

Distr.: General
13 August 2012
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة السابعة والستون

البند ٧٠ (ب) من جدول الأعمال المؤقت*

تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها: مسائل

حقوق الإنسان، بما في ذلك النهج البديلة

لتحسين التمتع الفعلي بحقوق الإنسان

والحريات الأساسية

حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية
يمكن بلوغه

مذكرة من الأمين العام

يتشرف الأمين العام بأن يحيل طيه إلى أعضاء الجمعية العامة التقرير المؤقت الذي

أعده المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية
يمكن بلوغه.

* A/67/150.



الرجاء إعادة استعمال الورق



التقرير المؤقت للمقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه

موجز

يبحث هذا التقرير في تمويل الرعاية الصحية في سياق الحق في الصحة. ويتوقف الإعمال الكامل للحق في الصحة على توافر التمويل الكافي والمنصف والمستدام للصحة، على الصعيدين المحلي والدولي. وبالتالي، فإن هذا التقرير يناقش التزام الدول بكفالة التمويل المحلي للصحة على نحو كاف ومنصف ومستدام. ويتناول التقرير ثلاثة مجالات حاسمة في تمويل الصحة: كيفية قيام الدول بكفالة توفير الأموال الكافية للصحة والمصادر التي تستمد منها هذه الأموال؛ وكيفية تجميع هذه الأموال؛ وكيفية تخصيص الأموال والموارد داخل النظم الصحية من أجل كفالة وصول الجميع إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية. كما يستكشف المقرر الخاص عددا من المسائل الموضوعية في هذا الصدد، بما في ذلك الضرائب والتمويل الدولي للصحة؛ وآليات التجميع، بما في ذلك التأمين الصحي الاجتماعي؛ والشواغل المتعلقة بالتخصيص، كتخصيص الأموال والموارد الصحية بين الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية والفجوة بين الموارد المخصصة للمناطق الريفية والنائية والحضرية. ويختتم المقرر الخاص تقريره بمجموعة من التوصيات بشأن كفالة توافر الموارد الكافية من أجل الصحة، وتجميع الأموال وتخصيصها لأغراض الصحة بإنصاف.

المحتويات

الصفحة

٤	أولا - مقدمة
٥	ثانيا - الإطار المفاهيمي
٦	ألف - كفالة توفير الأموال الكافية وترتيب أولويات تمويل الرعاية الصحية
٨	باء - تجميع وتخصيص الأموال والموارد الصحية
٩	جيم - المساعدة الدولية
١٠	ثالثا - المسائل الموضوعية في تمويل الرعاية الصحية
١٠	ألف - كفالة الأموال الكافية من أجل الصحة
١٩	باء - تجميع الأموال المحلية من أجل الصحة
٢٦	جيم - تخصيص الأموال والموارد الصحية
٣٠	رابعا - الخلاصة والتوصيات

أولا - مقدمة

١ - يتوقف الأعمال الكامل لحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه على مدى توافر التمويل الكافي والمنصف والمستدام للصحة، على الصعيدين المحلي والدولي. وبالتالي، فإن هذا التقرير ينظر في تمويل الرعاية الصحية في سياق الحق في الصحة. ويناقش التزام الدول بكفالة التمويل المحلي الكافي والمنصف والمستدام للصحة ويوفر إطاراً مفاهيمياً لنهج الحق في الصحة لتمويل الصحة. وهو يبحث على وجه الخصوص، في التزامات الدول بما يلي: كفالة توفير الأموال الكافية للصحة وتحديد أولويات التمويل من أجل الصحة في الميزانيات الوطنية؛ وضمان التوزيع المنصف للأموال والموارد الصحية؛ والتعاون على الصعيد الدولي لكفالة توافر التمويل الدولي المستدام للصحة. ويستكشف التقرير أيضاً عدداً من المسائل الموضوعية في هذا الصدد، بما في ذلك الضرائب والتمويل الدولي للصحة؛ وآليات التجميع، بما في ذلك التأمين الصحي الاجتماعي، والشواغل المتعلقة بالتخصيص، كتوزيع الأموال والموارد الصحية بين مؤسسات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، والفجوة بين الموارد المخصصة للمناطق الريفية والنائية والحضرية.

٢ - ويتميز المشهد المعاصر للتمويل الصحي بالعجز والتحديات المستمرة والمتكررة في تمويل النظم الصحية في جميع أنحاء العالم. ويعتبر الإنفاق العام على الصحة منخفضاً جداً في كثير من الدول بسبب انخفاض ترتيب الصحة في أولويات الميزانية، وفي بعض الحالات، عدم توافر الأموال العامة الكافية من حيث القيمة المطلقة. كما يعتبر العجز في الحوكمة أساسياً لعدم قيام العديد من الدول بتمويل الصحة على نحو كاف. وفي كثير من الأحيان، يؤدي الفساد المستشري، والثغرات الضريبية، وضعف الإدارة الضريبية التي تتميز بارتفاع معدلات التهرب من الضرائب، إلى تقليل قدرة الدول على زيادة الإيرادات وتخصيص الأموال العامة الكافية للصحة. ويعتمد العديد من الدول بشكل مفرط على ما يدفعه مستعملو النظم الصحية من أموالهم الخاصة وعلى التمويل الدولي لتمويل نظمها الصحية. بيد أن التمويل الدولي للصحة، لا يمكن التنبؤ به وغير مستدام، على نحو ما أثبتته الأزمة المالية الأخيرة، وتؤثر المدفوعات من الأموال الخاصة للسلع والخدمات الصحية تأثيراً غير متناسب على الفقراء الذين يجب عليهم أن يدفعوا من دخلهم على الرعاية الصحية نسباً أكبر بكثير مما يدفعه المرضى من الأثرياء. ونتيجة لذلك، غالباً ما تواجه الأسر الفقيرة كارثة مالية وتقع في براثن الفقر بسبب ما تدفعه من أموالها، مما يؤدي إلى تأثير سلبي يثبط العديدين عن التماس الرعاية الصحية في المقام الأول.

٣ - ويعترف نهج الحق في الصحة إزاء تمويل الرعاية الصحية بأنه يجب تحقيق توازن مناسب بين التمويل العام والخاص للرعاية الصحية، وكذلك بين الإدارة العامة والخاصة للمرافق والسلع والخدمات الصحية. ومع ذلك، فإن الاتجاه العالمي نحو خصخصة النظم الصحية يعرض توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها لمخاطر كبيرة، وخاصة بالنسبة للفئات الفقيرة وغيرها من الفئات الضعيفة والمهمشة. وأدت الخصخصة في كثير من الحالات، إلى زيادة المدفوعات من الأموال الخاصة للسلع والخدمات الصحية، والاستثمار غير المتناسب في قطاعات الرعاية الصحية الثانوية والثالثية على حساب الرعاية الصحية الأولية، وزيادة التفاوت في توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية بين المناطق الريفية والنائية والحضرية.

٤ - ويتسم نهج الحق في الصحة إزاء تمويل الرعاية الصحية ببالغ الأهمية خاصة في ظل هذه الاتجاهات والتحديات العالمية في مجال تمويل الرعاية الصحية. فهو يوفر إطاراً لضمان إيلاء الأولوية للرعاية الصحية في ميزانيات الدولة، وتعزيزها عن طريق مشاركة الأفراد والمجتمعات المحلية المتضررة مشاركة فعالة ومستتيرة في صياغة الميزانيات الصحية وتنفيذها ورصدها وتقييمها. ويتطلب هذا النهج توزيع الأموال والموارد الصحية توزيعاً عادلاً، ويعترف بالدور الأساسي للمساعدة الدولية في كفالة توافر الأموال والموارد التقنية الكافية من أجل الصحة على الصعيد العالمي، خاصة بالنسبة للدول ذات الدخل المنخفض. ويؤكد النهج على أهمية إيلاء الأولوية لتمويل الرعاية الصحية الأولية لتحقيق التوازن بين تمويل قطاعات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية. وأخيراً، يعترف نهج الحق في الصحة بالفجوة بين الموارد المخصصة للمناطق الريفية والنائية والحضرية ويطلب من الدول أن تقوم بتوزيع الأموال والموارد الصحية بصورة عادلة على المناطق الريفية والنائية لضمان توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية ذات النوعية الجيدة وسهولة الحصول عليها في هذه المناطق على أساس مبدأ عدم التمييز.

ثانياً - الإطار المفاهيمي

٥ - يعتبر تمويل الرعاية الصحية عنصراً مركزياً للحق في الصحة وفعالاً للإعمال الكامل للحق في الصحة كما ورد في المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وعلى نحو ما أوضحه التعليق العام رقم ١٤ للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. وقد اعترف العديد من الصكوك الدولية والإقليمية الأخرى، مثل إعلان ألما آتا الذي اعتمدته المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية وإعلان أبوجا بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والأمراض المعدية الأخرى ذات الصلة

الذي اعتمدته الاتحاد الأفريقي عام ٢٠٠١، بالأهمية المركزية لتمويل الرعاية الصحية في استقرار وفعالية النظم الصحية وتحقيق أهداف التنمية الدولية. ولذلك، فإن الدول ملزمة بكفالة توفير التمويل الكافي والمنصف والمستدام للرعاية الصحية. وتتمثل الشواغل الأساسية لتمويل الرعاية الصحية فيما يلي: كيفية قيام الدول بتوفير الأموال الكافية للرعاية الصحية والمصادر التي تستمد منها هذه الأموال؛ وكيفية تجميع هذه الأموال؛ وكيفية تخصيص الأموال والموارد داخل النظم الصحية من أجل كفالة وصول الجميع إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية ذات النوعية الجيدة. ويوفر نهج الحق في الصحة إطاراً مفاهيمياً يمكن من خلاله معالجة جميع هذه الشواغل الرئيسية.

ألف - كفالة توفير الأموال الكافية وترتيب أولويات تمويل الرعاية الصحية

٦ - يترتب على الدول بموجب الحق في الصحة التزام بكفالة توفير الأموال الكافية للرعاية الصحية وترتيب أولويات التمويل من أجل الصحة في ميزانياتها. ويعتبر ذلك الالتزام شرطاً أساسياً لإعمال كل جانب تقريباً من جوانب الحق في الصحة ومطلوباً بموجب التزام الدول بالاستفادة القصوى من الموارد المتاحة لكفالة الأعمال الكاملة للحق (التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٣٣). ويشمل الحق في الصحة، على النحو المبين بالتفصيل في التعليق العام رقم ١٤، استحقاقات عديدة، كتوافر المرافق الصحية جيدة النوعية والحصول على الأدوية الأساسية، التي تتطلب نفقات إيجابية من قبل الدولة. ويعتبر التمويل العام الكافي ضرورياً من أجل توفير هذه الاستحقاقات الإيجابية. وقد يؤدي عدم كفاية الإنفاق أو سوء تخصيص الموارد العامة إلى عدم تمتع الأفراد أو الجماعات بالحق في الصحة، ولا سيما الفئات الضعيفة أو المهمشة، ويصل إلى حد انتهاك الدولة لالتزامها بإعمال الحق في الصحة (التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٥٢).

٧ - ومن أجل الاستفادة القصوى من الموارد المتاحة، يجب على الدول أن تتخذ جميع الخطوات اللازمة لجمع الإيرادات الكافية وتعبئة الموارد اللازمة للرعاية الصحية وكفالة إيلاء الأولوية لتمويل الرعاية الصحية على نحو متناسب في الميزانيات الوطنية ودون الوطنية. ويقتضي تحديد أولويات الميزانية أن تقوم الدول بتخصيص جزء كبير من النفقات الحكومية العامة للإنفاق على الصحة وإيلاء الأولوية للصحة جنباً إلى جنب مع التزامات التمويل الأساسية الأخرى، مثل الإنفاق على التعليم والضمان الاجتماعي والدفاع. ويترتب على الدول في هذا الصدد، التزام إيجابي بتسهيل المشاركة الفعالة والواعية للأفراد والمجتمعات المحلية المتضررة في صياغة الميزانيات الصحية وتنفيذها ورصدها وتقييمها. وينبغي أن تكفل الدول أيضاً الشفافية في صياغة ميزانيات الرعاية الصحية وتنفيذها ورصدها وتقييمها. من أجل

كفالة المساءلة عن تنفيذ الميزانيات الصحية الوطنية ودون الوطنية والقوانين والسياسات ذات الصلة، وينبغي للدول أيضا تطوير وتنفيذ آليات تتيح إجراء مراجعة لهذه الصكوك ومراقبتها على نحو مستقل أو التكفل بها.

٨ - ويرتبط الالتزام بإيلاء الأولوية لتمويل الرعاية الصحية في ميزانيات الدول ارتباطا وثيقا بمبدأ الأعمال التدريجي، الذي ينشئ التزاما محددا ومستمر على الدول بالتحرك بأقصى قدر من السرعة والفعالية نحو الأعمال الكامل للحق في الصحة لجميع الأشخاص دون تمييز، مع مراعاة القيود الناجمة عن محدودية الموارد المتاحة (التعليق العام رقم ١٤، الفقرتان ٣٠ و ٣١ والتعليق العام رقم ٣، الفقرة ٩). ومن أجل تيسير الأعمال التدريجي للحق في الصحة لجميع الأشخاص، ينبغي للدول استخدام أقصى مواردها المتاحة لإعمال الحق في الصحة، الأمر الذي يتطلب النجاح في جمع الأموال وكفالة تخصيصها للرعاية الصحية من خلال تحديد الأولويات في الميزانية. وتعتبر الدول غير الراغبة في استخدام أقصى مواردها المتاحة لإعمال الحق في الصحة أنها تنتهك بذلك التزاماتها بموجب هذا الحق (التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ٤٧).

٩ - أما الالتزام بكفالة توفير الأموال الكافية للصحة وإيلاء الأولوية لتمويل الصحة، فينبغي أن يسترشد بالالتزامات الأساسية للحق في الصحة (التعليق العام رقم ١٤، الفقرات من ٤٣ إلى ٤٥). والالتزامات الأساسية غير قابلة للانتقاص وتمثل المستويات الضرورية الدنيا التي ينبغي للدول الوفاء بها من أجل الامتثال للحق في الصحة. وتشتمل الالتزامات الأساسية على الاستحقاقات الإيجابية والسلبية وتتناول الشواغل المتعلقة بالتوزيع والإنصاف. وتتطلب الاستحقاقات الإيجابية، كالاتزام بكفالة الحصول على المأوى الأساسي والسكن والمرافق الصحية وإمدادات كافية من المياه النظيفة الصالحة للشرب من الدول غالبا استخدام أموال وموارد كبيرة للوفاء بها. أما الالتزامات الأساسية التي تحدد الاستحقاقات السلبية وتتناول الشواغل المتعلقة بالتوزيع، كالاتزام بكفالة التوزيع العادل للمرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية على أساس غير تمييزي فتفترض وجود مثل هذه المرافق والسلع والخدمات، وبالتالي، تتطلب أيضا نفقات مالية كبيرة من الدول. ولذلك، ينبغي أن تكفل الدول توافر الأموال الكافية من أجل الصحة وتحديد أولويات تمويل الصحة من أجل الوفاء على الأقل بالالتزامات الأساسية للحق في الصحة. وبهذا المعنى، فإن الالتزامات الأساسية تحدد خط أساس للتمويل تعتبر الدول تحتها أنها تنتهك التزاماتها بموجب الحق في الصحة.

باء - تجميع وتخصيص الأموال والموارد الصحية

١٠ - يعتبر الالتزام بكفالة التوزيع العادل للمرافق والسلع والخدمات الصحية لجميع الأشخاص دون تمييز التزاما أساسيا بموجب الحق في الصحة. ويشكل الحق في الحصول على نوعية جيدة من المرافق والسلع والخدمات الصحية على أساس غير تمييزي، وخاصة للفئات الضعيفة والمهمشة، بما في ذلك، الأقليات الإثنية والعرقية والدينية والجنسية والنساء والأطفال والفقراء وغيرهم، التزاما أساسيا إضافيا للدول. ويجب على الدول، من أجل الوفاء بهذه الالتزامات الأساسية بموجب الحق في الصحة، أن تكفل التوزيع العادل للأموال والموارد الصحية من أجل حصول الجميع على الخدمات والسلع والخدمات الصحية الجيدة النوعية، وفقا لمبدأ عدم التمييز وإيلاء اهتمام خاص لاحتياجات مجموعات السكان الضعيفة والمهمشة. وقد يؤدي التوزيع غير العادل للأموال والموارد الصحية إلى تمييز غير مباشر في إطار النظم الصحية، ولا سيما فيما يتعلق بالفئات الضعيفة أو المهمشة التي تفتقر في كثير من الأحيان إلى الوسائل الاجتماعية والسياسية للطعن في التوزيع غير العادل للموارد العامة. (التعليق العام رقم ١٤، الفقرة ١٩).

١١ - ويمكن تحقيق التوزيع العادل للأموال والموارد من أجل الصحة من خلال تجميع الأموال التي تُجنى من خلال نظم الدفع المسبق. ويتيح تجميع الأموال التمويل التناقلي للمخاطر المالية المرتبطة بالرعاية الصحية بين مختلف الفئات عبر مجموعات كبيرة من السكان وتحويل الأموال الصحية من الأغنياء إلى الفقراء ومن الأصحاء إلى المرضى. وعليه، فإن التمويل التناقلي للمخاطر المالية يحمي الفئات الضعيفة أو المهمشة كالفقراء، من تكبد نفقات صحية باهظة وتكفل الحصول على نوعية جيدة من المرافق والسلع والخدمات الصحية التي لولاها لتعذر الوصول إليها من الناحية المالية. وبالتالي، فإن تجميع الأموال لأغراض الصحة من أجل تيسير الإعانة التناقلية للرعاية الصحية والمخاطر المالية هي وسيلة أساسية يمكن أن تتيح للدول أن تكفل التوزيع العادل للأموال والموارد الصحية على النحو المطلوب في إطار الحق في الصحة.

١٢ - ويعترف التعليق العام رقم ١٤ للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن الاستثمارات في الصحة ينبغي ألا تقدم دعما غير متكافئ للخدمات الصحية العلاجية الباهظة الثمن التي لا يستطيع الوصول إليها غالبا إلا شريحة صغيرة من السكان، بدلا من دعم الرعاية الصحية الأولية والوقائية التي تستفيد منها الشريحة السكانية الأكبر بكثير. وتكون خدمات الرعاية الصحية الأولية عادة أقل تكلفة من الرعاية الثانوية والثالثية التي تتطلب بحكم تعريفها وجود عاملين في مجال الرعاية الصحية ممن تلقوا تدريباً تخصصياً ومعدات متطورة

للتشخيص وهيكل أساسية صحية مادية هامة. وبالتالي، فإن الاستثمار في مجال الرعاية الصحية الأولية يعتبر أكثر فعالية من حيث التكلفة على المدى الطويل لأنه يمنع المرض ويعزز الصحة العامة، مما يقلل من الحاجة إلى الرعاية الثانوية والثالثية الأكثر كلفة^(١). ويمكن إعادة استثمار الوفورات الناتجة في النظام الصحي، ربما في شكل إعانات إضافية للرعاية الصحية للفقراء. وبالتالي، فإن الحق في الصحة يتطلب توزيع الأموال والموارد الصحية بين قطاعات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية.

١٣ - وينبغي للدول أن تخصص الأموال والموارد الصحية من أجل كفالة توفر المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة وإمكانية وصول سكان الريف والمناطق النائية إليها بسهولة. وتم توثيق التفاوت الكبير في النواتج الصحية بين مجموعات سكان المناطق الريفية والنائية ونظرائهم في المناطق الحضرية في كثير من الدول^(٢). ويعزى ذلك التفاوت إلى عدد من العوامل، بما في ذلك عدم كفاية الاستثمارات في الهياكل الأساسية الصحية ونقص العاملين الصحيين المؤهلين في المناطق الريفية والنائية. وتتفاقم هذه المشكلة لأن مجموعات سكان المناطق الريفية والنائية غالبا ما تشمل الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الفقراء والأقليات العرقية والعنصرية والشعوب الأصلية، التي تميل إلى أن تكون أكثر فقرا من تلك التي في المناطق الحضرية^(٣). ولذلك، فإنه يجب على الدول، وفقا لنهج الحق في الصحة، أن تكفل تخصيص تلك الأموال والموارد الصحية بشكل منصف بين المناطق الريفية والنائية والحضرية.

جيم - المساعدة الدولية

١٤ - يعترف نهج الحق في الصحة بالدور الأساسي الذي تضطلع به المساعدة الدولية في كفالة توفر ما يكفي من الأموال والموارد من أجل الصحة على الصعيد العالمي، لا سيما في الدول النامية. وينبغي للدول، وفقا لروح المادة ٥٦ من ميثاق الأمم المتحدة، والمواد ٢ (١)، و ١٢ و ٢٢ و ٢٣ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وإعلان ألما آتا، أن تعترف بالدور الهام الذي يضطلع به التعاون الدولي وأن تمتثل لالتزاماتها باتخاذ إجراءات مشتركة ومنفصلة لتحقيق الأعمال الكاملة للحق في الصحة على الصعيد العالمي. وفي هذا الصدد، ينص إعلان ألما آتا على أن التفاوت

(١) Rifat Atun, *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* (Copenhagen, WHO, 2004), pp. 6-8.

(٢) Juan Antonio Casas et al., *Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants*, Occasional paper No.8 Equity and Health, (PAHO, 2008) pp.37, 42.

(٣) WHO, *World Health Statistics (2008)*, Inequities in health care and health outcome, pp. 92-95.

الصارخ في مجال الصحة بين مختلف المجموعات، ولا سيما بين البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية، بل ودخل البلدان أيضا، هو أمر غير مقبول سياسيا واجتماعيا واقتصاديا ويجب أن يكون بمثابة الشاغل المشترك لجميع الدول. ويتطلب نهج الحق في الصحة من الدول أن تتعاون على الصعيد الدولي لكفالة توافر التمويل الدولي المستدام للصحة. وهذا يشمل مسؤولية جميع الأموال على الصعيد الدولي من اشتراكات إلزامية من الدول، بالاستناد إلى قدرتها على الدفع، وتخصيص الأموال للدول، بناء على حاجتها، من أجل تحقيق التمويل التناقلي للموارد من أجل الصحة على مستوى العالم.

ثالثا - المسائل الموضوعية في تمويل الرعاية الصحية

ألف - كفالة الأموال الكافية من أجل الصحة

١ - فرض الضرائب

١٥ - فرض الضرائب هو طريقة شائعة تقوم الدول من خلالها بجمع الأموال العامة من أجل الصحة من خلال الدفع المسبق، بدلا من تسديد المدفوعات من الأموال الخاصة عند تقديم الخدمات. وحقت عدة دول إمكانية الوصول الشامل (أو شبه الشامل) إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية من خلال استخدام الإيرادات الضريبية لتمويل الرعاية الصحية^(٤). وتوفر الضرائب للدول الحصول على مجموعة متنوعة من المصادر لتمويل الرعاية الصحية، بما في ذلك فرض الضرائب على الدخل الشخصي والممتلكات والأجور والتصنيع والمبيعات والتجارة ومكاسب رأس المال والمعاملات المالية. وتتيح الضرائب للدول تجميع الأموال وتوزيع المخاطر المالية المرتبطة بالرعاية الصحية على جميع السكان. وبالتالي، فإن الضرائب أداة يمكن للدول أن تكفل بها توفير الأموال الكافية من أجل الصحة من خلال التمويل التصاعدي، على النحو المطلوب بموجب الحق في الصحة.

١٦ - ويتطلب نهج الحق في الصحة إزاء تمويل الرعاية الصحية أن تفرض الضرائب لتمويل الرعاية الصحية تصاعديا لكفالة توليد الإيرادات العادلة. وتتطلب الضرائب التصاعدية من دافعي الضرائب المساهمة وفقا لقدرتهم على الدفع. ويتطلب فرض ضرائب تصاعدية على الدخل على سبيل المثال، من دافعي الضرائب الأثرياء المساهمة بنسبة من دخلهم أعلى من دافعي الضرائب الأفقر. وبالمقابل، تنطوي الضرائب التنازلية على فرض مساهمات على

(٤) WHO, World Health Organization, *Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage*

.(Geneva, 2010), p. 6

الأقل ثراء أكبر مما يفرض على دافعي الضرائب الأغنى. وبالتالي، فإن الضرائب التنازلية هي آلية غير عادلة لتمويل الرعاية الصحية وتتعارض مع الحق في الصحة.

١٧ - ويستخدم كثير من الدول ضرائب الاستهلاك، كالضرائب غير المباشرة وضريبة القيمة المضافة، لزيادة الإيرادات العامة وتوفير الأموال اللازمة للرعاية الصحية. وتم اعتماد ضريبة القيمة المضافة في عدد من الدول يقارب ١٤٠ دولة وتمثل حالياً نسبة كبيرة من تحصيل الإيرادات في كثير من الدول، ولا سيما في العالم النامي^(٥). وحققت بعض الدول نجاحاً في تخصيص أجزاء معينة من الإيرادات من ضريبة القيمة المضافة من أجل الإنفاق على الصحة^(٦). كما يستخدم ما يدعى "ضرائب الإثم" وهي ضرائب غير مباشرة، على السلع الضارة اجتماعياً مثل الكحول أو الأطعمة غير الصحية أو التبغ لجمع الأموال من أجل الصحة، ويمكن أن تخصص للإنفاق على وجه التحديد على الرعاية الصحية. ويمكن أن تخدم ضرائب الإثم غرضاً ثانوياً يتمثل في تثبيط السلوكيات غير الصحية من خلال رفع تكلفة الاستهلاك، مما يمكن أن يعزز الصحة العامة للجمهور في بعض الظروف^(٧).

١٨ - وفي إطار الحق في الصحة، يجب أن لا تؤدي ضرائب الاستهلاك إلى فرض عبء غير متناسب على الفقراء. ومع ذلك، فإن ضريبة القيمة المضافة قد تعمل بشكل تنازلي، عن طريق قيام الفقراء بإنفاق أجزاء أكبر من دخلهم على ضريبة القيمة المضافة مما ينفقه الأثرياء^(٨). وقد تبين أن رفع الحد الأدنى لأرباح الشركات التي لا تخضع الشركات تحته لضريبة القيمة المضافة والتمييز بين السلع الكمالية والضرورية يؤدي إلى زيادة الطابع التصاعدي لضريبة القيمة المضافة^(٩). وقد تكون ضرائب الإثم أيضاً تنازلية^(١٠) وينبغي

(٥) Michael Keen, "What Do (and Don't) We Know about the Value Added Tax? A Review of Richard M. Bird and Pierre-Pascal Gendron's *The VAT in Developing and Transitional Countries*," *Journal of Economic Literature*, vol. 47, issue 1, 2009, p. 159

(٦) Ghana and Chile have set aside 2.5 and 1 per cent respectively of revenues from value-added taxes to fund health: WHO, *Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage* (Geneva, 2010) p. 27

(٧) انظر WHO, Regional Office for South-East Asia, *Tobacco Taxation and Innovative Health-care Financing*, (New Delhi, 2012)

(٨) Nahida Faridy and Tapan Sarker, "Who really pays Value Added Tax (VAT) in developing countries? Empirical evidence from Bangladesh," *International Journal of Modeling and Optimization*, vol. 11 (2011); L. Sekwati and Brothers W. Malema, "Potential Impact of the Increase in Vat on Poor Households In Botswana," *International Journal of Economic and Research*, vol. 2, issue 1 (2011)

(٩) Nahida Faridy and Tapan Sarker, p. 194

(١٠) Christopher Snowdon, "The Wages of Sin Taxes," Adam Smith Institute, (London, 2012), pp 51-54

تطبيقها بشكل متناسب، بحيث تكون الضريبة المفروضة على المنتجات الأرخص ثمنا التي يستخدمها الفقراء أقل من الضريبة التي تفرض على المنتجات الأغلى ثمنا التي يستخدمها الأثرياء. ويجب أيضا إيلاء الاهتمام لما لضرائب الإثم من أثر مالي على المجتمعات الفقيرة التي قد تشتري منتجات تخضع للضريبة بوتيرة أكبر. وتعتبر ضريبة القيمة المضافة وضرائب الإثم وغيرها من أشكال ضرائب الاستهلاك التي هي في المقام الأول تنازلية تتعارض مع التزام الدول باحترام الحق في الصحة.

١٩ - وقد انتشرت المنافسة الضريبية الدولية نتيجة للعولمة وزيادة حركة رأس المال وما يقابلها من المرونة ردا على الضرائب. وتتسبب المنافسة الضريبية في سباق نحو القاع حيث تحاول الدول جذب الاستثمار الأجنبي المباشر من خلال الحوافز الضريبية والإعفاءات الضريبية الأخرى التي تمنح للمستثمرين الأجانب ومن خلال تخفيض الضرائب على التجارة والمكاسب الرأسمالية أو عدم وجودها^(١١). وتؤدي المنافسة الضريبية إلى تقليل عائدات الضرائب في الدول النامية وتضعف قدرتها على جمع الأموال الكافية لتمويل الصحة^(١٢). وفي بعض البلدان النامية، بلغت الإيرادات التي فقدت بسبب الحوافز الضريبية ضعف الميزانية المخصصة للصحة تقريبا^(١٣). وشهدت الدول ذات الدخل المرتفع تقلصا في الإيرادات الضريبية من الضرائب المفروضة على الإيرادات الرأسمالية نتيجة لتحرير الضريبة في الدول النامية^(١٤). وقامت الشركات متعددة الجنسيات بتحويل أصولها إلى الخارج للاستفادة من الملاذات الضريبية، وساهمت في تحديد أسعار التحويل من أجل الحصول على أرباح في الولايات القضائية ذات الضريبة المنخفضة والتهرب من دفع ضرائب أعلى في الدول التي يقيمون فيها^(١٥).

(١١) International Confederation of Free Trade Unions, *Having their cake and eating it too: the Big Corporate Tax Break*, (Brussels, 2006), p. 16-17

(١٢) Marta Ruiz, Rachel Sharpe and María José Romero, *Approaches and Impacts IFI tax policy in developing countries*, available from <http://eurodad.org/?p=4564>

(١٣) Tax Justice Network – Africa and ActionAid International, *Tax competition in East Africa: A race to the bottom?* (April 2012), p. 12

(١٤) انظر Howard Wachtel, “Tax Distortion in the Global Economy,” Paper presented at the Global Crisis Seminar, Transitional Institute, (Amsterdam, February 2002)

(١٥) المرجع نفسه.

٢٠ - وينبغي أن تكفل الدول ألا تؤدي سياسات تحرير الضرائب الناتجة عن المنافسة الضريبية الدولية إلى انخفاض التمويل العام للصحة. ومع ذلك، فإن من المرجح أن يؤدي انخفاض الإيرادات الضريبية والقواعد الضريبية الناتجة عن منح تخفيضات ضريبية للمستثمرين الأجانب وانخفاض الضرائب المفروضة على التجارة والمكاسب الرأسمالية أو عدم وجودها إلى إضعاف قدرة الدول على جمع الأموال الكافية من أجل الصحة، على النحو الذي يقتضيه الحق في الصحة. وبالتالي، فإنه ينبغي للدول والمؤسسات المالية الدولية أن تتفادى تعزيز المنافسة الضريبية من خلال اتفاقات التجارة الحرة ومعاهدات الاستثمار والإقراض المشروط إذا كانت هذه الصكوك والسياسات تهدد بتخفيض توافر التمويل القائم على الضرائب من أجل الصحة في الدول النامية.

٢١ - وقد أدت المنافسة الضريبية الدولية إلى إلقاء عبء الضرائب في كثير من الدول على ضرائب الاستهلاك والدخل أو الأجور بدلا من الضرائب على الأرباح التجارية والإيرادات الرأسمالية^(١٦). إلا أن من الصعب جباية الضرائب على الدخل والأجور في الدول ذات القطاعات غير الرسمية الكبيرة، بما فيها معظم دول العالم النامية. وتتكدس هذه الدول تكاليف إدارية كبيرة ترتبط بتحصيل الضرائب من القطاع غير الرسمي، وتعرض لمستويات عالية من التهرب الضريبي وتواجه صعوبات في زيادة قواعد ضريبة الدخل إلى أقصى حد ممكن^(١٧). ومع ذلك، يقدر أن فرض ضرائب على القطاع غير الرسمي يمكن أن يزيد الإيرادات الضريبية بنسبة تتراوح من ٣٥ إلى ٥٥ في المائة في بعض الدول^(١٨). ولاقت الأساليب المبتكرة لجمع الضرائب من القطاع غير الرسمي، بما في ذلك من خلال تعاون الدول مع رابطات العمال غير الرسميين، نجاحا في بعض الحالات وتبشر بزيادة القاعدة الضريبية في الدول ذات القطاعات غير الرسمية الكبيرة^(١٨). ومن أجل كفاءة توافر التمويل الكافي والمنصف والمستدام للصحة، كما يقتضيه الحق في الصحة، ينبغي ألا تترك الدول، نتيجة لسياسات تحرير الضرائب، تعتمد في المقام الأول على تحصيل الإيرادات الضريبية من القطاعات التي يصعب تنظيمها. ومع ذلك، ومن أجل تعزيز الإنصاف في تمويل الصحة من خلال الضرائب، وبالنظر إلى حجم الإيرادات المحتملة، ينبغي للدول أن تجعل الجهود

(١٦) Allison Christians, "Fair Taxation as a Basic Human Right," *International Review of Constitutionalism*, University of Wisconsin Legal Studies Research Paper No. 1066 (2009), p. 20.

(١٧) The International Tax Compact, *Addressing tax evasion and tax avoidance in developing countries*, (Eschborn, Germany, December 2010).

(١٨) المرجع نفسه.

المبدولة لجمع الضرائب من الشركات في القطاع غير الرسمي، تتوقف على توفير الدولة للخدمات وغيرها من الفوائد لهذه الشركات المرتبطة بكونها كيانا خاضعا للضريبة.

٢ - التمويل الدولي

٢٢ - في إطار الحق في الصحة، يترتب على الدول التزام بالتعاون على الصعيد الدولي لكفالة توافر التمويل الدولي المستدام للصحة. والمساعدة الدولية هي من بين المصادر الرئيسية لتمويل الصحة في كثير من الدول النامية. ويفتقر العديد من هذه الدول إلى الأموال والموارد الصحية الكافية لتلبية الاحتياجات الصحية المحلية، وبالتالي، فإنها تعتمد اعتمادا كبيرا على المساعدات الدولية. وعلاوة على ذلك، ونظرا لمستوى ومعدل التنمية في بعض الدول ذات الدخل المنخفض، فإنها لن تكون قادرة على جمع الأموال الكافية محليا لتلبية الاحتياجات الصحية المحلية في المستقبل القريب. وعليه، فإن إعمال الحق في الصحة في العالم النامي يعتمد أيضا على توافر التمويل الدولي المستدام للصحة، الذي ينبغي أن يتحقق في نهاية المطاف من خلال نظام إلزامي يستند إلى معاهدات تبرم على أساس مبدأ التضامن العالمي.

٢٣ - وتنطوي ممارسات التمويل الدولية القائمة على عدد من المشاكل. فالدول المانحة والمؤسسات المانحة المتعددة الأطراف والمؤسسات المالية الدولية وغيرها من جهات التمويل لا تزال تقوم بممارسات تقوض الأعمال الكامل للحق في الصحة. وفي كثير من الحالات، لا تركز جهات التمويل أنشطتها على تلبية الاحتياجات الصحية للدول المستفيدة وإنما توجه المساعدة نحو تطوير النظم الصحية، وتقوم بإدماج تدخلات المجتمعات المحلية المتأثرة في أنشطتها بصورة غير كافية، وتفرض شروطا على تلقي التمويل من أجل الصحة.

٢٤ - ويجب على جهات التمويل الدولية أن تكفل احترام أنشطتها للحق في الصحة. ولذلك، ينبغي أن تكون أنشطة الممولين موجهة نحو تلبية الاحتياجات الصحية المحلية وتشجيع تطوير التدخلات والنظم الصحية القائمة على الاكتفاء الذاتي. ولتحقيق هذه الغاية، ينبغي للجهات المانحة أن تقوم بإدماج مشاركة المجتمع المدني والمجتمعات المحلية المتضررة في أنشطتها من أجل كفالة جعل التدخلات الصحية سريعة الاستجابة ومستدامة وفقا للحق في الصحة. كما يجب على الجهات المانحة الامتناع عن ربط تلقي المساعدة الدولية بشروط ضارة.

٢٥ - وتميل الجهات المانحة الدولية إلى التركيز على التدخلات قصيرة الأجل لمعالجة قضايا صحية معينة دون التركيز بشكل كاف على تعزيز النظم الصحية^(١٩). وقد أدى ذلك في بعض الدول إلى الاعتماد المفرط على التمويل الدولي وتخلف النظم الصحية المحلية التي يعتبر كثير منها عاجزا عن تلبية حتى مجرد الاحتياجات الصحية الأساسية في غياب المساعدة الدولية. وعلاوة على ذلك، قد تكون الدول التي أصبحت تعتمد اعتمادا مفرطا على التمويل الدولي للصحة أقل ميلا على الأرجح لإيلاء الأولوية للصحة في ميزانياتها، وهو أمر حاسم لاستدامة النظم الصحية المحلية في الأجل الطويل.

٢٦ - ويفتقر العديد من الدول ذات الدخل المنخفض إلى الأموال والموارد الكافية للصحة من حيث القيمة المطلقة. وقد تعاني دول أخرى أحيانا من نقص شديد في الموارد يتطلب تمويلًا دوليًا لسده. ومع ذلك، فإنه حتى الدول المنخفضة الدخل قد تقوم في كثير من الحالات، بتعبئة أموال تتجاوز تلك المخصصة حاليا من أجل الصحة من خلال تحديد الأولويات في الميزانية. وعلاوة على ذلك، تمتلك بعض الدول موارد كافية، لكنها لم تقم ببساطة بتعبئة وتخصيص أموال كافية للصحة بشكل منصف. وفي حين أن نهج الحق في الصحة يتطلب من الدول أن تتعاون على الصعيد الدولي لكفالة توافر التمويل الدولي المستدام للصحة، فإنه ينبغي للدول المستفيدة أيضا أن تتخذ جميع الخطوات الممكنة لكفالة الاكتفاء الذاتي بالموارد المحلية من أجل تجنب الإفراط في الاعتماد على التمويل الدولي.

٢٧ - وتشترط المساعدة الدولية في كثير من الأحيان على الدول المتلقية أن تعتمد سياسات تتماشى مع المصالح الاجتماعية أو السياسية أو الاقتصادية للجهات المانحة ومع إيديولوجياتها. وقد تتطلب المعونة المشروطة من الدول المتلقية تنفيذ استراتيجيات صحية محددة تفضلها الجهات المانحة من أجل الحصول على الأموال. بيد أن الاستراتيجيات التي توجهها الجهات المانحة، قد لا تكون متماشية مع الاحتياجات الصحية للدول المتلقية وقد تؤدي بدلا من ذلك إلى تشويه الأولويات الصحية المحلية^(٢٠). فأموال الجهات المانحة المخصصة للبرامج التي تركز على العفة في البلدان المتضررة من الإيدز على سبيل المثال، تعمل على ترويج فوائد الامتناع عن النشاط الجنسي قبل الزواج، لكنها تشترط حجب معلومات قيمة عن الفوائد الصحية للوقاية الذكري ووسائل منع الحمل على أساس أن هذه المعلومات تتناقض مع رسالة الامتناع

(١٩) P. Prakongsai et al, "Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector?", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, No.11 (Geneva, November 2008), p. 898

(٢٠) Gorik Ooms et al., "Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'," *Globalization and Health*, vol. 6, issue 17 (October 2010), p. 3

عن ممارسة الجنس^(٢١). وقد وجدت الدراسات أن البرامج التي تركز على العفة غير فعالة في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وأن حجب المعلومات عن وسائل منع الحمل يعرض الشباب لخطر الحمل والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي بصورة متزايدة^(٢٢).

٢٨ - وهناك صندوق آخر للمساعدة الثنائية الموجهة نحو مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، لا يمنح الأموال للمنظمات التي ليس لديها سياسة تعارض العمل في مجال الجنس صراحة^(٢٣). بيد أن العاملين في مجال الجنس هم من بين أكثر الفئات تعرضاً لخطر فيروس نقص المناعة البشرية، ويضطرون بدور حاسم في مكافحة انتقال عدوى الفيروس. ولذلك، يجب إدماجهم في جميع جهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية من أجل كفالة جعل التدخلات سريعة الاستجابة ومستدامة ومتماشية مع الحق في الصحة. ولذلك، فإنه ينبغي للدول المانحة ألا تكون مدفوعة بإيديولوجيات اجتماعية أو سياسية أو اقتصادية عند تصميم وتنفيذ التدخلات الصحية. وينبغي للجهات المانحة بدلاً من ذلك وفقاً للحق في الصحة، كفالة تنفيذ الاستراتيجيات الصحية المتاحة الأكثر فعالية نظراً لاحتياجات الدولة المتلقية التي يحددها أصحاب المصلحة المحليون.

٢٩ - وفي كثير من الحالات، ونتيجة لشروط الاقتصاد الكلي التي تعلق عليها قروض المؤسسات المالية الدولية، فإن المساعدة الدولية للصحة لا تؤدي إلى زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة، ولكنها تستخدم بدلاً من ذلك من الدول لبناء الاحتياطات^(٢٤). وتشير الدراسات إلى أن كل دولار إضافي من المساعدات في مجال الصحة يضيف ما يقرب من ٠,٣٧ دولار فقط إلى ميزانيات الصحة في الدول المستفيدة، وأقل من ٠,٠١ دولار في الدول التي تلتزم بمشورة صندوق النقد الدولي^(٢٥). ومن أجل بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة على سبيل المثال في دولة ما، يكفي أن تقوم بزيادة إيراداتها الإجمالية بنسبة ٢٠ في المائة وتخصيص ١٥ في المائة من الزيادة للصحة. ومع ذلك، فإن الشروط المرتبطة بقروض الاقتصاد الكلي تشترط على وزارة الصحة تجميد ميزانيات الصحة

(٢١) Elaine Murphy et al., "Was the ABC Approach (Abstinence, Being Faithful, Using Condoms) Responsible for Uganda's Decline in HIV?", *Plos Medicine*, vol. 3, no. 9 (September 2006), p. 1445.

(٢٢) Heather Boonstra, "Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications", *Guttmacher Policy Review*, Summer 2011, vol. 14, no. 3, p. 19.

(٢٣) انظر الحاشية ٢١.

(٢٤) انظر الحاشية ٢٠.

(٢٥) David Stuckler et al., "International Monetary Fund and Aid Displacement," *International Journal of Health Services*, vol. 41, no. 1 (2011) p. 67, 70.

مستقبلاً^(٢٦). وتشكل القيود من هذا النوع المفروضة على إنفاق الدولة على الصحة تعدياً على الحق في الصحة لأنها تؤثر بشكل غير متناسب على الفقراء الذين يعتمدون على توفر المرافق والسلع والخدمات الصحية العامة أكثر من الفئات الأخرى.

تجميع الأموال الدولية من أجل الصحة

٣٠ - يتسم التمويل الدولي للصحة بعدم الاتساق وانعدام الأمن. وتعتبر تدخلات الجهات المانحة في كثير من الأحيان مجزأة وضعيفة التنسيق. وقد أدت الأزمة المالية العالمية الأخيرة التي تسببت جزئياً في إلغاء الجولة ١١ للصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا إلى إبراز انعدام الأمن في التمويل الدولي. ويؤدي التمويل الدولي غير المتناسق من أجل الصحة إلى تعريض الدول التي تعتمد اعتماداً كبيراً على المساعدات الدولية لخطر الوقوع في عجز شديد في التمويل خلال فترات الركود الاقتصادي العالمي. وتوضح تجزئة تدخلات الجهات المانحة من الحالة في دولة ما، حيث تعمل ٥٠ جهة مانحة، يقدم ١٩ منها مساعدة مباشرة إلى الحكومة من خلال دعم الميزانية ويقدم ٣١ منها مساعدات من خلال آليات أو اتفاقات فردية منعزلة^(٢٧). وقد أدى التنسيق الرديء لتدخلات الجهات المانحة إلى إنفاق زائد عن الحاجة، وعدم كفاية الأموال والموارد المخصصة للصحة، وفشل المبادرات في تلبية الاحتياجات الصحية المحلية على نحو فعال.

٣١ - ومن أجل التعاون على كفاءة توافر التمويل الدولي المستدام للرعاية الصحية كما يقتضيه الحق في الصحة، ينبغي للدول أن تقوم بتجميع الأموال من أجل الصحة على الصعيد الدولي. ومن شأن التعاون الدولي في شكل مجمع عالمي وحيد أو عدة مجموعات منسقة أن يسهل التمويل التناقلي للنظم الصحية في الدول النامية و يتيح التنسيق بين أنشطة الجهات المانحة في الدول المستفيدة. وتمس الحاجة للتعاون الدولي في شكل مجمع عالمي للأموال من أجل الصحة في الوقت الحالي من أجل حمل عبء المرض العالمي وتعزيز التنمية المستدامة للنظم الصحية المحلية.

٣٢ - ويمثل الصندوق العالمي والمرفق الدولي لشراء الأدوية مثالين من الأمثلة الناجحة على التجميع على الصعيد العالمي الذي كان له تأثيرات إيجابية هامة في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والملاريا على الصعيد العالمي. وقد قام كل من الصندوق

(٢٦) Gorik Ooms et al., p. 4.

(٢٧) Karen McColl, "Europe Told to Deliver More Aid for Health," *The Lancet*, vol. 371, No. 9630 (2008), p. 2073.

العالمي والمرفق الدولي لشراء الأدوية بتحصيل وتجميع موارد كبيرة من الدول المانحة ومن خلال آليات مبتكرة لتمويل وقاما بتخصيص الأموال والموارد على أساس الحاجة^(٢٨). وفي إطار البرامج الممولة من الصندوق العالمي، تلقى ٣,٣ مليون شخص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية العلاج المضاد للفيروسات الرجعية في عام ٢٠١١ وحده^(٢٩)، وتم اكتشاف ٩,٣ مليون من المصابين بالسل في اختبار المسحة ومعالجتهم بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٢^(٣٠). وقد وفر المرفق الدولي لشراء الأدوية العلاج الصديق للطفل لـ ٤٠٠.٠٠٠ طفل مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية وقام بتسليم ٤٦ مليون من العلاجات المركبة المكونة أساساً من مادة الأرتيميسينين إلى المشتريين المباشرين لأدوية الملاريا^(٣١). وعلاوة على ذلك، وعلى النقيض من المعونة الثنائية والمساعدة المقدمة من المؤسسات المالية الدولية، قام الصندوق العالمي والمرفق الدولي لشراء الأدوية بإلغاء الشروط وزيادة مستويات الشفافية ومشاركة أصحاب المصلحة في عمليات التمويل والأنشطة البرنامجية وفقاً لنهج الحق في الصحة إزاء تمويل الصحة^(٣٢).

٣٣ - ومن أجل تحويل النموذج العالمي للمساعدة الدولية للصحة من نظام خيري يعتمد على الجهات المانحة إلى نظام إلزامي يقوم على مبدأ التضامن، ينبغي إنشاء آليات عالمية للتجميع بموجب معاهدات دولية أو إقليمية تتحمل الدول بموجبها التزامات قانونية بالمساهمة في المجموع وفقاً لقدرتها على الدفع، ويتم من خلالها تخصيص الأموال على أساس الحاجة. وهذا التحول ضروري من أجل ضمان توافر التمويل الدولي المستدام على نحو ما يقضي به الحق في الصحة. ومن أجل تعزيز الملكية والمساءلة داخل النظام، فإن كل دولة تسهم في الصندوق بغض النظر عن مستوى دخلها، ويجب أن تكون جميع عمليات التمويل والبرامج شفافة وتشمل المشاركة الفعالة والوعائية للمجتمع المدني والمجتمعات المحلية المتضررة. ولذلك، فإنه

(٢٨) انظر United Nations, *Innovative Financing for Development*, The I-8 Group Leading Innovative Financing for Equity (New York, 2009).

(٢٩) The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, *Global Fund Results Fact Sheet End-2011* (2011), p. 1.

(٣٠) The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, *News Release: Global Fund Results Show Broad Gains against HIV*, 23 July 2012, available from: <http://www.theglobalfund.org/en/media-center/newsreleases>.

(٣١) UNITAID, *Annual Report 2011*, (WHO, December 2011). available from: www.unitaid.eu/images/Annual_Report_2011/UNITAID_AR2011_EN.pdf.

(٣٢) Gian Luca Burci, "Public/Private Partnerships in the Public Health Sector," *International Organizations Law Review*, vol. 6 (2009), pp. 359-382.

يجب على الدول، من أجل إعمال الحق في الصحة على الصعيد العالمي، أن تتخذ جميع الخطوات اللازمة لإنشاء آليات تجميع عالمية تقوم على معاهدات، وتتألف من مساهمات إلزامية تصاعدية تخصص على أساس الحاجة، وتوجهها عمليات شفافية قائمة على المشاركة.

باء - تجميع الأموال المحلية من أجل الصحة

٣٤ - يتطلب الحق في الصحة من الدول أن تكفل إتاحة المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة للجميع دون تمييز. وينبغي للدول، من أجل احترام وإعمال الحق في الصحة، أن تزيل الحواجز المالية التي تحد من إمكانية الحصول على الرعاية الصحية. وتبعاً لذلك، فإن الحق في الصحة يتطلب من الدول أن تكفل ألا تؤثر القدرة على الدفع على قرار الفرد بشأن الوصول إلى السلع والخدمات الصحية اللازمة. ومن شأن النظم الصحية الممولة من خلال الدفع المسبق، كالنظم القائمة على الضرائب والتأمين الإلزامي، أن تحد من الحواجز المالية من خلال تجميع الأموال التي تتم جبايتها قبل تقديم الخدمات. والتجميع هو الطريقة التي يتم بواسطتها تجميع الأموال لأغراض الصحة وإدارتها من أجل توزيع المخاطر المالية المترتبة على المرض على جميع أعضاء المجتمع، على مدى فترة ما من الزمن^(٣٣). ويؤدي التجميع إلى تعزيز التمويل العادل للصحة من خلال تسهيل التمويل التناقلي من أعضاء المجتمع الأصحاء إلى المرضى ومن الأغنياء إلى الفقراء وعبر دورة حياة الأفراد. ويزيد التجميع أيضاً من الكفاءة من خلال التشجيع على إجراء تحسينات أكثر إنصافاً في مجال الصحة في جميع أوساط فئات السكان^(٣٤) والتحوط ضد المخاطر المرتبطة بالتقلبات المتعلقة بالصحة والقدرة المالية في المستقبل^(٣٥).

٣٥ - ويتمثل الحاجز المالي الأساسي في وجه الحصول على الرعاية الصحية في معظم الدول في المدفوعات من الأموال الخاصة. وتمثل المدفوعات من الأموال الخاصة المدفوعات التي تسدد لقاء السلع والخدمات الصحية التي يحصل عليها المستعمل عند تقديم الخدمات. وفي عام ٢٠٠٧، كانت المدفوعات من الأموال الخاصة في ٣٣ من البلدان التي يعتبر معظمها

(٣٣) WHO, *World Health Report 2000*, "Health Systems: Improving Performance", (Geneva 2000). p.99

(٣٤) Peter Smith and Sophie Witter, "Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance", Health, Nutrition and Population Discussion Paper, (Washington, D.C., World Bank, 2004), p. 4

(٣٥) Chris James and William Savedoff, Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity, *World health report 2010* Background Paper No. 5, available from: www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport

ذا دخل منخفض، تمثل أكثر من ٥٠ في المائة من إجمالي النفقات على الرعاية الصحية^(٣٦). كما يمكن أن تؤدي المدفوعات من الأموال الخاصة إلى تكبد نفقات صحية باهظة^(٣٧). وفي كل عام يقع ما يقرب من ١٠٠ مليون شخص في البلدان ذات الدخل المنخفض غالبا في براثن الفقر بسبب الإنفاق المفرط أو الباهظ على الرعاية الصحية^(٣٨). ويتطلب الحق في الصحة من الدول كحد أدنى، أن تحد من المدفوعات من الأموال الخاصة من أجل الصحة والقضاء على تلك المدفوعات التي تؤثر بشكل غير متناسب على الفقراء. ويؤدي تجميع الدفع المسبق لقاء السلع والخدمات الصحية إلى تقليل المدفوعات من الأموال الخاصة لجميع المستعملين، وربما تؤدي إلى القضاء على هذه المدفوعات بالنسبة للفقراء^(٣٩). وبالتالي، فإن التجميع يقي المستعملين من النفقات الصحية الباهظة من خلال التمويل التناقلي للمخاطر المالية المرتبطة بالنفقات على الصحة.

٣٦ - ومن شأن اعتماد نظم الدافع الواحد مع مجمع واحد للمخاطر أو نظم الدافعين المتعددين مع مجمعات متعددة للمخاطر أن يؤدي إلى الحد من الحواجز المالية في وجه الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية، على النحو المطلوب بموجب نهج الحق في الصحة. وفي نظم الدافع الواحد، تقوم منظمة واحدة بتحصيل الأموال وتجميعها وشراء الخدمات لجميع السكان. وفي معظم الحالات، يتم تزويد جميع أعضاء المجمع داخل النظام بإمكانية الوصول إلى السلع والخدمات الصحية نفسها^(٤٠). ونظرا لقدرة الحكومة على توليد وجمع الأموال، من خلال آليات مثل الضرائب والاشتراك الإلزامي لأعداد كبيرة من الناس، فإنها تقوم في معظم الحالات بإدارة المجمع وشراء السلع والخدمات الصحية في نظام للدافع الواحد. وتعزز مجمعات المخاطر المنفردة إمكانية الحصول على المرافق والسلع والخدمات الصحية على قدم المساواة وفقا لنهج الحق في الصحة من خلال السماح بالتمويل التناقلي بقدر أكبر مما تسمح به النظم ذات المجمعات الصغيرة والجزأة. وبالتالي، فإن نظم الدافع الواحد تعتبر

WHO, *World Health Report*, "Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage", (Geneva, (٣٦) 2010), p. 12

Ke Xu et al, "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis," *The Lancet*, vol. (٣٧) 362, issue 9378 (July 2003), pp. 111-117

WHO, *World Health Report*, "Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage", p.8 (٣٨)

Margaret Kruk et al., "Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low- And Middle-Income (٣٩) Countries," *Health Affairs*, vol. 28, No.4 (2009), p: 1056, 1063

Gerald Anderson and Peter Hussey, *Special Issues with Single Payer Health Insurance Systems*, (٤٠) Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, (World Bank, 2004), p. 28

فعالة في تعزيز إمكانية وصول الجميع إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية، مما يؤدي إلى الحد من المدفوعات من الأموال الخاصة، وحماية المستعملين من النفقات الصحية الباهظة.

٣٧ - ويمكن أن يعمل مقدمو الرعاية الصحية من القطاع الخاص جنبا إلى جنب مع نظم الدافع الواحد أيضا. ويمكن أن يُسمح للأطباء والمستشفيات الخاصة باختيار الانسحاب من النظام الممول من القطاع العام وتحصيل رسوم خاصة من المرضى. ونتيجة لذلك، قد يترك النظام العام يعاني من نقص التمويل، إذا كان المستعملون يعفون من تسديد الاشتراكات عند الانسحاب من النظام، كما يعاني من نقص الموظفين إذا انسحبت أعداد كبيرة من العاملين الصحيين من النظام العام للحصول على أجور أكبر في القطاع الخاص. وهذا بدوره قد يقلل من جودة المرافق والسلع والخدمات الصحية العامة بوجه عام. أما الفقراء وغيرهم من الفئات الذين لا يستطيعون الانسحاب من النظام العام لأنهم لا يستطيعون تحمل تكاليف الرعاية الخاصة فهم الأكثر تضررا في ظل هذه الظروف. وهكذا، فإن وجود نظام صحي خاص موازي يؤدي إلى انتهاك الحق في الصحة لأنه قد يحد من إمكانية وصول العامة إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية في القطاع العام.

٣٨ - وعلى النقيض من نظم الدافع الواحد، فإن نظم الدافعين المتعددين تشمل عادة مجموعات متعددة للتأمين تديرها شركات تأمين خاصة متنافسة، ولكنها لا تستبعد إمكانية وجود برامج التأمين التي تديرها الحكومة. ويتيح وجود مجموعات متعددة أن تكون مجموعات السلع والخدمات الصحية التي تقدمها شركات التأمين مصممة بصورة أكثر تحديدا وفقا لاحتياجات مختلف الفئات. وتقوم شركات التأمين في أنظمة الدافعين المتعددين بجمع الأموال من خلال آليات الاشتراكات كأقساط التأمين. ومع ذلك، قد تكون الأقساط تنازلية، وبالتالي غير عادلة، إذا كانت لا تستند إلى قدرة الأفراد على الدفع، بل ترتبط بدلا من ذلك بالمخاطر الصحية الفردية فقط. كما يؤدي تحديد الأقساط بالاستناد إلى تصنيف المخاطر بهذه الطريقة إلى سوء الاختيار، حيث تقوم شركات التأمين بفحص مقدمي الطلبات من أجل استبعاد الأفراد ذوي الخطورة العالية من التغطية^(٤١). ويؤدي سوء الاختيار إلى استبعاد الفقراء والأشخاص الذين يعانون من أمراض سابقة من مجموعات التأمين، بما في ذلك الفقراء ويؤدي إلى وجود مجموعات أصغر حجما وأقل تنوعا، مما يضعف من آثار التمويل التناقلي^(٤٢). وتعتبر الأقساط التنازلية والممارسات التي تؤدي إلى سوء الاختيار تعديا على

(٤١) Elias Mossialos and Sarah Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, (Belgium, WHO, 2004), pp. 107, 108.

(٤٢) Robert Carroll and Phillip Swagel, "The Intersection of Tax and Health Care Policy," *National Tax Journal*, vol. LXII, No. 3 (Washington, D.C., 2009), p. 568.

الحق في الصحة بقدر ما تميز ضد الفئات الضعيفة والمهمشة وتحد من وصول الجميع إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة.

٣٩ - ومن أجل الحد من الآثار السلبية للأقساط التنازلية وسوء الاختيار ضمن نظام الدافعين المتعددين، ينبغي أن تكون المشاركة في مجمع التأمين الصحي إلزامية. وتكفل المشاركة الإلزامية التغطية التأمينية الشاملة وتتيح استخدام الآليات المعادلة أو مقدري الخسائر، لتسهيل التمويل التبادلي بين مختلف المجمعات. وقد يشترط القانون على سبيل المثال، تحويل نسبة مئوية من أموال المجمعات منخفضة المخاطر إلى المجمعات المعرضة للخطر في ظل ظروف معينة^(٤٣). كما يجوز أن تقوم الدول بتنظيم شركات التأمين الخاصة مباشرة، من خلال اتخاذ تدابير من بينها، الحد من المعلومات التي يسمح لها بجمعها عن الأعضاء المحتملين في المجمع، وتقييد الطريقة التي تحسب بها أقساط التأمين، وحظر استبعاد الأفراد ذوي الظروف الصحية القائمة من قبل من مجمعات التأمين. كما ينبغي أن توفر برامج التأمين الحكومية التغطية للفئات الفقيرة أو الضعيفة أو المهمشة الأخرى المستبعدة من المجمعات الخاصة بسبب عدم قدرتها على الدفع، بسبب الظروف الصحية القائمة من قبل أو لأنها عالية المخاطر لسوء صحتها. وقد يتم رفض اشتراك الأفراد العاملين في الأعمال الخطرة في التأمين الصحي على سبيل المثال، بسبب زيادة المخاطر الصحية، والعاملين في الوظائف ذات الأجور المتدنية لأنهم قد يكونون غير قادرين على تحمل أقساط التأمين المرتفعة التي تتقاضاها شركات التأمين الخاصة. وفي إطار الحق في الصحة، يترتب على الدول التزام بكفالة تمكين هؤلاء الأفراد من الوصول إلى الخدمات الصحية من خلال التأمين الصحي. ويمكن تحقيق هذا الالتزام من خلال نظام مناسب لشركات التأمين الصحي الخاصة، وتقديم إعانة لأقساط التأمين الخاص أو توفير برامج للتأمين تديرها الحكومة.

٤٠ - وعلى مستوى أكثر استهدافاً، تقوم مجمعات التأمين الصحي في المجتمعات المحلية بتجميع الأموال التي تجبى من أفراد المجتمعات المحلية الصغيرة والتي تتضمن مجموعة متنوعة من آليات التمويل، كصناديق الصحة المجتمعية والمنظمات الصحية المشتركة والتأمين الصحي للمناطق الريفية. ويمكن أن تعمل البرامج المجتمعية للتأمين الصحي كتكملة أو إضافة لأنظمة الدافع الواحد أو الدافعين المتعددين. وتوجد هذه البرامج بشكل عام في المجتمعات المحلية الفقيرة وغيرها من المجتمعات المحلية الضعيفة أو المهمشة، وربما تزيد من إمكانية وصول

(٤٣) Naoki Ikegami and John Campbell, "Medical Care in Japan," *New England Journal of Medicine*, vol.

.333 (1995), pp. 1295-1299

الفئات الضعيفة والمهمشة إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية وتيسر مشاركة المجتمعات المحلية في عمليات صنع القرار التي تؤثر على صحتها^(٤٤).

٤١ - إلا أن البرامج المجتمعية للتأمين الصحي قد تكون غير قادرة على تحقيق التمويل التناقلي بصورة فعالة نظرا لحجم المجتمعات المجتمعية وتشكيلها. وفي معظم الحالات، تكون المجتمعات المجتمعية صغيرة جدا في الحجم وتشمل الأفراد الفقراء المعرضين لمخاطر عالية من حيث المرض؛ ولذلك، فإن المخاطر المالية والصحية قد لا تكون مدعومة بشكل فعال عبر أعضاء المجتمع. كما ثبت أن الاشتراكات في المجتمعات المجتمعية للتأمين الصحي تنازلية في بعض الحالات، لأن مبالغ الاشتراكات تحدد كمبلغ مقطوع وكان من الصعب تنفيذ الاشتراكات على أساس الدخل ومنح الإعفاءات للفقراء بسبب صعوبة تحديد دخل الأسرة^(٤٥). وعلاوة على ذلك، فإن التكاليف المرتبطة بتحصيل الاشتراكات من السكان في المناطق الريفية والمناطق الحضرية غير الرسمية مرتفعة مقارنة بالعائدات الناتجة من الاشتراكات. وهكذا، فإنه بينما قد يتم استخدام برامج التأمين المجتمعية لزيادة إمكانية وصول الفئات الضعيفة والمهمشة إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية وتيسير مشاركة المجتمعات المحلية في عمليات صنع القرار ذات الصلة بالصحة، فإنها ليست بديلا عن الحصول على آليات للتجميع أكثر مركزية.

التأمين الصحي الاجتماعي

٤٢ - التأمين الصحي الاجتماعي هو آلية تجميع تمول من المدفوعات الإلزامية المسبقة التي يتم تحصيلها من خلال الاشتراكات من الأفراد والمنظمات وتستكمل عن طريق الضرائب. وتدار برامج التأمين الصحي الاجتماعي عموما من جانب الدولة، التي تستخدم الأموال التي يتم تحصيلها من خلال الاشتراكات الإلزامية وعائدات الضرائب لشراء السلع والخدمات الصحية للمؤمن عليهم. وعلى النقيض من آليات التجميع التي تتألف من مجتمعات أصغر ومجزأة، فإن برامج التأمين الصحي الاجتماعي تقوم بإنشاء مجتمعات كبيرة بما فيه الكفاية، من خلال الاشتراكات الإلزامية، لتسهيل عملية التمويل التناقلي للمخاطر المالية والصحية

(٤٤) انظر Werner Soors et al., Community health insurance and Universal coverage: Multiple paths many rivers to cross,” Background Paper for World Health Report (2010), (Geneva, 2010).

(٤٥) انظر Anne Mills et al., “Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage”, *The Lancet*, vol. 380, issue 9837 (2012), pp. 126-133.

بصورة تتسم بالفعالية عبر فئات كبيرة من السكان^(٤٦). وبالتالي، فإن التأمين الصحي الاجتماعي يزيد من تحقيق المساواة في الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية ويعززها ويزيد من القدرة على تحمل مستويات أعلى من الحماية المالية للفقراء^(٤٧). وقد تتخذ برامج التأمين الصحي الاجتماعي شكل نظم الدافع الواحد، التي تميل إلى تشجيع كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية وتخفيض التكاليف الإدارية أو شكل أنظمة الدافعين المتعددين، التي تشجع المنافسة وتسمح للكيانات الأخرى شراء الخدمات الصحية. ولذلك، فإن برامج التأمين الصحي الاجتماعي تعتبر أحد الأمثلة على آلية تجميع تعزز أعمال الحق في الصحة.

٤٣ - ويجب أن تمول برامج التأمين الصحي الاجتماعي من خلال الاشتراكات الإلزامية في شكل دفع مسبق من أجل تحقيق وصول الجميع إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية والتمويل التناقلي القوي للمخاطر المالية والصحية. وقد تساعد الخطط القائمة على التبرعات على جمع الأموال في حال عدم وجود نظام واسع النطاق للدفع والتجميع، وتعريف الأفراد بفوائد التأمين، وتكون بمثابة آلية وسيطة للتمويل تيسر التحول نحو نظام أكثر شمولاً يقوم على الاشتراكات الإلزامية، ولكنها لا تزيد بالضرورة من معدلات تغطية التأمين لأن الانضمام إليها ليس إلزامياً. وعلى النقيض من نظام يقوم على التبرعات، تمنع مخططات الاشتراكات الإلزامية الأعضاء الأثرياء والأصحاء من الانسحاب من البرنامج وتقلص حجم المجمع على حساب الأعضاء الفقراء والمرضى. كما تمنع المخططات الإلزامية الأفراد من الانضمام إلى البرنامج في أوقات الحاجة الطبية فقط^(٤٨). وعلى الرغم من أن التبرعات قد تساعد على جمع الأموال في حال عدم وجود نظام واسع النطاق للدفع والتجميع، وتعريف الأفراد بفوائد التأمين، وتكون بمثابة آلية وسيطة للتمويل تيسر التحول نحو نظام أكثر شمولاً يقوم على الاشتراكات الإلزامية^(٤٨)، فإنها لا تزيد بالضرورة من معدلات تغطية التأمين لأن الانضمام إليها ليس إلزامياً. وبالتالي، فإن المخططات القائمة على التبرعات غير فعالة في زيادة فرص حصول الفقراء على المرافق والسلع والخدمات الصحية لأنها لا تولّد مجتمعات كبيرة بما فيه الكفاية لتيسير التمويل التناقلي القوي.

Pablo Gottret and George Schieber, "Health financing revisited: a Practitioner's Guide" (World Bank, (٤٦)
Washington, D.C., 2006) pp. 58-59

Regional Committee for the Eastern Mediterranean, "Technical Paper: The impact of health (٤٧)
expenditure on households and options for alternative financing" (WHO, 2004), p. 9

WHO, World Health Report 2010: "Health Systems Financing: The path to universal coverage", pp.88-89 (٤٨)

٤٤ - وينبغي، وفقاً لنهج الحق في الصحة، أن يسترشد تصميم برامج التأمين الصحي الاجتماعي ونطاقها بالاحتياجات الصحية والقدرة المالية وحالة العمالة للسكان المستهدفين. ولذلك، فإن برامج التأمين الصحي الاجتماعي ينبغي أن تكفل توفر مجموعة دنيا من السلع والخدمات الصحية التي يتاح الوصول إليها للجميع على أساس الحاجة. ويجب أن تستجيب مجموعات الاستحقاقات لعبء المرض والاحتياجات الصحية للسكان، وأن تتضمن خدمات فعالة للرعاية الصحية الأولية تتركز في المجتمعات المحلية وتلبي الاحتياجات الخاصة لكل مجتمع محلي، وتشمل الأدوية الأساسية التي لا تحمل اسماً تجارياً من أجل كفالة الحصول على أدوية مأمونة وفعالة وبأسعار معقولة، على نحو ما يقضي به نهج الحق في الصحة. ويجب أن تصمم الخطط التي تقوم على الاشتراكات بحيث تكفل حصول الجميع على الخدمات والسلع والخدمات الصحية الجيدة النوعية. ويجب أن تكون الآليات التي ترمي إلى احتواء تكاليف البرامج التي تحد من الانضمام إلى هذه البرامج، مثل فرض حدود على النسبة المئوية للأفراد الذين يسمح لهم بالحصول على إعفاءات، متسقة مع حقائق الفقر والقدرة على الدفع^(٤٩). وبالتالي، فإن نهج الحق في الصحة يتطلب كحد أدنى، أن تنظم الاشتراكات على نحو تصاعدي، على أساس قدرة الأفراد على الدفع، وأن البرامج يمكن أن توفر إعفاءات مطلقة للفقراء.

٤٥ - وتعتمد برامج التأمين الصحي الاجتماعي غالباً على اشتراكات إلزامية تستند إلى الأجور، التي قد لا تتمكن من تحديد الذين لا يتم الإبلاغ عن دخولهم رسمياً أو لا يمكن تقديرها بسهولة وضمهم إلى هذه البرامج، مثل العمال غير الرسميين والأشخاص العاملين لحسابهم الخاص والعاملين في المناطق الريفية والنائية. فالعمال غير الرسميين على سبيل المثال، الذين قد يتأهلون للحصول على إعفاءات مطلقة أو تخفيض الاشتراكات قد يكون من الصعب أو من المستحيل تحديدهم من خلال برامج التأمين الصحي الاجتماعي التي تقوم على اشتراكات إلزامية تستند إلى الأجور، وبالتالي قد يتعذر انضمامهم إلى هذه البرامج. وقد لا يتمكن هؤلاء الأفراد من الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية بسبب المدفوعات من الأموال الخاصة التي لا يمكنهم تحملها. وفي إطار نهج الحق في الصحة، ينبغي للدول اتباع استراتيجيات مبتكرة لإدراج القطاع غير الرسمي في برامج التأمين الصحي الاجتماعي. وقد ثبت أن ضرائب الجمعيات، التي تقوم بموجبها جمعية تمثل مجموعة معينة

(٤٩) انظر Patrick Apoya and Anna Marriot, "Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana" (Oxfam International, March 2011).

من العمال بتحصيل الأموال وتسديدها إلى النظام الضريبي، تؤدي إلى زيادة مشاركة العاملين في القطاع غير الرسمي في برامج الاستحقاقات الرسمية^(٥٠).

جيم - تخصيص الأموال والموارد الصحية

٤٦ - يتطلب نهج الحق في الصحة التوزيع العادل للأموال والموارد الصحية من أجل تحقيق حصول الجميع على الخدمات والسلع والخدمات الصحية الجيدة النوعية، وفقاً لمبدأ عدم التمييز. ويجب إيلاء اهتمام خاص في جميع قرارات التخصيص، لاحتياجات الفئات الضعيفة والمهمشة، بما في ذلك، الأقليات الإثنية والعرقية والدينية والجنسية والنساء والأطفال والفقراء من بين فئات أخرى. وتنجم النواتج الصحية الأفضل والنظم الصحية الأكثر فعالية بشكل عام، من القضاء على عدم المساواة في الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية^(٥١). ولذلك، ينبغي للدول أن تخصص الأموال والموارد الصحية من أجل كفالة وصول الفقراء إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة، التي يمكن لسكان الريف والمناطق النائية الحصول عليها مادياً، والتي تستجيب لاحتياجات الرعاية الصحية الأولية للجميع، بدلاً من الرعاية المتخصصة للقلة.

قطاعات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية

٤٧ - في إطار نهج الحق في الصحة، ينبغي للدول أن تكفل التوزيع العادل والفعال للأموال والموارد الصحية بين الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، وذلك لتوفير السلع والخدمات والمرافق الصحية لجميع الأشخاص بطريقة غير تمييزية، مع التركيز بوجه خاص على الرعاية الصحية الأولية. وتُعرف الرعاية الصحية الأولية بأنها الرعاية الصحية الأساسية والوقائية التي تكون في متناول الجميع في المجتمع المحلي بتكلفة يستطيع تحملها^(٥٢). وعلى النقيض من الرعاية الصحية الأولية، تهتم خدمات الرعاية الصحية من المستويين الثاني والثالث عادة بمعالجة الأمراض التي لا يمكن معالجتها على مستوى المجتمع المحلي ويتم توفيرها عادة عن طريق الأطباء والعاملين الصحيين المتخصصين في مرافق كالمستشفيات بتكاليف أعلى نسبياً، وباستخدام معدات خاصة وعن طريق الرعاية الداخلية أحياناً.

(٥٠) Anuradha Joshi and Joseph Ayee, "Associational taxation: a pathway into the informal sector?," *Taxation and State-Building in Developing Countries: Capacity and Consent*, eds. Deborah Brautigam, Odd-Helge Fjeldstad and Mick Moore, (Cambridge University Press 2008), p. 186

(٥١) WHO, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review .commissioned by the Health Systems Knowledge Network", (Geneva, 2007), p. 21

(٥٢) انظر Declaration of Alma-Ata adopted at the International Conference on Primary Health Care in 1978

٤٨ - وتشمل سلع وخدمات الرعاية الصحية الأولية الفحوص الروتينية والفحوص الوقائية والتحصينات واللقاحات، وخدمات إدارة الأمراض المزمنة، وخدمات تنظيم الأسرة، وخدمات التغذية ورعاية الأمومة وخدمات الولادة والمشورة في مجال الصحة العقلية، وكلها تخدم الاحتياجات الصحية الأساسية بتكلفة منخفضة وتقلل الحاجة إلى الرعاية الصحية الثانوية والثالثية. وتشمل الرعاية الصحية الأولية أيضا خدمات التوعية الصحية والخدمات التنقيفية كالحملات في مجلات كالصرف الصحي والنظافة العامة، التي لها آثار وقائية وترويجية على حد سواء وتمكن أفراد المجتمع المحلي من تحسين صحتهم والحفاظ عليها من تلقاء أنفسهم.

٤٩ - ولا تتطلب سلع وخدمات الرعاية الصحية الأولية تدريباً متخصصاً للعاملين في مجال الرعاية الصحية، ومعدات متطورة للتشخيص أو هياكل أساسية مادية كبيرة. ويتم توفير الرعاية الصحية الأولية في المجتمع المحلي في عيادات صغيرة أو في المنازل عن طريق الأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين في الرعاية الصحية، وبالتالي قد تدار بطريقة أكثر قبولاً اجتماعياً وثقافياً. وبالتالي، فإن الرعاية الصحية الأولية أكثر قابلية للتكيف من الناحية الجغرافية وتعتبر إدارتها والاستفادة منها أقل كلفة، مما يزيد من توافر السلع والخدمات الصحية للمجتمعات الريفية والنائية والفقيرة.

٥٠ - كما يشجع تخصيص الأموال والموارد الصحية مع التركيز على الرعاية الصحية الأولية على تحقيق الكفاءة داخل النظم الصحية بالإضافة إلى تحقيق النتائج الصحية على نحو أكثر إنصافاً^(٥٣). وقد ثبت أن الرعاية الصحية الأولية أكثر فعالية من حيث التكلفة في الأجل الطويل لأنها تقي من الأمراض وتعزز الصحة العامة، مما يقلل من الحاجة إلى المستويات المتقدمة من الرعاية العلاجية التي تميل إلى أن تكون أكثر تكلفة^(٥٤). أما الوفورات الناتجة عن الاستثمار في مجال الرعاية الصحية الأولية، فيمكن إعادة استثمارها في النظام الصحي والاستفادة منها لزيادة فرص الحصول الفقراء على الرعاية الصحية، مما سيؤدي في دورة حميدة إلى زيادة تحسين النواتج الصحية. وفي حين أن أي نظام صحي شامل ومتوازن يجب أن يشمل إتاحة خدمات الرعاية الثانوية والثالثية والوصول إليها، فإنه ينبغي للدول إيلاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية في تخصيص الأموال والموارد الصحية.

(٥٣) WHO, "Primary health care as a strategy for achieving equitable care", p. 32.

(٥٤) WHO, World Health Report (2008) *Primary Health Care: Now more than ever*, (Geneva, 2008), pp.

.xvii, 42-51

المناطق الريفية والنائية والحضرية

٥١ - من أجل تحقيق نواتج صحية عادلة والإعمال الكامل للحق في الصحة، يجب على الدول أن تخصص الأموال والموارد الصحية لكفالة توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية الجيدة وإمكانية وصول سكان الريف والمناطق النائية إليها بسهولة. والحالة الصحية لسكان المناطق الريفية والنائية هي أسوأ من حالة نظرائهم في المناطق الحضرية على مستوى العالم^(٥٥). وينتشر في المناطق الريفية والنائية العديد من الأمراض التي يمكن الوقاية منها وعلاجها، وتكون معدلات وفيات الرضع والوفيات النفاسية في هذه المناطق أعلى من المناطق الحضرية، ويعاني الأطفال فيها من مستويات أعلى من سوء التغذية^(٥٦). وعلاوة على ذلك، يتعين على الناس في المناطق الريفية والنائية في كثير من الأحيان السفر لمسافات بعيدة وصعبة وإنفاق مبالغ كبيرة من المال من أجل الحصول على الرعاية الصحية، التي غالبا ما تكون غير متوفرة في مجتمعاتهم بسبب نقص الاستثمار في الهياكل الأساسية الصحية المادية في المناطق الريفية والنائية^(٥٧).

٥٢ - ويقتضي الحق في الصحة على سبيل المثال، أن تتخذ الدول خطوات نحو تحسين صحة الأمهات وخفض الوفيات النفاسية. بيد أنه نظرا لعدم كفاية المخصصات من الأموال والموارد الصحية للمناطق الريفية والنائية، فإن خدمات الرعاية الصحية للأمهات، والعاملين المدربين في مجال الرعاية الصحية للأمهات والمرافق الصحية الجيدة، غالبا ما تكون غير متوفرة في هذه المناطق^(٥٨). وبالتالي، فإن المرأة غير قادرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للأمهات في مجتمعاتها المحلية، ويتعين عليها بدلا من ذلك أن تقطع مسافات طويلة وتتكبد تكاليف كبيرة للحصول على الرعاية. ونتيجة لذلك، فإن المرأة في المناطق الريفية والنائية تعاني من انخفاض معدلات المواليد الأحياء في الولادات التي تجري تحت إشراف العاملين الصحيين المهرة^(٥٨) ومن ارتفاع مستويات حالات الوفاة والاعتلال النفاسية ارتفاعا كبيرا عن المستويات التي تشهدها المرأة في المناطق الحضرية^(٥٩).

(٥٥) WHO, "Inequities in health care and health outcome (2008)", pp. 92-95.

(٥٦) Pan American Health Organization, *Health in the Americas*, vol.1 (Washington, D.C., 2007), pp. 58, 60, 62.

(٥٧) Mandy Leveratt, "Rural and remote Australia - Equity of access to health care services," *The Australian Health Consumer*, No. Two (2006-2007), pp.16-17.

(٥٨) WHO, *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Societies & Economies* (September 2010), p. 10.

(٥٩) WHO, "Making Pregnancy Safer", *Maternal Mortality Factsheet*, (Geneva 2008).

٥٣ - كما يتطلب الحق في الصحة أن تكفل الدول توافر المرافق والسلع والخدمات الصحية وإمكانية الوصول إليها على أساس غير تمييزي. وفي كثير من الدول، يشكل السكان في المناطق الريفية والنائية عموماً الفئات الضعيفة أو المهمشة، مثل الفقراء والأقليات العرقية والعنصرية والشعوب الأصلية^(٦٠). وغالباً ما تواجه هذه المجموعات بالفعل صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية لأنها تفتقر إلى الموارد الاجتماعية والسياسية للطعن في التوزيع غير العادل للموارد العامة^(٦١). وبالتالي، فإن التوزيع غير العادل للأموال والموارد الصحية بين المناطق الريفية والنائية والحضرية يؤدي إلى التمييز الهيكلي للفئات الضعيفة والمهمشة داخل النظام الصحي التي على عكس نظرائها في المناطق الحضرية، تفتقر إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية في مجتمعاتها.

٥٤ - وتوضح حالة الشعوب الأصلية في جميع أنحاء العالم هذه المشكلة. وفي كثير من الدول، تتسم المجتمعات الأصلية بالضعف كمجموعة، بسبب استمرار الفقر والتهميش التاريخي وعدم التمكين السياسي^(٦٢). وتتفاقم هذه التحديات لأن الشعوب الأصلية تعيش عادة في المناطق الريفية والنائية التي تفتقر في كثير من الأحيان إلى الهياكل الأساسية العامة، بما في ذلك المرافق الصحية^(٦٣). وتواجه الشعوب الأصلية في جميع أنحاء العالم نتيجة لذلك نواتج صحية أسوأ من التي يواجهها السكان غير الأصليين^(٦٤). فالشعوب الأصلية في ثلاثة بلدان مختلفة على سبيل المثال، تواجه معدلات وفيات الرضع بنسبة أعلى بثلاث مرات، ومعدلات الانتحار بنسبة أعلى بإحدى عشرة مرة، وشيوع سوء الصرف الصحي بنسبة أعلى بسبع مرات من السكان غير الأصليين^(٦٥). ويتطلب نهج الحق في الصحة من الدول أن تقوم بتوزيع الأموال والموارد الصحية بين المناطق الريفية والنائية والحضرية بصورة عادلة من أجل احترام وإعمال الحق في الصحة للفئات الضعيفة والمهمشة التي تعيش في هذه المناطق.

(٦٠) Human Rights Council, "Final study of the Human Rights Council Advisory Committee on the advancement of the rights of peasants and other people working in rural areas" (A/HRC/19/75), sect. IV.

(٦١) WHO/European Commission, *How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds*, (Copenhagen, 2010), pp. 9-10.

(٦٢) Robyn Eversole et al, (eds.), *Indigenous Peoples & Poverty: An International Perspective*, (Bergen, Comparative Research Programme on Poverty, 2005), pp. 69, 128.

(٦٣) World Bank, *Indigenous Peoples: Still among the poorest of the poor* (2010), p. 5.

(٦٤) WHO, *The Health and Human Rights of Indigenous Peoples*, Health and Human Rights Team, (2011).

(٦٥) WHO, *Health of indigenous peoples*, Fact sheet no. 326 (2007), available from: www.who.int/mediacenter/factsheets/fs326/en/index.htm.

رابعاً - الخلاصة والتوصيات

٥٥ - يوفر نهج الحق في الصحة إزاء تمويل الرعاية الصحية إطاراً يمكن به كفالة توفير التمويل الصحي بشكل كاف ومنصف ومستدام. ويعالج هذا النهج ثلاثة مجالات حيوية للتمويل الصحي: كيفية قيام الدول بكفالة توفير الأموال الكافية للصحة والمصادر التي تستمد منها هذه الأموال؛ وكيفية تجميع هذه الأموال؛ وكيفية تخصيص الأموال والموارد داخل النظم الصحية من أجل كفالة وصول الجميع إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية.

٥٦ - ويحث المقرر الخاص الدول على اتخاذ الخطوات التالية من أجل كفالة توفير الأموال الكافية من أجل الصحة:

(أ) تنفيذ نظام تصاعدي محدد للضرائب العامة لتمويل الصحة أو تحسين الطابع التصاعدي لهذه الأنظمة حيثما وجدت بالفعل؛

(ب) كفالة ألا تكون ضرائب الاستهلاك، كضريبة القيمة المضافة والضرائب غير المباشرة، تنازلية. وقد يشمل ذلك وضع عتبات مناسبة لا تخضع المشاريع الصغيرة تحتها للضرائب وتخفيض ضرائب الاستهلاك على السلع الضرورية أو إزالتها؛

(ج) النظر في تخصيص أجزاء من الإيرادات من ضرائب معينة، مثل ضرائب الإثم وضريبة القيمة المضافة، للإنفاق على الصحة؛

(د) كفالة ألا تؤدي سياسات تحرير الضرائب الناتجة عن المنافسة الضريبية الدولية، بما في ذلك منح إعفاءات ضريبية للمستثمرين الأجانب وتخفيض الضرائب على التجارة والمكاسب الرأسمالية أو عدم وجودها، إلى انخفاض التمويل العام من أجل الصحة؛

(هـ) البحث عن طرق لجمع الضرائب من الشركات في القطاع غير الرسمي، رهنا بتوفير خدمات الدولة وغيرها من الفوائد لهذه الشركات المرتبطة بكونها كيانات خاضعة للضريبة.

٥٧ - ويحث المقرر الخاص الدول على اتخاذ الخطوات التالية من أجل التعاون على الصعيد الدولي من أجل كفالة توافر التمويل الدولي المستدام من أجل الصحة:

(أ) تنسيق جميع الأنشطة التي تضطلع بها الجهات المانحة في الدول المتلقية، وتتضمن مشاركة المجتمع المدني والمجتمعات المحلية المتضررة، من أجل تلبية الاحتياجات الصحية المحلية وتعزيز تطوير النظم الصحية المكتفية ذاتياً؛

(ب) إنشاء آلية تجميع عالمية تستند إلى معاهدة، وتتألف من اشتراكات تصاعدية إلزامية من الدول تخصص على أساس الحاجة ومدفوعة بعمليات شفافة وقائمة على المشاركة، من أجل التحول من نظام يستند إلى الجهات المانحة إلى نظام إلزامي للتمويل الدولي.

٥٨ - ويحث المقرر الخاص الدول على القيام بتحديد أولويات تمويل الميزانيات الصحية على الصعيدين الوطني ودون الوطني من أجل الحد من الإفراط في الاعتماد على التمويل الدولي وكفالة الاكتفاء الذاتي للموارد المحلية من أجل الصحة.

٥٩ - ويحث المقرر الخاص الدول على اتخاذ الخطوات التالية من أجل تجميع الأموال من أجل الصحة:

(أ) تنفيذ نظام للتجميع يتألف من مدفوعات إلزامية تصاعدية، مثل الضرائب واشتراكات التأمين، من أجل تخفيض المدفوعات من الأموال الخاصة من أجل الصحة أو إلغاء هذه المدفوعات، وكفالة وصول الفقراء إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية؛

(ب) وضع برامج للتأمين الصحي الاجتماعي تقوم عن طريق الاشتراكات الإلزامية التصاعدية، على أن تستكمل من الإيرادات الضريبية العامة، التي تضم مجموعة كبيرة من المساهمين بما يكفي لتعزيز فعالية التمويل التناقلي، مع منح الفقراء استثناءات مطلقة؛

(ج) التأكد من أن الانضمام إلى برامج التأمين الصحي الاجتماعي يشمل كل الأجزاء الضرورية للسكان، ولا سيما الفئات الضعيفة أو المهمشة من السكان، مع إيلاء اهتمام خاص للعمال في القطاع غير الرسمي؛

(د) التأكد من أن الفوائد الاجتماعية في إطار برامج التأمين الصحي الاجتماعي التي تشمل مجموعة دنيا من السلع والخدمات الصحية متاحة ويمكن وصول الجميع إليها على أساس الحاجة. ويجب أن تكون مجموعات الاستحقاقات:

١' مستجيبة لعبء المرض والاحتياجات الصحية للسكان؛

٢' تشمل خدمات فعالة ومحورها المجتمع للرعاية الصحية الأولية؛

٣' تشمل الأدوية الأساسية التي لا تحمل اسما تجاريا من أجل كفالة الحصول على الأدوية المأمونة والفعالة بأسعار معقولة.

٦٠ - ويحث المقرر الخاص الدول على اتخاذ الخطوات التالية من أجل تخصيص الأموال لأغراض الصحة بإنصاف:

(أ) كفالة التوزيع العادل والفعال للأموال والموارد الصحية بين الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية، مع التركيز بوجه خاص على الرعاية الصحية الأولية؛

(ب) التأكد من أن المرافق والسلع والخدمات الصحية جيدة النوعية متوفرة ويمكن الوصول إليها على أساس غير تمييزي لسكان المناطق الريفية والنائية. وهذا يتطلب:

١' زيادة الاستثمار في الهياكل الأساسية الصحية المادية في المجتمعات الريفية والنائية؛

٢' إيجاد حوافز للعاملين الصحيين للعمل في المناطق الريفية والنائية كالرواتب التنافسية والتخفيضات الضريبية والتناوب الوظيفي والتقدم الوظيفي المعجل.