



الأمم المتحدة
المجلس الاقتصادي والاجتماعي
اللجنة الاقتصادية لأفريقيا

الاجتماع الثالث عشر للجنة الخبراء



مفوضية
الاتحاد الأفريقي

الاجتماع السادس للجنة الخبراء

اجتماع لجنة الخبراء للاجتماعات السنوية المشتركة الرابعة
لمؤتمر الاتحاد الأفريقي لوزراء الاقتصاد والمالية
ومؤتمر لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأفريقيا
لوزراء المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية



Distr.: General

E/ECA/COE/30/22
AU/CAMEF/EXP/22(VI)
التاريخ: 11 فبراير 2011

أديس أبابا، إثيوبيا
2011-27 مارس

الأصل: إنجليزي

مذكرة إعلامية: 10 سنوات بعد "التزام أبوجا" بتخصيص 15% من الميزانيات الوطنية
للصحة

مذكرة إعلامية: 10 سنوات بعد "التزام أبوجا" بتخصيص 15% من الميزانيات الوطنية للصحة¹

1. مقدمة

يعتبر الاستثمار البعيد المدى في الصحة عاملا رئيسيا في تحقيق التنمية الاقتصادية. وأكبر ثروة لأي مجتمع تكمن في رأسماله البشري. ومن المحال إنجاز تراكم مستدام هام للمعارف والمهارات ونقلهما - وهو ما يعتبر شرطا مسبقا للتنمية الصناعية والتكنولوجية والاقتصادية - في محيط يسود فيه ارتفاع معدلات الوفيات والاعتلال وقصر متوسط العمر المتوقع في صحة جيدة. يتمتع الإقليم الأوروبي وغربي المحيط الهادي والأمريكتان كلها على سبيل المثال، بمتوسط عمر متوقع في صحة جيدة يبلغ 67 سنة، بينما هذا المتوسط للعمر المتوقع في أفريقيا هو 45 سنة².

اعترفت الدول الأفريقية بما للصحة من آثار حاسمة على التنمية³ وأكدت مرارا التزامها بزيادة وتحسين استثماراتها في مجال الصحة. ففي أبريل 2001، اجتمع رؤساء الدول والحكومات الأفريقيون في أبوجا، نيجيريا، وأعلنوا التزاما ماليا ببلوغ الأهداف الإنمائية للألفية من خلال التعهد بتخصيص ما لا يقل عن 15% من ميزانياتهم الوطنية للصحة. وتم تأكيد هذا الالتزام مجددا خلال القمة الخاصة حول فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز والسل والملاريا في 2006، في أبوجا، وخلال الدورة الخامسة عشرة لقمة الاتحاد الأفريقي العادية في 2010 في كمبالا. وكحدث جانبي للدورة الخامسة عشرة لقمة الاتحاد الأفريقي العادية في 2010، أجرى وزراء الاتحاد الأفريقي للصحة والمالية ببالغ الاهتمام متابعة لهذه الالتزامات من خلال استئارة الأفكار حول إيجاد حلول للتحديات التي تواجه تمويل الصحة

¹ تم إعداده بالتعاون مع التحالف الأفريقي للصحة العامة

² إحصائيات الصحة العالمية 2010

³ الاتحاد الأفريقي، 1987. الإعلان حول الصحة باعتباره أساس التنمية

كما يتجلى ذلك في الحوار المنعقد في يونيو 2010 في كمبالا وفريق الحوار المقرر عقده في مارس 2011.

2. وضع الاستثمار في الصحة في أفريقيا

بعد مضي عشر سنوات على ذلك، ظل هذا التعهد غير موف به إلى حد بعيد حيث أنه قد قامت بالوفاء بتعهدات أبوجا فيما يتعلق بتمويل الصحة ستة 6 بلدان فقط من أصل الدول الـ 53 الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. إضافة إلى ذلك، لا تزال 32 دولة من أصل الدول الـ 53 الأعضاء في الاتحاد الأفريقي تخصص للصحة أقل من 20 دولارا أمريكيا للفرد، أي أقل من نصف الـ 40 دولارا أمريكيا التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية. ويشمل ذلك 11 بلدا يخصص كل منها 5 دولارات أمريكية أو أقل للفرد، وهو مبلغ لا يكفي للتصدي لمزيج من مسائل الصحة المتنوعة، وكذلك تعزيز النظم الصحية⁴.

وفي الوقت الذي لم يبق أمامنا سوى خمس سنوات لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وتخفيف أعباء الصحة الثقيلة التي تؤدي إلى خسارة في أرواح حوالي 8 ملايين نسمة في السنة جراء خمس مسائل صحية فقط من الأهداف الإنمائية للألفية (فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والملاريا وصحة الأمهات والأطفال)، فمن الأهمية البالغة التأكيد على الربط بين تحسين الاستثمار وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة.

3. وضع الأداء في مجال الصحة في أفريقيا

إن الذكرى السنوية العاشرة في أبريل 2011 للالتزامات أبوجا لعام 2001 حول تمويل الصحة، والسنة العاشرة لاستعراض الأهداف الإنمائية للألفية لعام 2010 والسنة الخامسة عشرة لاستعراض برنامج عمل المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية لعام 2010 الذي

صادف سنته الخامسة عشرة، والاستعراض الخماسي لتنفيذ نداء أبوجا إلى توفير خدمات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والسل والملاريا، واستعراض تنفيذ خطة عمل مابوتو لتنفيذ إطار السياسة القاري من أجل الحقوق الجنسية والإنجابية، وقمة الاتحاد الأفريقي في يوليو 2010 حول صحة الأمهات والرضع والأطفال وإستراتيجية 2010 العالمية الجديدة للأمن العام للأمم المتحدة حول صحة المرأة والطفل، كلها، توفر خلفية هامة وفرصة لقياس التقدم المحرز وتحسين الالتزامات المالية الأفريقية في مجال تمويل الصحة من أجل إحداث آثار أكثر فعالية.

1) الهدف 4 أ من الأهداف الإنمائية للألفية: تخفيض معدلات الوفيات بنسبة ثلثين للأطفال دون الخامسة من العمر بين 1990 و2015

يعتبر الهدف الإنمائي للألفية الذي يرمي إلى تخفيض معدل الوفيات بنسبة ثلثين للأطفال دون الخامسة من العمر هدفا نسبيا. فهو يقيس التقدم المحرز في الحد من وفيات الأطفال مع مراعاة المستوى الأولي لوفيات الأطفال⁴. فقد هبط معدل وفيات الأطفال في الأقاليم النامية بما يقرب من الثلث بين 1990 و2000، أي من 103 إلى 74 لكل ألف ولادة حية. ولقد نجحت 124 بلدا من أصل 131 في الحد من آثار وفيات الأطفال بين 1990 و2007. غير أن ثمة حالات تفاوت ضخمة من بلد إلى آخر. ففي بعض البلدان الأفريقية، لا يزال معدل الوفيات للأطفال دون الخامسة من العمر يتجاوز 200 لكل 1000 ولادة حية، مقارنة ببلدان نامية أخرى مثل تايلاند وتشيلي وكوبا حيث لا يتجاوز معدل الوفيات لدى هذه الفئة العمرية 10 لكل 1000 ولادة حية⁵.

⁴ بطاقة تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، تقييم التقدم عبر البلدان لعام 2010: حملة الأمم المتحدة للألفية، مؤسسة جيتس، معهد التنية لأموراء البحار، سبتمبر 2010.

⁵ بطاقة تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، تقييم التقدم عبر البلدان لعام 2010: حملة الأمم المتحدة للألفية، مؤسسة جيتس، معهد التنية لأموراء البحار، سبتمبر 2010.

يكن تفاوت هام بين مجموعتي البلدان في مستويات الاستثمار في الصحة؛ ففي بعض البلدان تقل النسبة المئوية من الميزانيات المخصصة للصحة عن 15% ويقل نصيب الفرد من الاستثمار في الصحة عما هو عليه في البلدان النامية المذكورة مثل كوبا وتايلاند وتشيلي. وقد بلغت بعض البلدان الأفريقية هدف أبوجا أوهي على وشك بلوغه، لكن نصيب الفرد من الاستثمار فيها (مع ما يقابل ذلك من عبء جسيم في مجال الصحة) أقل منه في بلدان نامية أخرى مثل تايلاند.⁶

بالمقارنة مع التزام رؤساء دول الاتحاد الأفريقي بأبوجا في 2001 بتخصيص ما لا يقل عن 15% من الميزانيات الوطنية للصحة، يبدو واضحا أنه ليست النسبة المئوية المخصصة فحسب، هي المهم لكن ينبغي كذلك أن يؤخذ في الاعتبار النصيب الحقيقي للفرد من الاستثمار جنبا إلى جنب مع النسبة المئوية المخصصة.⁷

2) اتجاهات معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر: زيادة الاستثمار في كل من

القطاع الصحي والمحددات الاجتماعية

أحرزت أفريقيا جنوب الصحراء تقدما كبيرا ومطلقا في الحد من الوفيات للأطفال دون الخامسة من العمر. وخفض الإقليم معدلته بنسبة 1.94 في كل ألف ولادة حية سنويا بين 1990 و 2007. والأداء في غرب وشرق أفريقيا بشكل خاص مثير للإعجاب، مع تخفيضات سنوية في معدلات الوفيات تتراوح بين 2.64 و 2.16 في ألف ولادة حية. ونظرا لارتفاع المستويات الأولية، يعتبر معدل التقدم النسبي منخفضا حيث يبلغ 20%. وقد خفض شمال أفريقيا معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر بنسب مطلقة مماثلة، أي

⁶ المرجع نفسه
⁷ المرجع نفسه

نسبة تخفيض تعادل 57% انطلاقا من المستويات الأولية.⁸ وبالرغم من التقدم الكبير، يظل معدل وفيات الأطفال مرتفعا ويشكل مصدر قلق رئيسيا في كثير من البلدان. والمتوسط الأفريقي ضعف المستوى العالمي تقريبا (124 في الألف مقابل 69 في الألف).⁹

(3) الهدف الإنمائي للألفية 5: تخفيض معدلات وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع بين 1990 و2015

نظرا للنقص في البيانات المتعلقة بوفيات الأمهات، يتم تقييم التقدم في تحقيق هذا الهدف باستخدام المؤشر 5.2 للأهداف الإنمائية للألفية، الذي يقيس نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف موظفي الصحة المدربين.¹⁰ ويرى أن مدى إمكانية وصول المرأة في العالم النامي إلى موظفي الصحة يختلف بشكل مثير من بلد إلى آخر، والاختلاف أوسع مما هو عليه بالنسبة لمؤشرات أخرى (من 6% إلى ما يقرب من 100% في بعض البلدان).¹¹

لقد نجح حوالي ثلث البلدان النامية (35 من أصل 107) في توفير الوصول إلى القابلات ، وقد حقق نحو 20% من البلدان (20 من أصل 107) الوصول الشامل (99% أو 100%). وتم إنجاز مستويات تغطية رفيعة (ما يزيد على 90%) في جميع البلدان تقريبا في حوض البحر الكاريبي ورابطة الدول المستقلة، وفي أغلبية بلدان أمريكا الجنوبية وفي بعض أنحاء آسيا. وتعتبر نسبة الإشراف على الولادة من قبل موظفي الصحة المدربين أدنى

⁸ بطاقة تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، تقييم التقدم عبر البلدان لعام 2010: حملة الأمم المتحدة للألفية، مؤسسة جيتس، معهد التنمية لأموراء البحار، سبتمبر 2010.

⁹ المرجع نفسه

¹⁰ المرجع نفسه

¹¹ المرجع نفسه

مستوى في عدد من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء.¹² ويتميز شمال أفريقيا بكونه الإقليم الذي أحرز أكبر تقدم عالميا.¹³

4) الهدف الإنمائي للألفية 6: أن يكون انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز قد توقف في 2015 وبدأ يتراجع - الهدف الإنمائي للألفية 6 ب: تحقيق الوصول الشامل إلى علاج فيروس نقص المناعة البشرية لجميع من يحتاجون إليه بحلول 2010

يتم تقييم التقدم في تحقيق الهدف الإنمائي للألفية 6 باستخدام المؤشر 6.1 للأهداف الإنمائية للألفية الذي يقيس النسبة المئوية للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 سنة.¹⁴ كان متوسط النسبة المئوية العالمية للمصابين بالفيروس من هذه الفئة العمرية أقل بقليل من 3% في 2007. وثمة حالات تفاوت هامة بين البلدان، ويختلف معدل الإصابة من 0.1 % إلى 26%. ويعتبر الجنوب الأفريقي أكثر الأقاليم تضررا إلى حد بعيد حتى الآن ويأتي بعده إقليما الشرق والوسط مع متوسط معدلات إصابة تتراوح بين 21% و 5% و 4%.¹⁵ على التوالي.

4. تمويل الصحة ونتائج الصحة

قد لا يشكل مجرد تحقيق هدف أبوجا لتخصيص 15% من الميزانيات الوطنية للصحة تحسنا جذريا للصحة. بل ينبغي زيادة الاستثمار من ناحية كل من النسبة المئوية ونصيب الفرد بشكل حاسم علاوة على استثمار منفصل في المحددات الاجتماعية لأفريقيا لكي تزداد فرص أفريقيا في بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة.

¹² بطاقة تقرير الأهداف الإنمائية للألفية، تقييم التقدم عبر البلدان لعام 2010: حملة الأمم المتحدة للألفية، مؤسسة جيتس، معهد التنية لأمراء البحار، سبتمبر 2010.

¹³ المرجع نفسه

¹⁴ المرجع نفسه

¹⁵ المرجع نفسه

قد لا يكمن سبب جودة الأداء في شمال أفريقيا إلى حد ما فقط في مجمل الاستثمار في الصحة، الذي يعتبر بالمتوسط أكثر اتساقا من حيث النسبة المئوية ونصيب الفرد معا، لكن أيضا في الاستثمار الموجه نحو قطاع التعليم الذي يرمي تحديدا إلى التدريب واستبقاء الأعداد المطلوبة من عاملي وموظفي الصحة.

بمناسبة الذكرى السنوية العاشرة لالتزامات أبوجا التي تعتبر أهم التزام جماعي لحكومات أفريقيا بتمويل الصحة، بات من المهم ليس فحسب أن نؤكد عليها مجددا، ولكن أيضا أن نضاغف الجهود للوفاء بها - بما في ذلك إدخال تحسينات مثل الجمع بين زيادة نصيب الفرد في الاستثمار ورفع النسبة المئوية المخصصة - وكذلك دعم هذين الأمرين بزيادة الاستثمارات في المحددات الاجتماعية الحاسمة مثل تحسين ماء الشرب والصرف الصحي والصحة والأيدي العاملة في قطاع الصحة، وتحسين الاستثمار في المواد الأساسية والأدوية التي لا تدخل ضمن ميزانيات القطاع الصحي.