

رصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة على المستويين القطري والعالمي

إطار العمل والمقاييس والأهداف
مايو/أيار 2014

الجهات المساهمة

منظمة الصحة العالمية

تتيسر بورما (Ties Boerma) مدير إدارة الإحصاءات الصحية ونظم المعلومات; ديفيد إيفانز (David Evans) مدير إدارة حوكمة و تمويل النظم الصحية; وماري بول كيني (Marie-Paule Kieny) المدير العام المساعد - النظم الصحية و الابتكار.

البنك الدولي

باتريك إيوزينو (Patrick Eozenou) خبير اقتصادي بإدارة الصحة والتغذية والسكان; تيم إيفانز (Tim Evans) مدير إدارة الصحة والتغذية والسكان; و آدم واغستاف (Adam Wagstaff) مدير البحوث بإدارة التنمية البشرية والخدمات العمومية.

شكر وتقدير

يتوجه كل من منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بالشكر لحكومة اليابان ومؤسسة روكفلر لدعمها المادي السخي لإعداد ونشر هذه الورقة.

© منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للانشاء و التعمير/البنك الدولي 2014

جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من قسم الطباعة والنشر، وعنوانه بمنظمة الصحة العالمية: WHO Press | World Health Organization | 20 Avenue Appia | 1211 Geneva 27 | Switzerland (هاتف رقم: 41+ 22 791 3264؛ فاكس رقم: 41+ 22 791 4857؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية - سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري - إلى قسم الطباعة والنشر عبر موقع المنظمة الإلكتروني (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en)

إن التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، والتأويلات، والنتائج المستخلصة لا تعبر بالضرورة عن رأي البنك الدولي ولا مجلس إدارته التنفيذي ولا الحكومات التي يمثلونها. ولا يضمن البنك الدولي دقة البيانات الواردة في هذا المطبوع. كما أن التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلافاً عن رأي منظمة الصحة العالمية ولا عن رأي البنك الدولي بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

إن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا ينطوي على أي توصية أو تركية لهذه الشركات والمنتجات من قبل منظمة الصحة العالمية أو البنك الدولي، بما يركبها عن سواها مما يبائلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات ذات الملكية المسجلة بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك فإن المواد المنشورة توزع دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. والقارئ هو المسؤول عن تفسير المواد المنشورة واستعمالها. والمنظمة والبنك الدولي ليست مسؤولين بأي حال عن الأضرار التي تترتب على استعمال هذه المواد.

مقدمة

شهد التحرك نحو توفير التغطية الصحية الشاملة (UHC) - بغية الحرص على تمكين جميع من يحتاجون إلى الخدمات الصحية من الحصول عليها دون تحمل أعباء مالية باهظة - زخمًا هائلاً على مستوى العالم (1). وأدى ذلك إلى زيادة حادة في الطلب على الخبرة المتخصصة و البيئات والدفع نحو جعل التغطية الصحية الشاملة أحد الأهداف المدرجة على جدول أعمال التنمية بعد 2015 (2). تقترح هذه الورقة إطار عمل لتتبع التقدم المتحقق على المستويين القطري والعالمي نحو التغطية الصحية الشاملة. وتهدف الورقة أيضاً إلى تقديم الأساس المعرفي والتوجيهي الذي تستند إليه هذه المناقشات، وتقييم التغطية الإجمالية والعادلة للخدمات الصحية الأساسية بالإضافة إلى الحماية المالية. ويعد رصد التقدم نحو تنفيذ هذين العنصرين من التغطية الصحية الشاملة أمراً مكماً وضرورياً لتحقيق أهداف المحصلات الصحية المرغوبة، مثل منع الوفيات التي يمكن الوقاية منها، ورفع متوسط العمر الصحي المتوقع، بالإضافة إلى الحد من الفقر، وحماية دخول الأسر.

تأتي هذه الورقة نتيجة جهد مشترك ما بين منظمة الصحة العالمية ومجموعة البنك الدولي، استناداً إلى مشاورات ومناقشات مع ممثلي الدول، والخبراء الفنيين، وشركاء الصحة والتنمية العالميين (3). وتم نشر مسودة هذه الورقة على شبكة الإنترنت، وتم تداولها على نحو موسع للتشاور في الفترة ما بين ديسمبر/كانون الأول 2013 وفبراير/شباط 2014. وتم استلام ما يقرب من 70 مشاركة مقدمة من الدول، وشركاء التنمية، والمجتمع المدني، والأكاديميين، وأصحاب المصلحة المهتمين. وتم التوفيق بين المعطيات المقدمة ومراجعتها في اجتماع ضم خبراء وطنيين ودوليين في بيلاجيو بإيطاليا، والذي كان قد انعقد في مارس/آذار 2014 (4). كما تم تعديل الورقة لتعكس وجهات النظر التي تبلورت من خلال هذه المشاورات.

التغطية الصحية الشاملة: نحو إطار عمل مشترك لرصد التقدم المحرز

تم تعريف التغطية الصحية الشاملة بأنها المحصلة المرغوبة لأداء النظام الصحي، والتي يتلقى من خلالها جميع المحتاجين للخدمات الصحية (بما في ذلك تعزيز الصحة، و الوقاية، والعلاج، وإعادة التأهيل و العناية اللطيفة)، دون تحمل أعباء مالية غير ضرورية (5). وتشمل التغطية الصحية الشاملة عنصرين مرتبطين ببعضهما البعض، ألا وهما: الطيف الكامل للخدمات الصحية الأساسية ذات النوعية الجيدة والمقدمة حسب الاحتياج، والحماية من الأعباء المالية بما في ذلك احتمال الإفقار من جراء تحمل تكاليف الخدمات الصحية. ويجب أن يعود كلا العنصرين بالنفع على مجموع السكان.

رصد التقدم نحو تقديم التغطية الصحية الشاملة على المستويين المحلي والعالمي

تقدم هذه الورقة إطار عمل لرصد التغطية الصحية الشاملة كجزء من إطار عمل شامل لرصد أداء النظم الصحية الوطنية (6). ويجب أن يكون رصد التغطية الصحية الشاملة جزءاً مكماً لتتبع التقدم العام المحرز على صعيدي الصحة والأداء، والذي يتطلب التقييم المنتظم للمدخلات (التمويل، و القوى العاملة في القطاع الصحي، والأدوية)، والمخرجات (تقديم الخدمات)، وتغطية التدخلات، والآثار الصحية والمحددات الاجتماعية للصحة. وفي إطار هذا السياق الإجمالي وبالتماشي مع تعريفه، يتعلق رصد التغطية الصحية الشاملة بعنصرين منفصلين من أداء النظام الصحي، ألا وهما: مستويات التغطية بالخدمات الصحية والحماية المالية، مع التركيز على تحقيق العدالة. وبالرغم أن إحراز التقدم في تنفيذ التغطية الصحية الشاملة من خلال هذين العنصرين هدف هام للنظم الصحية، فإنه ليس بديلاً عن الأهداف الصحية الأخرى، مثل تحسين فرص البقاء على قيد الحياة أو إطالة متوسط العمر الصحي.

الرصد على المستوى القطري

يعكس الهدف من رصد التغطية الصحية الشاملة من قبل البلدان في التأكد من أن التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة الملامح الوبائية والسكانية التي تنفرد بها الدولة، ونظامها الصحي، ومستوى التنمية الاقتصادية، ومطالب السكان وتوقعاتهم. تعد هذه الأبعاد الخاصة بالدولة في غاية الأهمية لتحديد الأمور التي ينبغي رصدها؛ فعلى سبيل المثال، قد تصب الأنظمة الاقتصادية الناشئة تركيزها على أفضل السبل لتوسيع نطاق الخدمات الأساسية لتشمل المناطق البعيدة، في حين أن الدول مرتفعة الدخل قد تصب تركيزها على تعديل نطاق الخدمات الصحية المتاحة لإتاحتها للعدد المتزايد من شرائح السكان المتقدمة في العمر. في حين أن المقاييس المستخدمة، والمجالات المقرر رصدها تتحدد وفقاً للسياق القطري - فإن التغطية بالخدمات الأساسية ذات النوعية الجيدة والحماية المالية - هو أمر منوط بجميع البلدان، بغض النظر عن مستوى دخلها، وملامحها السكانية أو احتياجاتها الصحية.

الرصد على المستوى العالمي

على ضوء الاهتمام الواسع النطاق بتسريع التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة، فثمة قيمة ينطوي عليها توحيد المقاييس، بحيث تكون قابلة للمقارنة عبر الحدود وعلى مر الزمان. والهدف من إطار العمل العالمي الموضح في هذه الورقة هو تشجيع البلدان على تبني منهج مشترك لرصد التغطية الصحية الشاملة وتقييم التقدم المحرز من خلال مؤشرات موحدة دولياً. ويسمح الرصد الدوري على المستوى العالمي بإجراء مقارنة للتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة، ومن ثم، يمكن للبلدان الاستفادة من خبرات بعضها البعض. و مع ذلك لا يعد الرصد على المستوى العالمي بديلاً عن الرصد على المستوى الوطني، ويتم تشجيع البلدان على وضع مقاييس للتغطية الصحية الشاملة وفقاً لاحتياجاتها، عن طريق الاستفادة من إطار العمل هذا، حتى تعكس السياق الخاص بها على أفضل وجه. علاوة على ذلك، بسبب الطبيعة الديناميكية للتغطية الصحية الشاملة وتحققها على نحو تدريجي، فإن أولويات الرصد تختلف بين البلدان.

المبادئ الإرشادية (التوجيهية)

- تؤكد المبادئ الإرشادية التالية على إطار العمل هذا لرصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة.
- يجب أن يتألف إطار العمل من مقياسين مترابطين ولكن طبيعة كل منهما تختلف عن الآخر: تغطية السكان بالخدمات الصحية الأساسية وتغطية السكان بالحماية المالية. ويجب تقييم التقدم المحرز بشأن المقياسين بالتزامن.
 - يجب أن تشتمل مقاييس التغطية الطيف الكامل لمختلف التدخلات الصحية الأساسية، من حيث تعزيز الصحة، والوقاية، والعلاج، وإعادة التأهيل والعناية الملطفة، فضلاً عن التكاليف الأخرى ذات الصلة.
 - ينبغي لمقاييس تغطية الخدمات الصحية والحماية المالية أن تعود بالنفع على مجموع السكان على مدار حياتهم، بما في ذلك جميع الأعمار وكلا الجنسين.
 - يجب أن تعبر المقاييس عن جميع مستويات النظام الصحي. وتتم بعض التدخلات - مثل ضرائب التبغ - على مستوى المجتمع، بينما تُقدّم تدخلات أخرى مثل رعاية التوليد الطارئة في المرافق الصحية. وبالمثل، يجب أن تغطي مقاييس الحماية المالية جميع مستويات النظام الصحي؛ حيث إن التكاليف المتكبدة للقيام بالخدمات قد تختلف بشكل كبير.
 - يجب أن تكون المقاييس العالمية ذات صلة بجميع البلدان، بغض النظر عن دخلها القومي؛ فخلافاً للأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة، والتي تركز بشكل أساسي على الدول منخفضة الدخل والبلدان ذات الدخل الأقل من المتوسط، فإن أهداف التنمية لجدول أعمال ما بعد 2015 تم جميع البلدان. وحتى في حالة البلدان التي لديها مجموعة أكبر من المؤشرات لقياس تقدمها، فإنه يتعين عليها اتباع معايير مشتركة للقياس وتضمين مقاييس عالمية.
 - يجب تقسيم المقاييس وفقاً للشرائح الاجتماعية الاقتصادية والطبقات السكانية؛ للسماح بتقييم التوزيع العادل لتغطية الخدمات والحماية المالية. يوجد في جميع النظم الصحية، تدرج كبير في مخاطر اعتلال الصحة والوصول إلى الخدمات وتغطية كلفتها وفقاً لدخل الأسرة، ومحل الإقامة، والجنس، وعوامل أخرى.

الاعتبارات المنهجية

يجب الأخذ بالحسبان عدد من الافتراضات والاعتبارات المنهجية عند تطبيق هذه المبادئ على مقياسي التغطية الصحية الشاملة: تغطية الخدمات الصحية الأساسية والحماية المالية.

تغطية الخدمات الصحية الأساسية

يمكن تصنيف مقاييس رصد التدخلات الصحية المحددة ومقدار الخفض في مستوى عوامل الخطورة بشكل مختلف؛ تبعاً للحالة، ونوع التدخل، وخصائص الفئة السكانية المستهدفة، ومستوى تقديم التدخل. في إطار عمل رصد التغطية الصحية الشاملة هذا، يتم وضع المقاييس

في فئتين واسعتين لتغطية طيف التدخلات، هي: الوقاية (التي تتضمن الخدمات الخاصة بتعزيز الصحة والوقاية) والعلاج (الذي يتضمن خدمات مثل العلاج، وإعادة التأهيل، وخدمات الرعاية الملطفة). ثمة مؤشرات كثيرة خاصة بتغطية الخدمة، ويتمثل الهدف المنشود في تقليص عدد المؤشرات واستخدام أقل القليل منها لتتبع التقدم. نقترح تبني مجموعة من المؤشرات "التبعية" لرصد التقدم في التغطية الصحية الشاملة المستندة على المعايير التالية:

- **الارتباط بالموضوع:** هل تقيس المؤشرات الأحوال الصحية التي تمثل الأولويات؟ هل التدخل فعال من حيث الكلفة؟ هل هناك احتمال قائم لأن تقود الخدمة أو الأوضاع التي يتم التعامل معها (على سبيل المثال تعزيز الصحة) إلى تحمل مصروفات رعاية صحية ضخمة؟
- **الجودة:** هل تمثل المؤشرات تغطية فعالة أو تغطية معدلة الجودة؟ أو هل يمكن استخدام المؤشرات التكميلية للحصول على معلومات حول جودة الخدمة؟
- **التوفر:** هل يتم قياس المؤشرات بصورة منتظمة وموثوق منها وعلى نحو قابل للمقارنة (أي باستخدام بسط الكسر، والعوامل المشتركة، والتقسيم وفقاً لمبدأ العدالة) مع الأدوات الحالية (على سبيل المثال عمليات المسوحات الأسرية، أو نظم معلومات المرافق الصحية)؟

ثمة مؤشرات قليلة جداً تفي بالمعايير الثلاثة بالكامل. يكشف تطبيق هذه المعايير الكثير من المؤشرات المتاحة ذات الصلة ذات النوعية الجيدة على تغطية الخدمة مع تدخلات الوقاية (7). يوجد بالفعل عدد من المؤشرات الراسخة لتغطية الخدمة مع التدخلات الرامية إما لتعزيز الصحة أو الوقاية من المرض. وتتضمن هذه المؤشرات مؤشرات التغطية المتعلقة بالأهداف الإنمائية للألفية (مثل تغطية التطعيمات)، والمؤشرات المتفق عليها التي يمكن استخدامها لرصد تغطية التدخلات، وذلك للوقاية من الأمراض غير المعدية (مثل عدم استخدام التبغ).

تعكس الندرة النسبية للمؤشرات الجيدة على التغطية العلاجية الصعوبة في تحديد الاحتياجات الخاصة بالحالات التي تؤثر فقط على جزء من السكان وغالباً ما تتطلب تلقي الرعاية في مرفق صحي، مثل علاج السرطان أو استئصال الزائدة الدودية. ويعد هذا أمراً في غاية الأهمية؛ حيث إن الأمراض التي تتطلب دخول المستشفى أو علاجاً طويلاً المدى ترتبط أحياناً بمخاطر مالية أعلى، وقد يتنازل الكثير من الأفراد عن تلقي هذه الخدمات، لتعثرهم في توفير نفقاتها. حتى في البلدان مرتفعة الدخل، التي تتوفر لديها بيانات موسعة، فالقليل جداً من المؤشرات الدالة على التغطية العلاجية تستخدم بشكل روتيني (8). وبالرغم من ذلك، بالنسبة لحالات مثل ارتفاع ضغط الدم أو السكري، التي يتم فيها إجراء اختبارات سريرية، قد تساعد المسوحات الأسرية في تحديد حجم السكان المحتاجين للرعاية الصحية، وكذلك عدد السكان الذين تم علاجهم.

ومن ثم، استناداً على المؤشرات المتفق عليها من قبل منظمة الصحة العالمية الخاصة برصد تغطية الأهداف الإنمائية للألفية والأمراض غير المعدية، يطرح إطار العمل قياساً لتغطية مجموعة تدخلات وقاية وتدخلات علاج تبعية (أنظر الأمثلة التوضيحية الواردة أدناه). ويمكن الإضافة على هذه المجموعة الأساسية من التدخلات مع الوقت وحسبها وعندما تتوفر مقاييس قابلة للمقارنة وموثوق منها لتغطية مجالات التدخلات الأخرى، مثل إعادة التأهيل و الرعاية الملطفة. ويتضمن عددٌ من هذه المؤشرات عنصر الجودة، المشار إليه في كثير من الأحيان باسم "التغطية الفعالة"، بدلاً من الاكتفاء بمجرد قياس التغطية "التوسعية". وفيما يتعلق بالخدمات الأخرى، من المطلوب توافر مؤشرات إضافية لتغطية الخدمة للتعبير عن الجودة.

تغطية الحماية المالية

المؤشران المستخدمان على نحو شائع لتتبع مستوى الحماية المالية في مجال الصحة هما: حالات تكبد مصروفات صحية «كارثية» وحدوث حالات الإفقار بسبب سداد مدفوعات صحية من المال الخاص.^٣ ويوضح العنصر الأول عددًا من الأسر بجميع مستويات الدخل التي تتحمل مدفوعات صحية تزيد عن مواردها، في حين يعبر العنصر الثاني عن الدرجة التي يتسبب بها الإنفاق الصحي في حدوث ضائقة شديدة عن طريق الضغط على العائلات والانزلاق بها تحت خط الفقر.^٤ لا يعبر مؤشر الإفقار عن الأسر التي تم الضغط عليها بصورة كبيرة حتى الانزلاق إلى مستوى الفقر بسبب إنفاق مصروفات على الصحة من مالها الخاص، وثمة طريقة بسيطة لحساب هذه القيمة وهي إضافة عدد الأسر غير الفقيرة التي انزلت إلى برائن الفقر بفعل الإنفاق على الصحة إلى عدد الأسر الفقيرة من الأساس والتي تتحمل مدفوعات من دخلها الخاص. و المجموع الكلي ببساطة هو عدد الأسر التي تم الدفع بها للانزلاق إلى مستوى الفقر، أو إلى الفقر المدقع بسبب الإنفاق على الصحة.

ويقوم مقياسا تقييم الحماية المالية فعليًا بتقييم النقص في الحماية المالية في مجال الصحة، ويمكن إعادة صياغتهما؛ بحيث تمثل التغطية بنسبة 100% الحماية المالية الكاملة (9). وبالتالي، سوف يعبر مؤشر الإنفاق الكارثي عن «الحماية من الإنفاق الكارثي»، وسوف يقبس نسبة السكان الذين لم يخبروا مدفوعات كارثية. سوف يعبر مؤشر الإفقار عن «الحماية من الإفقار»، كما سيقبس نسبة السكان الذين لم يتعرضوا للإفقار من خلال الإنفاق من مالهم الخاص. ويجدد مقياس الإفقار الإضافي المقترح نسبة الأسر الفقيرة بالفعل التي لم يتم حملها على الانزلاق إلى مستوى أكبر من الفقر نتيجة دفع مصروفات من مالها الخاص.

العدالة في التغطية

وبعد الالتزام بإقامة العدالة حجر الأساس في التغطية الصحية الشاملة. مع ذلك، نرى في البلدان التي تتخذ سبيلها نحو التغطية الصحية الشاملة، أن ثمة خطرًا يحدق بها في التغافل عن القطاعات السكانية الأفقر والأقل في الامتيازات (10). ومن ثم، إضافة إلى قياس مستويات تغطية الخدمات الصحية الأساسية والحماية المالية، فمن الضروري تقسيم المقاييس وفق مجموعة من «عوامل التقسيم» الاجتماعية-الاقتصادية والسكانية. ولرصد تحقيق العدالة في التغطية على المستوى القطري، فإن اختيار عوامل التقسيم يجب ان تكون مدعومة بتقييم العوامل البارزة والعوامل القابلة للقياس، في ضوء البيانات المتاحة.

يقترح إطار العمل العالمي ثلاثة عناصر أساسية للتقسيم يمكن قياسها على نحو قابل للمقارنة في جميع الظروف: دخل الأسرة، أو المصروفات، أو الثروات (تغطية القطاع الأفقر من السكان كما تمت مقارنته مع القطاعات الأغنى)^٥ ومحل الإقامة (الريف أو الحضر) والجنس.

أهداف تقييم التقدم على المستوى القطري نحو التغطية الصحية الشاملة

يعد وضع أهداف معينة محددة زمنيًا أمرًا بالغ الأهمية للتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. ويشمل ذلك التعرف من واقع البيانات المتاحة على تحسينات تتمتع بدرجة كبيرة من الطموح، و مع ذلك قابلة للإنجاز، ليتم إدخالها على التغطية العادلة للخدمات الصحية الأساسية والحماية المالية.

رصد التقدم نحو تقديم التغطية الصحية الشاملة على المستويين المحلي والعالمي

والهدف النهائي أو الأسمى من التغطية الصحية الشاملة فيما يتعلق بتغطية الخدمة هو تمكن كل فرد من الحصول على الخدمات الصحية الأساسية التي يحتاجها، أو بعبارة أخرى تغطية بنسبة 100%. وأثناء المحافظة على هذه التغطية كهدف نصب أعيننا، يُمكن وضع أهداف مبنية على البيانات الأساسية التجريبية والاتجاهات السابقة في السكان جميعًا وبين الفئات الأشد فقرًا، مع الأخذ في الحسبان المشكلات في قياس الحاجة والتغطية الفعالة. وفيما يتعلق ببعض خدمات الوقاية، مثل تغطية التطعيمات لمولدات مضادات معينة، فمن المنطقي وضع أهداف أكثر طموحًا لتطعيم الأطفال بالكامل عند النظر إلى المستويات الحالية والاتجاهات السابقة، ولكن الاكتفاء بأهداف لا تصل إلى هذا القدر من التغطية المتكاملة قد يتناسب بشكل أفضل مع المعايير "التي تتسم بدرجة كافية من الطموح لكنها تظل قابلة للتحقيق". ويجب أن تتضمن الأهداف أيضًا مراعاة مشكلات القياس. وفيما يتعلق ببعض الخدمات، مثل علاج ارتفاع ضغط الدم، قد تصل التغطية الفعالة إلى 100% فقط في حالة كان العلاج فعالاً بنسبة 100%، وقلما يحدث ذلك. وبالمثل، تعتمد مؤشرات العلاج (مثل العلاج الخاص بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية HIV) في كثير من الأحيان على الحاجة التي تم تقديرها، ونادرًا ما يكون ذلك دقيقًا بالدرجة الكافية لوضع هدف بنسبة 100%. وبالتالي، فإن إطار الرصد هذا يحدد هدفًا لا يقل عن 80% من تغطية الخدمات الصحية الأساسية، بغض النظر عن مستوى الشراء، أو محل الإقامة، أو الجنس. وبالنسبة للحماية المالية، توحى البيّنات المتوافرة إلى أن الهدف الطموح والقابل للتحقيق هو توفير الحماية بنسبة 100% من سداد مدفوعات صحية كارثية ومؤدية إلى الإفقار للسكان بأكملهم بالإضافة إلى طبقة السكان المقترح أن تشملهم العدالة في التغطية. ويمكن تحديد نسب التحسينات الضرورية لتحقيق هذه الأهداف في التغطية خلال 15 عامًا القادمة (حتى عام 2030) من واقع مستويات التغطية في عام 2015، مع الأهداف متوسطة المدى للأعوام 2020 و 2025.

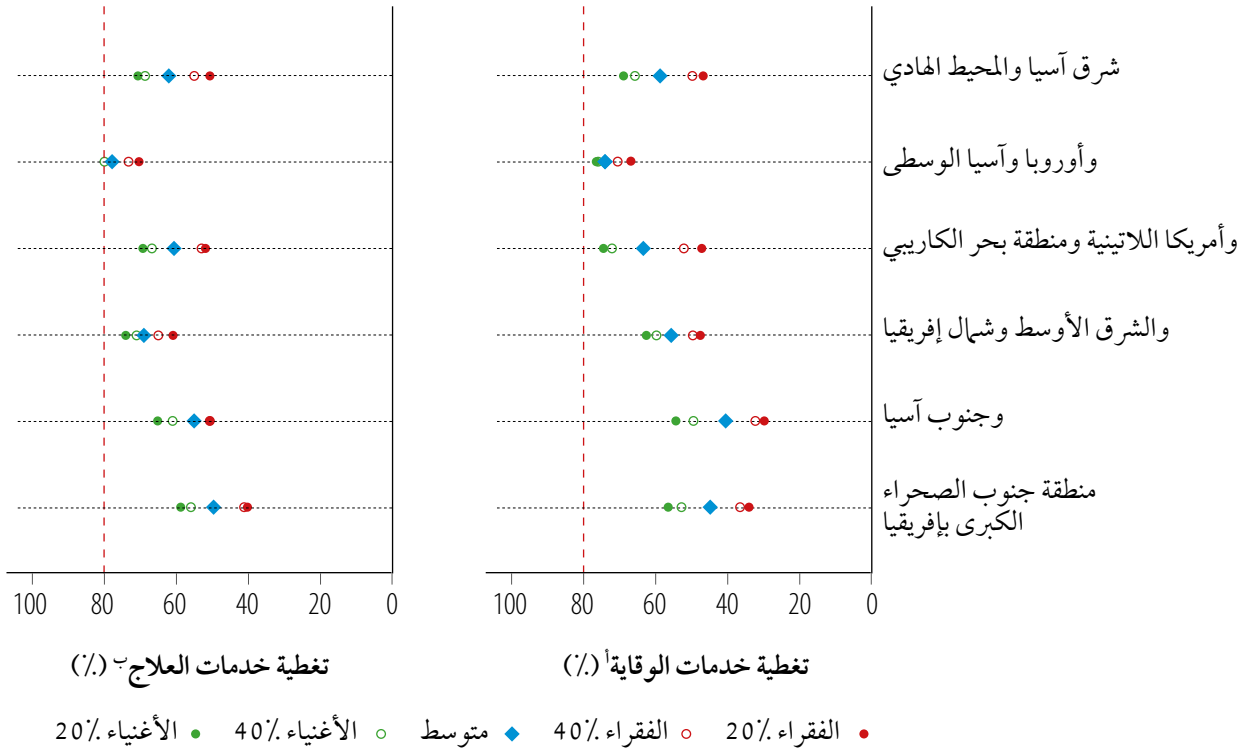
المقاييس العالمية التوضيحية لرصد التغطية الصحية الشاملة

يحدد هذا القسم أهداف التغطية الصحية الشاملة والمؤشرات التوضيحية لتغطية خدمات الصحة الأساسية والحماية المالية، بناءً على إطار العمل والطرق المنهجية للقياس المذكور أعلاه، ووفقًا للتجمعات الإقليمية.

مقاييس تغطية الخدمات الأساسية

فيما يلي إيضاحات لمؤشرات تغطية الخدمات الأساسية لإطار عمل الرصد. في المثال الأول، يتم استخدام البيانات الخاصة بأربعة بلدان لمقارنة التغطية بخدمات الوقاية وخدمات العلاج (الشكل 1). فيما يتعلق بخدمات الوقاية، يتم تحديد ستة مؤشرات كما يلي: الوفاء بمتطلبات تنظيم الأسرة، والقيام بأربع زيارات للرعاية على الأقل للسيدات الحوامل، وتطعيم الأطفال ضد الحصبة، وتحسين موارد المياه، والعادات الصحية الجيدة، وعدم استخدام التبغ. للوفاء بخدمات العلاج، يتم تحديد ستة مؤشرات أخرى تتعلق بخمسة مجالات للتدخل وهي كما يلي: الولادة عن طريق مولدة ماهرة، والعلاج المضاد للحمى، واكتشاف حالات السل، ونجاح العلاج (هاتان الخطوتان تشكلمان مؤشرًا واحدًا)، وعلاج ارتفاع ضغط الدم، وعلاج السكري. النقاط في الشكل رقم (1) توضح التغطية بكل تدخل، ويمثل الشريط المتوسط المرجح لنسب التغطية بتدخلات الوقاية والعلاج (7).

الشكل 2 تغطية خدمات الوقاية والعلاج، بحسب الإقليم



أ خدمات الوقاية: صورة الثدي الشعاعية، ولطاخة بابانيكولاو، والرعاية السابقة للولادة (أكثر من أربع زيارات)، ولقاح الحصبة، ومصادر المياه المحسنة؛ ومرافق الصرف الصحي الملائمة؛ وعدم استخدام التبغ.

ب خدمات العلاج: توفير القابلات الماهرات عند الولادة، والعلاج المضاد للفيروسات الرجعية، وعلاج السل، والسكري، ورعاية الفم والأسنان، وجراحة العيون.

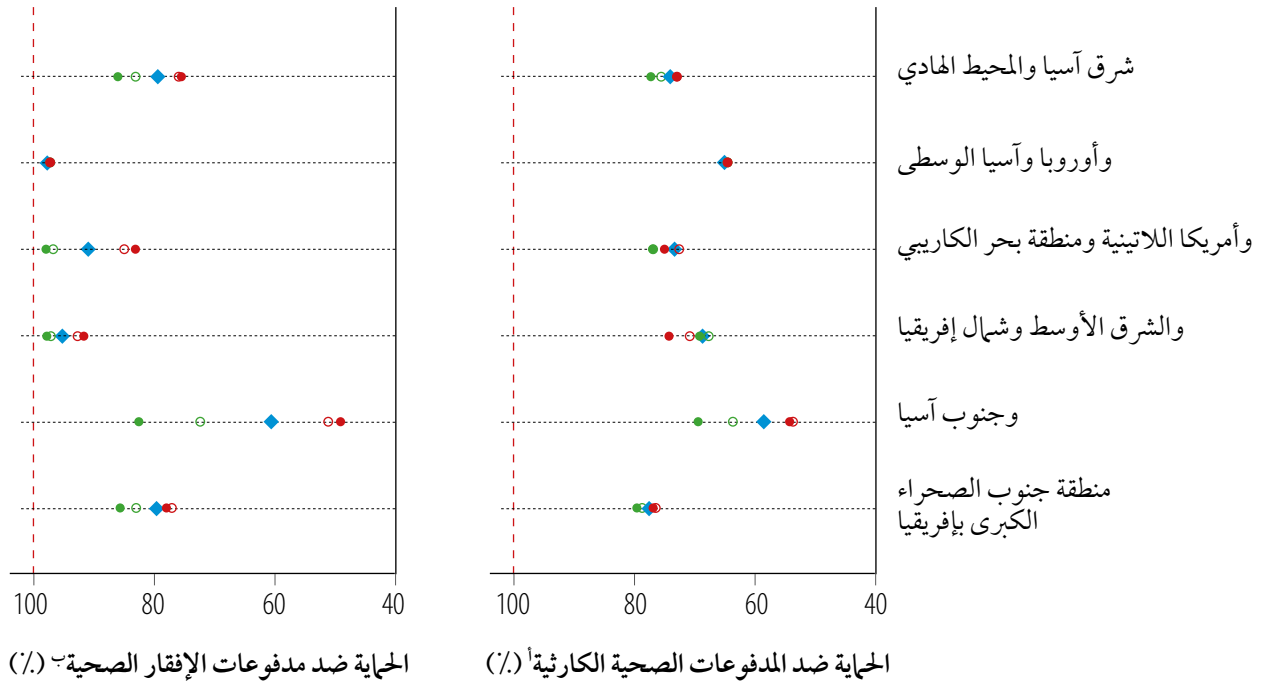
المصدر: الاستقصاء الصحي العالمي (2002-2003).

مقاييس الحماية المالية

تمت الاستعانة ببيانات الاستقصاء الصحي العالمي لإعداد مقاييس لتغطية الحماية المالية: نسبة الأسر التي لا تتحمل أي تكاليف كارثية ونسبة الأسر التي لا تتعرض للإفطار عند تحملها المدفوعات من مالها الخاص ولا تؤدي بها لمزيد من الفقر. وفي كل حالة، نعرض نتائج السكان بالكامل بالإضافة إلى النتيجة الخاصة بالشريحة الأكثر فقراً والتي تمثل 20% و 40%^ط.

الشكل 3 يظهر أن أسعار الحماية المالية ضد الإنفاق الكارثي أقل بكثير من الحماية المالية ضد الإفطار. ولذلك، فإن القصور في التغطية نسبة إلى التغطية المستهدفة والتي تبلغ 100% في الحماية المالية أقل بكثير فيما يتعلق بالحماية ضد إنفاق الإفطار مقارنة بالحماية ضد الإنفاق الكارثي. إن مقارنة بعد تحقيق العدالة المتعلقة بالنفقات الكارثية ونفقات الإفطار يظهر أن الطبقة الأكثر فقراً والتي تبلغ 20% و 40% تتمتع بحماية أقل ضد نفقات الإفطار، بينما تجعل النفقات الكارثية للفقراء أكثر سوءاً في جنوب آسيا فقط.

الشكل 3 مقاييس الحماية المالية ضد مدفوعات الصحة الكارثية ومدفوعات الإفطار، بحسب الإقليم



● الفقراء 20% ○ الفقراء 40% ◆ متوسط ○ الأغنياء 40% ● الأغنياء 20%

أ نسبة السكان الذين لا ينفقون أكثر من 25% من النفقات غير الغذائية على الرعاية الصحية.
 ب نسبة السكان الذين لا يواجهون خطر الإفطار عند تحملهم المدفوعات من أموالهم الخاصة ولا تدفعهم لمزيد من الفقر.
 المصدر: الاستقصاء الصحي العالمي (2002-2003).

التوصيات

من الممكن استخدام إطار عمل الرصد المبين في هذه الورقة لترجمة هدف التغطية الصحية الشاملة إلى مقاييس التقدم والتي يجب أن تتسم بالمصدقية وقابليتها للمقارنة بين البلدان. ومن الممكن لهذه المقاييس مجتمعة أن تقدم لمحة سريعة عن أداء النظام الصحي بالتغطية لبعض الخدمات الصحية الأساسية والحماية المالية، للسكان ككل وللمجموعات الحرجة التي تسعى للعدالة استناداً إلى دخل الأسرة، والنفقات أو الثروة، ومحل الإقامة والجنس. كما أن الاستعانة بالأهداف والمؤشرات التوضيحية الواردة في هذه الورقة يتيح للدول التعرف على فجوات التغطية التي تعاني منها والتحقق من مدى سرعة ومقدار التحسن الذي عليها إحرازه في أداء النظم الصحية لتحقيق التقدم المرجو نحو التغطية الصحية الشاملة.

تم تصميم إطار عمل رصد التغطية الصحية الشاملة لتسهيل مقارنة التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة بين البلدان. ومن المتوقع أن تقوم كل بلد بإضافة مقاييس جديدة لتغطية الخدمة وتقسيم الطبقات الساعية للعدالة لتهيئة رصد التغطية الصحية الشاملة بما يتناسب مع سياق كل دولة على حدة.

إن رصد التغطية الصحية الشاملة ليس بديلاً عن مقاييس أداء النظم الصحية الأخرى، مثل تحسين الوضع الصحي أو كثافة العاملين بمجال الصحة وتوزيعهم، بل ينبغي التعامل مع الرصد بوصفه الجزء الأساس لإطار عمل الرصد الشامل الذي ترتبط فيه المدخلات بالمحصلات الصحية. إن المقاييس المقترحة في هذه الورقة قد تقدم مساهمة قيمة لتقييم أداء النظم الصحية لتحقيق المحصلات الصحية المرجوة.

يقدم إطار عمل الرصد الأهداف والغايات والمؤشرات التوضيحية التالية للتغطية الصحية الشاملة (الإطار 1).

الاستثمار في تحسين رصد التغطية الصحية الشاملة

صُمم إطار عمل رصد التغطية الصحية الشاملة الوارد في هذه الورقة حتى يكون بمثابة نقطة انطلاق. وفي الوقت الحالي، يواجه رصد التغطية الصحية الشاملة العالمية والقطرية قيوداً ناتجة عن العدد المحدود لمؤشرات تغطية الخدمة ذات الصلة والتي تتعلق بالجودة المعقولة وإمكانية القياس بالأدوات القائمة بالفعل، وعلى وجه الخصوص لتغطية خدمات العلاج. كما يواجه تتبع التقدم المحرز في مقاييس الحماية المالية أيضاً معوقات ناجمة عن نقص البيانات. ولهذا فمن الضروري ضخ مزيد من الاستثمارات لتطوير وسائل إعداد مجموعة أكثر شمولاً من مؤشرات التغطية الصحية الشاملة. وعلاوة على ذلك، فإن الاستثمار في جمع البيانات من خلال الاستقصاءات الخاصة بالأسر عبر مجموعة معيارية من الأسئلة، وجمع البيانات من مرافق الخدمات المقدمة بهدف تقييم تغطية الخدمات والحماية المالية من الأمور المهمة للصالح العام العالمي والانتفاع المجدي بمخصصات الإنفاق في إطار السعي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

التغطية الصحية الشاملة وإطار عمل التنمية لما بعد 2015

إن رصد التقدم المحرز لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة أمر أساسي لتحقيق الأهداف العالمية لمجموعة البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية والأهداف الإنمائية للألفية وإطار التنمية العالمي المنبثق لما بعد 2015 (2). وقد وضعت مجموعة البنك الدولي هدفاً عالمياً يتمثل في وضع حد للفقر المدقع بحلول عام 2030. ولهذا فإن التغطية الصحية الشاملة أمر بالغ الأهمية لتحقيق هذا الهدف، حيث إنها سوف تمنع إفقار مئات الملايين من الأسر نتيجة لدفعهم تكاليف الخدمات الصحية من ماله الخاص. تضع منظمة الصحة العالمية ضمان الحق في الصحة والتمتع بأعلى مستويات الصحة للجميع على قمة أولوياتها. وتضمن التغطية الصحية الشاملة الأحقية في التمتع بالخدمات الصحية والتي تعد من العوامل المساهمة المهمة في تحسين الحالة الصحية للسكان في جميع البلدان. وبالمثل، فإن الهدف العالمي لمجموعة البنك الدولي الرامي إلى تعزيز الرخاء المشترك للطبقات الأكثر فقراً والتي تمثل 40٪ من السكان في كل بلد نام يتوافق بشكل وثيق مع تركيز منظمة الصحة العالمية على العدالة وتوصيات الفريق رفيع المستوى "لربط" العدالة بجميع تدابير ما بعد 2015. وهناك إجماع على أن جدول أعمال ما بعد عام 2015 يجب أن يتناول جدول الأعمال غير المنتهي للأهداف الإنمائية للألفية الخاصة بالصحة بالإضافة إلى العبء الناجم عن الأمراض غير المعدية، بما في ذلك الصحة النفسية والإصابات. وهناك بالفعل أساس قوي لمؤشرات الصحة التي يمكننا البناء عليها، بما في ذلك مؤشرات تغطية التدخل (17) الخاصة بالأهداف الإنمائية للألفية الخاصة

الإطار 1 الأهداف والغايات والمؤشرات التوضيحية للتغطية الصحية الشاملة

الهدف

الوصول للتغطية الصحية الشاملة. أن يحصل جميع السكان على الخدمات الصحية الأساسية التي يحتاجون إليها بجدوة عالية دون التعرض لضائقة مالية.

الغايات

- أن يحصل جميع السكان، بحلول عام 2030، بغض النظر عن دخل الأسرة أو النفقات أو الثروة أو محل الإقامة أو الجنس، على 80% على الأقل من تغطية الخدمات الصحية الأساسية.
- أن يحصل كل فرد في المجتمع بحلول عام 2030 على حماية مالية بنحو 100% من النفقات المدفوعة من الأموال الخاصة في مقابل الخدمات الصحية.

المؤشرات

1. تغطية الخدمات الصحية

1.1 الوقاية

1.1.1 المجمع: التغطية بمجموعة من التدخلات التتبعية لخدمات الوقاية.

1.1.2 العدالة: مقياس لتغطية خدمة الوقاية كما ورد أعلاه، مقسم لمستويات مختلفة بحسب مؤشر الثروة، ومحل الإقامة والجنس.

1.2 العلاج

1.2.1 المجمع: التغطية بمجموعة من التدخلات التتبعية لخدمات العلاج.

1.2.2 العدالة: مقياس لتغطية خدمة العلاج كما ورد أعلاه، مقسم لمستويات مختلفة بحسب مؤشر الثروة، ومحل الإقامة والجنس.

2. تغطية الحماية المالية

2.1 نفقات الإفطار

2.1.1 المجمع : يتمتع قطاع من السكان بالحماية ضد الإفطار الناجم عن النفقات الصحية من المال الخاص، ويتضمن نوعين من الأسر: الأسر التي توجد بالفعل تحت خط الفقر استناداً إلى معدلاتها من الاستهلاك والذين يتحملون بالفعل النفقات الصحية من مالهم الخاص مما يدفعهم إلى الانحدار نحو هاوية الفقر المدقع، والعائلات التي يدفعها الإنفاق من مالها الخاص تحت خط الفقر.

2.1.2 العدالة: جزء من الأسر المحمية ضد الإفطار أو الانحدار للمعانة من مستويات أفسى من الفقر نتيجة للنفقات الصحية التي تدفعها من مالها الخاص، مقسمة لمستويات مختلفة حسب مؤشر الثروة، ومحل الإقامة والجنس.

2.2 النفقات الكارثية

2.2.1 المجمع: جزء من الأسر المحمية من تحمل النفقات الصحية الكارثية التي تدفعها من أموالها الخاصة.

2.2.2 العدالة: جزء من الأسر المحمية من تحمل النفقات الصحية الكارثية التي تدفعها من أموالها الخاصة، مقسمة لمستويات مختلفة بحسب مؤشر الثروة، ومحل الإقامة والجنس.

بالصحة، مثل التطعيم وتغطية العلاج المضاد للفيروسات الرجعية، والتدخلات ذات الأولوية الموصى بها المتعلقة بالأمراض غير المعدية (12 و 13) ومؤشرات الحماية المالية (14). وسوف يتم مواصلة العمل بالتشاور مع البلدان والشركاء لتحديد وتعريف مؤشرات معينة للوقاية والعلاج. كما ينبغي الإقرار بأهمية التأثيرات متعددة القطاعات على الصحة، على الرغم من أنه لم ترد بوضوح في هذه الورقة. فضلاً عن الحاجة إلى مزيد من العمل لربط رصد التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة برصد المحددات الاجتماعية والبيئية الرئيسية للصحة والتنمية المستدامة. ■

المراجع

1. The world health report – health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 29 April 2014).
2. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development. Report of the High-level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. New York: United Nations; 2013 (<http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/05/UN-Report.pdf>, accessed 29 April 2014).
3. Technical meeting on measurement and monitoring of universal health coverage, Singapore, 17–18 September 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/universal_health_coverage_meeting_sept2013/en, accessed 29 April 2014).
4. Meeting on measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage, Rockefeller Foundation Center, Bellagio, 17–21 September 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/entity/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_Meeting_Bellagio_Sep2012_Report.pdf?ua=1, accessed 29 April 2014).
5. Monitoring progress towards universal health coverage: a conversation with civil society partners, 21 January 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Meeting_CivilSociety_Jan2014_Report.pdf?ua=1, accessed 29 March 2014).
6. World Health Organization, International Health Partnership. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/documentation/en, accessed 29 April 2014).
7. Boerma T, Abouzahr C, Evans D, Evans T. Monitoring the coverage of services in the context of universal health coverage. PLoS Med. Forthcoming
8. Health at a glance: Europe 2012. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/healthataglanceeurope.htm>, accessed 7 May 2014).
9. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. PLoS Med. Forthcoming
10. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? Lancet. 2011;377(9784):2160–1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62058-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62058-2) PMID: 21084113
11. Monitoring maternal, newborn and child health; understanding key progress indicators. A report prepared by Countdown for Maternal, Newborn and Child Health, Health Metrics Network and WHO. Geneva: World Health Organization; 2011.
12. Resolution A/RES/66/2. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. New York: United Nations General Assembly; 2012 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2, accessed 29 April 2014).
13. Resolution EB130.R7. Follow-up to the High-level Meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. In: Executive Board 130th session, Geneva, 16–23 January 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2012 (EB130/2012/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130-REC1/B130_REC1-en.pdf, accessed 29 April 2014).
14. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood). 2007;26(4):972–83. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972> PMID: 17630440

ملاحظات

- أ في سياق هذا الإطار، تستخدم كلمة «أساسي» لوصف الخدمات التي تقرر الدولة ضرورة توفرها على الفور لجميع المحتاجين. ويختلف هذا باختلاف المكان. وسوف يركز الرصد العالمي على المجموعات الفرعية الأساسية التي من المتوقع أن تغطيها جميع البلدان.
- ب على الرغم من أن قياس المؤشرات يختلف اختلافاً كبيراً، فهناك قبول واسع للمفاهيم.
- ج هناك مؤشران آخران يستخدمان في بعض الأحيان، على الرغم من أنها أقل إمكانية للاستيعاب وليس في تناول واضعي السياسات، وهما «عمق الفقر»، إلى أي مدى تزيد المدفوعات الصحية الخاصة من سوء حالة الأسرة التي تقع في مستوى ما قبل خط الفقر، و«متوسط الحد الإيجابي للإنفاق الكارثي» وهي متوسط المبلغ الذي تتجاوزه الأسر المتضررة من الإنفاق الكارثي والذي يستخدم لتحديد الإنفاق الصحي الكارثي.
- د غالباً ما يتم تحديد الطبقة الأكثر فقراً من السكان بقياسات مؤشر ثروة الأسر التي تسمح بتحليل التغطية بمؤشر الثروة، وتمثل نسبة الطبقة الفقيرة 40% أو 20% من الأسر.
- هـ يلزم مزيد من التحليل للاتجاهات الزمنية في التغطية بتدخلات الوقاية والعلاج وتقديرات خط الأساس لعام 2015 وأسعار تحسين التغطية حتى عام 2030 بغرض التوسع في تحديد هدف تغطية العلاج.
- و تشبه أقاليم مجموعة البنك الدولي أقاليم منظمة الصحة العالمية إلى حد كبير ولكن لا يمكن مقارنتها بها: شرق آسيا والمحيط الهادي (منطقة غرب المحيط الهادي لمنظمة الصحة العالمية)، وأوروبا وآسيا الوسطى (الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية)، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (الأمريكتان لمنظمة الصحة العالمية)، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية)، جنوب آسيا (جنوب شرق آسيا لمنظمة الصحة العالمية) ومنطقة جنوب الصحراء الكبرى بإفريقيا (الإقليم الإفريقي لمنظمة الصحة العالمية).
- ز استند الاستقصاء الصحي العالمي، الذي أجري في 70 بلداً في الفترة 2002-2003، على استبانة الأسر والتي تغطي الحاجة إلى عدد كبير من التدخلات وتلقيها لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية والحد من عبء الحالات المزمنة والإصابات، فضلاً عن النفقات الصحية وغير الصحية (بها في ذلك المواد الغذائية) على مستوى الأسرة. وقد تم تحديد الأسر الأكثر فقراً بنسبة 40% من «مؤشر الثروة» للأسر، والذي يوفر التقسيم الطبقي اللازم لتدابير تحقيق العدالة لكل من تغطية الخدمة والحماية المالية.
- ح معظم أسعار التغطية المأخوذة من الاستقصاء الصحي العالمي لخدمات العلاج قد تؤدي إلى تضخيم قيمة التغطية، وذلك لأن المعلومات مبلغ عنها ذاتياً، وبالتالي فإنها لا تعبر عن لمن لم يتم تشخيص حالاتهم.
- ط عند حساب الإنفاق الكارثي، يتم قياس القدرة على الدفع من الاستهلاك غير الغذائي. وتم تحديد عتبة الإنفاق الكارثي عند 25%. واستخدم خط الفقر العالمي الذي يبلغ 1.25 دولار أمريكي يومياً لحساب الإفقار.

