

EM/RC59/INF.DOC.5

ش م/ل 59/ وثيقة إعلامية 5

حزيران/يونيو 2012

اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط

الدورة التاسعة والخمسون

البند 2 (هـ) من جدول الأعمال المبدئي

تقرير مرحلي حول تحسين تمويل الرعاية الصحية، والتقدم نحو الحماية الصحية الاجتماعية في الإقليم

1. يُحرّم كل عام الملايين من الناس في العالم وفي إقليم شرق المتوسط، من الخدمات الصحية الضرورية، وتعاني ملايين أخرى من مصاعب مالية بسبب طريقة تمويل الخدمات الصحية. وتُعدّ المدفوعات المباشرة التي يدفعها المرضى من جيوبهم، لقاء الخدمات الصحية السبب الرئيسي لنكبتهم المالية وعواقبها. وقد مهد التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2010، حول التغطية الصحية الشاملة، السبيل أمام البلدان لتعزيز الحماية الصحية الاجتماعية، مُقدِّماً تشخيص المشكلة، وعلاجها. وتُعرّف التغطية الصحية الشاملة في ضوء أبعاد السعة والعمق والتكلفة الثلاثة، بأنها تكفل حصول "جميع" الأفراد على طائفة من الخدمات الضرورية دون التعرّض لخطر الانهيار المالي. ويبين التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2010 خطوات عملية بوسع البلدان اتخاذها للاقترب من مرمى التغطية الصحية الشاملة، والمحافظة عليه.

2. وعُرضت على الدورة السابعة والخمسين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في عام 2010، ورقة¹ استرعت الانتباه إلى الحصة المرتفعة للغاية النفقات المدفوعة مباشرة من جيوب المرضى في إجمالي النفقات الصحية في غالبية البلدان المنخفضة الدخل، والعديد من البلدان المتوسطة الدخل. كما أشارت الورقة إلى عدم كفاية الاستثمارات في مجال الصحة في العديد من البلدان المنخفضة الدخل، وإلى انعدام الكفاءة في الاستفادة من الموارد الصحية الشحيحة في غالبية البلدان. وقد اقترحت ستة توجهات استراتيجية وإجراءات ذات صلة للإسراع بوتيرة تحرك البلدان نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ وهذه التوجهات هي: (1) حشد موارد كافية لتحقيق التغطية الشاملة؛ (2) إعداد نظم للمدفوعات المسبقة؛ (3) تعزيز ودعم الشراء الاستراتيجي؛ (4) تعزيز المعارف الرامية إلى تشجيع التغطية الصحية الشاملة ودعم تلك المعارف وإنتاجها؛ (5) التنسيق بين الشركاء على المستويين الوطني والدولي، وتعزيز فعالية المعونات؛ (6) الرصد والتقييم. وقد حثّت اللجنة الإقليمية، في قرارها ش م/ل 57/ق.7، الدول الأعضاء على اعتماد هذه التوجهات الاستراتيجية، وتكييفها وفقاً للأولويات الوطنية.

3. والآن وقد مضى عامان، يُقدّم هذا التقرير تحديتاً للمعلومات حول الوضع في الإقليم²، مع التركيز على أحدث المستجدات، والوقوف على الخطوات القادمة الرامية إلى تعزيز التحسّن في الفئات الثلاث لبلدان الإقليم³.

¹ التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط: التحرك باتجاه التغطية الشاملة 2011-2015 (وثيقة رقم: ش م/ل 57/مناقشة تقنية.1).

² المعلومات الواردة في هذا التقرير هي عن العامين 2009 و2010 ويرجع السبب في ذلك إلى تأخر الإبلاغ ببيانات الإنفاق.

³ تُصنّف البلدان باستخدام نظام من ثلاثة مستويات وفق أوضاعها الاجتماعية والاقتصادية، وإنفاقها على الصحة، والنتائج الصحية بكلّ منها. وهناك سبعة بلدان في المستوى الأعلى؛ وهي بلدان مجلس التعاون الخليجي الستة بالإضافة إلى ليبيا (اقتصادات النفط). وتقع سبعة بلدان أخرى في المستوى الأدنى؛ وهي: أفغانستان، وباكستان، وجنوب السودان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن. ويضم المستوى الأوسط بقية البلدان الثمانية: الأردن، وتونس، وجمهورية إيران الإسلامية، والجمهورية العربية السورية، والعراق، ولبنان، ومصر، والمغرب، بالإضافة إلى الأرض الفلسطينية المحتلة.

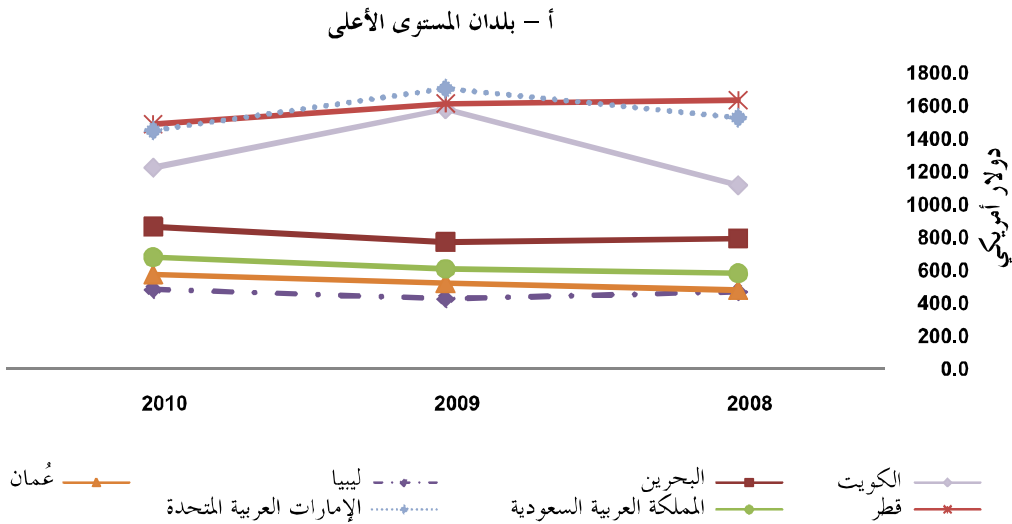
ويُعرض التقدم المُحرَز في الوظائف الفرعية الثلاث لتمويل الرعاية الصحية، ألا وهي: التحصيل، والتأمين الجماعي ضد المخاطر، والشراء.

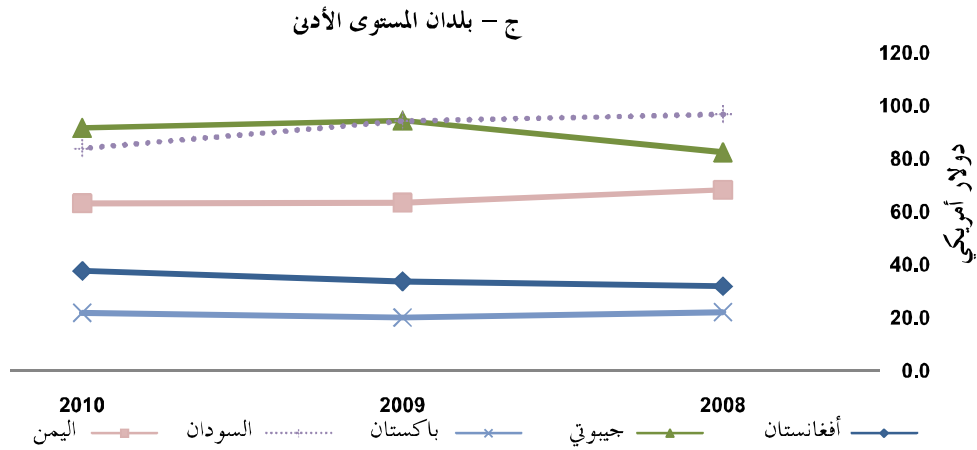
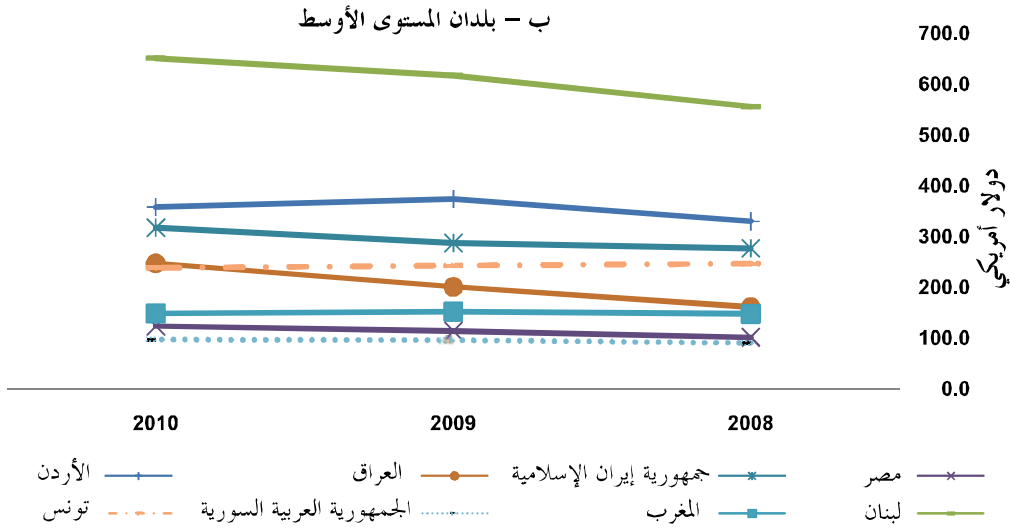
التقدم المُحرَز باتجاه النغطية الصحية الشاملة في الإقليم

التحصيل

4. تشير وظيفة التحصيل الفرعية إلى قدرة بلدٍ ما على جمع إيرادات كافية ومستدامة بطريقة تتسم بالعدل. وقد حث القرار ش م/ل إ 57/ق.7 الدول الأعضاء على زيادة الاستثمار في الصحة. ويجري بحث التقدم المُحرَز عن طريق تقدير نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة في البلد الواحد، وفي جميع البلدان.

5. ومن بين الدول التي تنتمي إلى المستوى الأعلى، شهدت كل من عُمان والمملكة العربية السعودية زيادة مُطَّردة في نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة، وشهدت قطر نقصاناً نسبياً في الإنفاق على الصحة، من 1636 دولاراً إلى 1489 دولاراً (بالأسعار الحالية). ومع ذلك، تبقى قطر هي أعلى الدول إنفاقاً على الصحة في الإقليم. وتتفاوت الوضع في الدول الأخرى في المستوى الأعلى (الشكل 1 أ). وفي بلدان المستوى الأدنى، شهدت أفغانستان بعض الزيادة في نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة (من 31.8 إلى 37.7 دولاراً)، على حين انخفض نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة في اليمن من 68.2 إلى 63.2 دولاراً. وتفاوت الوضع في كل من باكستان وجيبوتي والسودان (الشكل 1 ج). وفي الفترة 2008 - 2010 شهدت جميع بلدان المستوى الأوسط زيادة في حجم الموارد التي أنفقت على الصحة (الشكل 1 ب)، باستثناء تونس التي تراجع فيها نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي من 133.2 إلى 129.1 دولاراً.



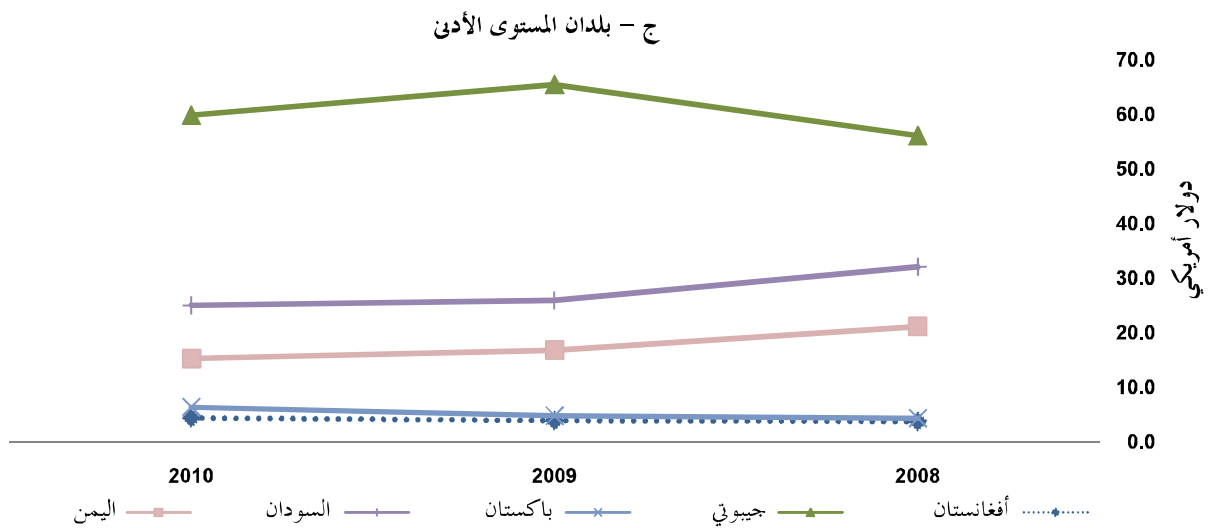
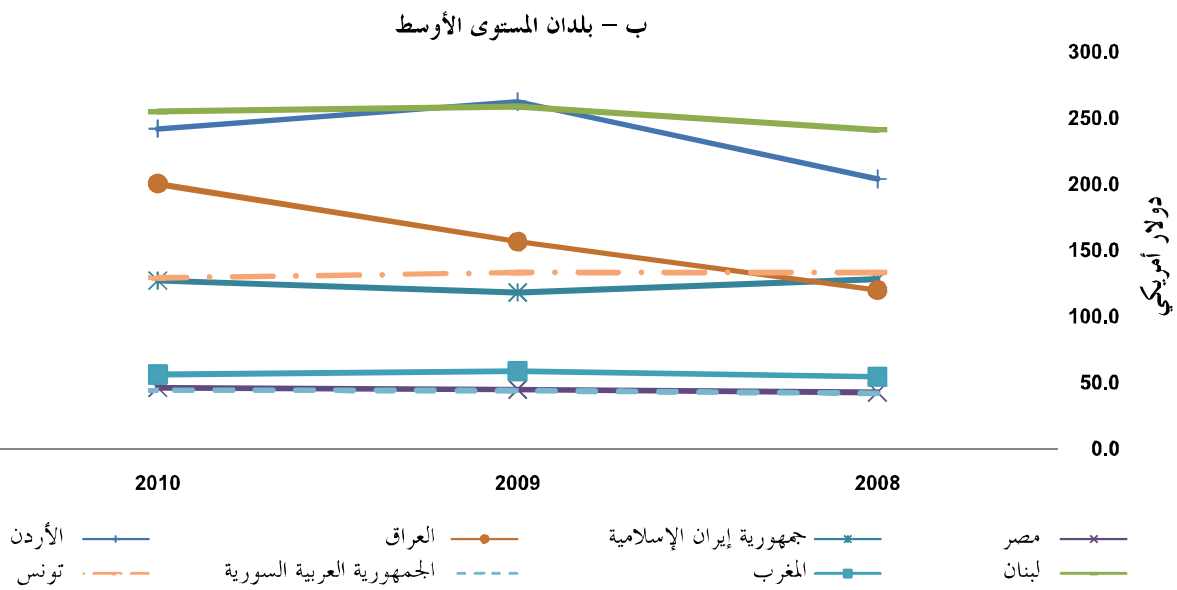
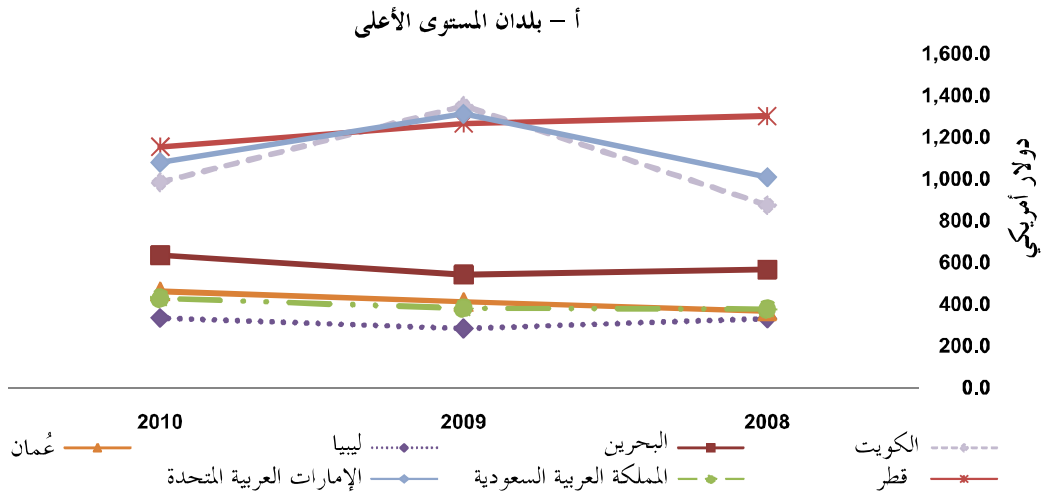


الشكل 1 (أ-ج) نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة، 2008 - 2010

التأمين الجماعي ضد المخاطر

6. تشير وظيفة التأمين الجماعي الفرعية إلى إدارة الإيرادات المحصّلة لتحقيق تأمين جماعي عادل وفعال ضد المخاطر الصحية. وقد حثت اللجنة الإقليمية، في قرارها المشار إليه، الدول الأعضاء على تعزيز إدخال أنظمة الدفع المسبق. وتم بحث هذه الوظيفة عن طريق تقدير نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي العام على الصحة، ودمج جميع أنظمة الدفع المسبق العامة؛ فضلاً عن نسبة المبالغ التي تدفع من الجيب الشخصي للأفراد في إجمالي الإنفاق على الصحة.

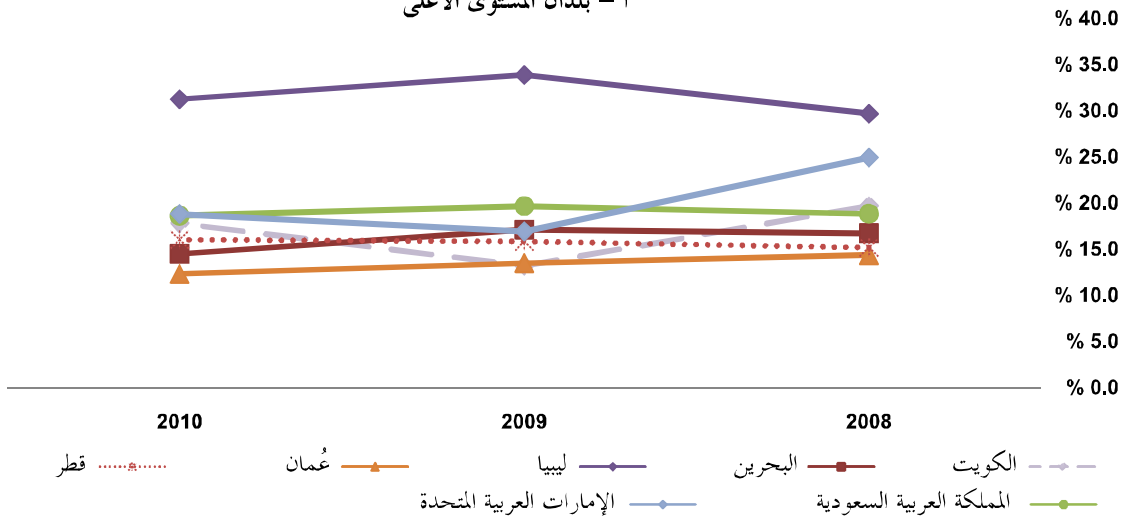
7. وبالنسبة للبلدان التي تنتمي إلى المستوى الأعلى، فعلى الرغم مما شهدته عُمان والمملكة العربية السعودية من زيادة في القيمة المطلقة للإنفاق الحكومي العام على الصحة، انخفضت هذه القيمة انخفاضاً طفيفاً في قطر من 1635.5 إلى 1488.8 دولار أمريكي. وفي غالبية دول المستوى الأدنى، تقلصت المبالغ التي أسهمت بها الحكومات في الإنفاق على الصحة. وعلى الرغم من ذلك، ارتفع الإنفاق الحكومي العام على الصحة في باكستان ارتفاعاً طفيفاً من 4.3 دولاراً أمريكياً في 2008 إلى 6.4 دولاراً أمريكياً في 2010. ويبين الشكل 2 أ-ج تطور القيمة المطلقة للإنفاق الحكومي العام على الصحة في الفئات الثلاث لبلدان الإقليم.



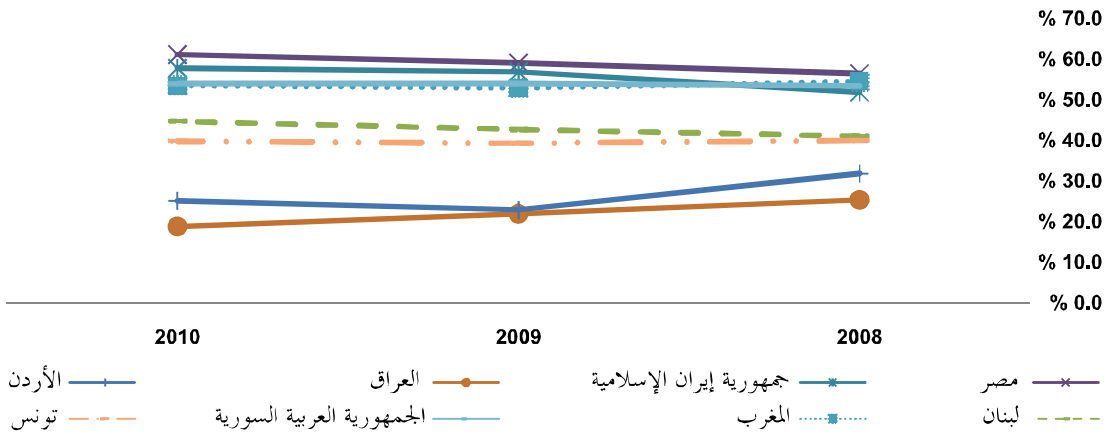
الشكل 2 (أ-ج) نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي العام على الصحة، 2008 - 2010

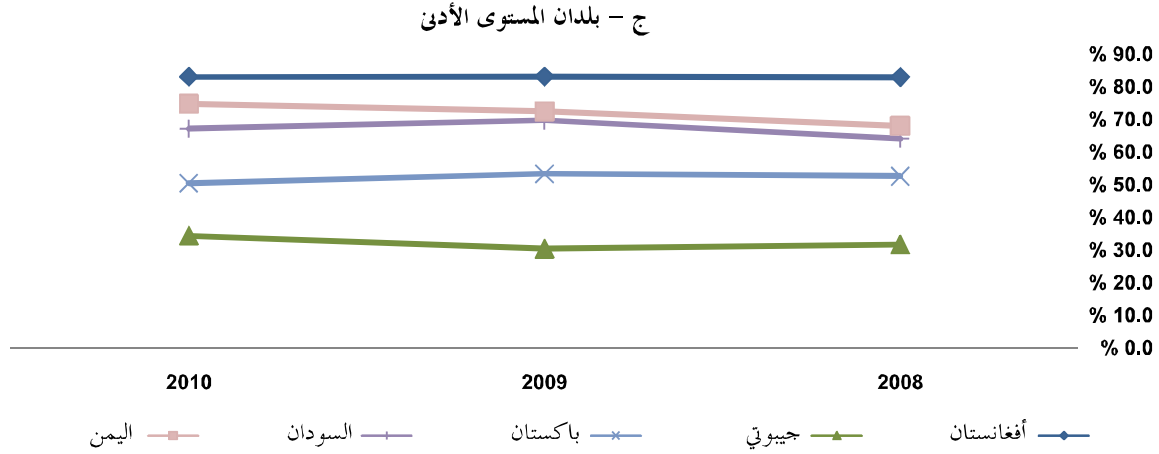
8. وفيما يتعلق بنسبة المبالغ التي يدفعها الأفراد من ماله الخاص في إجمالي الإنفاق على الصحة، لاتزال هذه النسبة منخفضة نسبياً في بلدان مجلس التعاون الستة (أقل من 20%)، وبلغت هذه النسبة 31.2% في ليبيا في عام 2010. ويبدو أن البلدان التي تنتمي إلى المستوى الأدنى لم تتمكن من خفض الحصة المرتفعة نسبياً للمبالغ المدفوعة مباشرة من جيوب الأفراد في إجمالي الإنفاق على الصحة في هذه البلدان. بل ارتفعت هذه النسبة في اليمن من 68.0% إلى 74.8%، وهو ذات الأمر الذي لوحظ في بلدان المستوى الأوسط، إذ لاتزال نسبة المبالغ المدفوعة مباشرة من جيوب الأفراد في إجمالي الإنفاق على الصحة مرتفعة نسبياً في كلٍّ من جمهورية إيران الإسلامية، ومصر (57.8% و61.2% على التوالي). ويُظهر الشكل 3 أ-ج تطور حصة المبالغ المدفوعة مباشرة من جيوب الأفراد في إجمالي الإنفاق على الصحة في فئات البلدان الثلاث.

أ - بلدان المستوى الأعلى



ب - بلدان المستوى الأوسط





الشكل 3 (أ-ج) نصيب الفرد من الإنفاق المباشر من جيوب الأفراد في إجمالي الإنفاق على الصحة، 2008 - 2010

الشراء

9. تشير وظيفة الشراء الفرعية إلى استخدام ما تم تجميعه من إيرادات في شراء طائفة من الخدمات الصحية بطريقة تتسم بالكفاءة. وقد حثت اللجنة الإقليمية، في قرارها ش م/ل إ 57/ق.7، الدول الأعضاء على إدخال آليات للشراء الاستراتيجي. بما يكفل حُسن الاستفادة من الموارد المتاحة. ويجري في الإقليم إيلاء الاهتمام لمصادر القصور الرئيسية الأربعة: الموارد البشرية الصحية، والدواء والتكنولوجيا، وتقديم الخدمات، وآليات الدفع إلى مقدمي الخدمات. وبُذلت جهود لتقييم مشكلات القصور في نخبة من البلدان، مع إطلاع رسمي السياسات ومتخذي القرارات على النتائج التي أسفر عنها هذا التقييم في اجتماع أقاليمي للخبراء عُقد في لبنان في الفترة من 13 إلى 15 كانون الأول/ديسمبر 2011.

التحديات والاستنتاجات

10. لاتزال التحديات الرئيسية التي حُدِّدت للجنة الإقليمية في عام 2010 قائمة في معظم بلدان الإقليم، وفيما يلي عرض موجز لهذه التحديات:

- غياب الرؤية الواضحة، أو التوجهات الاستراتيجية لتمويل الرعاية الصحية، وضعف التزام الحكومات بالعدالة في المجال الصحي؛
- ضعف القدرة على حشد موارد محلية كافية وإدارتها، والتنسيق دون المستوى للمدخلات التي يُسهم بها الشركاء الدوليون في التنمية؛
- نمو قطاع خاص يفتقر إلى التنظيم، واتساع رُقعة القطاع غير الرسمي، وانتشار الازدواج في الممارسات المتبعة، مما يُضعف من تقدم القطاع العام للخدمات، ويُفضي إلى إضعاف قدرة الحكومات على تحصيل الموارد الشحيحة المخصصة للرعاية الصحية، وترشيد استخدامها؛
- حالات الطوارئ المعقدة السائدة في العديد من البلدان، والتي تجعل من العسير وضع خطط طويلة الأجل، لتوفير الحماية الصحية الاجتماعية الكافية للسكان.

الخطوات القادمة

11. يتضح من الخبرة المكتسبة أن من الممكن تحقيق تقدم كبير باتجاه التغطية الصحية الشاملة في ظل النظام القائم لتمويل الصحة، وذلك بتنفيذ البنود القانونية والتنظيمية الحالية وفرض العمل بها، وتعزيز القدرات التنظيمية. وقد وُضعت أداة تحليلية لتقييم تمويل الصحة بهدف التعرف على الفرص السانحة للتحسين، وهذه الأداة هي: التقييم المؤسسي والتنظيمي لتحسين تمويل الصحة وتعزيزه (OASIS). وسوف تقوم الأداة الجديدة بتقييم التصميم المؤسسي والممارسات التنظيمية، وتحديد الخيارات المطروحة لإحداث التغييرات الضرورية⁴. وسوف يساعد تقييم نظم تمويل الصحة في كل البلدان في دعم استحداث البيئات، والشروع في حوارات بين الأطراف المعنية حول السياسات التي تتبّع لتعزيز أداء النظام القائم لتمويل الصحة.
12. وينبغي لتقييم التقدم المُحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الإقليم أن يحظى بالأولوية. ويجري الآن وضع إطار للتقييم، ومن المقرر توسيع نطاق تنفيذه ليشمل كل الدول الأعضاء، مما من شأنه دعم البلدان والمنظمة في رصد العدالة في تمويل الصحة، ورصد التقدم المُحرز نحو تحقيق الحماية الصحية الاجتماعية.
13. وينبغي التركيز على استحداث البيئات باستخدام النظام الجديد للحسابات الصحية (SHA 2011). ويجري الآن إدخال النظام المحدود، مع التوسع في تنفيذه في الإقليم، بما يساعد في توفير المعلومات ذات الصلة بالسياسات، تعزيزاً لأداء نظام تمويل الصحة. وهناك أداة أخرى وضعت مؤخراً، وهي الأداة الموحدة لتقدير التكاليف الصحية، من أجل تقدير تكلفة تنفيذ الخطط الصحية الاستراتيجية الوطنية، بما في ذلك استراتيجيات تمويل الصحة. وسوف تساعد الاستفادة من هذه الأداة الجديدة في تقدير تكلفة تنفيذ ما يوضع من استراتيجيات.
14. وأخيراً، يتزايد الاعتراف بضرورة التحرك باتجاه التغطية الصحية الشاملة، باعتباره تحركاً باتجاه إعادة تنظيم النظام الصحي برمته، مما يستدعي تنسيق الجهود المبذولة وتكامل الإجراءات المتخذة. وينبغي للقرارات المتعلقة بالترتيبات المؤسسية التي تتخذها البلدان أن تهتم بإعمال الوظائف الثلاث: التحصيل، والتأمين الجماعي، والشراء، على نحو يضمن العدالة والكفاءة، ويعزز الحماية الصحية الاجتماعية عن طريق الإسراع بوتيرة تحرك البلدان نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

⁴ يعرف التصميم المؤسسي بأنه القواعد الرسمية، على حين تشير الممارسات التنظيمية إلى الجانب التنفيذي لهذه القواعد. وتُستخدم تسع مؤشرات عامة لتقييم أداء تمويل الصحة.