأوروبيون والأمريكيون إلى الهند من أجل إجراء جراحات معقدة، تحتاج إلى مهارة عالية وتكلف قسماً مما تكلفه هذه الإجراءات في الوطن، لا يتسلم هؤلاء الأجانب قلباً أو وركاً مصلاًحاً فقط، لكنهم يتسلمون أيضاً صورة عن الهند تمت مراجعتها. فلم يبق هؤلاء الغربيون قادرين على التمسك بالصورة النمطية للهند بوصفها بلداً ضربه الفقر ومسكون بالبقر. السياحة الطبية تقوم بتغيير أفكار الغربيين بشأن ما عبر عنه كيبينج عن "عبء الرجل الأبيض".

جراح قلب الأم تيريزا

يظهر الدكتور ديفي شيتي بمظهر شخصية أنيقة. وقميصه المنشئ الثابت، وحمالات البنطال مثل رجل من الوول ستريت، والحذاء الأسود اللامع، والمرسيدس الفخمة تبدو

كلها في غير المكان المناسب على الطريق المغطى بالغبار خارج بنغالور. وفي أثناء السوافة إلى مستشفى نارايانا هرودا ايلايا، ويعني اسمه بالسنسكريتية مستشفى رحمة الله، أمضى الدكتور شيتي ساعة كاملة يشرح لي رؤيته من أجل تحسين صحة فقراء العالم، وهو ما سماه جعلُ العناية الصحية مثل وول مارت، أو "وَلْمَرَّتَّة" العناية الصحية. ومثل بيع المفرق الضخم على مستوى العالم كله، يهدف الدكتور شيتي إلى تخفيض تكلفة تقديم المنتج، وهو العناية الصحية، تخفيضاً جذرياً، وبعدئذ يخطط لتقديم الخدمات بسعر أخفض إلى مئات الملايين من المستهلكين. وفكرة الدكتور شيتي هي أن يدفع تكلفة الرعاية الصحية نحو الانخفاض بطريقة مؤثرة جداً إلى درجة ستصير معها التكلفة سلعة يقتدر الجميع على الوصول إليها. قال لي: "أنظر" وهو يشير باتجاه المدينة الإلكترونية والإنفوسيس، وهي واحدة من شركات الهند القائدة لخدمات البرمجيات، "إنهم من مرتبة عالمية؛ لأن نوعيتهم تستمر في الصعود مع نزول تكلفتهم. الرعاية الصحية وحش غريب، فعلى الرغم من كل التقانة الجديدة، تستمر التكاليف في الصعود. هذا تناقض غريب. نحن خارجون لنعارض ذلك الاتجاه. نحن لا نستطيع قبول ترك الجماهير محرومة من العناية الصحية الثالثة العالية في القمة".

وبما أنني أكاديمي تعتريني الشكوك، فقد أمطرته فوراً بالأسئلة. كيف تتشابه معدلات النجاح التي تحققها إجراءاته الطبية مع مثيلاتها في المستشفيات في الغرب؟ كم هبطت بالفعل تكاليف ما قبل الإجراءات الطبية في مستشفى؟ هل نجح المستشفى في اجتذاب المزيد من الجراحين الذين يشاركونه في رؤيته؟ وهو يمتلك كل أنواع الإجابات، ويجب وهو مسلح بملء قبضات اليد من الورق الذي يحمل البيانات والجداول، ولكنه يقول لي أيضاً: "معظم الأشياء التي تستحق العمل في العالم كانت قد أعلنت أشياء مستحيلة قبل أن يتم عملها". إن من الصعب ألا نتأثر بحماسة جراح القلب صاحب الشخصية الجذابة.

حين مشينا عبر الباب الأمامي من المستشفى، أحاط حشد من المرضى وعائلاتهم بالدكتور شيتي، وكان معظمهم من الفقراء وجميعهم شاكرون؛ لأنهم لم يستبعدوا من

مستشفى يملك أعلى درجات التقدم في مجاله، وهم لا يستطيعون في العادة احتمال تكاليفه. وتواصل مع كل شخص بحرارة، وهو يصغي إلى المحن الفردية، ويجعل الموقف يبدو وكأنه كان يمتلك وقتاً بلا نهاية. وداخل المدخل الرئيس، دهشت حين وجدت قسماً من النوافذ مخصصة للحصول على تأشيرات، وهي تشبه كثيراً تلك الموجودة في مكاتب الحكومة. وهي على ما يبدو في الظاهر في غير مكانها في مستشفى في جنوب الهند، بعيداً عن أي حدود، وهذه الخدمة جزء من الوصول إلى المرضى. وشرح لي الدكتور شيتي، فقال: "نحن أقمنا نظاماً لنكون مطلعين مباشرة إذا كان هناك شخص في باكستان يحتاج إلى العلاج، كي نستطيع أن نسرّع الأعمال الورقية المتصلة بالتأشيرة لنأتي بالمرضى إلينا". الهند وباكستان كانتا جارتين ليستا على علاقات ودية، في أثناء العقود القليلة الماضية، وهذا يعقد عملية الحصول على تأشيرة. الدكتور شيتي الذي عالج فتاة باكستانية شابة قبل بضع سنوات مجاناً، يُحتمل أن يكون بعمله هذا قد فعل لبث الدفء في القلوب الجماعية للأمتين المتبارزتين أكثر مما فعله الدبلوماسيون المتصلبون في عقد من الزمان من الجهود المبذولة.

وأشار الدكتور شيتي إلى ملمح آخر من وصول المستشفى إلى المرضى، وهو معبد دائري خارج المدخل الرئيس تماماً. ووصفه بأنه مقسم إلى أربعة مربعات مستقلة متساوية، وكل مربع مكان للصلاة والتأمل لواحد من الأديان الأربعة الرئيسة للمرضى وأهلهم في السكان، وهم "الهندوس، والمسلمون، والنصارى، والسيخ". ولتمثيل رمزية وحدة الإيمان الإنساني، تتلاقى المربعات الأربعة عند مركز المعبد.

حين وصلنا مكتب الدكتور، دخل رجل مسن وهو يترنح إلى الغرفة، وهو مسن بما فيه الكفاية ليكون والداً للدكتور شيتي، دخل مسنوداً من ابنه، وسقط، بصعوبة بالغة، عند قدمي الدكتور. وفي الهند يُعدّ لمس قدمي شخص إشارة احترام، وهي مخصصة للأصدقاء المسنين القريبين جداً أو للأقارب أو للقادة المبعجلين. وقد فعل الرجل المسن تلك الإشارة إلى حد ما اعترافاً بمهارة الدكتور شيتي بوصفه جراحاً، ولكنه فعلها إلى حد أكبر ردّ فعل على زيادة رحمة الدكتور.

بدأ الدكتور شيتي تدريبه الجراحي في مستشفى في البلدة الصغيرة مانغالور وأكمل تدريبه بست سنوات في مستشفى غوي في لندن. ثم عاد إلى الهند، إلى مستشفى في كلكتا، وفيه اعتنى بالأم تيريزا، الراهبة الألبانية المولدة التي فازت بجائزة نوبل للسلام وطوّبت قديسة من الكنيسة الكاثوليكية. وقال لي الدكتور شيتي: ”أنا أعتقد أنها وعلى نحو مفرد مسؤولة عن الكثير مما حققته. وبشكل ما، وعلى الرغم من أنني رجل علمي ولا أتوقع أن أجد الله، فقد كانت مقابلتها تقريباً مثل مقابلة غير متوقعة مع مخلوق رائع رباني“.

في كلكتا، البلد الذي سمع فيه الدكتور شيتي لأول مرة ”النداء“ إلى الخدمة، أسس مستشفى قلب ومؤسسة قلب. ولكن قلة كان يمكن أن يتخيلوا أنه سيستمر لإقامة واحدة من أفضل وحدات جراحة القلب للأطفال في العالم في بنغالور، على حسابه ومن دون مساعدة الدولة، دع عنك أن يقدم خدمة كاملة للرعاية القلبية في مقابل جزء من الأسعار المشهودة في الغرب. وأسعار الجراحات التقليدية في مستشفى الدكتور شيتي أسعار منخفضة انخفاضاً كبيراً مقارنة مع الأسعار الموجودة، لا في العالم المتقدم فقط بل في مستشفيات الهند الخاصة القائدة الأخرى أيضاً. وكان الدكتور شيتي سريعاً في الإشارة إلى ذلك بالقول: ”أرقام أدائنا جيدة مثل أفضل ما يكون. ونمتلك نظام قياسات أفضل من المستشفيات الموجودة في ولاية نيويورك، وقد بدأ الأطباء المقيمون المتمرنون من كل أنحاء العالم يأتون ليتعلموا من الأساليب التي طورناها“.

كيف يكون هذا ممكناً؟ كيف يستطيع مستشفى على أعلى مستوى من التطور الطبي في ضاحية يعلوها الغبار من بنغالور أن يقدم رعاية صحية من مرتبة عالمية، ويعمل في مقابل جزء من تكلفة المستشفيات المجهزة تجهيزاً مشابهاً له، ولا يكلف المرضى شيئاً؟ على مر السنين قضيت ساعات أناقش هذه الأسئلة مع الدكتور شيتي في مكتبه عادة، وهو يرتدي الزي الموحد للمستشفى، المكون من ملابس الجراحة المعقمة، وفي مكتبه نكون محجوبين عن ضجيج المرور. المرور في الهند كثير الضجيج جداً جداً. السائقون يستندون على أبواب التنبيه في السيارة استناداً مضطرباً جداً، حتى إنه ما من أحد يعطي انتباهاً

لصوت أبواق التنبيه الصاخبة باستمرار. داخل مكتب الدكتور شيتي، يسمح لنا السلام والهدوء أن نفكر بوضوح وأن نصغي جيداً، وهي فرصة نادرة مثل ندرة المستشفى الذي بناه الدكتور شيتي.

عوامل عديدة تجعل مستشفى العناية الرحيمة للدكتور شيتي مستشفى ممكناً. فالمعدل العالي لمرض القلب الخَلقي بين الهنود، يضاف إلى عدد ضخم من السكان يعاني من نقص مزمن في الخدمات، يجتذب تياراً مستمراً من جراحي القلب إلى مستشفى نارايانا هروداياالايا، مستشفى رحمة الله. والممارسة بلا هوادة في العمليات على آلاف من المرضى قد خفضت تكلفة وحدة الإجراءات الطبية تخفيضاً جذرياً. وقال الدكتور شيتي: ”أنواع الإجراءات المتقدمة التي نفذتها مرات قليلة في الشهر في الغرب أعملها هنا في الغالب مرات عدة في اليوم“. ويتكون فريقه من أطباء وجراحين من أصل هندي، يمتلكون خبرة العمليات في شمال أمريكا، أو في أوروبا، أو في مستشفيات الأثرياء في الشرق الأوسط الغني بالنفط. ورواتبهم المنخفضة نسبياً تعوضها إلى درجة ما التكلفة المنخفضة للمعيشة في الهند، وأهم من ذلك تعويضها الراحة في تشتتهم لعائلاتهم في الألفة الثقافية لأرض الوطن.

إن نظاماً مالياً صارماً يضبط المالية في مستشفى رحمة الله. فكل مريض يتلقى النوعية نفسها من الرعاية الأساسية، على الرغم من أن المرضى من ذوي اليسار لديهم خيار الدفع من أجل رفاهية مثل الغرف الخاصة. وهؤلاء الذين يدفعون أسعاراً أعلى يعينون مالياً المرضى الذين لا يستطيعون. وتراقب توازنات المال النقدي الحاضر لضمان إدامة توازن قابل للحياة بين المُعِينين والمُعَانين. ويخضع المرضى لإجراءات منضبطة حكيمة حين يحتاجون إلى رعاية مستعجلة، ويملكون الموارد للدفع في مقابل تلك الرعاية. والنتيجة الصافية للتركيز على تدفق المرضى هي أن المرضى الفقراء، بشكل عام، لا يستبعدون. حين قد يكون من الممكن أن يستبعدوا، تغطي بعض المؤسسات الخلفية التكلفة. نسخة الدكتور شيتي عن الإحسان هي نسخة تتركز على الأعمال التجارية، ولا تعتمد تقريباً على أي عون مالي. واستمرار توسع المستشفى، إذ يضاف في كل عام طابق

مجهز بأحدث التجهيزات، يمول من المال النقدي الحاضر المتولد داخلياً. والنتيجة هي مستشفى تخصصي عالي الجودة النوعية، وليس منظمة تقدم عناية الضمادة اللاصقة لغرفة إسعاف تغص بالناس الذين يرتدون ملابس متواضعة. التجهيزات من أعلى مستوى طبي، وهي في الغالب غالية الثمن جداً. وقد أخبرني الدكتور شيتي، قائلاً: ”أنا لا أريد أن يقول الناس: إن الفقراء لا يستحقون العناية العالية النوعية“.

قبل سنوات عدة طلب أعضاء تعاونية حليب محلية العون منه، ليساعدهم على الحصول على الرعاية الصحية لعائلاتهم. وأدرك الدكتور شيتي أن هذا الطلب كان فرصة ليساعد مجموعة كبيرة ومنظمة من الناس ذوي الدخل المتوسطة والمنخفضة الذين كانوا مدة طويلة غير قادرين على الوصول إلى الرعاية التي كانوا يحتاجون إليها. في العام 2002 تصور وأقنع بتصوره حكومة ولاية كارناتاكا أن تطلق مشروع بيشاسفيني، وهو بوليصة تأمين صحي تشمل 1,7 من ملايين الفلاحين وعائلاتهم، وصارت البوليصة صالحة للعمل في العام 2003. وجميع الفلاحين الذين يكونون أعضاء في أي تعاونية في الولاية لمدة ستة أشهر على الأقل يستحقون أن يشاركوا، بغض النظر عن تواريخهم الطبية. وفي مقابل ما يساوي تقريباً أحد عشر سنتاً في الشهر، كان حملة البطاقة يملكون الوصول إلى العلاج المجاني في أربع مئة مستشفى في تسع وعشرين مقاطعة من الولاية من أجل أي إجراءات طبية تكلف ما يصل إلى 100,000 روبية (2,200 دولار). وتسهم الحكومة بنسبة 50% من إسهامات الفلاحين. ومن بين سلسلة العلاجات المتوافرة توجد الرعاية القلبية في مستشفى رحمة الله للدكتور شيتي. وجمال المخطط هو أنه ينتفع بفيض المستشفيات التي بنيت نتيجة للحوافز السابقة المنحرفة التي قدمتها حكومة الولاية.

أصر الدكتور شيتي على أن أرافقه في زيارته اليومية إلى منشأة الطب من بعد في المستشفى، وهي المنشأة التي تستخدم فيها التقانة لتقدم الرعاية القلبية الأساسية للسكان الريفيين الذين يعانون نقصاً في الخدمة المقدمة لهم. وشرح لي: ”لو أن مريضاً يعاني من ألم في الصدر يدخل ليرى طبيباً عاماً، وهو الطبيب الوحيد الموجود في المنطقة الريفية، فإن الطبيب يظن عادة أن الألم من سوء الهضم، ولذلك فسيعطي المريض

مضاداً للحموضة ويصرفه إلى البيت. بعد أربع وعشرين ساعة يفشل القلب، وقد يكون الأمر متأخراً جداً“. وقد أقيمت تسع وحدات عناية بالشرايين التاجية عبر الهند، وكل وحدة مجهزة بالأسرة، والأدوية، والحواسيب، وبآلات تخطيط كهربائية القلب، ووسائل عقد مؤتمر عن طريق الفيديو، وهيئة الموظفين الفنيين المدربين لتشغيل التجهيزات. فحين يزور مريض وحدة العناية بالشرايين التاجية يقوم الطبيب المناوب في العمل أولاً بعمل مخطط لكهربائية القلب، ويتم إرسال المخطط إلى طبيب اختصاصي في مستشفى رحمة الله أو إلى المستشفى الموجود في كلكتا الذي أسسه الدكتور شيتي. ويسمح برنامج من البرمجيات لصور مخطط كهربائية القلب أن يخضع للمسح والإرسال من خلال اتصال الإنترنت. ومع وجود المريض والطبيب على الشاشة، يشخص اختصاصي القلب الحالة وينصح الطبيب بشأن العلاج المناسب، ومن جملة الترتيب من أجل النقل المحتمل للمريض إلى مستشفى كبير. وفي المناطق النائية جداً من دون تسهيلات عقد المؤتمرات بالفيديو، يستطيع الأطباء، مع ذلك، أن يستخدموا برمجيات شبكة من نحو مئة طبيب عائلة لبت صور مخطط كهربائية القلب من أجل التشخيص في مستشفى رحمة الله.

ولاحظ الدكتور شيتي: ”حين يكون الرجل في الأسرة هو الذي يعاني المشكلة القلبية، فأنا أجد دائماً أن من الأفضل التحدث إلى المرأة التي ترافقه. فالنساء هن اللواتي يتولين المسؤولية حين تصل الأمور إلى المسائل الصحية. الرجل لا يستطيع أن يعالج خطورة المشكلة، فهو إما سينكر المشكلة أو يسقط منهاراً من اليأس“. إن هذا النوع من الحساسية تماماً للنسيج الاجتماعي هو الذي يكون المفتاح لنجاح الطبيب. وبالمقارنة، من الإنصاف أن نقول: إن معظم الهند المؤسسية الشركاتية لا تعترف بالدور البارز للمرأة في دعم الأسرة الهندية.

وقبل أن تصل زيارتنا إلى نهاية، يضع الدكتور شيتي، وهو يبدو أفتى بعقد كامل من سنواته الخمسين، رؤيته للمستقبل، فيقول: ”رؤيتي هي إنشاء نموذج اقتصادي جديد للرعاية الصحية، وضمن نصف قطر من أميال عدة، نريد أن نبني مدينة صحية لها سعة تصل إلى خمسة آلاف سرير وإلى معالجة كل شيء: الأورام، والعيون، والأعصاب،

والكلى، والعظام، ويخدم فيها مستشفى رحمة الله بصفته عموداً فقرياً للمدينة“ .
وتبسم الدكتور، وكأن ذلك ليؤكد لي أن هذا الواجب الضخم كان ضمن قبضته، وقدم
هذا التعليل: ”نحن وصلنا إلى هضبة في تخفيض التكلفة عن طريق زيادة حجم العمليات
الجراحية. والزيادة السنوية في الإجراءات الطبية هي الآن صغيرة، ولكن مواردنا مازالت
تحت مستوى الاستخدام التام ومنها آلاتنا، وقسم التعقيم، وبنك الدم... إلخ، ويمكن أن
تستخدمها مستشفيات أخرى داخل المدينة الصحية، وهذا ما سيدفع بتكاليف الوحدة
إلى مستوى أخفض أيضاً“ .

بعد عامين فقط حين رجعت إلى زيارة الدكتور شيتي، كان تطور المدينة الصحية قد بدأ
من قبل، مع وجود وحدتين تخصصيتين قد اكتملتا، وهما: وحدة للعيون والأخرى للعظام،
ويجري شق الأرض لتخصصات قليلة أخرى كذلك. وفي العام 2006 اعترف المنتدى
الاقتصادي العالمي، بالدكتور شيتي بوصفه رجل الأعمال الاجتماعي المستثمر للعام بالنسبة
إلى المنتدى. ولم يسافر الدكتور إلى بلدة المنتجع السويسري دافوس ليتسلم جائزته، مع
ذلك، لقد كان الدكتور شيتي مشغولاً جداً يجري عمليات ويبني مستشفيات في بنغالور.

وعود الصحة الهندية المنكوثة

وسوء الإدارة والإدارة السياسية الضعيفة

أعمال المقاولات الاستثمارية في القطاع الخاص مثل أعمال ديفي شيتي استثناء وسط
إخفاق القطاع العام الصحي الهندي، الذي تكون فيه الرعاية الصحية الأساسية للفقراء
الريفيين إما غير موجودة، أو لا يمكن الاقتدار عليها، أو دون المستوى المقبول، أو كل
الثلاثة جميعاً. وعلى نحوأساوي، فإن قصة الرعاية الصحية للهند المستقلة هي قصة
الوعود المنكوثة، والإرادة السياسية الضعيفة، وسوء الإدارة لموارد هي في الأصل موارد
هزيلة. وقد تحدثت عن هذه المسائل مطولاً مع عالم الاجتماع رايف دوغال، وهو منسق
لجماعة البحث والدفاع الصحيين في (مركز التحقيق في الصحة والموضوعات المتصلة
بها) المعروف بحسب الحروف الأولى من كلمات عنوانه باختصار (سيهات). وهذا
الاسم المختصر يعني في الهندي على ما يبدو ”الصحة“⁴.

في العام 1946، بعد قليل من الاستقلال، أصدرت الحكومة تقريراً عن لجنة بهور، التي كانت قد شكلت في العام 1943 لتحليل نظام الهند الصحي العام ولتقدم التوصيات عن ذلك النظام. وقد شدد التقرير على حاجة الهند إلى الطب الوقائي والرعاية الصحية الشاملة، وأثنى على حشد الجمهور، وأعاد توكيد إيمان الحكومة بالمراكز الصحية الأولية بوصفها حجر الزاوية للرعاية الصحية الريفية. وأوصى التقرير بتأسيس مركز صحي أولي واحد لكل مجموعة من السكان من عشرة آلاف نسمة إلى عشرين ألف نسمة، ويزود كل مركز بخمسة وسبعين سريراً، وبسبعة أطباء، وبست ممرضات صحة عامة، وبسرير واحد لكل 175 نسمة من السكان. وكانت لجنة بهور قد تأثرت بنهرو الذي كان مفتوناً بحب الطب الغربي، ولذلك لم تتخيل اللجنة دوراً للطب التقليدي الهندي.

وقال لي دوغال: ”كان تقرير لجنة بهور شاملاً بشكل منصف وخطة جيدة. وبهور أوصى، بشكل أساسي، بأن ما يقارب 2% من مجمل الإنتاج المحلي يجب أن يصرف على الصحة، وهي نسبة كانت تساوي ما يقارب 15% من الإنفاق الحكومي. ومن حيث هي نسبة مئوية من الدخل القومي، فهي لم تكن كبيرة إلى حد ما. وكان من الواضح أيضاً أن تقرير بهور كان قد تأثر بالنظام السوفيتي، ولكنه استمد أيضاً من نظام بريطانيا الصحي القومي“.

رؤية لجنة بهور بقيت رؤية فقط. فالموارد والإرادة السياسية لم تدعمها. ووفقاً لما قاله دوغال: ”كانت هناك إشارات مشؤومة من البداية. ففي أول مؤتمر لوزارة الصحة في العام 1948، صرح الوزراء بأن الولايات بكل بساطة لم تكن تملك المال لتنفيذ مقترحات بهور“. وقامت حكومة حزب المؤتمر بتنفيذ نسخة مخففة من توصيات اللجنة، فأنفقت 5% فقط من عائدات الحكومة على الصحة في مقابل النسبة الموصى بها وهي 15%. وزيادة على ذلك، وبدل إنشاء خطة سياسية قومية شاملة، كان تقديم العناية الصحية مستغرقاً في خطط السنوات الخمس على الطراز السوفيتي⁵.

وقال دوغال: ”ظهرت مشكلات أخرى طوال السبعينيات من 1970. ومولت الحكومة المركزية برامج على المستوى القومي لتستأصل أمراضاً معينة مثل، السل، والملاريا،

والجدري. ولكن هذه البرامج قللت جودة الرعاية الصحية الأساسية، بدلاً من إكمالها، بسبب عدم وجود خطة شاملة. واليوم عادت أمراض مثل السل، والملاريا. ولم يُعَرِّ صناع الخطة السياسية انتباهاً لمراكز الصحة الأولية إلا حين كان فعل ذلك يقدم جداول أعمالهم السياسية.

وتابع دوغال يقول: ”وأكبر مشكلة، طفت على السطح في الستينيات من 1960 ولكنها اكتسب الزخم في الواقع في السبعينيات من 1970، كانت في الحقيقة مشكلة أن الدولة الهندية صارت مستغرقة بالتخطيط الأسري، لأنها اعتقدت أن كل مساوئ المجتمع كانت بسبب زيادة السكان المفرطة. وبدؤوا يطبقون حصص التخطيط الأسري“. وأضاف أن هذا التحول الإيديولوجي وتحول البرنامج كان أشد ما يكون إضراراً بمراكز الرعاية الصحية الأولية، التي دُفعت بعيداً عن واجبها الأولي من تقديم الرعاية الصحية الأولية الأساسية إلى تحقيق أهداف التخطيط الأسري. وحين تحرك المسؤولون الصحيون للوفاء بأهداف السكان، وشرعوا في نهاية الأمر بحملات التعقيم القسري، صار يُنظر إلى مراكز الصحة الأولية بأنها مراكز تخطيط الأسرة فقط. وعلق دوغال: ”هذه السياسة أفقدت مراكز الصحة الأولية الثقة بها بشكل كامل ودمرت صورتها في المناطق الريفية. وكان السؤال الأول على قسيمة تسجيل في مركز الصحة الأولية يسأل: هل سبق لك أن عقت ؟ أو هل تستخدم أي مانع حمل من أي نوع آخر؟“.

وكانت اللطمة الأخيرة هي أن حكومات الولايات، لا الحكومة المركزية، هي التي حُوِّلت المسؤولية الرئيسية من أجل العناية الصحية. والولايات والمقاطعات التي تعاني من أفقر حالة صحية، مالت أيضاً إلى أن تكون هي التي تملك أفقر بنية تحتية صحية. وزيادة على ذلك، لم تركز الولايات جهودها في الرعاية الوقائية، ولكنها كانت باستمرار تلعب إستراتيجية التركيز في الرعاية الشفائية.

ولم ينكشف أخيراً عجز البيروقراطية الهندية عن إنشاء نظام رعاية صحية قابل للحياة، إلا بعد العام 1978، حين انعقد مؤتمر ألمآتا الصحي. فالهند تلقت هزة فجائية دفعتها إلى العمل. ولاحظ دوغال: ”وهكذا، ففي العام 1983، بعد ثلاثة عقود تقريباً من الاستقلال، أعد الهنود خطتهم الأولى للسياسة القومية الصحية“.

ويشير دوغال إلى السنوات اللاحقة لتعهد أمأتا في العام 1978 بشعار "الرعاية الصحية للجميع" بوصفها سنوات "العصر الذهبي للصحة العامة في الهند". فحين أعيد انتخاب إنديرا غاندي رئيسة للوزراء في العام 1981، أدركت أن التركيز في المناطق الريفية كان أمراً جوهرياً. وأعيد إحياء برنامج الحد الأدنى من الحاجات.

وتابع دوغال: "في مهاراشترا، على سبيل المثال، كان هناك بالفعل مركز رعاية صحية أولية واحد لمجموعة من السكان من ثلاثين ألف نسمة. وكان هذا قريباً إلى القدر الذي كنا عليه سابقاً قريين من معدلات بهور، وحدث هذا الحال في ولايات أخرى. وزيادة على ذلك، إذا أراد المرء أن يحلل بيانات الإنفاق الصحي، فهو يستطيع أن يرى أن الأرقام بوصفها نسبة مئوية من مجمل الإنتاج المحلي قد وصلت ذروتها في خلال الثمانينيات من 1980. وهبطت معدلات الوفيات، وزاد العمر المتوقع، وهبطت التفاوت بين الريف والحضر".

خطة سياسة العام 1983 أنشأت نوعين إضافيين من وحدات الرعاية الصحية. مراكز فرعية فيها عاملة مدربة واحدة للرعاية الصحية وعامل واحد مدرب للرعاية الصحية لكل خمسة آلاف شخص، وسيكون المركز الفرعي تحت إشراف مركز صحي أولي. وأنشئت أيضاً مراكز المجتمع الصحية، وهي جوهرياً مراكز صحية أولية رفعت درجتها. وكل مركز مجتمع صحي مجهز بثلاثين سريراً، وكان يقصد بها أن تخدم 80,000 ألفاً إلى 120,000 ألف نسمة وتعمل بصفة مركز إحالة ليخدم ما يصل إلى أربعة مراكز صحية أولية.

بعد عقد من الزمان، على كل حال، لم تكن الهند أقرب إلى التغطية الشاملة. وعلى سبيل المثال، في بيهار، وأوريسا، والبنجاب كانت نسبة القرى مع المراكز الفرعية منخفضة إلى 5%، وأقل من 30% من القرى كانت تملك الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية أو المستشفيات، في بيهار وغوجارات، ومادهايا براديش⁶.

لقد أظهرت الدراسات أن معظم مراكز الرعاية الصحية الأولية، التي مازال المقصود منها أن تكون هي الخط الأول للدفاع ضد المرض بين الهنود الريفيين، مستمرة

فإفتقادها للتجهيزات الطبية الأساسية. وكان هذا صحيحاً على وجه الخصوص فف أشد الولاءات فقراً. أقل من 20% من المراكز الصحية الأولية كانت تمتلك التجهيزات اللازمة لإنهاء الحمل طبيأ. وافتقد معظمها الأدوية الأساسية. فنسبة 15% فقط كانت تمتلك مخزوناً من أقراص الحديد والفوليك أسيد، و56% كانت تمتلك موانع الحمل، و61% كانت تمتلك لقاحات⁷.

فف العام 2000، وهو العام الذي كان يفترض ففه أن تكون الرعاية الصحية للجمع قد تم تأسيسها، وصلت النفقات على الصحة فف الهند، فف القطاعين العام والخاص، فف مجملها إلى 4,9% من مجمل الإنتاج المحلي. 1% فقط كان من مال الحكومة، وجاءت البقية من الجيوب الخاصة. وهكذا كانت الحكومة تتفق 4 دولارات سنوياً على الرعاية الصحية لكل هندي. وكان معدل وفيات الأطفال هو 68 لكل 1000 ولادة حية، وكان معدل وفيات الأمهات 407 نساء هنديات لكل 10,000 ولادة حية وهي نسبة من أعلى النسب فف العالم، أعلى من نسب الكثير من البلاد الإفريقية فف جنوب الصحراء⁸.

وبحلول العام 2000 كان قد صار واضحاً أيضاً أن فشل نظام الهند للرعاية الصحية كان يعزى، لا إلى الفقدان المطلق للاستثمار المالي فف البنية التحتية الصحية وحسب، ولكن إلى الحكم السيئ وعدم المساءلة أيضاً. والدليل على ذلك، دراسة للبنك الدولي بعنوان ”مفقود فف العمليات: غياب المعلم والعامل فف الصحة فف البلدان النامية“ أبرزت ما كان يشكو منه الهنود الريفيون طوال سنوات. وهو أن العاملين فف الرعاية الصحية لم يكونوا يوجدون فف أي مكان. ومعدل الغياب فف الهند كان بنسبة 40%، وهذا أسوأ من المعدل فف ثماني بلدان نامية أخرى. والفلاحون الذي يسافرون أميالاً إلى مستوصف لا يستطيعون الاعتماد على أن المهني الصحي سيكون موجوداً هناك لتقديم الرعاية الصحية لهم⁹.

وكان السكان الريفيون قد دُفعوا إلى البحث عن العون من القطاع الخاص. وعلى خلاف ما هو موجود فف الصين، استمرت الخدمات الصحية الخاصة فف الهند بالتعايش مع الرعاية الصحية العامة من البداية، ومع مرور الزمن صارت الخدمات الخاصة هي

قطاع الرعاية الصحية المهيمن. وبحلول أواسط الثمانينيات من 1980 استخدم أكثر من 80% من الهنود الريفيين القطاع الخاص من أجل الحصول على الخدمات للمرضى المراجعين الخارجيين بوصفه الخط الأول من العلاج في كل من المناطق الحضرية والريفية.

خدمات القطاع الخاص الريفية، على خلاف نظيراتها المبهرجة في الهند الحضرية، كانت غير كافية على نحو يبعث على الصدمة. فهي خدمات غير منظمة، ويسمحون فيها لفيض من الأطباء غير المدربين تدريباً كافياً والمرضات غير المدربات تدريباً كافياً أن يبدؤوا ملء الفجوة في هذا القطاع. وبالنسبة إلى هندي يعيش في فقر، كان متوسط المبلغ الذي يصرفه على الرعاية الصحية الخاصة أكثر من 200% من نفقة الاستهلاك السنوي لكل شخص¹⁰. ونتيجة لذلك، فقد وقع العديد من الأسر في الديون، وهذا بدوره منع إعادة الاستثمار في وسائل معيشتهم وفي تعليم أطفالهم، وفي إدامة دورة الاعتماد على الحاجة إلى المساعدة.

في المدن، كان القطاع الخاص للرعاية الصحية متميزاً بالهدر وبالتشخيصات الخاطئة. وأشار دوغال إلى أن الخطوط الموجهة التي تعطيها منظمة الصحة العالمية تنص على ألا يزيد على نسبة 15% من الولادات في السكان يجب أن تكون بالعملية القيصرية. وفي إحدى الدراسات في شيناي، كان لدى المستشفيات الخاصة معدل عمليات قيصرية بنسبة 50% مقارنة بالمعدل في المستشفيات العامة الذي يصل إلى 10%. ولاحظ زيادة على ذلك أن: ”القطاع الخاص للرعاية الصحية كان موجوداً إلى الأبد. والدولة أعانته بطريقتين على الأقل: الأولى بطريقة التعليم الطبي الرخيص على نحو مثير للسخرية الذي تقدمه الدولة. في التسعينيات من 1990 أنفقت الدولة ما يقارب مليوني روبية (50,000 دولار) لكل عام لتدريب طبيب، ويدفع الطالب 6,000 روبية فقط (150 دولاراً) في السنة، ومعظمها يذهب إلى الممارسة في القطاع الخاص، وليس هناك أي منفعة اجتماعية قطعياً. والطريقة الثانية، هي أن الدولة تُعين الأدوية، ولكن كانت

توجد منفعة اجتماعية هنا بسبب ضوابط السعر وبعض المساءلة في أن الدولة تطلب من الشركات الصيدلانية أن تحافظ على الأسعار منخفضة.“

هذه هي أنواع الإحصاءات المثبطة للزعزعة والكارثية التي تجعل ممارسة الدكتور ديفي شيبي لعناية طبية من المرتبة الأولى في نموذج عمل تجاري سليم، غير عادية بقدر ما تجعلها مثلاً يقتدى به.

أسرة الصحة الصينية النظيفة ولكن سوء تراصف الحدود العليا للأسعار

في العام 2005 زرت ثالث أكبر مستشفى في هينان، وهي واحدة من أفقر المقاطعات الصينية التي يسكنها ما يتجاوز مئة مليون نسمة. وكان السكان المحليون فخورين بمستشفى المقاطعة للرعاية الشاملة، الذي ظهر لي حسن الإدارة وأعلى تقوفاً إلى درجة كبيرة بالنسبة إلى المستشفيات العامة التي سبق لي أن رأيتها في الهند. كان المدخل يلمع نظافة ولم يكن مزدحماً بالناس. وقد أثار اهتمامي لوحة لنشرة إلكترونية فخمة نوعاً ما. وهي تحرك باستمرار أوصاف أي ترتيب لإجراءات طبية تفصيلية: من الإجراءات العادية جداً إلى المعقدة نوعاً ما، مع وجود السعر الخاص بكل إجراء مبيناً بوضوح على اللوحة.

وقريباً من بوابة المستشفى وضعت الصور الملونة لجميع الأطباء في المستشفى، مع كتابة أسمائهم ورتبهم، واختصاصاتهم بشكل واضح. وقيل لي: إن الاستشارة العادية تكلف أقل من يوانين (خمسة وعشرين سنتاً تقريباً)، ولكن المريض عند ذلك السعر لا يستطيع أن يختار طبيباً معيناً. وفي مقابل يوانات قليلة أخرى يستطيع الشخص أن يختار أن ينتظر طبيباً معيناً. أما الأطباء النجوم، الذين حملوا رتبة الأستاذية (بروفسور) فكانوا أغلى تكلفة. والمعلومات المتوافرة في بهو المستشفى وضحت توضيحاً تاماً ما ستكلفه الزيارة مع كل طبيب يقدم الرعاية الصحية، ووضحت أن الطبيب سوف يحتفظ بنسبة 40% من رسوم الاستشارة. إذا أخذنا في الحسبان هذا المستوى من الشفافية، وهي أكثر مما قد يراه المرء في أفضل المستشفيات حتى في بوسطن، فقد استنتجت أن استخدام الرشوة لكسب الوصول إلى طبيب معروف كان أمراً صعباً.

بالقرب من أحد المداخل الجانبية للمستشفى كانت هناك مناضد عدة معلمة بوضوح وفيها تجري أعمال الدم والفحوص المختبرية الأخرى. وكانت ممرضة تجلس إلى المنضدة، وتعرض أن تأخذ قراءة قياس ضغط الدم والحرارة مجاناً. وهناك سلسلة من النوافذ يستطيع الناس أن يدفعوا فيها في مقابل العلاجات باستخدام خيارات مختلفة من أشكال الدفع، وفي نوافذ أخرى تستطيع العائلات أن تحصل على المعلومات عن المرضى.

وحدقت في عدد من الغرف في المستشفى بقدر ما سمح لي مضيبي أن أنظر من دون أن أكون متطفلاً بشكل مكشوف. كانت الغرف نظيفة، وأحياناً وسخة قليلاً، ولكنها ليست قذرة رثة. وكانت الأسرة مرتبة بالشراشف التي ظهر أنها قديمة ورمادية ولكنها ليست ملطخة. ومعظم الغرف احتوت على ثلاثة أسرة. ويستطيع المرء أن يدفع أكثر للحصول على غرفة خاصة إذا توافرت هذه الغرفة، على الرغم من أن الأسبقية تعطى في الغالب للمرضى الذين يعانون من ظروف خطيرة. ولاحظت وجود عدد قليل من المرضى يستريحون في أسرة في الممرات، وذلك نتيجة، على ما يرجح، للازدحام الزائد، وهي حالة كانت عادية تماماً، حسب ما أخبرت. وأخيراً، كان هناك غرفة في الركن يسطع فيها نور الشمس يستطيع فيها المرضى أن يلعبوا الورق أو أن يشاهدوا التلفاز.

وضم ركن في الطابق الأول صيدليتين: إحدهما كانت تصرف أدوية غربية والثانية أدوية صينية تقليدية. وكانت هذه الأخيرة تحتوي على عشرات من الرفوف من الخشب الأحمر الغامق، وكل واحد منها يحوي نوعاً مفرداً من العشب، والمساعدون الصيدليون استخدموا موازين صينية لخلط الأعشاب في نسب موصوفة وصرها في ورق خشن أصفر مصنوع من القش. كلتا الصيدليتين كانت مشغولة بشكل متساوٍ. وعلى الرغم من أن الصيدليات الخاصة التي تعمل خارج نظام المستشفى موجودة فعلاً، كانت الصيدليتان الموجودتان في المستشفى تتمتعان بعمل كبير، وأكثر الصيدالة شهرة يبقون داخل نظام المستشفى.

ما زال الطب الصيني التقليدي يؤدي دوراً مهماً جداً في الصين. والهيكل المزدوج من صيدليتين شائع في المستشفيات. ومعظم الأدوية الصينية التقليدية أعشاب، على الرغم

من أن بعض المعادن والمنتجات الحيوانية توصف أيضاً. وأساسيات التشخيص في الطب الصيني التقليدي هي أن تراقب، وأن تسمع، وأن تشم، وأن تسأل عن خلفية المريض، وأن تقرأ النبض. وقد رافقت زميلي الصيني إلى عيادة طب صيني تقليدي. ولمس الطبيب رسغه من أجل معرفة نبضه. ونظر في لون لسانه، ثم وصف له عشبة ليأخذها إلى البيت وأن ينتعها في ماء في وعاء خزف خاص. واعتمد زمن الطبخ على المعادلة ولكنه يكون عموماً، في حدود نصف ساعة، ثم يقوم بعدئذ بتنقية المحلول. قبل أن يشربه ويتبعه بقطعة سكر؛ لمكافحة طعم المرارة.

وقمت أنا أيضاً بزيارة مستشفى محلي في الجوار، وهو أصغر بكثير من مستشفى المقاطعة. كان هناك ماسح وسخة ملقاة على الأرض في الممرات، وبعض الأجنحة غير المستخدمة كانت في حالة اضطراب. وكانت الحمامات وسخة، ومماثلة للحمامات الموجودة في المستشفيات الهندية العامة. ومع ذلك، فتتظيم المستشفى المحلي بدا لي مشابهاً لتنظيم مستشفى المنطقة. كانت صور الأطباء معروضة بوضوح مع بيان مؤهلاتهم وأجورهم، والنوافذ والمناضد كانت مجهزة بالموظفين بشكل مناسب، وقام الصيادلة بعمل نشيط.

وتناولت في تلك الليلة العشاء مع حفنة من الأطباء المحليين. وحين أخبرتهم بأن نظام الرعاية الصحية الذي لاحظته في الصين بدا لي أنه يقدم خدمات متفوقة على الخدمات المتوافرة في مستشفيات القطاع العام في الهند، أجب مضيئاً الصينيون أن الرعاية الصحية العامة في الصين حالياً أقل إلى حد بعيد مما كانت عليه فيما مضى. وفي معظم الحالات أسف الأطباء من أن أكثر من نصف دخلهم كان يعتمد على الإجراءات الطبية التي كانوا يوصون بها وعلى عوائد كانوا يتلقونها من الوصفات الطبية التي وجهوها إلى صيدلية المستشفى. وعلى الرغم من أنهم أقروا بأن نظام التعويض أدى إلى التهاود بالرعاية الطبية، وأن محاولة تغييره فوق طاقتهم وسيطرتهم. وكان الأطباء يعرفون أن تضخم السعر الناتج عن ذلك كان يعني أنه كان عليهم أن يستبعدوا المرضى، ولكن ذلك ساعدهم أيضاً على قبول الرشوة.

ونتيجة أخرى لهذا النظام هي أن المرضى يشعرون بعدم الرضا من الأطباء وبأنهم غير واثقين من أطبائهم. روى لي تلميذي في هارفارد، نوح فريدمان، وهو محب للصين يتحدث اللغة الماندرينية، وأمضى صيف العام 2005 في الصين يبحث ممارسات المستشفيات الصينية من أجل شركة أدوات طبية، قائلاً: ”من المفزع أن ترى أن المرضى في الصين لا يثقون بأطبائهم ببساطة. وفي صلب عدم الاتصال هذا تكون الحوافز المترافقة على نحو خاطئ. فالأطباء يدفع لهم على أساس عدد الإجراءات الطبية التي أُدِّيت بالأدوية التي صرفت، والمرضى يريدون أن يحدوا من التفاعل“. وأضاف فريدمان: ”في المستشفيات الخمسة والعشرين التي زرتها، روى معظم الأطباء منازعات مع المرضى وفي مستشفيات عدة، شاهدت أنا بالفعل احتجاجات من المرضى ضد سلوك الأطباء“¹¹. والتعبير ”نزاع طبي“ مستخدم في مثل هذه المنازعات. والمحتجون المهنيون الذين تستأجرهم العائلات المتضررة، وحتى رجال الشرطة المتمركزون من أجل حماية الموظفين، هم الآن جزء من بعض المواقف في بعض المستشفيات.

وضعت الحكومة حدوداً أعلى للأسعار على الفحوص الروتينية، وعلى الجراحات، والوصفات الأساسية، وهذا ما أدى بالعديد من الأطباء إلى تقضيل الإجراءات الطبية التي لم توضع لها حدود أعلى للأسعار مثل التقانات الجديدة والأدوية الجديدة، بشكل ملحوظ. وعلى سبيل المثال، فمعدلات الولادة بالطريقة القيصرية في العام 1978، قبل أن تطلق الصين إصلاحاتها في الرعاية الصحية، كانت 10% من الولادات. وبعد الإصلاحات صار متوسط نسبة الأطفال المولودين في المستشفيات الصينية بالطريقة القيصرية 50%، وفي بعض المستشفيات كان الرقم عالياً إلى نسبة 70%. وكان السبب بسيطاً: المعدل القابل للكتابة في فاتورة الولادات القيصرية كان أعلى من معدل الولادات الطبيعية¹².

ومع ذلك، فالصين في زمان ماضٍ قدمت رعاية صحية يمكن الوصول إليها ومجانية لجميع الريفيين الصينيين تقريباً، وتمتع السكان الصينيون الحضريون بمنافع كانت

مرتبطة مباشرة مع مكانتهم الوظيفية في وحدة عملهم. وفي مؤتمر المآآا الدولي في العام 1978، تم الاحتفاء بنظام الصين للرعاية الصحية بوصفه نموذجاً للعالم النامي¹³. ولكن "تسويق" الحكومة المركزية، والإصلاحات المقدمة بعد العام 1978، جعلت الرعاية الصحية في نهاية الأمر غير ميسورة ليصل إليها الصيني المتوسط. وبحلول العام 2003 كانت نسبة 80% من السكان الريفيين في الصين، أي ما يقارب 640 مليون نسمة، افتقدت التأمين الصحي. ونص تقرير منشور في العام 2005 من مركز بحوث التنمية لمجلس الدولة في الصين، على أن "التوجه نحو الأعمال والسوق" الذي يتوجهه نظام الرعاية الصحية الصيني كان توجهاً "خاطئاً بشكل مطلق" وتضارب مع الغاية الصحيحة للصحة العامة¹⁴.

حفاة لكنهم أصحاب

لم يرث ماو شيئاً معافاة في صحتها. وكي تتجح ثورة ماو، على كل حال، كان من الضروري أن يكون الفلاح والعامل معافين في صحتيهما. وكانت الصحة أيضاً امتداداً طبيعياً للخدمات التي كان نظام ماو قد أخذ على نفسه أن يقدمها، أي: التوظيف، والطعام، والتعليم، والخدمات الاجتماعية الأخرى.

في المؤتمر القومي الصحي الأول، الذي انعقد في العام 1950 في بيجين، أعلن ماو أربعة خطوط هادية قُدر لها أن تشكل الأساس لنظام الرعاية الصحية، وهي: يجب على الطب أن يخدم العمال، والفلاحين، والجنود، ويجب أن يأخذ الطب الوقائي أسبقية على الطب العلاجي، ويجب أن يدمج الطب الصيني التقليدي بالطب العلمي الغربي، ويجب أن يترافق العمل الصحي مع الحركات الجماهيرية¹⁵. هذه الخطوط الهادية رسخت الصحة بوصفها جزءاً لا يتجزأ من الخطاب الشيوعي.

تأسس هيكلان لتقديم الخدمات الطبية، واحد ريفي، والآخر حضري. كانت هناك ثلاث طبقات من الخدمات الصحية للسكان الريفيين. الطبقة الأولى مكونة من أطباء ماو "الأطباء الحفاة"، وهو تعبير جاء في الأصل في العام 1965 في القرية الجماعية

للشعب في تشيانجتشين في ضواحي شانجهاي. فهناك كان قد بدأ فريق من العاملين الطبيين الحضريين بتقديم الخدمات الطبية في المناطق الريفية وتدريب الفلاحين الشباب في العمل بصفة أطباء حفاة. قسم فلاح، وقسم طبيب، وتدريب هؤلاء الأفراد ستة شهور، وكانوا يدرسون الطب الغربي والطب الصيني التقليدي. والنساء الطبييات الحافيات تعلمن القبالة، ورعاية الأمومة، ورعاية الطفولة، والتخطيط العائلي. وكان شعار هذه الطبقة الأولى الحاسمة للخدمات الطبية "الوقاية أولاً". وفوق الأطباء الحفاة كانت هناك المراكز الصحية في البلدات، وهي التي خدمت بالدرجة الأولى بوصفها مستوصفات المرضى الخارجيين، وكل مركز يخدم ما بين عشرة آلاف نسمة وثلاثين ألف نسمة. والأطباء المساعدون، الذين كانوا قد اختيروا من الهيئة الطبية ولكنهم لا يحملون درجات طبية رسمية، وهم الذين شغلوا الوظائف في المستوصفات. وأخيراً، كان المراجعون المرضى مرضاً خطراً فقط هم الذين يحالون إلى الطبقة الثالثة والأخيرة، التي كانت فيها مستشفيات الناحية وخدمت ما بين مئتي ألف نسمة وست مئة ألف نسمة في كل منها وكان الذين يشغلون الوظائف هم كبار الأطباء الذين حملوا درجات من مدارس طبية تقدم خمس سنوات دراسية.

وكان للرعاية الصحية الحضرية نظام مشابه من ثلاث طبقات مكون من مستشفيات في مستويات الشارع (المنطقة الفرعية)، والمنطقة، والبلديات. وقام نظامان للتأمين الصحي مرعيان من الحكومة بتغطية كل الصينيين الحضريين تقريباً، وهما: نظام التأمين الحكومي، الذي غطى موظفي الحكومة، والمتقاعدين، والمحاربين القدماء العاجزين، وأساتذة الجامعات، وهيئة الموظفين، والطلاب، ونظام تأمين العمالة الذي غطى موظفي المشروعات الحكومية، والمتقاعدين، والتابعين لهم. ومولت الحكومة موازنات نظام التأمين الحكومي، أما تغطية نظام تأمين العمالة فتم تمويله من أرصدة من مشروعات الدولة. وإضافة إلى ذلك، أعانت الحكومة مالياً ما يقارب 50% إلى 60% من التكاليف المتكررة للمستشفيات العامة، بالاستناد إلى ما كان مطلوباً لدفع رواتب العاملين في الرعاية الصحية. وبقيّة العائد جاء من أنشطة الرسوم التي تدفع مقابل الخدمة الصحية تحت مخطط أسعار تسيطر عليه الحكومة¹⁶.

وأصدرت كل وحدة عمل مملوكة من الدولة بطاقة تأمين لعمالها كانت صالحة عادة في مستشفى واحد للخدمة المجانية ولتلقى وصفات العلاج المجاني. وإضافة إلى ذلك، كانت جميع غرف الطوارئ في المستشفيات مفتوحة لكل إنسان على أساس الرسوم التي تدفع مقابل الخدمة الصحية. وأخيراً، إضافة إلى مستشفيات تقوم على ثلاث طبقات من تسلسل العلاج، كانت قد أقيمت محطات صحية في الأحياء وتحت لجنة كل حي وشغل الوظائف فيها عاملون صحيون متدربون.

وهكذا، بين الأنظمة الحضرية والريفية المكونة من ثلاث طبقات في تسلسل العلاج، غطى ماو تقريباً كل السكان بحلول مطلع الخمسينيات من 1950. وبحلول أواسط الستينيات من 1960 كان العمل الأساسي للثورة الثقافية قد بدأ، وكان أحد المجالات التي ركز فيها ماو جدول أعماله الجديد هو مجال الصحة. وبأسلوب إمبراطوري صرح ماو بتوجيهه بشأن تدريب العاملين الصحيين الذين كانت الصين في حاجة ماسة يأسة إليهم:

يجب أن يتم إصلاح التعليم الطبي. ليس هناك حاجة إلى قراءة كتب كثيرة جداً... في التعليم الطبي ليس هناك حاجة إلى قبول خريجي المدرسة المتوسطة العليا فقط أو خريجي المدرسة المتوسطة الدنيا. سيكون كافياً أن نعطي ثلاث سنوات للمتخرج من المدارس الابتدائية العليا. ثم سيدرسون بعدئذ، ويرفعون مستوياتهم من خلال الممارسة بشكل رئيس. فإذا أرسل هذا النوع من الأطباء إلى الأرياف. ولو لم يكونوا يمتلكون الكثير من الموهبة، فإنهم سيكونون أفضل من مدعي الخبرة الطبية أو المشعوذين من أطباء السحر. وتستطيع القرى أن تكون أقدر على الاحتفاظ بهم. كلما قرأ المرء كتباً أكثر صار أشد غباء... في العمل الطبي والصحي شددوا على الأرياف¹⁷.

وأدى هذا الاعتقاد في النتيجة إلى النقل المنتظم للسلطة من وزارة الصحة، المنحازة إلى الحضر والمتعلمة تعليماً غربياً، إلى لجنة الرجال التسعة الفرعية، وهي في الأصل منظمة أقيمت من أجل تنفيذ الترقيات الصحية بالجملة. وكانت التوجيهات الصحية الآن تصدر مباشرة من ماو أو من جو إنلاي، وهو عضو في الدائرة الداخلية لماو في ذلك الوقت. والآن لم يكن طلاب جدد يُقبلون للدخول في المدارس الطبية بين العام 1966 والعام 1970.

وبدلاً من ذلك، شدّد ماو على تدريب العاملين الصحيين في دوام جزء من الوقت، مثل الأطباء الحفاة في الأرياف، إضافة إلى "العاملين الطبيين الحمر" في الأحياء الحضرية. وفي نهاية المطاف، حين أعيد فتح المدارس الطبية في العام 1970، ألغيت امتحانات الدخول المعيارية، وخفض المنهاج إلى ثلاث سنوات في كل الجامعات الطبية، مع التدريب الذي يشدد على الممارسة العملية لا على النظرية¹⁸. وفي جزء من حركة أوسع، وهي حركة إرسال المفكرين إلى المناطق الريفية، فقد أرسل الأطباء الحضريون والمتدربون تدريباً غريباً، كي يعيشوا ويعملوا في الأرياف ليُدربوا الأطباء الحفاة. وإلى حد كبير، نجح نظام ماو الشامل للرعاية الصحية. فالنظام المسمى النظام الطبي التعاوني في ذروته غطى 90% من سكان الصين الريفيين¹⁹. وبحلول وقت موت ماو، كان العمر المتوقع في الصين قد وصل إلى 65 عاماً²⁰.

الإصلاحات الاقتصادية التي بدأت في العام 1978، حطمت نظام ماو للرعاية الصحية. وانهار أيضاً النظام الطبي التعاوني، الذي يستند إلى القرية الجماعية. والأطباء الحفاة صاروا فجأة مقدمين من القطاع الخاص، ويطلبون رسوماً في الاقتصاد الجديد غير المنظم. لا شيء أوقفهم عن تقديم الخدمات التي كانوا غير مؤهلين لها بشكل مطبق. وزيادة على ذلك، ففي شهر أيلول/سبتمبر من العام 1980 وافق مجلس الدولة على طلب وزارة الصحة للسماح بالممارسة الطبية الخاصة، التي كانت قد استبعدت تدريجياً في أثناء الثورة الثقافية (1966-1976). وازدهرت العيادات الخاصة في الأرياف، وبحلول العام 1985 حلت محل المحطات الصحية المُدارة جماعياً بوصفها المؤسسات الصحية المهيمنة في مستوى القرية. بل إن مركز البلديات الصحية ومستشفيات الريف أجبرت على احتضان الخدمة القائمة على دفع الرسوم. وفي نهاية المطاف تجاوزت تكلفة الإدخال المتوسط إلى المستشفى الدخل السنوي المتوسط لنسبة 50% من السكان الريفيين (480 مليون نسمة)²¹. وبما أن المستشفيات بقيت مملوكة للدولة في معظمها لم تؤد هذه التغييرات إلى الخصخصة، ولكنها أُحيلت إلى التسويق.

وفف وقت مبكر ففصل إلى العام 1992 بدأ مجلس الدولة محاولة لإعادة إدخال النظام الطبف التعاونف. وفف العام 1994، وبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، بدأ المجلس تجارب تأمين صحي رففف فف أربع عشرة ناحية، هادفاً فف ذلك إلى الاستمداد من الاقتسام المحلي الجماعف للمخاطر. معظم هذه الجهود، بل والجهود الفف بذلت ففما بعد، وكانت أشد من الجهود السابقة جسارة، فشلت برغم ما تلقته من دعم الحكومة المركزية الإفدولوجف القوف²². وفف العام 1993 كان أقل من 10% من السكان الرفففف ففمفكون أف تأمين صحي²³.

وبحلول العام 2000 الذي وعد ففه الموقعون على بفان ألماتا بالرعاية الصحية للجميع، واجهت الصفن والهند الأزمات. ففف كلا البلففن افتقد معظم السكان الوصول إلى رعاية صحية فقتدر عليها.

التفدف الففدفف: شبح ففروس نقص المناعة الإنسانفة

(إتش أف فف) ومفلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإفدز)

فف العام 2005 كان أكثر من خمسة ملايين هندف مصابفن بففروس نقص المناعة الإنسانفة، وهذا رقم أكبر مما هو فف أف أمة أخرى ففر جنوب إفرفففة. ومعدل الإصابة فف الصفن أقل وضوحاً بكففر. وراوحت الففدفرات الفدفة بفن 650,000 إصابة فأكثر، ولكن كففرفن من الكبراء ففففدون أن الرقم الففقفف أعلى بكففر²⁴. وبما أن مفلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإفدز) ففطف الناس فف الفالب وهم فف ذروة سنواتهم المنفجة، تاركفن خلفهم أسراً معدمة فدخل دائرة الفقر والسلوك العالف المخاطر، فالمرض ففمفك بذلك الإمكانيفة لإففاف نمو الأمة. وقد حذر المجلس القومي للبحوث الاقتصادية الففبفقففة فف ففودلهف، فف العام 2006 من أن ففروس نقص المناعة الإنسانفة والإفدز ففستطفعان إسقاط نقطة من النسبة المئوية من المعدل السنوف الففوسط لنمو السكان فف الهند. واقترح معهد راند فف كالففورنفا بشكل مشابه أن المرض ففستطفع أن ففلف الصفن ما بفن 1,8% و 2,2% من نقاط النمو²⁵.

وحتى عهد قريب، حين وصل الموضوع إلى فيروس نقص المناعة الإنسانية والإيدز، تصرفت الصين والهند مثل النعام الذي تضرب الأمثال بدس رؤوسه في الرمال. وعلى الرغم من أن هذا الموقف قد حل محله رسمياً حكومة مركزية حيوية في بيجين، يرمز لها على نحو مشهور بمصافحة رئيس الوزراء وين جيا باو ليدّي مريض مصاب في العام 2005، على الرغم من ذلك فالتغيير في الموقف لاجتاربه حتى الآن حماسة على مستوى الحكومة المحلية. وفي الهند جهود الحكومة قليلة جداً، ومتأخرة جداً، ويجاول المجتمع المدني عبثاً أن يملأ الفجوة.

غانج سونج، شاب يبلغ من العمر ما بين الثلاثين والأربعين سنة، عمل في مشروع تثقيف عن الإيدز في ولاية الحكم الذاتي ليانجشان يي من جنوب غرب مقاطعة سيشوان. حين قابلته كان قد أكمل مهمة مع أطباء بلا حدود، وعمل بعد ذلك لصالح برنامج تنمية من الأمم المتحدة في بيجين. وبرنامج أطباء بلا حدود الذي عمل فيه غانج تضمن بشكل رئيس التثقيف والدعم المتصلين بالإيدز. وبرغم الحصول على الموافقة من حكومة الولاية، فقد وجد غانج وزملاؤه، على كل حال، أنه كان من الصعب الحصول على التعاون في المستوى المحلي. فالمسؤولون المحليون أنكروا وجود مشكلة. فالاعتراف بمرض واسع الانتشار والانهيار الاجتماعي الناتج عن ذلك لن يجعل المسؤولين المحليين محبوبين لرؤسائهم في مستوى المنطقة وفي المستوى المركزي.

وكشفت المعارضة عن نفسها بطرق عديدة. أولاً رفضت السلطات المحلية أن تمنح فريق أطباء بلا حدود التصاريح التي كان الفريق يحتاج إليها لبدء العمل في البلدات المستهدفة. وبالإصرار المحض تغلب العاملون في فريق أطباء بلا حدود على هذا الرفض في نهاية المطاف. وقد استهدفوا حانات تقدم الموسيقى والغناء المعروف باسم كاريوكي، وهو الغناء مع موسيقى مسجلة، واستهدفوا مراكز إزالة السموم، وبيوت الرعاية. عاملات الجنس، ومعظمهن نساء من القرى الجبلية، وهن فقيرات فقراً يائساً ويكافحن ليكسبن عيشهن، هن اللواتي زودن حانات الكاريوكي بالعاملات. ومراكز إزالة السموم كانت تضح بالنشاط في هذا المجال الذي يميل إلى المخدرات. وبيوت الرعاية كانت مراكز

توقيف لأولئك الذين كانوا غير ناجحين في بحثهم عن أعمال في مواقع أخرى ورُحّلوا إلى موطنهم. وقد وصف غانج كل هذه الأماكن بأنها مواقع بغيضة أخلاقياً ومحطات طريق في انتقال فيروس نقص المناعة الإنسانية. في كل هذه المواقع، أدى العاملون في فريق أطباء بلا حدود دور الكيفية التي تبين أن تقاسم استخدام الإبرة أدى في النتيجة إلى نقل الفيروس، وأبانوا عملياً الاستخدام الصحيح للواقيات الذكرية. وقبل أن يبدأ فريق أطباء بلا حدود العمل في المنطقة، سجن مسؤولو الأمن العام النساء اللواتي وجدن يمشين في الشارع ويحملن واقيات ذكرية. وكان على فريق أطباء بلا حدود أن يعمل مع المسؤولين لتغيير أعراف الحشمة العامة وقوانينها.

في البداية كان مكتب الأمن العام المحلي على وجه الخصوص نشيطاً في إعاقة عمل فريق أطباء بلا حدود، لأنه اصطدام مع الخطوط التوجيهية لوزارة الصحة في المقاطعة، فإدارة الصحة في المقاطعة كانت مساندة لجمهور فريق أطباء بلا حدود في المناطق المحلية، بل لأن إدارة الثقافة والدعاية المحلية ظنت أن الإقرار بوجود الإيدز في المنطقة كان سيؤدي إلى تلطخ صورتها ومنع تدفقات الاستثمار. وحين سألت غانج عن الكيفية التي تغلب فيها فريقه على هذه المقاومة، قال: إنهم كانوا يعرفون أن الرشا لن تعمل. وبدلاً من ذلك جشم أعضاء فريق أطباء بلا حدود أنفسهم عناء دعوة مسؤولي الأمن العام إلى اجتماعاتهم المنتظمة لإعطاء المعلومات وأبقوا المسؤولين المعنيين والإدارات المعنية مطلعين على أنشطة الفريق بشكل جاد.

وفي غضون عامين هبطت معدلات الإصابة هبوطاً مؤثراً. وحين روت نيويورك تايمز عن الجهود الناجحة للمسؤولين المحليين²⁶، رتب فريق أطباء بلا حدود للمسؤولين المحليين ليكونوا معروفين في بيجين. وقال غانج: إنه كان من الصعب إقناع المسؤولين المحليين بأن يذهبوا إلى بيجين؛ لأنهم كانوا حذرين من أن إنجازهم كان سيفاً ذا حدين. فمجرد الاعتراف بالمشكلة كان يمكن أن يؤثر عكسياً على مساراتهم الوظيفية. وعملت وكالة ممولة من الحكومة البريطانية على نشر المشروع في العديد من الولايات الأخرى، وتبرعت شركة عملاق الصيدلانيات ميرك بمبلغ 30 مليون دولار لرفع معدل البرامج إلى أعلى²⁷.

ومع ذلك، كان غانج مخلصاً بشأن هذه العلامات الظاهرة للتقدم، فقال: ” سأكون حذراً بشأن الاستنتاج أن معدلات العدوى بفيروس نقص المناعة الإنسانية قد هبطت بالفعل. نقل فيروس نقص المناعة الإنسانية صار فقط متنوعاً جداً في الصين، وذلك مثل الانتقال من خلال الدم الملوث، ومن خلال العلاقات الجنسية العادية والشاذة، ومن الأم إلى الطفل، واستخدام المخدرات في الوريد. معدل العدوى من طريق واحد من طرق الانتقال قد ينخفض، وذلك يعزى في جزء منه إلى التدخلات الفعالة، ولكن حتى هذا الانخفاض قد يبطل أثره بالتصاعد السريع لمعدل العدوى من طرق انتقال أخرى“²⁸.

خبرة أطباء بلا حدود في ليانجشان ليست نموذجية. فالحكومة المركزية، وقد استحثها الغضب الدولي الساخط على مدى المشكلة، حريصة على أن تبرز تقدماً، ولكن مستويات التعاون بين المسؤولين المحليين تختلف اختلافاً واسعاً. ففي الوقت الذي خفف فيه فريق غانج سونج المقاومة المحلية قليلاً قليلاً، كانت مقاطعة هينان، عاصمة الإيدز في الصين، مازالت تقاوم عروضاً من المساعدة الخارجية. الإيدز في هينان من بقايا فضيحة بيع الدم في التسعينيات من 1990، حين تم إقناع الفقراء المعدمين من السكان بشعار مثل ” إن بيع دمك أمر مجيد“ والعديد من الناس استكملوا دخولهم من القيام بتبرعات متكررة في ظروف غير صحية، وكل تبرع يدر ما يعادل 5 دولارات تقريباً. ونظراً إلى أن نظام الرعاية الصحية الريفية كان في حالة اضطراب، فقد كان المرضى والأطباء في الأرياف، في حاجة إلى وسائل من التمويل²⁹. ” رؤوس الدم“، وهم المحليون المسؤولون عن تعزيز هذه الصناعة الصغيرة، كانوا يعملون على نحو وثيق مع مسؤولين آخرين من الحكومة المحلية.

وقد أشار حديثاً صحافي فرنسي إلى هينان بوصفها ”أرض الصفر للإيدز“ في الصين. وخبرته تشدد على العار الهائل الموجود في إنكار الصين. وكتب يقول: ” حين سافرت إلى (قرى الإيدز) في العام الماضي كان علي أن أصل في منتصف الليل وأن أغادر قبل انبلاج الفجر لأتجنب الميليشيات المشكلة لإيقاف الصحافيين والمنظمات غير الحكومية، الصينية منها والأجنبية على حد سواء، من زيارة مرضى الإيدز“³⁰. وفي

أثناء زفارتف الخاصة إلى هفنان فف العام 2005، حذرنف أهل الخفر بشكل صرفح مفافر بشأن السفر إلى المناطق المصابة بالإفدز، التي كنت متحققاً ففها من أنني سأعرض للمضافقة من السلطات المحلية. ومع عدد السكان الضخم من المهاجرفن فف الصفن، تسهم المناطق المثقلة بالإفدز مثل هفنان وغبوانجشف فف نشر المرض. ونسبة 71% من المهاجرفن هم بفن خمسة عشر عاماً وأربعة وثلاثفن عاماً من أعمارهم ونشفظون جنسياً.

لقد استغرق مجلس الدولة عقداً كاملاً من الزمان بعد أول حالة بلُغ عنها من ففروس نقص المناعة الإنسانفة إلى هذا المجلس لفنشر خطته المعروفة باسم ”الخطة المتوسطة الأمد والطولة الأمد لمنع الإفدز والشفطرة علیه“. وكذلك، فحتى وقت متأخر من العام 2000، خصصت الصفن مجرد سُبُع الأرصدة التي سبق أن استخدمتها تايلاند لتكبح انتشار ففروس نقص المناعة الإنسانفة، وتكبح الإفدز كبجاً ناجحاً. وهذا الاستثمار المنخفض كان فعنف نقائص فف البنية التحتية وفف الناس المدرفن لاحتواء الأمراض. وفف أواخر التسعفنفات من 1990، على سبفل المثال، كان هناك مخفر واحد فقط قادراً على اختبار الكشف عن ففروس نقص المناعة الإنسانفة لكل 300 مليون نسمة. وبحلول العام 2003 صار المسؤولون أكثر جدفة. وأعلن رففس الوزراء وفن جفباو ونائب رففس مجلس الوزراء ووفف خطة سفاسفة من ”أربعة مجاناً ورعافة واحدة“. وتتضمن هذه الخطة السفاسفة أدوفة مجانفة مضادة لففروس نقص المناعة الإنسانفة لمرضف الإفدز الرفففن والحضرفن الذفن فعانون من مشكلات مالية، واستشارة واختبارات طوعفة مجانفة، وأدوفة مجانفة للنساء الحوامل المصابات بففروس نقص المناعة الإنسانفة لمنع انتقاله من الأم إلى الطفل، واختبارات لففروس نقص المناعة الإنسانفة للأطفال المولودفن حدفثاً، ومدارس مجانفة للأطفال الذفن ففهم الإفدز. ورعافة ومساعدة اقتصادفة للأسر من الناس الأصفاء، وهم فحملون ففروس نقص المناعة الإنسانفة أو الإفدز³¹. والأهداف الرقمة للمعالجة وللمشورة هف الآن أكثر شفوعاً. ولكن المناقشة المفتوحة لففروس نقص المناعة الإنسانفة وللإفدز فبقف، على كل حال، موضوعاً حساساً.

إن سيطرة الدولة على المعلومات وإنكار مخاطر ذلك على الصحة العامة ليست أموراً استثنائية مقتصرة على الإيدز. ففي أثناء الانتشار المفاجئ للمتلازمة التنفسية الحادة الشديدة (سارز) في العام 2002 في غوانجدونج، المقاطعة الجنوبية الشرقية الساحلية من الصين، أنكرت الحكومة المركزية انتشار المتلازمة حتى 3 نيسان/إبريل من العام 2003، حين روى وزير الصحة زانج وينكانج، في بيان صحافي، أن بيجين عاينت اثنتي عشرة حالة من السارز وثلاث وفيات من المرض وأن 1,190 حالة قد حدثت في كل أنحاء الصين. ولكن الدكتور جيانج يانيونج، المدير السابق لإدارة الجراحة في المستشفى العام العسكري رقم 309 والعضو الموالي طوال خمسين عاماً للحزب الشيوعي، ذكر احتيال الحكومة. فقد أعلن بغضب عن تغطية الحكومة في بيان التقطته نيويورك تايمز. وكشف جيانج أن المستشفى رقم 309 وحده تلقى ستين مريضاً بالسارز وأن سبعة مرضى ماتوا من المرض بحلول تاريخ 3 نيسان/إبريل³². وافترض دكتور جيانج وجود تغطية للمرضى. وحين كان مجلس الشعب منعقد في جلسة، طلب وزير الصحة الصمت على جزء من مسؤولي المستشفى بخصوص السارز في بيجين.

بعد أن انكشفت يدها، عكست الحكومة الصينية فجأة موقفها حول انتشار السارز، وبدأت تعاوناً نشيطاً مع منظمة الصحة العالمية. وفي 19 نيسان/إبريل، حذر رئيس الوزراء وين جيا باو من أن المسؤولين المحليين الذين يحاولون التغطية سيكونون عرضة للعقاب. وطرد وزير الصحة جانج بعد ذلك بقليل، ومثله طرد مينج شوينونج، أمين سر الحزب في بيجين.

وفي مقاطعة هينان علمت بالمزيد من التفاصيل عن التغطية من أناس من داخل الحكومة. فعلى الرغم من أن تقارير الأخبار التي تسيطر عليها الحكومة كانت تعطي الانطباع بأن السارز الذي كان مرضاً عاماً قابلاً للانتقال، ليس بأكثر خطورة بكثير من أي إنفلونزا وبأنه تحت السيطرة، على الرغم من ذلك، كانت الحكومات المحلية في الواقع قلقة من العمال الريفيين المهاجرين العائدين إلى بيوتهم من المناطق التي خربها السارز. في محطة السكك الحديدية في جينغجو في هينان، تم فحص جميع المسافرين

الذفن كانوا قادمفن من بفففن فحفاً صارماً. وأف شفا صاب بحرارة؁ سواء كانت ناتفة عن السارز أو لا؁ كان فحكم علفه بالذهاب إلى منطقة حجر صفا خاصة. والناس الذفن فطلق سراحهم من الحجر الصفا كانوا يؤمرون ألا ففادروا ببوتهم لمدة أربعة عشر فوماً؁ وف أثناء ذلك الوقت كان علفهم أن ففلفوا عن أف اضطرابات بدففة فعانون منها إلى المكاتب الصفاة الملفةة.

بل إن الإفرءات فف المناطق الرفففة كانت أفرم. وكان المسؤولون والشرطة فف مستويات الناففة؁ والبلدة؁ والقرفة ففمون نقاط التففشف. وكان فجب تطهفر المركبات قبل أن فدخل. وكان على العمال الرفففن العائفن أن فسكنوا فف مناطق مفرورة صفاً خارج قراهم؁ أو فف الحقول؁ أو فف الفصول المدرسفة الخالفة؁ طوال مدة الملاحظة الفف فمفد غالباً إلى أسبوعفن قبل السماح للناس بالتوجه إلى البفء. والمسؤولون المفلون الذفن فشلوا فف ففب آثار المهاجرفن العائفن كانوا فطرءون بشكل سرفع. هذه الإفرءات القاسفة كانت فعالة عموماً. وحتف مقاطعة هفنان المكنظة بالسكان؁ مع رعافتها الصفاة الزهففة؁ لسس لدفها وففات مرفة مرتبطة بالسارز. فف بفففن كان فسح لكل الموظفن ففربباً فف وزارة الخارجفة أن فمكنوا فف ببوتهم بدلاً من الذهاب إلى العمل. ففنان مكفوا فف البفوت. وكان آخر مرة ففب ففها مثل هذا المستوى من الففاب فف أثناء فاففة مفدان ففانانفن فف العام 1989.

بعض العوامل الفف أسهمت فف شفوع الإفءز فف الصفن هف نفسها فف الهند؁ وهف: نقص الففلم؁ ونقص النظافة العامة؁ وحراففة الأفراد ذوف الفظر العالف؁ ومنهم على سبفل المثال؁ سائفو الشاحنات الذف ففغمسون فف نشاط جنسف فرم مفرم مع شركات عففءات فف مواقف الشاحنات النائفة على طول البلاد وعرضها. والحصفة الضئفلة المفرصة من الموارء العامة للرفةة الصفاة فسهم فف إءامة المشكلة.

أطلقت الهند برنامفها القومي للسفطرة على الإفءز فف العام 1987؁ ولكن فففذه كان فعفمء على المصاففة وففما اففق. وركز المسؤولون عن البرنامج بشكل رففس فف المفاءلة فف أن الناس الخارجففن كانوا ففرطون فف المبالفة فف فففر الإفءز فف الهند³³. ونظام

الرقابة الذي وضع من الحكومة في المكان المناسب ليس ممولاً تمويلياً كافياً. والوصمة الاجتماعية المتصلة بالإيدز تبقى وصمة محتفظة بكامل قوتها، بل إن موظفي الرعاية الصحية أنفسهم في البرنامج يتجنبون عمداً مرضى الإيدز. وفي خطاب له إلى البرلمان في 2001، أشار رئيس الوزراء فاجبايي إلى انتشار فيروس نقص المناعة الإنسانية والإيدز بوصفهما أخطر تحدٍ صحي للبلاد في العام 2001، ولكن نخبة الهند، وهم الناس الذين يملكون المال والنفوذ اللازمين لمواجهة التحدي، رفضت أن تعترف بالتحدي.

إن في الأمر مفارقة تدعو للتهكم أن تكون الهند، وهي منتج رئيس للأدوية الرخيصة المضادة لفيروسات نقص المناعة الإنسانية، قد فشلت في تزويد نفس الأدوية إلى شعبها الخاص. وقالت جوانا سيات، مديرة برنامج إتش أي في/الإيدز في منظمة مراقبة حقوق الإنسان (هيومان رايتس ووتش): ”ولكن بالنسبة إلى ملايين من الهنود، يُعدّ الوصول إلى هذه الأدوية حلمًا بعيداً“³⁴. وكان برنامج حكومي في العام 2003 قد قصد إلى تقديم أدوية مجانية مضادة لفيروسات نقص المناعة الإنسانية من خلال أضخم شركات الدواء العام في البلاد، ولكنه لم يكن قد أدير إدارة حسنة. وقال رئيس شركة سييلا، وهي واحدة من صانعي الدواء العام: ”إذا كانت الحكومة تريد أن تشتري، فعلى الحكومة أن تعلمنا كم عدد من تشتري لهم؟ ومتى تشتري؟ وهل يملكون المال؟“³⁵ وهذه الخطة خضعت للمزيد من التنازلات للوصول إلى حل وسط عن طريق ارتفاع تكاليف الأدوية بعد قبول الهند في معاهدة منظمة التجارة العالمية بشأن حقوق الملكية الفكرية³⁶. وكانت النتيجة لذلك هي أنه بحلول نهاية شهر نيسان/إبريل من العام 2005، كان يقدر عدد المرضى الذين كانوا يحتاجون إلى الأدوية المضادة لفيروس نقص المناعة الإنسانية بما يصل إلى 770,000 مريض، ومن هؤلاء كان 35,000 مريض فقط يتلقون الأدوية، ومعظم أولئك كانوا يخدمون من القطاع الخاص³⁷.

ويدخل المجتمع المدني إلى النشاط. وكانت مؤسسة بل وميليندا جيتس تقود الهجوم منذ شهر نيسان/إبريل من العام 2003. وكان آشوك أليكساندر، وهو مستشار سابق في ماكينزي وشركته، هو المسؤول عن إدارة 200 مليون دولار من المؤسسة، لمبادرة لخمس أعوام دعيت أفاهان، وتعني باللغة السنسكريتية ”دعوة إلى العمل“. وقد أشار أليكساندر

كم كانت السيطرة على الإيدز في الهند أصعب منها في بوتسوانا، البلد الإفريقي الذي احتوى انتشار العدوى بنجاح. ”بحلول العام 2008، نريد أن نوقف انتشار الفيروس الذي يؤدي إلى مرض الإيدز. إنه وباء ضخم ومعقد جداً. هناك 600 مقاطعة في الهند، كل واحدة منها يسكنها تقريباً سكان بحجم سكان بوتسوانا، وهكذا، فنحن لدينا في الواقع 600 بوتسوانا“³⁸.

التعليم غير الكافي عن الإيدز هو جزء فقط من المعضلة. فعلى سبيل المثال، في مقاطعة ”الخط الأحمر“ في مومباي، يُعدّ 94% من العاملين بالجنس واعي بالمرض، كما هو مجرب بثمانية أسئلة للوعي بالإيدز اقترحتها منظمة الصحة العالمية. المعضلة الحقيقية هي اليأس الاجتماعي. فالعاملون في الجنس يُجبرون على عملهم العالي الخطورة بظروف اجتماعية كثيفة تتبع من فقدان التعليم. وتركزت جهود برنامج أفاهان أيضاً في سائقي الشاحنات في الهند. وكان أليكساندر قد قسّم مشكلة الوصول إلى كل سائقي الشاحنات على طول نظام من الطرق العامة الضخمة النائية، وهي المشكلة التي كان يبدو من المستحيل التغلب عليها، قسّمها إلى هجوم يمكن تديره وإدارته على أجزاء رئيسية من الشبكة التي تُعدّ مسؤولية أكبر مسؤولية عن تغذية المرض ونشره.

إن انتشار فيروس نقص المناعة الإنسانية والإيدز يكشف جميع خطوط التصدع في أنظمة الرعاية الصحية للصين والهند. فالصين تستمر في محاولة تغطية مدى بلواها بالمرض، في حين تبدو الدولة الهندية غير قادرة على الاستجابة على النحو الفعال للوباء، وهي تعتمد على المجتمع المدني لتخفيف الكابوس.

39 الحل: التعاون بين العام والخاص

التوسع الذي تعاني منه الرعاية الصحية الصينية والهندية يجب أن يوقف، ولو فقط بسبب أن قوى سكانية لا تُستلّين ترفع المخاطر. لقد نما سكان الصين الذين هم في سن العمل سنوياً بنسبة 2,1% فقط في المدة من العام 1975 إلى العام 2000، وسوف يهبط معدل النمو ذلك إلى نسبة 0,5% في ربع القرن القادم. وفي هذه الأثناء، فإن النمو المستمر في سكان الأمة الموعولين يعني أن الصين لن تكون غنية حين يكون مئات الملايين من سكانها

قد كبروا في السن، وهم يعانون من صحة ضعيفة. وتبدو الإسقاطات السكانية للهند أكثر تفاؤلاً. فالنمو في سكانها الذين هم في سن العمل قد انكمش من 2,3% إلى 1,6% سنوياً، ولكن ما هو أهم من ذلك هو أن النمو السنوي لسكانها المعولين قد هبط من 1,5% إلى 0,5%. وتتوقع الهند الآن أن تستفيد من حصة من الأرباح من النوع الذي استفادت منه الصين عند منطلق الإصلاحات الأخيرة.

وعلى كل حال، فإن الرضا عن النفس في الهند لا أساس له. فسكان في سن العمل غير أصحاء، بغض النظر عن شبابهم، لا يستطيعون حث النمو الاقتصادي. فالأمراض التي سبق أن استؤصلت تعاود الظهور ثانية، وسوء التغذية مازال منتشرًا، ويمكن للإيدز حتى الآن أن يتحول إلى وباء. كلا البلدين محتاج إلى حل. وقد اعترفت الصين بهذا. فوزير الصحة غاو تشيانج، في خطاب له في شهر تشرين الأول/أكتوبر من العام 2005 ألقاه في مدرسة هارفارد للصحة العامة، اعترف بعدم الرضا العام الواسع الانتشار عن الرعاية الصحية في الصين. وفي المقابل تبقى الهند غير مبالية على نحو يبعث على الانزعاج، برغم الخطاب الرسمي.

يحاول المجتمع المدني في الهند أن يعوض. وأحد الأمثلة هو منظمة الدكتور بينديشور باثاك الدولية، واسمها سولابه إنترناشيونال، التي تأسست في العام 1970⁴⁰. وأنشأت سولابه تقانة مراحيض ذات تكلفة منخفضة، ولم تساعد تلك التقانة على صيانة الصحة العامة فقط بل استعادت أيضاً الكرامة لملايين الناس الذين يقتاتون بالقمامة، ولمنظفي الفضلات الإنسانية في المراحيض، وهم تقليدياً من المنبوذين⁴¹. تقانة الغرب في المراحيض المكونة من تصريف قاذورات المجارير وخزانات الصرف الصحي لم تكن تقانة يقدر عليها ملايين الهنود المنتجين. وتعتمد تقانة باثاك على حفرتين بسيطتين وأغطية مختومة. ففي الوقت الذي تكون فيه حفرة واحدة قيد الاستخدام، تترك الحفرة الأولى لتتحلل، مكونة مخصباً يمكن أن يستخدم في الحقول الزراعية. وعلى الدرجة نفسها من الأهمية، فإن الفضلات الإنسانية لا تتطلب بعد الآن التنظيف اليدوي.

واليوم، تقوم سولابه بتشغيل أكثر من 5,500 مجمع اجتماعي في 1,075 بلدة في كل أنحاء الهند. وهذه المجمعات تملك الكهرباء وإمدادات الماء الجاري طوال أربع وعشرين ساعة.

وهذه المجمعات، ففها مناطق محوَّطات منفصلة للرجال وللنساء، وتكلف كل مستخدم لها رسماً اسمياً. وبعض مجمعات السولابه تملك مرافق استحمام ورشاشات اغتسال، وغرفاً لحفظ المعاطف والحاجفات، وهواتف، ومزوِّدين بالرعاية الصحية الأولية. ونظام ادفع واستخدم فضمن القدرة على الدعم الذاتي من وضع أي عبء على مالية الدولة العامة. وتزعم حركة الصحة العامة سولابه بوجود خمسين ألف متطوع.

ولكن سولابه لا تكاد تكون خدشت سطح احتياجات الهند. وعلى سبيل المثال، فحتى فف المناطق الحضرية فملك 28% من السكان الوصول إلى مرافض ترحض بالماء المتصل بنظام الصرف الصحي، و21% منهم فقط فملك الوصول إلى مرافض مرتبطة بخزانات صرف صحي أو بحفر امتصاص. وفف المناطق الريفية فملك 20% منهم فقط الوصول إلى مرافض نظيفة صحياً. وهناك تقربياً ثلاثة أرباع البليون من الناس مازالوا فتغوطون فف العراء أو فستخدمون حمامات بسطل غير نظيفة صحياً. ومن المحزن أن الهند تبقى بعيدة عن الوصول إلى الغافة التي فصلها نهرو فف ملاحظته: ”فف اليوم الذي فحصل ففبه كل واحد منا على مرفاض فستخدمه، سوف أعرف أن بلدنا وصلت ذروة التقدم“⁴².

وفف الوقت نفسه فطفر عدد متنام من الناس المرضى غير المؤمنف أو المصابف من العالم المتقدم إلى الهند. نجار من كارولفنا الشمالية، وهو واحد من 43 مليون أمريكي لا فملكون تأميناً صحياً، واستبدل صمام قلبه فف منشأة قائدة فف الهند مقابل تكلفة إجمالية هي 10,000 دولار، ومن جملتها أجرة الطفران جيفة وذهاباً ورحلة جانبية إلى تاج محل⁴³. قارن هذا بتكلفة الجراحة التي لا فقتدر عليها الشخص غير المؤمن عليه فف الولايات المتحدة، وهي: 200,000 دولار، مع طلب إيداع مبلغ أولف 50,000 دولار. فلم لا فرفد البرفطانيون المسنون أن فستبدلوا مفاصل أوراكهم فف الهند، وفستمتعوا بالنقاهة الفاخرة فف أثناء العملية، بدلاً من احتمال مدد الانتظار النموذجية الممتدة إلى ستة شهور، من نظام بلدهم الصحي القومي، الذي فئن تحت وطأة القفود المفروضة على موارد

الدكتور براتاب ردي، وهو مؤسس مستشفيات أبوللو، والمجموعة القائدة للمستشفيات والخدمات الصحية في الهند، يرود بجسارة السياحة الطبية. لقد بنى سلسلة من مستشفيات الطبقة العالمية في كل أنحاء الهند وتوسع عالمياً، وهو يتنافس بشكل ناجح مع مجموعات المستشفيات الغربية ليدبر منشآت في كولومبو، ودبي، وكوالا لامبور، وفي غيرها من الأماكن. ويتقاطر الآسيويون الجنوبيون والجنوبيون الشرقيون والقادمون من الشرق الأوسط إلى مستشفياته من أجل الحصول على الرعاية التي يقتدرون عليها، وهي من نوعية عالية الجودة. وقال لي ردي: ”أنا أود أن أوصل الرعاية الصحية من أبوللو إلى شريحة عريضة ضخمة من السكان الهنود، وإلى العالم. ورؤيتي هي أن أطور مجموعة من المواهب في الهند. ويمكن أن تكون الرعاية الصحية هي أكبر رب عمل مفرد في البلد وهي مصدر للعالم. وسيأتي المرضى من كل مكان إلى الهند من أجل الحصول على الرعاية الصحية المتقدمة. ونحن نتمتع بميزة ضخمة في التكلفة. ولكن ما هو أهم من ذلك، هو أن ثقافتنا رحيمة جداً. والهند الآن في موقع تعطي منه المرضى أفضل ما في الشرق والغرب: الرحمة والتقانة الطبية المتقدمة“⁴⁴.

بعض أعضاء وسائل الإعلام في الهند اعترضوا على السياحة الطبية، مقترحين أنها تحول موهبة الهند النادرة بعيداً عن احتياجات الأمة الملحة إلحاحاً أكبر. وأنا أجد هذا النقد مضللاً. والتنظيمات التي تسعى إلى حظر السياحة الطبية لن تقنع على الأرجح رجال أعمال القطاع الخاص المستثمرين بتمويل الرعاية الطبية للفقراء. ولو كان الفقراء من الناحية التجارية مشروعاً قابلاً للحياة، لاستثمر فيه المستثمرون بالإضافة إلى السياحة الطبية. فالمعضلة ليست ندرة في الأطباء.

المشكلة الحقيقية هي أن بناء نموذج أعمال تجارية قابلة للحياة للعناية بمئات من ملايين فقراء الناس هو تحدٍ هائل. وفي أحسن أحواله يستطيع نظام الهند النشيط في الرعاية الصحية في القطاع الخاص أن يخدم بضع عشرات ملايين قليلة فقط من الناس، وهذا نقطة في دلو، أو كمية صغيرة جداً مقارنة مع ما تدعو إليه الحاجة. والشخص الذي يمتلك الوسائل يستطيع بسهولة أن يصل إلى الرعاية الصحية من الرعاية الثالثة

المتأزة، وبتكلفة أرخص بكثير مما هي عليه في الغرب. ففي أي مدينة عاصمة كبيرة في الهند يمكن أن يتم إقتاع الاختصاصي ليقوم بزيارة منزلية، ولو كان ذلك في أشد ظلام الليل. ولا يمكن قول الشيء نفسه بالنسبة إلى بوسطن، على ما فيها من بحث طبي من أعلى درجات التقدم. ولكن مشية هادئة على طول الشوارع الرئيسية في المدن العواصم الهندية سوف تجعل من الواضح بالنسبة إلى معظم الناس، أنه لا يتوافر حتى أبسط ضمااء إسعاف أولى كذلك.

وليس من شأن الشركات أنها ستعنى، على الأرجح، وهي في المسار العادي من أنشطتها الخاصة، بصحة عمالها، حتى الذين يواجهون منهم مرضاً مدمراً. انظر في جهود الشركات التي بذلت على أجزاء متفرقة لاحتواء انتشار مرض الإيدز. فشرية التعدين الضخمة في جنوب إفريقية، وهي الشركة الأنجلو أمريكية، شعرت أن مصالحها المباشرة مهددة تهديداً كافياً من فيروس نقص المناعة الإنسانية والإيدز إلى الدرجة التي جعلتها تتصرف تصرفاً خاصاً. وإذا وضع ذلك على نحو بسيط، فقد كانت أخلاقيات الشركة المعدنة عالية جداً، فقد وصلت النسبة من المصابين إلى 25% من قوتها العاملة عند نقطة معينة، وهكذا فقد دفعت شركة التعدين تكاليف تقديم التعليم، والعلاج، والرعاية⁴⁵. وتجد الشركات، في العادة، على كل حال، أن من الأنسب لأغراضها أن تتجاهل التهديد المحيط. ففي مسح أجراه المنتدى الاقتصادي العالمي، تروي 10% من الشركات فقط أنها تمتلك سياسات مكتوبة بشأن فيروس نقص المناعة الإنسانية/الإيدز، و17% تمتلك سياسات غير رسمية، و64% لا تمتلك أي شيء⁴⁶.

لماذا هذه الأرقام الباعثة على الكآبة؟ أولاً، الشركات التي تستثمر في برامج فيروس نقص المناعة الإنسانية/الإيدز سوف تقوي صحة الناس في مجتمعها، وهي بهذا تساعد الشركات التي لم تتفق موارد مشابهة. ومشكلة الركوب المجاني هذه تضعف القدرة التنافسية للشركة المنفقة نسبة إلى الشركة غير المنفقة، فبنشأ بذلك حافز على عدم عمل شيء وترك الآخرين ليتولوا القيام بالجهد. وزيادة على ذلك، فبالنسبة إلى معظم الأعمال يكون الأثر على الزبائن ضئيلاً؛ لأن فيروس نقص المناعة الإنسانية والإيدز

هما مرضان للفقراء على نحو سائد، والفقراء ليسوا مستهلكين رئيسيين. وإضافة إلى ما تقدم، فإن العديد من الشركات تبيع إلى شركات أخرى أو إلى أسواق أجنبية لا مباشرة إلى الزبائن، وهكذا فالأثر ينتشر انتشاراً ضعيفاً. وبقدر ما هو مرضي حسبما يظهر، فحتى في بلد يشيع فيه فيروس نقص المناعة الإنسانية شيوفاً عالياً⁴⁷، فإن وجود مجموعة زائدة ضخمة من اليد العاملة يجعل استبدال العمال المفقودين أمراً سهلاً. وبما أن الأفراد المصابين بالعدوى يستطيعون العيش مع الفيروس سنوات عديدة، فأرباب العمل المستقبليون قد يجنون ثمار استثمار الشركة في مستخدمي اليوم. لذلك فالشركات قد ترى أن المعقول مالياً هو أن تترك المجتمع يدفع لعلاج العمال المرضى عن طريق إخراجهم من العمل واستخدام عمال أصحاء بدلاً منهم.

ذلك هو السبب الذي يكون من أجله دور حيوي للقطاع الخاص. وكانت الصين قد وجدت حلاً لهذا الأمر قبل أن تبادر إلى إصلاحاتها الاقتصادية في العام 1978. وكانت خبرتها عكس خبرة الهند. والرعاية المقدمة بشكل خاص كانت نادرة، ولكن التقديم العام للخدمات الصحية كان محكوماً حكماً جيداً. ومن سوء الحظ، حين هجرت الصين تركيزها في الرعاية الصحية الأولية، مثل الرعاية المقدمة من الأطباء الحفاة، تدهور النظام الصحي العام للصين سريعاً. وبدأت الخدمات الطبية لما يدعى القطاع العام تعني بأولئك الذين كانوا يمتلكون القدرة على الدفع، وبدأت تلك الخدمات تستبعد الفقراء. وعودة الأطباء الحفاة اليوم إلى الظهور، فهم في مقاطعة غوجو في الجنوب الغربي يولدون المواليد مقابل 4 دولارات، هي دليل على إدراك الصين المتأخر لخطواتها الخاطئة.

وللمجتمع المدني أيضاً دور يؤديه. والهند مضيضة لسلسلة من مثل هذه الجهود، وأفاهان وسولابه هما مثالان فقط. بل إن الصين وهي مرتابة بالمجتمع المدني قد بدأت في تغيير بلاغتها. وتاماً مثلما أن تسامح الصين مع الشركات الخاصة الأجنبية أكثر من تسامحها مع رجال الأعمال المستثمرين الناشئين في الوطن، كذلك أيضاً، فقد امتلكت المنظمات غير الحكومية جاذبية أكثر من الجماعات المحلية. وعلى سبيل المثال، فقد عملت منظمات عدة غير حكومية دولية طوال سنوات لكبح انتشار فيروس نقص المناعة

البشرفة فف الصفن؁ ومن جملةفا مؤسسة فورء؁ ومؤسسة أنقءوا الأطفال؁ وهف من المملكة المتحدة؁ والصلفب الأحمر الأسرالف؁ ومارف سربوس إنرناشفونال؁ وأطباء بلا حدود؁ وفسف الخلاص؁ وأوكسفام من هونج كونج⁴⁹. وقء تطور تركفز هذه الجماعات من التعلفم والمعلوماء إلى التءخل بفن الجماعات عالفة المخاطر⁵⁰. ولكن الءولة تبقف متضاربة بشكل عمفق ءجمع الضءفن فف موففها. ووفقاً لما تقوله هفومان رافس ووش؁ فسمر العاملون النشفطون والمنظماء ففر الحكومفة برفع التقارير عن الرقابة المسمرة من الءولة؁ وعن نسفج من العواقق البفروقراطفة؁ بل المضافقة المسمرة فف مسار القفام بعملهم الفومف⁵¹.

ومع ذلك؁ فأننا لو أخذنا ضخامة المشكلة فف الحسابان؁ لكانء الءهوء المبءولة من القطار العام أو الخاص وءهما ففر كاففة. والطرف المءء فف المسءبل قء فقع فف قفام الشراكاء العامة والخاصة للعمل معاً على مواءهة المشكلة.

ومسءشفف ءففف شففف للرفاة القللفة هو حالة ءمء إلى الموضوع وءوضه. فف مخططااء الءكفور للطب من بعء ولءأمفن الصءف؁ ءءصرف الءولة ءصرفاً مناسباً بصفتها ممولاً جزئياً لا بوصفها مقءم ءءمة. الءول فف مكان مناسب ءءقم الءوافز المالية للشركاء وءساعد فف ءصمفم البرامج وفقاً للفافاء الاجءماعفة. والشركاء الخاصة؁ من ناحية أخرى؁ ءءفر البرامج إءارة فعالة. فف البنجاب؁ على سبفل المءال؁ ءعا قسم صءة الأسرة ورفاهفءها مزوءف الرفاة الصءفة فف القطار الخاص إلى المشاركة فف ءشففل وصفااة مسءشففااء حكومفة مءارة. فف أورفسا؁ ناءء ءءارب نقل عملفة مراكز الصءة الأولى إلى منظماء ففر حكومفة بعض النجاب. والأفكار نفسها سوف ءعمل على الأرجع إذا طبقت على الرفاة المقءمة إلى المرضى المصابفن بففروس نقص المناعة الإنسانفة أو الإفءز. فاعطاء المشروعااء بعقوء مع مؤسساء أءمال من الءارء ومكافأءها ففن ءؤءف البرامج إلى ءفففض شفوع ففروس نقص المناعة الإنسانفة؁ وءقوفة المعرفة المءعلقة بالففءز؁ وءقوفة المواقف؁ والممارساء المءعلقة به؁ وءقفم العلاء للففءز كلها طرق للءصول على الءعم المهم لمؤسساء الأءمال⁵². أفاهان لفسء ربفة؁

ولكن دعوتها باتجاه تخفيض الإيدز بين سائقي الشاحنات الريفيين تتسارع بقيام شراكة مع شركة النفط الهندية، التي يقوم عدد كبير من "مضخات النفط" التابعة لها بتوزيع البنزين في كل أنحاء الهند، وهي تعمل أيضاً عملاً مضاعفاً بصفة مواقف للشاحنات.

حين يصل الأمر إلى ترويج شراكات بين العام والخاص، يأخذ المشروع الخاص والمجتمع المدني زمام القيادة مرة أخرى. وأفضل النتائج تنتج على ما يظهر حين يسمح القطاع العام لنفسه أن يكون مقوداً بالمشروع الخاص وبالمجتمع المدني. ويستطيع المرء أن يأمل فقط بأن القطاع الخاص، بحكمه الجيد وعملياته الجيدة، سوف يكون له أثر على حكم القطاع العام. فإذا كان الأمر كذلك، فإن الموارد الضئيلة المخصصة للرعاية الصحية في الهند سوف تذهب، حينئذ، إلى ما هو أبعد بكثير. ذلك على الأقل بداية.

في الصين يركز الطريق الممتد في المستقبل جهوده في الدولة. والشراكات بين الدولة والكيانات الخاصة سوف تتوقف، وتُمسك رهينة لشكوك الدولة. والوعي بالفشل المطبق الذي صنعه ربع القرن الماضي يتحول إلى وعي حاد. ومع ذلك، فأهم أمر بالنسبة إلى الرعاية الصحية الصينية هو اكتشاف الحكومة نصها المفقود، وهو النص الذي وضع الرعاية الصحية الأولية في الدور الرئيس.

