



منانا ميكابريزي، 52 سنة، طبيبة من منطقة غوري في جورجيا. هي ليست مؤهلة للحصول على التأمين الصحي الذي ترعاه الحكومة، وليس بمقدورها الاشتراك في نظام تأمين صحي خاص. شُخصت حالة منانا، في فترة سابقة من هذا العام، بأنها مصابة بسرطان عنق الرحم؛ وقد اضطرت إلى الاعتماد على قروض سخية من أقاربها للحصول على العلاج. وهي غالباً ما تستخدم راتبها في شراء أدوية للمرضى الذين لا يقدرّون على دفع ثمنها. ومن المأمول أن تؤدي الإصلاحات الرئيسية الجديدة، الرامية إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة في جورجيا، إلى مساعدة الناس العاديين، مثل منانا، للحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجونها.

التغطية الصحية الشاملة

لماذا تهمل خطط التأمين الصحي الفقراء

بإمكان التغطية الصحية الشاملة أن تغير حياة ملايين الناس، بتقديم الرعاية الصحية المُنفّذة للحياة للشرائح الأكثر احتياجاً لها. فالتغطية الصحية الشاملة تعني حصول جميع الناس على العلاج الذي يحتاجونه، دون خوف من الوقوع في براثن الفقر. ولكن مع الأسف، فباسم التغطية الصحية الشاملة، تعزز بعض الجهات المانحة، وحكومات البلدان النامية خطط التأمين الصحي التي تستبعد غالبية الناس، وتهمل الفقراء. فتلك الخطط تمنح الأولوية للفئات المميزة في القطاع الرسمي وتعزز عدم المساواة. فبدلاً من جمع الاشتراكات من أناس أفقر من أن يستطيعوا دفعها، لجأت البلدان، التي حققت أكبر تقدم في اتجاه التغطية الصحية الشاملة، إلى إعطاء الأولوية للإنفاق على الصحة من الضرائب العامة – سواء بضريبة منفردة، أو ضمن ضرائب مقطّعة من رواتب القطاع الرسمي، وكذا من المساعدات الدولية. لذلك، يجب أن تتخلى الجهات المانحة والحكومات عن خطط التأمين غير الناجحة، وتركز على التمويل الذي يعمل على تقديم رعاية صحية شاملة ومنصفة للجميع.



OXFAM

"إصدار مهم وواضح، أصدرته أوكسفام في الوقت المناسب؛ حيث يجري الترويج للتغطية الصحية الشاملة، على نطاق واسع، بوصفها العلاج الناجع لأوجه عدم المساواة القائمة في مجال الصحة، ولكن هناك اختلافات أساسية في تفسيرها وتنفيذها، لا سيما فيما يتعلق بالتمويل. فهذا الإصدار يوضح أن خطط التأمين الصحي، التي غالبًا ما يشجعها البنك الدولي والجهات المانحة الأخرى، تضر دوماً بالأكثر فقراً والأقل صحة. وفي غياب مناهج أكثر إنصافاً معتمدة على الضرائب، سوف يستمر تزايد أوجه عدم المساواة في الصحة لتهددنا جميعاً."

بروفيسور ديفيد ساندروز
أستاذ فخري، مدرسة الصحة العامة،
جامعة ويسترن كيب

"لن يتحقق سوى تقدم ضئيل في التغطية الصحية الشاملة، أو ربما لن يتحقق أي تقدم، ما لم تقم البلدان بتنفيذ الإصلاحات الرامية إلى زيادة استخدام الأموال المحلية المدفوعة مقدماً، بطريقة منصفة وفعالة ومستدامة. تسلط هذه الورقة الضوء على بعض القضايا الرئيسية المتعلقة بتمويل التغطية الصحية الشاملة، وتعد بالمساهمة الإيجابية في المناقشات الحالية".

بروفيسور دي ماكنتاير
وحدة اقتصاديات الصحة، جامعة كيب تاون

"توضح الأدلة الدولية بجلاء أن التغطية الصحية الشاملة لن تتحقق في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، من خلال التأمين الصحي الطوعي، أو القائم على الاشتراكات. ويبرز تقرير أوكسفام هذا، بوضوح، أهمية اعتماد آليات تمويل الرعاية الصحية تبعاً للسياق، وبحيث تفي باحتياجات الفقراء، فضلاً عن الأغنياء. ويجب أن تحتشد الحكومات، وصناع السياسات، والممولون، والمجتمع الدولي، وراء التوصيات الواردة في هذا التقرير، وتدعم البلدان في تنفيذ الإصلاحات، التي تضمن إمكانية حصول الناس - الأغنياء والفقراء على حد سواء - على رعاية صحية ذات نوعية جيدة عندما يحتاجون إليها".

د. جين شوما
زميل باحث،
برنامج بحوث كمري - ويلكوم ترست، نيروبي

ملخص

بعد أن وصفته المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية، مارجریت تشان، بأنه "أقوى مفهوم يمكن أن تقدمه الصحة العامة"¹، ارتفعت "التغطية الصحية الشاملة" إلى قمة أجندة الصحة العالمية. تتعلق التغطية الصحية الشاملة، من حيث جوهرها، بالحق في الصحة. فيجب أن يحصل الجميع - سواء الأغنياء أو الفقراء - على الرعاية الصحية التي يحتاجونها، دون أن يعانون من مصاعب مالية. وبالنسبة لأوكسفام، تعني التغطية الصحية الشاملة، أن يحصل كل فرد على نفس الحماية المالية ونفس النطاق من الخدمات الصحية عالية الجودة، بغض النظر عن مركزه الوظيفي أو قدرته على الدفع.

يتحول كل ثانية أربعة أفراد إلى
الفقر، لأن عليهم أن يدفعوا من
مالهم الخاص نفقات الرعاية
الصحية

التغطية الصحية الشاملة ليست رحلة "من مفاص واحد يناسب الجميع"، ولذلك تحتاج الحكومات إلى وضع مناهج تتناسب مع السياقات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لبلدانها. غير أن عدم وجود "مخطط أولي للتغطية الصحية الشاملة" لا يعني أن "أي شيء يصلح"² لقد كانت منظمة الصحة العالمية واضحة في ضرورة أن تعطي الدولة أولوية لأربعة إجراءات رئيسية لتمويل التغطية الصحية الشاملة، وهي: الحد من المدفوعات المباشرة، وتعظيم الدفع المسبق الإلزامي، وإنشاء تجمعات مخاطر كبيرة، واستخدام الإيرادات العامة للحكومة لتغطية من لا يقدر على المساهمة.

لقد تم تجاهل هذه المبادئ التوجيهية في حالات كثيرة جداً. فلا تزال رسوم المستخدم للرعاية الصحية موجودة في معظم البلدان النامية. ويواجه 150 مليون إنسان كل سنة، في جميع أنحاء العالم، تكاليف كارثية للرعاية الصحية بسبب المدفوعات المباشرة، بينما يدفع 100 مليون إنسان نحو الفقر - أي ما يعادل ثلاثة أفراد كل ثانية³. وباسم التغطية الصحية الشاملة، تشجع وتنفذ الكثير من الحكومات والجهات المانحة برامج خاصة بالتأمين الصحي الطوعي الخاص والمجتمعي، ظهر أن تغطيتها منخفضة، وإدارتها مكلفة، وتستبعد الفقراء. لقد نال برنامج "رسبي" (برنامج الدولة للرعاية الصحية للفقراء) للتأمين في الهند، لمن هم دون خط الفقر، ثناء واسع النطاق باعتباره ناجحاً؛ ولكنه يوفر حماية مالية محدودة، ويعاني من الفساد وسوء المعاملة وتضاعف التكاليف، فضلاً عن أنه انحراف بالموارد العامة نحو الرعاية العلاجية بدلاً الوقائية^{4,5,6,7}. لم يحقق أي بلد في العالم شيئاً قريباً حتى من التغطية الصحية الشاملة، بالاعتماد على التأمين الطوعي.

لقد أصبح التأمين الصحي الاجتماعي بديلاً شعبياً، على نحو متزايد، بالنسبة لمن يدركون مزلق البرامج الطوعية. ولكن، في حين نجح التأمين الصحي الاجتماعي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في عدد من البلدان ذات الدخل المرتفع، لم تتجح محاولات تكرار هذا النوع من النماذج القائمة على العمالة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل؛ إذ عادةً ما تنضم برامج التأمين الصحي الاجتماعي بالاستبعاد على نطاق واسع. فبعد عشر سنوات من الأخذ بها في تنزانيا، بلغت التغطية السكانية 17% فقط⁸. فحتى البلدان الغنية عانت لتحقيق توسع سريع عبر التأمين الصحي الاجتماعي - استغرقت ألمانيا 127 سنة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. لا يمكن، ولا ينبغي، أن ينتظر الناس في البلدان الفقيرة مثل هذه الفترة الطويلة.

وحتى عندما يكون التأمين الصحي الاجتماعي إلزامياً، يكاد يكون من المستحيل إجبار الناس على المشاركة فيه. وعندئذ يصبح طوعياً في واقع الحال، ويعاني نفس مشكلات التغطية المنخفضة، والاختيار المعاكس، وتشرذم تجمعات المخاطر. إن نظام التأمين الإلزامي في غانا، الذي يُعتبر على نطاق واسع قصة نجاح للتأمين الصحي الاجتماعي، لا يغطي اليوم سوى 36% فقط من السكان⁹.

يؤدي نهج "القطاع الرسمي أولاً" إلى زيادة وترسيخ عدم المساواة، وينبغي تجنبه. وحتى في ظل أفضل النوايا، فإن جميع البلدان تقريباً منخفضة ومتوسطة الدخل، التي شرعت في التأمين الصحي الاجتماعي بالبداية بالقطاع الرسمي، قد وجدت أنه من المستحيل التوسع في التغطية عندما تكون على أساس اشتراكات. والنتيجة المعتادة لهذا الوضع هي نظام تأمين صحي ذي شقين، أحدهما للموظفين، والآخر لـ "وزارة الصحة" (عادة مع حزمة استحقاقات أكثر محدودية وأقل جودة) لكل شخص آخر.

ولم تتحقق آمال أن تؤدي اشتراكات تأمين من هم خارج التوظيف الرسمي إلى زيادة الإيرادات

بدرجة كبيرة. ففي غانا، تسهم أقساط التأمين التي يدفعها القطاع غير الرسمي بخمسة في المائة فقط من تكلفة برنامج التأمين الصحي الوطني.¹⁰ كذلك تجد الحكومات نفسها أمام فواتير ضخمة لتغطية اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي لعامليها. فقد أنفقت حكومة تنزانيا 33 مليون دولار على اشتراكات أرباب العمل في 2009/10؛ وهو ما يعادل 83 دولار للموظف الواحد - أي أكثر بست مرات مما أنفقته للفرد، في السنة على الصحة لعامة السكان.^{11،12} كذلك قد يخفض التأمين الصحي الاجتماعي، بالفعل، الموارد الإجمالية المتاحة لقطاع الصحة - عندما بدأت كازاخستان تستخدمه، قامت وزارة المالية بتخفيض ميزانية الصحة بمقدار أكبر من ما تم جمعه من خلال أقساط التأمين.¹³

نهجان ناجحان

من حسن الحظ أن هناك عددًا متزايدًا من البلدان النامية التي تنشئ نظم تمويل محلية، تعمل على النهوض بالتغطية الصحية الشاملة. وعلى الرغم من اختلاف مسيراتها الخاصة، تتفق هذه البلدان على أن الحق في الحصول على الرعاية الصحية ينبغي أن يقوم على المواطنة، و/أو الإقامة، وليس على الوضع الوظيفي، أو المساهمات المالية. وبدلاً من استيراد نماذج لتمويل الصحة، غير مناسبة، من البلدان ذات الدخل المرتفع، ينبغي أن تعمل البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل على الاستفادة من قصص نجاح التغطية الصحية الشاملة في بلدان أخرى، أقرب شبيهاً بظروفها، ومنها تايلاند، والمكسيك، وسريلانكا، وقيرغيزستان.

وقد تبنت البلدان التي حققت أكبر قدر من التقدم حتى الآن مبادئ الإنصاف والشمولية، ورفضت نهج جمع أقساط التأمين من الفقراء غير القادرين على الدفع. تنقسم هذه البلدان إلى معسكرين واسعين.

أولاً، هناك أمثلة لبلدان من جميع مستويات الدخل - من بينها سريلانكا، وماليزيا، والبرازيل - تمول التغطية الصحية الشاملة من إيرادات الضرائب. فالنظم الصحية الممولة من الضرائب لمواطني سريلانكا وماليزيا تقدم مستويات من الحماية من المخاطر المالية تعد من بين أفضل المستويات في آسيا.¹⁴ وفي البرازيل، في أواخر ثمانينيات القرن العشرين، لم يكن نصف السكان يتمتع بالتغطية الصحية. ولكن بعد عقدين فقط من إنشاء نظام صحي موحد في الدولة تموله الضرائب، أصبح حوالي 70% من 200 مليون نسمة في البرازيل، يعتمدون الآن على هذا النظام للرعاية الصحية.¹⁵ وتجدر الإشارة هنا إلى أن البلدان منخفضة الدخل، التي حققت تغطية صحية شاملة ومنصفة، هي فقط تلك التي فعلت ذلك بالاعتماد على الضرائب في التمويل.¹⁶

هناك خيار ثانٍ يتزايد اعتماده من جانب مجموعة أخرى من البلدان الناجحة في التغطية الصحية الشاملة - مثل تايلاند، والمكسيك، وقيرغيزستان - وهو قصر جمع أقساط التأمين على من يعملون بأجر في الوظائف الرسمية، وضم هذه الأموال، حيثما أمكن، مع عائدات الضرائب، لتمويل التغطية الصحية لجميع السكان.

يعتمد نظام الصحة في تايلاند على مساهمات من رواتب 12% فقط من السكان، ويمول نظامه للتغطية الشاملة، المشهور دولياً، باستخدام الإيرادات العامة للحكومة.¹⁷ وفي غضون عشر سنوات فقط، انخفض عدد الأفراد الذين لا يتمتعون بتغطية الرعاية الصحية من 30% إلى أقل من 4% من السكان.¹⁸ وقد كان الفقراء هم الأكثر استفادة من هذا النظام.¹⁹ وتتخذ تايلاند خطوات للدمج بين أنظمة مختلفة، بما يعالج عدم الإنصاف الحالي لفوائد الرعاية الصحية الفائقة بالنسبة لمن يعملون في الوظائف الرسمية.

هناك اتجاه، مرحب به، بالتجميع الوطني للمخاطر - الجمع بين الاشتراكات من الرواتب، والإيرادات الضريبية، والمعونة الإنمائية - في بلدان أخرى أيضاً. وقد أدت هذه الإصلاحات في قيرغيزستان إلى تخفيض جذري للتشرد، وعدم المساواة، وتحسين النتائج الصحية.²⁰ وفي جنوب أفريقيا، سوف يركز استحقاق الرعاية الصحية، المقترح في التأمين الصحي الوطني، على المواطنة والإقامة القانونية، وليس على المساهمات المالية.

لعب التمويل من الضرائب دوراً أساسياً في كل قصص نجاح التغطية الصحية الشاملة. ولكن، مع الأسف، أدى الانشغال بالتأمين الصحي الاجتماعي، كنموذج "معتاد" للتغطية الصحية الشاملة، إلى ترك السؤال الحاسم، المتعلق بكيفية توليد المزيد من العائدات الضريبية للصحة، دون بحث، إلى حد كبير، في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. ينبغي معالجة هذه النقطة العمياء على وجه

السرعة. فحتى البلدان الأكثر فقراً، يمكنها زيادة الإيرادات المحلية للصحة، من خلال تحسين جمع الضرائب، وضبط المعدلات الضريبية، وإدخال ضرائب تصاعدية جديدة، فضلاً عن آليات التمويل المبتكرة. وحسب تقديرات أوكسفام، فإن تعزيز الإدارة الضريبية وحده يمكن أن يضيف 31% إلى العائدات الضريبية في 52 من البلدان النامية، بما يصل إلى 269 مليار دولار زيادة في الموارد المحلية.²¹

الحاجة إلى تضامن عالمي

إن اتخاذ إجراءات عاجلة بشأن التهرب الضريبي العالمي وتجنب الضرائب، يعد عاملاً حاسماً أيضاً لضمان إمكانية توليد الدول للمزيد من مواردها الصحية والاحتفاظ بها. فتكلفة التحايل الضريبي الذي تنتهجه الشركات متعددة الجنسيات في البلدان النامية، يقدر بنحو 160 مليار دولار سنوياً – أي أربعة أضعاف ما أنفقته جميع حكومات أفريقيا جنوب الصحراء في عام 2011 على الصحة.^{22,23}

سيتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة مساعدة إنمائية كبيرة، على الأقل من المدى القصير إلى المتوسط. فوفقاً لمنظمة الصحة العالمية، لن تتمكن سوى ثمانية من الدول ذات الدخل المنخفض فقط من تمويل التغطية الصحية الشاملة، بشكل كامل من مواردها المحلية، في 2015.²⁴ إن المزيد من المعونات طويلة الأجل، القابلة للتوقع، أمر حيوي، ليس فقط للمساعدة في بناء نظم فعالة في مجال الصحة العامة، ولكن أيضاً لتحسين نظم الإدارة المالية والضرائب العامة، بحيث تتمكن الدول من الاكتفاء ذاتياً في المستقبل. كذلك، فإن المعونة المقدمة من حكومة إلى حكومة أخرى على سبيل الدعم القطاعي أو دعم الميزانية العامة، هي أفضل وسيلة لدعم الحكومات في مسيرتها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

إن زيادة الإيرادات المتاحة للحكومات، في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، لن تنهض وحدها بالتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. كذلك يجب أن تُظهر الحكومات التزامها السياسي، عن طريق زيادة وحماية الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة، والتحرك بسرعة لمعالجة أوجه القصور، وتحسين الجودة، وضمان تقديم رعاية فعالة للمرضى، وخاضعة للمساءلة، وأمنة. كما يجب أن تعطي وزارات الصحة الأولوية للرعاية الصحية الأولية الشاملة، بما في ذلك الرعاية الوقائية الفعالة من حيث التكلفة، والقيام بدور نشط لتحسين الأداء والمساءلة. وقد كانت الإرادة السياسية لتحقيق هذه التغييرات بمثابة حجر الزاوية لكل قصة نجاح للتغطية الصحية الشاملة.

التوصيات

حكومات البلدان النامية

- تطوير نظم تمويل تستند إلى "العناصر الأساسية" الأربعة التي حددتها منظمة الصحة العالمية. وبدلاً من النظر إلى التكيف مع النمط الأوروبي لنظام التأمين الاجتماعي القائم على الوظيفة، يمكن البناء على الدروس المستفادة من عدد متزايد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، التي تحرز تقدماً نحو التغطية الصحية الشاملة.
- جعل الإنصاف والشمولية أولويات واضحة منذ البداية، وتجنب إغراء البدء بـ "الأسهل في التحقيق" في القطاع الرسمي. يجب أن يستفيد من يعيشون في ظل الفقر بقدر مساو على الأقل لمن هم أفضل حالاً، في كل خطوة على الطريق.
- بدلاً من تركيز الجهود على جمع أقساط التأمين من العاملين في القطاع غير الرسمي، يمكن النظر إلى طرق أكثر كفاءة وإنصافاً لزيادة الإيرادات للصحة من الإصلاح الضريبي.
- التحرك نحو تجميع الإيرادات الحكومية للصحة – مع الضرائب على رواتب القطاع الرسمي حيثما وجدت – لتعزيز إعادة التوزيع.

- ضمان تخصيص نسب كافية من الميزانيات الوطنية للصحة، تمشيًا مع هدف أوجا المتمثل في 15% من الأموال الحكومية.
- إشراك المجتمع المدني بنشاط في جميع مراحل وضع السياسات، وتنفيذها، ورصدها.

حكومات البلدان ذات الدخل المرتفع، والمنظمات المتعددة الأطراف

- التوقف عن تشجيع المقاربات غير المناسبة باسم التغطية الصحية الشاملة، لا سيما في برامج التأمين الصحي الطوعي الخاصة أو المستندة إلى المجتمع.
- اتخاذ إجراء بشأن تجنب دفع الضرائب والتهرب الضريبي، الذي يحرم البلدان الفقيرة من الدخل الذي تحتاجه كثيرًا للإنفاق على الخدمات العامة الشاملة. تقديم الدعم للإصلاح الضريبي التصاعدي في البلدان الفقيرة، بما في ذلك الدعم التقني لتعزيز قدرات الإدارة الضريبية.
- الوفاء بالتزام تقديم 0.7% على الأقل من الدخل القومي الإجمالي كمساعدة إنمائية رسمية، وتحسين فعالية مساعدات الصحة. وتقديم نسبة أكبر من المعونة للدعم طويل الأجل للقطاع أو للميزانية العامة.
- دعم حكومات البلدان النامية للقياس والتقييم الفعال للتقدم المحرز في التغطية الصحية الشاملة ونتائجها، لا سيما الإنصاف.

المجتمع المدني

- زيادة التعاون لممارسة ضغط جماعي على الحكومات والأطراف المعنية الأخرى، للدفع في اتجاه اتباع نهج التغطية الصحية الشاملة التي تركز قيم الشمول، والإنصاف، والتضامن.
- إخضاع الحكومات للمساءلة عن طريق المشاركة في الحوار بشأن السياسات، ورصد الإنفاق على الصحة وتقديم الخدمات، وفضح الفساد.
- لفت الانتباه إلى الحالات التي تشهد تشجيع الجهات المانحة ذات النفوذ لآليات التمويل الصحي المجحف، وإخضاعهم للمساءلة.
- العمل جذبًا إلى جنب مع قادة المجتمع المدني في مجال العدالة الضريبية، من أجل الدعوة لاتخاذ إجراءات عاجلة بشأن التجنب والتهرب الضريبي العالمي.
- ينبغي أن تعمل نقابات القطاع الرسمي بالتضامن مع العاملين في الاقتصاد غير الرسمي، وأن تحشد التأييد لرعاية صحية شاملة ومنصفة للجميع.
- تدعو أوكسفام المجتمع الصحي الدولي لدعم التغطية الصحية الشاملة بوصفها هدف مظلي للصحة في "إطار التنمية" لما بعد عام 2015. فالتركيز على التغطية الصحية الشاملة يوفر الفرصة للتعبيل بإحراز تقدم في الأهداف الإنمائية للألفية، ذات الصلة بالصحة، ومعالجة تزايد عبء الأمراض غير المعدية، والأهم، التحرك نحو نهج أكثر شمولاً للوفاء بالحق في رعاية صحية كريمة، وبأسعار معقولة، ومنصفة للجميع.

- Chan, M. (2012) 'Address to the 65th World Health Assembly', speech presented at World Health Organization, Geneva ¹
- Kutzin, J. (2012) 'Anything goes on the path to universal coverage? No', Bulletin of the World Health Organization, 90: 867-868. Available from: ²
<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/11/12-113654/en/> - R10, last accessed 17 June 2013
- health spending' *Health Affairs*, 26(4): 972-983 ³
- Balooni K, Gangopadhyay K, Turakhia S and Karthik RG. (2012) 'Challenges in the Sustainability of a Targeted Health Care Initiative in India' *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 1(1):21-32 ⁴
- Sinha K (2012) 'Unnecessary procedures on the rise in govt hospitals too: Report' *The Times of India* [online] 15 October 2012. Available from: ⁵
http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-10-15/india/34471569_1_health-insurance-rsby-health-care, last accessed 2 September 2013
- Shivakumar, G. (2013) 'Government paid private insurer crores in premium for ghost beneficiaries' *The Hindu Online* [online] 2 September 2013. ⁶
Available from: <http://www.thehindu.com/news/national/government-paid-private-insurer-crores-in-premium-for-ghost-beneficiaries/article5083382.ece?homepage=true>, last accessed 4 September 2013
- La Forgia, G and Nagpal, S (2012) 'Government-sponsored health insurance in India: Are you covered?' The World Bank, Washington D.C. ⁷
- National Health Insurance Fund (2011) [online] 'Fact Sheet: Inside NHIF 2001/02 to 2010/11'. Available from: <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, last accessed 27 June 2013 ⁸
- أفادت هيئة التأمين الصحي الوطنية في غانا، في تقريرها السنوي لعام 2010، أن التغطية السكانية بلغت 34%. وأفاد برنامج التأمين الصحي الوطني في سبتمبر/أيلول 2013 أنه أصبح يضم 9 ملايين عضوًا. وهو ما يمثل 36% من مجموع السكان في غانا الذي يبلغ 25 مليون نسمة. (<http://graphic.com.gh/General-News/nine-million-ghanaians-use-health-insurance.html>) ⁹
- Amporfu, E. (2013) 'Equity of the premium of the Ghanaian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage', *International Journal for Equity in Health*, 12:4 ¹⁰
- National Health Insurance Fund Tanzania (2010) 'NHIF Actuarial and Statistical Bulletin'. Available from: <http://www.nhif.or.tz/index.php/about-nhif/rreports>, last accessed 26 June 2013 ¹¹
- وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، بلغ الإنفاق الحكومي على الصحة للفرد 14.4 دولار في عام 2010 (البيانات متاحة على الموقع الإلكتروني التالي: <http://apps.who.int/gho/data/view.country.20700>). تستند حسابات إنفاق صندوق التأمين الصحي الوطني للتورد إلى إجمالي المبلغ المنفق على اشتراكات أصحاب الأعمال وعدد أعضاء صندوق التأمين الصحي الوطني في عام 2009/2010. ¹²
- Elovainio, R. and Evans, D. (2013) 'Raising and spending domestic money for health' Centre for global health working group papers: working group on financing paper 2, Chatham House (The Royal Institute of International Affairs): London ¹³
- Rannan-Eliya, R.P. (2010) 'Redistributive impacts of financing and delivery in Sri Lanka's healthcare system', presentation at Global Symposium on Health Systems Research, Montreux, 16 November 2010. Available from: http://www.ihp.lk/publications/pres_doc/pres101116.pdf, last accessed 27 June 2013 ¹⁴
- في عام 2012، كان 60% فقط من البرازيليين يستخدمون النظام الصحي الموحد، و14% يستخدمون كلاً من النظام الصحي الموحد والقطاع الخاص، و9% يستخدمون القطاع الخاص بشكل أساسي، و10% يستخدمون القطاع الخاص فقط. Couttolenc B and Dmytraczenko T (2013) 'UNICO Studies Series 2: Brazil's Primary Care Strategy', The World Bank: Washington D.C. Available from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/31/000425962_20130131142856/Rendered/PDF/749570NWPOBRAZ00Box374316B00PUBLIC0.pdf, last accessed 12 September 2013 ¹⁵
- Task Force on Global Action for Health System Strengthening (2009) 'G8 Hokkaido Toyako Summit Follow-Up: Global Action for Health System Strengthening, Policy Recommendations to the G8', Japan Center for International Exchange: Tokyo. Available from: <http://www.jcie.org/researchpdfs/takemi/full.pdf>, last accessed 27 June 2013 ¹⁶
- Wagstaff, A. (2007) 'Social Health Insurance Reexamined', World Bank Policy Research Working Paper 4111. The World Bank: Washington D.C. ¹⁷
- World Health Organization (2010) 'World Health Report: Health systems financing, the path to universal coverage', World Health Organization: Geneva ¹⁸
- Missoni, E. (ed) (2010) 'Attaining Universal Health Coverage: A research initiative to support evidence-based advocacy and policy-making'. Global Health Group, Bocconi University: Milan. Available from: <http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/Attaining%20Universal%20Health%20Coverage%20A%20researchinitiative%20to%20support%20evidence-based%20advocacy%20and%20policy-making.PDF>, last accessed 25 June 2013. ¹⁹
- Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. (2009) 'From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova'. In: Chemichovsky D., Hanson K. (eds) *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies*, Vol. 21, Advances in Health Economics and Health Services Research. Emerald Group Publishing: Bingley ²⁰
- Triago, D. (2011) 'Owning Development: Taxation to fight poverty', Intermón Oxfam: Madrid ²¹
- Christian Aid (2008) 'Death and taxes: the true toll of tax dodging' Christian Aid: London. Available from: <http://www.christianaid.org.uk/images/deathandtaxes.pdf>, last accessed 11 September 2013 ²²
- WHO Global Expenditure Database [online]. The total government expenditure on health for all sub-Saharan African countries combined in 2011 was \$36.4bn. Available from: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>, last accessed 2 July 2013 ²³
- World Health Organization (2010) 'Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis' Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, World Health Organization: Geneva ²⁴

تولت سيرى أفيريل كتابة هذه الورقة بدعم من أنا ماريوت. تُقدّر منظمة أوكسفام المساعدة في إنتاج هذه الورقة من كل من: صوفي فريمان، ومونيكا موتيسا، ومهجة كمال ويّني، وتوبياس لوبي، وكاتي معلوف-يوس، وإيما سيرى. هذه الورقة هي جزء من سلسلة من الأوراق المكتوبة لتتوير المناقشة العامة حول التنمية وقضايا السياسات الإنسانية.

للمزيد من المعلومات حول القضايا التي أثّرت في هذه الورقة، يرجى المراسلة على البريد الإلكتروني:
advocacy@oxfaminternational.org

يتمتع هذا المطبوع بحقوق التأليف والنشر، لكن النص يمكن استخدامه دون مقابل لأغراض الدعوة والحملات، والتعليم، والبحوث، شريطة ذكر المصدر بالكامل. يطلب صاحب حقوق التأليف والنشر تسجيل كل استخدام من هذا النوع لديه، لأغراض تقييم الأثر. بالنسبة للنسخ في أي ظروف أخرى، أو إعادة الاستخدام في مطبوعات أخرى، أو للترجمة أو التعديل، يجب تأمين الحصول على إذن، وقد تُفرض رسوم. البريد الإلكتروني:
policyandpractice@oxfam.org.uk

المعلومات الواردة في هذا المطبوع صحيحة في وقت إرساله إلى المطبعة.

طُبِعَ بمعرفة منظمة أوكسفام بريطانيا لصالح منظمة أوكسفام الدولية، بموجب الترقيم الدولي: ISBN 978-1-78077-943-0 ، في أكتوبر/تشرين الأول 2013. عنوان منظمة أوكسفام بريطانيا:

Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, UK.

أوكسفام

أوكسفام اتحاد دولي يضم 17 منظمة تعمل بشكل شبكي في 94 دولة، كجزء من حركة عالمية من أجل التغيير، لبناء مستقبل خال من الظلم والفقر:

منظمة أوكسفام أمريكا (www.oxfamamerica.org)

أوكسفام أستراليا (www.oxfam.org.au)

أوكسفام بلجيكا (www.oxfamsol.be)

أوكسفام كندا (www.oxfam.ca)

أوكسفام فرنسا (www.oxfamfrance.org)

أوكسفام ألمانيا (www.oxfam.de)

أوكسفام بريطانيا العظمى (www.oxfam.org.uk)

أوكسفام هونغ كونج (www.oxfam.org.hk)

أوكسفام الهند (www.oxfamindia.org)

أوكسفام إنترمون (إسبانيا) (www.intermonoxfam.org)

أوكسفام أيرلندا (www.oxfamireland.org)

أوكسفام إيطاليا (www.oxfamitalia.org)

أوكسفام اليابان (www.oxfam.jp)

أوكسفام المكسيك (www.oxfammexico.org)

أوكسفام نيوزيلاندة (www.oxfam.org.nz)

أوكسفام نوفيبي (هولندا) (www.oxfamnovib.nl)

أوكسفام كيبك (www.oxfam.qc.ca)

للمزيد من المعلومات، يُرجى مراسلة أي من الوكالات، أو زيارة الموقع الإلكتروني: www.oxfam.org



OXFAM