

Distr.: General
20 September 2013
Arabic
Original: English

الجمعية العامة



الدورة الثامنة والستون
البند ١٢٧ من جدول الأعمال
الصحة العالمية والسياسة الخارجية

الصحة العالمية والسياسة الخارجية

مذكرة من الأمين العام

يحيل الأمين العام طيه تقريراً أعدته المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن
الخبرات القطرية المتعلقة بالسعي من أجل توفير التغطية الصحية للجميع، عملاً بقرار الجمعية
العامة ٨١/٦٧.



الرجاء إعادة استعمال الورق

241013 191013 13-48134 (A)



تقرير المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية عن الصحة العالمية والسياسة الخارجية

موجز

يصف هذا التقرير الجهود الرامية إلى تنفيذ التوصيات الواردة في قرار الجمعية العامة ٨١/٦٧ بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية.

ويضم التقرير تحارب الدول الأعضاء السابقة والحالية المتعلقة بطريقة سعيها إلى الاقتراب من توفير التغطية الصحية للجميع والحفاظ عليها، كما يشتمل على تحليل لتلك التجارب. ويُنظر في التقرير في الصلات التي تربط تلك المسألة بالحدود الدنيا من الحماية الاجتماعية المقررة على الصعيد الوطني والإجراءات التي تتخذ بهدف إيجاد القدرات المؤسسية وتقاسمها وتعزيزها من أجل تيسير وضع السياسات استناداً إلى أفضل المعلومات الممكنة عن تصميم نظم توفير التغطية الصحية للجميع، بما في ذلك تتبع تدفق المصروفات في مجال الرعاية الصحية من خلال تطبيق أطر محاسبية موحدة.

وتُقدم أيضاً في التقرير نظرة متعمقة أولية عن أهمية الشراكات ودورها في تحقيق نتائج صحية أفضل ومعالجة التحديات التي يواجهها قطاع الرعاية الصحية والجهات الفاعلة فيه، بما في ذلك إيجاد السبيل نحو توفير تغطية صحية للجميع.

ويجري الاعتراف في الاستنتاجات بأوجه الترابط الهامة القائمة بين الصحة والسياسة الخارجية. ويسلط الضوء في ذلك الإطار على أهمية حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية ذات النوعية العالية وعلى الحماية من المخاطر المالية، أي على عنصري توفير التغطية الصحية للجميع اللذين يساعدان في تحسين الصحة والرفاه الاقتصادي للسكان. ويُشدّد على أهمية تقديم معلومات دقيقة في الوقت المناسب من أجل مساعدة البلدان في وضع وتنفيذ السياسات الرامية إلى الاقتراب من توفير التغطية الصحية للجميع والحفاظ عليها، بما يشمل ضرورة تقاسم الخبرات وتنمية القدرات في مختلف البلدان.

أولا - مقدمة

١ - لاحظت الجمعية العامة مع القلق بوجه خاص، في قرارها ٨١/٦٧، أن الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية لا يزال هدفا بعيد المنال بالنسبة إلى الملايين من الناس، ويعزى ذلك جزئيا إلى أنهم غير قادرين على دفع تكاليف الرعاية الصحية في مراكز الخدمة، وجزئيا إلى أن الحاجة إلى القيام بذلك تثنيهم عن التماس الرعاية اللازمة أو الاستمرار فيها. وأبرزت أهمية كفالة إمكانية حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية ذات النوعية الجيدة، التي تستند إلى الرعاية الصحية الأولية، وإمكانية الحصول على الأدوية الأساسية والخدمات الطبية الأخرى، إلى جانب الحاجة إلى توفير نظم للتمويل الصحي والحماية الاجتماعية تكفل عدم تعرض الناس إلى كوارث مالية أو إلى الوقوع في براثن الفقر بسبب المبالغ الكبيرة التي يتعين عليهم دفعها من أموالهم الخاصة.

٢ - وأشارت الجمعية العامة إلى ضرورة إدراج خدمات الرعاية الصحية في عداد العناصر الهامة لتنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية، بحيث تغطي تلك الخدمات مختلف أعمال الوقاية والعلاج والتأهيل وتخفيف الآلام وتعزيز أفضل الممارسات المتعلقة بالصحة.

٣ - ورحبت الجمعية العامة بالنتائج التي أسفر عنها عدد من الاجتماعات الرفيعة المستوى المتعلقة بمواضيع الصحة، والتنمية المستدامة، والتغطية الصحية للجميع، والقرارات التي انبثقت عنها، بما فيها قراراتها ٢٧٧/٦٥ و ٢/٦٦ و ٢٨٨/٦٦، التي جرى التشديد فيها على أهمية التغطية الشاملة فيما يتعلق بالصحة والتنمية المستدامة.

٤ - ودعيت الدول الأعضاء إلى مراعاة الصلات القائمة بين السعي إلى توفير التغطية الصحية للجميع والعديد من قضايا السياسة الخارجية الأخرى، مثل البعد الاجتماعي للعولمة، والتماسك والاستقرار، وتحقيق النمو الشامل النصف والتنمية المستدامة، واستدامة آليات التمويل الوطنية. وجرى التشديد على الصلة بين التغطية الصحية للجميع وآليات الحماية الاجتماعية، بما في ذلك الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية المقررة على الصعيد الوطني. ودُعيت أيضا الدول الأعضاء إلى اعتماد استراتيجيات للحد من عدم تكافؤ الخدمات الصحية وضمان تحقيق التنمية المستدامة من خلال اتباع نهج متعدد القطاعات يركز على محددات الصحة، بطرق من بينها، حسب الاقتضاء، الأخذ بنهج مراعاة الصحة في جميع السياسات.

٥ - وأهاب القرار بالدول الأعضاء تقدير دور التغطية الصحية للجميع في تحقيق جميع الأهداف الإنمائية للألفية التي يرتبط كل منها بالآخر، وهو ما يؤدي في نهاية المطاف إلى تمتع عدد أكبر من الناس بصحة أفضل، لا سيما النساء والأطفال؛ وكفالة تطور نظم التمويل

الصحي لتجنب دفع مبالغ مباشرة كبيرة لدى تقديم الخدمات من خلال وضع طريقة للدفع المسبق مع تجميع المساهمات المالية المتعلقة بالصحة لاحقاً. وفي الوقت نفسه، شجعت الدول الأعضاء على الاستمرار في الاستثمار في نظم تقديم الرعاية الصحية وتعزيزها من أجل زيادة نطاق وجودة الخدمات والحفاظ عليهما، بهدف تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بالقدر الكافي.

٦ - وطلبت الجمعية العامة بعد ذلك إلى الأمين العام أن يقدم إلى الجمعية، في دورتها الثامنة والستين، تقريراً في إطار البند المعنون "الصحة العالمية والسياسة الخارجية"، يضم ويحلل تجارب الدول الأعضاء السابقة والحالية في الطريقة التي نجحت بها في تنفيذ الاستراتيجيات الرامية إلى الاقتراب من توفير التغطية الصحية للجميع، بما في ذلك صلتها بالحدود الدنيا من الحماية الاجتماعية المقررة على الصعيد الوطني. ويغطي التقرير أيضاً السبل التي تتقاسم بها البلدان المعلومات عن تجاربها وتسعى من خلالها إلى إيجاد القدرات المؤسسية الخاصة بها وتعزيزها، من أجل توفير المعلومات والأدلة التي تحتاجها لاتخاذ القرارات المتعلقة بتصميم نظم الرعاية الصحية والتمويل الصحي بغية الاقتراب من توفير التغطية الصحية للجميع. وأشار على وجه التحديد في هذا الصدد إلى ضرورة تتبع المصروفات في مجال الرعاية الصحية من خلال تطبيق أطر محاسبية موحدة.

ثانياً - التغطية الصحية للجميع والحماية الاجتماعية

٧ - تعني التغطية الصحية للجميع أن يحصل جميع الناس على خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لخطر الإفلاس نتيجة دفع كلفتها. وهي تتعلق بمفهوم التغطية المترابطين، أي توفير التدخلات الصحية اللازمة (ذات النوعية الجيدة) والحماية من المخاطر المالية التي تضمن ألا يقع أحد في براثن الفقر بسبب المبالغ التي يتعين عليه دفعها من أمواله الخاصة.

٨ - ويساعد توفير الإمكانية لحصول الناس على ما يحتاجون إليه من خدمات الرعاية التي تقدم لأغراض الوقاية والعلاج والتأهيل وتخفيف الآلام، ولتعزيز أفضل الممارسات المتعلقة بالصحة، على صون صحتهم وتحسينها. وهو أيضاً يحمي السبل الاقتصادية التي يسلكونها لكسب رزقهم من خلال تمكين الأطفال من التعلم والبالغين من العمل وكسب الرزق. ويحول عنصر الحماية من المخاطر المالية دون دفع الناس إلى الوقوع في براثن الفقر بسبب المبالغ التي يتعين عليهم دفعها من أموالهم الخاصة. وفي الوقت نفسه، يقدر الناس التغطية الصحية للجميع في حد ذاتها، لأنهما توفر الثقة في أن خدمات الرعاية الصحية التي

قد يحتاجون إلى اللجوء إليها طوال حياتهم متوافرة دون معاناة في الحصول عليها وبتكلفة معقولة، وهو ما يسهم بالتالي في راحة البال.

٩ - وتسهم التغطية الصحية للجميع في التنمية المستدامة، وهي تستفيد منها وتوفر وسيلة لقياس التقدم المحرز في تحقيقها. وقد أشير إلى أهمية التغطية الصحية للجميع في مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (انظر قرار الجمعية العامة ٦٦/٢٨٨). وقد تم التشديد على الحاجة إلى هذه التغطية، في إطار عمليات دولية أخرى، منها ما يلي: مبادرة "كل امرأة، كل طفل"، التي أُعلن بدؤها في أيلول/سبتمبر ٢٠١٠، والاجتماع الرفيع المستوى للجمعية العامة المتعلق بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها، الذي عقد في أيلول/سبتمبر ٢٠١١.

١٠ - ويتمثل الهدف من الحماية الاجتماعية في ضمان "تأمين الدخل وإمكانية حصول الجميع على الخدمات الاجتماعية الأساسية، مع إيلاء اهتمام خاص للفئات الضعيفة"^(١). ويعني تأمين الدخل أن يعلم الناس أنهم سيحصلون على دخل كاف يعيشون عليه طوال حياتهم، بصرف النظر عن وضعهم من حيث العمل، ويؤمن ذلك عادة من خلال التحويلات النقدية، من قبيل بدلات الطفل والأم واستحقاقات البطالة والمعاشات التقاعدية لكبار السن. وتشمل إمكانية الحصول على المستوى الأساسي على الأقل من جميع الخدمات الضرورية إمكانية الحصول على المياه وخدمات الصرف الصحي، والتعليم، والأمن الغذائي، والسكن، والرعاية الصحية.

١١ - والحماية الصحية الاجتماعية مصطلح مستخدم على نطاق واسع للإشارة إلى الحماية الاجتماعية التي تتعلق على وجه التحديد بالرعاية الصحية. وهي تشمل التحويلات النقدية المرتبطة بالمرض والإعاقة والحماية من المخاطر المالية المتعلقة بما يدفع لقاء تكاليف الرعاية الصحية والحصول على أشكال المساعدة الصحية الأساسية.

١٢ - ويشكل توفير التغطية الصحية للجميع جزءاً لا يتجزأ من عنصري الحماية الصحية الاجتماعية. ويسهم عنصر تلك التغطية المتعلقة بالحماية من المخاطر المالية في تأمين الدخل، ويحول دون دفع الناس إلى الوقوع في براثن الفقر أو التعرض لضائقة مالية بسبب المبالغ التي يتعين عليهم دفعها من أموالهم الخاصة لقاء الخدمات الصحية. ويسهم الحصول على خدمات الرعاية الصحية اللازمة في ضمان عنصر الحماية الاجتماعية المتعلقة بتوافر الخدمات الأساسية.

(١) International Labour Organization, "Social Protection Floor for a Fair and Inclusive Globalization" (Geneva, 2011).

١٣ - وكانت المبادرة المشتركة لتوفير الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية، التي أطلقت مع منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية باعتبارهما الوكالتين الرائدتين في هذا المجال، إحدى المبادرات المشتركة التوسع لمواجهة الأزمة التي حددها مجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق للتصدي للأزمة المالية الأخيرة. ودعت هذه المبادرة البلدان إلى أن تطبق حدودا دنيا من الحماية الاجتماعية لكفالة أن يطمئن سكانها إلى إمكانية تأمين الدخل والحصول على الخدمات الحيوية حتى في أوقات الأزمة الاقتصادية والمالية.

١٤ - ويشكل العمل سعيا إلى تطوير نظم الرعاية الصحية للبلدان للاقترب من توفير التغطية الصحية للجميع جزءا أساسيا من العنصر المتعلق بالصحة من عناصر توفير الحد الأدنى للحماية الاجتماعية، وذلك من حيث كفالة التغطية التي تشمل خدمات الرعاية الصحية اللازمة والحماية من المخاطر المالية المتعلقة بالرعاية الصحية. وتشمل التغطية الصحية للجميع الطموح إلى الانتقال سريعا نحو تجاوز مستوى الحد الأدنى للتغطية والتحول تدريجيا مع مرور الوقت إلى زيادة النطاق التي تغطيه خدمات الرعاية الصحية اللازمة ذات النوعية الجيدة، والحماية من المخاطر المالية. وتجسد التغطية الصحية للجميع والحماية الصحية الاجتماعية مجموعة من الأهداف الأساسية على صعيد السياسات تشترك فيها جميع البلدان، لكنهما لا يقتضيان وجود أي مجموعة معينة من الترتيبات المؤسسية في نظام الرعاية الصحية. وتشير التجارب القطرية إلى إمكانية نجاح مجموعة متنوعة من النهج، وإن كان يمكن استخلاص بعض المبادئ الأساسية والسمات المشتركة من تلك التجارب.

ثالثا - التجارب القطرية

١٥ - لا تقتصر التحديات التي تعترض سبيل الاقترب من توفير التغطية الصحية للجميع والحفاظ بعدئذ على المنجزات التي تحققت على أي مجموعة محددة من البلدان. فحتى البلدان المرتفعة الدخل، التي يتمتع فيها السكان بشكل عام بإمكانية جيدة للحصول على خدمات الرعاية الصحية ذات النوعية الجيدة، والتي تأخذ بآليات فعالة لتأمين الحماية من المخاطر المالية، تواجه ضغطا مستمرا لتوسيع نطاق الخدمات والمحافظة على الحماية من المخاطر المالية بسبب ازدياد نسبة عدد الشيوخ إلى إجمالي عدد السكان، وتزايد مطالب السكان إجمالا، وظهور تكنولوجيات جديدة عادة ما تكون أكثر كلفة. وأدت أيضا الآثار المستمرة للأزمة المالية إلى فرض ضغوط مالية إضافية على البلدان التي تسعى إلى المحافظة على إنجازاتها السابقة.

١٦ - وعلى الرغم من ذلك، تقع بلدان متنوعة منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل مثل إكوادور، وإندونيسيا، والبرازيل، وتايلند، وتركيا، ورواندا، وسيراليون، والصين، وغانا، والمغرب، ضمن مجموعة بلدان كثيرة تتخذ خطوات لتعديل نظم الرعاية الصحية التي تعتمد عليها من أجل الاقتراب من توفير التغطية للجميع. وفي مجال التمويل الصحي وحده، طلب أكثر من ٨٠ بلدا، منذ نشر التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠١٠ المعنون "تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة"، مشورة تقنية من منظمة الصحة العالمية بشأن سبل تغيير نظم التمويل الصحي الخاصة بها.

١٧ - وتبين تحارب هذه البلدان أن التعجيل بالتقدم نحو توفير التغطية الصحية للجميع يتطلب إجراءات ملموسة تعزز نظم الرعاية الصحية وهيئة بيئة تمكن تلك النظم من الإسهام بفعالية في تحسين النتائج الصحية والرفاه الاجتماعي والاقتصادي. وثمة الكثير من العقبات التي تتنوع بين المالية والإدارية والسياسية، ويواجه معظم البلدان خليطا من التحديات. ولهذا السبب، لا توجد خطة عامة. وإنما يجب على كل بلد أن يجد نهجا لتلبية الاحتياجات ومعالجة المشاكل الخاصة به تحديدا، والاستفادة من الفرص التي يتيحها السياق القطري.

١٨ - وعلى الرغم من ذلك، تبرز في هذا السياق بعض المواضيع المشتركة. فالسعي نحو توفير التغطية الصحية للجميع عملية دينامية. وهي لا تتعلق بمجموعة حدود دنيا ثابتة من خدمات الرعاية الصحية، بل بإحراز تقدم على عدة جبهات، على النحو التالي: طائفة الخدمات المتاحة للناس ونوعيتها؛ والقسط المشمول بالتغطية من تكاليف تلك الخدمات؛ ونسبة السكان المشمولين. وتتطلب كفاءة توافر خدمات الرعاية الصحية اللازمة ونوعيتها واستخدامها تحقق الكثير من العناصر المختلفة، بما في ذلك إمكانية حصول الجميع على الأدوية الأساسية، ومنتجات وتكنولوجيات الرعاية الصحية؛ وتوافر عدد كاف من أخصائيي الرعاية الصحية المتحمسين للعمل، الذين يغطون مختلف المهن الطبية اللازمة ويعملون في مكان قريب من الناس؛ وتوافر نظم المعلومات التي تتيح المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات في الوقت المناسب.

١٩ - وتقتضي نظم التمويل الصحي التي يمكن أن تكفل توافر خدمات الرعاية الصحية ذات النوعية الجيدة بالقرب من الناس، والتي يمكن أن يحصل عليها الناس دون خوف من الوقوع في ضائقة مالية، اتخاذ إجراءات في أحد المجالات التالية أو جميعها: جمع الإيرادات المخصصة للرعاية الصحية؛ وكفاءة أن تكون خدمات الرعاية الصحية ميسورة التكلفة من خلال آليات الدفع المسبق والتجميع اللاحق للأموال (الإيرادات الحكومية العامة، أو التأمين،

أو مزيج منهما)؛ والعمل بنشاط من أجل كفالة استخدام الأموال المتاحة بأكبر قدر ممكن من الفعالية والإنصاف.

٢٠ - ومن الأمثلة العديدة التي يمكن إيرادها، شروع شيلي، في منتصف العقد الأول من القرن الحالي، في عملية إصلاح تأخذ بمبادئ الإنصاف في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، والمساواة في نوعية الخدمات والحماية من المخاطر المالية. وقد بدأت شيلي الإصلاح من خلال زيادة صغيرة في ضريبة القيمة المضافة المخصصة، حيث وجهت الأموال الإضافية إلى آلية تضمن إمكانية حصول كل فرد على خدمات الرعاية الصحية في مجموعة محددة من الحالات الصحية التي ازداد عددها بمرور الوقت، وأرست معايير النوعية الخاصة بالعلاج، ووضعت حدوداً واضحة لفترات الانتظار والمبالغ التي يتعين دفعها من الأموال الخاصة.

٢١ - ووضعت غانا خطة التأمين الصحي الوطني الخاص بها في العقد الماضي نتيجة للدعم السياسي القوي. ومكنت الخطة البلد من القيام بخطوات كبيرة فيما يتعلق بالابتعاد عن التمويل الصحي استناداً إلى الدفع المباشر في مراكز الخدمة، وهي أول خطة حماية اجتماعية في مجال الصحة تعتمد غانا على الصعيد الوطني وتشمل المجموعات السكانية الريفية والفقيرة في نفس مجمع التأمين الذي يشارك فيه السكان العاملون في القطاع الرسمي الذين يسددون اشتراكات إلزامية للتأمين الاجتماعي.

٢٢ - ولدى تايلند تاريخ طويل من إصلاحات نظام الرعاية الصحية. فبعد الاعتماد بشكل رئيسي على خطط التأمين الصحي القائمة على الاشتراكات في التسعينات من القرن الماضي، نفذت تايلند في عام ٢٠٠٢ عملية إصلاح كبرى كفلت التغطية الصحية لجميع السكان غير المشمولين بإحدى خطط الضمان الاجتماعي الرسمية. وتمول خطة التغطية الشاملة بكاملها من الإيرادات العامة للحكومة، حيث تجمع الأموال على الصعيد الوطني في وكالة عامة مستقلة تتعاقد مع مقدمي خدمات من القطاعين العام والخاص من أجل كفالة إمكانية الحصول على مجموعة محددة من الخدمات وتوفير الحماية المالية بشأنها. وأظهر استعراض أجري في الآونة الأخيرة أن هذا الإصلاح يحسن إلى حد كبير من الإنصاف في استخدام الخدمات والحماية من المخاطر المالية على حد سواء، في حين تمكن الأساليب المستخدمة في التعاقد والدفع من تحقيق هذه المكاسب بتكلفة منخفضة نسبياً، مقارنة بمعظم البلدان الأخرى.

٢٣ - وهذه التجارب ليست إلا بعضاً من الأمثلة الحديثة. وعلى الرغم من الاختلافات في التفاصيل، فهناك بعض السمات المشتركة لنظم التمويل الصحي التي تتيح إحراز تقدم كبير نحو توفير التغطية الصحية للجميع، ومنها: (أ) التعويل أساساً على المصادر

العامة/الإلزامية المدفوعة سلفاً في تأمين معظم إيرادات نظام الرعاية الصحية، وهو الأمر الذي يتسم بأهمية خاصة فيما يتعلق بضمان حصول الفقراء والفئات الضعيفة على الرعاية الصحية؛ و (ب) ترتيبات التجميع التي تحقق الحد الأقصى من الاستفادة من هذه الإيرادات في تقاسم المخاطر عن طريق الحد من التجزؤ أو التخفيف من آثاره؛ و (ج) السعي نحو استخدام نهج استراتيجي في شراء الخدمات، أي، استخدام المعلومات المتاحة عن احتياجات السكان من الرعاية الصحية وكذلك أداء مقدمي الخدمات كأساس لتخصيص الإيرادات لمقدمي خدمات الرعاية الصحية.

٢٤ - وفي بعض البلدان، ارتبط إدخال تعديلات على استراتيجيات تمويل الرعاية الصحية ارتباطاً وثيقاً بتغيير الآليات العامة للحماية الاجتماعية. فقد أطلقت بوركينا فاسو، على سبيل المثال، في عام ٢٠٠٩ حواراً بين العديد من أصحاب المصلحة بشأن السياسات العامة، يهدف إلى تنفيذ الحد الأدنى من الحماية الاجتماعية على الصعيد الوطني. وشكلت الرعاية الصحية عنصراً أساسياً من عناصر هذه العملية. وظهر مقترح يدعو إلى وضع نظام شامل للتأمين الصحي، بهدف الجمع بين مختلف أشكال التأمين الصحي في البلد كخطوة نحو توفير التغطية الصحية للجميع. وينظر إلى هذا النظام باعتباره جزءاً من آليات شبكة التأمينات الاجتماعية والأمان الاجتماعي الأوسع نطاقاً.

٢٥ - ويندرج توسيع نطاق الحماية الاجتماعية، من خلال وضع حدود دنيا للحماية الاجتماعية على الصعيد الوطني، ضمن المحاور التي يركز عليها العديد من البلدان. وقد مر أكثر من ٣٥ بلداً نامياً بتجارب ملموسة في هذا الصدد، حيث قامت هذه البلدان بتوسيع نطاق تغطية نظم الضمان الاجتماعي بها خلال العقد الماضي، ويلقى التحرك نحو توسيع نطاق الحماية الاجتماعية اهتماماً متزايداً منذ اعتماد مؤتمر العمل الدولي في حزيران/يونيه ٢٠١٢ للتوصية رقم ٢٠٢ المتعلقة بالحدود الوطنية الدنيا للحماية الاجتماعية. وتشير الدراسات التي أجريت مؤخراً في ١٥ بلداً نامياً إلى أن هذه الإجراءات قد حدثت من أوجه الفقر ومواطن الضعف وعدم المساواة^(٢).

٢٦ - وتتجلى ثمار الجهود التي تبذلها البلدان من أجل وضع نظم وطنية لتمويل الرعاية الصحية، وإيصال الخدمات، بحيث تقترب أكثر من توفير التغطية الصحية للجميع، في صورة تحسينات في نطاق تغطية المبادرات الرئيسية وفي الحماية من المخاطر المالية. فعلى سبيل المثال، تبين التقارير السنوية عن التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية حدوث زيادة

(٢) United Nations Development Programme/International Labour Organization/Global South-South Development Academy, "Successful social protection floor experiences" (New York, 2011).

كبيرة منذ عام ٢٠٠٠ في معدلات السكان الذين تشملهم معظم المبادرات الرامية إلى تحسين صحة الأم والطفل، والمبادرات الرامية إلى مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والملاريا. وفي البلدان النامية، زادت معدلات حالات الولادة التي تتم على أيدي أخصائيين صحيين مهرة من ٥٩ في المائة إلى ٦٦ في المائة في الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١١. وخلال الفترة نفسها زادت معدلات الأطفال الذين ينمون تحت ناموسيات معالجة بالمبيدات الحشرية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى من ٢ في المائة إلى ٣٩ في المائة، بينما شهدت الفترة من عام ٢٠٠٩ إلى عام ٢٠١٠ أكبر زيادة سنوية في عدد الأشخاص الذين يتلقون علاجاً مضاداً لفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز.

٢٧ - وبحلول عام ٢٠٠٧، كان ما يزيد على ١٣٠ بلداً لديه قائمة بالأدوية الأساسية، ومن بين تلك البلدان قام ما نسبته ٨١ في المائة من البلدان ذات الدخل المنخفض بتحديث قوائمها خلال السنوات الخمس الماضية.

٢٨ - وتندرج ألمانيا والبرازيل وشيلي وكوبا وكوستاريكا وهولندا ضمن البلدان النامية التي أقامت شبكات لتقديم خدمات الرعاية الصحية المتكاملة من أجل كفالة تزويد سكانها بخدمات رعاية صحية منصفة وشاملة ومتكاملة ومستمرة؛ وتهدف الإصلاحات التي تجري حالياً في العديد من البلدان الأخرى إلى تنظيم وتمويل خدمات الرعاية الصحية الأولية وتوفير الموظفين اللازمين لأدائها.

٢٩ - وتشكل هذه الجهود الرامية إلى تعزيز نظم الرعاية الصحية والحماية الصحية الاجتماعية أحد الأسباب الرئيسية لانخفاض معدلات وفيات الأطفال والأمهات في معظم أنحاء العالم منذ عام ٢٠٠٠، وإن كانت بعض أوجه التحسن يمكن أن تعزى أيضاً إلى تحسينات طرأت على الظروف الاجتماعية والاقتصادية بشكل عام. وفي الفترة من عام ٢٠٠٥ إلى عام ٢٠١١، كشف مؤشر التنمية البشرية عن أوجه تحسن طرأت في جميع أنحاء العالم على مجالات الصحة والتعليم والدخل القومي، وكان أكثرها سرعة في أقل البلدان نمواً. وانخفضت أيضاً معدلات سكان العالم الذين يعانون من الفقر.

٣٠ - ويمكن أيضاً رؤية أوجه التحسن في مدى الحماية من المخاطر المالية في مجال الصحة. ففي الفترة بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١١، انخفض في المتوسط اعتماد البلدان على المدفوعات من الأموال الخاصة لتمويل ما لديها من نظم للرعاية الصحية في جميع المناطق - وفي المقابل زاد الاعتماد على التمويل الجماعي المدفوع سلفاً الذي يوفر الحماية من المخاطر المالية. وأحرزت بعض البلدان بصفة خاصة تقدماً كبيراً في هذا الشأن. فقد قام ٢٩ بلداً، يمثل

مختلف مستويات الدخل والمناطق، بتخفيض معدلات الإنفاق على الرعاية الصحية، المتمثلة في المدفوعات من الأموال الخاصة، بنسبة لا تقل عن ٢٥ في المائة منذ عام ٢٠٠٥.

٣١ - ومع ذلك، لا يزال هناك الكثير مما ينبغي عمله. فعدد فقراء العالم الذين لم يحصلوا بعد على خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها يقدر بـ ١١٠ مليون نسمة. واقتصرت، على سبيل المثال، الزيادة في نسبة عمليات الولادة التي تتم على أيدي أخصائيين مهرة في مجال الرعاية الصحية على ما يتراوح بين ٤٤ في المائة و ٤٨ في المائة في الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠١١ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وهي نسبة أدنى بكثير من النسبة المستهدفة، وهي ١٠٠ في المائة من عمليات الولادة. ويعتقد أن النطاق الذي يغطيه العديد من خدمات الرعاية الصحية المطلوبة للوقاية من الأمراض غير المعدية أو علاجها منخفض في العديد من بقاع العالم، وإن كان هناك نقص في البيانات الدقيقة المتوفرة في هذا الصدد. ولا تزال أوجه التفاوت كبيرة في النطاق الذي تغطيه خدمات الرعاية الصحية وفي مستويات الحماية من المخاطر المالية داخل البلدان.

٣٢ - ولا يزال العديد من البلدان يواجه نقصاً حاداً في أخصائيي الرعاية الصحية، ويجد صعوبة في الإبقاء عليهم في المناطق المحرومة. وكانت معدلات الحصول على الأدوية الأساسية بأسعار معقولة أكبر في الفترة من عام ٢٠٠٧ إلى عام ٢٠١١ عن السنوات الخمس الماضية، لكن معدلات توافر الأدوية الأساسية (التي لا تحمل أسماء تجارية) في عينة من البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المنخفضة إلى المتوسطة الدخل لم تتجاوز نحو ٥٠ في المائة في المرافق الصحية العامة و ٦٧ في المائة في المرافق الخاصة^(٣). وفي معظم الحالات، تظل نظم المعلومات عاجزة عن توفير بيانات بشأن نطاق تغطية معظم المبادرات المتعلقة بالوقاية من الأمراض غير المعدية وعلاجها.

٣٣ - ورغم زيادة الإنفاق في مجال الرعاية الصحية، لا تزال الأموال غير كافية لتأمين تغطية شاملة توفر حتى الحد الأدنى من مجموعة الخدمات الصحية (أي لتوفير الدعم لخدمات الرعاية التي تقدم لأغراض الوقاية والعلاج والتأهيل وتخفيف الآلام، والترويج للممارسات الصحية السليمة) في العديد من البلدان. وأشارت تقديرات فرقة العمل الرفيعة المستوى المعنية بالتمويل الدولي المبتكر لنظم الرعاية الصحية إلى أن البلدان كانت تحتاج إلى ٤٤ دولاراً في المتوسط للفرد الواحد في عام ٢٠٠٩، لتأمين التغطية الصحية ولو على مستوى الحد

(٣) الأمم المتحدة الشراكة العالمية من أجل التنمية: تحويل الخطابة إلى واقع، تقرير فرقة العمل المعنية بالأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٢ (نيويورك، أيلول/سبتمبر، ٢٠١٢).

الأدنى من مجموعة الخدمات، ويتوقع أن يرتفع هذا الرقم إلى ٦٠ دولاراً في عام ٢٠١٥^(٤). وفي عام ٢٠١٠، بلغ متوسط نصيب الفرد من نفقات الرعاية الصحية في البلدان المنخفضة الدخل ٣٨ دولاراً؛ وما زالت ٢٢ دولة من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تنفق أقل من ٤٤ دولاراً للفرد على الرعاية الصحية من جميع المصادر، بما في ذلك الدعم المقدم من الجهات المانحة.

٣٤ - ولا تزال مستويات المدفوعات من الأموال الخاصة مرتفعة في العديد من البلدان. ويعاني ما يقدر بنحو ١٥٠ مليون شخص من كوارث مالية لأنهم غير مشمولين بالقدر الكافي بأي شكل من أشكال الحماية من المخاطر المالية، ودفع ١٠٠ مليون شخص إلى ما تحت خط الفقر للسبب نفسه.

رابعاً - إيجاد القدرة القطرية على توفير التغطية الصحية للجميع وتعزيزها

٣٥ - هناك عدد من المناهج البالغة الأهمية التي يمكن أن تستخدم لتوجيه تنمية القدرات الفردية والمؤسسية اللازمة كأساس للمضي قدماً نحو توفير التغطية الصحية للجميع. والمنهج الأول هو مناهج خدمات الرعاية الصحية الذي يهدف إلى توفير نطاق خدمات الرعاية الصحية المطلوبة ذات النوعية الجيدة على نطاق جغرافي واسع، ويشمل ذلك خدمات الرعاية لأغراض الوقاية والعلاج والتأهيل وتخفيف الآلام، والترويج للممارسات الصحية السليمة. وهو ضروري لكفالة حصول السكان على الخدمات الصحية اللازمة بشكل منصف، عن طريق إيلاء الأولوية لتعزيز خدمات الرعاية الصحية الأولية القريبة من المستفيدين، مع دعمها بنظام إحالة مناسب، وتوفير عدد كاف من أخصائيي الرعاية الصحية المهرة، الذين يغطون التخصصات الطبية الضرورية، وإتاحة الأدوية الأساسية وغيرها من التكنولوجيات المرتبطة بالرعاية الصحية. ومن الضروري تنمية القدرات المطلوبة للتخطيط لخدمات الرعاية الصحية الضرورية الجيدة وتوفيرها ولوضع وتنفيذ نظام لتمويل الرعاية الصحية يدعم إيصال الخدمات.

٣٦ - والمنهج الثاني هو المنهج الأدلة الذي يتطلب تعزيز القدرات المؤسسية والحفاظ عليها من أجل توفير الأدلة وترجمتها على نحو فعال إلى قرارات تتخذ على صعيد السياسات العامة بشأن تصميم سياسات واستراتيجيات موجهة نحو توفير التغطية الصحية للجميع، وتنفيذ تلك السياسات والاستراتيجيات وإجراء التصويبات اللازمة لها في منتصف الطريق. وفي هذا الصدد، ينبغي إيلاء الاهتمام لتطوير البيانات المستقاة من نظم المعلومات الصحية

(٤) جميع المتوسطات غير مرجحة ما لم ينص على خلاف ذلك.

الاعتيادية ومن العمليات والدراسات الرامية إلى رصد وتقييم السياسات، ودعم تلك البيانات وتعزيزها وزيادة استخدامها إلى أقصى حد ممكن. ويشكل إضفاء الطابع المؤسسي على العمليات لكفالة تتبع النفقات الصحية بانتظام - من أنفق كم على ماذا وماذا تحقق - جزءاً أساسياً من هذا المنهج.

٣٧ - والبحوث بجميع أنواعها عنصر هام في تطوير منهاج الأدلة. وقد شدد التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام ٢٠١٣ المتعلق بموضوع البحوث في مجال توفير التغطية الصحية للجميع على أهمية بناء القدرات الوطنية اللازمة لإجراء البحوث السريرية والمتعلقة بتطبيق السياسات، على حد سواء. والقدرة الوطنية على استقاء وتحليل واستخدام المعلومات لدعم اتخاذ القرار هي أمر ضروري كي يتسنى لأي بلد وضع مجموعة متسقة من التدابير الرامية إلى المضي قدماً نحو توفير التغطية الصحية للجميع، ورصد التقدم المحرز، والتنبيه بالظروف المتغيرة والتكيف معها. وعلى الرغم من أن البلدان يمكنها أن تتعلم من تجارب الآخرين، فإن الظروف الخاصة بكل بلد تتطلب أن يكون لديه قدرة تحليلية تمكنه من مواءمة الدروس المستفادة مع ظروفه المحلية.

٣٨ - وفي قيرغيزستان، على سبيل المثال، بدأت في عام ٢٠٠٠ الجهود الرامية إلى تطوير القدرة على إجراء البحوث التطبيقية المتعلقة بالسياسات الصحية، واستخدم البلد نتائج تلك البحوث عند تصميم وتنفيذ إصلاحاته المتعلقة بالرعاية الصحية خلال العقد التالي. فالبحوث التي طلبها وزير الصحة مثلاً بشأن المرحلة الأولى من الإصلاحات الرامية إلى الحد من المدفوعات غير الرسمية من جانب المرضى في المستشفيات وفرت أدلة كانت هناك حاجة ماسة إليها أدت إلى إقناع الحكومة والشركاء الخارجيين بدعم تطبيق تلك الإصلاحات على الصعيد الوطني.

٣٩ - أما المنهج الثالث فيتعلق بالقدرات التشغيلية والحوكمة الرشيدة. ففي مجال تمويل الرعاية الصحية، على سبيل المثال، يتطلب تحسين الكفاءة والإنصاف في استخدام الموارد عن طريق الشراء الاستراتيجي للخدمات قدرة على تحليل البيانات المتعلقة باستعمال الخدمات وأداء مقدمي الخدمات، وربط تلك البيانات بقرارات تخصيص الموارد. ويلزم توافر قدرات تنظيمية لإنفاذ العقود المتفق عليها مع مقدمي الرعاية الصحية وتطبيق الجزاءات في حالات الإخلال بمسؤولياتهم تجاه المرضى. وفي المقابل، يتطلب التأكد من اتساق هذه الإجراءات مع أهداف نظام الرعاية الصحية ككل واستخدام الأموال على النحو الأمثل، توافر آليات تكفل المساءلة العامة، من قبيل مجلس لإدارة الوكالة المسؤولة عن قرارات الشراء هذه.

٤٠ - فعلى سبيل المثال، يعزز صندوق التأمين الصحي في إستونيا المساءلة من خلال تقريره السنوي الذي لا يبلغ فيه فقط عن الشفافية فيما يتعلق باستخدام إيراداته، بل أيضا عن أدائه بالنسبة لمجموعة من المؤشرات التي تقيس إمكانية وصول السكان إلى الخدمات، وجودة تلك الخدمات، وتحسين سلوكيات السكان الصحية، والكفاءة في استخدام الموارد، والإجراءات التشغيلية الداخلية. ويقدم الصندوق بانتظام تقارير عن الدراسات الاستقصائية التي تقيس درجة رضا السكان، وقد تلقى الصندوق في العديد من المناسبات جائزة التميز في الشفافية على صعيد القطاع العام، اعترافا بكونه المنظمة الحكومية الإستونية التي تقدم التقرير السنوي الأكثر شفافية وموضوعية^(٥).

٤١ - ورغم أن التدريب في مجال البحوث التطبيقية المتعلقة بالسياسات الصحية والاجتماعية ضروري لزيادة القدرة، فإن مجرد زيادة عدد الأشخاص الذين اكتسبوا تلك المهارات لن يكون كافيا لوضع سياسات قائمة على الأدلة. وإنما يتعين استكمال القدرات المتوافرة بطلب إجراء بحوث تتعلق بالسياسات والاضطلاع بعمليات للرصد من جانب صانعي القرارات الرئيسيين. بالإضافة إلى ذلك، تحتاج البلدان إلى التوصل إلى الترتيبات المؤسسية الملائمة التي تمكنها من الاحتفاظ بالأشخاص الذين تدربوا على هذه المهارات، وذلك للتأكد من أن عملهم يلتزم بالأولويات المتعلقة بالسياسات العامة والتأكد في الوقت ذاته من توخي الاستقلالية والموضوعية في عملهم. ويستلزم هذا الأمر توازنات دقيقة، ويجب تكييف الحلول حسب السياق الخاص بكل بلد.

٤٢ - ويتطلب وضع السياسات المستندة إلى الأدلة فيما يتعلق بتوفير التغطية الصحية للجميع الحصول على معلومات موثوق بها عن العديد من الموضوعات، ومن بينها توافر وتوزيع الرعاية الصحية بجميع جوانبها، بما في ذلك الموارد المالية والبشرية والأدوية والتكنولوجيات الأخرى المتعلقة بالرعاية الصحية، فضلا عن الهياكل الأساسية؛ والمستويات الحالية لتزويد السكان بما يحتاجونه من خدمات الرعاية الصحية والحماية من المخاطر المالية؛ والأثر الواقع على صحة الناس ورفاههم الاقتصادي؛ وطبيعة أوجه عدم المساواة في هذه الأمور كلها.

٤٣ - وقد طلبت الجمعية العامة إلى الأمين العام في قرارها ٨١/٦٧ أن يدرج في تقريره معلومات عن تدفق المصروفات في مجال الصحة من خلال تطبيق أطر محاسبية موحدة.

(٥) Triin Habicht, "Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia", William D. Savedoff and Pablo Gottret, ed. *Governing Mandatory Health Insurance: learning from experience* (Washington, D.C., World Bank, 2008).

وقد نشرت منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي في عام ٢٠٠٠ إطارا موحدا لتتبع المصروفات في مجال الصحة يعرف باسم نظام حسابات الصحة. وبعد ١٠ سنوات من التنفيذ في بلدان من كل مستويات الدخل، أعدت نسخة منقحة، هي نظام حسابات الصحة لعام ٢٠١١، بالتعاون بين منظمة التعاون والتنمية والمكتب الإحصائي للجماعات الأوروبية ومنظمة الصحة العالمية، وبمساهمة من وكالات ومنظمات أخرى عديدة وخبراء قطريين.

٤٤ - ويوفر نظام حسابات الصحة لعام ٢٠١١، نهجا موجهها نحو السياسات لتحديد التدفقات المالية في إطار نظام الرعاية الصحية، من الإيرادات إلى نظم التمويل. ومن شأن وجود منهجية قوية لتتبع المصروفات في مجال الرعاية الصحية أن تمكن واضعي السياسات الوطنية من التكيف مع السياقات المتغيرة بسرعة والحصول على تغذية مرتدة بشأن الاستراتيجيات والسياسات التي يضعونها. ويتيح هذا الأمر زيادة التفاعل في عملية صنع قرار وتحسين المساءلة بشكل عام فيما يتعلق بالتدفقات المالية في نظام الرعاية الصحية.

٤٥ - ويتجه العديد من البلدان الآن إلى تنفيذ النظام المنقح. ومنذ نشر هذا النظام، تلقى أكثر من ٥٠ بلدا الدعم من منظمات دولية وثنائية لتدريب موظفيه وتطوير قدرتهم على تطبيق هذا الإطار المحاسبي الموحد. وكانت البلدان المرتفعة الدخل أساسا هي التي تقوم حتى وقت قريب بتتبع المصروفات في مجال الرعاية الصحية والإبلاغ عنها، واستخدام هذه المعلومات في صنع السياسات. بيد أن عددا متزايدا من البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل يتخذ حاليا الخطوات اللازمة للقيام بذلك، ومن تلك البلدان بنن وتوانيا وتوغو وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وليبيريا.

٤٦ - ويسهم أيضا في هذا الشأن العمل الذي يجري لدعم توصيات اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل التابعة لمنظمة الصحة العالمية. وبحلول عام ٢٠١٥، سيكون ٦٠ بلدا قد أجرى تدريبات على تتبع المصروفات في مجال الصحة بشكل عام، وتتبع النفقات المتعلقة بصحة المرأة والطفل وبمجموعة متنوعة من الأمراض والحالات، مع ربطها بالنتائج.

خامسا - خلق بيئة تمكينية من خلال الشراكات

٤٧ - أعطى إعلان الأمم المتحدة للألفية والغاية ٨ من الأهداف الإنمائية للألفية دفعة هائلة صوب صياغة شراكات جديدة من أجل التنمية. فقد وفرا إطارا للاتفاق بين البلدان المتقدمة النمو على تقديم المساعدة للبلدان النامية فيما تبذله من جهود للحد من الفقر وتحقيق أهداف إنمائية أخرى.

٤٨ - إلا أن العمل في شراكات لتحقيق نتائج صحية أفضل له تاريخ طويل في قطاع الرعاية الصحية. فمنظمة الصحة العالمية مكلفة بنص المادة ٢ من دستورها "بالعمل كسلطة التوجيه والتنسيق في ميدان العمل الصحي الدولي". وتدير المنظمة شبكة تتألف من أكثر من ٨٠٠ مؤسسة باعتبارها جزءا من المراكز المتعاونة معها. وتستضيف المنظمة أيضا سبع شراكات؛ مثل الشراكة العالمية من أجل مكافحة السل، والتحالف من أجل بحوث السياسات والنظم الصحية؛ وتشارك في رعاية برامج مثل البرنامج الأفريقي لمكافحة داء المذنبات الملتهبة.

٤٩ - وقد زاد عدد الشراكات والمبادرات وأشكال التعاون الأخرى في مجال الصحة العالمية بشكل مطرد على مدى العقد الماضي. ويندرج برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بحكم تعريفه، ضمن الشراكات المبكرة.

٥٠ - ويحدد إعلان باريس بشأن فعالية المعونة لعام ٢٠٠٥ وبرنامج عمل أكرام لعام ٢٠٠٨ المبادئ التي تزيد من فعالية المعونة عن طريق تحسين جودتها وزيادة التنسيق فيما بين جميع شركاء التنمية. وقد تقيد أكثر من ١٣٠ بلدا و ٢٨ منظمة دولية بهاتين الوثيقتين. وفي سياق عمليتي باريس وأكرام، أثبت النهج المتبع لتحسين الصحة، من خلال مبادرات مثل الشراكة الدولية من أجل الصحة، أنه على الرغم من تنوع الأطراف الفاعلة المشاركة في قطاع الرعاية الصحية، فإنه يمكن تحسين التنسيق فيما يتعلق بالاستراتيجيات الوطنية للرعاية الصحية.

٥١ - وفي عام ٢٠١١، شكلت شراكة بوسان للتعاون الإنمائي الفعال بادرة على حدوث تحول في التفكير من النهج التقليدي الذي يركز على فعالية المعونة إلى نهج أوسع نطاقا وأكثر شمولاً للتعاون الإنمائي، يركز بدرجة أكبر على النظر إلى الموارد المحلية والخارجية معا وعلى النتائج. ويتعزز مفهوم المساءلة المتبادلة في ظل وجود المساءلة المحلية حيث تخضع الحكومات الوطنية للمساءلة عن حماية الصحة العامة أمام المواطنين ومنظمات المجتمع المدني.

٥٢ - ويسعى النهج الذي اعتمد في بوسان، جمهورية كوريا، إلى التصدي للتحديات الإنمائية المتغيرة، حيث يعيش غالبية فقراء العالم في بلدان تعتبر بلدانا متوسطة الدخل حسب مستوى نموها الاقتصادي. ولم تعد المساعدة الإنمائية الرسمية، التي خفضت في بعض الحالات نتيجة للأزمة المالية والاقتصادية العالمية، هي الطريقة الوحيدة لتمويل المساعدة الإنمائية.

٥٣ - وحتى يتسنى تأمين المكاسب التي تحققت من خلال برامج ممولة من تحويلات غير متكررة للموارد من بلدان غنية إلى بلدان فقيرة، يتعين اتباع نهج جديد تكمل فيه تلك

الموارد باتفاقات أطول أجلا للتمويل الذي يمكن التنبؤ به، تدمج في النظم المالية والإدارية الوطنية للبلدان. وتسهم الموارد المستمدة من المصادر المحلية، والإيرادات الضريبية، والتحويلات المالية، والتمويل المقدم من المؤسسات بشروط ميسرة، والاستثمار المباشر الأجنبي، وضرائب التضامن العالمية، في تمويل التنمية.

٥٤ - وبعد فترة من النمو السريع زادت على عشر سنوات، استقرت المساعدة الإنمائية المقدمة في مجال الرعاية الصحية عند مستويات ثابتة. وظل عدد الأطراف الفاعلة في مجال الرعاية الصحية على الصعد الوطني والإقليمي والدولي يتزايد، مما ترتب عليه تزايد التحديات الناجمة عن التجزؤ والازدواجية وارتفاع تكاليف المعاملات. وفي ضوء الاتجاهات الجديدة والتحديات الناشئة، يتعين استعراض الموقع الذي تحتله الشراكات، التي من شأنها أن تهيئ المجال أمام إنجاز خطة للتنمية تؤدي إلى تحولات جذرية ويكون محورها الإنسان وتراعى فيها الاعتبارات البيئية لكوكب الأرض، وكذلك استعراض الدور الذي تؤديه تلك الشراكات وسماها الرئيسية.

٥٥ - وفي الوقت نفسه، دأب قادة العالم على الاعتراف بالأهمية المحورية للصحة بالنسبة للتنمية، من خلال عدة عمليات سياسية رفيعة المستوى. ففي مؤتمر الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، تم التأكيد من جديد على الصحة باعتبارها شرطاً مسبقاً للتنمية المستدامة بأبعادها الثلاثة جميعاً ونتيجة من نتائجها ومؤشراً عليها. وجرى أيضاً الإقرار بأن تعزيز نظم الرعاية الصحية وتوجيهها من أجل توفير تغطية صحية للجميع بصورة عادلة شرط مسبق لتعزيز الصحة والتماسك الاجتماعي والتنمية البشرية والاقتصادية المستدامة.

٥٦ - وفي الإعلان السياسي لاجتماع الجمعية العامة الرفيع المستوى المعني بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومكافحتها (قرار الجمعية العامة ٦٦/٢)، جرى الإقرار بأن تلك الأمراض تمثل أحد التحديات الرئيسية للتنمية في القرن الحادي والعشرين، باعتبارها عاملاً يسهم في الفقر والجوع في البلدان النامية. وسلطت هذه العملية السياسية الضوء على إدراك مؤداه أن مكافحة الأمراض غير المعدية على أساس متعدد القطاعات هي السبيل الوحيد لمنع وقوع الأسر في هوة الفقر، بل وإفلاس الأمم في جميع بقاع العالم.

٥٧ - وأكدت من جديد المناقشات التي أجريت حول عملية التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ الدور الحاسم للشراكات في خطة التنمية الجديدة. وحدد تقرير فريق الشخصيات البارزة الرفيع المستوى المعني بخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ في تقريره خمس نقالات تحويلية تفضي إلى التنمية المستدامة. ويقول الفريق إن صياغة شراكة عالمية جديدة هي "تغير مركزي

في التعاون الدولي يوفر المساحة السياسية للتحويلات الداخلية^(٦). ويقترح التقرير صياغة شراكة عالمية جديدة تضم طائفة واسعة من الأطراف الفاعلة لكل منها دور محدد، وهي: الحكومات الوطنية؛ والسلطات المحلية؛ والمؤسسات الدولية؛ والشركات التجارية؛ ومنظمات المجتمع المدني؛ والمؤسسات والجهات الخيرية الأخرى والمستثمرون الذين يحدثون تأثيرات اجتماعية ملموسة؛ والعلماء والدوائر الأكاديمية؛ والأفراد.

٥٨ - وتمثل الشركات الشاملة تحولا من مفهوم العلاقات التقليدية بين المانحين والمستفيدين إلى مفهوم شركاء التنمية. فالشراكات والاتلافات والمبادرات التي تركز على قضية محددة قد برهنت على قيمتها. بما أحرزته من تقدم سريع في التصدي لأمراض من قبيل نقص المناعة البشرية أو السل أو الملاريا. وقد أدت مبادرة "كل امرأة، كل طفل" التي أطلقها الأمين العام إلى حفز حركة عالمية متميزة من خلال تعبئة جهود المسؤولين على أرفع المستويات في البلدان المختلفة وشحذ طاقات الأطراف الفاعلة في مجال الرعاية الصحية على جميع المستويات لتحسين صحة النساء والفتيات.

٥٩ - وتكتسب هذه المبادرات أيضا أهمية في رصد النتائج وتتبع الموارد المتعهد بها والمنفقة. وقد بينت الأعمال التي تضطلع بها اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل تزايد أهمية التتبع والرصد في تحديد الاختناقات والاستراتيجيات المناسبة للتعامل معها.

٦٠ - ودائما ما كانت الشراكات في العقد الماضي تضم الحكومات والمجتمع المدني والقطاع الخاص كشركاء متساوين، ليس فقط فيما يتعلق بالتمويل وإنما أيضا بالحوكمة والقدرة على صنع القرار. وقد وصلت الشبكات إلى السياسيين والأفراد على المستويات المحلية والمجتمعية. وأدت تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الجديدة، بما في ذلك الوسائط الاجتماعية، إلى إعادة تشكيل طريقة نشر المعلومات واكتساب الجماعات الجديدة للتأثير والقدرة على إسماع صوتها.

٦١ - وقد تلقى فريق الشخصيات البارزة الرفيع المستوى تعليقات من أكثر من ٥٠٠٠ منظمة من منظمات المجتمع المدني و ٢٥٠ مسؤولا تنفيذيا لشركات كبرى. وشارك أكثر من ٨٠٠٠٠٠ شخص في دراسة استقصائية بعنوان "عالمي" (يمكن الاطلاع عليها في الموقع الشبكي www.myworld2015.org) وصنفوا المجالات ذات الأولوية لأنفسهم وأسرههم في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥. وصُنّف مجال "تحسين الرعاية الصحية"

(٦) يمكن الاطلاع على التقرير على العنوان التالي: un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf.

باعتباره ثاني أعلى أولوية بوجه عام وهو أيضا ثاني أعلى أولوية في رأي ١١ من ١٥ مجموعة مقسمة على أساس الجنس والعمر والتعليم وخمسة مستويات من الدخل.

٦٢ - واستدامة العدد الكبير من التدخلات الصحية الموجهة أمر يمكن كفالته من خلال دمج تلك التدخلات في نظم الرعاية الصحية الوطنية. فسرعة النمو الاقتصادي في أجزاء مختلفة من العالم لم تسفر عن مكاسب متناسبة في الخدمات الاجتماعية والرفاه. ويزيد عدد البلدان التي تواجه تحديات متماثلة فيما يتعلق بزيادة متوسط العمر المتوقع، ويشكل توفير التغطية الصحية للجميع مسألة هم جميع البلدان، بغض النظر عن طور التنمية فيها؛ وتنعكس أيضا أوجه الشبه بين البلدان في العقبات التي تحول دون إحراز تقدم صوب تحقيق الغايات المتعلقة بالرعاية الصحية.

٦٣ - ويجري حاليا تدبير قدر كبير من الموارد الجديدة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتصلة بالصحة، من خلال شراكات مثل الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي للقاحات والتحصين، والمرفق الدولي لشراء الأدوية. غير أن البلدان الأكثر احتياجا إلى المساعدة الخارجية ليست عادة الأفضل تجهيزا لإدارتها. ويمكن أن يؤدي تعدد قنوات التمويل إلى تشويه الأولويات الوطنية وتحويل الجهود عن المجالات التي تحتاج أشد الحاجة إلى الموارد. وتعمل الشراكة الدولية من أجل الصحة على التوفيق بين التمويل المستمد من مصادر محلية ودولية والأهداف والاستراتيجيات التي جرى تحديدها على الصعيد الوطني. وهي تقدم أيضا أداة للتقييم المشترك للسياسات الوطنية ورصد التقدم المحرز في التقيد بمبادئ فعالية المعونة.

٦٤ - ويقتضي اتباع نهج عام لتحسين النتائج الصحية معالجة المحددات الاجتماعية للصحة. ويمثل تنسيق الإجراءات بين القطاعات المتعددة التي تدعم النهج القائم على حشد جهود الحكومة كلها وجهود المجتمع كله طريقة لتحسين النتائج الصحية للسكان كلهم. ويجري من خلال عملية صنع السياسات الاستباقية رصد المخاطر عن طريق تطبيق الدروس المستفادة من كل من قطاعي الرعاية الصحية والبيئة. ويمكن الوقاية من الأمراض المتصلة بالبيئة بالربط بين شواغل الصحة والبيئة في إطار خطط إنمائية وطنية وأنشطة لبناء القدرات على جميع الصعد. ويعمل التحالف الاستراتيجي من أجل الصحة والبيئة لتنفيذ إعلان ليرفيل كأساس لخطط العمل المشتركة ومنبرا إقليميا للحوار بين القطاعات في أفريقيا.

٦٥ - ويمكن أن يسهم اتباع نهج للرعاية الصحية قائم على حقوق الإنسان في تحسين إمكانية الاستعانة بخدمات ومرافق الرعاية الصحية بتكلفة أيسر وفي زيادة إتاحتها ومقبوليتها وجودها، وذلك بكفالة إدماج المستفيدين في جميع المناقشات ومشاركتهم في عمليات صنع

القرار ذات الصلة. ولا تزال حالات انعدام المساواة والتمييز في إتاحة خدمات الرعاية الصحية عوامل أساسية تؤثر على قدرة الأشخاص على العيش في صحة جيدة.

٦٦ - وأخذت المساعدة التقنية التقليدية تتراجع أمام المشورة المقدمة على صعيد السياسات للمستويات العليا، وهي عملية تنحاز إلى الخبرة العملية التي يمكن اكتسابها من خلال التعاون الثلاثي والتعاون فيما بين بلدان الجنوب والشراكات بين القطاعين العام والخاص. وقد اعترف الإعلان الصادر عن المنتدى الرابع الرفيع المستوى بشأن فعالية المعونة، المعقود في بوسان، بأن طبيعة التعاون فيما بين بلدان الجنوب وطرائقه والمسؤوليات التي ينطوي عليها تختلف عن تلك التي تخص التعاون بين الشمال والجنوب.

٦٧ - وتتبع في أنواع الشركات الثلاثة نهج تجمع بين التضامن والتعاون لمواجهة التحديات العالمية. فحماية صحة السكان من الأمراض المعدية الجديدة والناشئة تتطلب سلسلة من أعمال الرقابة والاستجابة على الصعيد العالمي. وتتطلب القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية وزيادة تنقلها حلولاً عالمية تشمل سياسات لتدريبها وتوزيعها واستبقائها وتوفير الحوافز لها، وهي شواغل تشترك فيها كثير من البلدان النامية. ولا تزال هناك صعوبة بالغة في إتاحة خدمات الرعاية الصحية الأساسية وخدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات صحة الأم بصورة منصفة للنساء في أجزاء كثيرة من العالم.

سادسا - الاستنتاجات

٦٨ - تتزايد مطالبة الناس بالحصول على خدمات الرعاية الصحية بجودة مرتفعة وأسعار ميسورة، وهو ما يشكل جوهر مفهوم التغطية الصحية للجميع. وتوفر هذه التغطية للناس الشعور بالاطمئنان إلى أن بوسعهم الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها إذا ما وقع لهم حدث طارئ، وأن هذه الخدمات ستكون مرتفعة الجودة. ويسهم حصول الأشخاص على خدمات الرعاية الصحية اللازمة في تحسين صحتهم والحفاظ عليها، مما يتيح لهم فرصة التعلم والعمل وكسب الدخل. وعلى هذا النحو، يكون توفير هذه الخدمات عنصراً بالغ الحيوية في التنمية المستدامة.

٦٩ - ويرتبط الحصول على خدمات الرعاية الصحية ارتباطاً وثيقاً أيضاً بمفهوم الحماية الاجتماعية، وتمثل الصحة عنصراً مهماً في الحدود الدنيا للحماية الاجتماعية. فالجهود المبذولة لتوفير التغطية الصحية للجميع تؤدي إلى الارتقاء بمعايير تلك الحماية على أسرع نحو بحيث يمكن لكل شخص الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي يحتاج إليها دون أن يواجه حواجز أو صعوبات مالية.

٧٠ - ويمثل توفير التغطية الصحية للجميع أهمية للبلدان على اختلاف مستويات دخلها، حيث تواجه كل منها بشكل مختلف مسائل تتعلق بندرة الموارد نتيجة لزيادة الاحتياجات والطلبات من سكانها. إلا أن الطريق لتوفير التغطية للجميع يرتبط حصراً بخصائص البلد المعني، وإن كانت التجربة القطرية تبين أيضاً أن أي نهج يجب ألا يركز فحسب على استراتيجيات تمويل خدمات الرعاية الصحية، وإنما أيضاً على نظام تقديمها بجميع عناصره، وكذلك على المحددات الاجتماعية للصحة.

٧١ - وتمثل زيادة قدرة البلدان على التعلم من تجارب بعضها البعض وسيلة مهمة للإسراع بعجلة التقدم. ومن الوسائل الأخرى قيام البلدان بزيادة قدراتها الذاتية اللازمة لوضع سياسات على أساس أفضل الأدلة وتنفيذها ثم رصد آثارها وتقييمها، بحيث تعدلها عند الضرورة.

٧٢ - ويتعين أن يعتمد التحرك صوب توفير التغطية الصحية للجميع على نظم معلومات متينة توفر البيانات ذات الصلة بصنع السياسات في الوقت المناسب. ويمثل تتبع تدفقات النفقات في مجال الرعاية الصحية من خلال تطبيق الأطر المحاسبية الموحدة عنصراً مهماً، ومع بدء تطبيق إطار نظام حسابات الصحة لعام ٢٠١١، تتوافر للبلدان توجيهات متفق عليها دولياً بشأن النهج التي يمكن استخدامها.

٧٣ - وقد حددت الشراكة الدولية من أجل الصحة والمبادرات المتصلة بها سبعة أنواع معينة من السلوك المطلوب لزيادة التنسيق والمواءمة في المعونة، مع التركيز الواضح على النواتج الصحية. وتركز المبادرات في جملة أمور على الأولويات المتفق عليها التي ترد في أي استراتيجية وطنية للصحة وتستند إلى تقييمات مشتركة ويتم رصدها بصورة مشتركة، مع التقليل من العمليات المنفصلة؛ وعلى الموارد المسجلة في الميزانية والمتوائمة مع الأولويات والالتزامات الوطنية؛ ونظم الإدارة المالية والمشتريات المنسقة والمتوائمة مع تنمية القدرات بهدف تعزيز النظم القطرية واستخدام تلك النظم؛ والتعلم المنتظم؛ وتوفير الدعم التقني على أساس التخطيط الاستراتيجي والتنسيق.

٧٤ - ومن شأن صقل الأدوات الموجودة بالفعل أن يساهم في بناء شراكة تشجع الابتكار التكنولوجي في عمليات استحداث خدمات وأجهزة طبية جديدة، مع كفالة توفير التعليم والتدريب والقدرات المهنية للعاملين في مجال الرعاية الصحية بحيث يمكنهم استخدامها. ومن شأن البحث والتطوير في مجال إعداد لقاحات أو أدوية جديدة أن يساهم في تحسين مدى توافرها والقدرة على تحمل أسعارها، مع مكافحة الأدوية دون المعيارية/المزورة/المغشوشة/المقلدة/التي تحمل أسماء زائفة.

٧٥ - ويتعين أن تعزز الشراكات القدرات القطرية القائمة بدلا من أن تثقلها بالأعباء. كذلك يتعين أن تركز على جودة المعونة بدرجة أكبر من تركيزها على كميتها. وبدلا من الاستفاضة في وضع شروط ومؤشرات للإبلاغ، يتعين اتخاذ ترتيبات عامة تتناول النهج الصحي الكلي. ويمكن للشراكات التي تتمحور حول غايات مشتركة، وتتولى أطراف متعددة ذات مصلحة مشتركة المسؤولية عنها، أن تسهم في وضع حلول دائمة مع حل المشاكل الراهنة.