

كيف نراعي جوانب الصحة عند تصميم سلة الحد الأدنى من الإنفاق

فهم النفقات الصحية

سيبقى دائمًا لدى الأسر مستوى معينًا من النفقات الصحية، حتى بوجود سياسات تقديم الخدمات الصحية مجانًا في المرافق الصحية العامة. وبما أن القدرة على الاستفادة من الخدمات الصحية عند الحاجة إليها تعد حاجة أساسية، وكثيرًا ما تبليغ الأسر عن تكبد نفقات متعلقة بالخدمات الصحية، ينبغي دائمًا أن تضم سلة الحد الأدنى من الإنفاق النفقات الصحية.

لكن مع أننا نعلم أن الأسر تتكبد مستوى معينًا من النفقات الصحية، ورغم أدلة مسوح مراقبة النقد التي تشير عادة إلى أن الصحة من أهم بنود النفقات بالنسبة للأسر، إلا أن حساب الحاجات الصحية في سلة الحد الأدنى من الإنفاق أمر معقد، إذ تنطوي الاستفادة من الخدمات الصحية على نفقات مباشرة (مثل تكلفة الاستشارة الطبية والتشخيص والدواء وما إلى ذلك) ونفقات غير مباشرة (مثل النقل أو مقدمي الرعاية) يمكن إدراج معدلها في سلة الحد من الإنفاق على مستوى السكان، إلا أن تصور هذه النفقات على مستوى الأسر أكثر تعقيدًا بكثير، لأن الحاجات الصحية فردية ويصعب توقعها ولا تنوزع بالتساوي بين الأفراد أو الأسر، كما أنها لا تبقى ثابتة مع مرور الوقت.

تؤثر مستويات الفقر واختلاف أنواع مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص على عدم القدرة على توقع الحاجات الصحية والنفقات المتصلة بها وعدم توزعها بالتساوي، وبالتالي فإن محاولة استقراء التكاليف الصحية بهدف ضمها لسلة الحد الأدنى من الإنفاق من أنماط استهلاك الأشخاص الأكثر ضعفًا - الذين بالكاد يستطيعون تلبية حاجاتهم - لن يعكس حاجاتهم الصحية بدقة، وإذا أمعنا النظر، سنجد أن ثمة عدة أسباب لذلك، فقد لا يستطيع الأفراد والأسر الأكثر ضعفًا تحمل تكلفة الرعاية الصحية عالية الجودة فيستغنون عن العلاج أو يطلبون العلاج عندما تتعقد المشكلة الصحية وبالتالي يصبح علاجها أكثر صعوبة وتكلفة - لذلك لا تعكس نفقاتهم حاجاتهم الصحية أو التكاليف الحقيقية. فضلًا عن ذلك، يصعب حساب معدل تكلفة الخدمات الصحية لأنها قد تتفاوت بشكل كبير من علاج لآخر، فضلًا عن أنها تعتمد على المكان الذي يؤخذ فيه العلاج؛ فكثيرًا ما تكون الخدمات الصحية الحكومية مدعومة أو مجانية، في حين تتقاضى المرافق الصحية الخاصة التكاليف الكاملة إلى جانب هامش ربح. إضافة إلى ذلك، لا يراعي معدل النفقات الجارية النفقات الكارثية (النفقات التي لا يستطيع الأسر تحملها - وعادة ما تقدر بنحو 10% و25% من النفقات الشهرية) الناجمة عن الحوادث أو الأمراض المفاجئة والخطيرة على سبيل المثال. كما أن النفقات الصحية تترتب على أنواع

مختلفة من العلاج بما فيها العلاجات التي لا ينبغي دعمها كالأدوية التي لا ترقى للمستوى المقبول من السوق أو الخدمات من العاملين في مجال الطب الشعبي أو غير الخاضعين للتنظيم.

لذلك، ولضمان الحماية المالية والحد من العقبات المادية أمام الوصول إلى خدمات صحية عالية الجودة، ينبغي أن ينصب الاهتمام أولاً على تصميم آليات لدفع أتعاب مقدمي الخدمات الصحية مقابل حزمة من الخدمات الصحية ذات الأولوية، ويمكن تكملة آلية التمويل التي تستهدف مقدمي الخدمات الصحية بمساعدات نقد وقسائم خاصة بقطاعات معينة لتغطية التكاليف المتبقية للخدمات الصحية المقدمة من مرافق مؤهلة، ومنها التكاليف غير المباشرة.

وذلك يعني في الواقع أننا سنستهدف تقليل النفقات الصحية في سلة الحد الأدنى من الإنفاق لأنه ينبغي تغطية معظم النفقات من خلال النهج سابقة الذكر والتي تقلل النفقات المباشرة "من الجيب". أو عندما تسنح الفرصة لإلحاق الفئات المستهدفة بصندوق تأمين صحي، فإنه ينبغي ربط النفقات الصحية في سلة الحد الأدنى من الإنفاق بمستوى يعكس المساهمة المسبقة الإلزامية في صندوق التأمين هذا إضافة إلى نفقات تكاليف الخدمات غير المغطاة بالتأمين والتكاليف غير المباشرة وتكلفة بعض السلع الصحية والعلاج الذاتي.

الطرق المختلفة لحساب النفقات الصحية حسب مجموعة العمل الإنساني العالمية المعنية بالصحة:

- إذا ترتب على الأسر دفع المساهمة في التأمين الصحي، ينبغي ضم قيمة المساهمة لسلة الحد الأدنى من الإنفاق، إلى جانب التكاليف الإضافية التي لا يغطيها التأمين مثل تكلفة النقل (عادة ما يغطي التأمين التكاليف العالية غير المتكررة بحيث تُتاح مشاركة التكاليف الكارثية المحتملة). لكن إذا تولت وكالة إنسانية أو منظمة غير حكومية تغطية قيمة المساهمة في التأمين، ينبغي عندها استثناء هذه القيمة من سلة الحد الأدنى من الإنفاق. هذه هي الاستجابة المثالية، حيث يكافئ هذا النهج الطريقة القائمة على أساس الحقوق لإعداد سلة الحد الأدنى من الإنفاق والتي تقوم على أساس الوصول إلى حزمة من الخدمات ذات الأولوية من مجموعة مختارة مسبقًا من مقدمي الخدمات عند الحاجة لها، وذلك يشمل الخدمات المتصلة بالإدخال في المستشفى.
- يمكن أيضًا استخدام مسوح نفقات الأسر. يفضل استخدام هذه الطريقة في حال عدم توفر بيانات سابقة يمكن استخدامها لتطبيق الطريقة السابقة، فهذه المسوح تبين المبالغ التي تنفقها الأسر على الصحة، وبنود الصحة التي توجه لها هذه النفقات، ومقدمي الخدمات الذين قدموا الخدمة.

عند الإمكان، ينبغي أيضاً تفصيل النفقات الصحية كما هو موضح سابقاً، لأن هذه المعلومات ستساعد في تحديد الخيار الأكثر ملاءمة لتخفيف الاعتماد على الرسوم المجموعة من المستخدمين (أي تقليل النفقات الصحية من الجيب وبالتالي تقليل النفقات الصحية) من خلال من خلال آليات الدفع لمقدمي الخدمات والتكاملة بمساعدات النقد والقوائم الموجبة للصحة. وستوجه الفجوة المتبقية تحديد قيمة تحويلات النقد متعدد الأغراض (انظر إدراج النفقات الصحية في سلة الحد الأدنى من الإنفاق).

تجنب الأخطاء الشائعة والتحديات التي تواجه تصميم مكون الصحة في سلة الحد الأدنى من الإنفاق

من الأخطاء الشائعة تفسير الحاجات الأساسية للصحة باستخدام نهج القاع إلى القمة، على غرار النفقات المتعلقة بالغذاء. فقد يحسب المصممون على سبيل المثال معدل "سعر السوق" ل3-5 أدوية شائعة، و/أو علاجات أكثر من 5 أمراض انتشاراً و/أو الخدمات الصحية ذات الأولوية كالتوليد، ومن ثم استخدام هذه الحسابات لحساب متوسط حاجات الأسرة، مع الإشارة إلى أن كل أسرة تحتاج هذه البنود والخدمات عددًا محددًا من المرات شهريًا. وذلك لا يعكس الواقع؛ إذ لا تحتاج كل الأسر هذه البنود كل شهر، كما أنه لا يعكس حقيقة أن الناس يستطيعون في معظم السياقات الوصول إلى خدمات مدعومة من وزارة الصحة و/أو الشركاء في القطاع الصحي. تكمن الصعوبة في أن الناس يبلغون عن تكبد نفقات مقابل خدمات مقدمة من مقدمي خدمات غير منظمة أو شعبية، أو مقدمي خدمات في القطاع الخاص رغم توفر خدمات مجانية أو مدعومة من المنظمات الإنسانية. لا ينبغي اعتبار اللجوء إلى الطب الشعبي أو المرافق الصحية الخاصة الربحية حاجة أساسية، لكن طالما لم يتغير هذا السلوك في طلب العلاج، فإنه يمثل حاجة بالنسبة للأسرة ولا يمكن تجاهله أو استثناءه من سلة الحد الأدنى من الإنفاق.

ملاحظة: عند استخدام بيانات النفقات الصحية في سلة الحد الأدنى من الإنفاق لتصميم قيمة التحويل في برنامج أو استجابة النقد متعدد الأغراض للحد من الدفع من الجيب مقابل الرعاية الصحية، انظر ورقة إدراج النفقات الصحية في سلة الحد الأدنى من الإنفاق وتحليل خيارات الاستجابة الصحية، ص. 18.

كما ينبغي أن توضح المسوح نسبة الأسر التي تنفق أكثر من 10% أو أكثر من 25% من مجموع نفقاتها على الصحة، لأن هذه النسب المئوية تمثل عتبات النفقات الكارثية التي تدفع الأسر لاعتماد آليات تأقلم سلبية لتغطية حاجاتها الصحية والحاجات الأخرى.

إذا كانت البيانات شحيحة أو معدومة وطُرأت الحاجة لتقدير النفقات الصحية بشكل عام، يوصى بتقديرها بين 5% و10% من مجموع نفقات الأسرة، ومن ثم رفع أو خفض هذا التقدير بناءً على بيانات المراقبة بعد التوزيع والتغذية الراجعة من الشركاء الصحيين بشأن مدى الدعم التدريجي للخدمات والتكاليف غير المباشرة.

أهم النصائح بشأن تنفيذ مسوح النفقات الصحية

تحقق من المعلومات التي جمعها مسبقاً الأطراف الفاعلون في القطاع الصحي و/أو وزارة الصحة و/أو دائرة الإحصاءات الوطنية حول أنماط الحاجات والسلوكيات والنفقات الصحية.

كلما كانت الأسئلة أكثر تحديداً، تحسنت المعلومات حول المعينات المالية التي تواجه الوصول إلى الخدمات الأساسية عالية الجودة. في الوضع المثالي، ينبغي تصنيف النفقات إلى نفقات مباشرة ونفقات غير مباشرة، وأيضاً تصنيفها حسب مقدم الخدمة (مرفق تابع لوزارة الصحة، عيادة خاصة، مرفق تقديم أدوية غير منظم، مقدم خدمات الطب الشعبي، إلخ).

عند إعداد سلة الحد الأدنى من الإنفاق، من المهم التفكير فيما ستتم تغطيته ووقت التغطية، لأن النفقات الصحية ليست بنفس تكرار نفقات الغذاء أو إيجار السكن. وينبغي أن ينعكس ذلك على طريقة بناء مسح النفقات لا سيما من حيث فترة التذكر. فقد يكون من المنطقي السؤال عن نفقات الغذاء خلال الشهر الماضي، بما أن الناس يأكلون الطعام نفسه باستمرار (باستثناء الأغذية الموسمية)، إلا أن جمع المعلومات عن النفقات الصحية خلال الشهر السابق فقط قد ينطوي على مخاطرة لأن النفقات الصحية تتبع أنماطاً شديدة التقلب.

إذا كانت بيانات النفقات تُجمع ضمن تقييم الأسر الاقتصادي/تقييم الهشاشة، سيؤثر حجم الأسرة أو خصائصها على النسبة المئوية لمجموع النفقات على الصحة؛ مثلاً، إذا كانت الأسرة تضم أفراداً يعانون من أمراض مزمنة أو إعاقة. وهنا أيضاً ينبغي حساب معدل النسبة من نفقات الأسرة على الصحة لأغراض حساب سلة الحد الأدنى من الإنفاق، وأيضاً حساب نسبة الأسر التي تنفق أكثر من 10% وأكثر من 25% دخلها على الصحة، لأن هذه النسب تعد مؤشرات لمستوى الحماية المالية من النفقات الصحية الكارثية.



المصادر

Global Health Cluster website: <http://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/cash/en/>

Global Health Cluster Cash Task Team and WHO (2020) [Inclusion of Health Expenditures in the MEB | Cash Learning Partnership \(calpnetwork.org\)](#)

Global Health Cluster Cash Task Team and WHO (2021) [Role of Cash & Voucher Assistance for health outcomes: Using the Health Barriers Framework to determine the appropriate response](#)

UNHCR. (2015) [CBI for health in refugee settings: a review](#)

ODI. (2011) [Rethinking cash transfers to promote maternal health](#)

UNDP. (2014) [Cash transfers and HIV prevention](#)