

الاستثمار في الصحة: الجدوى الاقتصادية

تقرير منتدى الاستثمار في الصحة التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠١٦



دين جاميسون
جافين يامي
ناومي بيلر
هستر وادج

www.wish.org.qa

الاستثمار في الصحة: الجدوى الاقتصادية

تقرير منتدى الاستثمار في الصحة التابع لمؤتمر «ويش» ٢٠١٦

المحتويات

تمهيد	٣
ملخص تنفيذي	٤
مقدمة	٧
الفصل الأول: دواعي الاستثمار في الصحة: الاستثمارات المركزة في قطاع الصحة تدر عائدات اقتصادية ضخمة	١٠
الفصل الثاني: كيفية تمويل الرعاية الصحية: عبر التمويل العام	١٨
الفصل الثالث: ما ينبغي الاستثمار فيه: حزمة تدخلات عالية التأثير	٢٨
دراسة حالة ختامية	٣٣
ملحق: جداول الأدلة	٣٤
مسرد المصطلحات	٣٨
شكر وتقدير	٤٠
المراجع	٤١

تمهيد

حققت الحكومات الوطنية وهيئات المعونة على مدار العقود القليلة الماضية تقدماً ملموساً في مكافحة الأمراض التي تعتبر المسببات الرئيسية لوفيات الأطفال، إلى جانب ما حققته من تقدم في مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وداء السل والملاريا. ويعزى هذا التقدم في الأغلب إلى الاستثمارات التي ضخت لزيادة حجم التدخلات الصحية الناجعة مثل الناموسيات التي تحمي من الملاريا، ولقاحات الأطفال، والأدوية المضادة لفيروسات النسخ العكسي لعلاج الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

ولكن الاهتمام حاليًا يتحول عن هذه الاستثمارات الناجحة، ومن ثمّ فإننا في هذا التقرير الصادر عن مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» نستهدف العودة خطوة إلى الوراء وإعادة النظر بتأي في مزايا الاستثمار المستمر في الصحة.

وإننا نهيئ بوزارات المالية وهيئات المعونة أن تحذر من الرضا بالوضع الراهن وتحافظ على حجم الاستثمارات القوية التي تدعمها الأدلة. وسيجد صناع القرار المسؤولون عن تخصيص الموارد في هذا التقرير ما يحتاجونه من أدلة اقتصادية تدعم موقفهم في المحاجة من أجل استثمارات صحية أكثر ذكاء في العقد القادم.

لا تزال حالات الوفاة الناجمة عن الأمراض المعدية ووفيات الأمهات والأطفال تشكل عبئاً ثقيلاً في مناطق كثيرة من العالم، ويضاعف هذا العبء الزيادة الهائلة في معدل الأمراض غير المعدية التي تهدد الصحة والنظم الاقتصادية في الدول النامية. وتستمر تكلفة اعتلال الصحة في إحداث انهيار مالي لتعداد سكان يبلغ 10 مليون نسمة كل عام، كما أبرز تفشي فيروسي زيكا وإيبولا مؤخراً بكل وضوح نقاط الضعف ومواطن الوهن التي لا تزال كامنة في النظام الصحي العالمي.

يمكننا عبر ضخ الاستثمارات السليمة في الصحة مواجهة هذه التحديات؛ حيث يمكننا أن نضمن توفير الأدوية المنقذة للحياة، واللقاحات، والفحوصات التشخيصية لكل من يمكنهم الاستفادة منها، وأن نضمن كذلك قيامنا بالاستثمار في التكنولوجيات الصحية المستقبلية، وبناء نظام عالمي على أهبة الاستعداد للتعامل مع الجيل القادم من التهديدات الصحية. إن الاستثمارات الصحية السليمة تجعل إحداث تحول في الصحة العالمية هدفاً في متناول أيدينا.



Dean T. Jamison

البروفيسور دين جاميسون
الأستاذ الفخري في جامعة كاليفورنيا بسان
فرانسيسكو



Lord Darzi

البروفيسور اللورد دارزي
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر القمة
العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش»،
مؤسسة قطر

مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية،
إمبريال كوليدج لندن

ملخص تنفيذي

تواجه حكومات الدول النامية وهيئات المعونة قرارات صعبة فيما يخص أفضل طرق تخصيص مواردها المحدودة. ويمكن تحقيق منافع اجتماعية واقتصادية عبر الاستثمار في مختلف القطاعات، بما في ذلك التعليم، والمياه والصرف الصحي، والمواصلات، والصحة. ويركز هذا التقرير تحديدًا على القطاع الصحي، حيث يقدم أدلة دامغة على القيمة المكتسبة من زيادة حجم الاستثمارات في هذا القطاع؛ فالجدوى الاقتصادية لزيادة هذه الاستثمارات في مجال الصحة الآن أقوى منها في أي وقت مضى.

وبعد إحرار تقدم في الحد من حالات الوفاة بسبب الأمراض المعدية ووفيات الأمهات والأطفال، ينبغي لصناع السياسات ألا يقنعوا بذلك، فهذه المكاسب ستبتد سريًا دون وجود استثمارات مستدامة في الصحة. وينبغي التوسع في هذه الاستثمارات للتعامل مع عبء الأمراض غير المعدية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

ويتناول هذا التقرير ثلاثة أسئلة رئيسية:

1. ما المبررات الاقتصادية الداعمة للاستثمار في الصحة؟

إن الاستثمار في الصحة هو استثمار في الرخاء الاقتصادي لأسباب عديدة:

- **التعليم** – الأطفال الأفضل صحة الذين ينعمون بتغذية جيدة أو فر حظًا في الذهاب إلى المدرسة والبقاء فيها مدة أطول، وما يترتب على ذلك من الحصول على دخل أكبر كبالغين.
- **الإنتاجية** – يعمل الأفراد الأصحاء باجتهاد أكبر وكفاءة أعظم، كما تقل احتمالات تغييبهم عن العمل.
- **الاستثمار** – تزداد احتمالات قيام الأفراد بالادخار عندما يتوقعون امتداد أعمارهم، كما تزداد احتمالات قيام الشركات بالاستثمار في بلاد يتمتع سكانها بصحة أفضل.
- **الموارد** – يتاح الوصول إلى الموارد الطبيعية عندما يتم التعامل مع الأمراض المتوطنة مثل الملاريا والعمى النهري.
- **الخصائص الديموغرافية** – عندما تقل معدلات الوفاة تنجب النساء أطفالًا أقل، ما يزيد مؤقتًا نسبة السكان في سن العمل إلى من يعولونهم.

ويعزز الاستثمار في الصحة عبر هذه المسارات دخل الأفراد والأسر، كما تظهر هذه المنافع الاقتصادية على المستوى الوطني في الناتج المحلي الإجمالي.

ولكن إذا لم يستخدم صناع السياسات إلا الناتج المحلي الإجمالي لتقدير هذه المنافع فإنهم لن يروا الصورة الكاملة. فالأشخاص لدى استطلاع آرائهم يربطون قيمة مالية كبيرة على أعوام الحياة الإضافية التي تستطيع الاستثمارات في الصحة توفيرها، وهي قيمة تتلزم مع الحياة لمدة أطول ولا علاقة لها بالإنتاجية. ولذا ينبغي لصناع السياسات القيام بالمزيد من العمل لضمان تلبية الإنفاق على الصحة لأولويات الأفراد.

2. ما الطريقة المثلى لتمويل الصحة؟

سعيًا لضمان توفر الخدمات للجميع، فإن للحكومات دورًا واضحًا عليها أن تتولاه فيما يخص تمويل الصحة. وبدون التمويل العام لن يستطيع البعض تحمل تكاليف الرعاية التي يحتاجونها، وسوف يضطرون للاختيار بين المرض والموت المحتمل وبين الانهيار المالي، وهو خيار مدمر يوقع بالفعل 100 مليون نسمة في براثن الفقر كل عام.

ينبغي استخدام التمويل العام في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط لتحقيق التغطية الشاملة عبر حزمة تدخلات شديدة الفعالية من حيث التكلفة ("أفضل الصفقات"). وينبغي ألا تتطلب هذه الحزمة سداد أي مدفوعات شخصية أو فقط أقل القليل منها، على أن تعتبر رسومًا مقابل خدمات في مكان تقديم الرعاية

دون الاستفادة من التأمين (لا تشمل المدفوعات الشخصية المدفوعات المسبقة في صورة ضرائب أو أقساط تأمين). كما يجب أن تقتنر تعبئة الموارد المحلية باستراتيجيات لزيادة كفاءة الإنفاق.

وفي البداية ستكون قدرة التمويل العام محدودة، وستتطلب التدخلات الخارجة عن نطاق الحزمة تمويلًا خاصًا في أول الأمر. ومع نمو موارد الدولة، يمكن التوسع في التدخلات ذات التمويل العام مع مرور الوقت.

ولن تستطيع الحكومات التي تعجز عن حماية صحة شعوبها وثروتهم بهذه الطريقة حصد منافع الرخاء والنمو الاقتصادي طويل الأمد. ويمتاز التمويل العام بكونه أكثر فعالية وأفضل من حيث التحكم في التكاليف مقارنة بالتمويل الخاص، كما أنه الطريقة المستدامة الوحيدة للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة. وعلو على ذلك، فإن الأفراد يرتبون قيمة اقتصادية كبيرة على الحماية التي يوفرها التمويل العام من المخاطر المالية. وكما أن الناتج المحلي الإجمالي لا يعكس القيمة المتأصلة في أعوام الحياة الإضافية، فإنه لا يعبر كذلك عن القيمة الاقتصادية الكاملة للتأمين الممول حكوميًا.

وفي الكثير من الدول النامية، يجب استكمال التمويل العام بمعونات صحية خارجية تقدمها حكومات مانحة وهيئات متعددة الأطراف ومؤسسات. ولدى برامج المعونات الصحية تاريخ حافل بالنجاح المثبت في الدول التي تعاني من أمراض الفقر، علو على تاريخها على المستوى العالمي في ظل زيادة هائلة في حيلة تطوير الابتكارات الجديدة.

وكما أن الناتج المحلي الإجمالي لا يعكس القيمة المتأصلة في أعوام الحياة الإضافية، فإنه لا يعبر كذلك عن القيمة الاقتصادية الكاملة للتأمين الممول حكوميًا واستثمارات الجهات المانحة في الصحة.

٣. ما التدخلات التي ينبغي منحها الأولوية؟

إن الاستثمار في التدخلات الأفضل من حيث التكلفة التي توجه لتلبية الاحتياجات المحلية، مثل اللقاحات وتنظيم الأسرة والأدوية المضادة لفيروسات النسخ العكسي لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، هو أسرع الطرق وأكثرها فعالية للحد من حالات الوفاة. ويمكن إحداث تحسينات جوهرية في الصحة عبر التوسع في منظومة أفضل الصفقات، حتى ولو كانت الظروف الاجتماعية والاقتصادية سيئة. وتوفر هذه التدخلات مستويات مرتفعة من الصحة والوقاية من المخاطر المالية، كما تدر عائدات اقتصادية ضخمة.

الشكل ١ : كيفية تعزيز الثروة عبر الاستثمار في الصحة: إطار تنظيمي للتقرير

مصدر التمويل

التمويل العام المحلي
الفصل ١-٢

المعونات الصحية
الفصل ٢-٢

ما يتم شراؤه

التدخلات الصحية الأفضل
تكلفة للتعامل مع الحالات
الصحية للأمهات والأطفال،
والإصابات بالأمراض المعدية،
والأمراض غير المعدية
الفصل ٣

الوظائف العالمية: المنافع
العامة العالمية، والتأهب
لمواجهة الأوبئة، والقيادة
والرعاية العالمية للصحة
الفصل ٢-٢

النتائج
الاقتصادية

الأثر القوي والإيجابي
للصحة الأفضل على
الثروة على المستوى
الفردى والأسرى
والوطني
الفصل ١-١

زيادة الأجل المتوقع
للحياة تنطوي على قيمة
إضافية ملازمة لا يعبر
عنها الناتج المحلي
الإجمالي
الفصل ١-٢

الوقاية المالية: الوقاية
من النفقات الطبية التي
تسبب الإفقار
الفصل ٢-١

مقدمة

لماذا ينبغي لصناع السياسات منح الأولوية للصحة

إن الصحة هي الثروة الحقيقية، وليس قطع الذهب والفضة.

مهاتما غاندي

شهد هذا الجيل تحولاً بارزاً في مجال الصحة، حيث يقل عدد وفيات الأطفال اليوم بمقدار ٧ ملايين طفل مقارنة بعام ١٩٩٠. ^١ وقد زاد المتوسط العالمي للعمر المتوقع بمقدار ٦ سنوات مقارنة بعام ١٩٩٠، ما يعني أن الطفل الذي يولد اليوم يمكنه توقع أن يعيش حتى يبلغ ٧١ عامًا. ^٢

وبناءً على هذه النجاحات التي تعزى بدرجة كبيرة إلى الاستثمارات في قطاع الصحة، ^٣ فإن الوضع قد يغري صناع السياسات بالظن أن الوقت قد حان لتحويل استثماراتهم بعيداً عن قطاع الصحة وتوجيهها إلى قطاعات أخرى مثل المناخ أو الزراعة. وبروم هذا التقرير التدليل على أن هذا التحول قد يهدد التقدم الذي أحرز مؤخراً ويؤدي إلى ارتفاع حاد في حالات الوفاة التي يمكن تجنبها.

وبعد انقضاء ما يطلق عليه «العقد الذهبي» للصحة الذي شهد وصول المعونات الصحية إلى ثلاثة أضعاف ^٤ ما كانت عليه سابقاً، فإن بند الصحة يتراجع في الوقت الراهن على أولويات أجندة التنمية. ^٥ وهذا التراجع يثير بالغ القلق؛ إذ يمكن القول إن الصحة قدمت النصيب الأكبر من الإسهامات في تحقيق التنمية المستدامة.

فعلى سبيل المثال، قام أرو وزملاؤه بتقدير إسهامات خمسة قطاعات، هي التعليم، والموارد الطبيعية، والمناخ (الأضرار الناجمة عن انبعاثات الكربون)، ورأس المال المادي (الآلات والمباني وما إلى ذلك)، والصحة، في تنامي الثروة في خمسة بلدان على مدار الفترة من ١٩٩٥ إلى ٢٠٠٠. وتوصلوا إلى أن القيمة الاقتصادية لتحسن الصحة يزيد إسهامها في تنامي الثروة عن القطاعات الأخرى مجتمعة. ^٦

وتواجه حكومات الدول النامية خيارات صعبة نظراً لتباطؤ نموها الاقتصادي في الأعوام الأخيرة. فعلى سبيل المثال، بلغ معدل النمو في دول إفريقيا جنوبي الصحراء ^٧ في المائة فقط عام ٢٠١٥، ويتوقع أن تشهد نموًا بنسبة ٣ في المائة عام ٢٠١٦، أي أقل من النمو الذي حققته في الفترة من ٢٠٠٤ إلى ٢٠١٣. وينبغي للحكومات في هذا السياق الاسترشاد بأفضل الأدلة المتاحة فيما يتعلق بتخصيص الموارد لمختلف القطاعات. ويدل هذا التقرير على أن العائدات الاقتصادية للاستثمار في الصحة كبيرة للغاية، وأن الإنفاق على الصحة يمثل أحد الأشكال الفعالة لتخصيص الموارد.

يعد الإنفاق على الصحة الموجه إلى التدخلات الصحية عالية الفعالية من حيث التكلفة استثمارًا إيجابيًا يعزز الرفاه والرخاء الاقتصادي. إن الاستثمارات السليمة في الصحة ليست عبئاً على الاقتصاد، وإنما يأتي تأثيرها عكس ذلك. ^٨ ويشير الاستعراض الموضوعي للأدلة المتاحة عن الاستثمار في الصحة إلى أن وزراء مالية الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط وهيئات المعونة ينبغي لهم زيادة حجم الاستثمارات في الصحة بدلاً من التراجع عنها.

السياق

بعيدًا عن الحجج الاقتصادية، ثمة ثلاثة تغييرات جذرية في المشهد الصحي الدولي تقدم المزيد من المبررات المنطقية لمنح الأولوية للاستثمارات الصحية المركزة:

- **الانتقال من الأهداف الإنمائية للألفية للعام ٢٠١٥ إلى أهداف التنمية المستدامة للعام ٢٠٣٠.** أدى تبني الدول الأعضاء في الأمم المتحدة لأهداف التنمية المستدامة السبعة عشر في سبتمبر ٢٠١٥ إلى التوسع كثيرًا في قائمة التحديات الصحية التي تعهدت الدول بمعالجتها. وتتضمن أهداف التنمية المستدامة غايات ترتبط بصحة الأم والطفل، والأمراض المعدية وغير المعدية، والإصابات، والصحة النفسية، وإساءة استعمال المواد المخدرة.
- **الانتشار الكبير للأمراض غير المعدية.** يشهد العالم النامي انتقالًا بطيئًا ومستمرًا من السيادة السكانية للشباب إلى شيخوخة السكان. ومن عواقب ذلك تحول عبء المرض من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية، وترزح حاليًا العديد من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط تحت نير المعدلات المرتفعة للأمراض غير المعدية مثل السرطان، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري؛ وهو عبء صحي واقتصادي مزدوج.
- **ركود المعونات الموجهة إلى الصحة.** أصاب الركود المعونات الصحية في الأعوام الأخيرة، بل بدت في تراجع في الفترة من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٤.^{١١} ونظرًا للإنجازات الهائلة التي حققتها المعونات الصحية مثل التقدم المذهل للصحة والعائدات الاقتصادية الكبيرة، فثمة مبررات قوية لقيام الجهات المانحة بزيادة نسب المعونات الموجهة إلى الاستثمارات الصحية.

وفي هذه الحقبة التي تشهد تحولات غير مسبوقة، لم تكن المبررات الصحية والاقتصادية لزيادة الاستثمارات الصحية المركزة - محليًا ومن جانب هيئات المعونة على حد سواء - أقوى مما هي عليه اليوم؛ فالآثار الوطنية والعالمية المترتبة على هذا النهج بمقدورها إحداث تحولات كبرى.

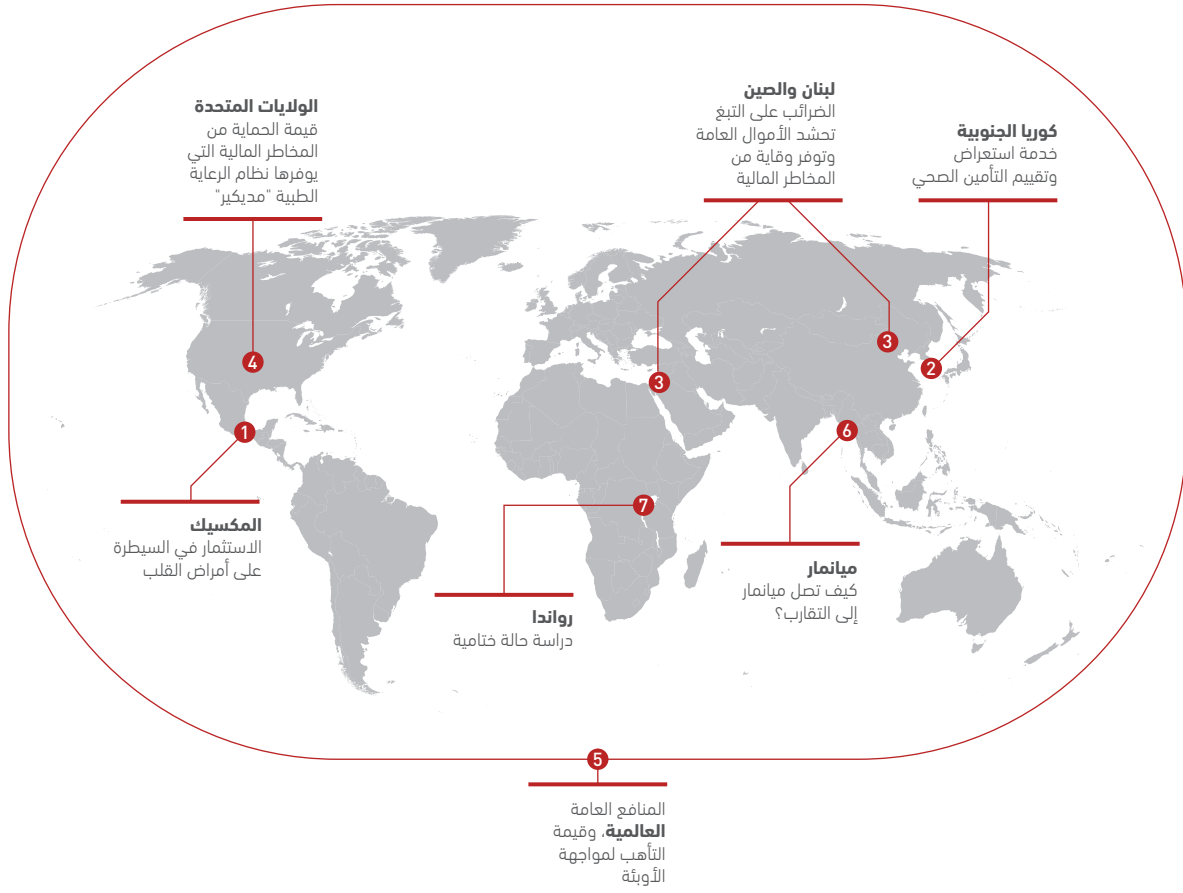
إن الطفل الذي يولد اليوم في بلد فقير لديه فرصة محبطة تبلغ ١ من ١٠ للوفاة قبل بلوغ عامه الخامس، أما في إسبانيا فتبلغ فرصته ١ من ٣٠٠ فقط.^{١٢} ويمكن سد هذه الفجوة الضخمة عبر الاستثمارات الصحية السليمة - أي إحداث «تقارب كبير في الصحة» - لإنقاذ حياة الملايين كل عام مع جني عائدات اقتصادية ضخمة في نفس الوقت. ولا يوجد طريقة أفضل من ذلك لتحسين رفاه الإنسان على امتداد الجيل التالي.

من المستهدف بهذا التقرير؟

يعتمد هذا التقرير على عمل لجنة لانسيت للاستثمار في الصحة،^{١٣} وذلك بتوليف الأدلة وتبسيط الضوء على دراسات الحالات الثماني الجديدة المقنعة (انظر شكل ٢: خريطة دراسات الحالات). وهذا التقرير متاح على مستوى واسع لمن لا تتوفر لديهم خلفية صحية أو اقتصادية، حيث يجمع أفضل الأدلة المتاحة في مكان واحد. ويستهدف التقرير بشكل أساسي وزراء المالية في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، علاوة على المانحين الذين يمولون البرامج الصحية في هذه البلدان. ويوفر هذا التقرير توليفة للأبحاث التي تتناول المنافع الاقتصادية للاستثمار في الصحة والعائدات المقارنة للاستثمار في قطاعات أخرى. ونأمل أن يوفر هذا التقرير لصناع السياسات الذين يودون تعزيز التنمية مدخلات قيمة لقرارات تخصيص الموارد التي يتخذونها، وذلك عبر إظهار العائدات الضخمة للاستثمار في الصحة.

وبينما تختلف مستويات وأنماط الوفيات في الدول مرتفعة الدخل، فإن هذه الدول بحاجة كذلك للتمويل العام ومنح الأولوية للتدخلات. إن مبررات استمرار الاستثمار في الصحة تحتل الدرجة نفسها من الأهمية في الدول مرتفعة الدخل التي قد تضطر للحد من الإنفاق على الصحة في الأوقات التي تشهد صعوبات مالية.

شكل ٢: خريطة دراسات الحالات



الفصل الأول: دواعي الاستثمار في الصحة: الاستثمارات المركزة في قطاع الصحة تدر عائدات اقتصادية ضخمة

الرسائل الأساسية للسياسات

- ثمة تأثير قوي وإيجابي لتحسن الصحة على الثروة.
- الأطفال الأوفر صحة يتمتعون بمعدلات أفضل للتوظيف ومرتببات أعلى في مرحلة البلوغ، كما أن البالغين الأفضل صحة هم أكثر إنتاجًا.
- المزايا الاقتصادية لتحسن الصحة تصبح أكثر إبهامًا عند النظر إليها على المستوى الوطني عن طريق قياسها بالنتائج المحلي الإجمالي للدولة، مقارنة بالمستوى الفردي.
- لا يستطيع الناتج المحلي الإجمالي وحده التعبير عن القيمة الاقتصادية الكاملة لتحسن الصحة، حيث يرتب الأفراد عند استطلاع آرائهم قيمة نقدية مرتفعة على سنوات الحياة الإضافية التي يمكن للاستثمارات الصحية توفيرها، وهي قيمة لا ترتبط بالإنتاجية ولا تنعكس ضمن الناتج المحلي الإجمالي. ونادرًا ما يتم الاعتراف بذلك، على الرغم من كونه حجة قوية أخرى للاستثمار في الصحة.
- ينبغي لصناع السياسات بذل المزيد من الجهد لضمان أن الإنفاق على الصحة يعكس أولويات الأفراد. وإذا أخذوا قيمة سنوات الحياة الإضافية في اعتبارهم، فسوف يرون المنافع الكبيرة لتخصيص المزيد من الموارد العامة للاستثمارات المركزة في قطاع الصحة.

1-1 الاستثمار في الصحة بمقدوره تعزيز الدخل الشخصي والوطني

إن تقرير البنك الدولي عن التنمية في العالم الذي صدر عام ١٩٩٣ «أظهر لوزراء المالية أن النفقات الصحية المختارة بعناية لم تكن إهدارًا اقتصاديًا، بل استثمارًا في الرخاء الاقتصادي والرفاه الفردي.»^{١٤}

وعلى مدار العقدين اللذين تلا هذا التقرير، تراكمت بانتظام الأدلة على وجود علاقة بين الصحة والثروة. وواجه الباحثون صعوبة في التحديد الدقيق لمدى قوة هذا الرابط واستخلاص اتجاهه – أو بمعنى آخر هل تؤدي الصحة الأفضل إلى زيادة الثروة أم العكس؟ ولكن الأدلة في مجملها تظهر ما يلي:

- الرابط بين الصحة والثروة يسير في الاتجاهين.
- ثمة تأثير قوي وإيجابي للصحة الأفضل على الثروة على المستويات الفردية والأسرية والوطنية، ولكن هذه العائدات الاقتصادية قد لا تكون فورية.
- تحسن الصحة يعزز الدخل الشخصي والوطني عبر التأثير إيجابًا على:

- التعليم
- الإنتاجية
- الاستثمار
- إتاحة الموارد
- الخصائص الديموغرافية

الأدلة الفردية والأسرية

تترافق الصحة والثروة جنبًا إلى جنب على امتداد حياتنا: خلال فترة الحمل، وفي مرحلة الطفولة المبكرة، وعندما نصح بالغين، وعلى امتداد الأجيال.

(أ) في الحمل والطفولة المبكرة (الملحق، الجدولان أ١ وأ٢)

نحن نعرف بداية من فترة الحمل أن الأطفال ذوي الصحة المعتلة يقل مستوى إنجازهم، حيث يرتبط سوء التغذية والتعرض لتلوث الهواء والملاريا بسوء الأداء الأكاديمي في المدرسة. وتستمر الآثار مع تقدم الأطفال ذوي الصحة المعتلة في السن ليحرزوا نتائج اقتصادية أسوأ عند بلوغهم.^{١٠-٢٠}

وفي المقابل، فإن المواليد الذين يتمتعون بصحة أفضل من أقرانهم يجنون دخلًا أعلى عند بلوغهم. وعبر استخدام مقاييس مثل الوزن عند الولادة والطول مقابل السن والوزن مقابل السن، يمكن استخلاص أن الأطفال الذين يتمتعون بصحة أفضل منذ بداية حياتهم يتقدمون في السن ليصبحوا بالغين يتمتعون بصحة أفضل كذلك. وتترجم الصحة إلى نمو معرفي أفضل وبقاء الأطفال لفترة أطول في المدرسة. وتسهم جميع هذه العوامل في النجاح الاقتصادي في المراحل التالية للحياة، حيث تتاح لهم فرص أفضل للعمل والحصول على أجور أعلى.^{٢١-٢٢} كما يكبر الأطفال الأصحاء الذين حصلوا على تغذية جيدة وتنمو أجسامهم ليصبحوا بالغين أكثر طولًا من أقرانهم، وتشير الأدلة المستقاة من إندونيسيا إلى ارتباط الطول بتحقيق دخل أفضل في المراحل التالية للحياة.^{٢٣}

إن الرابط بين الأطفال الأوفر صحة والنتائج الاقتصادية الأفضل واضح للعيان، وتشير الأدلة إلى برامج موجهة معينة تحقق أفضل النتائج. وبمقدور التدخلات الفعالة من حيث التكلفة، مثل اللقاحات والمكملات الغذائية، تحسين النتائج الاقتصادية والتعليمية ذات الأمد الأطول للأطفال، كما يمكنها تحسين الحالة الاقتصادية للبالغين وأسرهم.^{٢٤-٢٥}

(ب) عند البالغين (الملحق، الجدولان أ٣ وأ٤)

ثمة أدلة قاطعة كذلك على إمكانية أن يؤدي اعتلال الصحة لدى البالغين إلى خسارة في الأجر وانخفاض الدخل الأسري؛ فالبالغون المرضى يزيد تغييبهم عن عملهم وتقل إنتاجيتهم في محل العمل مقارنة بزملائهم، ويعني ذلك أنهم معرضون لخسارة جانب من أجورهم. ويترتب على ذلك ضرر للاقتصاد أيضًا بشكل عام؛ فتكلفة الحصول على الرعاية الصحية المصحوبة بانخفاض الإيرادات تمثل عبئًا اقتصاديًا ثقیلاً على الكثير من الأسر في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط.^{٢٦-٢٧} وقد يؤدي هذا العبء في الكثير من الأحيان إلى خفض الأسر لإنفاقها على الضروريات مثل الغذاء.^{٢٨} وتكون الأسر الأشد فقرًا وتلك التي تعولها امرأة أكثر عرضة للكوارث الاقتصادية الناجمة عن صدمات صحية.^{٢٩}

وكثيرًا ما تتجاهل التقديرات التقليدية لمعدلات الفقر في الدول النامية هذه المدفوعات الشخصية للحصول على الرعاية الصحية. وفي إحدى الدراسات عن مستويات الفقر في ١١ دولة آسيوية من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط التي أجريت مع أخذ هذه المدفوعات في الاعتبار، جاءت معدلات الفقر أعلى بنسبة ١٤٪ مما كان متوقعًا قبل إجراء الدراسة.^{٣٠}

وبما أن اعتلال الصحة مرتبط دون أدنى شك بالنتائج الاقتصادية الأكثر سوءًا، فإن الأدلة الداعمة للاستثمار في صحة البالغين مقنعة للغاية. إن التدخلات عالية التأثير والفعالة من حيث التكاليف مثل علاج فيروس نقص المناعة البشرية والمكملات الغذائية التي تحتوي على الحديد والحد من تلوث الهواء يمكنها إدرار عائدات مرتفعة. ويمكن القول إن المنافع المترتبة على ذلك واضحة وجليّة في الإنتاجية والإيرادات.^{٣١-٣٢}



(ج) على امتداد الأجيال

إن الأطفال الذين يولدون لوالدين عانيا من نقص التغذية في طفولتهما أو أصيبا بفيروس نقص المناعة البشرية تكون صحتهم أكثر اعتلالاً ونتائجهم التعليمية أكثر سوءاً،^{٨٠-٨١} حتى مع الأخذ في الاعتبار مستويات التعليم والدخل. ويمثل مرض أحد الوالدين أو وفاته بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز تهديداً للأمن الاقتصادي للأسرة، ويؤدي إلى تداعيات تؤثر على تغذية الطفل وتعليمه، كما قد يؤدي ذلك إلى حاجة الطفل للبدء في العمل والاكتفاء بما ناله من تعليم.

وتجلب التدخلات التي تستهدف تحسين التغذية في الطفولة المبكرة منافع جمة عبر الأجيال، ففي جواتيمالا على سبيل المثال يتمتع الأطفال الذين يولدون لوالدين حصلوا على مكملات غذائية في طفولتهما بوزن أكبر عند الولادة، كما يكونون أطول قامة وأثقل وزناً في مقابل السن إذا ما قورنوا بالأطفال الذين يولدون لوالدين لم يحصلوا على المكملات الغذائية.^{٨٢،٨٣}

الأدلة الوطنية والدولية

يمكن كذلك ملاحظة الآثار الواضحة لانخفاض الوفيات والاستثمارات في صحة الأم والطفل على الناتج المحلي الإجمالي:

- **الحد من وفيات البالغين:** في دراسة نمذجة جديدة للاقتصاد الكلي استخدم فيها بيانات من ١٠٠ دولة على امتداد الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١١، توصل ليو وزملاؤه إلى أن الزيادة بمقدار عام واحد في العمر المتوقع ترفع إنتاجية العمال وترتبط بزيادة مقدارها ١,٤٣ في المائة في معدل النمو الاقتصادي.^{٨٤} وقدّر تحليل آخر أن حوالي ١٢ في المائة من النمو الاقتصادي الذي شهدته الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط في الفترة من ١٩٧٠ إلى ٢٠٠٠ يعزى إلى انخفاض مستوى وفيات البالغين.^{٨٤}
- **الاستثمارات في صحة الأم والطفل (الملحق، الجدول ٥0):** يمكن أن تؤدي الظروف الصحية في مرحلة الطفولة وأثناء الحمل إلى إضعاف نمو الناتج المحلي الإجمالي؛ كما يمكن أن ينعكس ذلك إذا عولجت هذه الظروف.^{٨٥-٨٩}

وثمة جدل حول آثار زيادة عدد العاملين في القطاع الصحي على الاقتصاد الكلي؛ إذ تفيد بعض البحوث بأنه يسبب ضرراً للاقتصاد (إذا كان تزايد الأجور يتخطى تزايد الإنتاجية). بينما تظهر بعض البحوث عدم وجود تأثير، وتشير بحوث أخرى إلى تحفيز ذلك للاقتصاد.^{٩٠-٩١} وأخذاً في الاعتبار هذه النتائج المتضاربة، تعكف اللجنة رفيعة المستوى المعنية بالعمالة في مجال الصحة والنمو الاقتصادي، التي يترأسها الرئيس الفرنسي والجنوب إفريقي، على الفحص المتعمق للأدلة، ويُنتظر نشر تقريرها في سبتمبر ٢٠١٦.^{٩١}

وتصبح مزايا تحسن الصحة أكثر إبهاماً من منظور وطني مقارنة بالمنظور الفردي،^{٩٧} فما تفسير هذا الرابط القوي بين الصحة والثروة الوطنية؟ وعلووة على المنافع الجماعية المشتركة لتحسن التعليم وتعظيم الإنتاجية بين القوى العاملة، يمكن إضافة أربعة عوامل ذات صلة.^{٩٨،٩٩}

١. عندما يعيش الناس لفترة أطول، يتوفر لديهم الحافز للدخار من أجل تقاعدهم، ما ينعش الاستثمار والنمو الاقتصادي.
٢. عندما تكلل جهود احتواء المرض بالنجاح، يزيد الاستثمار من الخارج في الأعمال التجارية والبنية التحتية.^{١٠٠}
٣. عندما تتم السيطرة على أمراض مثل الملاريا والعمى النهري، يمكن الوصول إلى مساحات من الأراضي والموارد الطبيعية كانت من قبل خارج نطاق الاستغلال.
٤. عندما تتراجع معدلات وفيات المواليد والأطفال، تميل النساء إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال، ما يُحدث بدوره ظاهرة تسمى «العائد الديموغرافي»؛ أي إمكانية تحقق نمو اقتصادي ناتج عن زيادة نسبة الأفراد في سن العمل إلى من يعولونهم.^{١٠١}

لقد أظهرنا كيفية النظر إلى منافع تحسن الصحة على امتداد الحياة، خاصة في مجالي التعليم والإنتاجية. وأوضحنا أيضًا كيف يؤدي ذلك إلى المزيد من الاستثمار من جانب الأفراد والأعمال التجارية على حد سواء وفي القطاع الصحي ذاته. كما أن البيئات الأكثر سلامة تسمح بالوصول المتنامي للموارد الطبيعية. وختامًا، نظرنا فيما تنطوي عليه التغيرات الديموغرافية التي يحدثها إنجاب أطفال أقل في الأسر من إمكانية تعزيز النظم الاقتصادية.

ملاحظة تحذيرية: تمر الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط حاليًا بانتقال ديموغرافي من الكتل السكانية الشابة إلى المسنة، كما ينتقل عبء المرض من الأمراض المعدية إلى الأمراض غير المعدية. وإذا لم تتخذ الدول خطوات للحد من هذه المخاطر، فقد تؤدي الأمراض غير المعدية إلى تراجع اقتصادي بسبب انخفاض نسبة الأفراد في سن العمل إلى من يعولونهم، وهو ما يسمى «الضريبة الديموغرافية». فعلى سبيل المثال، يقدر بلوم وزملاؤه أنه في حال لم تتعامل الصين والهند مع أزمات الأمراض غير المعدية التي ألمت بهما، فإن الخسائر الاقتصادية الناجمة عنها خلال الفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠٣٠ سوف تصل إلى ٤,٥ تريليون دولار في الهند و٢٣ تريليون دولار في الصين.^{١٠٢}

٢-١ ترتيب البشر قيمة مرتفعة على العيش لفترات أطول

على مدار العقود الثلاثة الماضية، لم يوزع النمو الاقتصادي الاستثنائي الذي حققته الصين بشكل متساو على الإطلاق. ولكن أظهرت دراسات حديثة أن هذا التباين يحد منه المكاسب الصحية الأقوى في المناطق الأقل ثراءً.^{١٠٣} ويمثل ذلك طريقة جديدة للنظر إلى منافع الصحة وارتباطها بالنمو والرخاء الاقتصادي.

تقدير قيمة الصحة عبر تخطي الناتج المحلي الإجمالي

يرتب الأفراد قيمة كبرى على العيش لفترات أطول وتمتعهم بصحة أفضل، وهي قيمة شخصية متأصلة في الذات لا تتصل بالإنتاجية. وعند استطلاع آرائهم، يضعون قيمة نقدية مرتفعة لأعوام الحياة الإضافية التي يمكن للاستثمارات الصحية توفيرها، وهي قيمة لا تنعكس ضمن الناتج المحلي الإجمالي. ونادرًا ما يعترف بهذا الأمر أو يلاحظ وجوده، ولكنه بمثابة حجة قوية أخرى تدعم الاستثمار في الصحة.

الدخل الشامل

يعبر مفهوم «الدخل الشامل» عن منافع امتداد العمر، وهو مجموع الناتج المحلي الإجمالي وقيمة زيادة متوسط العمر المتوقع بصحة جيدة.^{١٠٤}

شكل ٣: حساب الدخل الشامل

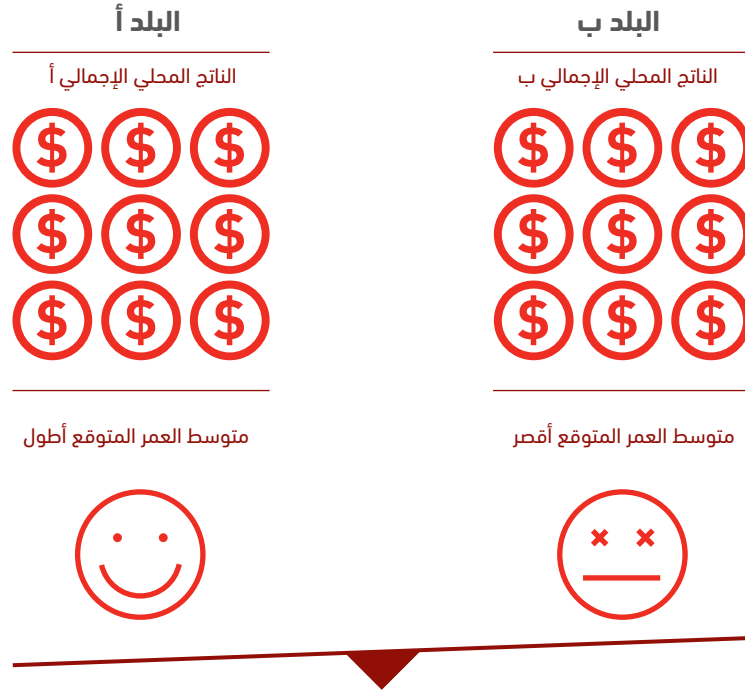


ذهبت لجنة لانسيت للاستثمار في الصحة إلى أن استخدام الدخل الشامل يعطي «صورة أدق وأكثر اكتمالاً لإسهام الصحة في تحقيق الرفاه الاقتصادي للبلاد» مقارنة بالاعتصار على استخدام الناتج المحلي الإجمالي وحده.^{١٠٥} واقتترمت اللجنة إطلاق اسم قيمة سنة الحياة (VLY) على القيمة الاقتصادية لسنة حياة إضافية واحدة.

وتشير الحسابات التي قامت بها اللجنة إلى أن قيمة سنة الحياة الواحدة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط تبلغ حوالي ٢,٣ ضعف نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، مع العلم أن باحثين آخرين توصلوا إلى قيم أقل.^{١٠٦} وتستقى هذه التقديرات من أمرين: أولاً، سؤال الأفراد عن المبلغ الذي يقبلون دفعه للحد من خطر الوفاة؛ وثانياً، رصد المبالغ المالية التي يتقاضاها فعلياً الأفراد الذين يعملون في مهن خطيرة.

واستخدمت اللجنة هذا النهج لتقييم عائدات الاستثمار فيما أطلقت عليه «تقارباً كبيراً في الصحة». ويعني التقارب الكبير تحقيق انخفاض عالمي في الأمراض المعدية التي يمكن تجنبها، وتراجع وفيات الأمهات والأطفال إلى مستويات عالمية متدنية. وتوصلت اللجنة إلى أن كل دولار يستثمر لتحقيق هذا الهدف منذ الآن وحتى عام ٢٠٣٥ سوف يدر عائداً من ٩ إلى ٢٠ دولاراً، وهو معدل عائد ممتاز. وحتى مع تبني تقييمات أكثر تحفظاً بكثير، فإن الفرص ما تزال ممتازة للحصول على عائدات معتبرة للاستثمار.

شكل ٤: قصة بلدين



الناتج المحلي الإجمالي ليس مقياسًا جيدًا بدرجة كافية لتقييم الأداء الاقتصادي

"البلد الذي يتمتع أبنائه بحياة صحية مديدة يفوق أدائه بشكل واضح أي بلد آخر له النسبة نفسها من الناتج المحلي الإجمالي للفرد غير أن أبنائه يعانون أمراضًا شتى وتنقضي أجالهم بصورة أسرع."
بلوم وآخرون (٢٠٠٤) ١٠٨

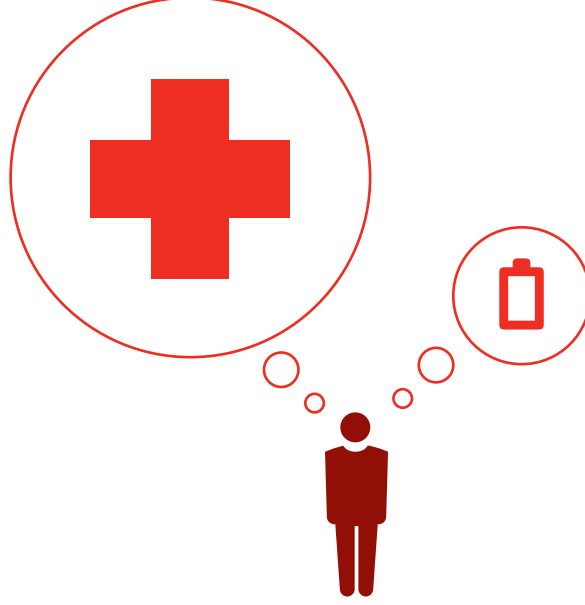
لماذا ينبغي لصناع السياسات وضع قيمة سنة الحياة في اعتبارهم

يضع الخبراء الاقتصاديون تمييزًا مهمًا بين السلع والخدمات السوقية وغير السوقية، وكما يظهر من الاسم، يتم تداول السلع والخدمات السوقية بسعر يعكس المبلغ الذي يقبل الأفراد دفعه، وهذا السعر يمثل قيمتها الاقتصادية، أما السلع غير السوقية مثل الهواء النظيف وسلامة المحيطات فلا يمكن تداولها بالطريقة نفسها، إذ إن أسعار السوق لا تكشف عن قيمتها، ولكنها على الرغم من ذلك ذات قيمة.

وبالمثل فإن السنوات الإضافية للحياة الصحية – أي قيمة سنة الحياة – لا تتداول في الأسواق، ولذا يصعب تحديد قيمة لها، ولكن لا مناص من استخدام نهج قيمة سنة الحياة لتقدير قيمة الصحة، وإلا فإننا نخاطر ببخس قيمتها، وقد يؤدي الاقتصار على استخدام الناتج المحلي الإجمالي إلى اتخاذ صناع السياسات لقرارات سيئة فيما يخص أفضل سبل تخصيص الموارد. وقيمة سنة الحياة بطبيعتها ليست دولارات يمكن استخدامها لشراء أشياء أخرى، بل تكمن أهميتها الكبرى في أنها تضع أمام صناع السياسات صورة أشمل لمنافع الاستثمارات في الصحة كما يظهر في دراسة الحالة ١.

شكل 0: سؤال من خبير اقتصادي

تخيّل أن عليك الاختيار بين التطورات التي شهدتها السلع المادية منذ خمسينات القرن العشرين، والتطورات التي شهدتها الصحة أثناء نفس الفترة. هل تختار أجهزة تلفاز وسيارات وطرقًا وطائرات وأجهزة كمبيوتر وهواتف أفضل، أم 11 عامًا إضافية من العمر المتوقع؟ سيختار قلة قليلة الاختيار الأول.



إن السنوات الإضافية من الحياة الصحية - أي قيمة سنوات الحياة - لا تباع في الأسواق، ما يجعل تقدير قيمتها أكثر صعوبة. ويعدّ اتباع توجه قيمة سنوات الحياة ضروريًا، وإلا فإننا نخاطر ببخس قيمة الصحة. إن الاقتصار على استخدام الناتج المحلي الإجمالي يؤدي إلى اتخاذ صناعات السياسات قرارات خاطئة حول أفضل السبل المتاحة لتخصيص الموارد؛ كما لا تعدّ قيمة سنوات الحياة بطبيعتها دولارات يمكن استخدامها لشراء أشياء أخرى، بل تكمن أهميتها الكبرى في إمداد صناعات السياسات بصورة أكثر اكتمالاً لفوائد الاستثمارات الصحية، كما يظهر في دراسة الحالة رقم 1.

دراسة الحالة ١: القيمة الاقتصادية للحد من الوفيات الناجمة عن أمراض القلب في المكسيك

زاد متوسط العمر المتوقع عند الولادة في المكسيك بمقدار 0,٤ سنوات في الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٤،^{١٧} ولكن هذه المكاسب الصحية ليست موزعة بالتساوي. فبينما تراجعت حالات الوفاة بمقدار الثلثين للأطفال حتى سن الرابعة، فقد تراجعت بمقدار الخمس لدى البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ و ٦٩ عامًا. وكان الإهمال من نصيب أجندة الحد من وفيات البالغين، خاصة الناجمة عن الأمراض غير المعدية، على امتداد عهد الأهداف الإنمائية للألفية في الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٥. أما الهدف المرتبط بالصحة ضمن أهداف التنمية المستدامة فيوصي بخفض الوفيات المبكرة – وهي الوفيات التي تحدث قبل سن السبعين – الناجمة عن الأمراض غير المعدية بمقدار الثلث بحلول عام ٢٠٣٠.

ومنذ عام ١٩٩٠ تمثل أمراض القلب والأوعية الدموية أكبر سبب منفرد للوفاة في المكسيك.^{١٨} وبينما شهدت دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي تراجع معدلات الوفاة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة ٤٥٪ منذ عام ١٩٩٠، فقد ظلت معدلات الوفاة المصنفة حسب العمر في المكسيك ثابتة.^{١٩} وإذا استمر هذا الاتجاه على حاله حتى عام ٢٠٣٠، يتوقع زيادة نصيب الوفيات المبكرة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية من ٨,١ إلى ١٧,٣ في المائة.

هل يمكن تسويق زيادة الإنفاق على الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية وعلاجها؟ عبر استخدام نهج قيمة سنة الحياة، فإن الاستثمار في السيطرة على أمراض القلب والأوعية الدموية لتفادي ثلث الوفيات المتوقعة حاليًا بسببها سوف يدر عائداً مقداره ٨,٤ مليار دولار في العام ٢٠٣٠.

بلغ نصيب نظام الرعاية الصحية المكسيكي في الناتج المحلي الإجمالي عام ٢٠١٤ نسبة ٦,١ في المائة.^{١١٠} وتضع تقديرات تكلفة الرعاية الصحية الموزعة حسب فئات الأمراض نسبة ٣,٨ في المائة من إجمالي الإنفاق الصحي لأمراض القلب والأوعية الدموية، أي ما يقرب من ثلاثة مليارات دولار.^{١١١} وتستطيع منافع خفض الوفيات المبكرة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية بمقدار الثلث تسويق زيادة تقارب الضعفين للإنفاق الحالي على أمراض القلب والأوعية الدموية. إن التعامل مع أمراض القلب والأوعية الدموية مهمة معقدة تتطلب المزيد من الرعاية الأساسية سريعة الاستجابة، كما تتطلب مستشفيات أفضل وتحكم أفضل في عوامل الخطورة مثل التدخين. ولا شك في استحقاق المنافع المكتسبة للاستثمار المبذول.

الفصل الثاني: كيفية تمويل الرعاية الصحية: عبر التمويل العام

الرسائل الأساسية للسياسات

- توقع تحمل الأفراد للتكاليف الطبية من أموالهم الخاصة يردعهم عن استخدام الخدمات الصحية المهمة ويشجعهم على عدم استكمال العلاجات المنقذة للحياة. وتوقع هذه التكاليف حوالي ١٥٠ مليون نسمة في براثن الفقر كل عام.
- من التوجهات الفضلى لتمويل الرعاية الصحية استخدام التمويل العام لتغطية حزمة محددة من التدخلات التي تمثل «أفضل الصفقات» بدون أي تكاليف شخصية يتحملها الأفراد لهذه الحزمة. والتمويل العام هو شراء الخدمات الصحية للسكان باستخدام العائدات الضريبية العامة أو الاشتراكات الإلزامية مثل الضرائب على الأجور.
- يعد التمويل العام أكثر كفاءة وأفضل تحكماً في التكاليف مقارنة بالتمويل الخاص، حيث يوفر حماية أكبر من الإفكار الطبي، ويعد الخيار الحقيقي الوحيد أمام الدول التي تأمل في توفير نظام مستدام للرعاية الصحية.
- ينبغي أن يرافق التمويل العام استراتيجيات لزيادة الفعالية، مثل تقييم تكنولوجيا الصحة، وذلك عبر الاستخدام الأنسب للأدوية واتباع ممارسات الرعاية المسؤولة.
- تحتاج بعض الدول النامية إلى استكمال الإنفاق العام على الصحة عن طريق المعونات، وبناء على النجاح المحرز والعائدات الاقتصادية الكبيرة، ينبغي للحكومات المانحة إنفاق جانب أكبر من إجمالي المعونات التي تقدمها على الصحة، وثمة دور على درجة خاصة من الأهمية يناط بالمعونات الصحية في دعم البحوث والتطوير في مجال الصحة على المستوى العالمي، والإسهام في مواجهة الأوبئة ومقاومة مضادات الميكروبات.

٢-١ جدوى التمويل العام باعتباره أفضل الخيارات المتاحة أمام الحكومات

«لقد انتهى العصر الذي كان المرض فيه يحطم ويدمر المدخرات التي ادخروها [كبار السن] بعناية فائقة على امتداد حياتهم لكي ينعموا بالعيش الكريم في سنواتهم الأخيرة. لقد انتهى العصر الذي كانت الأسر الشابة فيه ترى دخلها وأحلامها تتآكل وتتناهى لمجرد وفائها بالتزاماتها الأخلاقية العميقة تجاه الوالدين والأعمام والعمات والأخوال والخالات.»^{١١٢}

ليندون جونسون رئيس الولايات المتحدة لدى إقراره قانون الرعاية الطبية (مديكير) عام ١٩٦٥

تبني الخيار السليم للتمويل

ما السبيل الأمثل لتسديد فاتورة الرعاية الصحية؟ يحتل هذا السؤال مرتبة مرتفعة في أجندة وزراء الصحة والمالية بالدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

وقد ينظر صناع السياسات نحو التأمين التطوعي الخاص باعتباره وسيلة للحد من التمويل العام للصحة، وهذه الاستراتيجية تبدو لأول وهلة منطقية: إن أمكن نقل التكاليف من الحكومة إلى المواطنين، سيتم كبح التكاليف العامة بكل تأكيد.

ولكن الواقع مختلف عن ذلك، حيث أظهرت لجنة لانسييت للاستثمار في الصحة أن محاولة دفع المواطنين نحو التأمين التطوعي الخاص لا يسهم إلا قليلاً في كبح الطلب على التمويل العام للصحة.¹⁰³ وعلاوة على ذلك، فإن توقع قيام الأفراد بدفع تكاليف الصحة يدفع 10٠ مليون شخص نحو الفقر كل عام.¹⁰⁴ ويؤدي توقع قيام الأفراد بتسديد التكاليف الطبية من أموالهم الخاصة إلى حدوث ما يلي:

- ردعهم عن استخدام خدمات طبية مهمة، ما يؤدي بالتالي إلى المخاطرة بانتشار الأمراض المعدية مثل داء السل والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية¹⁰⁵
- تشجيعهم على الانقطاع عن العلاجات المنقذة للحياة
- إجبارهم على خفض الإنفاق على الغذاء والملبس والبنود الضرورية الأخرى لتسديد فاتورة الرعاية الصحية¹⁰⁶

أما النهج الأفضل، الذي يؤيده هذا التقرير بقوة، فيتمثل في استخدام التمويل العام لتغطية حزمة محددة من التدخلات شديدة الفعالية من حيث التكلفة التي تعد «أفضل الصفقات»، مثل اللقاحات وتنظيم الأسرة وعلاج داء السل والعقاقير المضادة لفيروسات النسخ العكسي التي تستخدم لعلاج الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (ونناقش هذه الحزمة في الفصل الثالث). وينبغي أن تكون هذه الحزمة مجانية أو بتكلفة زهيدة للغاية (أي ميسورة التكلفة) تدفع من الأموال الخاصة. ونحن نعني بالتمويل العام شراء الخدمات الصحية للسكان باستخدام العائدات الضريبية العامة أو الاشتراكات الإلزامية مثل الضرائب على الأجور أو نظم التأمين الإلزامية الأخرى سواء العامة أو الخاصة.

وقد اعترف كل من لجنة لانسييت للاستثمار في الصحة¹⁰⁷ وتقرير «ويش»¹⁰⁸ ٢٠١٥ حول التغطية الصحية الشاملة¹⁰⁹ بأهمية منح الأولوية للتغطية الكاملة للسكان عبر حزمة أساسية تحوي تدخلات فعالة من حيث التكلفة، وكما أشار منتدي ويش: «لا يمكن تحقيق تغطية صحية شاملة إلا عبر آليات تمويل إلزامية تُدار حكوميًا (الضرائب العامة واشتراكات أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي) وتُلزم الأفراد الأكثر ثراء والأوفر صحة بدعم الفقراء والضعفاء.»

وفي الدول ذات الموارد المحدودة التي تنتقل نحو تبني التغطية الصحية الشاملة، ينبغي استخدام التمويل العام لتحقيق التغطية الشاملة عبر حزمة أساسية تحوي أفضل الصفقات. وستكون قدرة التمويل الحكومي محدودة في البداية، كما ستحتاج التدخلات التي لا تشملها الحزمة تمويلًا خاصًا. ومع تنامي موارد البلاد، يمكن التوسع في حزمة التدخلات الممولة حكوميًا مع مرور الوقت كما حدث أثناء انتقال المكسيك نحو التغطية الصحية الشاملة.

وقد تبنت لجنة لانسييت للاستثمار في الصحة مسارين نحو التغطية الصحية الشاملة يكفلان الحماية للفقراء:

١. المسار الأول هو استخدام الأموال العامة من الضرائب العامة وضرائب الأجور لتغطية حزمة أساسية للحالات التي تؤثر على الفقراء بشكل غير متكافئ، خاصة الأمراض المعدية وحالات الأمومة والحالات الصحية. ويتلقى الجميع هذه الحزمة مجانًا أو نظير مدفوعات زهيدة من الأموال الخاصة. وليست الحكومة بحاجة لتحمل تكاليف محاولة تحديد الفقراء؛ فالحزمة تغطي الجميع. وتكون حزمة المزايا محدودة نسبيًا، حيث تشمل أكثر التدخلات فعالية من حيث التكلفة. وينبغي تمويل التدخلات التي لا تشملها الحزمة من الأموال الخاصة.

٢. المسار الثاني والمخصص للحكومات التي تود توفير حزمة أوسع كثيرًا هو استخدام نطاق أوسع من آليات التمويل، وقد يتضمن ذلك الضرائب العامة وضرائب الأجور والأقساط الإلزامية والاشتراك في التكلفة، بحيث تعفى الفئات الأكثر فقرًا من الأقساط والاشتراك في التكلفة. ويمكن عندئذ تقديم نطاق أوسع من الخدمات، إلا أن ذلك يعني الحاجة لتحديد الفقراء بحيث يحصلون على إعفاء من الدفع.

المزايا العديدة للتمويل العام

(أ) الفعالية

تظهر الأدلة أن التمويل العام يكون غالبًا أكثر فعالية وأفضل تحكّمًا في التكلفة مقارنة بالتمويل الخاص.¹¹⁹ وتبلغ التكاليف الإدارية في نظام الرعاية الطبية الأمريكي (مديكير) أقل من ٢ في المائة من جميع التكاليف،¹²⁰ مقارنة بحوالي ١٤ إلى ١٥ في المائة في الخطط الصحية الخاصة.^{121،122} وتستطيع الخطط الصحية الخاصة تشجيع الاستخدام المكثف أو غير المناسب للخدمات إذا حصل المزودون على مقابلٍ مجزٍ نظير كم الخدمات وليس جودتها. وعلوّة على ذلك، لا يوجد لدى الرعاية الصحية ذات التمويل الخاص دوافع تدعوها لنشر الوقاية الصحية والتثقيف الصحي والعلاج المبكر.

وعلى الرغم من ذلك، تخاطر نظم التغطية الصحية الشاملة ذات التمويل العام بالتعرض لتصاعد التكاليف إذا لم تتخذ خطوات للحد من المخاطر ونشر الفعالية – انظر أدناه: (ج) حل طويل المدى: تعبئة الموارد المحلية والإنفاق الفعال. وتضرب دراسة الحالة ٢ مثالًا لاستراتيجية تبنتها كوريا الجنوبية للحد من تكاليف القطاع الصحي الذي يعتمد على التمويل العام.

استراتيجيات للحد من تصاعد التكاليف غير المنتجة

درست لجنة لانسييت للاستثمار في الصحة الأدلة المستقاة من الاستراتيجيات التي يمكنها الحد من تصاعد التكاليف غير المنتجة في برامج التغطية الصحية الشاملة ذات التمويل العام.¹²³ وتوصلت اللجنة إلى أهم ثلاث استراتيجيات، ألا وهي:

١. ضمان تطبيق قيود قوية على الميزانية
٢. خفض مدفوعات الرسوم مقابل الخدمات
٣. الدفع للمزودين بنظام رواتب أو أجور سنوية، خاصة من يعالجون الأمراض المزمنة.

ومن الاستراتيجيات المهمة الأخرى:

- توحيد جهة الدفع سعيًا لخفض التكاليف الإدارية
- استراتيجيات المنافذ
- استخدام منصات متكاملة لتكنولوجيا المعلومات
- الأدوية المكافئة التي لا تحمل أسماء تجارية

دراسة الحالة ٢: وكالة استعراض وتقييم التأمين الصحي في كوريا الجنوبية

يدفع الأفراد في كوريا الجنوبية اشتراكًا نظير التغطية الصحية، وتحتسب هذه الاشتراكات عبر مقياس متدرج بناء على الدخل، حيث يبلغ متوسط الرسوم التي تدفع شهريًا ٣٤ دولارًا فقط لا غير. ومع التأمين على ٥٠ مليون شخص، تغطي الاشتراكات ٣٦ مليار دولار من النفقات الصحية العامة التي تبلغ ٣٧,٥ مليار دولار سنويًا. وسعيًا للحفاظ على انخفاض التكاليف الصحية وتحمل الاشتراكات، أسست الحكومة وكالة استعراض وتقييم التأمين الصحي. وتتولى الوكالة تقييم المطالبات وأنماط تقديم الخدمات وفعالية الخدمات والتكنولوجيات الطبية من حيث التكلفة. وأبرزت الوكالة عام ٢٠١٢ وفرًا مقداره ١,٩٥ مليار دولار عبر تقييمها للمطالبات، كما تراجع معدل وصف الأطباء للمضادات الحيوية من ٧٣ في المائة إلى ٤٤ في المائة في الفترة من ٢٠٠٢ إلى ٢٠١٤ نتيجة لتقييم الوكالة لما يصفه الأطباء من مستحضرات دوائية.

وبينما حققت كوريا الجنوبية التغطية الصحية الشاملة، فقد منحت الأولوية لتغطية السكان مقابل التوسع في حزمة المنافع. ويقام ذلك الوضع قوة القطاع الخاص الذي يشجع الطلب على أحدث الخدمات والتكنولوجيات، وبلغ الإنفاق من الأموال الخاصة عام ٢٠١٣ نسبة ٣٧ في المائة، مقارنة بمتوسط يبلغ ١٩,٥ في المائة في دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي. وتحتاج كوريا الجنوبية للتوسع المطرد في التغطية الصحية الشاملة لكي تغطي جميع الخدمات الطبية الأساسية، كما يلزم وضع حد للإنفاق من الأموال الخاصة، وإنشاء نظام استعراض للإنفاق الخاص.

(ب) الوقاية المالية

«لقد انتهى العصر الذي كان المرض فيه يحطم ويدمر المدخرات التي ادخروها [كبار السن] بعناية فائقة على امتداد حياتهم لكي ينعموا بالعيش الكريم في سنواتهم الأخيرة. لقد انتهى العصر الذي كانت الأسر الشابة فيه ترى دخلها وأحلامها تتآكل وتتهوى لمجرد وفاتها بالتزاماتها الأخلاقية العميقة تجاه الوالدين والأعمام والعمات والأخوال والخالات.»^{١٢٩}

ليندون جونسون رئيس الولايات المتحدة لدى إقراره قانون الرعاية الطبية (مديكير) عام ١٩٦٥

يمثل المرض أو الإصابة ضائقة هائلة، وفي هذه الأوقات لا ينبغي للأفراد التعرض لمصدر قلق إضافي نتيجة ضيقتهم عدم القدرة على تسديد مقابل الرعاية الطبية. وكان تخفيف هذا الضغط أحد الدوافع الرئيسية لتطبيق أحد أقدم نظم التمويل العام، ألا وهو هيئة الخدمات الصحية الوطنية البريطانية. وتطمئن الصفحة الأولى لنشرة صادرة عام ١٩٤٨ القراء أن الخدمة «سوف تريحك من الهموم المالية في أوقات المرض».^{١٢٤}

وأظهرت دراسات أجريت في دول منخفضة ومتوسطة الدخل قدرة التمويل العام على خفض الإنفاق من الأموال الخاصة،^{١٢٧،١٢٥} كما أبرزت اعتبارين مهمين:

١. في بلدان مثل إثيوبيا حيث ترتفع التكاليف غير الطبية للرعاية الصحية - مثل الانتقال إلى العيادات على سبيل المثال - ينبغي وجود دعم عام لهذه التكاليف، وإلا فستبقى مخاطر الإفجار الطبي قائمة.^{١٢٧}
٢. فرض اشتراكات باهظة التكلفة باعتبارها وسيلة تمكن الحكومة من استرداد بعض التكاليف يعد كذلك مصدر خطر، حيث أظهرت بحوث حديثة عن التوسع غير المسبوق الذي تنفذه الصين في التأمين الممول من جهات عامة أنه على الرغم من وصول معدلات التغطية حاليًا إلى مائة في المائة، إلا أن الاشتراك باهظ التكلفة أدى إلى الحد من الوقاية المالية.^{١٢٨}

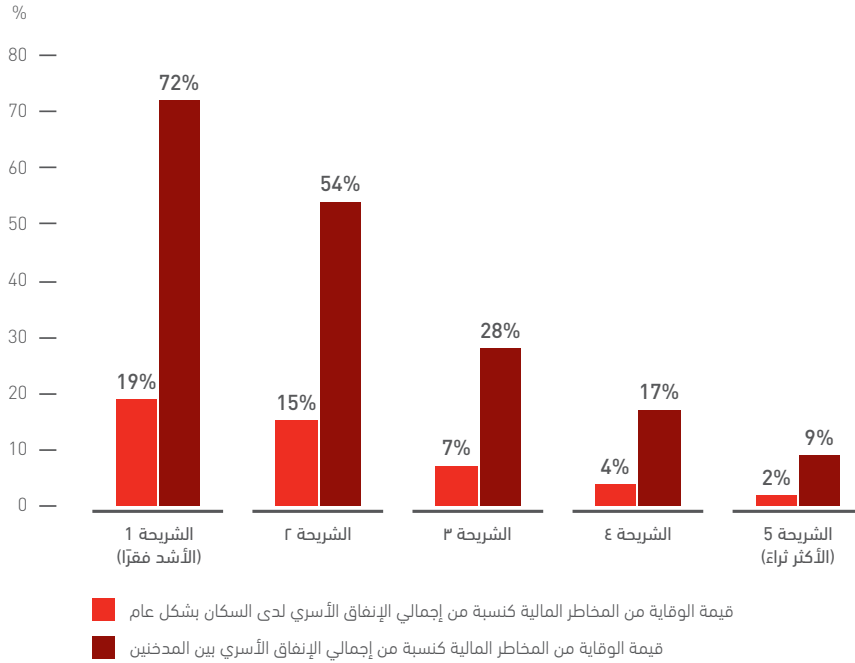
وتعتبر دراسة الضرائب على التبغ من المجالات البحثية الجديدة التي تربط بين التمويل العام للصحة والوقاية المالية. وتستطيع مثل هذه الضرائب شحذ الإيرادات العامة، وتعزيز مخرجات الصحة العامة عن طريق التصديق على السلوكيات غير الصحية، وتوفير الوقاية المالية عبر خفض المصروفات الطبية المرتبطة بالصحة (انظر دراسة الحالة ٣).

دراسة الحالة ٣: الضرائب على التبغ تحشد الأموال العامة وتوفر وقاية من المخاطر المالية

تواجه العديد من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط عبئًا متناميًا من الأمراض غير المعدية التي يعد التدخين أحد مسبباتها. وتمثل الضرائب على التبغ استراتيجية فعالة للحد من هذا العبء، إلى جانب تحسين إيرادات عامة كبيرة وتوفير الوقاية من المخاطر المالية.^{١٢٩} وشهدت بلدان عديدة هذه الآثار على اختلاف حجم نظمها الاقتصادية بين صغيرة وكبيرة - كما يظهر أدناه في لبنان والصين.

تعد معدلات انتشار التدخين في **لبنان** من أعلى المعدلات في منطقة الشرق الأوسط.^{١٣٠} وقد وجد سلتي وزملاؤه أن فرض ضريبة على التبغ لرفع سعره بنسبة ٥٠ في المائة ستؤدي إلى خفض الاستهلاك، والحد من المرض وحالات الوفاة الناجمة عن الأمراض غير المعدية، وزيادة الإيرادات الحكومية.^{١٣١} ويظهر الشكل ٦ قيمة الوقاية من المخاطر، مقدّمة في صورة نسبة من إجمالي الإنفاق الأسري لدى خمس شرائح دخل، وذلك نتيجة لزيادة مقدارها ٥٠ في المائة في سعر السجائر بسبب فرض ضرائب أعلى. وتزداد المنافع كثيرًا بالنسبة للأسر الأكثر فقرًا.

شكل ٦: القيمة التقديرية للوقاية من المخاطر المالية في لبنان



ويُنتظر أن تحقق الضرائب على التبغ منافع مماثلة في الصين التي يزيد فيها عدد المدخنين الذكور على ٣٠٠ مليون. ووجدت دراسة نموذجية أن حدوث زيادة في السعر مقدارها ٥٠ في المائة ستؤدي إلى الحفاظ على ٢٣١ مليون سنة حياة على امتداد الخمسين عامًا القادمة بين الرجال، وثُلث هذه السنوات بين المجموعة الأكثر فقرًا. وتستطيع الحكومة تحصيل ٧٠٣ مليارات دولار من الإيرادات الضريبية، كما تؤدي الضريبة إلى خفض الإنفاق على الأمراض المرتبطة بالتبغ بمقدار ٢٤ مليار دولار ثلثه في المجموعة الأكثر فقرًا. وتتركز الوقاية المالية البالغة ١,٨ مليار دولار بشكل أساسي (٧٤ في المائة) في الأسر الأكثر فقرًا.^{١٣٢}

وبالطريقة نفسها التي يرتب بها الأفراد قيمة نقدية مرتفعة على أعوام الحياة الإضافية التي توفرها الاستثمارات الصحية، فإنهم يضعون كذلك قيمة مرتفعة للوقاية من المخاطر المالية التي يوفرها التأمين الممول حكوميًا. إن معرفة الأفراد بالدفع المسبق للخدمات الصحية الأساسية من جانب الحكومة يمنحهم راحة البال، حيث يمكنهم ذلك من النوم ليلاً وهم يعرفون أنهم لن يعانون من الدمار المالي إذا مرضوا أو تعرضوا لإصابة. ولراحة البال هذه قيمة اقتصادية لم نفلح في تقديرها حق قدرها.

وتقدم دراسة الحالة ٤ التي تتناول نظام الرعاية الطبية الأمريكي (مديكير) مثالاً على تقدير الأفراد لقيمة الحد من المخاطر المالية.

دراسة الحالة ٤: قيمة الوقاية من المخاطر المالية التي يوفرها نظام الرعاية الطبية (مديكير)

تبدو قيمة التأمين الصحي واضحة بالنسبة لمعظم الأفراد؛ إذ إنه يسمح بالحصول على الرعاية الصحية مثل الرعاية الطبية للطفل المريض أو العلاجات المكثفة للسرطان في المستشفيات، وثمة منفعة أخرى أمل وضوحاً للتأمين الصحي؛ وهي الوقاية من الدمار المالي الناجم عن التكاليف الباهظة للرعاية الصحية. تشير دراسات سابقة إلى أن التغطية التأمينية تدر منافع كبيرة على الأسر منخفضة الدخل التي تعتبر الأكثر عرضة للمخاطر من التكاليف المرتبطة بالأمراض الخطيرة. فعلى سبيل المثال، انخفض الإنفاق الطبي الباهظ من الأموال الخاصة بنسبة ٥٠ في المائة بعد تطبيق التأمين الصحي الوطني.^{١٣٣} والمهم أن التأمين الصحي يكتسي قيمة ملموسة حتى لمن لا يحتاجون لاستخدامه مطلقاً، ففي التجربة العشوائية للتأمين الصحي (مديكير) بولاية أوريغون في الولايات المتحدة،^{١٣٤} كان الأثر الأكبر للتغطية الحد من الاكتئاب (وليس تحسن ضغط الدم أو التحكم في الجلوكوز)، ما أفضى بأحد الباحثين إلى التصريح قائلاً: «لم أكن أدرك مدى العبء النفسي الذي يتعرض له الأفراد غير المؤمن عليهم»،^{١٣٥} وهكذا يوفر التأمين الصحي ربحاً ثلاثياً:

- وصول أفضل إلى الرعاية الصحية
- امتصاص الصدمة المالية التي يحدثها المرض الخطير والممتد
- انخفاض التوتر والاكتئاب لدى من يثير قلقهم العجز عن الحصول على الرعاية عندما يكونون في أشد الحاجة إليها

(ج) حل طويل المدى: تعبئة الموارد المحلية والإنفاق الفعال

يعتبر نظام التمويل المحلي القوي الخيار الحقيقي الوحيد المتاح أمام البلدان التي تأمل في توفير نظام مستدام للرعاية الصحية. وينبغي إرفاق هذا الشد المحلي للموارد بالإنفاق الفعال.

وتتمثل إحدى طرق زيادة الفعالية في ضمان توجيه الأموال إلى التدخلات الصحية التي تمثل «أفضل الصفقات»، ومن الاستراتيجيات الأخرى:

- **تقييم التكنولوجيات الصحية** – مثل برنامج تقييم التدخلات والتكنولوجيات الصحية في تايلاند. ويفضي هذا التقييم إلى زيادة فعالية استخدام موارد الرعاية الصحية.^{١٣٦}
- **الرعاية المسؤولة** – ترتيب تتولى بمقتضاه مجموعة من المزودين الصحيين المسؤولية المشتركة عن تحقيق مجموعة من النتائج لسكان محددين تقديرياً على امتداد فترة زمنية ومقابل تكلفة متفق عليها. ويقدم تقرير الرعاية المسؤولة الصادر عن ويش عام ٢٠١٦ مجموعة من دراسات الحالات من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط مثل الهند والمكسيك ونيبال ورواندا، حيث يظهر من خلالها كيف يؤدي هذا الإجراء إلى توفير رعاية أعلى جودة بتكلفة أقل.

- **استخدام الأدوية على نحو أكثر ملاءمة** - خفض النفقات غير الضرورية على الأدوية غير الملائمة، خاصة المضادات الحيوية، وفرض ضوابط جودة للقضاء على العقاقير المزيفة أو التي لا تلبى المعايير المفروضة.^{١٣٧}
 - **استخدام الحوافز لتشجيع العاملين في المجال الصحي والحد من الإقامة غير الملائمة أو الطويلة في المستشفيات** - تتضمن مثل هذه الحوافز المدفوعات المرتبطة بالأداء، علاوة على الحوافز المهنية (على سبيل المثال توفير أوقات عمل مرنة واستقلال في العمل وتقدير العمل الجيد).^{١٣٨}
 - **خفض وجوه انعدام الكفاءة في إنفاق القطاع العام، مثل دعم الوقود الأحفوري** - يقدر صندوق النقد الدولي أن مكاسب الإيرادات التي يمكن تحقيقها عبر رفع هذا الدعم كانت لتصل إلى ٢,٩ تريليون دولار (٣,٦ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي على مستوى العالم) عام ٢٠١٥، والتي كان من الممكن استخدامها في صورة «تخفيضات ضريبية معززة للنمو على العمالة ورأس المال أو لصالح استثمارات تمثل حاجة ماسة في قطاعي التعليم الأساسي والصحة».^{١٣٩}
- ولكن حتى مع حشد الموارد المحلية وجني المكاسب الناجمة عن كفاءة الإنفاق، فإن كثيرًا من البلدان النامية ليست في وضع يمكنها من تمويل خدماتها الصحية بشكل مستقل، بل تعتمد عوضًا عن ذلك على المساعدات الصحية. ونستكشف في الفصل التالي كيفية الحشد الأمثل للمعونات لاستكمال مجهود تطوير نظم ممولة حكوميًا.

٢-٢ جدوى زيادة المعونات الصحية: الاستثمارات السابقة جلبت تقدمًا صحيًا واقتصاديًا

بعد انقضاء عقد من تزايد الاستثمارات من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٠، أصيبت المعونات الصحية بالركود، بل افتقرت التقديرات الأولية أنها ربما شهدت تراجعًا في الفترة من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٤، وهو توجه يثير قلقًا بالغًا.^{١٤٠} ولولا هذا الانكماش، يقدر معهد القياسات الصحية والتقييم حجم المعونات الصحية التي كان يمكن إنفاقها في الفترة من ٢٠١١ إلى ٢٠١٤ بمبلغ ٣٨,٤ مليار دولار.^{١٤١}

وينبغي أن يكون ذلك بمثابة جرس إنذار للمانحين، فهذه التوجهات قادرة على تعريض التقدم الذي أحرز مؤخرًا في الصحة العالمية للخطر، كما يمكنها أن تؤدي إلى حدوث آلاف الوفيات التي يمكن تجنبها. وبدلًا من التراجع عن الاستثمار في الصحة، نقول بوجوب إنفاق المانحين لحصة أكبر من إجمالي المعونات التي يقدمونها على الصحة.

وكما هو موضح أدناه، تستطيع المعونات استكمال العجز في التمويل المحلي لدى الدول النامية بعدة وسائل مهمة:

- **التوسع:** تدعم المعونات جهود البلدان الرامية إلى التوسع في الأدوات الصحية الحيوية.
- **تبادل أفضل الممارسات:** تستطيع المعونات القيام بدور الوسيطة أو الآلية لنشر المعرفة والمعلومات بين البلدان فيما يخص الوقاية من الأمراض وعلاجها.
- **الوصول إلى المهمشين:** تستطيع المعونات تمويل الخدمات الصحية المقدمة للأفراد - مثل اللاجئين أو الطوائف المصنفة أو النساء - ممن قد يعانون من التمييز عندما يتعلق الأمر بتلقي الخدمات الممولة محليًا.
- **تقديم خدمات موصومة:** تستطيع المعونات تمويل خدمات تعتبر الحكومة توفيرها محفوفًا بالصعوبات، مثل الإجهاد الآمن ورعاية ما بعد الإجهاد وجوانب أخرى للصحة الإنجابية.

تاريخ حافل بالنجاح

لطالما كان السؤال حول نجاعة المعونات مثار جدل كبير.^{١٤٤-١٤٤} ولكن الناقدون أنفسهم يعترفون بأن المعونات الصحية أحرزت نجاحًا أكبر كثيرًا من أنواع المعونات الأخرى.

يعترف الخبير الاقتصادي الحاصل على جائزة نوبل أنجوس ديتون، أحد أكبر المفوهين المشككين في جدوى المعونات، قائلاً: «لقد أنقذت المعونات الخارجية حياة الملايين في الدول الفقيرة».^{١٤٥} ومنذ عام ٢٠٠٠ استهدفت معظم المعونات الصحية فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وصحة الأمهات والأطفال. وأظهرت البحوث أن حشد المعونات بهذه الطريقة ارتبط بتراجع كبير في حالات الوفاة، وعلى سبيل المثال:

- **الملاريا:** قبل عام ١٩٩٨ كانت المعونات الصحية المنفقة سنويًا للسيطرة على الملاريا تقل عن ٤٠ مليون دولار. وبحلول عام ٢٠٠٧، ارتفع المبلغ إلى ٧٢٤ مليون دولار. وأنفق معظم هذا المبلغ على الناموسيات. وأظهر فلاكسمان وزملاؤه أن كل دولار من المساعدات التي تنفق لمكافحة الملاريا للفرد ارتبط بزيادة تقدر بحوالي ٥ في المائة في نسبة الأطفال الذين ينامون ليلاً تحت ناموسية.^{١٤٦} وانخفضت وفيات الأطفال بنسبة ٢٣ في المائة لدى الأسر التي تمتلك ناموسية واحدة على الأقل.^{١٤٧} ويقدر ميلز وشيلكوت أن كل دولار ينفق للسيطرة على الملاريا يجلب عائداً يتراوح من ٢ إلى ٥ دولارات.^{١٤٨}
- **فيروس نقص المناعة البشرية:** في الفترة من ٢٠٠٣ إلى ٢٠٠٨، حشدت خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة المتعلقة بالإيدز ٢٠,٤ مليار دولار للسيطرة على فيروس نقص المناعة البشرية في البلدان النامية، ومع نهاية عام ٢٠٠٨ كان مليوناً شخص يتلقون عقارات مضادة لفيروسات النسخ العكسي بتمويل من الخطة. ووجدت دراسة أجراها بنديفيد وزملاؤه أن «خطة الرئيس الأمريكي الطارئة للإغاثة المتعلقة بالإيدز ارتبطت بانخفاض في وفيات البالغين من جميع المسببات».^{١٤٩}
- **الحصبة:** منذ عام ٢٠٠٠، تلقى مليارات طفل من جميع أنحاء العالم لقاهاً تكميلياً ضد الحصبة، ما أدى إلى إنقاذ حياة ١٥,٦ مليون شخص على أقل تقدير.^{١٥٠}

ونظراً لأن هذه الأمراض تتطلب استمرار جهود السيطرة عليها، فإن الانقطاع المفاجئ للمساعدات سيؤدي إلى انبعاث المرض مرة أخرى وحدوث وفيات يمكن تفاديها. وتواجه هذه البرامج معضلة: كلما كان نجاحها أكبر، ازداد المرض احتجاجاً عن أعين صناعات السياسات، ما يزيد خطر سحب التمويل. ومن المهم للغاية قيام الباحثين بنقل مثل هذه الأدلة إلى صناعات السياسات في الوقت السليم.

وفي المجمل، تظهر الأدلة أن المعونات الصحية كان لها تأثير مباشر وسببي في إنقاذ حياة الكثيرين. فقد شهدت الدول التي تلقت معونات صحية أكبر ارتفاعاً أسرع في متوسط العمر المتوقع وانخفاضاً أكبر بكثير في معدلات وفيات الأطفال مقارنة بالبلدان التي تلقت معونات أقل.^{١٥١} لقد آتت المعونات الطبية أكلها عندما استخدمت البلدان التمويل الخارجي للتوسع في البرامج عالية التركيز والسليمة تقنياً ذات الأهداف الواضحة التي تتمتع بسلطة ومسؤولية إدارية قوية. ووثقت مجموعة من دراسات الحالات، التي نشرها مركز التنمية العالمية تحت عنوان مشروع إنقاذ الملايين، مجموعة من قصص النجاح المبهرة التي تظهر أثر المعونات الصحية، بما في ذلك السيطرة على العمى النهري وداء الحبيبات (الدودة الغينية) في دول إفريقيا جنوبي الصحراء.^{١٥٢}

صورة أكثر اكتمالاً

يؤدي اعتماد التغيرات في الناتج المحلي الإجمالي بوصفها المقياس الوحيد للقيمة الاقتصادية للمعونات الصحية إلى تكوين صورة في غاية القصور. فعلى سبيل المثال، يدر كل دولار يستثمر في لقاحات الأطفال في الفترة من ٢٠١١ إلى ٢٠٢٠ عائداً يبلغ ١٦ دولاراً إذا اعتمدنا على الناتج المحلي الإجمالي وحده. أما إذا استخدمنا نهجاً شاملاً للدخل، فسوف نجد أن كل دولار يدر عائداً قيمته ٤٤ دولاراً خلال الفترة نفسها.^{١٥٣}

ويعتبر مركز كوبنهاجن للتوافق، وهو مركز فكر يعمل في مجال التنمية العالمية، المنظمة الوحيدة حسب علمنا التي تستخدم مقاربات الدخل الشامل لتقدير عائدات الاستثمار في قطاعات تنموية مختلفة، وتوصلت

تحليلات المركز بناء على هذه العائدات إلى أن الصحة أحد أفضل مجالات الاستثمارات المتاحة. وقد توصل التحليل الذي أجراه المركز عام ٢٠١٢ إلى أن ٨ من أفضل ١٠ مجالات استثمارية كانت في القطاع الصحي: المغذيات الدقيقة (الفيتامينات والمعادن الضرورية للصحة التي تكون الحاجة إليها بمقادير قليلة)، ودعم عقاقير الملاريا، ولقاحات الأطفال، والقضاء على الديدان الطفيلية في أطفال المدارس، والتوسع في علاج داء السل، وتعزيز القدرة الجراحية، واللقاح ضد التهاب الكبد البائي.١٥٤

مستقبل المعونات

لا شك أن المعونات الصحية القُطرية (أي المعونات التي تقدم إلى الدول مباشرة) ستكون ضرورية لعقود قادمة. وستظل الدول منخفضة الدخل بحاجة للمعونات لدعم برامجها الصحية، كما ينبغي للمانحين توفير معونات صحية موجهة للدول متوسطة الدخل على أساس كل حالة على حدة لاستهداف المجموعات السكانية الضعيفة مثل اللاجئين أو المجموعات التي تعاني من التمييز، علاوة على تمويل الخدمات الحساسة سياسيًا مثل تنظيم الأسرة. وعلى الرغم من ذلك، يتوقع تراجع الحاجة للمعونات القُطرية في الأعوام القادمة نظرًا للنمو الاقتصادي المطرد الذي تشهده الكثير من الدول النامية. وبدلاً من تخفيض التمويل، ينبغي قيام المانحين بالاستثمار في الوظائف العالمية للمعونات الصحية.

الوظائف العالمية للمعونات الصحية

إذا تخطينا البرامج القُطرية، يمكن القول إن المعونات الصحية لديها دور آخر مهم لتؤديه، ألا وهو دعم الاستجابة العالمية المنسقة للتهديدات الآنية وطويلة المدى.^{١٥٥} ويمكن تحقيق ذلك عبر ما يلي:

- تطوير تكنولوجيات صحية جديدة للتعامل مع الأمراض المرتبطة بالفقر
- إدارة التهديدات العابرة للحدود مثل مقاومة مضادات الميكروبات^{١٥٦}
- رعاية القيادة والتوجيه للصحة العالمية

ويوجه حاليًا ٤,٧ مليار دولار فقط لهذه الوظائف الحيوية، أي ما يمثل فقط خُمس المعونات الصحية.^{١٥٧} وعلى الرغم من ضرورة زيادة المبلغ الإجمالي للمعونات الصحية، إلا أنه يجب كذلك زيادة مقدار المعونات الموجهة نحو الوظائف العالمية، وتوضح دراسة الحالة ٥ أسباب ذلك باستخدام نهج الدخل الشامل.

سبب تقديرات منظمة الصحة العالمية، ينبغي توفير ٦ مليارات دولار سنويًا لدعم البحث والتطوير في مجال الأمراض المرتبطة بالفقر، بيد أن ما ينفق حاليًا يمثل نصف هذا المبلغ فقط. وتظهر مقاربات الدخل الشامل العائدات الاقتصادية الكبيرة للاستثمار في البحث والتطوير، فعلى سبيل المثال، استخدم هيشنت وجاميسون هذا النهج لإظهار العوائد بالغة الضخامة للاستثمار في لقاح مضاد لفيروس نقص المناعة البشرية.^{١٥٨} ويتوقع أن يدر كل دولار يستثمر في تطوير لقاح مضاد لفيروس نقص المناعة البشرية عائدًا يتراوح من ٢ إلى ٦٧ دولارًا إذا افترضنا أن تكاليف البحث والتطوير تبلغ حوالي ٩٠٠ مليون دولار سنويًا وأن لقاحًا تبلغ فعاليته ٥٠ في المائة سوف يصبح متاحًا بحلول عام ٢٠٣٠. وقد تجاهلت الطرق المعيارية لتقدير قيمة الابتكار كذلك القيمة التأمينية الكبيرة للتدخلات الصحية الجديدة؛ أي القيمة الاقتصادية الناتجة عن كون التدخلات الجديدة تحد من خطر إصابة المرء بالمرض أو تحد من شدة هذا المرض.^{١٥٩}

استثمر المانحون عام ٢٠١٣ أقل من مليار دولار في إدارة التهديدات العابرة للحدود مثل التآهب لتفشي الأمراض، وعلى الرغم من ذلك يتوقع البنك الدولي أن يتكلف بناء نظام عالمي للتآهب لمواجهة الأوبئة حوالي ٣,٤ مليار دولار.^{١٦٠} ويعني ذلك بقاء العالم في خطر محقق. وأدى الاستثمار غير الكافي في هذه الخواص إلى استجابة عالمية بطيئة للغاية لكارثة الإيبولا في غرب إفريقيا؛ فلم يتوفر العلاج أو اللقاح أو الاختبار التشخيصي السريع. وكان نظام التآهب لتفشي المرض والاستجابة له في غاية الضعف، كما كانت قيادة منظمة الصحة العالمية غائبة.

وتشير «معضلة الدخل المتوسط» إلى حقيقة مفادها أن معظم فقراء العالم يعيشون حاليًا في بلدان متوسطة الدخل، ولكن العديد من البلدان متوسطة الدخل تزداد ثراء لدرجة تجعلها غير مؤهلة لتلقي المعونات. وعلى الرغم من ذلك، يساعد تنامي الدعم للوظائف العالمية في حل هذه المعضلة. فعلى سبيل المثال، ينتظر أن تستفيد الصين والهند استفادة عظيمة من الشراء الجماعي للأدوية والمنتجات الصحية الأخرى، وتهيئة الأسواق لخفض أسعار العقاقير، وتنامي الجهود الدولية للسيطرة على داء السل المقاوم للعقاقير المتعددة.¹⁷¹

دراسة الحالة 0: المنافع العامة العالمية وقيمة التأهب لمواجهة الأوبئة

شهد القرن الحادي والعشرون التزامًا بارزًا وعظيم الإثمار بتوجيه الموارد العالمية نحو الاستثمارات الصحية بالدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ولكن تبقى أهداف يسهل تحقيقها في مجال الصحة، فغياب التأهب للإنفلونزا الوبائية يقدم مثالًا مقنعًا.¹⁷²

ثمة احتمال ضئيل في أي عام أن يتعرض العالم مجددًا لوباء إنفلونزا شديد الحدة بمائل الوباء الذي انتشر عام ١٩١٨ وتسبب في وفاة عشرات الملايين من البشر. وحتى وباء متوسط الحدة، الذي حدث مثله ست حالات على الأقل منذ عام ١٧٠٠، يمكنه أن يتسبب في وفاة مليوني شخص أو أكثر. وقد توصلت دراسة حديثة استخدمت تقديرات معقولة (على الرغم من اعترافها بكونها غير قطعية) للاحتمالات السنوية لحدوث أوبئة إلى أن التقدير المعقول للوفيات المتوقعة عند تفشي وباء تتخطى ٧٠٠ ألف سنويًا على مستوى العالم، مع تكلفة سنوية مرتبطة بحالات الوفاة تقدر بحوالي ٤٩٠ مليار دولار. ومع إضافة خسارة متوقعة للدخل تبلغ ٨٠ مليار دولار سنويًا، تصل التكلفة إلى ٥٧٠ مليار دولار سنويًا، أي ما يعادل ٠,٧ في المائة من الدخل العالمي (في نطاق يتراوح من ٠,٤ إلى ١ في المائة). ويؤدي عدم احتساب القيمة الضمنية لارتفاع خطر الوفاة إلى الإغفال الكبير لقيمة الاستثمارات اللازمة للسيطرة على الأوبئة.

وبينما تستفيد جميع الدول من التأهب لمواجهة الأوبئة، فإن تكلفة الأوبئة في البلدان منخفضة الدخل تبلغ ضعف المتوسط العالمي. وبناء على ذلك، يحدث التأهب تأثيره الأكبر في أكثر مناطق العالم ضعفًا.

الفصل الثالث: ما ينبغي الاستثمار فيه: حزمة تدخلات عالية التأثير

الرسائل الأساسية للسياسات

- يعزى حوالي ٨٠ في المائة من الانخفاض في وفيات الأطفال بالبلدان النامية في الفترة من ١٩٧٠ إلى ٢٠٠٠ إلى تبني تدخلات صحية منقذة للحياة.
- ينبغي تركيز التمويل العام والمعونات الصحية على تقديم حزم تدخلات عالية الفعالية من حيث التكلفة تعد أفضل الصفقات للتعامل مع الأمراض المعدية، والحالات الصحية للأمهات والأطفال، والأمراض غير المعدية والإصابات، بحيث تستهدف الحاجات المحلية.
- العائدات على الاستثمار في هذه الحزم هائلة؛ على سبيل المثال يدر كل دولار يستثمر في توفير حزمة لقاحات الأطفال على امتداد الفترة من ٢٠١١ إلى ٢٠٢٠ عائداً يصل إلى ٤٤ دولارًا.
- يمكن للتوسع المطرد في أفضل الصفقات بالدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط أن يؤدي إلى تحول هائل في الصحة العالمية خلال جيل واحد.

أفضل وسيلة لتحسين الصحة تقديم تدخلات صحية زهيدة الثمن وقوية التأثير

منذ ستين عامًا، تحدى كينجزي ديفيز عالم الاجتماع والأخصائي الديموغرافي المعروف دوليًا وجهات النظر السائدة حول أسباب تراجع معدلات الوفاة، حيث وجد أن التقدم الاقتصادي لا يفسر حدوث ذلك، وفي واقع الأمر لم يكن التقدم الاقتصادي حتى مجرد شرط مسبق لتحقيق تراجع سريع في معدل الوفيات، وإنما كان ذلك يعزى في الغالب إلى التدخلات الصحية زهيدة التكلفة.^{١٦٤}

«إذا أردنا تقديم الخدمات للجميع، فلا يمكن تقديم جميع الخدمات، بل ينبغي البدء بتقديم أكثر الخدمات فعالية من حيث التكلفة.»

غرو هارلم برونتلاند، منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩

«إن الانخفاض الكبير في معدل الوفيات بالمناطق الأقل نموًا ... قد صار واقعا بشكل أساسي نظرًا لاكتشاف طرق جديدة لعلاج الأمراض يمكن تطبيقها بتكلفة معقولة ... ويمكن للانخفاض أن يكون سريعًا لأنه لم يعتمد على التنمية الاقتصادية العامة أو التحديث الاجتماعي ... ولا يزال هناك الكثير من التعلق لضرورة حدوث تطور اقتصادي عام ورفاه مجتمعي من أجل السيطرة على المرض ... الحقيقة أنه يمكن القضاء على الكثير من الأمراض دون حدوث أي من ذلك...»

وفي الفترة من ١٩٩١ إلى ٢٠٠٠، نجحت أربعة بلدان منخفضة الدخل هي بنغلادش والإكوادور ومصر وإندونيسيا في الحد من وفيات الأطفال بنسبة تبلغ ٤٠ في المائة على الأقل، وهي نسبة أكبر كثيرًا مما كان متوقعًا.^{١٦٥} ولم يسهم النمو الاقتصادي والحد من الفقر والحد من انعدام المساواة بشكل منتظم في هذا التراجع. وحتى في ظل غياب الحكم الرشيد وانتشار الفساد والاضطرابات وانخفاض المشاركة في العملية السياسية، فإن أكثر العوامل تأثيرًا كانت:

- توجيه حزم تدخلات صحية منتقاة لأكثر من يحتاجونها
- توفير المساعدة المالية والتقنية خاصة في مجال مراقبة الأمراض

وتُنقش أهمية توجيه حزم التدخلات الصحية إلى أكثر الحالات والسكان احتياجًا لها بتوسع أكبر في تقرير «ويش» الصادر عام ٢٠١٦ حول الطب الدقيق.^{١٦٦}

وتؤكد البحوث التي تناولت تراجع وفيات الأطفال في الفترة من ١٩٧٠ إلى ٢٠٠٠ في ٩٥ دولة نامية أهمية تبني التدخلات الصحية.^{١٧٧} ويتمثل أهم عامل في الحد من وفيات الأطفال في سرعة تبني الدول أحدث التدخلات المنقذة للحياة ذات التكلفة الزهيدة والفعالية الكبيرة: حيث شهدت البلدان التي بادرت إلى تبني التدخلات انخفاضاً سنوياً إضافياً في وفيات الأطفال مقداره ٢ في المائة، كما نُسب ٨٠ في المائة من التحسن المحرز في معدل الوفيات إلى تبني التكنولوجيات الصحية، مقارنة بثلاثة في المائة فقط بسبب نمو الدخل، وثمانية في المائة بسبب توسع القوة العاملة في المجال الطبي، وتسعة في المائة بسبب تعليم الفتيات.

كيفية تحديد الأولويات

إذا أتيح لك إنفاق مليون دولار على الصحة، فما هي أفضل المشتريات؟ أيها ينقذ حياة المزيد من الأشخاص؟

تناولت مجموعة واسعة من البحوث هذه الأسئلة،^{١٧٨-١٧١} وأظهرت أي التدخلات الصحية أكثر فعالية من حيث التكلفة - وهي ما يطلق عليها «أفضل الصفقات» (انظر الجدول ١).^{١٧٢}

جدول ١: معدلات الفوائد إلى التكاليف للاستثمار في حزم مختلفة من التدخلات التي تمثل أفضل الصفقات

مراجع	الإطار الزمني	الفائدة لكل دولار يُنفق	حزم التدخلات	مجال التركيز الصحي
^{١٧٣}	٢٠٢٠-٢٠١١	٤٤-١٦ دولارًا	حزمة اللقاحات: اللقاح الثلاثي، والتهاب الكبد البائي، ولقاح النزلة النزفية من النوع ب ^١ أو اللقاح الخماسي التكافؤ ^٢ ؛ ولقاح الورم الحليمي البشري؛ والتهاب الدماغ الياباني؛ والحصبة والنكاف والحميراء؛ وروتافيروس؛ واللقاح المزدوج لمرض ذات الرئة؛ والحمى الصفراء	التحصين
^{١٧٤}	٢٠٣٠-٢٠١٥	٤٨-٣ دولارًا	تدخلات الحد من التقزيم ومنها: المغذيات الدقيقة، وتعميم إضافة اليود إلى الملح، ومكملات الكالسيوم، والمثريات والمكملات بالفولات والحديد، والتثقيف بشأن الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية، والمكملات بالزنك وفيتامين أ، والإدارة الأهلية لسوء التغذية الحاد	التغذية
^{١٧٦، ١٧٥}	٢٠٣٥-٢٠١٥	٢٠-٩ دولارًا	حزم تدخلات للآتي: صحة الأمهات والمواليد، وصحة الأطفال، والتحصين، وتنظيم الأسرة، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والملاريا	صحة الأمهات والأطفال
^{١٧٧}		٥ دولارات	السيطرة على الملاريا في دول إفريقيا جنوبي الصحراء	الملاريا
^{١٧٨}	٢٠٣٠-٢٠١٥	٩ دولارات	العلاج بالأسبرين في مستهل نوبة قلبية حادة، والسيطرة على ارتفاع ضغط الدم المزمن، وخفض الملح بنسبة ٣٠٪ في الأغذية المصنعة، وزيادة سعر التبغ بنسبة ١٢٥٪، والوقاية الثانوية من أمراض القلب والأوعية الدموية باستخدام قرص متعدد الأدوية ^٣	الأمراض غير المعدية (مثل السكتة والأمراض الرئوية المزمنة وأمراض قصور الشرايين القلبية)

(١) الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز وشلل الأطفال، والتهاب الكبد البائي، ولقاح النزلة النزفية من النوع ب^١
 (٢) يحمي اللقاح خماسي التكافؤ من الإصابة بالنزلة النزفية من النوع ب^١، والسعال الديكي، والكزاز، والتهاب الكبد البائي، والدفتيريا
 (٣) تتضمن الأقراص متعددة الأدوية عادة الأسبرين ومُحصر بيتا وخافض للكوليسترول وأتجيووتسنين بحيث تغطي الموانع الإنزيمية

ومن المهم عدم الاكتفاء بالنظر في العلاجات التي تقدم أفضل النتائج بأقل مقابل وحسب، بل ينبغي كذلك النظر في الوقاية المالية التي تقدمها. ويطلق الخبراء الاقتصاديون على ذلك «التحليل الممتد للفعالية من حيث التكلفة»^{١٧٩}. وتبرز هذه الدراسات مدى فعالية تدخلات معينة، مثل لقاحات روتافيروس، في الحيلولة دون الإفقار المالي، ويتم ذلك في الأغلب عبر تفادي الاحتجاز المكلف في المستشفيات.^{١٨١، ١٨٠}

شكل ٧: حزمة استثمارية



تخطو العديد من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط بالفعل خطوات حثيثة نحو تقديم حزم تضم أفضل الصفقات لعدة حالات مرضية، بما في ذلك الأمراض غير المعدية، تستهدف الحاجات المحلية، فعلى سبيل المثال، تتوسع إثيوبيا في حزمة للصحة النفسية والحالات العصبية تشمل العلاج النفسي الاجتماعي الأساسي وعقاقير مكافحة منخفضة التكلفة لعلاج الاضطراب ذي الاتجاهين والاكئاب والصرع والذهان.^{١٨٢} وتكلف الحزمة من ٣ إلى ٤ دولارات فقط لكل شخص، ويمكن تقديمها ضمن الرعاية الأساسية. وتُناقش حزم أمراض القلب والأوعية الدموية بمزيد من التفاصيل في تقرير «ويش» الصادر عام ٢٠١٦ حول أمراض القلب والأوعية الدموية.^{١٨٣}

ويمكن للتوسع الشديد في التدخلات التي تمثل أفضل الصفقات بالدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط أن يؤدي إلى تقارب كبير في الصحة العالمية. وتظهر دراسة الحالة ٦ ما يتطلبه الأمر لكي تصل ميانمار إلى التقارب – أي الوصول إلى معدلات الوفاة التي تشهدها حاليًا أفضل البلدان متوسطة الدخل من حيث الأداء – وذلك عبر التوسع في هذه التدخلات.

دراسة الحالة ٦: كيف تصل ميانمار إلى التقارب؟

مرت ميانمار على مدار الأعوام الخمسة الماضية بإصلاحات سياسية بارزة. وكان ضمن ذلك السعي لإحداث تغييرات كبرى في القطاع الصحي، حيث التزمت بزيادة الاستثمارات والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة بحلول عام ٢٠٣٠.

وعلى الرغم من التقدم المحرز، فلا يزال ثمة الكثير مما ينبغي إنجازه. وتعد ميانمار من أقل دول العالم في الإنفاق العام على الصحة للفرد، حيث اقتصر على ١,٥ في المائة من إجمالي الإنفاق الحكومي في ٢٠١٣.^{١٨٤} ونتيجة لذلك، فإن البنية الأساسية للقطاع الصحي محدودة، كما أن النفقات الشخصية على الصحة تسجل أعلى المستويات في العالم، وتعتبر معدلات وفيات الأمهات والأطفال مرتفعة نسبيًا.

وسعيًا لتحقيق التقارب مع أفضل البلدان متوسطة الدخل من حيث الأداء في الوقت الراهن، تحتاج ميانمار لاستثمار حوالي ١,٣ مليار دولار سنويًا على مدار العشرين عامًا القادمة تضاف إلى مستويات الإنفاق الحالية. وتبرز الحاجة لإنفاق ثلثي هذا المبلغ على بناء قدرات المنظومة، كما ينبغي توجيه أكبر الاستثمارات في البرامج لاستهداف الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية وصحة الأطفال، خاصة بين فقراء الريف الذين يتحملون أعلى عبء للأمراض.

ويمكن لهذه الاستثمارات الاستراتيجية الموسعة أن تؤدي إلى انخفاضات ملموسة في معدل الوفيات، فعلى سبيل المثال، يمكن لمعدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات أن ينخفض بمقدار النصف؛ من ٦٦ حالة وفاة لكل ألف مولود حي في ٢٠١١ إلى ٣١ حالة وفاة في الألف عام ٢٠٣٥.

وسعيًا لتحقيق هذه الأهداف، تحتاج ميانمار لمزيد من المعونات والاستثمار المحلي. وتمثل التكاليف التقديرية لتحقيق التقارب ثلاثة أضعاف الإنفاق الحالي. وينبغي أن يكون ذلك ميسورًا على مدار العشرين عامًا المقبلة؛ حيث يتوقع صندوق النقد الدولي نمو الناتج المحلي الإجمالي للبلاد بنسبة حقيقية تتراوح من ٧ إلى ٨ في المائة في الفترة من ٢٠١٥ إلى ٢٠٢٠.^{١٨٥}

وتستطيع هذه الاستثمارات إدرار عائدات اقتصادية كبيرة. وإذا استخدمنا نهجًا شاملاً للدخل، فإن كل دولار يستثمر لتحقيق التقارب في ميانمار يبلغ عائده حوالي ٦ دولارات في الفترة من ٢٠١٥ إلى ٢٠٣٥.

دراسة حالة ختامية

كان الغرض من هذا التقرير إمداد صناع السياسات بالمعلومات حول العائدات الاقتصادية الضخمة للاستثمار في الصحة. وقد عرض هذا التقرير مبررات منطقية اقتصاديًا لهذه الاستثمارات، كما ذهب إلى أن التمويل العام لمجموعة محددة من التدخلات التي تمثل أفضل الصفقات يوفر مستويات مرتفعة للغاية من الصحة والوقاية المالية. وأقام التقرير الحجة على قيمة المعونات الصحية الموجهة. ونختتم التقرير بدراسة حالة قصيرة تبرز هذه الرسائل الأساسية.

كانت رواندا بعد الإبادة الجماعية التي حدثت عام ١٩٩٤ من أفقر دول العالم، وكانت المنظومة الصحية قد انهارت، كما كانت معدلات الإصابة بالأمراض المعدية مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وداء السل في ارتفاع. كانت رواندا «دولة فاشلة غارقة في الفقر والفوضى».^{١٨٦}

وفي أعقاب ذلك، تبنت الحكومة الرواندية خطة طموحة للتوسع السريع في التدخلات التي تمثل أفضل الصفقات، مثل علاجات أمراض الطفولة والتحصين ورعاية الحوامل وبرامج السيطرة على الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وتم توجيه مقدار متزايد من التمويل العام ومبالغ كبيرة من المعونات الصحية نحو التوسع في التغطية، بحيث بدأ المسار نحو التغطية الصحية الشاملة عبر نظام تأمين مجتمعي يعفي الفقراء، وهذا النظام يغطي حاليًا حوالي ٩٨ في المائة من السكان.^{١٨٧} وتم تدريب مجموعة صغيرة تتألف من ٤٥ ألف عامل محلي في مجال الصحة لتقديم خدمات الرعاية الأولية الأساسية.

وكانت النتيجة «قصة مذهلة في مجال الصحة العامة».^{١٨٨} حيث زاد متوسط العمر المتوقع من ٢٨ سنة فقط عام ١٩٩٤ إلى ٥٦ سنة عام ٢٠١٢.^{١٨٩} وفي عام ١٩٩٤ توفي أكثر من طفل من بين كل أربعة أطفال قبل بلوغ عامه الخامس، بينما وصل المعدل حاليًا إلى طفل من كل ٢٥ طفلًا، وهو أسرع انخفاض مسجل في معدل وفيات الأطفال على امتداد التاريخ.^{١٩٠} وانخفضت حالات الوفاة بسبب الملاريا بمعدل بلغ حوالي ٩٠ في المائة في الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١١.^{١٩١}

وقد أثمر هذا التحول منافع اقتصادية هائلة، حيث دفع عجلة النمو وأنقذ الملايين من براثن الفقر، ويرجع جانب من الفضل في ذلك إلى الحد من النفقات الطبية بالغة الضخامة.

وفي معرض التعليق على الثمار الرائعة للاستثمارات الصحية التي قامت بها رواندا، قالت أجنس بيناجواهو وزيرة الصحة الرواندية وزملاؤها:

«أدى الاستثمار في الصحة إلى تنشيط النمو الاقتصادي المشترك، حيث أصبح المواطنون يعيشون حياة أطول ولديهم قدرة أكبر على السعي لبناء حياة يعتبرونها ذات قيمة. إن الدرس المستفاد لرواندا والبلدان في جميع أنحاء العالم التي تأمل في التعافي من الاضطراب الاجتماعي على اختلاف أنواعه من فترة ما بعد الإبادة الجماعية هو أن أؤمن الموارد التي تمتلكها أي أمة هو شعبها.»^{١٩٢}

ملحق: جداول الأدلة

الجدول (أ1): الآثار الاقتصادية لاعتلال الصحة في فترة الحمل والطفولة المبكرة

المراجع	النتائج الرئيسية	النتيجة محل الاهتمام	الخطر الصحي أو الوضع الصحي
١	يكمل الأطفال في إثيوبيا والهند وبيرو وفيتنام الذين توقف نموهم بسبب نقص التغذية في الطفولة المبكرة سنوات أقل في التعليم المدرسي.	التعليم المدرسي	نقص التغذية في الطفولة المبكرة
٤-٢	يترك التعرض للمجاعة في الصين وأوغندا سواء في الحمل أو الطفولة آثاراً سلبياً قوياً على التحصيل العلمي للبالغين؛ كما ارتبطت المجاعة في الصين بتحقيق عائدات أقل.	التحصيل العلمي لدى البالغين والنتائج المرتبطة بسوق العمل	المجاعة
٧-٥	ارتبط التقرم في سن عامين في جواتيمالا بالحصول على تعليم مدرسي أقل، وأداء أقل في الاختبارات، وإنفاق أسري أقل للفرد، وزيادة احتمال الحياة في فقر. وصدرت نتائج مماثلة في البرازيل والهند.	التعليم المدرسي والنتائج المرتبطة بسوق العمل لدى البالغين	سوء التغذية في الطفولة والتقرم
١٠-٨	التعرض للملاريا قد يؤدي إلى أداء دراسي أسوأ، ما قد يخلف بدوره آثاراً طويلة المدى على حالة الفرد الاقتصادية عند البالغين؛ وأجريت معظم الدراسات في دول إفريقيا جنوبي الصحراء، ولكن يوجد كذلك بيانات من أمريكا اللاتينية وآسيا.	الأداء الدراسي	التعرض للملاريا أثناء الحمل وفي الطفولة المبكرة
١٢، ١١	قد يؤدي التعرض لتلوث الهواء أثناء الحمل وفي الطفولة المبكرة إلى انخفاض الوزن عند الولادة وزيادة وفيات المواليد؛ كما يرتبط بالتغيب عن المدرسة وتحقيق أداء دراسي أسوأ.	الأداء الدراسي	التعرض لتلوث الهواء أثناء الحمل وفي الطفولة المبكرة
١٥-١٣	أظهرت الدراسات التي أجريت في البلدان النامية والدول الغنية أن الأطفال ذوي الحالة الغذائية الأفضل تحسن لديهم النمو المعرفي في الطفولة المبكرة وكان أداءهم أفضل في المدرسة.	النمو المعرفي في الطفولة والأداء المدرسي	حالة غذائية أفضل في الطفولة المبكرة
١٧، ١٦	تزيد في الفلبين فرصة التطاق الأطفال الأكثر طولاً بالمدرسة في سن أصغر، كما تقل فرصة رسوبهم في الصف نفسه، وتقل فرصة تسربهم من المدرسة الابتدائية. وفي ريف زيمبابوي تزيد فرصة استكمالهم المزيد من الصفوف ويلتحقون بالمدرسة في سن أصغر.	الأداء المدرسي	حالة غذائية أفضل في الطفولة المبكرة
١٩، ١٨	أظهرت الدراسات طويلة المدى التي تتابع العلاقة بين صحة الجنين والنتائج عند البالغين أنه في البلدان منخفضة الدخل والشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل ترتبط الحالة الغذائية الأفضل أثناء الحمل وفي الطفولة المبكرة بتحقيق عائدات أكبر في المراحل التالية للحياة.	النتائج الاقتصادية عند البالغين	حالة غذائية أفضل أثناء الحمل وفي الطفولة المبكرة

الجدول (٢١): المنافع الاقتصادية للاستثمارات في صحة الأطفال

المراجع	النتائج الرئيسية	النتيجة محل الاهتمام	الاستثمار الصحي
٢٠	يحصل الأطفال الذين حصلوا على العلاج في تنزانيا على ما يقدر بحوالي ٠,٣٥ إلى ٠,٥٦ سنة إضافية من التعليم المدرسي مقارنة بأشقائهم وأقرانهم الأكبر والأصغر سنًا؛ ويبدو الأثر أكبر كثيرًا بين الفتيات.	التحصيل العلمي	مكملت اليود في فترة الحمل
٢١-٢٦	أبدى الأطفال في جواتيمالا الذين تلقوا مكملات غذائية وظيفية معرفية أفضل عندما أصبحوا بالغين، كما حصلوا على معدلات أعلى للأجور في الساعة، وكان احتمال حياتهم في فقر أقل بنسبة ١٠٪. وتظهر كذلك الأدلة من إثيوبيا والهند وبيرو وفيتنام كيفية مساعدة المكملات الأطفال في التخلص من آثار سوء التغذية، بل وللحاق بأقرانهم في بعض الحالات.	النمو المعرفي والنتائج الاقتصادية عند البالغين	المكملات الغذائية في الطفولة
٢٧، ٢٨	اقترن برنامج القضاء على الملاريا في أوغندا بزيادة مقدارها نصف عام في سنوات التعليم المدرسي وزيادة بنسبة ٤٠٪ في إمكانية الحصول على عمل بأجر للذكور؛ وفي المجمل نتج عن أثر علاج الملاريا زيادة سنوية في الدخل تتراوح بين ٥ و ٢٠ في المائة، وهو أثر كبير للغاية. وأثمرت جهود القضاء على الملاريا في الهند عن تأثير إيجابي بارز على الإنتاجية والأجور بين الرجال.	التعليم المدرسي وأجور البالغين وإنتاجية سوق العمل	السيطرة على الملاريا
٢٩	ارتبط تحصين الأمهات ضد الكزاز في بنغلادش بمكاسب تعليمية بارزة للأطفال الذين لم يحصل والديهم على تعليم مدرسي.	التعليم المدرسي	تحصين الأمهات ضد الكزاز
٣٠-٣٣	أظهرت عدة دراسات أن التحصين يمكنه تحسين الحالة الاقتصادية للأسرة عبر خفض وقت الانقطاع عن العمل والنقود التي تنفق على رعاية الأطفال المرضى. وعلاوة على ذلك، أدى التحصين الكامل للأطفال في الفلبين إلى زيادة ملحوظة في نتائج الاختبارات المعرفية مقارنة بالأطفال المناظرين الذين لم يتلقوا لقاحات.	الحالة الاقتصادية والنمو المعرفي في الطفولة	تحصين الأطفال
٣٤، ٣٥	أثمر برنامج للتحصين ضد الحصبة في بنغلادش زيادة بنسبة ٧,٤٪ في الالتحاق بالمدارس بين الفتيان؛ وفي جنوب إفريقيا أضيفت سنة إضافية من التعليم المدرسي لكل ٥ إلى ٧ أطفال تم تحصينهم.	التعليم المدرسي	التحصين ضد الحصبة
٣٦، ٣٨	قبل القيام بحملة القضاء على دودة الأنكلستوما، كان ٤٠٪ من طلاب المدارس في الجنوب الأمريكي مصابين بدودة الأنكلستوما. وبعد الحملة، شهدت المقاطعات التي كان لديها مستويات أعلى من الإصابة قبل الحملة زيادات أكبر في الحضور المدرسي ومعرفة القراءة والكتابة. وارتبط القضاء على دودة الأنكلستوما لدى أطفال المدارس المصابين بها بزيادة الإيرادات في المراحل التالية من الحياة. وإن أبدت دراسات أحدث درجة أقل من الحسم حول الرابط بين القضاء على الدودة والنتائج التعليمية.	التعليم المدرسي	القضاء على دودة الأنكلستوما
٣٩	انخفاض تعرض الحوامل لتلوث الهواء يزيد من درجات الاختبارات المدرسية في المرحلة الثانوية.	درجات الاختبارات المدرسية	الحد من التعرض لتلوث الهواء

الجدول (٣أ): الآثار الاقتصادية للأمراض البالغين

المراجع	النتائج الرئيسية	النتيجة محل الاهتمام	مرض البالغين
٤٣-٤٠	يأخذ الموظفون المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أيام إجازة مرضية أكثر، وتقل لديهم الإنتاجية في العمل. ويقل دخل الأسر المتأثرة بفيروس نقص المناعة البشرية بنسبة ٣٥-٥٠٪ عن الأسر التي لم تتأثر به؛ ويرتبط فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في جنوب إفريقيا بزيادة ٦٪ في إمكانية البطالة.	الإنتاجية والتوظيف والدخل	فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
٤٤	استهلكت التكاليف المباشرة وغير المباشرة المرتبطة بالملاريا - بما في ذلك فقدان أيام العمل بسبب المرض أو العناية بالمرضى من أفراد الأسرة وانخفاض الإنتاجية وتكاليف الرعاية الصحية - ٣٢٪ من الدخل السنوي للأسرة لدى أفقر الأسر في ملاوي.	دخل الأسرة	الملاريا
٤٧-٤٥	ترتبط تكاليف غير مباشرة كبيرة بالأمراض المزمنة، منها خسائر الدخل والإنتاجية بين المرضى ومن يعتنون بأفراد أسرهم. وفي الهند زاد نصيب الأمراض غير المعدية في المصروفات الصحية الشخصية من ٣٢٪ عامي ١٩٩٥/١٩٩٦ إلى ٤٧٪ عام ٢٠٠٤؛ وكانت فرص النفقات الهائلة للعلاج بالمستشفى من السرطان أكبر بنسبة تبلغ ١٧٠٪، كما كانت أكبر بنسبة ٢٢٪ للأمراض القلب والأوعية الدموية والإصابات مقارنة بفرص العلاج بالمستشفى عند الإصابة بأمراض معدية.	المصروفات غير المباشرة والشخصية	الأمراض غير المعدية والإصابات
٤٨	تنفق الأسر المتأثرة بأمراض القلب والأوعية الدموية في الهند المزيد على الصحة، كما تعتمد بشكل أكبر على بيع الأصول والاقتراض لتسديد مقابل الرعاية الصحية، ولديها معدلات توظيف أقل من الأسر غير المتأثرة بهذه الأمراض.	المصروفات الشخصية والتوظيف	أمراض القلب والأوعية الدموية

الجدول (أ٤): المنافع الاقتصادية للاستثمارات في صحة البالغين

المراجع	النتائج الرئيسية	النتيجة محل الاهتمام	الاستثمار الصحي
٥٩، ٥٠	ثمة أدلة قوية على إدرار علاج فيروس نقص المناعة البشرية لعائدات اقتصادية كبيرة، وذلك في الأغلب عبر المشاركة المتزايدة في القوة العاملة. ويؤدي المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية الذين يبدأون العلاج المضاد لفيروس نقص المناعة البشرية ويستمررون فيه مظاهر تحسن فورية وعلى المدى الطويل في الإنتاجية.	الإنتاجية	العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي لفيروس نقص المناعة البشرية
٥١، ٥٢	بين العمال الذكور في حقول المطاط في إندونيسيا، فإن العمال المصابين بفقر الدم أقل إنتاجية ممن لا يعانون من فقر الدم بنسبة ٢٠٪. وعندما عولج العمال المصابون بفقر الدم بمكملات الحديد ارتفعت إنتاجيتهم إلى مستوى العمال غير المصابين بفقر الدم.	الإنتاجية	مكملات الحديد لفقر الدم
٥٣، ٥٤	ارتبط خفض معدلات تلوث الهواء بتزايد مشاركة القوة العاملة ومكاسبها. وعلى سبيل المثال، ارتبط انخفاض تركيز الأوزون في الولايات المتحدة بمعدل ١٠ أجزاء في المليار بزيادة ٤,٢٪ في الإنتاجية بين عمال القطاع الزراعي.	نتائج العمل	الحد من تلوث الهواء

الجدول (أ٥): الأثر الاقتصادي الوطني للصحة

المراجع	النتائج الرئيسية	النتيجة محل الاهتمام	المرض أو الاستثمار الصحي
٥٥	وجدت دراسة أجريت في ستة بلدان في إفريقيا جنوبي الصحراء أن الملاريا أدت إلى خسارة في نمو الناتج المحلي الإجمالي تتراوح بين ٠,٤٪ من الناتج المحلي الإجمالي في غانا إلى ٩٪ من الناتج المحلي الإجمالي في تشاد.	خسارة نمو الناتج المحلي الإجمالي	الملاريا
٥٦	وجدت دراسة قامت بنمذجة أثر الانخفاض العالمي للإصابة بالملاريا والتخلص منها في الفترة من ٢٠١٣ إلى ٢٠٣٥ أن مكاسب المخرجات الاقتصادية تبلغ قيمتها حوالي ٢٠٨,٦ مليار دولار.	المخرجات الاقتصادية العالمية	انخفاض الإصابة بالملاريا والقضاء عليها
٥٧	يمكن أن يؤدي التوسع في التحصين ضد ٦ أمراض يصاب بها الأطفال في الفترة من ٢٠١١ إلى ٢٠٢٠ في ٧٢ دولة نامية إلى تفادي إنفاق ٦,٢ مليار دولار على تكاليف العلاج وتوفير ١٤٥ مليار دولار من خسائر الإنتاجية.	تلافي تكاليف العلاج وتلافي خسائر الإنتاجية	تحصين الأطفال

مسرد المصطلحات

الأجر الفردي

دفع مبلغ ثابت لمقدمي الرعاية الصحية مقدّمًا من أجل توفير مجموعة محددة من الخدمات على مدار فترة زمنية محددة لمجموعة معينة من السكان.

الاشتراك في التكلفة

دفع مبلغ ثابت مقابل خدمة صحية معينة، يسدده شخص مؤمن عليه وقت تلقيه الخدمة.

أفضل الصفقات

التدخلات الصحية عالية الفعالية من حيث التكلفة التي تعتبر مناسبة ومقبولة التطبيق ثقافيًا، والتدخل عالي الفعالية من حيث التكلفة هو الذي يوفر في المتوسط سنة إضافية من الحياة الصحية بمبلغ أقل من متوسط الدخل السنوي للفرد في البلاد.

التجميع

يطلق عليه أيضًا التأمين الصحي، حيث تتجمع مخاطر مجموعة من الأفراد يساهمون في تجمع واحد يديره عادة طرف ثالث، وبعد ذلك تستخدم الأموال التي تتراكم لدفع جميع تكاليف مجموعة محددة من الخدمات الصحية أو جزء منها للأفراد المشتركين في هذا التجمع.

التدخلات

الأدوية واللقاحات والفحوصات التشخيصية والعمليات الجراحية وتعزيز السلوكيات الصحية وطرق أخرى للوقاية من الأمراض أو علاجها ولتعزيز الصحة.

التقارب الكبير

خفض معدلات الوفيات بالأمراض المعدية ووفيات الأمهات والأطفال لتصل إلى المعدلات العالمية المنخفضة - وهي المعدلات التي نشهدها اليوم في البلدان متوسطة الدخل ذات الأداء المرتفع (على سبيل المثال الصين وكوستاريكا وتركيا).

التمويل العام

شراء الخدمات الصحية لمجموعة من السكان باستخدام ضرائب الإيرادات العامة أو الاشتراكات الإجبارية (مثل ضرائب الراتب أو خطط التأمين الإجبارية الأخرى سواء عامة أو خاصة).

الخطر المالي

الإفكار أو العواقب المالية السلبية الناجمة عن دفع مقابل خدمات الرعاية الصحية من الأموال الخاصة.

دخل الأسرة

إجمالي دخل جميع الأفراد في الأسرة، بما في ذلك جميع أشكال الدخل مثل الرواتب والأجور والتحويلات الحكومية.

الدخل الشامل

مقياس ثروة البلاد التي تتجاوز الناتج المحلي الإجمالي وحده. والنمو في الدخل الشامل للبلاد مع مرور الزمن هو مجموع النمو في الناتج المحلي الإجمالي والقيمة الاقتصادية لزيادة متوسط العمر المتوقع.

دخل الفرد

إجمالي دخل فرد واحد، بما في ذلك جميع أشكال الدخل مثل الرواتب والأجور والتحويلات الحكومية.

الدخل القومي

إجمالي قيمة جميع السلع والخدمات التي تنتج سنويًا في أحد البلدان. ويعتبر الناتج المحلي الإجمالي أحد مقياس الدخل القومي للبلاد.

الرسوم مقابل الخدمة

الدفع لمقدمي الرعاية الصحية مقابل كل خدمة منفردة يقدمونها مثل فحص تشخيصي أو زيارة لعيادة أو إجراء طبي. وفي نموذج الرسوم مقابل الخدمة، يجد المقدمون حافزًا لتقديم المزيد من العلاجات لأن الدفع يعتمد على كمية الرعاية وليس جودتها.

القيمة النقدية

القيمة بالعملة التي يحددها الأفراد أو الأسواق لأحد البنود أو الخدمات أو الموارد.

قيمة سنة الحياة

القيمة الاقتصادية لسنة حياة إضافية واحدة، وهي تمثل القيمة الشخصية المتأصلة في الذات لهذه السنة الإضافية بغض النظر عن إنتاجية الشخص.

المدفوعات الشخصية

مصرفات الرسوم مقابل الخدمة في موقع الرعاية الصحية دون الاستفادة من التأمين. ولا تشمل المدفوعات الشخصية المدفوعات المسبقة على شكل ضرائب أو أقساط تأمين.

الوقاية المالية

الحماية من الخطر المالي. من الأهداف الرئيسية للتأمين الممول حكوميًا توفير الوقاية المالية للمواطنين، ما يسمح لهم بالنوم ليلاً وهم مطمئنون إلى عدم تعرضهم للدمار المالي إذا مرضوا أو أصيبوا.

شكر وتقدير

ترأس المجلس الاستشاري للمنتدى القائم على هذا البحث البروفيسور دين جاميسون، الأستاذ الفخري في جامعة كاليفورنيا بسان فرانسيسكو.

كتب هذا البحث جافين يامي (معهد ديوك للصحة العالمية التابع لجامعة ديوك)، بالتعاون مع ناومي بيلر (جامعة كاليفورنيا بسان فرانسيسكو) وهستر وادج (إمبريال كوليدج لندن) ودين جاميسون.

ويسرنا توجيه جزيل الشكر لأعضاء المجلس الاستشاري الذين أسهموا بأرائهم الفريدة في هذا البحث:

فالح محمد حسين علي | الرئيس التنفيذي بالوكالة للشركة الوطنية للتأمين الصحي، دولة قطر

علاء علوان | مدير إقليم شرق المتوسط بمنظمة الصحة العالمية

السير ريتشارد فيشيم | مدير المجموعة الصحية العالمية وأستاذ الصحة العالمية في جامعة كاليفورنيا بسان فرانسيسكو

إدواردو جونزاليس بيير | زميل بحوث أول في مؤسسة «فونسالود» ونائب وزير الصحة سابقاً، المكسيك

سانجيف جوبتا | نائب مدير إدارة شؤون المالية العامة في صندوق النقد الدولي

ريتشارد هورتون | رئيس تحرير الدورية العلمية «ذا لانسييت»

جوردون ليو | أستاذ الاقتصاد بالكلية الوطنية للتنمية في جامعة بيجين، والحائز على جائزة نهر يانغتسي للعلماء

مارك ماكيللان | مدير مركز ديوك-روبرت مارغوليس لسياسات الصحة، وأستاذ كرسي روبرت مارغوليس لإدارة الأعمال والطب وسياسة الصحة في جامعة ديوك

إلياس موسيالوس | أستاذ سياسة الصحة في إمبريال كوليدج لندن

السير ديفيد نيكولسون | أستاذ مساعد في إمبريال كوليدج لندن

نسرين سلطي | أستاذ مشارك في دائرة الاقتصاد بالجامعة الأمريكية في بيروت

جون سكينر | الأستاذ الرئاسي لكرسي جيمس فريدمان في كلية دارتموث وكلية جيسل للطب

أجنيس سوكات | مدير النظم الصحية والحوكمة والتمويل في منظمة الصحة العالمية

لورنس سامرز | الأستاذ الجامعي لكرسي تشارلز إليوت والأستاذ الفخري في جامعة هارفارد

دنكان توماس | أستاذ كرسي نوب شيفر للدراسات الدولية وأستاذ الاقتصاد والصحة العالمية والسياسة العامة في قسم الاقتصاد بجامعة ديوك

أجريت اللقاءات التي أثرت محتوى هذا التقرير بالمعلومات جافين يامي وناومي بيلر. ويود رئيس المنتدى والمؤلفون توجيه الشكر لكل من أسهم في هذا التقرير، ومنهم أميليا شيثام، وسارة فيوار، وجيانلوكا فوتتانا، وأورسيديا جيبيريا، وجونجيون كيم، وناتالي لوبين، وجنيفر نجوين، وإميلي بارتنر، وسارة سالفست، وديفيد سوليد.

يتحمل المؤلفون مسؤولية حدوث أي أخطاء أو سهو.

فريق منتدى ويش

مدير المنتدى: جيسيك بريس

رئيس تطوير المنتدى: هانا باتل

زميل منتدى الاستثمار في الصحة: هستر وادج

المراجع

مراجع الملحق

الجدول (أ1): الآثار الاقتصادية لاعتلال الصحة في فترة الحمل والطفولة المبكرة

الجدول (أ2): المنافع الاقتصادية للاستثمارات في صحة الأطفال

الجدول (أ3): الآثار الاقتصادية للأمراض البالغين

الجدول (أ4): المنافع الاقتصادية للاستثمارات في صحة البالغين

الجدول (أ5): الأثر الاقتصادي الوطني للصحة

01. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality. United Nations Children's Fund, 2015; Available at: www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf
02. World Health Organization. Global Health Observatory: Life expectancy data. Geneva: 2015; Available at: www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/
03. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
04. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2014: Shifts in funding as the MDG era closes. Seattle, WA: 2015; Available at: www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2014-shifts-funding-mdg-era-closes
05. Von Schoen-Angerer T, Ford N, Arkinstall J. Access to medicines in resource-limited settings: The end of a golden decade? *Global Advances in Health and Medicine*, 2012; 1(1): 52–9.
06. *The Lancet*. Global health in 2012: Development to sustainability. *The Lancet*, 2012; 379(9812): 193.
07. Arrow KJ *et al.* Sustainability and the measurement of wealth. National Bureau of Economic Research, 2010; Available at: www.nber.org/papers/w16599
08. International Monetary Fund. World economic outlook: Too slow for too long. Washington, DC: 2016; Available at: www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2016/01/pdf/text.pdf
09. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
10. World Bank. World development report 1993: Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.

11. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2014: Shifts in funding as the MDG era closes. Seattle, WA: 2015; Available at: www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2014-shifts-funding-mdg-era-closes
12. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World population prospects, the 2015 revision. 2015; Available at: <http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp>
13. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
14. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
15. Fink G, Rockers PC. Childhood growth, schooling, and cognitive development: Further evidence from the Young Lives study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2014; 100(1): 182–8.
16. Meng X, Qian N. The long term consequences of famine on survivors: Evidence from a unique natural experiment using China's great famine. National Bureau of Economic Research, 2009; Available at: www.nber.org/papers/w14917
17. Umana-Aponte M. Long-term effects of a nutritional shock: The 1980 famine of Karamoja, Uganda. Department of Economics at University of Bristol, 2011; Available at: <https://ideas.repec.org/p/bri/cmpowp/11-258.html>
18. Hodinott J, Behrman JR, Maluccio JA *et al.* Adult consequences of growth failure in early childhood. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013; 98(5): 1170–8.
19. Victora CG, Adair L, Fall C *et al.* Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 2008; 371(9609): 340–57.
20. Chen Y, Zhou L-A. The long-term health and economic consequences of the 1959–1961 famine in China. *Journal of Health Economics*, 2007; 26(4): 659–81.
21. Fernando SD, Rodrigo C, Rajapakse S. The 'hidden' burden of malaria: Cognitive impairment following infection. *Malaria Journal*, 2010; 9(1): 1–11.
22. Venkataramani AS. Early life exposure to malaria and cognition in adulthood: Evidence from Mexico. *Journal of Health Economics*, 2012; 31(5): 767–80.
23. Barofsky J, Anekwe TD, Chase C. Malaria eradication and economic outcomes in Sub-Saharan Africa: Evidence from Uganda. *Journal of Health Economics*, 2015; 44: 118–36.
24. Currie J, Vogl T. Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annual Review of Economics*, 2013; 5: 1–36.

25. Currie J, Zivin JSG, Mullins J, Neidell MJ. What do we know about short and long term effects of early life exposure to pollution? National Bureau of Economic Research, 2013; Available at: www.nber.org/papers/w19571
26. Currie J, Vogl T. Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annual Review of Economics*, 2013; 5: 1–36.
27. Currie J, Zivin JSG, Mullins J, Neidell MJ. What do we know about short and long term effects of early life exposure to pollution? National Bureau of Economic Research, 2013; Available at: www.nber.org/papers/w19571
28. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S *et al.* Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 2011; 378(9799): 1325–38.
29. Vogl T. Education and health in developing economies. New Jersey: Princeton University and NBER, 2012; Available at: www.princeton.edu/~tvogl/vogl_ed_health_review.pdf
30. Daniels MC, Adair LS. Growth in young Filipino children predicts schooling trajectories through high school. *Journal of Nutrition*, 2004; 134(6): 1439–46.
31. Alderman H, Hoddinott J, Kinsey B. Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxford Economic Papers*, 2006; 58(3): 450–74.
32. Almond D, Currie J. Killing me softly: The fetal origins hypothesis. *Journal of Economic Perspectives*, 2011; 25(3): 153–72.
33. Thomas D, Frankenberg E. Health, nutrition and prosperity: A microeconomic perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80(2): 106–13.
34. Fink G, Rockers PC. Childhood growth, schooling, and cognitive development: Further evidence from the Young Lives study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2014; 100(1): 182–8.
35. Hoddinott J, Behrman JR, Maluccio JA *et al.* Adult consequences of growth failure in early childhood. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013; 98(5): 1170–8.
36. Barofsky J, Anekwe TD, Chase C. Malaria eradication and economic outcomes in Sub-Saharan Africa: Evidence from Uganda. *Journal of Health Economics*, 2015; 44: 118–36.
37. Field E, Robles O, Torero M. Iodine deficiency and schooling attainment in Tanzania. *American Economic Journal: Applied Economics*, 2009; 1(4): 140–69.
38. Stein AD, Wang M, DiGirolamo A *et al.* Nutritional supplementation in early childhood, schooling, and intellectual functioning in adulthood: A prospective study in Guatemala. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2008; 162(7): 612–18.

39. Hoddinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet*, 2008; 371(9610): 411–16.
40. Maluccio JA, Hoddinott J, Behrman JR, Martorell R, Quisumbing AR, Stein AD. The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults. *The Economic Journal*, 2009; 119(537): 734–63.
41. Crookston BT, Penny ME, Alder SC *et al*. Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition. *Journal of Nutrition*, 2010; 140(11): 1996–2001.
42. Cutler D, Fung W, Kremer M, Singhal M, Vogl T. Mosquitoes: The long-term effects of malaria eradication in India. National Bureau of Economic Research, 2007; Available at: www.nber.org/papers/w13539
43. Canning D, Razzaque A, Driessen J, Walker DG, Streatfield PK, Yunus M. The effect of maternal tetanus immunization on children's schooling attainment in Matlab, Bangladesh: Follow-up of a randomized trial. *Social Science & Medicine*, 2011; 72(9): 1429–36.
44. Bloom DE, Canning D, Shenoy ES. The effect of vaccination on children's physical and cognitive development in the Philippines. *Applied Economics*, 2012; 44(21): 2777–83.
45. Deogaonkar R, Hutubessy R, van der Putten I, Evers S, Jit M. Systematic review of studies evaluating the broader economic impact of vaccination in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 2012; 12(1): 878.
46. Jit M, Hutubessy R, Png ME *et al*. The broader economic impact of vaccination: Reviewing and appraising the strength of evidence. *BMC Medicine*, 2015; 13(1): 209.
47. Driessen J, Razzaque A, Walker D, Canning D. The effect of childhood measles vaccination on school enrolment in Matlab, Bangladesh. *Applied Economics*, 2015; 47(55): 6019–40.
48. Anekwe TD, Newell M-L, Tanser F, Pillay D, Bärnighausen T. The causal effect of childhood measles vaccination on educational attainment: A mother fixed-effects study in rural South Africa. *Vaccine*, 2015; 33(38): 5020–6.
49. Bleakley H. Disease and development: Evidence from hookworm eradication in the American South. *Quarterly Journal of Economics*, 2007; 122(1): 73–117.
50. Taylor-Robinson DC, Maayan N, Soares-Weiser K, Donegan S, Garner P. Deworming drugs for soil-transmitted intestinal worms in children: Effects on nutritional indicators, haemoglobin and school performance. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012; 7: CD000371.

51. Davey C, Aiken AM, Hayes RJ, Hargreaves JR. Re-analysis of health and educational impacts of a school-based deworming programme in western Kenya: A statistical replication of a cluster quasi-randomized stepped-wedge trial. *International Journal of Epidemiology*, 2015; 44: 1581–92.
52. Zivin JSG, Neidell MJ. The impact of pollution on worker productivity. National Bureau of Economic Research, 2011; Available at: www.nber.org/papers/w17004
53. Fox MP, Rosen S, MacLeod WB et al. The impact of HIV/AIDS on labour productivity in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 2004; 9(3): 318–24.
54. Habyarimana J, Mbakile B, Pop-Eleches C. The impact of HIV/AIDS and ARV treatment on worker absenteeism implications for African firms. *Journal of Human Resources*, 2010; 45(4): 809–39.
55. Levinsohn JA, McLaren Z, Shisana O, Zuma K. HIV status and labor market participation in South Africa. National Bureau of Economic Research, 2011; Available at: www.nber.org/papers/w16901
56. Chima RI, Goodman CA, Mills A. The economic impact of malaria in Africa: A critical review of the evidence. *Health Policy*, 2003; 63(1): 17–36.
57. Alam K, Mahal A. Economic impacts of health shocks on households in low and middle income countries: A review of the literature. *Global Health*, 2014; 10(1): 21.
58. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007; 26(4): 972–83.
59. Bachmann MO, Booyesen FL. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: A cohort study. *BMC Public Health*, 2003; 3(1): 14.
60. Ettling M, McFarland DA, Schultz LJ, Chitsulo L. Economic impact of malaria in Malawian households. *Tropical Medicine and Parasitology*, 1994; 45(1): 74–9.
61. Jaspers L, Colpani V, Chaker L, Ven der Lee S, Muka T, Imo D. The global impact of non-communicable diseases on households and impoverishment: A systematic review. *European Journal of Epidemiology*, 2015; 30(3): 163–88.
62. Engelgau MM, Karan A, Mahal A. The Economic impact of non-communicable diseases on households in India. *Global Health*, 2012; 8(1): 9.
63. Karan A, Engelgau M, Mahal A. The household-level economic burden of heart disease in India. *Tropical Medicine and International Health*, 2014; 19(5): 581–91.

64. Counts CJ, Skordis-Worrall J. Recognizing the importance of chronic disease in driving healthcare expenditure in Tanzania: Analysis of panel data from 1991 to 2010. *Health Policy Plan*, 2015; czv081.
65. Kankeu H, Saksena P, Xu K, Evans D. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: A literature review. *Health Research Policy and Systems*, 2013; 11(1): 31.
66. Heltberg R, Oviedo AM, Talukdar F. What do household surveys really tell us about risk, shocks and risk management in the developing world? *Journal of Development Studies*, 2015; 51(3): 209–25.
67. Dhanaraj S. Economic vulnerability to health shocks and coping strategies: Evidence from Andhra Pradesh, India. *Health Policy Plan*, 2016; czv127.
68. van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household survey data. *The Lancet*, 2006; 368(9544): 1357–64.
69. Heltberg R, Oviedo AM, Talukdar F. What do household surveys really tell us about risk, shocks and risk management in the developing world? *Journal of Development Studies*, 2015; 51(3): 209–25.
70. Dhanaraj S. Economic vulnerability to health shocks and coping strategies: Evidence from Andhra Pradesh, India. *Health Policy Plan*, 2016; czv127.
71. van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household survey data. *The Lancet*, 2006; 368(9544): 1357–64.
72. Thomas D, Frankenberg E. Health, nutrition and prosperity: A microeconomic perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80(2): 106–13.
73. Zivin JSG, Neidell MJ. The impact of pollution on worker productivity. National Bureau of Economic Research, 2011; Available at: www.nber.org/papers/w17004
74. Thirumurthy H, Galárraga O, Larson B, Rosen S. HIV treatment produces economic returns through increased work and education, and warrants continued US support. *Health Affairs*, 2012; 31(7): 1470–7.
75. Rosen S, Larson B, Rohr J et al. Effect of antiretroviral therapy on patients' economic well being: Five-year follow-up. *AIDS*, 2014; 28(3): 417–24.
76. Basta SS, Soekirman, Karyadi D, Scrimshaw NS. Iron deficiency anemia and the productivity of adult males in Indonesia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1979; 32(4): 916–25.
77. Isen A, Rossin-Slater M, Walker R. Every breath you take – every dollar you'll make: The long-term consequences for the Clean Air Act of 1970. NBER Working Paper No. 19858, 2014.

- 78.** Victora CG, Adair L, Fall C *et al.* Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 2008; 371(9609): 340–57.
- 79.** Thirumurthy H, Galárraga O, Larson B, Rosen S. HIV treatment produces economic returns through increased work and education, and warrants continued US support. *Health Affairs*, 2012; 31(7): 1470–7.
- 80.** Walker SP, Chang SM, Wright A, Osmond C, Grantham-McGregor SM. Early childhood stunting is associated with lower developmental levels in the subsequent generation of children. *Journal of Nutrition*, 2015; 145(4): 823–8.
- 81.** Stein AD, Barnhart HX, Hickey M, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Martorell R. Prospective study of protein-energy supplementation early in life and of growth in the subsequent generation in Guatemala. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003; 78(1): 162–7.
- 82.** Behrman JR, Calderon MC, Preston SH, Hoddinott J, Martorell R, Stein AD. Nutritional supplementation in girls influences the growth of their children: Prospective study in Guatemala. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2009; 90(1): 1372–9.
- 83.** Liu G, Hackney C, Yao Y. Health and wealth: The role of health in economic growth. Working Paper, China Center for Health Economics Research, Peking University, 2016.
- 84.** Jamison DT, Lau L, Wang J. Health's contribution to economic growth in an environment of partially endogenous technical progress. In López-Casasnovas G, Rivera B, Currais L (eds.). *Health and economic growth: Findings and policy implications*. Cambridge, MA: MIT Press, 2005: 67–91.
- 85.** Okorosobo T, Okorosobo F, Mwabu G, Orem J, Kirigia J. Economic burden of malaria in six countries of Africa. *European Journal of Business Management*, 2011; 3.
- 86.** Purdy M, Robinson M, Wei K, Rublin D. The economic case for combating malaria. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2013; 89(5): 819–23.
- 87.** Roll Back Malaria. Global malaria action plan for a malaria-free world. 2008; Available at: www.rollbackmalaria.org/microsites/gmap/toc.html
- 88.** Stack ML, Ozawa S, Bishai DM *et al.* Estimated economic benefits during the 'Decade of vaccines' include treatment savings, gains in labor productivity. *Health Affairs*, 2011; 30(6): 1021–8.
- 89.** Stenberg K, Axelson H, Sheehan P *et al.* Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new global investment framework. *The Lancet*, 2014; 383(9925): 1333–54.

90. Baicker K and Chandra A. The health care jobs fallacy. *The New England Journal of Medicine*, 2012; 366(26):2433–5.
91. Baumol W. The cost disease: Why computers get cheaper and health care doesn't. New Haven: Yale University Press, 2012.
92. Baumol WJ. Macroeconomics of unbalanced growth: The anatomy of urban crisis. *American Economic Review*, 1967; 57(3): 415–26.
93. Evans T, Soucat A. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labor markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group Paper, 2015.
94. Hartwig J. What drives health care expenditure? – Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited. *Journal of Health Economics*, 2008; 27(3): 603–23.
95. Hartwig J. Can Baumol's model of unbalanced growth contribute to explaining the secular rise in health care expenditure? An alternative test. *Applied Economics*, 2011; 43(2): 173–84.
96. Evans T, Soucat A. Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labor markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group Paper, 2015.
97. World Health Organization. Health workforce: Presidents Hollande and Zuma chair the first meeting of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. 2016; Available at: www.who.int/hrh/com-heeg/com-heeg-meeting-chair/en/
98. Bloom DE, Canning D, Jamison DT. Health, wealth, and welfare. *Finance Development*, 2004; 41: 10–115.
99. Bloom DE, Canning D, Jamison DT. Health, wealth, and welfare. *Finance Development*, 2004; 41: 10–115.
100. Bloom DE, Canning D. Policy forum: Public health. The health and wealth of nations. *Science*, 2000; 287(5456): 1207, 1209.
101. Gallup JL, Sachs JD. The economic burden of malaria. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001; 64(1 suppl): 85–96.
102. Lee R, Mason A. What is the demographic dividend? *Finance and Development*, 2006; 43(3).
103. Bloom D, Cafiero-Fonseca ET, McGovern M *et al.* The macroeconomic impact of non-communicable diseases in China and India: Estimates, projections, and comparisons. *Journal of the Economics of Ageing*, 2014; 4: 100–11.
104. Chi S, Lee S, Liu G, Jamison DT. Evolution of the value of longevity in China. Working Paper, 2016.
105. Becker GS, Philipson TJ, Soares RR. The quantity and quality of life and the evolution of world inequality. *American Economic Review*, 2005; 95(1): 277–91.

- 106.** Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
- 107.** Chang A. What is a life year worth? Sensitivity of the Lancet Commission on Investing in Health estimates to underlying assumptions and implications. Washington, DC: 2016.
- 108.** Bloom DE, Canning D, Jamison DT. Health, wealth, and welfare. *Finance Development*, 2004; 41: 10–115.
- 109.** National Population Council (CONAPO). Mexican population projections 2010–2050. 2014; Available at: www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones
- 110.** National Institute of Statistics and Geography (INEGI). Statistics of mortality 1990–2014. 2016; Available at: www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=adm&c=4
- 111.** OECD. Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: 2015; Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- 112.** Ministry of Health, Mexico. Directorate General of Information in Health. 2015; Available at: www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/s_index.html
- 113.** Sansores D, Gutierrez D. Financing impact of overweight and obesity in Mexico, 1999–2023. Mexico: Economic Analysis Unit, Ministry of Health, 2015.
- 114.** Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
- 115.** Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 2007; 26(4): 972–83.
- 116.** Baicker K, Goldman D. Patient cost-sharing and healthcare spending growth. *Journal of Economic Perspectives*, 2011; 25(2): 47–68.
- 117.** Kruk ME, Goldmann E, Galea S. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. *Health Affairs*, 2009; 28(4): 1056–66.
- 118.** Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
- 119.** Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering universal health coverage: A guide for policymakers. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum, 2015.
- 120.** Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering universal health coverage: A guide for policymakers. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum, 2015.

121. Potetz L, Cubanski J, Neuman T. Medicare spending and financing: A primer. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2011; Available at: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7731-03.pdf>
122. Merlis M. Simplifying administration of health insurance. National Academy of Social Insurance, National Academy of Public Administration, Robert Wood Johnson Foundation, 2009.
123. World Health Organization. Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability. Geneva: 2010.
124. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* (2013).
125. Central Office of Information. The new National Health Service. London: 1948.
126. Finkelstein A, McKnight R. What did Medicare do (and was it worth it)? National Bureau of Economic Research, 2005; Available at: www.nber.org/papers/w11609
127. Giedion U, Alfonso EA, Diaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: A review of the existing evidence. The World Bank, 2013.
128. Shrimpe M, Verguet S, Johansson K, Desalegn D, Jamison D, Kruk ME. Task-sharing or public finance for expanding surgical access in rural Ethiopia: An extended cost-effectiveness analysis. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A *et al.* (eds.). Essential surgery: Disease control priorities, Third Edition (Volume 1). Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2015: Chapter 19.
129. American Presidency Project. Remarks with President Truman at the signing in Independence of the Medicare Bill, 2016.; Available at: www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=27123
130. Yip WC-M, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *The Lancet*, 2012; 379(9818): 833-42.
131. Jha P, Joseph R, Li D *et al.* Tobacco taxes: A win-win measure for fiscal space and health. Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank, 2012.
132. Salti N, Chaaban J, Naamani N. The economics of tobacco in Lebanon: An estimation of the social costs of tobacco consumption. *Substance Use & Misuse*, 2014; 49(6): 735-42.
133. Salti N. On the progressivity of increasing taxes on tobacco: An extended cost effectiveness analysis for Lebanon. American University of Beirut, 2014; Available at: bit.ly/1UgnMpl
134. Verguet S, Gauvreau CL, Mishra S *et al.* The consequences of tobacco tax on household health and finances in rich and poor smokers in China: An extended cost-effectiveness analysis. *Lancet Global Health*, 2015; 3(4): e206-16.

135. Limwattananon S, Neelsen S, O'Donnell OA *et al.* Universal coverage on a budget: Impacts on health care utilization and out-of-pocket expenditures in Thailand. Rochester, NY: Social Science Research Network, 2013; Available at: <http://papers.ssrn.com/abstract=2277437>
136. Finkelstein A, Hendren N, Luttmer EFP. The value of Medicaid: Interpreting results from the Oregon health insurance experiment. National Bureau of Economic Research, 2015; Available at: www.nber.org/papers/w21308
137. Neyfakh L. Is health insurance an antidepressant? *Boston Globe*, 23 June 2013; Available at: www.bostonglobe.com/ideas/2013/06/23/health-insurance-antidepressant/bn3cq4XTH67RMZ9b3i0R7M/story.html
138. Stabile M, Thomson S, Allin S *et al.* Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States. *Health Affairs*, 2013; 32(4): 643–52.
139. World Health Organization. World Health Report 2010: Health systems financing – The path to universal coverage. Geneva: 2010.
140. World Health Organization. World Health Report 2010: Health systems financing – The path to universal coverage. Geneva: 2010.
141. Coady D, Parry I, Sears L, Shang B. How large are global energy subsidies? Washington, DC: International Monetary Fund, 2015.
142. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2014: Shifts in funding as the MDG era closes. Seattle, WA: 2015; Available at: www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2014-shifts-funding-mdg-era-closes
143. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2014: Shifts in funding as the MDG era closes. Seattle, WA: 2015; Available at: www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2014-shifts-funding-mdg-era-closes
144. Easterly W. The white man's burden: Why the West's efforts to aid the rest have done so much ill and so little good. New York: Penguin Press, 2006.
145. Moyo D. Dead aid: Why aid is not working and how there is a better way for Africa. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2009.
146. Deaton A. The great escape: Health, wealth, and the origins of inequality. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2013.
147. Deaton A. The great escape: Health, wealth, and the origins of inequality. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2013.
148. Flaxman AD, Fullman N, Jr MWO *et al.* Rapid scaling up of insecticide-treated bed net coverage in Africa and its relationship with development assistance for health: A systematic synthesis of supply, distribution, and household survey data. *PLoS Medicine*, 2010; 7: e1000328.

149. Lim SS, Fullman N, Stokes A *et al.* Net benefits: A multi-country analysis of observational data examining associations between insecticide-treated mosquito nets and health outcomes. *PLoS Medicine*, 2011; 8: e1001091.
150. Mills A, Shillcutt S. The challenge of communicable disease. In Lomborg B (eds.). *Global crises, global solutions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2004.
151. Bendavid E, Holmes CB, Bhattacharya J, Miller G. HIV development assistance and adult mortality in Africa. *Journal of the American Medical Association*, 2012; 307(19): 2060–7.
152. Perry R, Murray J, Gacic-Dobo M *et al.* Progress toward regional measles elimination – worldwide, 2000–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2015; 64(44): 1246–51.
153. Bendavid E, Bhattacharya J. The relationship of health aid to population health improvements. *JAMA Internal Medicine*, 2014; 174(6): 881–7.
154. Center for Global Development. Millions Saved. Available at: <http://millionssaved.cgdev.org>
155. Stack ML, Ozawa S, Bishai DM *et al.* Estimated economic benefits during the ‘Decade of vaccines’ include treatment savings, gains in labor productivity. *Health Affairs*, 2011; 30(6): 1021–8.
156. Copenhagen Consensus. Outcome: Expert panel findings, Copenhagen Consensus outcome paper. 2012; Available at: www.copenhagenconsensus.com/copenhagen-consensus-iii/outcome
157. Schäferhoff M, Fewer S, Kraus J *et al.* How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *The Lancet*, 2015; 386(10011): 2436–41.
158. Davies D, Verde E. Antimicrobial resistance: In search of a collaborative solution. Qatar: World Innovation Summit for Health (WISH), 2013; Available at: <http://cdn.wish.org.qa/app/media/385>
159. Schäferhoff M, Fewer S, Kraus J *et al.* How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *The Lancet*, 2015; 386(10011): 2436–41.
160. Hecht R, Jamison DT. Vaccine research and development assessment paper. In Lomborg B (eds.). *Rethink HIV: Smarter ways to invest in ending HIV in Sub-Saharan Africa*. New York: Cambridge University Press, 2012: 299–320.
161. Lakdawalla D, Malani A, Reif J. The insurance value of medical innovation. NBER Working Paper, 2015.
162. World Bank. *Pandemic risk and One Health*. Washington, DC: 2013; Available at: www.worldbank.org/en/topic/health/brief/pandemic-risk-one-health

- 163.** Schäferhoff M, Fewer S, Kraus J *et al.* How much donor financing for health is channelled to global versus country-specific aid functions? *The Lancet*, 2015; 386(10011): 2436–41.
- 164.** Sands P. The neglected dimension of global security: A framework to consider infectious disease crises. Washington, DC: National Academies Press, 2016.
- 165.** Fan V, Jamison DT, Summers LH. The inclusive cost of pandemic influenza risk. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2016.
- 166.** Davis K. The amazing decline of mortality in underdeveloped areas. *American Economic Review*, 1956; 46(2): 305–18.
- 167.** Croghan TW, Beatty A, Ron A. Routes to better health for children in four developing countries. *Milbank Quarterly*, 2006; 84(2): 333–58.
- 168.** World Innovation Summit for Health (WISH). WISH Forum on Precision Medicine. Press Release. Qatar: 2016; Available at: <http://wish-qatar.org/media-center/press-release-details?item=176&backArt=71>
- 169.** Jamison DT, Murphy SM, Sandbu M. Why has under-5 mortality decreased at such different rates in different countries? *Journal of Health Economics*, in press.
- 170.** Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
- 171.** World Bank. World development report 1993: Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.
- 172.** World Health Organization. World health report 1999: Making a difference. Geneva: 1999.
- 173.** Disease Control Priorities (DCP3). Available at: www.dcp-3.org
- 174.** Cleason M, Mawji T, Walker C. Investing in the best buys: A review of the health, nutrition, and population portfolio, FY 1993–1999. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington, DC: World Bank, 2000; Available at: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Claeson-InvestingInTheBest-whole.pdf>
- 175.** Ozawa S, Mirelman A, Stack ML, Walker DG, Levine OS. Cost-effectiveness and economic benefits of vaccines in low- and middle-income countries: A systematic review. *Vaccine*, 2012; 31(1): 96–108.
- 176.** Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Maternal and Child Nutrition*, 2013; 9(S2): 69–82.
- 177.** Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.

- 178.** Stenberg K, Axelson H, Sheehan P *et al.* Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new global investment framework. *The Lancet*, 2014; 383(9925): 1333–54.
- 179.** Roll Back Malaria. Global malaria action plan for a malaria-free world. 2008; Available at: www.rollbackmalaria.org/microsites/gmap/toc.html
- 180.** Nugent RA. Benefits and costs of the non-communicable disease targets for the post-2015 development agenda. Post-2015 Consensus. Available at: <http://dcp-3.org/sites/default/files/resources/R%20Nugent%20CC%20Perspective%20Paper.pdf>
- 181.** Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
- 182.** Verguet S, Laxminarayan R, Jamison DT. Universal public finance of tuberculosis treatment in India: An extended cost-effectiveness analysis. *Health Economics*, 2015; 24(3): 318–32.
- 183.** Verguet S, Murphy S, Anderson B, Johansson KA, Glass R, Rheingans R. Public finance of rotavirus vaccination in India and Ethiopia: An extended cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2013; 31(42): 4902–10.
- 184.** Jamison DT, Summers LH, Alleyne G *et al.* Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 2013; 382(9908): 1898–955.
- 185.** Bloom DE, Chisholm D, Jané-Llopis E, Prettnner K, Stein A, Feigl A. From burden to “best buys”: Reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Program on the Global Demography of Aging, 2011.
- 186.** Ministry of Health: Federal Democratic Republic of Ethiopia. National mental health strategy 2012/13–2015/16. Ethiopia: 2012.
- 187.** World Innovation Summit for Health (WISH). WISH Forum on Cardiovascular Disease. Qatar: 2016; Available at: <http://wish-qatar.org/media-center/press-release-details?item=180&backArt=71>
- 188.** World Health Organization. Global health expenditure database, 2013. Geneva: 2013.
- 189.** International Monetary Fund. World economic prospects. Washington, DC: 2015.
- 190.** Emery N. Rwanda's historic health recovery: What the U.S. might learn. *The Atlantic*, 20 February 2013; Available at: www.theatlantic.com/health/archive/2013/02/rwandas-historic-health-recovery-what-the-us-might-learn/273226/
- 191.** Farmer PE, Nutt CT, Wagner CM *et al.* Reduced premature mortality in Rwanda: Lessons from success. *British Medical Journal*, 2013; 346: f65.

- 192.** McNeil Jr D. Rwanda's health care success story. *The New York Times*, 4 February 2013; Available at: www.nytimes.com/2013/02/05/science/rwandas-health-care-success-story.html?_r=0
- 193.** National Institute of Statistics of Rwanda. Integrated household living conditions survey 3 (EICV 3). Rwanda: 2012; Available at: www.statistics.gov.rw/survey-period/integrated-household-living-conditions-survey-3-eicv-3
- 194.** World Bank. World development indicators. Washington, DC: 2015; Available at: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
- 195.** World Health Organization. World malaria report: 2012. Geneva: 2012; Available at: www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/wmr2012_no_profiles.pdf?ua=1
- 196.** Binagwaho A, Farmer PE, Nsanzimana S *et al.* Rwanda 20 years on: Investing in life. *The Lancet*, 2014; 384(9940): 371–5.
- 197.** Fink G, Rockers PC. Childhood growth, schooling, and cognitive development: Further evidence from the Young Lives study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2014; 100(1): 182–8.
- 198.** Meng X, Qian N. The long term consequences of famine on survivors: Evidence from a unique natural experiment using China's great famine. National Bureau of Economic Research, 2009; Available at: www.nber.org/papers/w14917
- 199.** Umana-Aponte M. Long-term effects of a nutritional shock: The 1980 famine of Karamoja, Uganda. Department of Economics at University of Bristol, 2011; Available at: <https://ideas.repec.org/p/bri/cmpowp/11-258.html>
- 200.** Chen Y, Zhou L-A. The long-term health and economic consequences of the 1959–1961 famine in China. *Journal of Health Economics*, 2007; 26(4): 659–81.
- 201.** Hodinott J, Behrman JR, Maluccio JA *et al.* Adult consequences of growth failure in early childhood. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013; 98(5): 1170–8.
- 202.** Victora CG, Adair L, Fall C *et al.* Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 2008; 371(9609): 340–57.
- 203.** Hodinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet*, 2008; 371(9610): 411–16.
- 204.** Fernando SD, Rodrigo C, Rajapakse S. The 'hidden' burden of malaria: Cognitive impairment following infection. *Malaria Journal*, 2010; 9(1): 1–11.

- 205.** Venkataramani AS. Early life exposure to malaria and cognition in adulthood: Evidence from Mexico. *Journal of Health Economics*, 2012; 31(5): 767–80.
- 206.** Barofsky J, Anekwe TD, Chase C. Malaria eradication and economic outcomes in Sub-Saharan Africa: Evidence from Uganda. *Journal of Health Economics*, 2015; 44: 118–36.
- 207.** Currie J, Vogl T. Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annual Review of Economics*, 2013; 5: 1–36.
- 208.** Currie J, Zivin JSG, Mullins J, Neidell MJ. What do we know about short and long term effects of early life exposure to pollution? National Bureau of Economic Research, 2013; Available at: www.nber.org/papers/w19571
- 209.** Currie J, Vogl T. Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annual Review of Economics*, 2013; 5: 1–36.
- 210.** Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S et al. Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 2011; 378(9799): 1325–38.
- 211.** Vogl T. Education and health in developing economies. New Jersey: Princeton University and NBER, 2012; Available at: www.princeton.edu/~tvogl/vogl_ed_health_review.pdf
- 212.** Daniels MC, Adair LS. Growth in young Filipino children predicts schooling trajectories through high school. *Journal of Nutrition*, 2004; 134(6): 1439–46.
- 213.** Alderman H, Hoddinott J, Kinsey B. Long term consequences of early childhood malnutrition. *Oxford Economic Papers*, 2006; 58(3): 450–74.
- 214.** Currie J, Vogl T. Early-life health and adult circumstance in developing countries. *Annual Review of Economics*, 2013; 5: 1–36.
- 215.** Almond D, Currie J. Killing me softly: The fetal origins hypothesis. *Journal of Economic Perspectives*, 2011; 25(3): 153–72.
- 216.** Field E, Robles O, Torero M. Iodine deficiency and schooling attainment in Tanzania. *American Economic Journal: Applied Economics*, 2009; 1(4): 140–69.
- 217.** Fink G, Rockers PC. Childhood growth, schooling, and cognitive development: Further evidence from the Young Lives study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2014; 100(1): 182–8.
- 218.** Hoddinott J, Behrman JR, Maluccio JA et al. Adult consequences of growth failure in early childhood. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013; 98(5): 1170–8.
- 219.** Hoddinott J, Maluccio JA, Behrman JR, Flores R, Martorell R. Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet*, 2008; 371(9610): 411–16.

- 220.** Maluccio JA, Hoddinott J, Behrman JR, Martorell R, Quisumbing AR, Stein AD. The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults. *The Economic Journal*, 2009; 119(537): 734–63.
- 221.** Crookston BT, Penny ME, Alder SC *et al.* Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition. *Journal of Nutrition*, 2010; 140(11): 1996–2001.
- 222.** Stein AD, Barnhart HX, Hickey M, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Martorell R. Prospective study of protein-energy supplementation early in life and of growth in the subsequent generation in Guatemala. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003; 78(1): 162–7.
- 223.** Barofsky J, Anekwe TD, Chase C. Malaria eradication and economic outcomes in Sub-Saharan Africa: Evidence from Uganda. *Journal of Health Economics*, 2015; 44: 118–36.
- 224.** Cutler D, Fung W, Kremer M, Singhal M, Vogl T. Mosquitoes: The long-term effects of malaria eradication in India. National Bureau of Economic Research, 2007; Available at: www.nber.org/papers/w13539
- 225.** Canning D, Razzaque A, Driessen J, Walker DG, Streatfield PK, Yunus M. The effect of maternal tetanus immunization on children's schooling attainment in Matlab, Bangladesh: Follow-up of a randomized trial. *Social Science & Medicine*, 2011; 72(9): 1429–36.
- 226.** Bloom DE, Canning D, Shenoy ES. The effect of vaccination on children's physical and cognitive development in the Philippines. *Applied Economics*, 2012; 44(21): 2777–83.
- 227.** Ozawa S, Mirelman A, Stack ML, Walker DG, Levine OS. Cost-effectiveness and economic benefits of vaccines in low- and middle-income countries: A systematic review. *Vaccine*, 2012; 31(1): 96–108.
- 228.** Bärnighausen T, Bloom DE, Canning D, O'Brien J. Accounting for the full benefits of childhood vaccination in South Africa. *South African Medical Journal*, 2008; 98(11): 842, 844–6.
- 229.** Ozawa S, Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker DG. Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011–20. *Health Affairs*, 2016; 35(2): 199–207.
- 230.** Driessen J, Razzaque A, Walker D, Canning D. The effect of childhood measles vaccination on school enrolment in Matlab, Bangladesh. *Applied Economics*, 2015; 47(55): 6019–40.
- 231.** Anekwe TD, Newell M-L, Tanser F, Pillay D, Bärnighausen T. The causal effect of childhood measles vaccination on educational attainment: A mother fixed-effects study in rural South Africa. *Vaccine*, 2015; 33(38): 5020–6.

- 232.** Bleakley H. Disease and development: Evidence from hookworm eradication in the American South. *Quarterly Journal of Economics*, 2007; 122(1): 73–117.
- 233.** Taylor-Robinson DC, Maayan N, Soares-Weiser K, Donegan S, Garner P. Deworming drugs for soil-transmitted intestinal worms in children: Effects on nutritional indicators, haemoglobin and school performance. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012; 7: CD000371.
- 234.** Davey C, Aiken AM, Hayes RJ, Hargreaves JR. Re-analysis of health and educational impacts of a school-based deworming programme in western Kenya: A statistical replication of a cluster quasi-randomized stepped-wedge trial. *International Journal of Epidemiology*, 2015; 44: 1581–92.
- 235.** Currie J, Zivin JSG, Mullins J, Neidell MJ. What do we know about short and long term effects of early life exposure to pollution? National Bureau of Economic Research, 2013 Available at: www.nber.org/papers/w19571
- 236.** Fox MP, Rosen S, MacLeod WB *et al.* The impact of HIV/AIDS on labour productivity in Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 2004; 9(3): 318–24.
- 237.** Habyarimana J, Mbakile B, Pop-Eleches C. The impact of HIV/AIDS and ARV treatment on worker absenteeism implications for African firms. *Journal of Human Resources*, 2010; 45(4): 809–39.
- 238.** Levinsohn JA, McLaren Z, Shisana O, Zuma K. HIV status and labor market participation in South Africa. National Bureau of Economic Research, 2011; Available at: www.nber.org/papers/w16901
- 239.** Bachmann MO, Booyesen FL. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: A cohort study. *BMC Public Health*, 2003; 3(1): 14.
- 240.** Ettling M, McFarland DA, Schultz LJ, Chitsulo L. Economic impact of malaria in Malawian households. *Tropical Medicine and Parasitology*, 1994; 45(1): 74–9.
- 241.** Engelgau MM, Karan A, Mahal A. The economic impact of non-communicable diseases on households in India. *Global Health*, 2012; 8(1): 9.
- 242.** Karan A, Engelgau M, Mahal A. The household-level economic burden of heart disease in India. *Tropical Medicine and International Health*, 2014; 19(5): 581–91.
- 243.** Counts CJ, Skordis-Worrall J. Recognizing the importance of chronic disease in driving healthcare expenditure in Tanzania: Analysis of panel data from 1991 to 2010. *Health Policy Plan*, 2015; czv081.
- 244.** Karan A, Engelgau M, Mahal A. The household-level economic burden of heart disease in India. *Tropical Medicine and International Health*, 2014; 19(5): 581–91.

- 245.** Thirumurthy H, Galárraga O, Larson B, Rosen S. HIV treatment produces economic returns through increased work and education, and warrants continued US support. *Health Affairs*, 2012; 31(7): 1470–7.
- 246.** Rosen S, Larson B, Rohr J *et al.* Effect of antiretroviral therapy on patients' economic well being: Five-year follow-up. *AIDS*, 2014; 28(3): 417–24.
- 247.** Thomas D, Frankenberg E. Health, nutrition and prosperity: A microeconomic perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002; 80(2): 106–13.
- 248.** Basta SS, Soekirman, Karyadi D, Scrimshaw NS. Iron deficiency anemia and the productivity of adult males in Indonesia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1979; 32(4): 916–25.
- 249.** Zivin JSG, Neidell MJ. The impact of pollution on worker productivity. National Bureau of Economic Research, 2011; Available at: www.nber.org/papers/w17004
- 250.** Isen A, Rossin-Slater M, Walker R. Every breath you take – every dollar you'll make: The long-term consequences for the Clean Air Act of 1970. NBER Working Paper No. 19858, 2014.
- 251.** Okorosobo T, Okorosobo F, Mwabu G, Orem J, Kirigia J. Economic burden of malaria in six countries of Africa. *European Journal of Business Management*, 2011; 3.
- 252.** Purdy M, Robinson M, Wei K, Rublin D. The economic case for combating malaria. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2013; 89(5): 819–23.
- 253.** Stack ML, Ozawa S, Bishai DM *et al.* Estimated economic benefits during the 'Decade of vaccines' include treatment savings, gains in labor productivity. *Health Affairs*, 2011; 30(6): 1021–8.

شركاء ویش



یثن ویش الدعم الذی تقدمه وزارة الصحة



الاستثمار فی الصحة ٦٠

شركاء ویش

McKinsey&Company


MedStar Health
Institute for Quality and Safety

 NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE


NORTHWESTERN
UNIVERSITY
IN QATAR
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation


مؤسسة الرعاية الصحية الأولية
PRIMARY HEALTH CARE CORPORATION


QATAR
القطرية


كلية الصيدلة
College of Pharmacy
QATAR UNIVERSITY
جامعة قطر


مؤسسة ريناد
Qatar Foundation
أكاديمية ريناد
RENAD ACADEMY


مركز دراسات التشريع
الإسلامي والأخلاق
Research Center for Islamic
Legislation and Ethics
عضو في كلية الدراسات الإسلامية في قطر
Member of Qatar Faculty of Islamic Studies


السمارة
Sidra
مركز السمارة للبحث والدراسات
Sidra Medical and Research Center
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation


نجوم
العلم
من مبادرات مؤسسة قطر
An Initiative of Qatar Foundation


اللجنة العليا
للمشاريع والريث
Supreme Committee
for Delivery & Legacy

THE
BEHAVIOURAL
INSIGHTS TEAM

THE
CARTER CENTER


TheKingsFund


جامعة كالغاري في قطر
UNIVERSITY OF CALGARY IN QATAR


UMASS
BOSTON


وايل كورنيل
للطب-قطر
عضو في مؤسسة قطر
Member of Qatar Foundation


وياك
WEYAK
جمعية أصدقاء الصحة النفسية
MENTAL HEALTH FRIENDS ASSOCIATION


wise
world innovation summit for education
مؤتمر القمة العالمي للابتكار في التعليم
من مبادرات مؤسسة قطر
An Initiative of Qatar Foundation

 WORLD BANK GROUP

ملاحظات

ملاحظات

ملاحظات

الإحالة المرجعية المقترحة لهذا التقرير: يامي ج.، بيلر ن.، وادج ه.، جاميسون د.
الاستثمار في الصحة: الجدوى الاقتصادية، الدوحة، قطر: مؤتمر القمة العالمي
للابتكار في الرعاية الصحية، ٢٠١٦