الأمم المتحدة
المجلس الاقتصادي والاجتماعي
اللجنة الاقتصادية لأفريقيا

الاجتماع الثلاثون للجنة الخبراء

مفوضية الاتحاد الأفريقي

الاجتماع السادس للجنة الخبراء

اجتماع لجنة خبراء الاجتماعات السنوية المشتركة الرابعة
لمؤتمر الاتحاد الأفريقي لوزراء الاقتصاد والمالية
ومؤتمر اللجنة الاقتصادية لأفريقيا لوزراء المالية
والتخطيط والتنمية الاقتصادية الأفريقيين

أديس أبابا، إثيوبيا
24 – 27 آذار/ مارس 2011

Distr.: General

E/ECA/COE/30/5/Rev.1
AU/CAMEF/EXP/5(VI)/Rev.1
Date: 24 February 2011
Arabic
Original: English

الاستثمار في الصحة استثمار في التنمية الاقتصادية

Translation certified by PCMS

مذكرة مقدمة لحلقة النقاش الرفيعة المستوى بشأن تمويل الصحة في أفريقيا تحت عنوان:
"مزيد من الصحة من أجل المال ومزيد من المال من أجل الصحة"

أولاً – لمحة عامة

1 – في نيسان/أبريل 2001، اجتمع رؤساء الدول والحكومات الأفريقية في أبوجا، نيجيريا، وقدموا التزامات مالية نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من خلال التعهّد بتخصيص ما لا يقل عن 15 في المائة من ميزانياتهم الوطنية للصحة. وفي مؤتمر قمة كمبالا المنعقد في تموز/ يوليه 2010، تعهد رؤساء الدول باتخاذ إجراءات تهدف إلى "توفير التمويل المستدام من خلال تعزيز حشد الموارد المحلية بما في ذلك الشراكة بين القطاعين العام والخاص والتأمين الصحي الوطني لتحقيق هدف 15 في المائة المقرر في أبوجا. ومن المتوقع أن يؤدي ذلك إلى الحد من سداد التكاليف من الأموال الخاصة وإلغاء الرسوم التي يدفعها المستخدمون، وخاصة النساء الحوامل والأطفال دون الخامسة من العمر. ويصادف شهر نيسان/ أبريل 2011 الذكرى العاشرة لالتزام أبوجا التاريخي.

2 – ومنذ عام 2001 ، وأفريقيا تحرز تقدما في تمويل الأولويات والأطر الصحية، حيث بدأ العديد من البلدان الأفريقية في زيادة نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة. وتزايدت المساعدة الإنمائية للصحة بأكثر من الضعف مع ظهور الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا ، والتحالف العالمي من أجل توفير اللقاحات والتحصين، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس، ومؤخراً الشراكة الصحية الدولية. وساهم هذا التقدم في تمويل الصحة في تحسن الوضع في مجالات صحة الطفل وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والسل والملاريا.

3 – وبعد مضي عشر سنوات، ما زال التعهد المعلن عنه بعيداً عن التحقيق إلى حد كبير، حيث حققت ستة بلدان فقط من بين 53 دولة عضوا في الاتحاد الأفريقي التزامات أبوجا بشأن تمويل الصحة [1]. والأهم من ذلك أنه لا تزال 32 دولة من بين 53 دولة عضوا في الاتحاد الأفريقي تستثمر أقل من نصف ما أوصت به منظمة الصحة العالمية وهو 40 دولارا من دولارات الولايات المتحدة. وفي الواقع، فإن 11 بلدا من هذه البلدان لا يستثمر إلا خمسة (5) دولارات أمريكية أو أقل للفرد الواحد، وهو مبلغ غير كاف لمعالجة مجموعة من القضايا الصحية المتنوعة وتعزيز النظم الصحية.[2]

4 – ومع أن سكان العالم أصبحوا يتمتعون اليوم بصحة أفضل وثراء أكبر ويعيشون عمراً أطول مما كان عليه الحال في عام 1990، وهو العام الذي تم فيه تحديد القيم الأساسية للأهداف الإنمائية للألفية، فإن التقدم المحرز لم يكن متساوياً، كما أن عبء المرض الملقى على

[1] استنادا إلى التحالف الأفريقي من أجل الصحة العامة وحملة + 15 في المائة، فإن هذه البلدان هي: رواندا 18,5 في المائة ، وبوتسوانا والنيجر 17,8 في المائة ، وملاوي 17,1 بالمائة، وزامبيا 16,4 في المائة، وبوركينا فاسو 15,8 في المائة.
[2] التحالف الأفريقي من أجل الصحة العامة وحملة + 15 في المائة.

Translation certified by PCMS

كاهل أفريقيا لا يتناسب مع حجم سكانها. ومع أن أفريقيا جنوب الصحراء لا تمثل إلا نسبة 11 في المائة من سكان العالم، فإنها قد سجلت 53 في المائة من وفيات الأمهات، و50 في المائة من وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر، و67 في المائة من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز. وفي حين تحقق بعض التحسن في النتائج الصحية في أفريقيا، فإن التقدم لا يزال محدودا، وهو موزع توزيعا غير متساوٍ بين البلدان وداخلها، وهناك عدد قليل فقط من البلدان الأفريقية التي هي على المسار الصحيح نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

5 - وتظل وفيات الأمهات والرضع، باعتبارها مؤشراً مهمّا لأداء النظام الصحي، مصدراً رئيسياً من مصادر القلق والتحدي بالنسبة لأفريقيا. وقد أحرز تقدم كبير وإن كان متفاوتا نحو تحقيق الهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، وهما خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 75 في المائة وخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر بمقدار الثلثين في الفترة من 1990 إلى 2015. ولمعالجة هذه الحالة، أطلقت مفوضية الاتحاد الأفريقي في 7 أيار/مايو 2009 حملة التعجيل بخفض الوفيات النفاسية في أفريقيا كمنبر للدعوة إلى تعزيز تنفيذ خطة عمل مابوتو بشأن حقوق الصحة الجنسية والإنجابية. وشعار الحملة هو**"أفريقيا تهتم بالمرأة: ينبغي ألا تموت امرأة وهي تمنح الحياة"**. وخلال مؤتمر قمة كمبالا المنعقد في تموز/يوليه 2010، تعهّد رؤساء الدول باتخاذ إجراءات لإطلاق حملة التعجيل بخفض الوفيات النفاسية في أفريقيا وتوسيع نطاقها لكي تصبح إستراتيجية للدعوة إلى تعزيز صحة الأم والوليد والطفل.

6 - وعلاوة على ذلك، ليس هناك استثمارات كافية في المحددات ذات الطابع الاجتماعي للصحة والإجراءات الوقائية، مثل توفير المياه النقية وتحسين الصرف الصحي والاستخدام المستدام للبيئة وتحسين التغذية والأمن الغذائي. ويمكن أن يساهم عدم الاستثمار في هذه المحددات الصحية أو يؤدي إلى حالات اعتلال الصحة في معظم البلدان تصل نسبتها إلى 10 وحتى 40 في المائة، وأن يزيد من نسبة وفيات الرضع والأطفال والبالغين الذين يعانون من ظروف صحية أخرى.

7 - ونتيجة للاقتصاد السياسي للأمراض في أفريقيا، تتضافر العواقب بشكل متآزر في حلقة مفرغة من سوء الحالة الصحية، سواء تعلق الأمر بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز أو السل أو الملاريا أو سوء التغذية أو وفيات الأمهات والرضع أو الأمراض المستوطنة محلياً. كما أن لكل من الفقر وضعف النظم الصحية أثراً إضافياً.

8 - وعكفت الكثير من البلدان على إصلاح القطاع الصحي وأحرزت بالفعل تقدماً في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. ويتعين متابعة هذه الجهود وتعميقها. وتحرز العديد من البلدان تقدماً واضحاً في مجال إنشاء آليات جديدة لتمويل القطاع الصحي، مثل التمويل المستند إلى الأداء وأشكال أخرى من التأمين ضد المخاطر المالية الناجمة عن اعتلال الصحة. وتستهدف هذه الإجراءات جميعها رفع كفاءة الإنفاق على الرعاية الصحية من مصادر القطاعين العام

Translation certified by PCMS

والخاص. كما قُطعت أشواط على طريق تحقيق اللامركزية في مجال فرض الضرائب، وتحسين الموارد البشرية من أجل الصحة، ومكافحة أمراض معينة مثل الملاريا. وفي الوقت ذاته، اكتسب برنامج الإدارة المالية العامة زخماً، وبات معظم الدول الأفريقية يجري إصلاحات مالية عامة تركز على الكفاءة والفعالية والشفافية والمساءلة.

ثانياً – مشكلة مخصصات الميزانية

9 – تتعثر الجهود الهادفة إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة وتخفيف عبء حالات الأمراض والوفيات التي يمكن الوقاية منها، بسبب عدم زيادة الاستثمارات وغياب الالتزام من جانب البلدان الأفريقية وشركائها الإنمائيين على السواء. وعلى الرغم من الأزمة الاقتصادية والمالية التي حدثت مؤخراً، فقد تعهد الشركاء الإنمائيون بتوفير المزيد من الموارد لتمويل الصحة في أفريقيا، ويتجلى ذلك في التعهد بتقديم 4 ملايير دولار من دولارات الولايات المتحدة الذي أُعلن خلال قمة مجموعة الـــ8 في موسكوكا، وارتفع المبلغ إلى 40 مليار دولار[3] خلال قمة الأمم المتحدة لاستعراض الأهداف الإنمائية للألفية التي عقدت في أيلول/سبتمبر 2010. كما التزم الشركاء بأن يكونوا خاضعين للمساءلة، وفقا لإعلان باريس وبرنامج عمل أكرا بشأن فعالية المعونة.

10 – ويجب أن تكون الاستثمارات في الصحة أكثر فعالية من حيث التكلفة، وأن تكون المخصصات ما بين القطاعات أكثر كفاءة. وعندئذ ستؤدي الأموال الحالية والإضافية الممنوحة من المصادر المحلية والدولية إلى تحقيق المزيد من المخرجات والنتائج الصحية وإحراز تقدم أسرع نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بالصحة. وتظهر التجربة الدولية أن أوجه القصور المذكورة آنفا يمكن معالجتها إذا ما اتخذت التدابير الملائمة. وسوف تسمح هذه الجهود بتحقيق المزيد من النجاح باستخدام الموارد المتاحة بالفعل، وفي الوقت نفسه ستزداد الثقة في القطاع الصحي وتتعزز قدرته التنافسية للحصول على نصيب من الأموال المحدودة في أوان الأزمات الاقتصادية.

11 – ومهما يكن من أمر، فإن مسألة المساواة في الحصول على الأموال التي تم التعهد بها ما زالت قائمة. فقد طلبت الدورة العادية الخامسة عشرة لمؤتمر قمة الاتحاد الأفريقي[4] من مفوضية الاتحاد الأفريقي وشركائها بما فيهم مجموعة الـــ8، إنشاء آلية للوصول إلى هذه الأموال من قبل الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. وفي هذا الصدد، تنوي مفوضية الاتحاد الأفريقي عقد اجتماع على شكل مائدة مستديرة لأصحاب المصلحة، من المقرر أن تستضيفه موزامبيق.

[3] خلال مؤتمر قمة الأمم المتحدة بشأن الأهداف الإنمائية للألفية المنعقدة في أيلول/ سبتمبر 2010 ، اعتمد أصحاب المصلحة الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل والتزموا بتخصيص 40 ملياراً من دولارات الولايات المتحدة كموارد لتعزيز الجهود العالمية المبذولة لإنقاذ حياة 16 مليون من النساء والأطفال بحلول عام 2015 .

[4] مقرر مؤتمر الاتحاد الأفريقي رقم Assembly/AU/Decl.1(XV).

Translation certified by PCMS

12 – بيد أن مسؤولية تحقيق هدف أبوجا بتخصيص ما لا يقل عن 15 في المائة من الميزانيات الوطنية للصحة إنما تقع على عاتق الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي. وخلال الأشهر الثمانية عشرة الماضية، عقد اجتماعان رئيسيان لمناقشة سبب فشل معظم الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي في تحقيق هدف تخصيص 15 في المائة من الميزانيات الوطنية. وعقد الاجتماع الأول في تونس العاصمة في كانون الأول/ ديسمبر 2009، وحضره كبار المسؤولين من وزارات الصحة والمالية في بلدان أفريقية مختارة[5]. وعقد الاجتماع الثاني في كمبالا في تموز/ يوليه 2010، وضم وزراء الصحة والمالية من بلدان أفريقية مختارة وشركاء إنمائيين[6]، وذلك خلال حدث جانبي على هامش مؤتمر قمة الاتحاد الأفريقي، تحت شعار: "صحة الأمهات والرضع والأطفال والتنمية". وتناول الحدثان قضايا رئيسية من قبيل الاتصالات والتعاون بين وزارتي المالية والصحة بهدف تعزيز الحوار بشأن تمويل الصحة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة واستكشاف سبل جديدة للعمل معًا لتحقيق نتائج صحية أفضل. ويتمثل السبب الرئيسي لعدم وفاء معظم البلدان بهدف تخصيص 15 في المائة من الميزانيات في انعدام التواصل بين وزارتي المالية والصحة والتي مردّها إلى ما يلي:

(أ) اختلاف الهويات والثقافة ؛
(ب) اختلاف الولايات وأصحاب المصلحة؛
(ج) عدم كفاية التعاون الفني؛
(د) عدم امتثال وزارة الصحة لمتطلبات وتوقعات وزارة المالية، مثل عملية إعداد الميزانية وتنفيذها، وإطار الإنفاق، والمعلومات، والتركيز على الاعتبارات المالية والكفاءة؛
(هـ) نظرة وزارة المالية إلى وزارة الصحة باعتبارها قطاعاً غير منتج؛
(و) عدم رغبة وزارة المالية في مشاطرة وزارة الصحة الرؤية/ الأولويات المعتمدة داخل القطاع الصحي؛
(ز) الحاجة إلى تحسين إدارة المالية العامة وكفالة قدر أكبر من الشفافية والمساءلة في إدارة الموارد التي تتدفق إلى القطاع الصحي المعقد الذي تضطلع فيه العديد من الجهات بأدوار مختلفة؛
(ح) عدم قدرة وزارة الصحة على الإقناع بضرورة زيادة الاستثمار في قطاع الصحة – حيث يجب اعتبار النفقات الصحية استثماراً وليس تكلفة.

13 – والبلدان القليلة التي وفت بالتزام أبوجا بتخصيص نسبة 15 في المائة إنما استطاعت القيام بذلك بفضل دعم المانحين والشركاء إلى حدما. ويمكن أن تكون الأموال التي تأتي من معظم الجهات المانحة محددة طبقاً لشروط مرفقة بها، لذلك فهي قد لا تساهم كثيرا في تعزيز النظم الصحية في البلدان المستفيدة. وهناك أيضاً مسألة الحوكمة والإدارة السليمة للموارد

[5] هي إثيوبيا، وأوغندا، وبنن، وبوروندي، وبوركينافاسو، ورواندا، والسنغال، وكينيا، ومالي، ومدغشقر، والنيجر، ونيجيريا، وزامبيا..
[6] هي أثيوبيا، وأوغندا، وتشاد، و سيراليون، والكاميرون، ومصر، وملاوي، ونيجيريا، وزامبيا؛ والاتحاد الأوروبي، واللجنة الاقتصادية لأفريقيا، والبنك الدولي، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ومنظمة الصحة العالمية– المكتب الإقليمي لأفريقيا، ومبادرة دحر الملاريا، والتحالف الأفريقي من أجل الصحة العامة .

Translation certified by PCMS

المخصصة للصحة. وينبغي لكثير من الدول الأعضاء أن تنتهج سياسة عدم التسامح مطلقاً مع الفساد في قطاع الصحة. ولهذا السبب، تعهد رؤساء الدول في كمبالا بـــ *''توفير الإشراف كحكومات وطنية لتحقيق مواءمة السياسات من خلال وضع خطط صحية متكاملة ضمن الخطة الإنمائية ذات الأهداف الصحية التي تشمل عدة أمراض وعدة قطاعات متقاطعة وتنسيق الإجراءات المتعددة القطاعات والشراكات المتعددة الوكالات''*.

14- وقد لا يعني تحقيق هدف 15 في المائة بالضرورة الحصول على موارد كافية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. والسؤال هو كيف ستتمكّن البلدان من تقديم خدمات صحية أفضل باستخدام الأموال المتاحة، وفي الوقت نفسه، تخصيص أموال إضافية للصحة؟ وثانياً بالنسبة للبلدان التي لم تحقق الهدف بعد، ما هي الإجراءات التي يمكن اتخاذها لتحقيق الهدف المرتجى؟

15 – واستنادًا إلى التقرير الخاص بالصحة في العالم الصادر عن منظمة الصحة العالمية في عام 2010، فقد ساهم العديد من العوامل في بطء التقدم المسجل حالياً في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. وبالإضافة إلى نقص الموارد المالية، تشمل تلك العوامل ضعف الحوكمة والمساءلة، وتردي الهياكل الأساسية، وضعف النظم الصحية، وعدم التركيز على النتائج، وعدم كفاية تنسيق المساعدات ومواءمتها. وتشمل العوامل الخارجية عدم الاستقرار السياسي والكوارث الطبيعية. والأسباب الرئيسية لانعدام الكفاءة معروفة بشكل جيد، وقد تشمل على المستوى القطري ضعف تحديد الاستراتيجية مما يؤدي إلى عدم كفاية الموارد المخصصة وخيارات التمويل؛ وعدم سلامة ممارسات الشراء، وإدارة العقاقير واستخدامها؛ والخلط غير السليم بين أنواع الموظفين إلى جانب عدم وجود حوافز لتشجيع الأداء؛ والاستخدام المفرط لبعض الخدمات الصحية والمبالغة في تمويلها، فضلا عن حالات التسرب. ويساهم عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية أيضاً في عدم كفاءة القطاع الصحي، حيث يصبح من الأفضل الاستفادة من مزايا الخدمات الصحية المدعومة من قبل القطاع العام. ولا يتيسر الوصول إلى هذه الخدمات في كثير من الأحيان من قبل الفئات الأكثر فقراً، التي تنفق مبالغ طائلة على مصاريف الصحة وتمثل عادة أكثر من نصف إجمالي إنفاق البلاد على الصحة.

ثالثاً – مجالات تركيز الحوار

16 – وفقاً لما تقدّم، ينبغي أن يركز الحوار على المجالات الواسعة والنتائج التالية :

(أ) ما هي أسباب الحالة الراهنة المتمثلة في انخفاض التمويل الصحي في أفريقيا؟ (التأكيد على ما يمكن أن تقوم به البلدان الأفريقية لتحسين الحالة وزيادة المخصصات وتحقيق الأهداف حيثما لم يتحقق ذلك بالفعل).

(ب) ما هي الأساليب المبتكرة المتوفرة لاستخدام الموارد المتاحة بصورة أكثر كفاءة/ فعالية (على سبيل المثال الميزنة القائمة على النتائج من أجل الصحة)؟

Translation certified by PCMS

(ج) ما هي الحجج التي تدعم الاستثمار في الصحة وتمويلها، وبصورة خاصة الرعاية المتواصلة للأمهات والرضع والأطفال؟

(د) ماذا يمكن لكل من وزارتي الصحة والمالية القيام به لزيادة فعاليتهما في التخطيط الوطني وعملية إعداد الميزانية وتنفيذها ورصدها وتقييمها تحقيقاً للكفاءة في استخدام الموارد؟

(هـ) ما هي الحجج التي تدعم الاستثمار، علماً أن الاستثمار في الصحة هو استثمار في التنمية الاقتصادية؟

(و) ما هي الشروط الأساسية لضمان اتساق الدعم المقدم من الشركاء مع الأولويات القطرية؟

(ز) ما الذي يمكن عمله لتحسين الشفافية والمساءلة في القطاع الصحي وتشجيع الشركاء الإنمائيين على استخدام الأنظمة القطرية لتحسين دمج المساعدة الإنمائية بما يتوافق مع إعلان باريس وغيره من الالتزامات بشأن فعالية المعونة؟

(ح) ما هي الفرص المتاحة للعمل على نحو أكثر فعالية مع القطاع الخاص كشريك رئيسي في تحسين النتائج الصحية، وجعل الإنفاق الخاص أكثر إنصافا؟

17 - وتهدف حلقة النقاش المقترحة إلى تيسير الشروع في هذا الحوار.

رابعاً - الاستنتاجات والتطلع إلى المستقبل

18 - إن الاستثمار في الصحة إنما هو استثمار في التنمية الاقتصادية. ويتمثل أحد العناصر الرئيسية للتنمية الاقتصادية المستدامة في الاستثمار الطويل الأجل في مجالات التنمية البشرية والصحية والاجتماعية. ويتمثل أكبر رصيد لأي مجتمع فيما يملكه من رأس المال البشري. ويشكل رأس المال البشري عاملا حاسما في خلق الثروة وفرص العمل وتحقيق التراكم المستدام للمعارف والمهارات ونقلها - وذلك من المتطلبات الأساسية للتنمية الصناعية والتكنولوجية والاقتصادية. ولا يمكن أن يتحقق هذا في محيط توجد فيه معدلات عالية من الوفيات والأمراض، وتكون القاعدة فيه هي انخفاض مستوى العمر المتوقع.

19 - وتمثل الذكرى العاشرة لالتزام أبوجا والحوار المزمع عقده بين وزراء المالية والصحة بشأن تمويل الصحة في آذار/مارس 2011 فرصة أخرى للتقييم واتخاذ إجراءات حاسمة للوفاء بهذا الالتزام التاريخي، ولضمان إدارة حكيمة للموارد المالية المخصصة لقطاع الصحة. ويكمن الهدف هنا في توفير مزيد من الصحة من أجل المال ومزيد من المال من أجل الصحة. ويبين التقرير الخاص بالصحة في العالم بعض الطرق التي يمكن من خلالها تحقيق المزيد من الصحة باستخدام الموارد المتاحة، ويتطرق كذلك إلى الأساليب المبتكرة التي يمكن انتهاجها لحشد المزيد من الموارد من أجل الصحة.

Translation certified by PCMS

المراجع

1- إعلان أبوجا بشأن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والسل والأمراض المعدية الأخرى ذات الصلة في أفريقيا، الوثيقة : (AHG/228(XXXVII

2 - تدابير بشأن صحة الأمهات والرضع والأطفال والتنمية في أفريقيا بحلول عام 2015 الوثيقة: Assembly/AU/Decl.1(XV)

3- تقرير عن الحوار بشأن تمويل الصحة في أفريقيا خلال الدورة العادية الخامسة عشرة لمؤتمر الاتحاد الأفريقي، كمبالا، 24 تموز/ يوليه 2010

4- الحجج المؤيدة للاستثمار في أفريقيا

5- التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2010 - نظم تمويل الصحة، الطريق إلى تحقيق التغطية الشاملة.

Translation certified by PCMS