

التحرُّك صَوْبَ التغطية الصحية الشاملة: التحديات والفرص وخارطة الطريق

الملخص التنفيذي

1. لم يسبق أن احتلت قضية التغطية الصحية الشاملة هذه المكانة المتقدمة على جدول الأعمال العالمي للصحة كذلك التي تحتلها حالياً. فالتطلع إلى التحرك صَوْبَ تحقيق التغطية الصحية الشاملة ليس وليد اليوم، إذ أكَّد عليها دستور منظمة الصحة العالمية في عام 1948، وهي جزء أصيل من إعلان الما-آتا الصادر في العام 1978، كما شدَّد عليها حديثاً التقرير الخاص بالصحة في العالم للعام 2010 بعنوان "تمويل النُظُم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة". وفي العام 2012 اعتمدت اللجنة الإقليمية قراراً أكَّدت فيه على الدور الجوهري الذي يلعبه تقوية النُظُم الصحية في مساعدة البلدان على المضي قُدُماً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
2. ويشير التقرير الخاص بالصحة في العالم للعام 2010 إلى التغطية الصحية الشاملة على أنها إتاحة الخدمات الصحية اللازمة إلى جميع الناس (ومنها خدمات الوقاية وتعزيز الصحة والمعالجة والتأهيل) بجودة كافية، مع ضمان ألا يتعرضَّ الناس حرَّاء الاستفادة من هذه الخدمات إلى ضائقة مالية. ومن ثمَّ فإن نطاق التغطية الصحية الشاملة يشمل أبعاداً ثلاث تتمثل في: نسب التكاليف، والخدمات، والفئات السكانية المشمولة بالتغطية.
3. وتقوم على هذا المفهوم وتنطلق منه العناصر الأساسية التي يتكون منها النهج الشامل الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية حيال التغطية الصحية الشاملة. ويتسق هذا النهج اتساقاً تاماً مع قيم الرعاية الصحية الأولية ومبادئها؛ فهو الأساس الذي يقوم عليه برنامج العمل العام الثاني عشر والفئات الخمس للعمل في الفترة 2014-2019؛ ويُقرُّ هذا النهج بأهمية تقوية جميع العناصر التي يتألف منها النظام الصحي؛ كما يُشدِّد على أهمية بناء الشراكات؛ ويُسلِّط الضوء على الرصد القوي للتقدم المحرَّز صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتعكف المنظمة في الوقت الراهن على وضع إطار عمل لرصد التقدم المحرَّز صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة، بالتعاون مع كافة الشركاء، ومنهم البنك الدولي.
4. وفي العام 2012 جرى تصنيف بلدان الإقليم إلى ثلاث مجموعات باعتبار النُظُم الصحية، واعتماداً على الحصائل الصحية في أوساط السكان، وأداء النُظُم الصحية في هذه البلدان ومستوى الإنفاق الصحي فيها. وقِيَمَ التقدم المحرَّز صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة في جميع بلدان المجموعات الثلاث استناداً إلى الأبعاد الثلاثة السالف ذكرها. وفي ما يتعلق بالحماية من المخاطر المالية، فقد استقرَّ نصيب المدفوعات المباشرة من الجيب من إجمالي الإنفاق الصحي على مدى العقْد المنصرم، لكن تفاوتت الاتجاهات التي أظهرتها كل مجموعة من مجموعات البلدان الثلاث. ففي بلدان المجموعة الأولى انخفض نصيب المدفوعات المباشرة من الجيب من 21% إلى 17%، بينما تآرجح حول 50% في بلدان المجموعة الثانية، وارتفع في بلدان المجموعة الثالثة من 59% إلى 69%. وقد أُجريت دراسات قليلة حول الإنصاف في البلدان الواقعة في المجموعة الثانية أظهرت أن

نسبة كبيرة من الأسر تواجه كوارث مالية وتقع في الفقر لارتفاع حصتها من المدفوعات المباشرة من الجيب. وتشير التقديرات إلى أن ما يصل إلى 16.5 مليون فرد يواجهون كوارث مالية سنوياً، وأن ما يصل إلى 7.5 مليون شخص يقعون في الفقر بهذه الطريقة كل عام.

5. وبالحدوث عن التغطية بالخدمات اللازمة، تُمثل الإتاحة الجغرافية 100% تقريباً في البلدان الواقعة في المجموعة الأولى، وتتفاوت بين 83% إلى 100% في البلدان الواقعة في المجموعة الثانية، وتتراوح بين 44% و97% في البلدان الواقعة في المجموعة الثالثة. وتتمتع بلدان المجموعة الأولى بتغطية كاملة بخدمات رعاية الأمراض السارية ورعاية الأمهات والأطفال. بيد أن الأمراض غير السارية والإصابات والصحة النفسية غير مدججة بالكامل في الخدمات المقدمة على مستوى الرعاية الأولية. وفي البلدان الواقعة في المجموعة الثانية تتجاوز التغطية بالتمنيع 90% في أكثر هذه البلدان، بينما تتراوح التغطية بخدمات الرعاية السابقة على الولادة بين 66% و100%، والولادات تحت إشراف عاملين صحيين ماهرين بين 74% و100%، ومعدل انتشار وسائل منع الحمل بين 38% و60%. أما البلدان الواقعة في المجموعة الثالثة فتشهد تبايناً كبيراً فيما بينها من حيث التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة، بل إن بعض هذه الخدمات تصل إلى مستويات متدنية بشكل غير مقبول. ويتوافر للمواطنين في البلدان الواقعة في المجموعة الأولى حزمة شاملة من الخدمات الصحية. وقد طوّر العديد من البلدان الواقعة في المجموعة الثانية حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات المستشفيات. وتتفاوت في الوقت الراهن درجة تنفيذ هذه الخدمات في هذه البلدان. أما البلدان الواقعة في المجموعة الثالثة فقد أعدت أربعة بلدان منها حزمة أساسية من الخدمات الصحية، والكثير من هذه الخدمات لا يعدو كونه حزماً من المزايا الأساسية.

6. وفي ما يتعلق بتغطية الفئات السكانية، فمن الأهمية بمكان مواصلة رصد المجموعات السكانية المؤهلة للتغطية وتلك التي لها الحق في التغطية. بموجب ترتيبات مختلفة للدفع المسبق. إذ تشمل التغطية بالرعاية اللازمة احتياجات جميع المواطنين في البلدان الواقعة في المجموعة الأولى. وتتفاوت درجة وطبيعة التغطية المقدمة إلى السكان المغتربين في هذه البلدان. وتتزايد تدريجياً تغطية المغتربين بموجب أنظمة تأمينية خاصة. وعلى الرغم من ارتفاع مستويات الأهلية للتغطية، تعاني التغطية في بلدان المجموعة الثانية من التفتت والازدواجية، وتتفاوت نطاق الفئات السكانية المؤهلة للتغطية. وفي ظل غياب أنظمة التأمين الاجتماعي الراسخة، ووجود خدمات صحية يُقدمها القطاع العام الذي يعاني من قلة التمويل، تقتصر التغطية في جزء كبير منها على العاملين بالدولة والقوات المسلحة، بينما تظل شرائح كبيرة من السكان دون تغطية بأنظمة الدفع المسبق. وفي الوقت الذي يُفترض فيه، مبدئياً، أن تُغطي الحكومات جميع المواطنين، فإن التغطية تتوافر في أكثر الأوقات للعاملين في القطاع العام. ولا توجد أنظمة وطنية للتأمين الصحي الاجتماعي، ولا تغطي ترتيبات التأمين الخاص أو المجتمعي سوى مجموعة صغيرة جداً من السكان.

7. وهناك عدد من التحديات والفرص التي في مقدورها التأثير على التقدم المُحرز صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة في الإقليم. ومن بين التحديات الرئيسية: الحاجة إلى استدامة الالتزام، ووضوح الرؤية، ووضع خارطة طريق جيدة ترمي إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ وعدم وجود الترتيبات الخاصة بالحماية من المخاطر المالية لشرائح كبيرة من المجموعات السكانية؛ والقصور في تقديم الخدمات الصحية اللازمة؛ وضعف أنظمة المعلومات الصحية التي لم يُراعَ في إعدادها أن ترصد التغطية الصحية الشاملة. كما أن هناك فرصاً سانحة ينبغي الاستفادة منها لتسريع وتيرة التقدم ومنها التحرك العالمي دعماً للتغطية الصحية الشاملة مع تنامي

الالتزام من جانب الشركاء في مجال التنمية وزيادة التزام راسمي السياسات الوطنية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وتوافر استراتيجيات مُجرَّبة جيداً وأدوات قوية لدعم التغطية الصحية الشاملة أكثر مما كانت عليه الحال في الماضي.

8. وأمام الدول الأعضاء والمنظمة والشركاء مجموعة من الاستراتيجيات وخارطة طريق للإجراءات المقترحة من أجل تسريع وتيرة التقدم المحرز صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة. ويأتي مبدأ العدالة والإنصاف في صميم هذا النهج. والغرض هو تقديم العون إلى البلدان في وضع خرائط طريق تتسق مع أولوياتها ومستوى ما أحرزته هذه البلدان من تقدم. ويهدف العمل إلى إعداد الاستراتيجيات وتكوين رؤية استراتيجية لمواصلة التقدم صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة؛ وتشكيل فريق عمل وطني متعدد القطاعات لتوجيه جدول الأعمال؛ والدعوة إلى حشد الالتزام وتحديث التشريعات؛ وتقوية الوحدة المسؤولة عن التنسيق في ما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة داخل وزارات الصحة بهذه البلدان؛ وإنتاج البيئات المحلية وتبادل الخبرات الدولية في هذا الصدد؛ ورصد التقدم، وتشكيل فريق عمل إقليمي من الشركاء في مجال التنمية والدول الأعضاء.

المقدمة

9. لم يسبق أن احتلت قضية التغطية الصحية الشاملة هذه المكانة المتقدمة على جدول الأعمال العالمي للصحة كتلك التي تحتلها في الوقت الراهن. فقد شهد العام 2012 وحده أربعة أحداث رفيعة المستوى أعربت بما لا يدع مجالاً للشك عن الالتزام ببلوغ التغطية الصحية الشاملة، وأسفرت هذه الأحداث عن: بيان بانكوك، وبيان كيغالي الوزاري، وإعلان مكسيكو سيتي السياسي، وإعلان تونس. وفي شباط/فبراير 2013 كانت التغطية الصحية الشاملة موضوع اجتماعاً وزارياً دعت إلى عقده منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، وضم ممثلين من وزارات الصحة والمالية لتبادل الدروس المستخلصة والتعرّف على التحديات التي تعترض سبيل التحرك صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة. كما حظي إدراج التغطية الصحية الشاملة في جدول أعمال التنمية الوطنية والدولية بعد 2015 باهتمام جاد ودراسة مستفيضة في المشاورة المواضيعية العالمية حول الصحة التي عقدت في بتسوانا في آذار/مارس 2013. (1)

10. فالتطلع إلى بلوغ التغطية الصحية الشاملة لم يكن أبداً وليد اليوم، إذ أكد عليها دستور منظمة الصحة العالمية في عام 1948 (2)، وهي جزء أصيل من إعلان ألما-آتا الصادر في العام 1978 والصحة للجميع (3). وحديثاً حدد التقرير الخاص بالصحة في العالم 2008 التغطية الصحية الشاملة كواحد من المبادئ التوجيهية الأربعة التي يركز عليها إصلاح الرعاية الصحية الأولية. (4) وأما التقرير الخاص بالصحة 2010: "تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة"، فقد لخص الدروس المستفادة من البلدان التي أحرزت تقدماً ملحوظاً في التحرك صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة مع التركيز على الإصلاحات في مجال التمويل الصحي. (5)

11. وعلى المستوى الإقليمي، فقد أعربت الدول الأعضاء في إقليم شرق المتوسط عن مواصلة اهتمامها والتزامها بهدف بلوغ التغطية الصحية الشاملة. وفي العام 2012 اعتمدت اللجنة الإقليمية القرار (ش م/ل إ 59/ق3) الخاص بتقوية النظم الصحية، والذي أكد فيه على الدور الجوهري الذي تلعبه تقوية النظم الصحية في مساعدة البلدان على المضي قدماً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. (6)

12. وتأسيساً على الجهود السابقة، تُقدّم هذه الورقة عرضاً للأبعاد الرئيسية الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة؛ ألا وهي: التكاليف المباشرة، والخدمات، والسكان. وتستعرض هذه الورقة أيضاً المراحل التي وصلت إليها البلدان في تحركها صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة، وتُلخّص التحديات القائمة والفرص السائحة للمضي قدماً. كما تقترح الورقة استراتيجية وخارطة طريق وإجراءات ذات صلة ترمي إلى تسريع وتيرة التقدم صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة، مع التأكيد على الأدوار والمسؤوليات المنوطة بمختلف أصحاب المصلحة المعنيين من أجل تحقيق هذا الهدف. ويولّى اهتمام خاص للمساهمة والشراكات المتعددة القطاعات التي تدعو إليها الحاجة في جميع البلدان بقطع النظر عن مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بها.

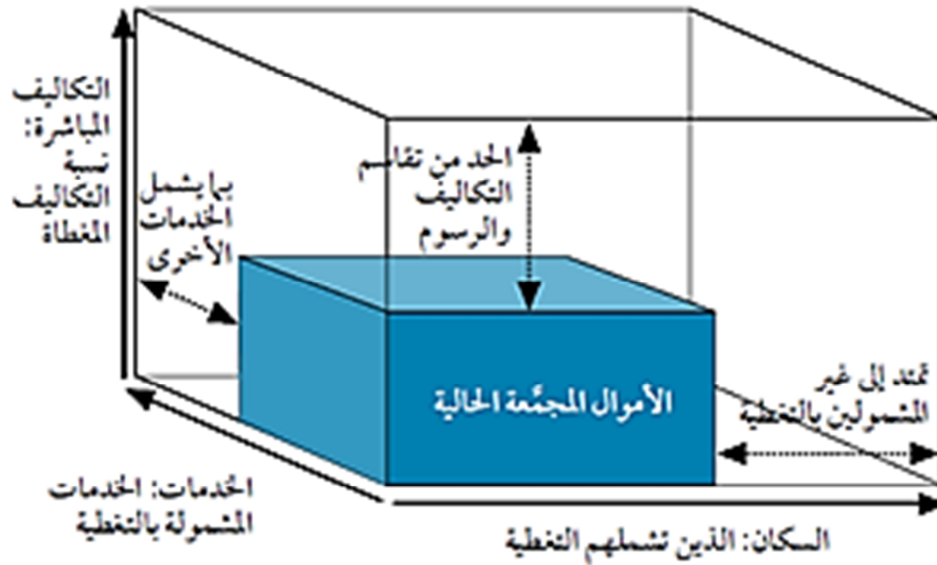
ما هي التغطية الصحية الشاملة؟

13. يشير التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010 إلى التغطية الصحية الشاملة على أنها إتاحة الخدمات الصحية الضرورية لجميع الأفراد (ومنها خدمات الوقاية، وتعزيز الصحة، وخدمات المعالجة والتأهيل) بجودة كافية تحقق فعالية هذه الخدمات، مع ضمان ألا يتعرض الذين يستفيدون من هذه الخدمات إلى ضائقة مالية. فالتغطية الصحية الشاملة هي تعبير عملي عن الاهتمام بالإنصاف الصحي والحق في الصحة، وهي تُسهم في

تحقيق التنمية المستدامة وتقليص الفقر. وتتطلب الرحلة صوب التغطية الصحية الشاملة ضرورة إصلاح النظام الصحي بأسره، والتعاطي مع المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة.

14. وتشمل التغطية الصحية الشاملة أبعاداً ثلاثة يمكن تمثيلها على شكل مكعب، وهذه الأبعاد هي: التكاليف المباشرة (نسبة التكاليف المغطاة)، والخدمات (ما هي الخدمات المغطاة)، والسكان (ما هي الفئات السكانية التي تشملها التغطية) (الشكل 1). ويُطلق على هذه الأبعاد الثلاثة في بعض الأوقات "تكاليف" التغطية، و"عمقها"، و"اتساعها" على التوالي. وبينما يشير البعد الخاص "بالتكاليف المباشرة" إلى مدى الحماية من المخاطر المالية، يشير البعد الخاص "بالخدمات" إلى نطاق الخدمات التي تغطيها الأموال المجمعة. أما البعد الخاص "بالسكان" فإنه يشير إلى الفئات السكانية المؤهلة والتي لها الحق في التغطية والمغطاة فعلاً بترتيبات الدفع المسبق وترتيبات تجميع الأموال. وفي الوقت الذي قد تكون فيه مجموعات سكانية بعينها مؤهلة للتغطية في ظل ترتيبات معينة للدفع المسبق. بموجب الحقوق الدستورية السائدة أو أحكام قانونية يرجع الفضل فيها إلى الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، ينبغي التنويه أن الأهلية للتغطية لا تستتبع بالضرورة استحقاق الحماية الفعالة ضد المخاطر المالية والتغطية بالخدمات ولا التغطية الفعلية بالخدمات اللازمة. ومن هذا المنطلق، فإن الحاجة ماسة إلى التحديد المستمر للمجموعات السكانية المؤهلة للتغطية بالترتيبات المختلفة للدفع المسبق، والمستحقة منها لهذه التغطية، والمغطاة منها فعلاً بهذه الترتيبات.

15. وفي سياق الإصلاح الأوسع نطاقاً للنظام الصحي، فإن تجارب النجاح من البلدان التي خطت خطوات صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة تُؤكد على أهمية إصلاح نظام التمويل الصحي من أجل تعزيز الحماية من المخاطر المالية وتعزيز عدالة التمويل، فضلاً عن التصدي للفتوح الرئيسية في العناصر الأساسية الأخرى التي يتألف منها النظام الصحي مثل القوى العاملة في مجال الصحة، ونظام المعلومات الصحية والتكنولوجيات والأدوية الأساسية. ويلخص الإطار 1 ما تعنيه التغطية الصحية الشاملة وما لا تعنيه.



الشكل 1. الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة

المصدر: التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2010 (5)

ما هو النهج الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية لبلوغ هدف التغطية الصحية الشاملة؟

16. يتضح التزام منظمة الصحة العالمية في تبنيها لنهج شامل تدعم من خلاله الدول الأعضاء في إحرازها تقدماً صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة. وتتمحور العناصر الرئيسية التي يتألف منها هذا النهج حول ما يلي:
- تتسق التغطية الصحية الشاملة اتساقاً تاماً مع قيم الرعاية الصحية الأولية ومبادئها، مما يُعزِّد، ضمن أمور أخرى، قيم الإنصاف والعدالة الاجتماعية، والتضامن، والمشاركة، والعمل المشترك فيما بين القطاعات، كما تقدّر التغطية الصحية الشاملة الحق الأصيل للجميع في الصحة.
 - تُمثل التغطية الصحية الشاملة الأساس الذي يركز عليه برنامج العمل العام الثاني عشر 2014-2019، الذي يتضمن خمس فئات من مجالات العمل تُسهم جميعها في بلوغ التغطية الصحية الشاملة؛ وهذه الفئات هي: (1) الأمراض السارية؛ (2) الأمراض غير السارية؛ (3) الصحة في مراحل العمر بما في ذلك صحة الأمهات والأطفال والتمتع بالصحة في الشيخوخة؛ (4) تطوير النظام الصحي؛ (5) التأهب للطوارئ.
 - تؤكد منظمة الصحة العالمية على الأهمية البالغة للعدالة في التمويل والحماية من المخاطر المالية في سبيل بلوغ التغطية الصحية الشاملة. ويتزامن هذا التأكيد مع تأكيد مساوٍ على أهمية تقوية العناصر الأخرى التي يتألف منها النظام الصحي مثل تصريف الشؤون أو الحوكمة والقيادة، والقوى العاملة، والمعلومات الصحية، والأدوية والتكنولوجيات، والبنية الأساسية، مع ضرورة التفاعل بين هذه العناصر لتقديم خدمات صحية جيدة.
 - كما تُسلط منظمة الصحة العالمية الضوء على أهمية بناء الشراكات وتُعَوِّل عليها كثيراً. فإدراك عدم قدرة طرفٍ ما منفرداً على تنفيذ جدول الأعمال العالمي يستدعي بناء شراكات مستدامة على الصعيدين الإقليمي والمحلي.
 - وتعكف المنظمة في الوقت الراهن على وضع إطار عمل لرصد التقدم المُحرز صوب التغطية الصحية الشاملة، وذلك بالتعاون مع كافة الشركاء بما في ذلك البنك الدولي.

الإطار 1: ما تعنيه التغطية الصحية الشاملة وما لا تعنيه

- تتطلب التغطية الصحية الشاملة ضرورة التغطية بالتدخلات الرئيسية التي تتناول أكثر الأسباب أهمية للمرض والوفيات. ولها الأهمية البالغة في تنفيذ جدول الأعمال غير المستكمل للمرامي الإنمائية للألفية، وتلبي الحاجة المنمائية للاستجابة للأمراض غير السارية والإصابات.
- لا تقتصر التغطية الصحية الشاملة على المعالجة وحسب، بل تتسع لتشمل إتاحة التدخلات الأساسية في مجالات الوقاية وتعزيز الصحة، والمعالجة والتأهيل. وتتضمن هذه التغطية، في ما يتصل بالوقاية وتعزيز الصحة، الخدمات الصحية التي تقدم للأفراد والمرتكرة على السكان على حد سواء.
- تشمل التغطية الصحية الشاملة جميع العناصر التي يتألف منها النظام الصحي، دون أن تقتصر على مجرد تمويل الرعاية الصحية.
- لا تتعلق التغطية الصحية الشاملة بتقديم حزمة محدودة من الحد الأدنى للخدمات أو ضمان التغطية المجانية لجميع التدخلات الصحية الممكنة، بل تتعلق باستمرار بلوغ الأفراد لحقهم في الصحة.

رصد التقدم المحرز صوب التغطية الصحية الشاملة

إطار العمل والنهج

17. من غير المحتمل بلوغ التغطية الصحية الشاملة ما لم يتم رصدها بفعالية. وبينما تُعلن البلدان التزامها، وتُدخل سياسات تهدف إلى التحرك صوب التغطية الصحية الشاملة، تدعو الحاجة إلى وضع مؤشرات لرصد وتقييم التقدم المحرز لتحقيق هذا الهدف. (17) وتعمل منظمة الصحة العالمية مع البنك الدولي حالياً على وضع إطار عمل يُتفق عليه عالمياً من أجل رصد وتقييم التقدم الذي تحرزه البلدان صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة.

18. ولما كان رصد التغطية الصحية الشاملة عملاً مستمراً، فإن النهج المقترح أن تدرسه البلدان في الإقليم هو نهج توضيحي. إذ يمكن النظر إلى التغطية الصحية الشاملة بحسابها مرمى عاماً وهدفاً مساعداً¹.

- فعندما يُنظر إلى التغطية الصحية الشاملة على أنها مرمى عام، يتطلب الرصد إجراء تقييم لأداء النظام الصحي، ويشمل هذا التقييم الوضع الصحي وتأثير التغييرات، وهذا إجراء شامل يستلزم طيفاً واسعاً من الأدوات والأساليب المنهجية المتنوعة وبناء القدرات الوطنية اللازمة للقيام بمثل هذا المستوى من التقييم. ومن الممكن عرض إجراء هذا التقييم على البلدان مرة كل خمس سنوات بعد الانتهاء من تطويره.

- أما عندما يُنظر إلى التغطية الصحية الشاملة باعتبارها هدفاً مساعداً، فسوف ينصبُّ تركيز عملية الرصد على الأبعاد الثلاث للتغطية الصحية الشاملة، وفي هذه الحالة ستكون هناك حاجة إلى القيام بإجراء ما لكن بمتطلبات أقل، ومن الممكن القيام به والإبلاغ عنه مرة كل سنة. بيد أنه يتعين أن يتواءم هذا الإجراء مع التقييم الأوسع نطاقاً لأداء النظام الصحي أو يكون جزءاً منه.

وتتناول هذه الورقة عملية رصد التغطية الصحية الشاملة باعتبارها هدفاً مساعداً. ولم يُتفق بعد على مجموعة من المؤشرات القابلة للقياس لرصد التغطية الصحية الشاملة في جميع البلدان على الصعيدين الإقليمي والعالمي. ويوضح الجدول (1) إطار عمل للمؤشرات المختارة التي تغطي الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة القابلة للتطبيق على إقليم شرق المتوسط وغيره من الأقاليم التابعة للمنظمة، على المدى القصير، ومع زيادة قوة أنظمة المعلومات الصحية وقدرتها على رصد التقدم المحرز صوب تحقيق هذا الهدف. ومن الجدير بالذكر أن بعض المؤشرات المقترحة هي مؤشرات للتغطية الفعلية وبعضها الآخر مؤشرات بديلة للتغطية.

الجدول 1. المؤشرات التوضيحية لرصد التغطية الصحية الشاملة

أبعاد التغطية الصحية الشاملة	المؤشرات	مصادر المعلومات
التكاليف المباشرة (التغطية بالحماية من المخاطر المالية) - "التكلفة"	النسبة المئوية للأسر التي تتكبد الإنفاق الكارثي على الصحة النسبة المئوية للأسر التي تقع في الفقر بسبب الإنفاق المباشر على الصحة من الجيب حصة الإنفاق المباشر على الصحة من الجيب كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي	مسوحات الإنفاق الصحي وأوجه الاستفادة منه تحليل الحسابات الصحية الوطنية

¹ ويقصد بالأهداف المساعدة الأهداف الخاصة بالسياسات الوسيطة على طريق تحقيق المرامي العامة للنظام الصحي.

مصادر المعلومات	المؤشرات	أبعاد التغطية الصحية الشاملة
وزارة الصحة، ونظام المعلومات الصحية نظام معلومات برامج الصحة العمومية المسوحات السكانية للأسر	النسبة المئوية للسكان المشمولين بالتغطية بالتدخلات الصحية الأساسية: الأمراض السارية - التغطية بالتطعيم ضد الحصبة - التغطية بالمعالجة القصيرة الأمد للسسل تحت الإشراف المباشر DOTS ⁽¹⁾ - النسبة المئوية لمرضى السسل المتعاشين مع فيروس العوز المناعي ممن يتلقون المعالجة بمضادات الفيروسات القهقرية ^(ب) الصحة الإنجابية - التغطية بالخدمات السابقة على الولادة - الولادات التي يشرف عليها عاملون صحيون ماهرون - معدل انتشار وسائل منع الحمل الأمراض غير السارية والصحة النفسية ^(ج) المؤشرات الرئيسية - نسبة المدخنين الذين تلقوا من العاملين الصحيين النصائح بالإقلاع عن التدخين - نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم الذين يتلقون المعالجة لتخفيفه - نسبة السكرين المؤكدة إصابتهم الذين يحاولون إلى الفحص العيني الدوري المؤشرات الموسعة/الأكثر تعقيداً - نسبة السيدات اللواتي خضعن للفحص لتحري سرطان الثدي حسب توجيهات البرامج أو السياسات الوطنية في هذا الشأن ^(د) - نسبة الأشخاص (البالغين من العمر 40 سنة أو أكثر والمعرضين لخطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية بنسبة 30% أو أكثر خلال عشر سنوات بما في ذلك الأفراد المصابون بالأمراض القلبية الوعائية بالفعل) المؤهلين لتلقي المعالجة بالأدوية والمشورة للوقاية من النوبات القلبية والسكتات الدماغية (بما في ذلك ضبط السكر) ^(هـ) - نسبة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نفسي وخيم (الذهان، والاضطراب المزاجي ثنائي القطب، وحالات الاكتئاب المتوسطة إلى الشديدة ^(و))، ويستخدمون الخدمات	الخدمات (التغطية بالخدمات الصحية اللازمة) - "العمق"
من واقع سجلات: وزارة الصحة الوزارات الأخرى التي تقدم الرعاية الصحية منظمات التأمين الاجتماعي	النسبة المئوية للسكان المؤهلين والمستحقين للتغطية والمشمولين فعلياً بالتغطية بترتيبات الدفع المسبق بترتيبات ممولّة من الضرائب (الإيرادات الحكومية العامة) أنظمة التأمين الاجتماعي	السكان (الأهلية، والاستحقاق، والتغطية الفعلية) - "الاتساع"

أبعاد التغطية الصحية الشاملة	المؤشرات	مصادر المعلومات
	أنظمة التأمين الخاص أنظمة الدفع المسبق الأخرى	شركات التأمين الخاص مسوحات الإنفاق الصحي وأوجه الاستفادة منه التقييم التنظيمي لتحسين التمويل الصحي وتقويته (OASIS)

- (أ) المصدر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط. الإصدار الفصلي لاستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد للسلسل تحت الإشراف المباشر على شبكة الإنترنت (DQonline)، 2012.
- (ب) المصدر: التقرير العالمي لمكافحة السل، 2012. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2012.
- (ج) المؤشرات الثلاثة المقترحة "بالأمراض غير السارية والصحة النفسية" تمثل أفضل تقدير للتغطية بالخدمات المرتبطة بالأمراض غير السارية والصحة النفسية. ولا تزال هناك مؤشرات أخرى قيد الدراسة.
- (د) جرى تعديل هذه النسبة استناداً إلى خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها 2013-2020. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2013.
- (هـ) المصدر: خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها 2013-2020. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2013.
- (و) المصدر: خطة العمل الشاملة للصحة النفسية 2013-2020. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2013.

قياس التغطية بالحماية من المخاطر المالية

19. هناك مؤشران تُوصي بهما وتستخدمهما منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي لتتبع مستوى الحماية من المخاطر المالية في مجال الصحة؛ وهذان المؤشران هما: معدل حدوث الإنفاق الكارثي على الصحة، ومعدل وقوع الأفراد في الفقر بسبب المدفوعات المباشرة من الجيب على الصحة. ويُوضّح المؤشر الأول عدد الأفراد من جميع مستويات الدخل الذين يعانون من ضائقة مالية (إذ ينفقون أكثر من 40% من دخولهم المتاحة) بسبب الارتفاع النسبي في المدفوعات الصحية في فترة زمنية معينة. أما المؤشر الثاني فيتناول حقيقة مؤداها أن المدفوعات الصغيرة نسبياً قد يكون لها تبعات مالية شديدة ولاسيماً بين الأفراد القريبين أصلاً من خط الفقر. وتفيد المسوحات التي تُجرى على الأسر في تقدير معدل حدوث الإنفاق الكارثي على الصحة والوقوع في الفقر، كما تسمح هذه المسوحات بتقييم أوجه التفاوت والجور بين المجموعات السكانية.
20. وفي غياب هذين المؤشرين، يمكن استخدام حصة الإنفاق المباشر من الجيب كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي كبديل عنهما. ويُقصد بها تلك المدفوعات (التي يُطلق عليها أيضاً اسم المدفوعات المباشرة) التي يسدها الأفراد والأسر في نقطة تلقي الخدمات الصحية، ولا يدفعها طرف ثالث. وارتفاع حصة الإنفاق المباشر من الجيب يُقوِّض هدف النظام الصحي في الحماية من المخاطر المالية، ويؤدي إلى عقبات كبيرة تعترض سبيل التحرك صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة. وتشير البيانات إلى أنه أينما زادت حصة الإنفاق المباشر من الجيب عن 20% من إجمالي الإنفاق الصحي، فإن الأسر تواجه خطراً متزايداً من الإنفاق الكارثي على الصحة والوقوع في الفقر، وهو ما يقلل من الطلب على الرعاية اللازمة والاستفادة منها في الوقت المناسب. (5)

قياس التغطية بالخدمات الصحية اللازمة

21. ويُركّز هذا البُعد على التغطية بالخدمات ذات الأولوية التي تتصدى للعبء الكبير لاعتلال صحة السكان. ومن الجدير بالتنويه أن مثل هذه التغطية تشمل الخدمات على مستوى الأفراد والتدخلات على مستوى السكان قاطبة. وهناك مؤشرات مُتفق عليها عالمياً لقياس هذه التغطية، ومنها على سبيل المثال لا الحصر،

مؤشرات رصد المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة والمؤشرات الواردة في إطار العمل العالمي للرصد المنصوص عليه في خطة العمل العالمية للوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها للفترة 2013-2020. كما ينبغي قياس أوجه التفاوت في هذه المؤشرات، وهو ما يعد أحد الاهتمامات الرئيسية على الطريق صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة. وسوف تحتاج البلدان إلى الدعم التقني لزيادة قدراتها على جمع البيانات المُصنَّفة حسب وسائل التصنيف الاجتماعية والديموغرافية مثل الدخل والإقليم والمكان وغير ذلك من الفئات السكانية بما يتيح رصد الإنصاف في مجال الصحة.

قياس تغطية السكان بموجب ترتيبات الدفع المسبق - الأهلية، والاستحقاق، والتغطية الفعلية

22. سيكون توسيع نطاق التغطية السكانية (وهي النسبة المئوية للسكان المؤهلين والمستحقين للحصول على حزمة أساسية والذين يحصلون فعلاً على هذه الحزمة الأساسية بموجب ترتيبات مختلفة للدفع المسبق) أمراً بالغ الأهمية للبلدان من أجل رصد التقدم المحرز صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة. ولن يكون هذا الأمر ميسوراً لعدد من الأسباب: فسوف تتفاوت حزمة الخدمات المقدمة في ما بين ترتيبات الدفع المسبق؛ ويجوز أن تكون الأسرة ذاتها أو الفرد نفسه مشمولاً بالتغطية بموجب ترتيب واحد أو أكثر من ترتيبات الدفع المسبق؛ وربما لا تتوافر مثل هذه المعلومات من خلال أنظمة المعلومات الصحية الروتينية أو المسوحات السكانية التي تُجرى على الأسر. ونظرياً قد يكون جميع السكان مشمولين بالتغطية بموجب أنظمة حكومية ممولة من الضرائب، بيد أن الواقع العملي قد يشهد بخلاف ذلك. وسوف يكون من العسير تأكيد من تشمله التغطية ومن لا تشمله في مثل هذه الظروف.

23. وعلى الرغم مما سبق من القيود، سوف يتطلب الرصد الفعال للتقدم المحرز صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة تأمين الحصول على المعلومات من واقع سجلات وزارة الصحة وغيرها من الوزارات التي تُموّل الرعاية الصحية وتقدمها، ومنظمات التأمين الاجتماعي وشركات التأمين الخاص ومسوحات الإنفاق على الصحة وأوجه الاستفادة منه، والتحقق من صحة هذه المعلومات بغيّة تحديد المجموعات السكانية، لاسيما المجموعات المعرضة للمخاطر، التي تشملها التغطية. وقد تمكنت البلدان التي حققت التغطية الصحية الشاملة من إثبات أن جميع المجموعات السكانية بما ليست مؤهلة أو مُستحقة للتغطية فحسب ولكنها مغطاة بها بالفعل.

الموقع الحالي لبلدان الإقليم في تقدمها صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة

24. يعرض هذا القسم نبذة عامة عن الوضع الحالي للبلدان في رحلتها صوب التغطية الصحية الشاملة. إذ صُنِّفت البلدان في الإقليم إلى ثلاث مجموعات على أساس: الحصائل الصحية في أوساط السكان، وأداء النظم الصحية بهذه البلدان، ومستوى الإنفاق على الصحة فيها². ويقوم التحليل على الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة

² تشمل المجموعة الأولى البلدان التي حققت تقدماً كبيراً في مجال التنمية الاجتماعية والاقتصادية طيلة العقود الماضية، يدعمها دخل مرتفع وهي: البحرين، والكويت، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والإمارات العربية المتحدة. أما المجموعة الثانية فتضم البلدان المتوسطة الدخل إلى حد كبير والتي شهدت البنية الأساسية لتقدم خدمات الصحة العمومية بما تطوراً كبيراً، لكنها تواجه قيوداً على الموارد؛ وهذه البلدان هي: مصر، وجمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، وفلسطين، والجمهورية العربية السورية، وتونس. بينما تضم المجموعة الثالثة البلدان التي تواجه قيوداً كبيرة في تحسين الحصائل الصحية في أوساط السكان نتيجة لقلّة الموارد اللازمة للصحة وعدم الاستقرار السياسي والتحديات البيئية المعقدة، وهذه البلدان هي: أفغانستان، وجيبوتي، وباكستان، والصومال، وجنوب السودان، والسودان، واليمن. (8)

(الشكل 1) من أجل تقييم التقدم، ويعرض أفضل البيّنات المتاحة في تقييم الموقف، كما يعترف بوجود فجوات في المعلومات.

التكاليف المباشرة: نسبة التكاليف المغطاة (الحماية من المخاطر المالية)

25. تشير التقديرات إلى أن إقليم شرق المتوسط أفقر ما يُقرب من 125 مليار دولار على الصحة في العام 2011، ويُمثّل هذا الرقم 1.8% من إجمالي الإنفاق الصحي العالمي لنحو 8.7% من السكان في العالم. ويأتي قرابة 40% من الإنفاق الصحي من المدفوعات المباشرة من الجيب. (9)

26. وعلى الرغم من استقرار حصة الإنفاق المباشر من الجيب كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي على مدى العقد المنصرم على المستوى الإقليمي، فقد أظهرت المجموعات الثلاث للبلدان اتجاهات متباينة (الشكل 2). ففي البلدان الواقعة في المجموعة الأولى استمر انخفاض حصة المدفوعات المباشرة من الجيب في إجمالي الإنفاق الصحي بهذه البلدان، إذ هبط من 21% إلى 17%. أما البلدان الواقعة في المجموعة الثانية فقد تراجعت حصة المدفوعات المباشرة من الجيب حول 50%، بينما واصلت حصة المدفوعات المباشرة من الجيب ارتفاعها في البلدان الواقعة في المجموعة الثالثة من 59% إلى 69%. (9) وقد لوحظت تفاوتات واسعة بين البلدان بل وفي البلد الواحد لاسيما تلك البلدان التي تنتمي إلى المجموعتين الثانية والثالثة.

27. وأجريت دراسات قليلة على العدالة في مجال الصحة في عدد مختار من البلدان الواقعة في المجموعة الثانية، وقد أظهرت هذه الدراسات أن نسبة كبيرة من الأسر تواجه كوارث مالية وتقع في الفقر بسبب ارتفاع المدفوعات المباشرة من الجيب. كما أظهرت دراسات أجريت في تونس³ والمغرب⁴ أن 2% - 4.5% من السكان يواجهون كوارث مالية وخطر الوقوع في الفقر بسبب المدفوعات المباشرة من الجيب على الرعاية الصحية. وفي فلسطين (10) والأردن⁵، وصلت هذه النسبة إلى 0.82% و 0.60% على التوالي. بل تواجه بعض المجموعات الضعيفة، لاسيما الفقراء، مخاطر أكثر ارتفاعاً. (11) وضمن دراسة أجريت على عدد من البلدان، أُبلغ عن الأرقام التالية لنسبة الأسر التي تواجه الإنفاق الكارثي على الصحة: جيبوتي 0.32%، ومصر 2.8%، ولبنان 5.17%، والمغرب 0.17%، واليمن 1.66%. (12)

28. وفي تقدير استقرائي للنتائج التي خلصت إليها الدراسات البلدانية، يُقدّر أن ما يصل إلى 16.5 مليون نسمة يواجهون كوارث مالية سنوياً، وأن ما يصل إلى 7.5% مليون شخص يقعون في الفقر بسبب المدفوعات المباشرة من الجيب في الإقليم. وتقابل هذه الأرقام حوالي 150 مليون فرد يواجهون كوارث مالية و100 مليون فرد يواجهون الوقوع في الفقر سنوياً على الصعيد العالمي، (5) وعلى الرغم من بعض القيود المفروضة بسبب جودة البيانات المستخدمة في هذه الدراسات، فإن هذه النتائج ذات دلالات مهمة للغاية بما يتعدى معه عدم الالتفات إليها.

³ Arfa C, Souiden MA, Achouri N، بيانات غير منشورة، 2008.

⁴ Ezzrari A, El Allami El Fellousse LA، بيانات غير منشورة، 2007.

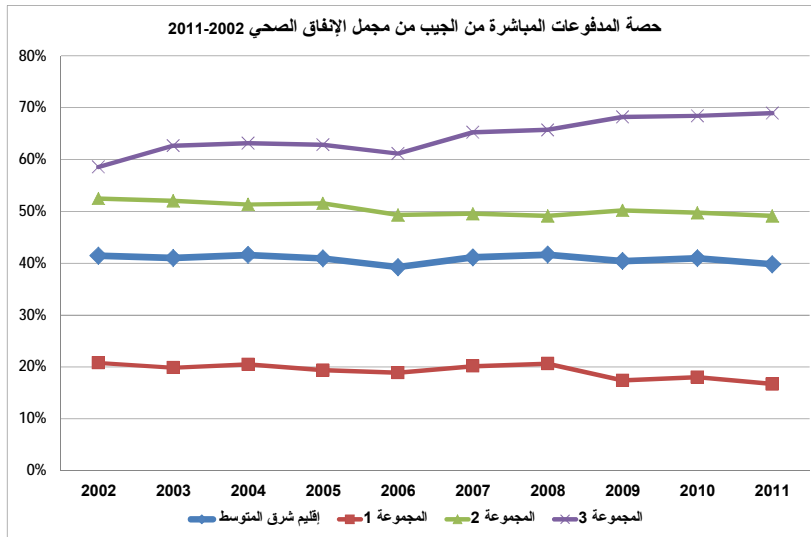
⁵ Abu Saif J، بيانات غير منشورة، 2010.

الخدمات: ما هي الخدمات المغطاة؟ (التغطية بالخدمات)

29. تُركّز التغطية بالخدمات الصحية اللازمة على جانبين اثنين من جوانب تقديم الخدمات؛ وهما أولاً: وجود البنية الأساسية الصحية، والقوى العاملة في مجال الصحة؛ فالبنية الأساسية والقوى العاملة من المدخلات البالغة الأهمية لتقديم الخدمات اللازمة؛ وثانياً: التغطية بالخدمات الأساسية للرعاية الأولية وما يرتبط بها من حزمة للمزايا.

(أ) وجود البنية الأساسية الصحية والقوى العاملة في مجال الصحة

30. تُقدّم هذه الورقة قياسين للبنية الأساسية الصحية؛ وهما: كثافة مرافق الرعاية الصحية الأولية لكل 10000 نسمة وعدد الأسرّة في المستشفيات لكل 10000 نسمة. واستناداً إلى التقارير الواردة من البلدان، تتفاوت كثافة مرافق الرعاية الصحية الأولية بين 0.2 و 2.6 مرفقاً في بلدان المجموعة الأولى؛ و 0.6 و 2.9 مرفقاً في بلدان المجموعة الثانية؛ و 0.5 و 1.7 مرفقاً في بلدان المجموعة الثالثة. (13) وفي ما يتعلق بعدد الأسرّة في المستشفيات فتتراوح كثافتها بين 11 و 21 سريراً في بلدان المجموعة الأولى؛ و 5.2 و 37.0 سريراً في بلدان المجموعة الثانية؛ و 4.4 و 14.2 سريراً في بلدان المجموعة الثالثة (الجدول 2). وتُمثّل هذه الأرقام بصورة كبيرة الوضع في القطاع العام، باستثناء لبنان، كما تعكس أوجه التفاوت الواسعة داخل كل مجموعة من مجموعات البلدان.



الشكل 2:

الجدول 2. البنية الأساسية الصحية والقوى العاملة في مجال الصحة في بلدان إقليم شرق المتوسط

المرضى والقابلات لكل 10000 نسمة	الأطباء لكل 10000 نسمة	عدد أسرة المستشفيات لكل 10000 نسمة	مرافق الرعاية الصحية الأولية لكل 10000 نسمة	البلد
61.9-22.6	34.9-14.7	21.0-11	2.6-0.2	المجموعة الأولى
43.7-9.0	25.5-3.1	37.0-5.2	2.9-0.6	المجموعة الثانية
6.5-0.8	8.0-0.3	14.2-4.4	1.7-0.5	المجموعة الثالثة

المصدر: المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والصحية لبلدان شرق المتوسط، 2012، القاهرة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2013. (13)

31. وفي بلدان المجموعة الأولى، فعلى الرغم من أن انخفاض كثافة مرافق الرعاية الصحية الأولية يعكس زيادة الاستثمارات والتعويل على المستشفيات، فإن شمولية خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها هذه المرافق، وكبر المجموعات السكانية التي تقدم لها الخدمات، وامتداد ساعات العمل، وجودة الخدمات، كلها أمور تُسهّل إتاحة هذه الخدمات إلى غالبية السكان. وفي بلدان المجموعة الثانية، كثفت لبنان وليبيا استثمارهما في الرعاية بالمستشفيات، ويوجد الآن في هذين البلدين سرير مستشفى لكل 300 فرد. وبوجه عام، زاد التأكيد عن ذي قبل على التوسّع في بناء المستشفيات أكثر من مرافق الرعاية الصحية الأولية عبر مجموعات البلدان الثلاث.

32. أما بلدان المجموعة الثالثة، فتمثّل إتاحة خدمات الرعاية الصحية الأولية تحدياً بسبب عدم وجود البنية الأساسية الصحية أو تدميرها، وتعذر الوصول الجغرافي لهذه الخدمات وانعدام الأمن. وتشير التقديرات الخاصة بالبلدان في المجموعة الثانية أن ما يزيد على 80% من الأفراد يتاح لهم وصول جغرافي لخدمات الرعاية الصحية الأولية، بيد أن التحديات الكبيرة تتعلق بجودة هذه الخدمات والقدرة المالية على تحمل تكاليفها. وفي بلدان المجموعة الأولى، فعلى الرغم من وصول نسبة إتاحة خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى 100% تقريباً، فإن هناك فرصاً سانحة لتحسين تقديم الخدمات في مجالي الأمراض غير السارية والصحة النفسية. وهناك تحدّ في جميع مجموعات البلدان الثلاث يتمثل في قصور التأكيد في برامج الرعاية الصحية الأولية على الجودة وعلى تلبية الاحتياجات الخاصة للسكان في مرحلة الشيخوخة ومدى الاستجابة للعبء المرضي المتغير.

33. وقد استُخدم مؤشران للقوى العاملة في مجال الصحة؛ وهما: عدد الأطباء لكل 10000 نسمة وعدد الممرضات والقابلات لكل 10000 نسمة. وتتفاوت كثافة عدد الأطباء بين 14.7 و 34.9 طبيياً في بلدان المجموعة الأولى، وبين 3.1 و 25.5 طبيياً في بلدان المجموعة الثانية، و 0.3 و 8.0 طبيياً في بلدان المجموعة الثالثة. وبالنسبة للممرضات والقابلات فتتراوح كثافتهما بين 22.6 و 61.9 في بلدان المجموعة الأولى، و 9.0 و 32.5 في بلدان المجموعة الثانية، و 0.8 و 6.5 في بلدان المجموعة الثالثة (الجدول 2).

34. وتندرج معظم البلدان في المجموعة الثالثة ضمن تلك البلدان التي تُصنّف على أنها تواجه موقفاً متأزماً في ما يتعلق بالموارد البشرية في مجال الصحة. إذا يبلغ متوسط كثافة القوى العاملة الصحية حوالي 1 لكل 1000 نسمة وهو متوسط أقل بكثير من القيمة المرجعية التي تبلغ 2.3 لكل 1000 نسمة، والتي اقترحتها التقرير الخاص بالصحة 2006. (14) وفي بلدان المجموعة الثانية يبلغ متوسط معدل كثافة القوى العاملة الصحية 5.2 لكل 1000 نسمة. ويتمثل التحدي الأكثر أهمية في عجز النظام على تنسيق الإنتاج والتوزيع والإنتاجية والوصول بها إلى مستوياتها المثلى. أما بلدان المجموعة الأولى فيبلغ بها متوسط كثافة القوى العاملة الصحية 7 عاملين صحيين لكل 1000 نسمة، وهو متوسط مقبول ويضاهي المتوسط العالمي للبلدان المتوسطة الدخل.

ومع ذلك تواصل هذه البلدان اعتمادها كثيراً على القوى العاملة المغتربة والتي قد ترتفع في حالة المرضات إلى 90% في بعض البلدان. (8)

(ب) التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية وحزمة من المزايا

35. تتفاوت التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في ما بين البلدان، ولكن توجد فجوات هامة يتعين التصدي لها في جميع البلدان بقطع النظر عن مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية بها، عندما يؤخذ في الاعتبار كل من التدخلات الصحية للسكان والخدمات الصحية الفردية في مجال الرعاية الصحية الأولية. وتم استعراض سبعة برامج للتدخلات هي: التطعيم ضد الحصبة؛ والمعالجة القصيرة الأمد للسلس تحت الإشراف المباشر؛ والرعاية بمرضى السلس؛ والرعاية السابقة على الولادة، والولادة تحت إشراف العاملين الصحيين المهرة؛ وتوافر وسائل منع الحمل، والوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها، والصحة النفسية.

36. ففي البلدان الواقعة في المجموعة الأولى، هناك تغطية كاملة بخدمات رعاية الأمراض السارية ورعاية الأمهات والأطفال. وفي بلدان المجموعة الثانية، تزيد التغطية بالتمنيع على 90% في معظم بلدان هذه المجموعة، بينما تتفاوت التغطية بالخدمات الأخرى. أما في بلدان المجموعة الثالثة، فتوجد أوجه تفاوت شاسع في ما بين البلدان في ما يتعلق بجميع الخدمات، وتصل التغطية ببعض هذه الخدمات إلى مستويات متدنية بشكل غير مقبول (الجدول 3). وتشارك المجموعات الثلاث في وجود فجوات هامة، وإن كانت بدرجات متفاوتة، في دمج خدمات الأمراض غير السارية والصحة النفسية والإصابات لاسيما خدمات الوقاية منها، في الرعاية الصحية الأولية. (15) ويتضح هذا من معدلات التغطية التي أبلغت بها البلدان. فبالنسبة للأمراض غير السارية

الجدول 3. التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية

مشكلات صحة الأمهات والصحة الإنجابية		الأمراض غير السارية			مجموعات البلدان	
معدل انتشار وسائل منع الحمل	الولادات تحت إشراف العاملين الصحيين المهرة	التغطية بالخدمات السابقة على الولادة	% لتغطية مرضى الإيدز دون سن 15 عاماً بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية ^ب	التغطية بالمعالجة القصيرة الأمد للسلس تحت الإشراف المباشر ^أ	التغطية بالتطعيم ضد الحصبة	
37-24	100-98	100-98	غير متوافرة	100	100-98	المجموعة الأولى
60-38	100-74	100-66	56-13 (بيانات من 4 بلدان)	100	99-91	المجموعة الثانية
38-4	87-17	79-17	35-9 (بيانات من 6 بلدان)	100-47	88-64	المجموعة الثالثة

المصدر: المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والصحية لبلدان إقليم شرق المتوسط، 2012، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2012.

^أ المصدر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، الإصدار الفصلي لاستراتيجية المعالجة القصيرة الأمد للسلس تحت الإشراف المباشر على شبكة الإنترنت (DQonline)، 2012.

^ب المصدر: التقرير العالمي للبرنامج العالمي المشترك للأمم المتحدة لمكافحة الإيدز حول الوباء العالمي للإيدز حنيف، البرنامج العالمي المشترك للأمم المتحدة لمكافحة الإيدز، حنيف، 2013.

أبلغ 18% من البلدان فقط عن التوافر الكامل للأدوية الأساسية وشمولية تقديم خدمات الوقاية والتحصين والتدبير العلاجي ضمن الرعاية الصحية الأولية، بينما يبلغ 55% إلى 59% من البلدان أن مثل هذه التدابير لا تُنفذ (بيانات غير منشورة، 2013). ولم يحظ توافر الخدمات التأهيلية والرعاية الملطفة والتغطية بهذه الخدمات بالاهتمام الجاد إلا مؤخراً.

37. وفي بلدان المجموعة الأولى، يتوافر للأفراد حزمة شاملة من الخدمات الصحية لكن من الممكن أن تستفيد جودة الرعاية من بعض التحسينات. وعلى الرغم من استئثار القطاع العام بتقديم خدمات الرعاية الصحية في الجزء الأكبر منها فإن القطاع الخاص أخذ في الاتساع وتقديم خدمات ذات تكنولوجيا عالية. ويحصل السكان من المغتربين بشكل متزايد على الخدمات بموجب أنظمة للتأمين الصحي الخاص والتي يجري تجريبها أو الارتقاء بها في الوقت الراهن بغيّة توسيع نطاق التغطية والحد من أوجه التفاوت في إتاحة هذه التغطية (الجدول 4).

38. وطوّر عدد من بلدان المجموعة الثانية، منها مصر وجمهورية إيران الإسلامية والأردن ولبنان والمغرب، حزمة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الأولية، لكن يتفاوت نطاق تنفيذ هذه الخدمات في الوقت الراهن. أما في البلدان الأخرى مثل ليبيا وتونس، فعلى الرغم من عدم تحديد الحزمة تحديداً صريحاً، يتوافر للسكان الخدمات الأساسية والمتخصصة. ومن بين بلدان المجموعة الثالثة طوّرت كل من أفغانستان وباكستان والسودان والصومال حزمة أساسية من الخدمات الصحية. وتم تنفيذ هذه الحزمة بشكل جزئي فقط في هذه البلدان خلافاً لأفغانستان. ويعرض الجدول 4 لتفاصيل حول محتويات الحزمة الأساسية من الخدمات الصحية لكل مجموعة من مجموعات البلدان الثلاث.

الجدول 4 التغطية بحزمة مزايا الخدمات الصحية

البلدان	إمكانية الحصول ^أ على الخدمات	العناصر الأساسية للحزمة	الطرف المقدم للخدمة	الطرف الذي يدفع التكاليف ^ب
بلدان المجموعة الأولى	98%-100%	الخدمات الصحية الشاملة (ج) التي تقدم لمواطني بلدان مجلس التعاون الخليجي بما في ذلك تغطية المجموعات العمرية المختلفة للسكان، ونطاق من الخدمات التي تتضمن الخدمات الصحية المنتظمة والطوارئ، وخدمات الرعاية الصحية المهنية ورعاية الأسنان. وتقدم خدمات الأمراض غير السارية والصحة النفسية ولكن لا يتم إدماجها بشكل منتظم، فضلاً عن توثيق وجود فجوات في تقديم هذه الخدمات.	وزارات الصحة، والمجلس الأعلى للصحة (قطر)، والسلطات الصحية، ووزارات الدفاع والبتترول والقوات المسلحة والحرس الوطني؛ ومقدمو الخدمات من القطاع الخاص	الإيرادات العامة للحكومة المركزية؛ والهيئة العام للتأمين الاجتماعي؛ والتأمين الخاص القائم على أرباب العمل؛ والأسر
بلدان المجموعة الثانية	83%-100%	حزمة أساسية من الخدمات الصحية، ظاهرة ^(د) أو ضمنية ^(هـ) ، متاحة في معظم البلاد. وتتضمن الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية الأولية، والرعاية بالمستشفيات، والأدوية، وخدمات المختبرات/التشخيص، ورعاية الأسنان، ورعاية الأمراض المزمنة، والإحالة للرعاية الثالثة مع بعض الاختلافات بين البلدان. وفي العديد من البلدان، ورغم وجود حزمة من المزايا، فإنها لا تطبق سوى بقدر محدود، وتُفضل شرائح كبيرة من السكان الاستفادة من خدمات مقدمي الرعاية بالقطاع الخاص عن طريق الدفع المباشر.	وزارات الصحة؛ وزارات التعليم العالي من خلال المستشفيات الجامعية؛ وزارات أخرى مثل الشؤون الاجتماعية، والدفاع، والعمل؛ القوات المسلحة؛ والبلديات؛ والمنظمات شبه الحكومية؛ والمنظمات غير الهادفة للربح؛ والقطاع الخاص المهادف إلى الربح؛ ومنظمة الأونروا (التي تغطي خمسة ملايين لاجئ فلسطيني)	الإيرادات الحكومية المحولة من وزارة المالية للوزارات؛ وهيئات التأمين الصحي الاجتماعي الإجباري؛ وبرامج التأمين الصحي الخاصة؛ والأسر؛ والأموال الخيرية؛ والموارد الخارجية؛ ومصادر أخرى
بلدان المجموعة الثالثة	97%-44%	صحة الأمهات والولدان والأطفال؛ التغذية؛ تنظيم الأسرة؛ التمتع؛ ترصد الأمراض السارية ومكافحتها (السل والإيدز والملاريا، الأمراض	وزارات الصحة، وزارات الداخلية والعمل من خلال مرافق الرعاية الصحية الأولية؛ والقوات المسلحة؛ والمنظمات غير الحكومية المتعاقدة مع البرامج الرأسيّة؛ وبرامج	الإيرادات الحكومية المحولة من وزارة المالية للوزارات أو إدارات الصحة بالمقاطعات، وهيئات شبه الحكومية وأرباب العمل

البلدان	إمكانية الحصول على الخدمات	العناصر الأساسية للحزمة	الطرف المقدم للخدمة	الطرف الذي يدفع التكاليف ^ب
		التنفسية الحادة، أمراض الإسهال)؛ الصحة النفسية؛ الرعاية الأولية للعيون؛ التنقيح الصحي؛ تعزيز الصحة البيئية؛ الإسعافات الأولية ونقل الدم، مع بعض الاختلافات بين البلدان.	العاملين الصحيين المجتمعيين؛ والتقديم المباشر للخدمات من قبل الأطباء الممارسين الخصوصيين، والمنظمات غير الحكومية، ومقدمي الرعاية الصحية التقليديين	بالقطاع الخاص؛ والمتبرعون الخارجيون، والمنظمات غير الحكومية الدولية، والأسر
		رعاية الأمراض غير السارية غير مدرجة بوضوح في حزمة المزاي		

(أ) الحصول على الخدمات الصحية المحلية (الريفية والحضرية على السواء) محتسبة بالنسبة المئوية (%)

(ب) المصدر: منظمة الصحة العالمية، قاعدة البيانات العالمية للإلتحاق على الصحة www.who.int/nha/expenditure_database/en/

(ج) حزمة خدمات شاملة

(د) حزمة الخدمات الصحية موثقة ومطبقة جزئياً أو كلياً

(هـ) حزمة الخدمات الصحية غير موثقة، ولكن قد يختلف تطبيقها من أحد مرافق الرعاية الصحية الأولية لآخر

السكان: من هو المشمول بالتغطية؟ (الأهلية، والاستحقاق، والتغطية الفعلية من خلال ترتيبات الدفع المسبق)

39. تدعو التغطية الصحية الشاملة في معرض تعريفها إلى ضمان تغطية "جميع الأشخاص" لبُعدين اثنين من الأبعاد الثلاثة للتغطية وهما الحماية من المخاطر المالية وتوفير الخدمات. ومن ثم فإن البعد الثالث للتغطية الصحية الشاملة الذي يجب التوسع فيه من أجل تعزيز الحماية الصحية الاجتماعية يتمثل في "السكان".

40. يمكن أن تتألف المجموعات السكانية المشمولة بالتغطية من العاملين في القطاع الرسمي العام أو الخاص أو كليهما، مع أو بدون أسرهم؛ والسكان العاملين في القطاع غير الرسمي في الأماكن الريفية أو الحضرية أو كليهما؛ والمجموعات الضعيفة مثل الفقراء والمشردين والأطفال وكبار السن؛ والمجموعات السكانية التي تعاني من حالات صحية معينة. وهناك معايير عديدة للتصنيف، ولا تستبعد بالضرورة بعضها البعض، بما يؤدي في بعض الحالات إلى التشتت الذي لا مناص منه والازدواجية، وهو ما قد يهدد عنصري الكفاءة والعدالة.

41. إن جميع المواطنين في بلدان المجموعة الأولى مشمولون بالتغطية بالرعاية التي يحتاجون إليها، ويتنوع نطاق وطبيعة التغطية المقدمة للسكان المغتربين في هذه البلدان، إذ تُستخدم برامج التأمين الخاص بالفعل في توفير التغطية للمغتربين في الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية. أما سلطنة عُمان فقد وفرت التغطية للمغتربين في إطار النظام الصحي الوطني. وعلى الرغم من ارتفاع مستويات الأهلية، تعاني التغطية في بلدان المجموعة الثانية من التشتت والازدواجية. كما يتنوع نطاق السكان المؤهلين للتغطية تنوعاً كبيراً في مختلف مجموعات البلدان - لبنان وليبيا (100%)؛ فلسطين وتونس (100% مع قدر من الازدواجية) والمغرب (66.5%). وفي غياب برامج التأمين الصحي الاجتماعي الجيدة، وفي ظل نقص تمويل الخدمات الصحية بالقطاع العام، فإن التغطية تقتصر بصورة كبيرة على الموظفين في الحكومة والقوات المسلحة، بينما تظل شرائح كبيرة من السكان في بلدان المجموعة الثانية بلا تغطية من برامج الدفع المسبق. وفي بلدان المجموعة الثالثة، يكون هناك تباين واضح بين الأهلية والاستحقاق. ففي حين أن الترتيبات الحكومية يفترض من حيث

المبدأ أنها تغطي جميع المواطنين، إلا أن ذلك لا يكون متاحاً إلا للعاملين بالقطاع العام فقط. ولا توجد برامج للتأمين الصحي الاجتماعي على المستوى الوطني، رغم أن بعض المجموعات العمالية تتمتع بمثل هذه التغطية. وأخيراً، لا تتوافر سوى ترتيبات محدودة للتأمين الخاص والمجتمعي في بعض البلدان، وهي لا تفيد سوى شريحة صغيرة من السكان. ويقدم الجدول 5 نظرة عامة عن الترتيبات الرئيسية للتغطية في المجموعات الثلاث من البلدان.

تغطية التكاليف المباشرة والخدمات والسكان: الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة

42. هناك علاقة متبادلة وثيقة بين الحماية من المخاطر المالية والخدمات وتغطية السكان، ولن يمكن إحراز تقدّم كافٍ تجاه التغطية الصحية الشاملة إلا عندما يتحقق تحسن مثبت بالأدلة في أبعادها الثلاثة. والتحدي الأكبر الذي يواجه التقدّم نحو التغطية الصحية الشاملة يكمن في بلدان المجموعة الثالثة وكثير من بلدان المجموعة الثانية؛ حيث يفتقر معظمها لآليات الحماية من المخاطر المالية؛ ولا يتمتع معظمها بإمكانية الحصول على الرعاية الأساسية ذات الجودة المقبولة؛ وعلى الرغم من معيار الأهلية، فكثير من المجموعات السكانية الضعيفة تظل بلا تغطية حقيقية. ونتيجة لذلك فإن مجموعات كبيرة من سكان هذه البلدان تجد نفسها معرضة لاحتمالات عالية من التعرّض للمخاطر، إما بتفادي الاستفادة من الخدمات أو بمواجهة الصعوبات المالية والفقر. وفي كثير من بلدان المجموعة الثانية، برغم أن نسبة السكان المشمولين بالتغطية قد تبدو مرتفعة، إذ تبلغ نحو 90% في بعضها، نرى أن حزمة الخدمات المقدمة تفتقر إلى العمق المطلوب لتغطية الخدمات الأساسية، ومن ثم يضطر الأفراد إلى الدفع المباشر مقابل حصولهم على الخدمات التي يحتاجونها، وبالتالي يتعرضون لمخاطر أكبر لمواجهة كارثة مالية والوقوع في الفقر. أما في بلدان المجموعة الأولى، فيتمتع المواطنون بتغطية جيدة من حيث الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة، غير أن الأمر ذاته لا ينسحب على أقسام من السكان المغتربين الذين يقيمون بهذه البلاد.

التحديات التي تعترض التقدّم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة

43. إن التقدّم صوب تحقيق التغطية الشاملة بالإقليم يواجه تحديات كثيرة، ولكنه قادر في نفس الوقت على الاستفادة من الفرص المستجدة. وهذه التحديات شاملة للقطاعات في طبيعتها، وتنطبق على معظم البلدان بصرف النظر عن مدى تطورها الاجتماعي والاقتصادي والصحي. ويقدم هذا القسم من الورقة ملخصاً للتحديات والفرص التي يجب أن تستثمرها البلدان حتى تعجّل من وتيرة التقدّم نحو التغطية الصحية الشاملة.⁶

44. تُعدّ الحاجة إلى إرادة سياسية رفيعة المستوى، والتزام مماثل للتحرك صوب التغطية الصحية الشاملة بالرعاية الصحية عالية الجودة، بمثابة التحديّ السائد في معظم البلدان. وبمجرد ضمان توفير هذا الالتزام، يجب على راسمي السياسات تكوين رؤية شاملة وإعداد استراتيجية مسندة بالبيّنات وخطّة طريق جيدة الصياغة.

⁶ للاطلاع على مناقشة تفصيلية، انظر تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل. (8)

الجدول 5. ملخص بالمجموعات السكانية المشمولة بالتغطية بموجب ترتيبات الدفع المسبق

البلد	الإيرادات الحكومية	برامج التأمين الصحي الاجتماعي	برامج التأمين الصحي الخاص	ترتيبات أخرى للدفع	السكان المشمولون بالتغطية
المجموعة الأولى	جميع المواطنين مشمولون بالتغطية	قيد النظر، غير مطبقة	السكان المغتربون المقيمون، ولكن تتباين نسب التطبيق	-	100% منها مخصص للمواطنين
المجموعة الثانية	جميع المواطنين مؤهلون من حيث المبدأ؛ ولكن عملياً، يكون العاملون بالقطاع العام بشكل رئيسي مؤهلين ومشمولين بالتغطية بالفعل.	تغطي العاملين بالقطاع الرسمي، والمنظمات شبه الحكومية، والمجموعات السكانية الضعيفة	العاملون بالقطاع الخاص الرسمي - تتباين التغطية من محدودة النطاق إلى واسعة النطاق	-	40%-90% من السكان [يفتقرون للعمق في التغطية]
المجموعة الثالثة	جميع المواطنين مؤهلون من حيث المبدأ؛ ولكن عملياً، يكون العاملون بالقطاع العام بشكل رئيسي ومشمولين بالتغطية بالفعل.	لا توجد بعد أي برامج وطنية؛ وهي مطبقة في بعض المناطق الجغرافية أو في بعض قطاعات العمل	العاملون بالقطاع الخاص الرسمي، ولكنها محدودة النطاق	برامج تأمين صحي مجتمعي محدودة	حوالي 26%

45. تعاني بلدان عديدة من بلدان المجموعة الثانية والثالثة من محدودية الحيز المالي، مما يقوّض من قدرة الحكومات على توفير التمويل الكافي للقطاع الصحي. ويتفاقم هذا إثر تأخر ترتيب الصحة في قائمة الأولويات في الميزانيات الحكومية؛ إذ يشيع في عدد من البلدان انخفاض المخصصات لقطاع الصحة إلى 3% و4% من ميزانية الحكومة. وفي هذا السياق، تعهد أعضاء منظمة الوحدة الأفريقية بوضع هدف يتمثل بتخصيص 15% على الأقل من ميزانيتها الحكومية للصحة، وجاء هذا التعهد في إطار إعلان أبوجا عام 2000. (16) وإضافة إلى ذلك، اقترحت ورقة مقدّمة للجنة الإقليمية عام 2010 آليات عملية لحشد مزيد من الموارد للصحة، واقترحت أهدافاً لتخصيص الموارد الحكومية للصحة، بما في ذلك تخصيص 8% لوزارة الصحة. (17)

46. ان ارتفاع حصة المدفوعات المباشرة من الحيب في العديد من بلدان المجموعتين الثانية والثالثة يُعزّض الأسر لخطر مواجهة كوارث مالية والوقوع في الفقر، كما أنه يمثل عائقاً في طريق تفعيل النظم الصحية العادلة والتحرك في اتجاه التغطية الصحية الشاملة.

47. يُعدُّ إهدار الموارد أحد الأسباب الكبرى في عدم الكفاءة، بسبب الاختلالات في إنتاج القوى العاملة، وعدم ملائمة مزيج المهارات، ومشكلات في شراء الخدمات، واستخدام التكنولوجيات غير الملائمة، والإنفاق غير متناسب على المستشفيات مقارنةً بما يُنفق على الرعاية الصحية الأولية. ولا تتوفر المعلومات حول مستوى إساءة الاستخدام والاحتيايل بالإقليم، ولكن تشير التقديرات إلى تراوحها عالمياً بين 20% و40% من جميع الموارد بسبب أوجه القصور بالنظم بوجه عام. (5)

48. إن القصور في تقديم الخدمات الصحية اللازمة يفرض تحديات في القطاع الصحي العام والخاص، وهو ما يمكن تلخيصه في الآتي:

- البنية الأساسية: يواجه كثير من بلدان المجموعة الثالثة تعذر الوصول جغرافياً للخدمات الصحية. كما لا تؤدي بعض مرافق الرعاية الصحية وظائف الخدمة نتيجة لنقص الموارد البشرية والأدوية والمعدات الأساسية والرصد والإشراف.
- القوى العاملة الصحية: يعوق نقص القوى العاملة المدربة وسوء توزيعها، ولاسيما في البلدان التي تعاني أزمة في الموارد البشرية، التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- جودة الخدمات: يأتي تدني جودة وتشوه صورة خدمات القطاع العام ضمن أهم أسباب عدم الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الأولية، ولاسيما في بلدان المجموعتين الثانية والثالثة.
- حزمة الخدمات: إن عدم إتاحة حزمة أساسية محددة من الخدمات والأدوية والمنتجات الأساسية والدلائل الإرشادية العلاجية الضرورية يؤثر على جودة الرعاية الصحية.
- ينافس القطاع الصحي الخاص القطاع العام في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في العديد من بلدان المجموعة الثالثة والثانية، وعلى نحو متزايد في بلدان المجموعة الأولى. وتتراوح نسبة خدمات العيادات الخارجية التي يقدمها القطاع الخاص ويستفيد منها السكان في بعض البلدان من 33% إلى 86%. ويتباين نطاق الخدمات المقدمة، فضلاً عن تدني عملية التنظيم وعدم كفاية المعلومات عن العبء المالي للمستفيدين من هذه الخدمات.

49. هناك شرائح كبيرة من بعض المجموعات السكانية غير مشمولة بالتغطية بترتيبات الدفع المسبق. ويتمثل أحد التحديات الكبرى التي تواجه التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة في التوسع بنطاق التغطية ليشمل العاملين بالقطاع غير الرسمي⁷ في بلدان المجموعتين الثالثة والثانية، حيث يشتملان على شرائح كبيرة من السكان الفقراء والريفين والمشردين. ويعد ضمان التغطية العادلة والمنصفة للسكان المغتربين من التحديات ذات الطبيعة الخاصة في بلدان المجموعة الأولى، فضلاً عن وجود تحدٍ آخر يتمثل في زيادة عمق التغطية عن طريق زيادة حزمة المزايا لهؤلاء الذين يخضعون لأشكال مختلفة من ترتيبات الدفع المسبق. وفي بلدان بعينها، يكون أفراد الأسرة الواحدة خاضعين لأكثر من برنامج للتأمين الصحي، وهو ما يؤدي بدوره لظهور أوجه قصور في النظام.

50. إن نُظُم المعلومات الصحية غير مستعدة لرصد التغطية الصحية الشاملة. ولا يمكن إحراز تقدم صوب التغطية الصحية الشاملة ما لم تكن خاضعة لأنشطة رصد جيدة. وهنا يلوح في الأفق تحدٍ عالمي هو الاتفاق على إطار عمل موحد لرصد التغطية الصحية الشاملة. وفي هذا السياق، تتباين قدرات بلدان الإقليم على جمع المعلومات حول الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة، ولذا فالأمر يستدعي بذل جهود خاصة لإنشاء آليات

⁷ يغطي القطاع غير الرسمي نطاقاً عريضاً من أنشطة سوق العمل التي تضم مجموعتين مختلفتين في طبيعتهما: (1) العاملون وفق استراتيجيات التأقلم (أنشطة تضمن البقاء على قيد الحياة) مثل الوظائف غير الرسمية والوظائف المؤقتة والوظائف غير مدفوعة الأجر وزراعة تلي الاحتياجات الأساسية وشغل وظائف عديدة؛ (2) العاملون وفق استراتيجيات الكسب غير الرسمي (في العمل غير المشروع) وفيها فئتان إضافيتان: (أ) العاملون وفق أنشطة عمل غير رسمية مثل التهرب الضريبي وتجنب تطبيق لائحة العمل وغيرها من اللوائح الحكومية والمؤسسية، وعدم تسجيل الشركات؛ (ب) الأنشطة السرية: الجريمة، والفساد، والأنشطة غير المسجلة لدى مكاتب الإحصاء. المصدر: البنك الدولي. مفهوم القطاع غير الرسمي

لجمع البيانات تتجاوز أنظمة الإبلاغ الروتينية المتاحة. وسيكون هناك جانبان من الجوانب ذات الصلة في حاجة لعناية خاصة، وهما: رصد مدى التغطية الفعلية للأفراد المؤهلين، ولاسيما أولئك العاملين بالقطاع غير الرسمي، ورصد مستوى الإنصاف في تقديم الخدمات وتمويلها عن طريق جمع البيانات مصنفة حسب الدخل والموقع والنوع الاجتماعي.

اغتنام الفرصة لتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة

51. ثمة تحرك عالمي تجاه دعم التغطية الصحية الشاملة؛ إذ تمخض التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2010 بشأن تمويل النظم الصحية عن طلبات للدعم التقني والمشورة من عدد كبير من البلدان للتحرك تجاه التغطية الصحية الشاملة. (18) وقد لاقَت التحليلات التي أُجريت بشأن التحديات وخارطة الطريق المقترحة للتحرك صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة قبولا لدى الكثير من البلدان، الغنية منها والفقيرة.

52. أكَّدت جمعية الصحة العالمية في دورتها لعامي 2012 و2013 التزام منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بدعم البلدان في مسعاها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. (20،19). كما دَعَت الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورتها المنعقدة في ديسمبر 2012، الدول الأعضاء لتتبع مساهمة التغطية الصحية الشاملة في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية ذات الصلة، مع تحقيق النتيجة الأسمى المتمثلة في تحسين الحياة المعفمة بالصحة وبلوغ التنمية المستدامة. وتُعتبر التغطية الصحية الشاملة على نحو متزايد جزءاً أصيلاً من خطة التنمية المستدامة لما بعد عام 2015، فضلاً عن كونها مكوناً أساسياً في بلوغ المرامي الإنمائية للألفية. (21)

53. تزايد التزام رسمي السياسات على الصعيد الوطني في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط؛ إذ أبدى العديد من البلدان متوسطة الدخل مثل تركيا وتايلاند والمكسيك تقدماً ملحوظاً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة خلال العقد الماضي، كما أعربت كثير من البلدان مثل إندونيسيا، والمغرب، والهند عن التزامها بتحقيق ذلك خلال العقد القادم. وتزايد قوة الدفع لدى البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل لتسريع وتيرة التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، مما يجعلنا بصدد فرصة لا ينبغي إهدارها.

54. تتوفر الاستراتيجيات والأدوات المتقنة لدعم التغطية الصحية الشاملة؛ فقد أرسى إعلان ألما آتا بشأن الرعاية الصحية الأولية أسساً أخلاقية وفلسفية قوية تركز على أهمية العمل المعني بالصحة المتأصل داخل المجتمع، والذي يلبي احتياجات المجتمع ويتسق مع تطلعاته الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. كما أن توافر مجموعة واسعة من أدوات ومقاييس النظم الصحية في مجالات من قبيل تمويل الصحة إنما يتيح الفرصة لإدراك التغطية الصحية الشاملة على نحو أفضل مما كان ممكناً وقت صدور إعلان ألما آتا.

الاستراتيجية وخارطة الطريق لإحراز تقدم تجاه التغطية الصحية الشاملة

55. يأتي مبدأ الإنصاف والعدالة في صميم النهج المعني بالتغطية الصحية الشاملة، كما أنه مكونٌ محوري في الاستراتيجيات المقترحة. وتسلط الاستراتيجية وخارطة الطريق المرتبطة بها الضوء على الإجراءات التي ينبغي اتخاذها من جانب البلدان، والدعم المقرر تقديمه من جانب المنظمة والشركاء في التنمية لمساعدة البلدان على التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة. والعرض من ذلك هو مساعدة البلدان على ترجمة هذه الاستراتيجيات إلى خرائط طريق تجاه التغطية الصحية الشاملة بما يتسق مع أولوياتها ومستوى التقدم المحرز حتى الوقت الحالي.

(أ) إعداد رؤية واستراتيجية للمضي قدماً صوب التغطية الصحية الشاملة

56. يجب أن تضمن الرؤية والاستراتيجية والإجراءات المرتبطة بها ما يأتي: توفير الخدمات الصحية الأساسية ذات المستوى المقبول من الجودة؛ والاعتماد على ترتيبات الدفع المسبق؛ والتوسع المتزايد في تغطية مجموعات سكانية مختلفة، بما في ذلك القطاعات غير الرسمية الريفية والفقيرة.

ما الذي ينبغي على الدول الأعضاء أن تفعله

- إعادة النظر في الوضع الحالي للتغطية بترتيبات الدفع المسبق المختلفة والتي تتضمن: التغطية بالحماية من المخاطر المالية، والتغطية بالخدمات الصحية اللازمة، وتغطية الفئات السكانية؛ وتحديد الخيارات التي تلائم كل بلد لترتيبات الدفع المسبق لتنفيذها على المستوى الوطني.
 - إنشاء وتعزيز آليات لحماية صحة المجتمع بتنفيذ ترتيبات الدفع المسبق التي تلائم كل بلد على حدة، والتي تغطي بالتدرج كل المجموعات السكانية؛ ومن بينها الفقراء والعاملين بالقطاع غير الرسمي، وذلك بالحماية من المخاطر المالية وتوفير الخدمات اللازمة.
 - توسيع وتعزيز تقديم الخدمات وفق مبادئ طب الأسرة، والتي تتضمن إعداد حزمة من الخدمات الأساسية، مع الاهتمام بجودة الرعاية.
 - الأخذ في الاعتبار الانتقال من ترتيبات الشراء السليبي إلى ترتيبات شراء استراتيجي مبتكرة لتعزيز الكفاءة والإنصاف. وسوف يأخذ أسلوب الشراء الاستراتيجي في الاعتبار فصل وظائف تقديم الخدمات عن وظائف تمويل النظم الصحية.
 - متابعة ورصد التقدم المحرز حول المجموعات السكنية التي تتم تغطيتها وفق ترتيبات الدفع المسبق المختلفة ونطاق الحماية من المخاطر المالية والتغطية بالخدمات.
- كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية ولشركائها تقديم الدعم
- دعم دراسات الجدوى والدراسات الإكتوارية لإعداد ترتيبات للدفع المسبق تتسم بالفاعلية والإنصاف والاستمرارية وبمراعاة السياق.
 - تيسير الحوار بشأن السياسات الوطنية بين وزارات المالية والاقتصاد والتخطيط ووزارات الصحة لإعداد استراتيجيات مسندة بالبيانات، مع الأخذ في الاعتبار مختلف خيارات التمويل الصحي المتاحة للتغطية الصحية الشاملة.
 - تقديم المشورة حول اجتياز العقبات في البناء المؤسسي والممارسة التنظيمية للتمويل الصحي الحالي، وهي العناصر التي تعوق تحقيق الكفاءة والإنصاف في تنفيذ ترتيبات الدفع المسبق على المستوى الوطني.
 - دعم جهود البلدان لإقامة برامج فعالة لطب أسرة بوصفها وسيلة أساسية لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية عالية الجودة.

- تقديم ملخصات للسياسات ومطبوعات مسندة بالبيانات حول الموضوعات ذات الصلة، مثل الشراء الاستراتيجي، وحزم المزايا، والتأمين الصحي الاجتماعي، وترتيبات الدفع المسبق الأخرى، وإطلاع صانعي السياسات عليها.

(ب) تشكيل فريق عمل وطني متعدد القطاعات لتوجيه جدول أعمال التغطية الصحية الشاملة

57. يُعدُّ وجود لجنة متعددة القطاعات فيها ممثلون من مختلف الدوائر على المستوى الوطني أمراً أساسياً في توجيه عملية وضع رؤية واستراتيجية وخارطة طريق تستمر 5-10 سنوات بهدف تسريع وتيرة التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ما الذي ينبغي على الدول الأعضاء فعله

- تشكيل فريق عمل وطني رفيع المستوى أو لجنة توجيهية ذات صلة بالأطراف المعنية لتطوير الرؤية والاستراتيجية وخارطة الطريق بهدف تسريع وتيرة التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- ضمان أن يعمل فريق العمل رفيع المستوى تحت قيادة وزارة الصحة وأن يضم ممثلين من وزارات المالية والتخطيط والعمل، ومنظمات التأمين الصحي الاجتماعي، ومنظمات التأمين الصحي الخاص، واتحاد مقدمي الخدمات بالقطاع الخاص وغيرها من المجموعات ذات الاهتمام.
- تكييف الاختصاصات الموحد لفريق العمل وعقد اجتماعات منتظمة للتوصل إلى توافق في الآراء بشأن الرؤية والاستراتيجية وخارطة الطريق.
- إعداد استراتيجية وخارطة طريق متوسطة الأجل متسقة مع الخطة الصحية الوطنية من أجل إحراز تقدُّم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية وشركائها أن تقدم الدعم

- تقديم بيانات على دور اللجان متعددة القطاعات في تعزيز التغطية الصحية الشاملة.
- صياغة اختصاصات معيارية للجنة وإطلاع البلدان عليها لتكييفها حسب السياق الوطني.
- المساعدة في إعداد تحليل للموقف بشأن وضع التغطية الصحية الشاملة في كل الدول الأعضاء وتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات والأولويات من أجل المضي قدماً.
- تقديم الدعم التقني لإعداد الرؤية والاستراتيجية وخارطة الطريق على شكل خطة رئيسية.
- دعم عقد الاجتماعات الوطنية في مختلف المراحل للتوصل إلى توافق في الآراء بين أصحاب الشأن المعنيين خلال العملية الأولية.
- مساعدة الدول في تنفيذ توصيات الدورة التاسعة والخمسين للجنة الإقليمية بشأن الخبرات العالمية حول دور اللجان متعددة القطاعات في توجيه عملية التغطية الصحية الشاملة.

(ج) الدعوة إلى الالتزام وتحديث التشريعات الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة

58. يجب الحصول على التزام حكومي رفيع المستوى ومضمون الاستمرار بالتغطية الصحية الشاملة التي يجب الحصول عليها من خلال الحملات الإعلامية والتشريعات.

ما الذي ينبغي على الدول الأعضاء فعله

- إظهار التزام حكومي بالتغطية الصحية الشاملة في السياسة الوطنية أو في استراتيجية القطاع الصحي أو في التخطيط الاستراتيجي أو إدراجها ضمن الدستور الوطني متى أمكن ذلك.
- مراجعة التشريعات الحالية وتنقيحها لإنشاء الآليات الضرورية، مثل التأمين الصحي الاجتماعي وسائر ترتيبات الدفع المسبق، التي تساعد في توسيع نطاق التغطية الصحية الشاملة.

كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية وشركائها أن تقدم الدعم

- عرض الاستراتيجية العالمية ونهج التغطية الصحية الشاملة لمنظمة الصحة العالمية ونشرهما على نطاق واسع في المنتديات رفيعة المستوى على الصعيدين الإقليمي والوطني، وذلك مثل اللجان الإقليمية والندوات الوطنية على مستوى السياسات.
- تقديم الدعم التقني لإعداد تشريعات بشأن التغطية الصحية الشاملة تسهم في تعزيز قيم العدل والإنصاف، وسنّ هذه التشريعات، ثم ترجمتها على الفور إلى قوانين وآليات مؤسسية ملائمة.

(د) تقوية الوحدة المسؤولة عن تنسيق التغطية الصحية الشاملة في وزارة الصحة

59. من الضروري إنشاء وحدة اتصال في وزارة الصحة لإجراء تحليل للموقف واقتراح خيارات مسندة بالبيانات لفريق العمل الوطني أو اللجنة التوجيهية لاتخاذ القرارات. ويمكن إسناد هذه المسؤولية لوحدة سياسات الصحة أو تخطيط الصحة أو وحدة اقتصادات الصحة.

ما الذي ينبغي على الدول الأعضاء فعله

- تعيين وتعزيز وحدة سياسات الصحة أو التخطيط أو وحدة اقتصادات الصحة بالوزارة لتولي دور الأمانة وأداء العمل التقني لفريق العمل/اللجنة التوجيهية الوطنية فيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة.
- تزويد الوحدة بالموارد التقنية والمالية لأداء دور الأمانة، وإجراء أو التكليف بإجراء دراسات تحليلية، وصياغة مسودة الاستراتيجية أو الخطة المطلوبة، ورصد التقدم المحرز صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية وشركائها أن تقدم الدعم

- مراجعة قدرة الوحدة التقنية التي تحددها وزارة الصحة ودعم الجهود المبذولة في مجال تطوير القدرات.
- تنظيم حلقات عملية متخصصة والمشاركة في برامج التدريب والجولات الدراسية للبلدان التي تحظى بتجارب ناجحة في مجال التغطية الصحية الشاملة.

- دعم الأنشطة الوطنية لتطوير قدرات العاملين الصحيين، والموظفين الحكوميين، وممثلي المجتمع المدني، والمؤسسات الأكاديمية في مجال التوعية والأدوات التقنية لدفع التقدم صوب التغطية الصحية الشاملة.
- تقديم الدعم التقني في مجال إعداد خطط رئيسية وطنية لاحتساب التكلفة، وفي مجال إجراء تحليل للموارد والفجوات من أجل تقييم واقعي لمتطلبات إحراز التقدم صوب التغطية الصحية الشاملة.

(هـ) إيجاد بيئات محلية وتبادل الخبرات الدولية في مجال التغطية الصحية الشاملة

60. سيكون هناك حاجة للبيئات اللازمة لتوجيه الرؤية والاستراتيجية الوطنية بشأن التغطية الصحية الشاملة، كما ينبغي تبادل الخبرات العالمية لأفضل الممارسات في التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ما الذي ينبغي على الدول الأعضاء فعله

- تخصيص أو حشد الموارد لإجراء الدراسات المختلفة، مثل تحليل الحسابات الوطنية الخاصة بالصحة، ومسوحات دخل الأسر ونفقاتها وأوجه الاستفادة؛ التقييم التنظيمي لتحسين التمويل الصحي وتقويته OASIS؛ ودراسات توقعات القوى العاملة ومراجعات أداء النظام الصحي.

كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية وشركائها تقديم الدعم

- تقديم الدعم التقني وتطوير القدرات للعمل التحليلي والبحث في مجال السياسات والنظم الصحية لتقديم المعلومات لإغناء استراتيجيات وخطط التغطية الصحية الشاملة.
- تنظيم المؤتمرات على المستوى الإقليمي والوطني ودعم الجولات الدراسية لتبادل البيئات والدروس المستفادة من البلدان التي نجحت في التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

(و) رصد التقدم المحرز صوب التغطية الصحية الشاملة

61. سوف تأسس الحاجة لإعداد إطار العمل، إلى جانب ما يلزم من أدوات، لرصد التقدم المحرز صوب التغطية الصحية الشاملة ولاتخاذ إجراءات تصحيحية في هذا الشأن.

ما الذي ينبغي على الدول الأعضاء فعله

- إعداد إطار عمل وطني يركز على إطار العمل العالمي/الإقليمي لتغطية الثلاثة أبعاد الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة: التكاليف المباشرة، والخدمات، والسكان.
- تعيين وحدات معنية بالمعلومات الصحية بوزارة الصحة من أجل: رصد التقدم المحرز صوب التغطية الصحية الشاملة بناءً على إطار عمل تم الاتفاق عليه؛ وتحديد المؤشرات ومصادر المعلومات والمؤسسات والعمل بتعاون وثيق مع وحدات الاتصال لتنسيق العمل ذي الصلة بالتغطية الصحية الشاملة.
- إعداد تقارير سنوية أو كل سنتين لتقديم تقييم موضوعي للتقدم المحرز والقيود التي تفتت مواجهتها، واقتراح استراتيجيات للعمل المستقبلي.

كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية وشركائها أن تقدم الدعم

- إعداد إطار عمل يسمح برصد التغطية الصحية الشاملة على الصعيدين الوطني ودون الوطني في بعض الأحيان مع التركيز على رصد الإنصاف في الصحة.
- اقتراح حدّ أدنى من المؤشرات يركز على إطار عمل تم الاتفاق عليه وقابل للتطبيق وملائم لرصد التقدم المحرز صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- إعداد و/أو تكييف أدوات لجمع المعلومات من نُظُم المعلومات الصحية أو من خلال وسائل إضافية، وبناء القدرات الوطنية في مجال استخدام هذه الأدوات.
- توفير نموذج للإبلاغ بالتقدم المحرز صوب التغطية الصحية الشاملة.

(ز) إنشاء فرقة عمل من شركاء التنمية مع الدول الأعضاء

62. سوف يسهم فريق العمل/الشبكة الإقليمية المعنية بالتغطية الصحية الشاملة والتي ستشكلها منظمة الصحة العالمية بمشاركة الشركاء في التنمية، في دعم إعداد أسلوب موحد لدعم البلدان في جهودها المبذولة في سبيل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ما الذي ينبغي على الدول الأعضاء فعله

- المشاركة بفاعلية في الاجتماعات والأنشطة الخاصة بفرقة العمل الإقليمية للتغطية الصحية الشاملة.
 - تبادل الخبرات وإبداء التضامن من خلال تقديم دعم تقني ومالي للتغطية الصحية الشاملة في الإقليم.
- كيف يمكن لمنظمة الصحة العالمية ولشركائها تقديم الدعم
- تحديد اختصاصات فريق العمل وتنظيم اجتماعات للاتفاق حول الاستراتيجيات والأساليب التي ستتبعها البلدان، بصرف النظر عن مستوى تقدمها صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
 - حشد الموارد لتقديم دعم تقني مضمون الاستمرار للبلدان في جهودها التي تبذلها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
 - دعم البلدان لمواجهة التحديات المتعلقة بالموارد بالتأكد لدى الوكالات الممولة على الحاجة لموارد إضافية من أجل إحراز تقدم ملموس صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

رسائل ختامية

63. تسلط الورقة الضوء على الرسائل الرئيسية التي ينبغي أن تأخذها الدول الأعضاء في اعتبارها عن تسريع وتيرة التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

- وجود رؤية شاملة، واستراتيجية مسندة بالبيّنات وخارطة طريق فعّالة هو أمر ضروري لإحراز تقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، إذ يستطيع كل بلد فعل شيء لإحراز هذا التقدم بصرف النظر عن مستوى التنمية به إذا توافرت لديه الرؤية الواضحة والاستراتيجية وخارطة طريق.

- تُعتبر البلدان التي تعتمد أسلوب متعدد القطاعات بإشراك أصحاب الشأن المعنيين أكثر حظًا في تحقيق تقدُّم سريع تجاه التغطية الصحية الشاملة.
- من الضروري لزيادة الحماية من المخاطر المالية الابتعاد عن الإنفاق المباشر من جيوب المرضى والاقتراب من ترتيبات الدفع المسبق، مع تجميع الموارد في شكل تأمين صحي اجتماعي أو إيرادات حكومية عامة أو كليهما.
- تتشابك أبعاد التغطية المتمثلة في الحماية من المخاطر المالية والخدمات والسكان فيما بينها. ولا يمكن إحراز التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة ما لم يوجد تحسُّن يمكن إثباته بالأدلة في الأبعاد الثلاثة مجتمعة.
- يُمكن لجميع البلدان التوسع في نطاق التغطية من خلال إعداد استراتيجيات فعّالة تهدف لإصلاح النظام الصحي ككل، ومن خلال زيادة إنتاج القوى العاملة، والحصول على الأدوية الأساسية، وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدّمة، وكذلك من خلال الحماية من المخاطر المالية.
- لا يتسنى إحراز التقدُّم صوب التغطية الصحية الشاملة ما لم يتم رصده وقياسه بشكل جيد، إذ يمكن أن يسهم ذلك في التعرف على القيود وأخذ إجراءات تصحيحية بشأنها في الوقت المناسب.
- يمكن لكل البلدان أن تتحرك صوب التغطية الصحية الشاملة على المدى القصير من خلال إبداء التزام سياسي مستدام. وتلتزم منظمة الصحة العالمية وكل الشركاء في التنمية على حد سواء بمسعاها إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

References

1. *Health in the post-2015 agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Health, April 2013*. Available at <http://www.worldwewant2015.org/health> Accessed 12 September 2013.
2. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization, 1948. Available at <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/> Accessed 12 September 2013.
3. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978. Available at http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Accessed 12 September 2013.
4. *The world health report 2008: Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008. Available at <http://www.who.int/whr/2008/en/>
5. *The world health report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010. Available at <http://www.who.int/whr/previous/en/> Accessed 12 September 2013.
6. *Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action. Resolution of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Fifty-ninth session (EM/RC59/R.3), 2012*. Available at <http://www.emro.who.int/about-who/rc59/> Accessed 12 September 2013.
7. *Measuring and monitoring country progress towards universal health coverage: Concepts, indicators, and experiences. Meeting summary July 2012*. Washington, United States Agency for International Development, 2012. Available at http://www.healthsystems2020.org/userfiles/universal_health_coverage%20Meeting%20Notes_Summary_FINAL.PDF
8. *Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Fifty-ninth session (EM/RC59/Tech. Disc. 1), 2012.
9. Global Health Expenditure Database. <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>. Accessed 5 June 2013.
10. Mataria A et al. Catastrophic healthcare payments and impoverishment in the occupied Palestinian territory. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2010, 8:393-405.
11. Sabri B, El-Idrissi Z, Mataria A. Health system financing: the bottleneck of the right to health In: Jabbour S. et al, eds. *Public health in the Arab world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2012.
12. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *The Lancet*, 2003, 362: 111-7.
13. Population, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean Region. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012.
14. *The world health report 2006: Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006. Available at <http://www.who.int/whr/2006/> accessed 12 September 2013.

15. *Global status report on noncommunicable diseases 2010: Executive summary*. Geneva, World Health Organization, 2011.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ Accessed 12 September 2012.
16. *The Abuja Declaration: ten years on*. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at: http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf, Accessed 18 August 2013.
17. *Strategic directions to improve health care financing in the Eastern Mediterranean Region: moving towards universal coverage 2011–2015*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2010. Technical paper presented to the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Fifty-seventh session (EM/RC57/Tech. Disc. 1). Available at <http://www.emro.who.int/about-who/rc57/> Accessed 12 September 2013.
18. *Universal health coverage*. Report by the Secretariat to the Sixty-sixth World Health Assembly (document number A66/24). Geneva, World Health Organization, 2013.
19. Dr Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization. Address to the Sixty-fifth World Health Assembly, 2012. Available at http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120521/en/index.html Accessed 12 September 2013.
20. Jim Yong Kim, World Bank Group President. Speech at World Health Assembly: Poverty, Health and the Human Future. World Health Assembly, Geneva, May 21 2013. Available at <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly> Accessed 12 September 2013.
21. *Global health and foreign policy*, 67th session of the United Nations General Assembly. Agenda item 123, 2012.