



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

ورشة عمل افتراضية

التغطية الصحية الشاملة والإنصاف: هل يسيران جنباً إلى جنب دائماً؟

26 تشرين الأول/أكتوبر 2021

14:00 – 15:30 بتوقيت وسط أوروبا الصيفي (جنيف)

مذكرة توضيحية

معلومات أساسية

يتحقق الإنصاف في مجال الصحة عندما يتوصل الجميع إلى كامل إمكاناتهم في الصحة والرفاه. تحدده المعايير الاجتماعية، وكذلك، السياسية، والقانونية، وغيرها من المحددات الهيكلية. تهدف التغطية الصحية الشاملة إلى ضمان أن يتمكن الجميع من الوصول إلى الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها من دون مواجهة ضائقة مالية. بالرغم من أن الإنصاف هو المبدأ التوجيهي للتغطية الصحية الشاملة، لا يتحقق مباشرة مع تنفيذ سياسات التغطية الصحية الشاملة، واستراتيجياتها. يمكن ملاحظة أوجه عدم المساواة في العديد من المستويات، في توافر الخدمات الصحية، وتغطيتها، أو في الحماية المالية مثلاً، ويمكن أن ترتبط في الاختلافات الاجتماعية-الاقتصادية، أو الجغرافية، أو الجندرية، أو أنواع أخرى.

وكي تحرز البلدان تقدماً نحو التغطية الصحية الشاملة بأسلوب يحقق الحق في الصحة، من المهم تحديد أوجه عدم المساواة، والتصدي للأسباب الجذرية. يشكل جمع البيانات المنفصلة، وتحليلها، والإبلاغ عنها خطوة مهمة لفهم العوائق أمام الخدمات الصحية، والنتائج الصحية المتباينة. يمكن للبرلمانيين استكمال البيانات أكثر من خلال إشراك المجتمعات، والجهات المعنية المحلية لتقييم آثار القوانين، والسياسات السارية. يجب أن تبلغ هذه الأدلة عن تعريف واضح عن الإنصاف في سياسات التغطية الصحية الشاملة، وصياغة استراتيجيات ملموسة لضمان أن تساهم التغطية الصحية الشاملة في تحسين الإنصاف في مجال الصحة، ومنح الأولوية لمخصصات الموازنة، وكذلك، إصدار الأحكام التشريعية ذات الصلة أو التعديل عليها لدعم أهداف التغطية الصحية الشاملة، والإنصاف.



وفي العام 2019، اعتمدت البرلمانات الأعضاء في الاتحاد البرلماني الدولي القرار التاريخي "تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030: دور البرلمانات في ضمان الحق في الصحة" (مرفق رقم 1). يسلط القرار الضوء على الحاجة إلى أسلوب منهجي للإنصاف، ويدعو إلى منح الأولوية لتوافر خدمات الرعاية الصحية، وإمكانية الوصول إليها للفئات الضعيفة. في إطار متابعة تنفيذ القرار، نظم الاتحاد البرلماني الدولي اجتماعات افتراضية سابقة حول مجالات الأولوية للعمل البرلماني. كجزء من هذه الجهود، نشر تقرير "العمل البرلماني حول التغطية الصحية الشاملة في أوقات كوفيد-19" (مرفق رقم 2) في شباط/فبراير 2021. يكشف عن عوائق جديدة تحول دون وصول السكان الضعفاء، والمهمشين إلى الخدمات الصحية بسبب جائحة كوفيد-19، وكذلك، التحديات في ضمان الإنصاف في مجال الصحة بما فيها البلدان ذات الأنظمة الصحية القائمة. من بين المجالات المحددة التي تتطلب المزيد من المتابعة، يوصي التقرير بالتركيز على العمل البرلماني حول التغطية الصحية الشاملة لفئات السكان المهمشة، والضعيفة، والرئيسية مع التركيز على مبدأ الإنصاف في مجال الصحة، وكذلك، انتكاسات التغطية الصحية الشاملة المرتبطة بالجائحة، والبرامج البرلمانية لعكسها.

المحتوى والأهداف

ينظم الاتحاد البرلماني الدولي ورشة عمل افتراضية من أجل نقاش ما يعني مبدأ الإنصاف عملياً لجهود البلدان المبذولة في سبيل التغطية الصحية الشاملة، وكيف تدرج البرلمانات اعتبارات الإنصاف في المناقشات والعمل حول التغطية الصحية الشاملة.

وتكمن أهداف الندوة عبر الإنترنت المحددة في:

- إقامة التفاهم بشأن الروابط لبناء التغطية الصحية الشاملة، والإنصاف، وكيف تسعى البرلمانات إلى تحقيق أهداف الإنصاف.
- تعزيز التبادلات البرلمانية الدولية حول الاستراتيجيات الملموسة لتحسين الإنصاف في مجال الصحة عبر التغطية الصحية الشاملة، والتحديات الناشئة في إطار جائحة كوفيد-19.
- إطلاق موجز الاتحاد البرلماني الدولي: "معركة يمكن اكتسابها: البرلمانيون والتغطية الصحية الشاملة" (مرفق رقم 3).
- متابعة قرار العام 2019 حول التغطية الصحية الشاملة، إقامة المساءلة لتنفيذ البرلمانات للقرار، وجمع المعلومات حول الجهود التي تبذلها البلدان لإعلام المجتمع البرلماني العالمي.

الجمهور المستهدف

تتاح ورشة العمل إلى جميع البرلمانات. يضم الجمهور المستهدف:

- الأعضاء البرلمانيين للجان الصحية، واللجان الأخرى التي تتناول المسائل الصحية
- الموظفين السياسيين الذين يدعمون العمل البرلماني حول الصحة.

كما ستتاح ورشة العمل للبرلمانيين، والموظفين البرلمانيين الآخرين، ويضم أعضاء الفريق الاستشاري المعني بالصحة للاتحاد البرلماني الدولي، وشركائه التقنيين.

وستتعد ورشة العمل على منصة زووم Zoom. ستتوفر اللغات الإنجليزية، والفرنسية، والإسبانية (ترجمة فورية).

عملية متابعة قرار الاتحاد البرلماني الدولي حول التغطية الصحية الشاملة

تشكل ورشة العمل الافتراضية جزءاً من عملية متابعة قرار الاتحاد البرلماني الدولي حول التغطية الصحية الشاملة، وستساعد في إعلام أنشطة الاتحاد البرلماني الدولي المقبلة لتعزيز المشاركة البرلمانية حول التغطية الصحية الشاملة، وكذلك، تقديم الدعم إلى البرلمانات الوطنية في مجال التغطية الصحية الشاملة.

وستثري الممارسات، والتحديات البرلمانية المتبادلة خلال ورشة العمل ملخصاً سنوياً للفريق الاستشاري المعني بالصحة للاتحاد البرلماني الدولي، بحيث سيجمع التجارب الوطنية المختلفة، وسيحدد الدروس المستفادة، والثغرات في تنفيذ قرار الاتحاد البرلماني الدولي حول التغطية الصحية الشاملة.

برنامج العمل المؤقت

الجلسة الافتتاحية

14:09-14:00 ترحيب وعرض موجز للاتحاد البرلماني الدولي: "معركة يمكن اكتسابها: البرلمانين والتغطية الصحية الشاملة"
بتوقيت وسط أوروبا
الصفحي

الجلسة الأولى: اعتبارات الانصاف في النهوض بالتغطية الصحية الشاملة

14:24-14:10 محادثة مع خبير

14:45-14:25 جلسة أسئلة وأجوبة

الجلسة الثانية: ما هي الاستراتيجيات المتبعة من قبل البلدان لتحسين الانصاف في مجال الصحة من خلال التغطية الصحية الشاملة؟

14:54-14:46 عرض من البلدان

15:25-14:54 نقاش تفاعلي مع جميع المشاركين

— هل نفذ برلمانكم أي خطوات لمراقبة وتحليل أوجه عدم المساواة في إطار استراتيجيات وسياسات التغطية الصحية الشاملة؟

— ما هي التدابير التشريعية أو المتعلقة بالموازنة التي اتخذها برلمانكم لدعم الفئات الضعيفة أو المهمشة كجزء من الجهود المبذولة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة؟

— كيف تؤثر جائحة كوفيد-19 على الإنصاف في مجال الصحة في بلدانكم؟ هل اتخذ برلمانكم أي إجراء صحيحي؟

الختام

ملاحظات ختامية

15:26



Inter-Parliamentary Union

For democracy. For everyone.

Virtual workshop

Universal health coverage and equity: Always hand in hand?

26 October 2021

14:00 – 15:30 CEST (Geneva)

Concept note

Background

Health equity is achieved when everyone can attain their full potential for health and well-being. It is determined by social norms as well as political, legal and other structural determinants. Universal health coverage (UHC) aims to ensure everybody has access to the health services they need without suffering financial hardship. Although equity is a guiding principle of UHC, it is not automatically achieved with the implementation of UHC policies and strategies. Inequalities can be observed at different levels, such as in the availability and coverage of health services or in financial protection, and can be linked to socio-economic, geographic, gender or other types of disparities.

For countries to make progress towards UHC in a way that realizes the right to health it is crucial to identify inequalities and address their root causes. Collecting, analyzing and reporting disaggregated data is an important step to understand barriers to health services and inequitable health outcomes. Parliamentarians can further complement data by engaging communities and local stakeholders to assess the impact of existing laws and policies. Such evidence should inform a clear definition of equity in UHC policies, the design of concrete strategies to ensure UHC contributes to improving health equity, the prioritization of budgetary allocations, as well as the passing or amendment of relevant legislative provisions to back UHC and equity objectives.

In 2019, the IPU Member Parliaments adopted the landmark resolution “[Achieving universal health coverage by 2030: The role of parliaments in realizing the right to health](#)”. The resolution underlines the need for a systemic approach to equity and calls for priority to be given to the availability and accessibility of health-care services for vulnerable groups. In the framework of follow-up to the implementation of the resolution, previous virtual meetings were organized by the IPU on priority areas for parliamentary action. As part of these efforts, the report “[Parliamentary action on universal health coverage in times of COVID-19](#)” was published in February 2021. It reveals new barriers in access to health for vulnerable and marginalized populations due to the COVID-19 pandemic, as well as challenges in ensuring health equity including in countries with established health systems. Among the areas identified for further follow-up, the report recommends focusing on parliamentary action on UHC for marginalized, vulnerable and key population groups with an emphasis on the principle of health equity, as well as on UHC setbacks associated with the pandemic and parliamentary programmes to reverse them.

Content and objectives

The IPU is organizing a global virtual workshop to discuss what the equity principle means in practice for country efforts towards UHC and how parliaments can integrate equity considerations in debates and action on UHC.

The specific objectives of the webinar are to:

- Build understanding of the linkages between UHC and equity and how parliaments can pursue equity objectives.
- Promote inter-parliamentary exchanges on concrete strategies to improve health equity through UHC and emerging challenges in the context of the COVID-19 pandemic.
- Launch the IPU brief: "[A Winnable Battle: Parliamentarians and universal health coverage](#)".
- In follow up to the 2019 resolution on UHC, build accountability for the implementation of the resolution by parliaments and collect information on country efforts to inform the global parliamentary community.
- Identify specific needs and areas in which parliaments require further support to move towards UHC.

Target audience

The workshop is open to all parliaments. The target audience includes:

- Parliamentarians members of health committees and other committees dealing with health matters
- Parliamentary staff supporting parliamentary work on health

The workshop will also be open to other interested parliamentarians and parliamentary staff and include the IPU Advisory Group on Health members and its technical partners.

The workshop will take place on the Zoom platform. The languages will be English, French and Spanish (simultaneous interpretation).

Process of follow up to the IPU resolution on UHC

The virtual workshop is part of the process to follow up to the IPU resolution on UHC and will help inform future IPU activities to strengthen parliamentary engagement on UHC, as well as the provision of support to national parliaments in the area of UHC.

The parliamentary practices and challenges shared during the workshop will feed into an annual summary of the IPU Advisory Group on Health where it will take stock of different national experiences and identify lessons learnt and gaps in the implementation of the IPU resolution on UHC.

Provisional programme

Opening

14:00 – 14:09 CEST Welcome and presentation of the IPU brief: “A Winnable Battle: Parliamentarians and universal health coverage”

Session 1: Equity considerations in advancing UHC

14:10 – 14:24 In conversation with an expert

14:25 – 14: 45 Q&A session

Session 2: What strategies are countries implementing to improve health equity through UHC?

14:46 – 14:54 Country presentation

14:54 – 15:25 Interactive discussion with all participants:

- Has your parliament implemented any steps to monitor and analyse inequalities in the context of UHC strategies and policies?
- What legislative or budgetary measures has your parliament taken to target vulnerable and marginalized groups as part of efforts to achieve UHC?
- How is the COVID-19 pandemic affecting health equity in your countries? Has your parliament taken any remedial action?

Closing

15:26 Closing remarks



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

التغطية الصحية الشاملة والإنصاف: هل يسيران جنباً إلى جنب دائماً؟
ورشة عمل افتراضية
26 تشرين الأول/أكتوبر 2021

قرار:

تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030: دور
البرلمانات في ضمان الحق في الصحة

مرفق رقم 1

141st
IPU



Assembly
Belgrade (Serbia)
13 - 17 October 2019

الجمعية العامة الـ141 للاتحاد البرلماني الدولي

بلغراد (صربيا)

17-13 تشرين الأول/أكتوبر 2019



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

130

Years of empowering parliamentarians

تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030: دور

البرلمانات في ضمان الحق في الصحة

قرار اعتمد بتوافق الآراء¹ من قبل الجمعية العامة الـ 141 للاتحاد البرلماني الدولي
(بلغراد، 17 تشرين الأول/أكتوبر 2019)

إن الجمعية العامة الـ 141 للاتحاد البرلماني الدولي،

إذ تشير إلى أنه كما هو مذكور في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، "التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، من دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية"، وأن الحق في الصحة محمي بموجب الميثاق الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيره من الصكوك الدولية المصدق عليها على نطاق واسع، بما في ذلك الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، واتفاقية حقوق الطفل واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة،

¹ أعرب وفد الهند عن تحفظه على عبارة "الشعوب الأصلية" في الفقرة 8 من الديباجة.



وإذ تشير أيضاً إلى قرار الاتحاد البرلماني الدولي للعام 2012، الحصول على الصحة كحق أساسي؛
دور البرلمانات في مواجهة التحديات الرئيسية من أجل ضمان الصحة للنساء والأطفال، بالإضافة
لهذا القرار في العام 2017، وإذ تعبر عن تقديرها للجهود الوطنية والدولية المبذولة من أجل
النهوض بالحق في الصحة للجميع،

وإذ تشدد على أن حكومات العالم قد حددت تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام
2030 كمقصد من أهداف التنمية المستدامة (لا سيما الهدف 3، المقصد 8)، وإذ ترحب
بآليات التعاون كخطة العمل العالمية من أجل الحياة الصحية والرفاه للجميع، ومناير الجهات
المعنية، بما فيها التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030،

وإذ ترحب بالإعلان السياسي الذي اعتمد في الدورة الرابعة والسبعين للاجتماع الرفيع المستوى
للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن التغطية الصحية الشاملة، وإذ تشير إلى الالتزامات والأهداف
الهامة المحددة في مجال تمويل التنمية لحكومات العالم في سياق خطة عمل أديس أبابا،

وإذ تعترف بالدور المهم للبرلمانات والبرلمانيين في النهوض بخطة التغطية الصحية الشاملة، والحاجة
إلى التعاون الملموس مع السلطات العامة، والمنظمات غير الحكومية، والمؤسسات الأكاديمية،
وهيئات القطاع الخاص، وكل المعنيين ذوي الصلة، من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة،

وإذ تشير إلى أن التغطية الصحية الشاملة تعني أن جميع الأفراد والمجتمعات يستطيعون الحصول
على النطاق الكامل لخدمات الصحة الأساسية، من تعزيز الصحة إلى الوقاية، والعلاج، والتأهيل،
والرعاية اللازمة لتخفيف الآلام، وأن هذه الخدمات تتمتع بجودة عالية، وتتقدم بشكل محترم، أن
استخدام هذه الخدمات لا يسبب صعوبات مالية للأفراد والمجتمعات،

وإذ تشير أيضاً إلى أنه بالرغم من إحراز التقدم الملحوظ نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، لا
يزال نصف سكان العالم يفتقرون إلى الخدمات الصحية الضرورية، و100 مليون إنسان مدفوعين

إلى بؤر الفقر المدقع بسبب النفقات الصحية، و800 مليون إنسان ينفقون 10% على الأقل من موازنة أسرهم المعيشية على نفقات الرعاية الصحية،

وإذ تشير أيضاً إلى أن التغطية الصحية الشاملة تعني السياسات والبرامج الصحية الوطنية التي يمكن لجميع الأفراد والمجتمعات من خلالها الوصول إلى مجموعة كاملة من الخدمات الصحية الأساسية المتاحة والممكنة والمقبولة والميسورة والجيدة، من الترقية الصحية إلى الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة، في وقت الحاجة، والتي يتم تقديمها بطريقة محترمة ومنصفة ومن دون التسبب في ضائقة مالية،

وإذ تعترف بأن التغطية الصحية الشاملة يجب أن تضمن توفير الخدمات على قدم المساواة ومن دون تمييز وعدم إغفال أحد، خاصة المستضعفين، والموصومين، والمهمشين، وغيرهم، من الأطفال، والشباب، والنساء، والمسنين، الشعوب الأصلية، الأشخاص ذوي الإعاقة ذوي الإعاقة خاصة النساء والأطفال)، الخاصة، والأشخاص الذين يعانون من أمراض نادرة أو مهمة، والمهاجرين، واللاجئين، والأشخاص المتنقلين، سكان الريف، وخاصة النساء الريفيات، والأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية أو حالات طبية سابقة، وتلاحظ خصوصاً أن التأثير يتفاقم عندما يعاني الفرد من أشكال متعددة أو متقاطعة من التمييز،

وإذ تعرب عن قلقها حيال تحمل النساء، والأطفال، والمراهقين وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة العبء الأكبر الناجم عن سوء الصحة والوفيات التي كان يمكن منعها، والذين غالباً ما يكون لديهم موارد مالية محدودة للدفع للحصول على الرعاية الصحية الأساسية، مما يجعلها في وضع غير مؤات اقتصادياً ومخاطر أكبر للفقر،

وإذ تلاحظ بقلق أن النساء يتحملن عموماً نفقات رعاية صحية على نفقتهم الخاصة أعلى تكلفة من الرجال، وبالتالي تتأثر سلباً بالقيود أو عدم تغطية الخدمات بموجب الرعاية الصحية الشاملة الفريدة للنساء، مثل الصحة الإنجابية والأمومة،

وإذ تعترف بأن الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك حملات التلقيح، هي النهج الأكثر شمولية، وفعالية، وكفاءة، في تعزيز صحة الناس الجسدية والعقلية ورفاههم، وإن الرعاية الصحية هذه هي الركن الأساسي لنظام صحي مستدام يستطيع تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وإذ ترحب بالالتزام الحكومي الدولي في إعلان أستانا للعام 2018 من أجل تعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية كخطوة أساسية نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة،

وإذ تشدد على أهمية الخدمات الصحية المتمحورة حول الإنسان، التي تكون منصفة ومزودة بالموارد ويمكن الوصول إليها، ومتكاملة ومدعومة من قبل قوة عاملة ماهرة، وكذلك سلامة المريض، والرعاية الصحية الجيدة كعناصر أساسية لحكومة النظام الصحي من أجل التمكين الكامل للناس بهدف تحسين صحتهم وحمايتهم،

وإذ تلاحظ أهمية الالتزام المستمر والتقدم نحو تنفيذ الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الموارد البشرية من أجل الصحة: القوى العاملة 2030، كذلك تطبيق نتائج لجنة الأمم المتحدة الرفيعة المستوى المعنية بالعمالة الصحية والنمو الاقتصادي في دعم متطلبات الموارد البشرية باعتبارها لبنة أساسية للنظم الصحية القوية والأساس لتحقيق التغطية الصحية الشاملة،

وإذ تؤكد على البعد الدستوري للحق في الصحة وأهمية تخصيص نسب مئوية محددة وأجزاء من الموازنات الوطنية للصحة، باعتبارها حجر الزاوية لتحقيق تنمية مستدامة شاملة،

وإذ تؤكد على أن الاستثمار في التغطية الصحية الشاملة هو استثمار في رأس المال البشري، يوفر فرص العمل، ويزيد النمو، ويحد من أوجه عدم المساواة، بما فيها عدم المساواة بين الرجال والنساء، وإذ تشدد على أهمية التمويل الصحي الكافي والمستدام،

وإذ تدرك أن التقدم المحرز نحو التغطية الصحية الشاملة يتطلب أيضاً تناول العوامل السياسية، والاجتماعية، والاقتصادية، والبيئية، والمناخية، المحددة للصحة،

وإذ تشير إلى أن العدد المتزايد لحالات الطوارئ المعقدة يعرقل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وإلى أنه من الأساسي ضمان نُهج منسقة وشاملة من خلال التعاون الوطني والدولي، وفقاً للواجب الإنساني والمبادئ الإنسانية لحماية التغطية الصحية الشاملة في حالات الطوارئ،

وإذ تعرب عن قلقها إزاء العدد المتزايد من اللاجئين في جميع أنحاء العالم، مع مراعاة أن توفير الرعاية الصحية للاجئين يمكن أن يشكل عبئاً كبيراً على البلدان المضيفة، التي يستضيف بعضها ملايين منهم، وتقر بمسؤولية المجتمع الدولي في الأخذ بخطوات قوية في تأمين التغطية الصحية الشاملة للاجئين،

وإذ تدرك الصلة بين الأمن الصحي العالمي والتغطية الصحية الشاملة، والحاجة إلى الاستمرار في تقديم الرعاية الصحية اللازمة في حالات الطوارئ والحالات الحساسة، لا سيما فيما يتعلق بالنساء في النزاعات المسلحة، ومصممة لاتخاذ الإجراءات من أجل منع الأوبئة وانتشار الأمراض من خلال مناصرة امتثال البلدان ودعمها للوائح الصحية الدولية لمنظمة الصحة العالمية (2005) ولضمان قدراتها الأساسية القوية في مجال الصحة العامة على منع مخاطر الصحة العامة واكتشافها والاستجابة لها، لا سيما أثناء الحالات الصحية الطارئة،

وإذ تعترف بأن تحقيق التغطية الصحية الشاملة أمراً جوهرياً، وأن التغطية الصحية الشاملة هي مظلة شاملة لتوفير فرص التمتع بحياة صحية والرفاه للجميع، في جميع الفئات العمرية، تتطلب التزاماً سياسياً قوياً ومستداماً على جميع المستويات،

1. تؤكد من جديد أن تكريس أقصى قدر من الموارد المتاحة للإعمال التدريجي للتغطية الصحية الشاملة أمر ممكن وقابل للتحقيق لجميع البلدان حتى في الظروف الصعبة، وتدعو البرلمانات والبرلمانيين إلى اتخاذ جميع التدابير القانونية والسياسية المعمول بها لمساعدة حكوماتهم على تحقيق



التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030 ولضمان رعاية صحية جيدة يمكن الوصول إليها
وبتكلفة معقولة؛

2. تحث البرلمانات على وضع إطار قانوني قوي للتغطية الصحية الشاملة، لضمان التنفيذ الفعال
لتشريعات الرعاية الصحية الشاملة على أرض الواقع، وضمان أن حق كل فرد في الصحة العامة
والرعاية الطبية هو مكفول للجميع في القانون وفي الممارسة العملية، من دون تمييز؛

3. تحث الدول أيضاً على العمل عن كثب مع برلماناتها الوطنية، بدعم من الاتحاد البرلماني الدولي،
لزيادة الوعي بين البرلمانات والبرلمانيين بشأن التغطية الصحية الشاملة وإشراكهم الكامل في هذه
العملية، من أجل الحفاظ على الدعم السياسي نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام
2030؛

4. تحث كذلك البرلمانات على العمل من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة من الآن فصاعداً
باعتبارها سمة من سمات خطط وسياسات التنمية الوطنية، والصحة كشرط مسبق وعامل للتنمية
المستدامة للبلدان في آن واحد؛

5. تدعو الدول إلى ضمان أن تكون السياسات والبرامج الصحية الوطنية تراعي نوع الجندر وتستند
إلى النتائج وتتسق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، بما في ذلك مبادئ احترام الاستقلال
الذاتي والموافقة الواعية، وأن توضع من خلال عملية شاملة وتشاركية، كما تحث البرلمانات على
إزالة الحواجز القانونية أو غيرها من العوائق التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية، بما
في ذلك عن طريق تعزيز الرعاية الصحية الأولية والموارد البشرية، مثل دعم التدريب المهني المزدوج؛

6. تدعو إلى إعطاء الأولوية لتوافر خدمات الرعاية الصحية وإمكانية الوصول إليها والقدرة على
تحمل تكاليفها ومقبوليتها وجودتها، بما في ذلك الخدمات الأساسية للنساء والأطفال والمراهقين
والمجموعات التي توجد في مواقع معرضة للخطر، لا سيما على مستوى الرعاية الصحية الأولية،
على وجه الخصوص من خلال الترويج للسياسات التي تقر وتدعم عمل مقدمي الرعاية الصحية
في المجتمع، ومعظمهم من النساء، حتى يتمكنوا من توفير الخدمات الصحية الأساسية بشكل
فعال، وخاصة في المناطق الريفية؛

7. تشجع الدول على تنفيذ برامج للوقاية والتثقيف تروج لمحو الأمية الصحية لمواطنيها ومعالجة الشواغل الصحية المرتبطة بالسلوك، مثل تعاطي الكحول والتبغ، والصحة والسلامة المهنية، والسمنة والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي؛
8. تحث الدول - من أجل تلبية طلب واسع النطاق من المواطنين على أن تصحب نهاية حياتهم بطريقة كريمة وغير مؤلمة قدر الإمكان - بإدراج الرعاية الملطفة وتخفيف الآلام في خدمات الرعاية الصحية الأساسية الخاصة بهم.
9. تدعو البرلمانات إلى تقوية النظم الصحية من أجل الحد من وفيات الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين من خلال تعزيز خدمات الصحة والتغذية الجنسية والإنجابية وحديثي الولادة والمراهقين، وتعزيز الحملات الخاصة بالرضاعة الطبيعية والتحصين المنتظم والمبكر والتدخلات الانمائية في وقت مبكر من مرحلة الطفولة، وكذلك من خلال توفير المعلومات والوصول إلى أوسع مجموعة ممكنة من الأساليب الحديثة الآمنة والفعالة والميسورة والمقبولة لتنظيم الأسرة؛
10. تحث البرلمانات على ضمان الجمع بين تدخلات القطاع الصحي لحماية الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وخاصة بالنسبة للمراهقين، مع التدابير الترويجية والكشف المبكر والوقائي والتعليمي في القطاعات الأخرى، ولا سيما فيما يتعلق بتعزيز المساواة بين الرجال والنساء (الجنسانية) ومكافحة زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري، والحمل المبكر وغير المقصود، والعنف القائم على نوع الجندر، بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية للمرأة أو غيرها من أشكال العنف القائم على نوع الجندر؛
11. تحث البرلمانات أيضاً على الاستجابة للاحتياجات الصحية المحددة للنساء والفتيات، بما في ذلك التوعية والوقاية والاكتشاف المبكر لسرطان عنق الرحم وسرطان الثدي وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز؛ تقديم الدعم والخدمات للفتيات الصغيرات خلال فترة البلوغ؛ وكذلك الدعم والخدمات الكافية للناجين من العنف القائم على نوع الجندر؛
12. تدعو البرلمانات إلى ضمان أن السياسات الوطنية لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة تعالج سوء التغذية بجميع أشكاله، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات التغذية الخاصة بالفتيات المراهقات والنساء الحوامل والمرضعات والأطفال خلال أول 1000 يوم؛



13. تدعو أيضاً البرلمانات إلى تحفيز وتعزيز الوصول إلى الأدوية والأجهزة الطبية ووسائل منع الحمل واللقاحات والتشخيصات وغيرها من التكنولوجيات الأساسية ذات التكلفة المعقولة والأمنة والفعالة وذات النوعية الجيدة، ومن دون تمييز، لمكافحة الأدوية المغشوشة والمقلدة، ودعم الابتكار والبحث والتطوير في الأدوية واللقاحات للأمراض المعدية وغير المعدية؛
14. تحث البرلمانات على تعزيز برامج التحصين في حكوماتها، كتدبير وقائي أكثر فعالية ضد الأمراض المعدية، وعلى اتخاذ تدابير من شأنها تشديد لوائح سلامة المرضى خلال الاختبار السريري لللقاحات الجديدة لتهدئة المخاوف العامة من التلقيح؛
15. تشدد على الحاجة إلى التشخيص المبكر، والدعم، والمعلومات الصحية التي يمكن الوصول إليها وذات النوعية الجيدة والخدمات الصحية الميسورة للأشخاص الذين يعانون من إعاقات أو حالات الصحة البدنية والعقلية المزمنة، وإلى الجهود لتمكينهم وإدماجهم من أجل الارتقاء بهم؛
16. تشجع على اتباع نهج قائم على الشراكة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة على أساس الحكومة بأكملها والمجتمع بأسره، وتدعو البرلمانات إلى رفع مستوى الوعي العام حول الرعاية الصحية الشاملة وإشراك المجتمعات وجميع أصحاب المصلحة المعنيين في وضع الخطط والاستراتيجيات التي تستجيب لحقائهم؛
17. تشدد على الحاجة إلى اتباع نهج منظم لقضايا الرجال والنساء والإنصاف وحقوق الإنسان في الميزنة (عملية وضع الموازنة) الصحية والتخطيط وعمليات صنع القرار ذات الصلة بالصحة، والمشاركة الواعية للأفراد والمجتمعات، ولا سيما النساء، ونظم المعلومات الصحية التي تولد دليل موثوق على احتياجات الصحة وضمان خيارات سياسية سليمة؛
18. تحث البرلمانات على الإصرار على وضع مؤشرات وطنية قوية وبيانات مفصلة لقياس التقدم المحرز في التغطية الصحية الشاملة، وتدعو إلى الإبلاغ المنتظم والاستخدام الدقيق للبيانات المصنفة لإزالة التمييز القائم على نوع الجندر في تنفيذ التغطية الصحية الشاملة؛
19. تدعو البرلمانات إلى النظر في خطة عمل أديس أبابا بشأن تمويل التنمية وتخصيص موارد محلية كافية للإعمال التدريجي للتغطية الصحية الشاملة من خلال تمويل صحي مستدام، بما في ذلك من خلال زيادة الموازنات عند الاقتضاء، وكذلك من خلال تدابير لتعزيز الكفاءة والإنصاف



- والجودة واحتواء التكاليف وأساس مستقر للتمويل، مع مراعاة الحد الأدنى للهدف الاسمي للموارد المحلية التي حددها منظمة الصحة العالمية بما يعادل 5 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي؛
20. تحث الدول على تخصيص المزيد من الموارد لتعيين أطباء وطواقم رعاية صحية جديد، واتخاذ إجراءات إيجابية في المنتديات الدولية ذات الصلة بهدف تخفيف قيود الموازنة المتشددة بشكل مفرط والمنفذة خلال العقد الماضي؛
21. تدعو البرلمانات إلى ضمان أن يكون تدريب الموارد البشرية على قدم المساواة مع موثوقية معدات المرافق الصحية من أجل سد الفجوة التي تلاحظ في بعض الأحيان بين الموارد البشرية والهيكل الأساسية الصحية الملائمة؛
22. تدعو البرلمانات أيضاً إلى ضمان الحماية المالية من أجل الحد من مدفوعات الخدمات الصحية من الأموال الخاصة وإزالة القيود المالية التي تحول دون الوصول إلى الخدمات الصحية؛
23. تطلب من البرلمانات في البلدان المتقدمة التي تقدم مساعدة إنمائية رسمية أن تعمل على زيادة المساعدة التي تقدمها بلادها للصحة، بما في ذلك البحث والتطوير، مع تذكير البلدان المتقدمة بالتزاماتها وفقاً لقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة بالمساهمة بنسبة 0.7 بالمائة على الأقل من التزاماتها بمؤشر التنمية الجندرية للمساعدة الإنمائية الرسمية، وتحث البرلمانات على ضمان قيام الحكومات وشركاء التمويل الدوليين بمواءمة دعمهم المالي مع النظم والخطط والأولويات الصحية المصممة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في البلدان المستفيدة؛
24. تدعو البرلمانات إلى استخدام جميع الوظائف البرلمانية العامة لمساءلة حكوماتها الوطنية عن التنفيذ الفعال لالتزاماتها في التغطية الصحية الشاملة، ورصد تأثير سياسات وبرامج التغطية الصحية الشاملة، وتشجيع الحكومات على اتخاذ إجراءات تصحيحية عند الضرورة، وتحث البرلمانات على إنشاء آليات لمتابعة تنفيذ هذا القرار؛
25. تشدد على الإمكانيات التحويلية للابتكارات الصحية القائمة على التكنولوجيا والنماذج الجديدة للرعاية الصحية لتسريع التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، لا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل؛

26. تدعو السلطات العامة، وخاصة المؤسسات الصحية، إلى التقيد بالمعايير الأخلاقية الصارمة للرعاية، إلى جانب الكيانات الوطنية والدولية الأخرى، لضمان استمرار خدمات الرعاية الصحية والعلاج لضحايا النزاع المسلح أو البيئات المهشة أو الصحة والحالات الطارئة الأخرى، مثل الكوارث الطبيعية؛

27. تحث بقوة الدول وجميع أطراف النزاع المسلح على ضمان الرعاية الصحية ووضع تدابير فعالة لمنع ومعالجة أعمال العنف والهجمات والتهديدات التي يتعرض لها الموظفون الطبيون والعاملون في المجال الإنساني الذين يشاركون حصراً في الواجبات الطبية ووسائل نقلهم ومعداتهم، وكذلك المراكز الصحية والمستشفيات والمرافق الطبية الأخرى وكذلك المدارس ومراكز التدريب في النزاعات المسلحة، وفقاً لاتفاقيات جنيف وبروتوكولها الإضافيين وقرار مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة 2286 بشأن الحفاظ على الرعاية الصحية في النزاعات المسلحة، وتضع في اعتبارها أن مثل هذه الهجمات تجعل الجهود المبذولة لبناء النظم الصحية مستحيلة؛

28. تدعو السلطات المختصة في المجتمع الدولي إلى إنشاء آلية فعالة لجميع البلدان لتقاسم المسؤولية المشتركة المتمثلة في تزويد اللاجئين بالخدمات الصحية الكافية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة للاجئين كلما أمكن ذلك؛

29. تدعو أيضاً البرلمانات إلى اتخاذ جميع التدابير الممكنة لضمان الأمن الصحي العالمي عن طريق منع انتشار الأمراض وغيرها من أحداث الصحة العامة، لا سيما من خلال حملات التحصين المنتظمة، وكذلك تعزيز نظم المراقبة والاستجابة، والدعوة إلى تنفيذ اللوائح الصحية الدولية (2005) وتخصيص الموارد المناسبة للوفاء بالتزامات البلدان ومعالجة الثغرات الحرجة في القدرات الأساسية للصحة العامة الخاصة بما لمنع مخاطر الصحة العامة واكتشافها والتصدي لها؛

30. تحث على إدراج مقاومة المضادات الحيوية كمؤشر عالمي أو كهدف وسيط في أهداف التنمية المستدامة، مع الاعتراف بأن المقاومة المضادة للميكروبات (AMR) تشكل تهديداً خطيراً وصحياً على الصحة العالمية وأن التدابير المصممة لمواجهة مقاومة المضادات الحيوية تشكل جانباً مهماً من الحماية ضد الأخطار التي تهدد صحة الإنسان وضمان الحصول على الأدوية اللازمة، وتدعو إلى التنفيذ الكامل لتوصيات فريق التنسيق المشترك بين الوكالات، وتدعو الوكالات

الثلاثية وبرنامج الأمم المتحدة للبيئة إلى تكثيف عملهم بشأن المقاومة المضادة للميكروبات، لا سيما في دعم البلدان لتطبيق خطط العمل الوطنية الخاصة بها؛

31. تحث البرلمانات أيضاً للتعامل مع المحددات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية والمناخية للصحة كعوامل تمكين وشروط مسبقة للتنمية المستدامة، وتعزيز نهج متعدد القطاعات للصحة؛

32. تطلب من البرلمانات تسهيل ودعم تعلم وتبادل خبرات التغطية الصحية الشاملة وأفضل الممارسات والتحديات والدروس المستفادة عبر برلمانات أعضاء الاتحاد البرلماني الدولي وبرلمانييها؛

33. تطلب أيضاً من وكالات منظومة الأمم المتحدة، وخاصة منظمة الصحة العالمية، تزويد البلدان بدعم منسق متعدد الأوجه يهدف إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والتعاون في رصد تحقيق التغطية الصحية الشاملة، مع مراعاة مهمة منظمة الصحة العالمية لتقييم المؤشرات الصحية، وتعزيز قدرة البرلمانات والبرلمانيين على تطوير ومراقبة سياسات الرعاية الصحية الشاملة الوطنية من خلال إنشاء نظم رعاية صحية قوية وتعليمية؛

34. تطلب كذلك من البرلمانات والبرلمانيين العمل من أجل تنفيذ الدول لتوصيات الاجتماعات المتعلقة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة، لا سيما توصيات اجتماع الأمم المتحدة الرفيع المستوى بشأن التغطية الصحية الشاملة المعقود في أيلول/ سبتمبر 2019، وتدعو الاتحاد البرلماني الدولي إلى إتاحة أعضاء لديهم جميع الأدوات اللازمة لمتابعة وتقييم تلك التوصيات.



141st IPU Assembly

Belgrade (Serbia)
13-17 October 2019



Achieving universal health coverage by 2030: The role of parliaments in ensuring the right to health

Resolution adopted by consensus¹ by the 141st IPU Assembly (Belgrade, 17 October 2019)

The 141st Assembly of the Inter-Parliamentary Union,

Recalling that, as affirmed in the Constitution of the World Health Organization (WHO), "the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition", and that the right to health is protected by the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights as well as other widely ratified international instruments, including the International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, the Convention on the Rights of the Child and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities,

Recalling also the 2012 IPU resolution, *Access to health as a basic right: The role of parliaments in addressing key challenges to securing the health of women and children*, and the 2017 addendum to that resolution, and expressing appreciation for the national and international efforts that have been made to advance the right to health for all,

Underlining that the world's governments have set achieving universal health coverage (UHC) by 2030 as a target of the Sustainable Development Goals (SDGs) (in particular Goal 3, target 8), and welcoming coordination mechanisms such as the Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All and multi-stakeholder platforms, including UHC2030,

Welcoming the Political Declaration adopted at the seventy-fourth session of the United Nations General Assembly High-Level Meeting on universal health coverage, and recalling important commitments and goals set in the area of Financing for Development for the world's governments in the context of the Addis Ababa Action Agenda,

Acknowledging the important role of parliaments and parliamentarians in advancing the UHC agenda, and the need for meaningful collaboration with public authorities, non-governmental organizations, academic institutions, private sector entities and all relevant stakeholders in order to achieve UHC,

¹ The delegation of India expressed a reservation on the words "indigenous peoples" in preambular paragraph 8.

Noting that, although major progress has been made towards UHC, half the world's population still lacks access to necessary health services, that 100 million people are pushed into extreme poverty each year because of health expenses, and that 800 million people spend at least 10 per cent or more of their household budget on health-care expenses,

Noting also that UHC means national health policies and programmes in which all individuals and communities have access to the full spectrum of essential, available, accessible, acceptable, affordable and quality health services, from health promotion to prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and palliative care, at the time of need, which are delivered in a respectful and equitable manner and without causing financial hardship,

Recognizing that UHC must ensure that services are provided on an equal and non-discriminatory basis and that no one is left behind, in particular the vulnerable, disadvantaged, stigmatized or marginalized, children, youth, women, the elderly, indigenous peoples, people living with disabilities (especially women and children), people with rare or neglected diseases, migrants, refugees, people on the move, rural populations, especially rural women, and people affected by mental health conditions or pre-existing medical conditions, and especially noting that the impact is compounded when an individual suffers multiple or intersecting forms of discrimination,

Expressing concern that women, children, adolescents, the elderly, and people living with disabilities bear the greatest burden of ill health and preventable deaths, and often have limited financial resources to pay for essential health care, thus placing them at an economic disadvantage and higher risk of poverty,

Noting with concern that women generally bear higher out-of-pocket health-care-related expenses than men, and so are adversely affected by limitations or non-coverage of services under UHC that are unique to women, such as for reproductive and maternal health,

Recognizing that primary health care, including immunization campaigns, is the most inclusive, effective and efficient approach to enhancing people's physical and mental health and well-being, and that such health care is also the cornerstone of a sustainable health system capable of UHC, and welcoming the intergovernmental commitment in the 2018 Declaration of Astana to strengthen primary health-care systems as an essential step towards achieving the SDGs,

Insisting on the importance of people-centred health services that are equitable, well-resourced, accessible, integrated and supported by a skilled workforce, as well as of patient safety and quality health care as core components of health-system governance in order to fully empower people to improve and protect their own health,

Noting the importance of continued commitment and progress towards the implementation of the WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030, as well as the implementation of the outcomes of the United Nations High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth in supporting human resource requirements as a building block for strong health systems and the foundation for achieving UHC,

Underlining the constitutional dimension of the right to health and the importance of allocating specific percentages and portions of national budgets to health, as a cornerstone to achieving comprehensive sustainable development,

Underlining also that investment in UHC is an investment in human capital that generates jobs, increases growth and reduces inequalities, including gender inequality, and recalling the importance of sustainable, adequate health funding,

Being mindful that progress towards UHC also requires the political, social, economic, environmental and climate determinants of health to be addressed,

Noting that the increasing number of complex emergencies is hindering the achievement of UHC, and that it is vital to ensure coordinated and inclusive approaches through national and international cooperation, following the humanitarian imperative and humanitarian principles to safeguard UHC in emergencies,

Expressing its concern at the increasing number of refugees around the world, taking into account that providing health care for refugees can be a great burden for host countries, some of which are hosting millions of them, and recognizing the responsibility of the international community to take solid steps in providing refugees with UHC,

Conscious of the connection between global health security and UHC, and of the need to continue delivering essential health care in emergency and fragile situations, especially as regards women in armed conflicts, and determined to take action to prevent epidemics and the spread of disease by advocating and supporting countries' compliance with the International Health Regulations (2005) and to ensure their respective strong core capacities in public health to prevent, detect and respond to public health risks, particularly during health emergencies,

Recognizing that the achievement of UHC is intrinsic to achieving healthy lives and well-being for all, at all ages, and that it requires strong and sustained political commitment at all levels,

1. *Reaffirms* that the devotion of maximum available resources to the progressive realization of UHC is possible and achievable for all countries even in challenging settings, and calls on parliaments and parliamentarians to take all applicable legal and policy measures in order to help their respective governments to achieve UHC by 2030 and to ensure quality, affordable and accessible health care;
2. *Urges* parliaments to put in place a robust legal framework for UHC, to ensure effective implementation of UHC legislation in reality, and to ensure that the right of everyone to public health and medical care is guaranteed for all in law and in practice, without discrimination;
3. *Also urges* States to work closely with their national parliament, supported by the IPU, to raise further awareness among parliaments and parliamentarians about UHC and fully engage them in the process, so as to sustain political support towards achieving UHC by 2030;
4. *Further urges* parliaments to work for UHC to be established henceforth as a feature of national development plans and policies, health being at once a prerequisite for and a factor in countries' sustainable development;
5. *Calls on* States to ensure that national health policies and programmes are gender-sensitive, results-based and consistent with international human rights standards, including the principles of respect for autonomy and informed consent, and are developed through an inclusive and participatory process, and urges parliaments to remove legal or other barriers preventing access to health services, including by strengthening primary health care and human resources, such as by supporting dual vocational training;
6. *Calls for* priority to be given to the availability, accessibility, affordability, acceptability and quality of health-care services, including essential services for women, children, adolescents and groups in vulnerable positions, particularly at the primary-health-care level, in particular by promoting policies that acknowledge and support the work of community health providers, most of whom are women, so that they can effectively provide essential health services, especially in rural areas;
7. *Encourages* States to implement prevention and education programmes to promote the health literacy of their citizens and to address behaviour-related health concerns, such as alcohol and tobacco use, occupational health and safety, obesity and sexually transmitted diseases;
8. *Urges* States – in order to meet a broad-based request from citizens to be accompanied towards the end of their lives in a dignified and as painless a manner as possible – to include palliative care and pain relief in their basic health-care services;
9. *Calls on* parliaments to strengthen health systems so as to reduce maternal, newborn, child and adolescent mortality and morbidity by strengthening sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health and nutrition services, promoting in particular breastfeeding, systematic immunization campaigns and early

childhood development interventions, as well as by providing information on and access to the broadest possible range of safe, effective, affordable and acceptable modern methods of family planning;

10. *Urges* parliaments to ensure that health-sector interventions for protecting sexual and reproductive health and rights, especially for adolescents, are combined with promotive, early detection, preventive and educational measures in other sectors, in particular with respect to promoting gender equality and combating child, early and forced marriage, early and unintended pregnancies, and gender-based violence, including female genital mutilation or other forms of gender-based violence;
11. *Also urges* parliaments to respond to the specific health needs of women and girls, including awareness, prevention and early detection of cervical cancer, breast cancer and HIV-AIDS; provision of support and services to young girls during puberty; as well as adequate support and services to survivors of gender-based violence;
12. *Calls on* parliaments to ensure that national policies to implement UHC address malnutrition in all its forms, with special attention to the nutritional needs of adolescent girls, pregnant and lactating women and children during the first 1,000 days;
13. *Also calls on* parliaments to promote and foster access to essential, affordable, safe, effective and good-quality medicines, medical devices, contraceptives, vaccines, diagnostics and other technologies, without discrimination, to combat counterfeit and falsified medicines, and to support innovation, research and development in medicines and vaccines for communicable and non-communicable diseases;
14. *Urges* parliaments to promote the immunization programmes of their respective governments, as the most effective preventive measure against infectious diseases, and to enact measures that will tighten patient safety regulations during the clinical testing of new vaccines to allay public fears of vaccination;
15. *Underlines* the need for early diagnosis, support, accessible and quality health information and affordable health services for people living with disabilities or chronic physical and mental health conditions, and for efforts to empower and include them to be scaled up;
16. *Encourages* a partnership-based approach to achieving UHC on a whole-of-government and whole-of-society basis, and invites parliaments to raise public awareness of UHC and engage communities and all relevant stakeholders in the development of plans and strategies that respond to their realities;
17. *Underlines* the need for a systematic approach to issues of gender, equity and human rights in health budgeting and planning and health-related decision-making processes, the informed participation of individuals and communities, particularly women, and health information systems which generate reliable evidence on health needs to ensure sound policy choices;
18. *Urges* parliaments to insist on the establishment of robust national indicators and disaggregated data for measuring progress on UHC, and calls for regular reporting and accurate use of disaggregated data to remove gender-based discrimination in the implementation of UHC;
19. *Calls on* parliaments to consider the Addis Ababa Action Agenda on Financing for Development and to allocate adequate domestic resources for the progressive realization of UHC through sustainable health financing, including through increased budgets where needed, as well as through measures to promote efficiency, equity, quality, cost containment and a stable basis for funding, mindful of the nominal minimum target for domestic resources identified by WHO as equivalent to 5 per cent of GDP;
20. *Urges* States to allocate more resources for the recruitment of new doctors and health-care staff, undertaking positive action in the relevant international forums aimed at easing the overly hard budget constraints implemented during the past decade;

21. *Calls on* parliaments to ensure that training for human resources is on a par with the reliability of health facilities' equipment in order to bridge the gap sometimes observed between human resources and adequate health infrastructure;
22. *Also calls on* parliaments to ensure financial protection in order to reduce out-of-pocket payments for health services and to eliminate financial barriers that prevent access to health;
23. *Requests* parliaments in developed countries providing official development assistance to work towards increasing their country's assistance for health, including for research and development, while reminding developed countries of their commitment according to the United Nations General Assembly Resolution to contribute at least 0.7 percent of their GDI to official development assistance, and urges parliaments to ensure that governments and international funding partners align their financial support with health systems, plans and priorities designed to achieve UHC in recipient countries;
24. *Calls on* parliaments to use all generic parliamentary functions to hold their respective national governments accountable for the effective implementation of their UHC commitments, monitor the impact of UHC policies and programmes, and encourage governments to take corrective action where necessary, and urges parliaments to establish mechanisms to follow up on the implementation of this resolution;
25. *Underlines* the transformational potential of technology-based health innovations and new models of health care to accelerate progress towards achieving UHC, especially in low- and middle-income countries;
26. *Calls on* public authorities, especially health institutions, to observe strict ethical standards of care and, along with other national and international entities, to ensure continued health-care services and treatment for victims of armed conflict, fragile contexts, or health and other emergencies, such as natural disasters;
27. *Strongly urges* States and all parties to armed conflict to ensure health care and to develop effective measures to prevent and address acts of violence, attacks and threats against medical personnel and humanitarian personnel exclusively engaged in medical duties, their means of transport and equipment, as well as health centres, hospitals and other medical facilities and also schools and training centres in armed conflict, in accordance with the Geneva Conventions and their Additional Protocols and United Nations Security Council resolution 2286 on the protection of health care in armed conflict, bearing in mind that such attacks render efforts to build up health systems impossible;
28. *Calls on* the relevant authorities of the international community to create an effective mechanism for all countries to share the joint responsibility of providing refugees with adequate health services and achieving UHC for refugees wherever possible;
29. *Also calls on* parliaments to take all possible measures to ensure global health security by preventing the spread of diseases and other public health events, particularly through systematic immunization campaigns, as well as strengthening surveillance and response systems, and to advocate for the implementation of the International Health Regulations (2005) and for the allocation of appropriate resources to meet countries' obligations and address critical gaps in their respective public-health core capacities to prevent, detect and respond to public health risks;
30. *Urges* that antibiotic resistance be included as a global indicator or an intermediate goal in the SDGs, recognizing that antimicrobial resistance (AMR) is a serious and pressing global health threat and that measures designed to counteract antibiotic resistance are an important aspect of protection against threats to human health and of ensuring access to necessary medicines, calls for full implementation of the Interagency Coordination Group recommendations, and calls on the Tripartite agencies and the United Nations Environment Programme to step up their work on AMR, especially to support countries to implement their national action plans;

31. *Also urges* parliaments to address the political, social, economic, environmental and climate determinants of health as enablers and prerequisites for sustainable development, and to promote a multisectoral approach to health;
32. *Requests* parliaments to facilitate and support the learning and sharing of UHC experiences, best practices, challenges and lessons learned across IPU Member Parliaments and their parliamentarians;
33. *Also requests* the agencies of the United Nations system, in particular WHO, to provide countries with coordinated, multifaceted support aimed at achieving UHC, to collaborate in monitoring the achievement of UHC, considering WHO's mandate to evaluate health indicators, and to boost the capacity of parliaments and parliamentarians to develop and monitor national UHC policies through the establishment of strong, learning health-care systems;
34. *Further requests* parliaments and parliamentarians to work for States' implementation of the recommendations of the meetings on achieving UHC, particularly those of the United Nations High-Level Meeting on universal health coverage held in September 2019, and calls on the IPU to provide its Members with all the tools required for the follow-up and evaluation of those recommendations.



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

التغطية الصحية الشاملة والإنصاف: هل يسيران جنباً إلى جنب دائماً؟

ورشة عمل افتراضية

26 تشرين الأول/أكتوبر 2021

العمل البرلماني بشأن التغطية الصحية الشاملة في أوقات كوفيد-19

مرفق رقم 2



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

العمل البرلماني بشأن التغطية الصحية الشاملة في أوقات كوفيد- 19

تنفيذ قرار الاتحاد البرلماني الدولي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030:

دور البرلمانات في ضمان الحق في الصحة

قرار الاتحاد البرلماني الدولي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030: دور البرلمانات في ضمان الحق في الصحة تم اعتماده في تشرين الأول/ أكتوبر 2019 ويوفر خارطة طريق للبرلمانات لتسريع التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة (UHC). هذا هو التقرير الأول عن العمل البرلماني بشأن التغطية الصحية الشاملة وفقاً للقرار. ويستعرض التجارب الوطنية المختلفة ويحدد الدروس المستفادة والتحديات في تنفيذ القرار. ضمن اطار جائحة كوفيد- 19، يوثق التقرير كيف تشكل الجائحة العمل البرلماني بشأن التغطية الصحية الشاملة. تماشياً مع التزام الاتحاد البرلماني الدولي الطويل الأمد بصحة النساء والأطفال والمراهقين، حيث يتم إيلاء اهتمام خاص بهذه المجموعات.

1. المقدمة

1.1. السياق والخلفية

تم اعتماد قرار تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030: دور البرلمانات في ضمان الحق في الصحة في الجمعية العامة الـ 141 للاتحاد البرلماني الدولي في تشرين الأول/ أكتوبر 2019. وهو أول قرار برلماني عالمي بشأن التغطية الصحية الشاملة ويدعو البرلمانات إلى اتخاذ إجراءات محددة من حيث التشريع وتخصيص الموازنة والمساءلة والدعوة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. تؤكد التغطية الصحية الشاملة على حق كل شخص في الوصول المتساوي إلى الخدمات الصحية الجيدة كما هو مطلوب، دون التسبب بضائقة مالية.



كان قرار التغطية الصحية الشاملة بمثابة تقدم طبيعي، بناءً على الأثر الإيجابي الذي لوحظ من عمل الاتحاد البرلماني الدولي المرتبط بقراره التاريخي لعام 2012، الوصول إلى الصحة كحق أساسي: دور البرلمانات في معالجة التحديات الرئيسية لتأمين صحة النساء والأطفال، والإضافة اللاحقة لعام 2017. تلعب البرلمانات دوراً حيوياً في النهوض بالتغطية الصحية الشاملة والنتائج الصحية الإيجابية، لا سيما أثناء تحديات الجائحة العالمية.

يتطلب تنفيذ قرار التغطية الصحية الشاملة تركيزاً خاصاً على العوائق التي تحول دون الوصول إلى الرعاية الصحية والتحديات التي تواجه الفئات الضعيفة والمهمشة. يجب النظر فيه بشكل مشترك مع قرار الاتحاد البرلماني الدولي للعام 2012 والإضافة الملحقه به للعام 2017. وتُحذر الإشارة أيضاً إلى أن الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل هي أحد المؤشرات الرئيسة لقياس تنفيذ التغطية الصحية الشاملة.

يمكن استخدام نماذج أو نُهج مختلفة للتنفيذ الناجح للتغطية الصحية الشاملة بشرط الامتثال للمبادئ الأساسية للجودة والإنصاف والوصول الشامل إلى الخدمات الصحية اللازمة والحماية من المخاطر المالية. إن تحديد تمويل الرعاية الصحية أمر بالغ الأهمية لمعالجة هذه الحماية. مع استثناءات قليلة (مثل تايلاند، دولة نامية متوسطة الدخل)، كانت الأنظمة الممولة من القطاع العام تستند تاريخياً إلى الضرائب العامة أو المخصصة، وقد تم تبنيها من قبل عدد مختار من البلدان ذات الدخل المرتفع (مثل المملكة المتحدة ودول الشمال وإسبانيا وإيطاليا ونيوزيلندا). يتم أيضاً تنفيذ تمويل الرعاية الصحية بشكل شائع من خلال التعويض القانوني (كما هو الحال في أستراليا) أو التأمين الصحي الخاص (هولندا) أو مزيج من الاثنين (ألمانيا).

للبرلمانات دور هام في التمويل. ويرجع ذلك إلى النفوذ الذي تتمتع به من خلال وظائف تشريعية ورقابية وتخصيص موازنة محددة، فضلاً عن التأثير العام على الحكومة.

من المسلم به أنه قد تم إحراز تقدم عالمي في تحسين النتائج الصحية المختلفة، مثل خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة والرضع والأمهات. ومع ذلك، حتى قبل جائحة كوفيد-19، كان من الواضح أنه لا تزال هناك تحديات كبيرة. في العام 2017، توفي ما يقدر بنحو 295000 امرأة (808 امرأة يومياً) بسبب المضاعفات الناجمة عن الحمل والولادة. كان من الممكن الوقاية من جميع هذه الوفيات تقريباً وحدث معظمها في ظل ظروف ضعف الموارد. كما تظل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مشكلة كبيرة في إفريقيا، حيث كان المعدل أعلى بثماني مرات من المنطقة الأوروبية في العام 2018.¹

¹ منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمهات (2019): www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.

لا يزال ما لا يقل عن نصف سكان العالم يفتقر إلى التغطية الكاملة للخدمات الصحية الأساسية، ويُدفع حوالي 100 مليون شخص إلى الفقر المدقع من خلال الاضطرار إلى دفع تكاليف الرعاية الصحية. لا يزال يتأثر متوسط العمر المتوقع بشدة بالدخل والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى المترابطة. وفقاً للرعاية الصحية الأولية على الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة (تقرير المرصد العالمي لمنظمة الصحة العالمية (WHO) للعام 2019)، بينما كان التقدم أكبر في البلدان منخفضة الدخل، فإن أفقر البلدان والبلدان المتضررة من النزاعات بشكل عام متخلفة كثيراً عن الركب. في العام 2017، كانت أكبر المجموعات السكانية التي تفتقر إلى التغطية بالخدمات الصحية الأساسية في البلدان المتوسطة الدخل. أشار تقرير 2019 (قبل جائحة كوفيد-19) بالفعل إلى أن الوتيرة الحالية للتقدم ستجعل من المستحيل تحقيق هدف التنمية المستدامة المتمثل في التغطية الصحية الشاملة للجميع بحلول العام 2030.

على الرغم من الثغرات الموجودة في البيانات، توضح الاتجاهات التي بدأت في الظهور التأثير غير المباشر والمحتمل على المدى الطويل للجائحة على الصحة العامة. سيؤدي هذا إلى انتكاس التقدم الذي تم إحرازه بالفعل نحو التغطية الصحية الشاملة. وعلى وجه الخصوص، فقد تأثرت النساء والفتيات والمراهقين والأطفال بشكل غير متناسب من خلال تعطيل الخدمات الصحية الأساسية، بما في ذلك برامج الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والتحصين. وتشمل العواقب المحتملة زيادة معدلات وفيات الأطفال والأمهات، والحمل غير المقصود بين البالغين والمراهقين، وزيادة التعرض لمجموعة من الأمراض المعدية وغير المعدية (NCD).

تم بالفعل توثيق الآثار الثانوية العكسية على صحة الأم والطفل المرتبطة بطوارئ الصحة العامة من خلال وباء الإيبولا في غرب إفريقيا (2014-2016). فاق عدد وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة والمواليد المتوتري الناجمين بشكل غير مباشر عن الوباء عدد الوفيات المرتبطة مباشرة بالإيبولا. في ذلك الوقت، انخفض استخدام خدمات الرعاية الصحية الإنجابية والأمومية. كان هذا بسبب حرمان النساء من الرعاية من قبل مقدمي الرعاية الصحية، أو تجنب المرافق بسبب مخاوف من الإصابة أو زيادة العقبات المالية.²

² ل. سوتشاس أ. أ. شانون و س. نام، "إحصاء الوفيات غير المباشرة المرتبطة بالأزمة في سياق نظام صحي منخفض القدرة على الصمود: حالة صحة الأم والوليد أثناء وباء الإيبولا في سيراليون"، السياسة الصحية والتخطيط، 32 (ملحق 3) (2017)، 39-iii-32. انظر أيضاً، مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية - غرب ووسط إفريقيا، الأثر الاجتماعي والاقتصادي لمرض فيروس الإيبولا في بلدان غرب إفريقيا: دعوة للاحتواء والتعافي والوقاية على الصعيدين الوطني والإقليمي (2015): www.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/ebola-west-africa.pdf، ص 24 و



في حين أن هناك ضغطاً أكبر بكثير على البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، لا تزال هناك تحديات تواجه البلدان ذات الدخل المرتفع، لا سيما فيما يتعلق بالإنصاف الصحي. وتشمل هذه البلدان المعترف بأنها قد حققت منذ فترة طويلة تغطية صحية متقدمة (مثل كندا وألمانيا وسنغافورة والمملكة المتحدة)، حيث تعني الثغرات في التغطية والمساواة الصحية أن الوباء له تأثير غير متناسب على الفئات الضعيفة والمهمشة، مثل الأقليات العرقية، والسكان الأصليين، والعمال المهاجرين، وكبار السن، والنساء، الأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة. يسهم عدد من العوامل في هذه التفاوتات، بما في ذلك المهنة وظروف المعيشة وبلد الميلاد والوصول إلى الرعاية الصحية.

علاوة على ذلك، تشير الدلائل إلى أن البلدان من جميع فئات الدخل بحاجة إلى معالجة الجوانب الأخرى للحماية من المخاطر المالية. على سبيل المثال، أشارت الحماية المالية في الصحة (تقرير المرصد العالمي لمنظمة الصحة العالمية/ البنك الدولي للعام 2019) إلى أن الأدلة المستمدة من المنطقة الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية ومنطقة جنوب شرق آسيا والبلدان المختارة، ومعظمها في القارة الإفريقية، تشير إلى أن الإنفاق الشخصي على الأدوية سبب رئيسي للإنفاق الصحي الكارثي والفقير.

2.1. إطار المساءلة

تلعب التغطية الصحية الشاملة والحق في الصحة دوراً مركزياً في دفع خطط الصحة الوطنية وتنفيذ أهداف التنمية المستدامة (SDGs). لذلك تم وضع إطار مساءلة مفصل، مع قيام الفريق الاستشاري المعني بالصحة التابع للاتحاد البرلماني الدولي بدور جهة التنسيق. الهدف من هذا الإطار هو تعزيز ومراجعة تنفيذ قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك تسهيل تبادل أفضل الممارسات بين البرلمانات. تتضمن إحدى آليات إطار العمل تقريراً سنوياً يلخص الإجراءات والأنشطة البرلمانية بشأن التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك تلك المتعلقة بالتشريعات والرقابة وعمل الموازنة والتشاور العام وزيادة الوعي.

تم إعداد هذا التقرير بالاعتماد على المعلومات التي قدمتها البرلمانات الأعضاء من خلال: عملية الإبلاغ السنوية للعام 2020؛ ندوة الاتحاد البرلماني الدولي عبر الانترنت حول التغطية الصحية الشاملة في أوقات كوفيد-19 - أفضل الممارسات والتحديات البرلمانية (17 تشرين الثاني/ نوفمبر 2020)؛ ومساهمات أخرى من خلال عمليات الاتحاد البرلماني الدولي الأخرى. وكانت قد وردت معلومات من 22 برلماناً،

وحضر ما يقرب من 100 مشارك من 36 دولة الندوة عبر الإنترنت. تقتصر اختصاصات هذا الملخص السنوي على توثيق العمل البرلماني فقط منذ اعتماد قرار الاتحاد البرلماني الدولي. لذلك لا يمكن الإبلاغ عن العمل قبل هذه الفترة. ولسوء الحظ، فقد استبعد هذا بضع حالات من العمل البرلماني الإيجابي حيث تم سنّ قوانين رئيسة متعلقة بالتغطية الصحية الشاملة في الفترة التي سبقت اعتماد القرار. ومع ذلك، فإن هذه التقارير الواردة من البرلمانات الوطنية ستظل توجه الأعمال الأخرى التي تقوم بها الأمانة العامة للاتحاد البرلماني الدولي والفريق الاستشاري المعني بالصحة التابع للاتحاد البرلماني الدولي.

شكلت جائحة كوفيد-19 تحديات أمام الأنشطة البرلمانية وقدرة الأمانة العامة للاتحاد البرلماني الدولي على الوصول إلى تقارير البرلمانات الأعضاء. لذلك كان من الضروري استكمال هذه التقارير بمعلومات عن الأنشطة البرلمانية التي تم الحصول عليها من خلال البحث المكتبي من المواقع الإلكترونية الرسمية للبرلمانات الأعضاء وبيانات من الشركاء الدوليين، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية وحركة التغطية الصحية الشاملة 2030.

شكل التأثير المدمر لجائحة كوفيد-19 تحديات كبيرة للوظائف البرلمانية العادية، بما في ذلك:

- القيود العملية على أنشطة العديد من البرلمانات الوطنية من خلال متطلبات التباعد الاجتماعي.
- القيود القانونية أو الدستورية على الحركة بسبب تشريعات الطوارئ أو الكوارث.
- توسيع السلطة التنفيذية والسلطات (بما في ذلك السلطة التشريعية في بعض الحالات) من خلال تشريعات الطوارئ أو الكوارث التي، في ظل الظروف العادية، لم يكن مسموحاً بها دون إشراف أو موافقة برلمانية؛
- تأخر أو إعادة تنظيم الجداول التشريعية والبرلمانية التي حدّت من الوظائف التشريعية والرقابية.
- تعطيل التفاعل البرلماني مع الجمهور أو أصحاب المصلحة أو الدوائر الانتخابية مما أعاق عملية التشاور العام والمساءلة.

2. العمل البرلماني الوطني بشأن التغطية الصحية الشاملة

2.1. التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي

البند 29 من قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)



يدعو البرلمان أيضاً إلى اتخاذ جميع التدابير الممكنة لضمان الأمن الصحي العالمي عن طريق منع انتشار الأمراض وأحداث الصحة العامة الأخرى، لا سيما من خلال حملات التحصين المنتظمة، فضلاً عن تعزيز أنظمة المراقبة والاستجابة، والدعوة إلى تطبيق اللوائح الصحية الدولية (2005) وإلى تخصيص الموارد المناسبة للوفاء بالتزامات البلدان ومعالجة الثغرات الحرجة في القدرات الأساسية للصحة العامة لكل منها للوقاية من مخاطر الصحة العامة وكشفها والاستجابة لها

واعتراضاً بالصلة بين الأمن الصحي العالمي والتغطية الصحية الشاملة، يتضمن البند 29 من قرار الاتحاد البرلماني الدولي للعام 2019 أحكاماً مفصلة بشأن دور البرلمان في الاستجابة لحالات الطوارئ الصحية العامة أو أحداث الصحة العامة الحادة، مثل تفشي الأمراض أو الكوارث الطبيعية. يرتبط الأمن الصحي بالحاجة إلى أنظمة صحية عامة قوية ومرنة يمكنها منع حالات الطوارئ الصحية واسعة النطاق والكشف عنها والاستجابة لها.

عادةً ما تكون قضايا الأمن الصحي والطوارئ الصحية مقتصرة جغرافياً على بلدان أو مناطق معينة كانت عرضة للكوارث الطبيعية وتفشي الأمراض أو حالات الطوارئ الإنسانية. وينعكس ذلك في حقيقة أنه في العام 2018، قدم صندوق الطوارئ التابع لمنظمة الصحة العالمية 37.5 مليون دولار أمريكي للاستجابة لـ 28 حالة طوارئ صحية، بما في ذلك: تفشي فيروس إيبولا في جمهورية الكونغو الديمقراطية (DRC)؛ وأكبر تفشي لحمى لاسا مسجل في نيجيريا؛ ودعم الاستجابة للزلازل في بابوا غينيا الجديدة.³ ومع ذلك، فقد أظهرت جائحة كوفيد-19 أن الأمن الصحي وثيق الصلة عالمياً كمبدأ وجزء لا يتجزأ من التغطية الصحية الشاملة.

أولاً) تعطيل الخدمات الأساسية ونكسات التغطية الصحية الشاملة

لقد عكست الجائحة مسار العديد من مكاسب التنمية التي تحققت على مدى السنوات الـ 25 الماضية، لا سيما في مجال الصحة والتغطية الصحية الشاملة. وقد تأكد ذلك في تقارير برلمانات بنغلادش والجمهورية العربية السورية وجمهورية الكونغو الديمقراطية، حيث أعادت البرلمانات تأكيد التزامها بالتغطية الصحية الشاملة، ولكنها لاحظت أيضاً انتكاسات مختلفة لمبادراتها الوطنية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة.

³ منظمة الصحة العالمية، نشرة منظمة الصحة العالمية، المجلد 97، العدد 4 (نيسان/ أبريل 2019)، 248-249.

www.who.int/bulletin/volumes/97/4/en/



- كان التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة قد بدأ بالفعل في بنغلادش قبل انتشار الجائحة. مع ذلك، ومنذ ذلك الحين، تم تحويل العديد من الموارد الصحية بعيداً عن الخدمات الصحية الأساسية نحو الاستجابة للجائحة. أدى ذلك إلى زيادة المخاطر الصحية للمرضى الذين يعانون من الأمراض غير المعدية (مثل أمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي والسرطان والسكري)، والتي تشكل أمراضاً مصاحبة إذا أصيب هؤلاء المرضى بكوفيد-19. على الرغم من هذه التحديات، ولتوضيح التزامه المستمر، يقوم برلمان بنغلادش بإنشاء منتدى حول التغطية الصحية الشاملة.
- كان التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة في الجمهورية العربية السورية حتى قبل انتشار جائحة كوفيد-19، مقيداً بالفعل بسبب تدمير البنية التحتية للصحة العامة بعد سنوات عديدة من الحرب الدائرة. لقد استنفدت الاستجابة الوبائية الآن موازنة الصحة الوطنية وتعطلت الخدمات الصحية الأساسية الأخرى، مثل برامج التحصين للأطفال، والرعاية قبل الولادة للأمهات الحوامل وبعد الولادة. ومع ذلك، فإن البرلمان السوري مثابر، وقد ركز وظائفه الرقابية على استجابة الحكومة للجائحة، بما في ذلك استراتيجيات الوقاية للسلطة التنفيذية وإعداد مرافق الرعاية الصحية.
- شاركت جمهورية الكونغو الديمقراطية بشكل نشط في التحرك نحو التغطية الصحية الشاملة، حيث أطلقت حكومتها خطة التغطية الصحية الشاملة في شباط/فبراير 2020. ومع ذلك، تباطأ هذا الزخم بسبب الجائحة. وتعطلت الخدمات الصحية الأساسية، بما في ذلك علاج مرض السكري وارتفاع ضغط الدم والملاريا والأمراض المنقولة بالمياه. وقد أعيق وصول المجتمعات الضعيفة والمهمشة إلى الرعاية الصحية، حيث أدت المعلومات الخاطئة إلى تجنب الخدمات الصحية خوفاً من الإصابة بكوفيد-19.

ثانياً) تعزيز القدرة على الصمود ضد الأوبئة من خلال الاستثمار في التغطية الصحية الشاملة

يمكن للاستثمارات في الرعاية الصحية الأولية ووظائف الصحة العامة: تمكين بلد ما من بناء نظام صحي مرن قادر على الاستمرار في تزويد شعبه بالخدمات الصحية التي يحتاج إليها؛ وتمكين الاستجابة بشكل أفضل لأحداث الصحة العامة الكبرى أو حالات الطوارئ أو تهديدات الأمن الصحي. يفترض هذا تنفيذ نماذج التغطية الصحية الشاملة التي تركز على نفس القضايا التي تؤكد عليها مبادرات الأمن الصحي: الوقاية والتدخلات المبكرة وأنظمة التأهب والمراقبة. يسهم التقدم العام في الرعاية الصحية الأولية والتغطية الصحية الشاملة أيضاً في بناء الثقة العامة، مما يسهل التعاون العام والاستجابات السلوكية المناسبة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والأمن الصحي.

ووردت تقارير في هذا الصدد من برلماني تايلند وترينيداد وتوباغو.

- منذ العام 2002، نفذت تايلاند خطة التغطية الصحية الشاملة الممولة من القطاع العام. ومع ذلك، فإن إصلاحات واستثمارات الرعاية الصحية الأولية الكبيرة التي تعود إلى السبعينيات قد أسفرت أيضاً عن نتائج صحية إيجابية. في العام 2017، سجلت تايلاند 80 نقطة من أصل 100 في مؤشر منظمة الصحة العالمية لقياس تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة.⁴ وظلت معدلات العدوى والوفيات المرتبطة بكوفيد منخفضة في تايلاند، مع ارتفاع معدلات الشفاء، على الرغم من أن أول حالة معروفة لانتقال كوفيد-19 خارج الصين تم تأكيدها في تايلاند في كانون الثاني/يناير 2020. تم تنفيذ استراتيجية الأمن الصحي في تايلاند على وجه السرعة وتشمل تدابير مثل تتبع الاتصال والحجر الصحي أو العزل الذاتي عند الاقتضاء، وإدخال المرضى الذين يعانون من أعراض خطيرة إلى المستشفى. يمكن لتايلاند أيضاً استخدام نظام الرعاية الصحية الأولية على مستوى المجتمع المحلي (مثل متطوعي الصحة القرويين) للمراقبة الصحية وتبادل المعلومات وتعزيز السلوك الوقائي.
- استجابةً للجائحة، أنشأت ترينيداد وتوباغو نظاماً "موازياً" للرعاية الصحية العامة، بـ 400 سرير مرضى كوفيد-19. تمت تغطية ذلك في إطار الموازنة الصحية العادية الممولة من ضريبة الدخل العامة، دون الحاجة إلى زيادة مخصصات الموازنة الصحية السنوية. يعد الاختبار والعلاج جزءاً من خدمات الرعاية الصحية العامة المجانية القياسية المقدمة للجميع في ترينيداد وتوباغو. استمر تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية دون عوائق. وظلت معدلات الإصابة والوفيات المرتبطة بكوفيد منخفضة.

قارنت الجمعية التشريعية لشرق إفريقيا (EALA) استجابة رواندا للدول الشريكة الأخرى في شرق إفريقيا، وانعكست في الكيفية التي كانت بها رواندا أكثر قدرة على الاستجابة وعلى إدارة تأثير الجائحة.

⁴ يقيس مؤشر منظمة الصحة العالمية تغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة بين عامة الجمهور والمجتمعات الأكثر حرماناً. ويستند إلى 14 مؤشر تتبع تتعلق بأربع فئات من الخدمات الأساسية: الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل؛ الأمراض المعدية؛ الأمراض غير المعدية. والقدرة على الخدمة والوصول إليها.

منظمة الصحة العالمية، مخزن بيانات مرصد الصحة العالمية:

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGE>.



- منذ أول حالة مؤكدة لكوفيد-19 في آذار/مارس 2020، نفذت رواندا وبنجاح مجموعة متنوعة من تدابير الأمن الصحي، بما في ذلك الإغلاق بشكل جزئي وعلى مستوى البلاد، وتتبع الاتصال، والاختبار المجاني، ومراكز العلاج المخصصة والتثقيف العام حول الوقاية. ونتيجة لذلك (وبغض النظر عن وضعها كدولة منخفضة الدخل)، تمكنت رواندا من الحفاظ على معدلات منخفضة للعدوى والوفيات المرتبطة بكوفيد. والجدير بالذكر أن رواندا بدأت في تنفيذ نظام تأمين صحي مجتمعي في الفترة 1999-2000 كجزء من تنفيذ خطة التغطية الصحية الشاملة. وقد ساهم ذلك في تحسين المؤشرات الصحية المختلفة، بما في ذلك زيادة معدلات تغطية التحصين من 30 بالمئة إلى 94 بالمئة بين عامي 1995 و 2015. على الرغم من استمرار العديد من التحديات الصحية والتنمية، فتقدم رواندا نحو التغطية الصحية الشاملة قد أدى بالفعل إلى نتائج صحية إيجابية، ووضع الأسس لزيادة ثقة الجمهور في نظام الصحة العامة. وهذا بدوره يتيح مزيداً من التعاون العام مع مبادرات الأمن الصحي والوقاية الصحية العامة المنفذة على المستوى الوطني وداخل المجتمعات.

ثالثاً) الرقابة والمساءلة

تُظهر المعلومات التي تم جمعها من خلال حملة الاتحاد البرلماني الدولي "البرلمانات في زمن الجائحة" أن معظم البرلمانات الأعضاء في الاتحاد البرلماني الدولي كانت نشطة وتشارك في جميع العمليات والاستجابات الوطنية للجائحة. وقد دعيت إلى تنفيذ مجموعة من العمليات البرلمانية غير العادية لدعم حكوماتها ووزارات الصحة فيها. وقد تضمن ذلك سن تشريعات خاصة بالكوارث أو الطوارئ، والموافقة على تمويل الطوارئ الصحية العامة ومخصصات الموازنة، وممارسة الرقابة. ومع ذلك، كان مدى قدرة البرلمانات على الدفاع بفعالية وممارسة صلاحياتها الرقابية متغيراً بدرجة كبيرة. لقد تجاوز المسؤولون التنفيذيون أحياناً البرلمانات تماماً عند اعتماد تشريعات الصحة الطارئة وتنفيذها، بما فيها عندما ينطوي ذلك على قرارات بشأن استمرار تقديم الخدمات الصحية الأساسية أو تعليقها. على سبيل المثال، واجه برلمان جنوب إفريقيا بعض التحديات حول الإشراف على الإنفاق العام على الاستجابة للجائحة. ولكن في ملاحظة أكثر إيجابية، عكست الدراسة الاستقصائية والندوة عبر الإنترنت التي قام بها الاتحاد البرلماني الدولي الخطوات النشطة التي اتخذتها البرلمانات المختلفة لإضفاء الطابع الرسمي على اللجان أو الهيكل أو العمليات الأخرى وتأسيسها لضمان الإشراف والمساءلة على استجابة مسؤوليها التنفيذيين للجائحة، بما في ذلك في كندا وغامبيا ورومانيا وتايواند.



كشفت الندوة عبر الإنترنت عن تركيز قوي على الحاجة إلى نهج تعاونية في الاستجابة للجائحة والتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة ككل. وقد يستلزم ذلك تعاوناً برلمانياً عبر الأقسام السياسية الحزبية، ودعم الحكومات عند الاقتضاء، ومشاركة وإدماج المجتمع المدني والجمهور العام في تطوير البرامج المتوافقة مع التغطية الصحية الشاملة. تتماشى هذه المقاربات مع البند 16 من قرار التغطية الصحية الشاملة للعام 2019، الذي يدعو إلى نهج قائم على الشراكة على أساس شامل للحكومة وللمجتمع بأسره.

2.2. الحالة العامة للالتزام بالتغطية الصحية الشاملة

البند 1، قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يؤكد من جديد أن تكريس أقصى قدر من الموارد المتاحة للتحقيق التدريجي للتغطية الصحية الشاملة أمر ممكن وقابل للتحقيق لجميع البلدان حتى في الظروف الصعبة، ويدعو البرلمانات والبرلمانيين إلى اتخاذ جميع التدابير القانونية والسياسية المعمول بها من أجل مساعدة حكوماتهم على تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030 وضمان رعاية صحية عالية الجودة وبأسعار معقولة ويمكن الوصول إليها

يحدد البند 1 من قرار التغطية الصحية الشاملة للعام 2019 الصادر عن الاتحاد البرلماني الدولي المبادئ الأساسية العريضة للتغطية الصحية الشاملة. كما يدعو جميع البرلمانات إلى النهوض بالتغطية الصحية الشاملة من خلال سنّ قوانين التغطية الصحية الشاملة المختلفة وضمان تنفيذها. الأحكام المتبقية في القرار هي دليل أكثر تفصيلاً لنوع ونطاق القوانين المطلوبة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في نهاية المطاف.

اعتمد عدد من البرلمانات قراراته الخاصة أو حتى سن تشريعات بشأن التغطية الصحية الشاملة منذ اعتماد قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة والإعلان السياسي للعام 2019 لاجتماع الأمم المتحدة رفيع المستوى بشأن التغطية الصحية الشاملة.

في شباط/فبراير 2020، اعتمد كونجرس ولايات ميكرونيزيا الموحدة قراراً يعلن فيه أن هدفه هو "الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030" ودعا الرئيس إلى "اتخاذ تدابير لتحقيق هذا الهدف". أحرزت ولايات ميكرونيزيا الموحدة تقدماً في تقديم الرعاية الصحية الأولية للقطاعات الريفية والنائية والضعيفة

من سكاكها المشتتين⁵. على الرغم من أن الكونجرس لم يسن تشريعات التغطية الصحية الشاملة حتى الآن⁶، فإن القرار يمثل خطوة أولية مهمة. ومن المأمول أن يشير إلى مزيد من الإجراءات البرلمانية الملموسة بشأن التغطية الصحية الشاملة، لا سيما الإجراءات التشريعية.

قدمت ممارسة الاتحاد البرلماني الدولي للعام 2020 في الإبلاغ معلومات عن مبادرتين واعدتين تتضمنان مشروع تشريع التغطية الصحية الشاملة. كانت الجمعية الوطنية في بنين تدرس مشروع قانون بشأن الحق في الصحة، والذي تم اعتماده في كانون الأول/ ديسمبر 2020؛ وتناقش لجنة الصحة التابعة للجمعية التشريعية في السلفادور مشروع قانون بشأن نظام صحي وطني متكامل.

بما أن بنين ليس لديها حالياً تشريعات بشأن التغطية الصحية الشاملة⁷، فإن الأسر الفردية توفر معظم التمويل الصحي. مؤشرات الوفيات والاصابة بالأمراض مرتفعة نسبياً⁸. يعكس القانون الجديد إمكانية تعزيز هدف بنين المتمثل في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، لا سيما عندما يقترن بمبادرات حكومة بنين لتجربة مشروع تأمين صحي إلزامي⁹.

على النقيض من ذلك، لدى السلفادور بالفعل تشريعات متعلقة بالتغطية الصحية الشاملة. وتشمل توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية المجانية ونظام التأمين الصحي الممول من القطاع العام. ومع ذلك، فإن البلاد تواجه تحديات خطيرة في تلبية احتياجات الجمهور بسبب نقص الإمدادات والعمالة، والعبء المتزايد من الأمراض غير المعدية¹⁰. ويهدف مشروع القانون الذي ينظر فيه المجلس التشريعي إلى تنظيم جودة الرعاية في المستشفيات العامة والمرافق الأخرى، ولضمان تغطية عادلة وفي الوقت المناسب.

⁵ منظمة الصحة العالمية، التقرير السنوي لشراكة التغطية الصحية الشاملة لعام 2019. في الممارسة العملية: الربط بين الالتزامات العالمية والعمل القطري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (جنيف، 2020): www.uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2020/11/UHC-annual-report-2019_V23_WEB_SINGLE.pdf. p. 12.

⁶ بوابة بيانات التغطية الصحية الشاملة www.uhc2030.org/what-we-do/knowledge-and-networks/uhc-data-portal/.

⁷ المرجع السابق نفسه

⁸ منظمة الصحة العالمية، بنين: لمحة عن استراتيجية التعاون القطري (2009):

www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/Benin-ccsbrief-en.pdf

⁹ منظمة الصحة العالمية، نشرة منظمة الصحة العالمية، المجلد 97، العدد 9 (تموز/ يوليو 2019): www.who.int/bulletin/volumes/97/9/18-222638/en/.

¹⁰ منظمة الصحة العالمية، التحالف العالمي للقوى العاملة الصحية: الاستجابات القطرية – السلفادور: www.who.int/workforcealliance/countries/slv/en/.



في تقريره التجميعي للعام 2020، حالة الالتزام بالتغطية الصحية الشاملة، دعت حركة التغطية الصحية الشاملة 2030 جميع الحكومات إلى الالتزام بأهداف التغطية الصحية الشاملة الوطنية وإبلاغها لجميع أصحاب المصلحة. يشير تقرير حركة التغطية الصحية الشاملة 2020 إلى أنه على الرغم من التزاماتها العالمية الحالية، فإن عدداً قليلاً جداً من الحكومات تقدم أهدافاً واضحة وقابلة للقياس للتغطية الصحية الشاملة في تقاريرها عن أهداف التنمية المستدامة من خلال المراجعات الوطنية الطوعية، أو في البيانات السياسية العالمية. إن عدم وجود أهداف واضحة يجعل المراقبة والمساءلة والتنفيذ أكثر صعوبة، خاصة إذا لم يكن هناك فهم مشترك لما تعنيه الالتزامات في الممارسة. سيكون للبرلمانيين على وجه الخصوص دور رئيس في ترجمة الالتزامات إلى قوانين تغطية صحية شاملة والإشراف على تنفيذها واعتماد الموازنات والتمويل الصحي المناسبين.¹¹

2.3. لا تُغفل أحداً- المساواة في الصحة والتميز

البند 2، قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يحث البرلمان على وضع إطار قانوني قوي للتغطية الصحية الشاملة، لضمان التنفيذ الفعال لتشريعات التغطية الصحية الشاملة في الواقع، ولضمان حق كل فرد في الصحة العامة والرعاية الطبية للجميع في القانون والممارسة، دون تمييز.

قدمت كندا رؤية مفيدة أوضحت تحديات الإنصاف، بما في ذلك بالنسبة للبلدان ذات الدخل المرتفع التي لها تاريخ طويل من التغطية الصحية الشاملة المتقدمة. في العام 2017، سجلت كندا 89 نقطة من أصل 100 على مؤشر منظمة الصحة العالمية لتغطية خدمات التغطية الصحية الشاملة.¹² ومع ذلك، قبل جائحة كوفيد-19، كانت الاستفسارات حول ثغرات التغطية المختلفة في نظام الرعاية الصحية العامة الكندي جارية بالفعل.

¹¹ حركة التغطية الصحية الشاملة 2030، حالة الالتزام بالتغطية الصحية الشاملة: تجميع، 2020 (2020):

www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/SoUHCC_synthesis_2020_final_web.pdf.p.30

¹² منظمة الصحة العالمية، مخزن بيانات مرصد الصحة العالمية:

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGER>



نظرت الاستفسارات في تفاوتات التغطية الصحية للمجتمعات الضعيفة، مثل السكان الأصليين، والمهاجرين واللاجئين، وكبار السن، والنساء، والأطفال، والأشخاص ذوي الإعاقة، والأشخاص الذين يعيشون في فقر، والسكان المنتشرين جغرافياً. ولوحظ أن هذه المجموعات تأثرت بشكل غير متناسب بجائحة كوفيد-19، إلى جانب الكنديين الذين تم تحديدهم على أنهم من الملونين أو من أصل آسيوي أو أمريكي لاتيني أو عربي أو شرق أوسطي.

يؤكد التقرير التجميعي بشأن حركة التغطية الصحية الشاملة على التجربة الكندية، ويشير إلى أنه حتى في البلدان ذات الدخل المرتفع، يُغفل كبار السن والمهاجرون والأسر الفقيرة والمشردون وغيرهم من الفئات الضعيفة. شهدت بلدان مثل ألمانيا وسنغافورة، اللتين كان أدائهما جيداً نسبياً في احتواء كوفيد-19، تفشياً أكثر حدة في مجتمعات المهاجرين، التي كانت تخضع لظروف صحية أسوأ، وحماية اجتماعية أقل، ومساكن مزدحمة.¹³

2.4. الوقاية والتعليم والمبادرات المتعلقة بالسلوك

البند 7، قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يشجع الدول على تنفيذ برامج الوقاية والتعليم لتعزيز محو الأمية الصحية لمواطنيها ومعالجة المخاوف الصحية المتعلقة بالسلوك، مثل تعاطي الكحول والتبغ، والصحة والسلامة المهنيين، والسمنة والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي

يسلط البند 7 الضوء على الحاجة إلى معالجة تعزيز الصحة والوقاية كجزء من التغطية الصحية الشاملة، مع التركيز على الأمراض غير المعدية والظروف الصحية المتعلقة بنمط الحياة. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن ما يقارب 70 بالمئة من جميع الوفيات في كل أنحاء العالم مرتبطة بأمراض مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة. تؤثر الأمراض غير المعدية أو الأمراض المزمنة بشكل غير متناسب على الأشخاص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث تحدث أكثر من ثلاثة أرباع الوفيات غير المعدية العالمية (32 مليون). وهذا يسلط الضوء على الحاجة إلى تدخلات عامة لمعالجة عوامل الخطر

¹³ حركة التغطية الصحية الشاملة 2030، حالة الالتزام بالتغطية الصحية الشاملة: تجميع، 2020 (2020):

www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/So_UHCC_synthesis_2020_final_web.pdf. p. 28



الرئيسة الأربعة: تعاطي التبغ، وقلة النشاط البدني، والاستخدام الضار للكحول والأنظمة الغذائية غير الصحية.

في كانون الأول/ ديسمبر 2019، أقر الكونغرس الفلبيني القانون الجمهوري رقم 11346، الذي يزيد من ضريبة الإنتاج على التبغ ونواتج الأبخرة. يهدف التشريع إلى تثبيط السلوكيات وأنماط الحياة التي تسهم في نتائج صحية سيئة. كما أنه يكمل الضرائب الحالية على منتجات التبغ والكحول والسكر. سيتم تخصيص جزء من عائدات الضرائب لتمويل تنفيذ قانون الرعاية الصحية الشاملة للعام 2019 والبرنامج الوطني لتعزيز المرافق الصحية. لذلك يتناول التشريع الهدف الإضافي المتمثل في تسهيل تمويل التغطية الصحية الشاملة.¹⁴

في مكان آخر، أشار البرلمان الروماني إلى أنه اعتمد اقتراحاً تشريعياً بشأن الوقاية المبكرة من مرض السكري والكشف عنه في العام 2020.

وفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية للعام 2018 (إنقاذ الأرواح، وتخفيض الإنفاق: استجابة استراتيجية للأمراض غير المعدية)، مقابل كل دولار أمريكي يُستثمر في معالجة الأمراض غير المعدية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، يبلغ العائد على المجتمع سبعة دولارات أمريكية على الأقل في زيادة العمالة والإنتاجية والعمر الأطول. ومع ذلك، فإن الأمراض غير المعدية تتلقى أقل من 2 بالمئة من التمويل الصحي العالمي. وهذا يسلب الضوء على الحاجة إلى زيادة التركيز البرلماني على ضمان التمويل المخصص الذي يستهدف علاج الأمراض غير المعدية والوقاية منها.¹⁵

5.2. خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والطفل والمراهق

البند 9، قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يدعو البرلمان إلى تعزيز النظم الصحية للحد من الوفيات والأمراض التنفسية والموليد والأطفال والمراهقين من خلال تعزيز خدمات الصحة والتغذية الجنسية والإنجابية والأمهات والموليد والمراهقين،

¹⁴ تم الحصول على معلومات عن قانون ضرائب التبغ في الفلبين من خلال البحث المكتبي:

وزارة المالية بجمهورية الفلبين: <https://taxreform.dof.gov.ph/tax-reform-packages/package-2plus-sin-taxes>

¹⁵ منظمة الصحة العالمية، إنقاذ الأرواح وإنفاق أقل: استجابة استراتيجية للأمراض غير المعدية (جنيف، 2018)

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf>.



وتشجيع الرضاعة الطبيعية وحملات التحصين المنهجية وتدخلات تنمية الطفولة المبكرة على وجه الخصوص، وكذلك من خلال توفير المعلومات والوصول إلى أوسع نطاق ممكن من الأساليب الحديثة الآمنة والفعالة والميسورة التكلفة والمقبولة لتنظيم الأسرة

يركز البند 9 من القرار على الصحة الجنسية والإنجابية، وكذلك على نطاق أوسع على صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ودور التحصين. يشمل هنا دور البرلمانات الوظائف التشريعية والرقابية وتخصيص الموازنة من جهة، وتوعية الجمهور والدوائر الانتخابية، وأنشطة التغيير التربوي والسلوكي من جهة أخرى.

تشمل المشاركة الطويلة الأمد للاتحاد البرلماني الدولي في هذه القضايا دعم البرلمانات الوطنية في تعزيز عملها على صحة المرأة والطفل والمراهق. بعد انتخابات برلمان رواندا، وبناءً على التعاون الناجح مع البرلمان، مكنت ورشة عمل لتنمية القدرات عُقدت في كانون الثاني/يناير 2020 البرلمانين من تحديد الثغرات في الأحكام القانونية القائمة التي تقيد الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين. كما أكدت ورشة العمل على الحاجة إلى تعزيز حملات التوعية حول التربية الجنسية الشاملة لجميع فئات الشباب، وبناء القدرات بين الشركاء الرجال لمكافحة العنف القائم على الجندر. ويشكل هذا استجابةً للبند 10 من القرار، مشدداً على الحاجة إلى حماية الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (SRHR) من خلال نهج متعدد القطاعات يعالج المحددات الجندرية للصحة.

يحذر التقرير التجميعي لحركة التغطية الصحية الشاملة من أن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية هي خدمات أساسية، وبالتالي لا ينبغي أن تتعطل نتيجة لقيود كوفيد-19. ومع ذلك، تم الإبلاغ عن توقف الخدمة في مختلف البلدان من جميع مستويات الدخل بما في ذلك فرنسا وكينيا وملاوي ونيجيريا والبيرو.¹⁶ مما يسلب الضوء على حاجة البرلمانات لتحقيق في طبيعة ومدى تعطل الصحة الجنسية والإنجابية وغيرها من الخدمات الصحية الأساسية خلال هذه الفترة. من الناحية المثالية، يجب أن يشمل ذلك أيضاً تحديد الإجراءات لمنع تعطيل الخدمات الأساسية أثناء أية حالات طوارئ صحية عامة في المستقبل.

إزاء هذه الخلفية، تجدر الإشارة إلى مثال على العمل البرلماني المتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية الذي استمر في خضم الجائحة. عقد البرلمان الناميبي ورشة عمل لتنمية القدرات حول الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز لمجموعة من أعضائه في تموز/يوليو 2020. كانت جزءاً من المرحلة الثانية من مشروع تموله السفارة السويدية. وستشمل المتابعة البرلمانية المقصودة تقديم الاقتراحات وفحص مشاريع

¹⁶ المرجع السابق نفسه، ص. 34 و 42-43.



القوانين ذات الصلة حول: العنف الجنسي والعنف القائم على الجندر وعدم المساواة بين الرجال والنساء (الجندرية)؛ والحمل المبكر وغير المقصود والإجهاض الآمن؛ وأمن السلع والتغطية الصحية الشاملة؛ والتربية الجنسية الشاملة؛ وعدم التمييز وحماية الفئات السكانية الرئيسة.¹⁷

2.6. التغذية

البند 12، قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يدعو البرلمان إلى ضمان أن السياسات الوطنية لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة تتصدى لسوء التغذية بجميع أشكاله، مع إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات التغذية للمراهقات والنساء الحوامل والمرضعات والأطفال خلال الأيام الألف الأولى

يركز البند 12 من القرار على التغذية. تعتبر التغذية الجيدة أمراً أساسياً للصحة وللرفاهية، كما أن الوصول إلى خدمات التغذية الجيدة أمر ضروري لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وفي رسالة وجهها إلى جميع البرلمانات، حث الأمين العام للاتحاد البرلماني الدولي المشرعين على مواصلة الجهود والاستثمار في التغذية. في العام 2020، اعتمدت زامبيا قانون الغذاء والتغذية، الذي نص على تنفيذ برنامج وطني للغذاء والتغذية. استجابة لدعوة الأمين العام للاتحاد البرلماني الدولي، نظم برلمان زامبيا ندوة حول جعل التغذية أولوية برلمانية شاملة من خلال تعزيز الرقابة على تنفيذ قانون الغذاء والتغذية للعام 2020.

2.7. الوصول إلى وتنظيم الأدوية الأساسية والأجهزة الطبية وما إلى ذلك

البند 13، قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يدعو البرلمان أيضاً إلى تعزيز وتمكين الحصول على الأدوية والأجهزة الطبية، ووسائل منع الحمل، واللقاحات، والتشخيصات والتكنولوجيات الأخرى، الأساسية، والميسورة التكلفة، والمأمونة، والفعالة، دون تمييز، لمكافحة الأدوية المزيفة والمغشوشة، ودعم الابتكار، والبحث والتطوير في الأدوية واللقاحات للأمراض المعدية وغير المعدية

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن "الأدوية الأساسية هي تلك التي تلبى احتياجات الرعاية الصحية ذات الأولوية للسكان". الأدوية والمستحضرات الصيدلانية الأخرى لها آثار تكلفة كبيرة على كل من البلدان

¹⁷ برلمان ناميبيا، "المشروع لفحص قضايا الصحة الجنسية والإنجابية"، (تموز/ يوليو 2020):

www.parliament.na/index.php/component/content/article?layout=edit&id=473.



النامية والأسر ذات الدخل المنخفض. قد تشمل قوانين وسياسات التغطية الصحية الشاملة التي تتطلب إجراءً برلمانياً بشأن هذا الموضوع ما يلي: نشر القوائم الوطنية للأدوية الأساسية لتنظيم الأسعار وتوجيه الشراء؛ وتنظيم الصناعات الدوائية لمعالجة التسعير والوصول والجودة والسلامة؛ وحتى تعزيز القدرة التصنيعية المحلية.¹⁸

مشروع قانون فارماكير معروض حالياً على البرلمان الكندي، ومن المتوقع أن يتم التصويت الأول في شباط/فبراير 2021. سيوفر مشروع القانون وصولاً شاملاً إلى الأدوية الموصوفة، والتي لطالما اعتبر عدم وجودها ثغرة في قوانين التغطية الصحية الشاملة الفيدرالية الكندية. إذا تم سنّه، فسيعالج مشروع القانون المخاوف المتعلقة بالقدرة على تحمل التكاليف وبالتالي الحصول على الأدوية الموصوفة أو الأساسية.

2. 8. التحصين

البند 14، قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يحث البرلمانات على تعزيز برامج التحصين الخاصة بحكوماتها، باعتبارها الإجراء الوقائي الأكثر فعالية ضد الأمراض المعدية، وسنّ التدابير التي من شأنها تشديد لوائح سلامة المرضى أثناء الاختبار السريري للقاحات الجديدة لتهدئة مخاوف الجمهور من التلقيح

يحدد البند 14، جنباً إلى جنب مع البندين 9 و 29، أحكاماً مختلفة لتوجيه دور البرلمانات في برامج التحصين، والتي تعتبر حيوية لتعزيز الهدف الوقائي للتغطية الصحية الشاملة. بالإضافة إلى تنفيذ مسؤولياتها التشريعية والرقابية، تلعب البرلمانات دوراً قيماً في زيادة الوعي وتعزيز الدعم للتحصين بين الدوائر الانتخابية والمجتمعات المحلية والجمهور. ويشمل ذلك الإطلاق العالمي للقاحات كوفيد-19 الجاري تنفيذه حالياً.

من الناحية التشريعية، بالإضافة إلى تنظيم صناعة الأدوية من أجل السلامة والجودة والوصول، قد تختار بعض البرلمانات التحصين الإلزامي. في العام 2019، اعتمد كل من البرلمان الباكستاني والبرلمان الألماني تشريعات بشأن التلقيح الإلزامي، أي قانون إسلام أباد للتلقيح الإلزامي وحماية العاملين الصحيين، وقانون الحماية من الحصبة وتعزيز وقاية اللقاح (قانون حماية الحصبة).¹⁹

¹⁸ منظمة الصحة العالمية، وضع استراتيجيات للصحة الوطنية في القرن الحادي والعشرين: دليل (جنيف، 2016):

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter10-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, chapter 10, p. 17

¹⁹ قدم البرلمان الباكستاني تقريراً إلى المسح الذي أجراه الاتحاد البرلماني الدولي.

تم العثور على معلومات حول قانون حماية الحصبة الألماني من خلال البحث المكتبي:

وزارة الصحة الفيدرالية الألمانية، "البوندستاغ يعتمد قانون الحماية من الحصبة"، (تشرين الثاني/نوفمبر 2019):



بالإضافة إلى التحصين ضد الأمراض المعدية مثل الحصبة والحصبة الألمانية، فإن تلقيح الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 9 و 13 عاماً ضد فيروس الورم الحليمي البشري، وفحص النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 30 و 49 عاماً، سيكون من التدخلات الرئيسة للرعاية الصحية الأولية للحد من حدوث الإصابة بفيروس الورم الحليمي البشري. والوفيات من سرطان عنق الرحم. في العام 2018، كانت آسيا وإفريقيا مسؤولة عن حوالي 76 بالمئة من حالات سرطان عنق الرحم الجديدة و 80 بالمئة من الوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم. في حين أن معظم البلدان ذات الدخل المرتفع تطبق الآن وبشكل روتيني لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في برامج التحصين الخاصة بها للفتيات المراهقات، إلا أنه لا يتم تقديمه في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.²⁰

2.9. التمويل الصحي المستدام والحماية المالية

البند 19 من قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019)

يدعو البرلمان إلى النظر في خطة عمل أديس أبابا بشأن تمويل التنمية وتخصيص موارد محلية كافية للإعمال التدريجي للتغطية الصحية الشاملة من خلال التمويل الصحي المستدام، بما في ذلك من خلال زيادة الموازنات عند الحاجة، وكذلك من خلال تدابير لتعزيز الكفاءة والإنصاف والجودة واحتواء التكاليف وأساس ثابت للتمويل، مع مراعاة الهدف الأدنى الاسمي للموارد المحلية الذي حددته منظمة الصحة العالمية بما يعادل 5 بالمئة من الناتج المحلي الإجمالي

البند 22

يدعو أيضاً البرلمان إلى ضمان الحماية المالية من أجل تقليل المدفوعات الشخصية مقابل الخدمات الصحية وإزالة العوائق المالية التي تمنع الوصول إلى الخدمات الصحية

يتناول البندان 19 و 22 تمويل التغطية الصحية الشاملة المستدام، ويحميان الأفراد من المخاطر المالية أو المشقة المرتبطة بأجور مستخدمي الرعاية الصحية. تلعب البرلمانات دوراً حيوياً في التأثير على اعتماد الموازنات التي تتماشى مع أهداف التغطية الصحية الشاملة، وكما هو منصوص عليه في القرار، في ضمان حد أدنى للهدف يعادل 5 بالمئة من الناتج المحلي الإجمالي.

www.bundesgesundheitsministerium.de/measles-protection-act.html.

²⁰ منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية على الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد لعام 2019 (جنيف، 2019):

www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/. p. 67



قدم أعضاء الاتحاد البرلماني الدولي تقارير عن زيادة المخصصات لموازنات الصحة لعامي 2020 و 2021، لا سيما في ضوء جائحة كوفيد-19. وشملت هذه:

- وافقت الجمعية الوطنية لنيكاراغوا على الموازنة العامة السنوية لبلدها للعام 2020 في كانون الأول/ ديسمبر 2019. وخصصت الموازنة 16,022,872,579 كوردبا للصحة. وقد تجاوز هذا موازنة 2019 البالغة 14,051,812,191 كوردبا، ووضعت الصحة كأولوية رئيسة في الموازنة.
- مجلس الشورى القطري: خصص 11٪ من إجمالي إنفاق العام 2020 لقطاع الرعاية الصحية.
- الجمعية الوطنية لتايلاند، التي وافقت على تخصيص موازنة 2021 بمبلغ 4,672,000,000 دولار أمريكي للتغطية الصحية الشاملة، وهو ما يمثل 4.33 بالمئة من إجمالي الموازنة.

كما أشار التقرير التجميعي لحركة التغطية الصحية الشاملة 2030 إلى أن عدداً من الحكومات قد زادت موازنتها بشكل كبير، لا سيما لضمان الموارد الكافية لإدارة الاستجابة للجائحة. وشملت هذه:

- أيرلندا: زادت موازنتها السنوية للصحة لعامي 2020 و 2021 بنسبة 12 بالمئة و 24 بالمئة على التوالي.
- المملكة المغربية، التي خصصت حوالي ثلث 1.1 مليار دولار أمريكي لصندوق خاص لمكافحة كوفيد-19. كانت هذه زيادة بنسبة 19 بالمئة في موازنة الصحة السنوية للعام 2020. من المتوقع أن تزيد موازنة الصحة الوطنية للعام 2021 بنسبة 11 بالمئة، مع أهداف محددة تتمثل في تعزيز الوصول العادل إلى الخدمات الصحية، وتوسيع نطاق التأمين الصحي الإلزامي ليشمل 22 مليون شخص إضافي بحلول نهاية العام 2022.

توضح جميع الأمثلة المذكورة أعلاه الالتزام بضمان موارد صحية محلية كافية، كما هو مطلوب بموجب البند 19. ومع ذلك، على الرغم من جائحة كوفيد-19 المستمرة، من المهم أن تواصل البرلمانات عملها في مجال الرقابة على الموازنة حتى يتم أيضاً تخصيص موارد كافية للخدمات الصحية الأساسية، بما في ذلك القضايا المهملة وذات الأولوية مثل الأمراض غير المعدية والصحة الجنسية والإنجابية. تتماشى مخصصات الموازنة الإضافية للمملكة المغربية لتوسيع نطاق التأمين الصحي الإلزامي مع البند 22 المتعلق بتوفير الحماية من

المخاطر المالية؛ وفي الوقت نفسه، يعد أيضاً توضيحاً فعالاً لكيفية الاستفادة من جائحة كوفيد-19 كفرصة لتسريع تنفيذ التغطية الصحية الشاملة.

من ناحية أخرى، اعتمد البرلمان الروماني في تموز/ يوليو 2020 قانوناً بشأن تنظيم وتمويل خدمات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض. يشترط القانون ألا تقل مخصصات الموازنة لهذه الخدمات عن 3 بالمئة من إجمالي الإنفاق الصحي. وهذا يمكن من تسديد مدفوعات لتعزيز الصحة، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية العامة المدفوعة من خلال نظام التأمين الصحي الاجتماعي الحالي.

إن تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض هما عنصران أساسيان في استراتيجية التغطية الصحية الشاملة المصممة لتقليل مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة وغيرها من الأمراض. على الرغم من أن هذه العناصر تتيح استخداماً أكثر كفاءة للموارد الصحية، إلا أنها لا تزال تغطي بالأولوية غير الكافية على الخدمات الأخرى، مثل العلاج والتشخيص.

وأوضح أحد المساهمين في ندوة عبر الإنترنت كيف تم دعم اقتراح للتعجيل بإدخال التأمين الصحي الوطني الإلزامي من قبل جميع الأحزاب السياسية في برلمان جنوب إفريقيا. أكد هذا المثال على أنه يجب على تشريعات التغطية الصحية الشاملة أن تكون مصاغة بشكل جيد بحيث يتم استخدام الموارد العامة بشكل صحيح وأن تتم حمايتها من الفساد.

لذلك، فمن المناسب أن يؤكد تقرير العام 2020 الصادر عن هيئة المساءلة المستقلة لكل امرأة، لكل طفل، لكل مراهق (هيئة المساءلة المستقلة) على أهمية تخصيص موارد صحية كافية وضمان الحوكمة الرشيدة والمساءلة بشأن الإنفاق الصحي. تلاحظ هيئة المساءلة المستقلة أنه على مدى السنوات العشر الماضية، أدت أوجه القصور والفساد إلى إهدار ما يقدر بنحو 20-40 بالمئة من الإنفاق الصحي العالمي. بدون الإدارة السليمة والاستثمارات الموجهة بشكل مناسب، يمكن للبلدان أن تسجل نتائج صحية متباينة، حتى لو كان نصيب الفرد من الإنفاق الصحي متشابهاً.²¹

تسلط هذه النتائج الضوء على أنه في حين يكون من المهم تخصيص مخصصات كافية لموازنة الصحة، تحتاج البرلمانات إلى لعب دور حاسم بنفس القدر في تعزيز شفافية الموازنة والمساءلة من خلال التشريع والرقابة.

²¹ هيئة المساءلة المستقلة، عالق في عاصفة كوفيد-19: صحة النساء والأطفال والمراهقين في سياق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية

المستدامة (2020): <https://iapewec.org/reports/annual-reports/iap-2020-report/>. pp. 32 and



3. المشاركة البرلمانية والدولية من أجل المساءلة الوطنية والقدرة

البند 32 من قرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة (2019) يطلب من البرلمانات تسهيل ودعم التعلم وتبادل الخبرات وأفضل الممارسات والتحديات والدروس المستفادة من التغطية الصحية الشاملة عبر البرلمانات الأعضاء في الاتحاد البرلماني الدولي والبرلمانيين فيها.

البند 33

يطلب أيضاً من وكالات منظومة الأمم المتحدة، ولا سيما منظمة الصحة العالمية، تزويد البلدان بدعم منسق ومتعدد الأوجه يهدف إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والتعاون في رصد تحقيق التغطية الصحية الشاملة، مع مراعاة مهمة منظمة الصحة العالمية لتقييم المؤشرات الصحية، وتعزيز قدرات البرلمانات والبرلمانيين لتطوير ورصد سياسات التغطية الصحية الشاملة الوطنية من خلال إنشاء أنظمة رعاية صحية قوية ومتعلمة

ترتكز مبادئ التغطية الصحية الشاملة على نهج يشمل الحكومة بأسرها والمجتمع بأسره. إنهم يلزمون البرلمانات ليس فقط بإشراك الدوائر الانتخابية وأصحاب المصلحة والجمهور والوكالات الدولية، ولكن أيضاً للمشاركة في التبادلات البرلمانية الدولية لتمكين بناء القدرات. بالإضافة إلى الأنشطة التي روح لها الاتحاد البرلماني الدولي، كانت هناك مبادرات مختلفة قامت بها المنظمات البرلمانية الإقليمية. وقد سعت هذه إلى إقرار التغطية الصحية الشاملة وتحسين قدرة البرلمانات الوطنية وتعزيز مساءلتها، لا سيما استجابة للإعلان السياسي للجمعية العامة للأمم المتحدة وقرار الاتحاد البرلماني الدولي بشأن التغطية الصحية الشاملة.

أمثلة على العمل البرلماني الإقليمي فيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة:

(1) في كانون الأول/ ديسمبر 2019، اعتمدت الجمعية البرلمانية الآسيوية قراراً مفصلاً بعنوان التعاون في مجال المساواة الصحية في آسيا.²²

²² الجمعية البرلمانية الآسيوية (2019):

www.asianparliament.org/uploads/Documents/Resolutions/2019/1%20Social%20and%20Cultural/3-Resolution%20on%20Collaboration%20on%20Health%20Equity%20in%20Asia.docx.



2) في أيلول/ سبتمبر 2020، عقد المنتدى البرلماني لآسيا والمحيط الهادئ بشأن الصحة العالمية اجتماعاً افتراضياً بعنوان الاستثمار في التغطية الصحية الشاملة من أجل المستقبل. وكانت أهداف الاجتماع هي: الحصول على معلومات محدثة من منظمة الصحة العالمية حول حالة كوفيد-19 في مناطق غرب المحيط الهادئ وجنوب شرق آسيا بالمنظمة؛ لتبادل الخبرات حول أهمية الاستثمار في التغطية الصحية الشاملة لجائحة كوفيد-19، وتبادل المعرفة حول العمل البرلماني لتأمين الاستثمارات الوطنية في الصحة؛ والنظر في كيفية دعم المنتدى للاستثمارات في التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الاستجابة والتأهب للأمن الصحي.

3) اضطلع البرلمان الأوروبي بعدد من الأنشطة التي قد تسهم في أو تدعم العمل البرلماني الوطني والقدرة على التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك:

أ. اعتمد في نيسان/ أبريل 2020 قرار بشأن العمل المنسق من قبل الاتحاد الأوروبي لمكافحة جائحة كوفيد-19. ودعا الدول الأعضاء ومؤسسات الاتحاد الأوروبي إلى مراقبة ودعم الوصول إلى الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئة والحصول على رعاية الإجهاض. كما رفض بشدة أية محاولات من جانب الدول الأعضاء للتراجع عن حقوق الصحة الجنسية والإنجابية وحقوق المثليين والمثليات ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية والخنثى.²³

ب. اعتمد في تموز/ يوليو 2020 قرار يدعو إلى آلية استجابة صحية أوروبية، تستجيب لجميع أنواع الأزمات الصحية من خلال تنسيق وإدارة أفضل للاحتياطي الاستراتيجي من الأدوية والمعدات الطبية.

ج. اعتمد في تشرين الثاني/ نوفمبر 2020 قرار بشأن برنامج الاتحاد الأوروبي من أجل الصحة. كان الهدف هو إنشاء برنامج تمويل مخصص للفترة 2021-2027 مصمماً لبناء أنظمة صحية مرنة في الاتحاد الأوروبي.

د. مبادرات التوعية والتثقيف، بما في ذلك نشر أطلس سياسة الوقاية من سرطان عنق الرحم 2020²⁴ وأطلس سياسة منع الحمل في أوروبا. 2020²⁵

²³ المنتدى البرلماني الأوروبي للحقوق الجنسية والإنجابية، "يدعو البرلمان الأوروبي الدول الأعضاء إلى ضمان الوصول الآمن وفي الوقت المناسب إلى الحقوق الجنسية والإنجابية"، (نيسان/ أبريل 2020): www.epfweb.org/node/530.

²⁴ المنتدى البرلماني الأوروبي للحقوق الجنسية والإنجابية، أطلس 2020 لسياسة الوقاية من سرطان عنق الرحم (كانون الثاني/ يناير 2020):

4) في الندوة عبر الإنترنت للاتحاد البرلماني الدولي، أفادت الجمعية التشريعية لشرق إفريقيا بأنها قد طورت أداة لتقييم الأثر، والتي تدرس مدى استعداد الدول الشريكة الفردية وإدارة وتخفيف جائحة كوفيد-19. أشارت الجمعية التشريعية لشرق إفريقيا أيضاً إلى أنه بحلول كانون الأول/ ديسمبر 2020، ستصدر تقريراً يتضمن توصيات للدول الشريكة بشأن تعزيز أنظمتها الصحية، وزيادة مخصصات موازنة الصحة إلى ما لا يقل عن 15 بالمئة من الموازنة السنوية الإجمالية، وضمان مشاركة أصحاب المصلحة المعنيين.

5) اضطلع المنتدى البرلماني للجماعة الإنمائية للجنوب الإفريقي بعدد من الأنشطة التي قد تسهم في أو تدعم العمل البرلماني الوطني بشأن التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك:

أ. اعتماد قرار بشأن التغطية الصحية الشاملة في دورتي الجمعية العامة 46 و 47 (كانون الأول/ ديسمبر 2019²⁶ وتشرين الأول/ أكتوبر 2020 على التوالي).

ب. إصدار إرشادات للبرلمانات الوطنية في الجماعة الإنمائية للجنوب الإفريقي للتصدي لتفشي كوفيد-19.²⁷

i. يجب أن يظل الهدف المتمثل في تحقيق التغطية الصحية الشاملة (UHC) وتحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بالصحة والرفاهية للجميع مبادئ توجيهية شاملة لتوجيه الاستجابات السياساتية والتشريعية عبر الجماعة الإنمائية للجنوب الإفريقي.

ii. في حين ينبغي إعطاء الأولوية لحشد الموارد للتصدي لتفشي كوفيد-19، لا ينبغي التخفيف من الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية الأخرى.

ج. ووزعت مذكرة توضيحية مع الخطوط العريضة لقانون نموذجي للجماعة الإنمائية للجنوب الإفريقي بشأن إدارة المالية العامة. سيتم نشر القانون النموذجي في العام 2021 وسيضمن

www.epfweb.org/node/553.

²⁵ المنتدى البرلماني الأوروبي للحقوق الجنسية والإنجابية، أطلس السياسة الأوروبية لمنع الحمل 2020 (تشرين الأول/ أكتوبر 2020):

www.epfweb.org/node/669.

²⁶ المنتدى البرلماني للجماعة الإنمائية للجنوب الإفريقي، بيان صحفي (كانون الأول/ ديسمبر 2019):

www.sadcpf.org/index.php/en/media-release/press-release/148-universal-health-coverage-tops-as-sadc-pf-plenary-meets.

²⁷ المنتدى البرلماني للجماعة الإنمائية للجنوب الإفريقي، بيان صحفي (نيسان/ أبريل 2020):

www.sadcpf.org/index.php/en/media-release/press-release/161-sadc-pf-guidelines-for-sadc-national-parliaments-to-address-the-covid-19-outbreak



أحكاماً لضمان تعميم الالتزامات الدولية، مثل أهداف التنمية المستدامة أو التغطية الصحية الشاملة أو الموازنة القائمة على الجندر، في الموازنات الوطنية من قبل الوزارات والإدارات العامة.²⁸

6) في العام 2019، اعتمد الاتحاد الإفريقي معاهدة إنشاء الوكالة الإفريقية للأدوية. تم تصميم الوكالة لتوفير نظام تنظيمي منسق ومعزز للأدوية والمنتجات الطبية، مع التركيز على الوصول إلى الأدوية الأساسية الآمنة والفعالة وذات الجودة العالية والتكنولوجيات الصحية في القارة الإفريقية.²⁹ لم تدخل المعاهدة حيز التنفيذ بعد، لأنها تتطلب تصديق (أي ليس مجرد توقيع) من قبل 15 دولة عضو في الاتحاد الإفريقي على الأقل. تتطلب هذه العملية موافقة البرلمان وتحويل المعاهدة إلى قانون محلي. كانت وتيرة التصديق أبطأ بسبب جائحة كوفيد-19، وقد صدقت خمس دول حتى الآن: بوركينا فاسو وغانا ومالي ورواندا وسيشيل.

4. الخلاصة

"لا يوجد مخطط أو وصفة سرية لإدارة كوفيد-19. التعلم والتكيف هما مفتاح الوقاية والسيطرة الفعالة والناجحة على الجائحة. يجب على كل دولة أن تتعلم من تجربتها. يجب على كل دولة أن تكيف وتصحح استجاباتها في الوقت الفعلي بناءً على الظروف المعقدة والمتغيرة".

السيدة بيتشداو توهمينيا، عضو البرلمان، تايلاند؛ عضو الفريق الاستشاري المعني بالصحة التابع للاتحاد البرلماني الدولي

توضح مساهمات أعضاء الاتحاد البرلماني الدولي، وندوة التغطية الصحية الشاملة عبر الإنترنت، والبحوث المكتبية حول الأنشطة البرلمانية، أن معظم البرلمانات تظل ملتزمة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة. على الرغم من القيود، تمكنت بعض البلدان من الاستفادة من الجائحة كفرصة لتسريع التغطية الصحية الشاملة، كما يتضح من الأمثلة المختلفة في هذا الملخص. ومع ذلك، لا تزال هناك العديد من التحديات، بما في ذلك البلدان التي لديها أنظمة تغطية صحية متطورة.

²⁸ المنتدى البرلماني للجماعة الإنمائية للجنوب الإفريقي، مذكرة توضيحية:

<https://new.sadcpf.org/index.php/en/secretariat/procurement/262-concept-note-for-a-sadc-model-law-on-public-financial-management-by-the-sadc-parliamentary-forum>.

²⁹ الاتحاد الإفريقي، معاهدة إنشاء الوكالة الإفريقية للأدوية:

<https://au.int/en/treaties/treaty-establishment-african-medicines-agency>



مع ملاحظة المفاجأة التي انغمس بها العالم في جائحة عالمية والقيود المفروضة، كان من المتوقع أن ينخفض الزخم البرلماني بشأن التغطية الصحية الشاملة (لا سيما فيما يتعلق بتشريعات التغطية الصحية الشاملة). ومع ذلك، لا تزال هناك حاجة إلى برامج عمل مصممة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030.

لا يوجد نهج واحد يناسب الجميع للتغطية الصحية الشاملة. يتضح هذا من خلال عوامل تشمل: تنوع الموارد؛ العوامل الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية؛ الاختلافات في أنظمة الحوكمة والأنظمة الدستورية؛ والتأكد من أن نماذج التغطية الصحية الشاملة تستجيب للاحتياجات المحددة لمجموعات سكانية مختلفة. تعد التبادلات البرلمانية الدولية جزءاً حيوياً من عملية نقل الدروس وتقديم الدعم.

سيواصل الاتحاد البرلماني الدولي تعزيز تنفيذ قرار التغطية الصحية الشاملة بالتعاون مع شركائه، مع التركيز على الحق في الصحة للفئات الضعيفة والمهمشة. بصفتها جهة التنسيق للمساءلة بشأن قرار التغطية الصحية الشاملة، سيواصل الفريق الاستشاري المعني بالصحة التابع للاتحاد البرلماني الدولي تقييم الخبرات الوطنية لتسهيل عمليات التبادل وتقديم توصيات بشأن أفضل ممارسات التغطية الصحية الشاملة. كما سيطور الاتحاد البرلماني الدولي أدوات محددة لدعم وتعزيز قدرة البرلمانات الوطنية. تشمل الأمثلة القادمة شراكة مع منظمة الصحة العالمية لتطوير كتيبات عن التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي العالمي، ومسار عمل بشأن الضرائب الصحية. كما انضم الاتحاد البرلماني الدولي إلى شبكة الحلول القانونية، وهي مبادرة لدعم الحكومات وواضعي السياسات في تطوير الأدوات القانونية للتغطية الصحية الشاملة. ومن بين أعضاء الشبكة الآخرين برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، ومنظمة الصحة العالمية، ومعهد أونيل بجامعة جورج تاون.

بسبب قيود الفترة الحالية، لم يكن من الممكن إجراء مراجعة شاملة للإجراءات البرلمانية بشأن قرار التغطية الصحية الشاملة كما كان مرغوباً. ومع ذلك، قدمت المعلومات التي تم جمعها أفكاراً ودروساً مفيدة. وقد ساعدت أيضاً في تحديد مبادرات وبرامج التغطية الصحية الشاملة المثيرة للاهتمام للمتابعة وتقديم المزيد من التقارير في العام 2021. وتشمل هذه:

- تحديثات من البلدان مع مشروع تشريعات التغطية الصحية الشاملة التي لم يتم الانتهاء منها بحلول نهاية العام 2020. وتشمل الأمثلة كندا والسلفادور.

- البلدان التي سنتّ تشريعات قبل قرار الاتحاد البرلماني الدولي، وبالتالي لا يمكن تضمينها في هذا الملخص. يمكن تقديم الإجراء البرلماني بشأن التنفيذ والرقابة للملخص 2021، أو إلى عمليات أخرى ضمن إطار المساءلة.
- إجراء برلماني بشأن البنود الأخرى لقرار التغطية الصحية الشاملة التي لم يتم تناولها في هذا الملخص.
- العمل البرلماني بشأن التغطية الصحية الشاملة للفئات السكانية المهمشة والضعيفة والرئيسة، مع التركيز على مبادئ العدالة الصحية.
- المؤشرات الصحية الخاصة بالتغطية الصحية الشاملة بشكل عام، وتحديدًا فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية، وصحة النساء والأطفال والمراهقين.
- تحليل انتكاسات التغطية الصحية الشاملة المرتبطة بالجائحة، والبرامج البرلمانية لعكسها.



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

Parliamentary action on universal health coverage in times of COVID-19

Implementing the IPU resolution *Achieving universal health coverage by 2030: The role of parliaments in ensuring the right to health*

The IPU resolution *Achieving universal health coverage by 2030: The role of parliaments in ensuring the right to health* was adopted in October 2019 and provides a road map for parliaments to accelerate progress towards universal health coverage (UHC). This is the first report on parliamentary action on UHC pursuant to the resolution. It takes stock of different national experiences and identifies lessons learnt and challenges in the implementation of the resolution. In the context of the COVID-19 pandemic the report documents how the pandemic is shaping parliamentary action on UHC. In line with the IPU's longstanding engagement on women's, children's and adolescents' health, particular attention is paid to these groups.

1. Introduction

1.1. Context and background

The resolution [*Achieving universal health coverage by 2030: The role of parliaments in ensuring the right to health*](#) was adopted at the 141st IPU Assembly in October 2019. It is the first global parliamentary resolution on universal health coverage (UHC) and calls on parliaments to take specific actions in terms of legislation, budget allocation, accountability and advocacy to achieve UHC. UHC emphasizes every person's right to have equal access to quality health services as required, without causing financial hardship.

The UHC resolution was a natural progression, based on the positive impact observed from the IPU's work associated with its 2012 landmark resolution, [*Access to health as a basic right: The role of parliaments in addressing key challenges to securing the health of women and children*](#), and the subsequent [*2017 addendum*](#). Parliaments have a vital role to play in advancing UHC and positive health outcomes, especially during the challenges of a global pandemic.

The implementation of the UHC resolution requires a special focus on the barriers to accessing health care and the challenges faced by vulnerable and marginalized groups. It should be considered jointly with the 2012 IPU resolution and its 2017 addendum. It should also be noted that reproductive, maternal, newborn and child health is one of the key indicators for measuring UHC implementation.

Various models or approaches for successfully implementing UHC may be used, provided there is compliance with the key principles of quality, equity and universal access to needed health services, and financial risk protection. The determination of health-care financing is critical for addressing such protection. With a few exceptions (such as Thailand, a middle-income developing country), publicly funded systems were historically based on

general or dedicated taxation, and adopted by a select number of high-income countries (such as the United Kingdom, the Nordic countries, Spain, Italy and New Zealand). Health-care financing is also commonly implemented through statutory indemnity (such as in Australia), private health insurance (the Netherlands) or a mixture of both (Germany).

Parliaments have a significant role to play in financing. This is because of the leverage they have through specific legislative, oversight and budget allocation functions, as well as general influence over governance.

Admittedly, global progress has been made in improving various health outcomes, such as reduced mortality rates for under-fives, infants and mothers. However, even before the COVID-19 pandemic, it was evident that significant challenges remain. In 2017, an estimated 295,000 women (808 women daily) died of complications arising from pregnancy and childbirth. Almost all of those deaths were preventable and most occurred in low-resource settings. Under-five mortality also remains a significant problem in Africa, where the rate was more than eight times higher than the European region in 2018.¹

At least half of the world's population still do not have full coverage of essential health services, and around 100 million people are pushed into extreme poverty by having to pay for health care. Life expectancy remains profoundly influenced by income and other interrelated socioeconomic factors. According to *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage* (World Health Organization (WHO) 2019 global monitoring report), while progress has been greatest in lower-income countries, the poorest countries and those affected by conflict generally lag far behind. In 2017, the largest population groups lacking coverage for essential health services were in middle-income countries. The 2019 report (prior to the COVID-19 pandemic) had already noted that the current pace of progress would make it impossible to achieve the SDG target of UHC for all by 2030.

Despite the gaps in data, trends have begun to emerge illustrating the indirect and likely long-term impact of the pandemic on overall health. This will set back the progress already made towards UHC. In particular, women, girls, adolescents and children have been disproportionately affected through disruption to essential health services, including for sexual and reproductive health, maternal health and immunization programmes. The likely consequences include increased rates of child and maternal mortality, unintended adult and adolescent pregnancies, and increased vulnerability to a range of communicable and non-communicable diseases (NCD).

Adverse secondary impacts on maternal and child health associated with public health emergencies have already been well documented through the Ebola epidemic in West Africa (2014–2016). Maternal and neonatal deaths and stillbirths indirectly caused by the epidemic eventually outnumbered deaths that were directly related to Ebola. At the time, the use of reproductive and maternal healthcare services had declined. This was due to women either being denied care by health-care providers, or avoiding facilities over fears of infection or increased financial barriers.²

While there is significantly more pressure on lower and middle-income countries to achieve UHC, serious challenges also remain for higher-income countries, especially on health equity. These include countries recognized as having long achieved advanced UHC (such

¹ WHO, *Maternal Mortality* (2019): www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality.

² L. Sochas, A.A. Channon and S. Nam, "Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone", *Health policy and planning*, 32 (suppl_3) (2017), iii32–iii39.

Also see, United Nations Development Group – Western and Central Africa, *Socio-economic impact of Ebola virus disease in West African countries: A call for national and regional containment, recovery and prevention* (2015): www.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/ebola-west-africa.pdf, pp. 24 and 54.

as Canada, Germany, Singapore and the United Kingdom), where gaps in coverage and health equity mean that the pandemic is having a disproportionate impact on vulnerable and marginalized groups, such as ethnic minorities, indigenous people, migrant workers, the elderly, women, children and people with disabilities. A number of factors contribute to these disparities, including occupation, living conditions, country of birth and access to health care.

Moreover, evidence indicates that countries across all income categories need to address other aspects of financial risk protection. For example, *Financial Protection in Health* (WHO/World Bank 2019 Global Monitoring Report) noted that evidence from the WHO European region, South-East Asia region and selected countries, mostly on the African continent, indicates that out-of-pocket spending on medicines is a leading cause of catastrophic and impoverishing health spending.

1.2. The accountability framework

UHC and the right to health have a central role in advancing national health agendas and implementing the Sustainable Development Goals (SDGs). A detailed accountability framework has therefore been established, with the IPU Advisory Group on Health acting as the focal point. The objective of this framework is to promote and review the implementation of the IPU resolution on UHC, including facilitating the sharing of best practices between parliaments. One of the framework's mechanisms involves an annual report summarizing parliamentary actions and activities on UHC, including those related to legislation, oversight, budget work, and public consultation and awareness-raising.

This report was prepared by drawing on information provided by Member Parliaments through: the 2020 annual reporting exercise; the IPU webinar on *Universal health coverage in times of COVID-19 – Parliamentary best practices and challenges* (17 November 2020); and further contributions through other IPU processes. Information was received from 22 parliaments, and close to 100 participants from 36 countries attended the webinar. The terms of reference of this annual summary are limited to documenting only parliamentary action since the IPU resolution was adopted. Work before this period could therefore not be reported. Unfortunately, this excluded a few instances of positive parliamentary action where key UHC-related laws were enacted in the period leading up to the adoption of the resolution. Nevertheless, these reports from national parliaments will still inform other work by the IPU secretariat and the IPU Advisory Group on Health.

The COVID-19 pandemic posed challenges to parliamentary activities and the IPU secretariat's ability to access Member Parliaments' reports. It was therefore necessary to supplement these reports with information on parliamentary activities obtained through desk research from Member Parliaments' official websites and data from international partners, including WHO and UHC2030.

The disruptive effect of the COVID-19 pandemic posed considerable challenges to normal parliamentary functions, including:

- practical constraints on the activities of many national parliaments through social distancing requirements;
- legal or constitutional restrictions on movement due to emergency or disaster legislation;
- the extension of executive authority and powers (including legislative power in some instances) through emergency or disaster legislation that, under normal circumstances, would not have been permitted without parliamentary oversight or approval;

- delayed or reorganized legislative and parliamentary schedules that limited legislative and oversight functions;
- the disruption of parliamentary interaction with the public, stakeholders or constituencies that constrained public consultation and accountability.

2. National parliamentary action on UHC

2.1. UHC and global health security

Clause 29, IPU resolution on UHC (2019)

Also calls on parliaments to take all possible measures to ensure global health security by preventing the spread of diseases and other public health events, particularly through systematic immunization campaigns, as well as strengthening surveillance and response systems, and to advocate for the implementation of the International Health Regulations (2005) and for the allocation of appropriate resources to meet countries' obligations and address critical gaps in their respective public-health core capacities to prevent, detect and respond to public health risks

In recognition of the connection between global health security and UHC, clause 29 of the 2019 IPU resolution contains detailed provisions on the role of parliaments in response to public health emergencies or acute public health events, such as outbreaks of disease or natural disasters. Health security relates to the need for strong and resilient public health systems that can prevent, detect and respond to large-scale health emergencies.

Ordinarily, health security and health emergency issues have tended to be geographically restricted to specific countries or regions that were prone to natural disasters, outbreaks of disease or humanitarian emergencies. This is reflected by the fact that in 2018, the WHO Contingency Fund for Emergencies provided US\$ 37.5 million for responses to 28 health emergencies, including: two Ebola outbreaks in the Democratic Republic of the Congo (DRC); the largest Lassa fever outbreak on record in Nigeria; and support for an earthquake response in Papua New Guinea.³ However, the COVID-19 pandemic has illustrated that health security is globally relevant as a principle and an integral component of UHC.

i) Disruption to essential services and setbacks to UHC

The pandemic has reversed many of the development gains achieved over the past 25 years, particularly for health and UHC. This was confirmed in reports by the Parliaments of Bangladesh, the Syrian Arab Republic and the DRC, in which the parliaments reaffirmed their commitment to UHC, but also noted various setbacks to their national UHC initiatives.

- Progress towards UHC had already begun in Bangladesh before the pandemic. However, since then, many health resources have been diverted away from essential health services towards the pandemic response. This has increased health risks for patients with NCDs (such as heart diseases, respiratory diseases, cancer and diabetes), which constitute comorbidities if these patients contract COVID-19. Notwithstanding these challenges, and to indicate its continued commitment, the Bangladeshi Parliament is setting up a forum on UHC.
- Even before the COVID-19 pandemic, progress towards UHC in the Syrian Arab Republic had already been constrained by the destruction of public health infrastructure after many years of civil war. The pandemic response has now exhausted the national health budget and disrupted other essential health services,

³ WHO, *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 97, Number 4 (April 2019), 248–249: www.who.int/bulletin/volumes/97/4/en/.

such as immunization programmes for children, and antenatal care for pregnant and postpartum mothers. Nevertheless, the Syrian Parliament is persevering, and has focused its oversight functions on the government's response to the pandemic, including the Executive's prevention strategies and preparation of health-care facilities.

- The DRC had been actively engaged in moving towards UHC, with its government having launched a UHC plan in February 2020. However, this momentum slowed down due to the pandemic. Essential health services were disrupted, including the treatment of diabetes, arterial hypertension, malaria and waterborne diseases. Access to health care for vulnerable and marginalized communities has been further hampered, with misinformation leading them to avoid health services for fear of contracting COVID-19.

ii) Promoting resilience against pandemics by investing in UHC

Investments in primary health care and public health functions can: enable a country to build a resilient health system capable of continuing to provide its people with the health services they need; and enable a better response to major public health events, emergencies or threats to health security. This assumes the implementation of UHC models that focus on the same issues that health security initiatives emphasize: prevention, early interventions, and preparedness and surveillance systems. General progress on primary health care and UHC also contributes to building public trust, which facilitates public cooperation and the appropriate behavioural responses for health promotion, disease prevention and health security.

Reports were received from the parliaments of Thailand, and Trinidad and Tobago in this regard.

- Since 2002, Thailand has implemented a publicly funded UHC scheme. However, substantial primary health care reforms and investments as far back as the 1970s have also produced positive health outcomes. In 2017, Thailand scored 80 out of 100 in a WHO index for measuring UHC service coverage.⁴ Infection rates and COVID-related deaths in Thailand have remained low, with high recovery rates, even though the first known case of COVID-19 transmission outside China was confirmed in Thailand in January 2020. Thailand's health security strategy was implemented swiftly and includes measures such as contact tracing, quarantining or self-isolation where appropriate, and hospitalizing those with serious symptoms. Thailand can also use its primary health-care system at community level (such as village health volunteers) for health surveillance, sharing information and promoting preventive behaviour.
- In response to the pandemic, Trinidad and Tobago set up a "parallel" public health-care system, with 400 beds for COVID-19 patients. This was covered under the normal health budget financed from general income tax, without needing to increase the annual health budget allocation. Testing and treatment are part of the standard free public health-care services provided to everyone in Trinidad and Tobago. Essential health-care services have continued to operate unimpeded. Both infection rates and COVID-related deaths have remained low.

⁴ The WHO index measures UHC service coverage among the general public and the most disadvantaged communities. It is based on 14 tracer indicators related to four categories of essential service: reproductive, maternal, newborn and child health; infectious diseases; NCDs; and service capacity and access.

WHO, *Global health observatory data repository*:

<https://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGE>.

The East African Legislative Assembly (EALA) compared Rwanda's response to other partner States in East Africa, and reflected on how Rwanda had been better able to respond to and manage the impact of the pandemic.

- Since its first confirmed case of COVID-19 in March 2020, Rwanda has successfully implemented a variety of health security measures, including countrywide and partial lockdowns, contact tracing, free testing, dedicated treatment centres and public education on prevention. As a result (and notwithstanding its status as a low-income country), Rwanda has managed to maintain low rates of infection and COVID-related deaths. Notably, Rwanda began implementing a community-based health insurance system in 1999–2000 as part of implementing UHC. This has contributed to an improvement in various health indicators, including an increase in immunization coverage rates from 30 per cent to 94 per cent between 1995 and 2015. Although many health and development challenges remain, Rwanda's progress towards UHC has already produced positive health outcomes, laying the foundations for increased public confidence in the public health system. This in turn enables greater public cooperation with health security and general health-prevention initiatives implemented nationally and within communities.

iii) Oversight and accountability

The information collected through the IPU campaign "Parliaments in a time of pandemic" show that most IPU Member Parliaments have been active and involved throughout national processes and responses to the pandemic. They have been called upon to implement a range of extraordinary parliamentary processes in support of their governments and health ministries. This has included enacting disaster or emergency legislation, approving public health emergency funding and budgetary allocations, and exercising oversight. That said, the extent to which parliaments have been able to actively defend and exercise their oversight prerogatives has been highly variable. Executives have sometimes bypassed parliaments altogether when adopting and implementing emergency health legislation, including when this has involved decisions about the continued delivery or suspension of essential health services. For instance, the South African Parliament experienced some challenges around overseeing public expenditure on the pandemic response. On a more positive note however, the IPU survey and webinar also reflected the active steps of various parliaments to formalize and establish dedicated committees, structures or other processes to ensure oversight and accountability of their Executive's response to the pandemic, including in Canada, the Gambia, Romania and Thailand.

The webinar revealed a strong emphasis on the need for collaborative approaches in responding to the pandemic and progressing towards UHC as a whole. This would entail parliamentary cooperation across party political divides, support for governments where appropriate, and the participation and inclusion of civil society and the general public in developing UHC-aligned programmes. These approaches would be in line with clause 16 of the 2019 UHC resolution, which calls for a partnership-based approach on a whole-of-government and whole-of-society basis.

2.2. General state of commitment to UHC

Clause 1, IPU resolution on UHC (2019)

Reaffirms that the devotion of maximum available resources to the progressive realization of UHC is possible and achievable for all countries even in challenging settings, and calls on parliaments and parliamentarians to take all applicable legal and policy measures in order to help their respective governments to achieve UHC by 2030 and to ensure quality, affordable and accessible health care

Clause 1 of the IPU's 2019 UHC resolution outlines the broad, fundamental principles of UHC. It also calls on all parliaments to advance UHC by enacting and ensuring the implementation of various UHC laws. The resolution's remaining provisions are a more detailed guide to the type and range of laws required to eventually achieve UHC.

Since the adoption of the IPU resolution on UHC and the 2019 Political Declaration of the UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, a number of parliaments have adopted their own resolutions, or even enacted legislation, on UHC.

In February 2020, the Congress of the Federated States of Micronesia adopted a resolution declaring that its goal was to "reach Universal Health Coverage by 2030" and calling upon the President "to take measures to effectuate that goal". The Federated States of Micronesia has made progress in delivering primary health care to rural, remote and vulnerable sections of its dispersed population.⁵ Although the Congress has yet to enact UHC legislation,⁶ the resolution represents a significant initial step. It hopefully signals further concrete parliamentary action on UHC, particularly legislative action.

The IPU 2020 reporting exercise provided information on two promising initiatives involving draft UHC legislation. The Benin National Assembly was considering a draft law on the right to health, which was adopted in December 2020; and the Health Commission of the El Salvador Legislative Assembly is discussing draft legislation on an integrated national health system.

As Benin currently has no UHC legislation⁷, individual households provide most health financing. Mortality and morbidity indicators are relatively high.⁸ The new law reflects the potential to advance Benin's goal of achieving UHC, particularly when combined with the Beninese Government's initiatives to pilot a mandatory health insurance project.⁹

By contrast, El Salvador already has UHC-related legislation. It includes provision for free primary health-care services and a publicly funded health insurance system. However, the country is experiencing serious challenges in meeting the public's needs due to shortages of supplies and labour, and a growing burden of NCDs.¹⁰ The draft law being considered by the Legislative Assembly aims to regulate care quality in public hospitals and other facilities, and to ensure equitable and timely coverage.

In its 2020 synthesis report, *State of commitment to universal health coverage*, UHC2030 called on all governments to commit to national UHC targets and communicate these to all stakeholders. UHC2030 notes that, despite their existing global commitments, very few governments are providing clear, measurable UHC targets in their SDG reporting through voluntary national reviews, or in global political statements. The absence of clear targets makes monitoring, accountability and implementation more challenging, especially if there is no common understanding of what the commitments would mean in practice. Parliamentarians in particular will have a key role in translating the commitments into UHC

⁵ WHO, *Universal Health Coverage Partnership annual report 2019. In practice: bridging global commitments with country action to achieve universal health coverage* (Geneva, 2020): www.uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2020/11/UHC-annual-report-2019_V23_WEB_SINGLE.pdf, p. 12.

⁶ UHC Data Portal: www.uhc2030.org/what-we-do/knowledge-and-networks/uhc-data-portal/.

⁷ Ibid.

⁸ WHO, *Benin: Country cooperation strategy at a glance* (2009): www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/Benin-ccsbrief-en.pdf.

⁹ WHO, *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 97, Number 9 (July 2019): www.who.int/bulletin/volumes/97/9/18-222638/en/.

¹⁰ WHO, *Global Health Workforce Alliance: Country responses – El Salvador*: www.who.int/workforcealliance/countries/slv/en/.

laws, overseeing their implementation, and approving adequate health budgets and financing.¹¹

2.3. Leave no one behind – health equity and discrimination

Clause 2, IPU resolution on UHC (2019)

Urges parliaments to put in place a robust legal framework for UHC, to ensure effective implementation of UHC legislation in reality, and to ensure that the right of everyone to public health and medical care is guaranteed for all in law and in practice, without discrimination

Canada provided useful insights that illustrated the challenges of equity, including for high-income countries with a long history of advanced UHC. In 2017, Canada scored 89 out of 100 on the WHO index for UHC service coverage.¹² However, before the COVID-19 pandemic, inquiries into various coverage gaps in the Canadian public health-care system were already under way.

The inquiries looked at disparities in health coverage for vulnerable communities, such as indigenous people, migrants and refugees, the elderly, women, children, people with disabilities, people living in poverty, and geographically dispersed populations. It was noted that these groups were disproportionately impacted by the COVID-19 pandemic, along with Canadians identifying as black or of Asian, Latin American, Arab or Middle Eastern origin.

The UHC2030 synthesis report confirms the Canadian experience, and notes that, even in high-income countries, the elderly, migrant populations, poorer households, homeless people and other vulnerable groups are being left behind. Countries such as Germany and Singapore, which have performed relatively well in containing COVID-19, have experienced more severe outbreaks in migrant communities, which were subject to poorer health conditions, lower social protection and crowded housing.¹³

2.4. Prevention, education, behaviour-related initiatives

Clause 7, IPU resolution on UHC (2019)

Encourages States to implement prevention and education programmes to promote the health literacy of their citizens and to address behaviour-related health concerns, such as alcohol and tobacco use, occupational health and safety, obesity and sexually transmitted diseases

Clause 7 highlights the need to address health promotion and prevention as part of UHC, with an emphasis on NCDs and lifestyle-related health conditions. According to the WHO, almost 70 per cent of all deaths worldwide are associated with conditions such as heart disease, stroke, cancer, diabetes and chronic respiratory diseases. NCDs or chronic diseases disproportionately affect people in low and middle-income countries where more than three quarters of global NCD deaths (32 million) occur. This highlights the need for public interventions to address the four primary risk factors: tobacco use, physical inactivity, the harmful use of alcohol and unhealthy diets.

¹¹ UHC2030, *State of commitment to universal health coverage: synthesis, 2020* (2020): www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/SoUHCC_synthesis_2020_final_web.pdf. p. 30.

¹² WHO, *Global health observatory data repository*: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGE>.

¹³ UHC2030, *State of commitment to universal health coverage: synthesis, 2020* (2020): www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/SoUHCC_synthesis_2020_final_web.pdf. p. 28.

In December 2019, the Congress of the Philippines passed Republic Act No. 11346, which increases excise tax on tobacco and vapour products. The legislation is intended to discourage behaviours and lifestyles that contribute to poor health outcomes. It also supplements existing taxes on tobacco products, alcohol and sugar. A proportion of the tax revenue is to be ringfenced to fund the implementation of the 2019 Universal Health Care Act and the national Health Facilities Enhancement Program. The legislation therefore addresses the additional objective of facilitating UHC financing.¹⁴

Elsewhere, the Parliament of Romania has indicated that it adopted a legislative proposal on the early prevention and detection of diabetes in 2020.

According to a 2018 WHO report (*Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases*), for every one US dollar invested in addressing NCDs in low and lower-middle-income countries, the return to society is at least seven US dollars in increased employment, productivity and longer life. Yet NCDs receive less than 2 per cent of global health funding. This highlights the need for an increased parliamentary focus on ensuring dedicated funding that targets the treatment and prevention of NCDs.¹⁵

2.5. Sexual, reproductive, maternal, child and adolescent health services

Clause 9, IPU resolution on UHC (2019)

Calls on parliaments to strengthen health systems so as to reduce maternal, newborn, child and adolescent mortality and morbidity by strengthening sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health and nutrition services, promoting in particular breastfeeding, systematic immunization campaigns and early childhood development interventions, as well as by providing information on and access to the broadest possible range of safe, effective, affordable and acceptable modern methods of family planning

Clause 9 of the resolution focuses on sexual and reproductive health, as well as more broadly on maternal, newborn, child and adolescent health, and the role of immunization. Here, the role of parliaments includes legislative, oversight and budget-allocation functions on the one hand, and public and constituency awareness-raising, and educational and behavioural change activities on the other.

The IPU's longstanding engagement on these issues includes support to national parliaments in strengthening their action on women's, children's and adolescents' health. Following elections to the Parliament of Rwanda, and building on successful collaboration with the Parliament, a capacity-development workshop held in January 2020 enabled parliamentarians to identify gaps in existing legal provisions that restricted access to sexual and reproductive health services for adolescents. The workshop also emphasized the need to reinforce mobilization campaigns on comprehensive sexual education for all categories of young people, and to build capacity among male partners for fighting gender-based violence. This also responded to clause 10 of the resolution, stressing the need to protect sexual and reproductive health and rights (SRHR) through a multisectoral approach that tackles the gender determinants of health.

The UHC2030 synthesis report cautions that sexual and reproductive health services are essential services, and should therefore not have been disrupted as a result of COVID-19 restrictions. However, service disruptions were reported in various countries of all income

¹⁴ Information on Philippines' Tobacco Tax Law was obtained through desk research: Republic of the Philippines Department of Finance: <https://taxreform.dof.gov.ph/tax-reform-packages/package-2plus-sin-taxes/>.

¹⁵ WHO, *Saving lives, spending less: A strategic response to noncommunicable diseases* (Geneva, 2018): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf>.

levels, including France, Kenya, Malawi, Nigeria and Peru.¹⁶ As noted earlier, these disruptions have likely had serious consequences in terms of reversing previous gains made in reducing maternal and child mortality. This highlights the need for parliaments to inquire into the nature and extent of the disruption to SRHR and other essential health services during this period. Ideally, this should also include identifying action to prevent the disruption of essential services during any future public health emergencies.

Against this background, it is worth noting an example of parliamentary SRHR work that continued in the midst of the pandemic. The Namibian Parliament ran a capacity-development workshop on SRHR, HIV and AIDS for a group of its members in July 2020. It was part of the second phase of a project funded by the Swedish embassy. The intended parliamentary follow-up will include tabling motions and scrutinizing relevant bills about: sexual and gender-based violence, and gender inequality; early and unintended pregnancy, and safe abortions; commodity security and UHC; comprehensive sexuality education; non-discrimination and protecting key populations.¹⁷

2.6 Nutrition

Clause 12, IPU resolution on UHC (2019)

Calls on parliaments to ensure that national policies to implement UHC address malnutrition in all its forms, with special attention to the nutritional needs of adolescent girls, pregnant and lactating women and children during the first 1,000 days

Clause 12 of the resolution focuses on nutrition. Good nutrition is fundamental to health and well-being, and access to quality nutrition services is essential to achieve UHC. In a letter to all parliaments, the IPU Secretary General urged legislators to sustain efforts and investment in nutrition.

In 2020, Zambia adopted the Food and Nutrition Act, which provided for the implementation of a national food and nutrition programme. In response to the IPU Secretary General's call, the Parliament of Zambia organized a seminar about making nutrition a cross-cutting parliamentary priority by strengthening oversight on the implementation of the 2020 Food and Nutrition Act.

2.7. Access to and regulation of essential medicines, medical devices etc

Clause 13, IPU resolution on UHC (2019)

Also calls on parliaments to promote and foster access to essential, affordable, safe, effective and good-quality medicines, medical devices, contraceptives, vaccines, diagnostics and other technologies, without discrimination, to combat counterfeit and falsified medicines, and to support innovation, research and development in medicines and vaccines for communicable and non-communicable diseases

According to WHO, “essential medicines are those that satisfy the priority health-care needs of the population”. Medicines and other pharmaceuticals have significant cost implications for both developing countries and low-income households. UHC laws and policies requiring parliamentary action on this subject may include: publishing national lists of essential medicines to regulate pricing and guide procurement; regulating pharmaceutical industries to

¹⁶ Ibid, pp. 34 and 42–43.

¹⁷ Parliament of Namibia, “Lawmakers to put SRHR issues under scrutiny”, (July 2020): www.parliament.na/index.php/component/content/article?layout=edit&id=473.

address pricing, access, quality and safety; and even promoting local manufacturing capacity.¹⁸

A Pharmacare Bill is currently before the Canadian Parliament, with the first vote expected in February 2021. The Bill would provide for universal access to prescription medication, the lack of which has long been considered a gap in Canada's federal UHC laws. If enacted, the Bill would address concerns of affordability and therefore of access to prescribed or essential medicines.

2.8. Immunization

Clause 14, IPU resolution on UHC (2019)

Urges parliaments to promote the immunization programmes of their respective governments, as the most effective preventive measure against infectious diseases, and to enact measures that will tighten patient safety regulations during the clinical testing of new vaccines to allay public fears of vaccination

Clause 14, along with clauses 9 and 29, set out various provisions to guide the role of parliaments in immunization programmes, which are vital for advancing the preventive objective of UHC. In addition to implementing their legislative and oversight responsibilities, parliaments have a valuable role to play in raising awareness and promoting support for immunization among constituencies, communities and the public. This includes the global roll-out of COVID-19 vaccines that is currently under way.

Legislatively, in addition to regulating the pharmaceutical industry for safety, quality and access, some parliaments may opt for compulsory immunization. In 2019, the Parliament of Pakistan and the German Bundestag each adopted legislation on compulsory vaccination, namely the Islamabad Compulsory Vaccination and Protection of Health Workers Act, and the Act on Protection against Measles and Strengthening Vaccine Prevention (Measles Protection Act).¹⁹

In addition to immunization against communicable diseases such as measles and rubella, vaccinating girls between the ages of 9 and 13 against human papillomavirus, and screening women between the ages of 30 and 49, would be key primary health-care interventions to reduce the incidence of and mortality from cervical cancer. In 2018, Asia and Africa accounted for around 76 per cent of new cervical cancer cases and 80 per cent of deaths from cervical cancer. While most high-income countries now routinely implement the human papillomavirus vaccine in their immunization programmes for adolescent girls, it is not offered in many low and middle-income countries.²⁰

¹⁸ WHO, *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* (Geneva, 2016): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250221/9789241549745-chapter10-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, chapter 10, p. 17.

¹⁹ The Parliament of Pakistan submitted a report to the IPU survey. Information on the German Measles Protection Act was found through desk research: German Federal Ministry of Health, "The Bundestag adopts the Measles Protection Act", (November 2019): www.bundesgesundheitsministerium.de/measles-protection-act.html.

²⁰ WHO, *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report* (Geneva, 2019): www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/. p. 67.

2.9. Sustainable health financing and financial protection

Clause 19, IPU resolution on UHC (2019)

Calls on parliaments to consider the Addis Ababa Action Agenda on Financing for Development and to allocate adequate domestic resources for the progressive realization of UHC through sustainable health financing, including through increased budgets where needed, as well as through measures to promote efficiency, equity, quality, cost containment and a stable basis for funding, mindful of the nominal minimum target for domestic resources identified by WHO as equivalent to 5 per cent of GDP

Clause 22

Also calls on parliaments to ensure financial protection in order to reduce out-of-pocket payments for health services and to eliminate financial barriers that prevent access to health

Clauses 19 and 22 deal with sustainable UHC financing, and protecting individuals from financial risk or hardship linked to health-care user fees. Parliaments have a vital role to play in influencing the adoption of budgets that are aligned with UHC objectives and, as stipulated in the resolution, in ensuring a minimum target equivalent to 5 per cent of GDP.

IPU Members submitted reports on increased allocations to health budgets for 2020 and 2021, especially in light of the COVID-19 pandemic. These included:

- The National Assembly of Nicaragua, which approved its country's 2020 annual general budget in December 2019. The budget allocated 16,022,872,579 cordobas to health. This exceeded the 2019 budget of 14,051,812,191 cordobas, and positioned health as a key budget priority.
- The Shura Council of Qatar, which allocated 11 per cent of total expenditure in 2020 to the health-care sector.
- The National Assembly of Thailand, which approved a 2021 budget allocation of US\$ 4,672,000,000 for UHC, representing 4.33 per cent of the total budget.

The UHC2030 synthesis report also noted that a number of governments had significantly increased their budgets, particularly to ensure sufficient resources to manage the pandemic response. These included:

- Ireland, which increased its 2020 and 2021 annual health budget by 12 per cent and 24 per cent respectively.
- Morocco, which allocated about a third of US\$ 1.1 billion to a special COVID-19 fund. This was a 19 per cent increase in the 2020 annual health budget. The 2021 national health budget is projected to increase by 11 per cent, with the specific objectives of advancing equitable access to health services, and extending compulsory health insurance to an additional 22 million people by the end of 2022.

All of the above examples illustrate a commitment to ensuring adequate domestic health resources, as required under clause 19. However, despite the ongoing COVID-19 pandemic, it is important for parliaments to continue their budgetary oversight work so that sufficient resources are also allocated to essential health services, including neglected and priority issues such as NCDs and SRHR. Morocco's additional budget allocation to extend compulsory health insurance aligns with clause 22 on providing financial risk protection; and at the same time, it is also an effective illustration of how the COVID-19 pandemic may be used as an opportunity to accelerate the implementation of UHC.

On a different note, in July 2020, the Romanian Parliament adopted a law on the organization and financing of health-promotion and disease-prevention services. The law requires that the budget allocation for those services is to be no less than 3 per cent of total health expenditure. This enables payments to be made for health promotion, in addition to general health-care services paid for through the existing social health insurance system.

Health promotion and disease prevention are key elements of UHC strategy, which is designed to reduce the risks of developing chronic diseases and other morbidities. Even though these elements enable a more efficient use of health resources, they still continue to be insufficiently prioritized over other services, such as treatment and diagnosis.

One webinar contributor outlined how a proposal for the accelerated introduction of compulsory national health insurance had been supported by all political parties in the South African Parliament. This example emphasized that UHC legislation should be well crafted so that public resources are properly used and protected from corruption.

It is therefore relevant that the 2020 report of the Independent Accountability Panel for Every Woman, Every Child, Every Adolescent (IAP) underlines the importance of both allocating sufficient health resources and ensuring good governance and accountability over health expenditure. The IAP notes that, over the past 10 years, inefficiencies and corruption have led to an estimated 20–40 per cent of global health expenditure being wasted. Without proper administration and appropriately targeted investments, countries can record divergent health outcomes, even if their per capita health expenditure is similar.²¹

These findings highlight that, while it is important to make adequate allocations to the health budget, parliaments need to play an equally crucial role in promoting budget transparency and accountability through legislation and oversight.

3. Inter-parliamentary and international engagement towards national accountability and capacity

Clause 32, IPU resolution on UHC (2019)

*Requests parliaments to facilitate and **support the learning and sharing of UHC experiences, best practices, challenges and lessons learned across IPU Member Parliaments and their parliamentarians***

Clause 33

*Also requests the **agencies of the United Nations system, in particular WHO**, to provide countries with coordinated, multifaceted support aimed at achieving UHC, to collaborate in monitoring the achievement of UHC, considering WHO's mandate to evaluate health indicators, and **to boost the capacity of parliaments and parliamentarians to develop and monitor national UHC policies** through the establishment of strong, learning health-care systems*

The principles of UHC are premised on a whole-of-government and whole-of-society approach. They enjoin parliaments not only to engage constituencies, stakeholders, the public and international agencies, but also to take part in inter-parliamentary exchanges to enable capacity-building. In addition to the activities promoted by the IPU, there have been various initiatives undertaken by regional parliamentary organizations. These have sought to endorse UHC, improve the capacity of national parliaments and promote their accountability, particularly in response to both the UN General Assembly Political Declaration and the IPU resolution on UHC.

²¹ IAP, *Caught in the COVID-19 storm: women's, children's, and adolescents' health in the context of UHC and the SDGs* (2020): <https://iapewec.org/reports/annual-reports/iap-2020-report/>. pp. 32 and 37.

Examples of regional inter-parliamentary action on UHC:

- 1) In December 2019, the Asian Parliamentary Assembly adopted a detailed resolution, *Collaboration on Health Equity in Asia*.²²
- 2) In September 2020, the Asia-Pacific Parliamentarian Forum on Global Health convened a virtual meeting entitled *Investing in Universal Health Coverage for the Future*. The meeting objectives were: to obtain updated information from WHO on the COVID-19 situation in the Organization's Western Pacific and South-East Asian regions; to share experiences on the importance of investing in UHC for COVID-19, and share knowledge about parliamentary action to secure national investments in health; and to consider how the Forum could support investments in UHC, including health security response and preparedness.
- 3) The European Parliament has undertaken a number of activities that may contribute to or support national parliamentary action and capacity on UHC, including:
 - a. Adopting a resolution in April 2020 on EU-coordinated action to combat the COVID-19 pandemic. It called on Member States and the EU institutions to monitor and uphold access to SRHR, including emergency contraception and access to abortion care. It also strongly rejected any attempts by Member States to backtrack on SRHR and LGBTI rights.²³
 - b. Adopting a resolution in July 2020 that called for a European health response mechanism, which would respond to all types of health crisis through better coordination and management of the strategic reserve of medicines and medical equipment.
 - c. Adopting a resolution in November 2020 on the EU4Health programme. The objective was to establish a dedicated funding programme for 2021–2027 designed to build resilient health systems in the EU.
 - d. Awareness-raising and education initiatives, including the publication of the Cervical Cancer Prevention Policy Atlas 2020²⁴ and the Contraception Policy Atlas Europe 2020.²⁵
- 4) At the IPU webinar, EALA reported that it had developed an impact assessment tool, which examines the preparedness of individual partner States and the management and mitigation of the COVID-19 pandemic. EALA also indicated that, by December 2020, it would produce a report with recommendations to partner States on strengthening their health systems, increasing budget allocations for health to a minimum of 15 per cent of the overall annual budget, and ensuring the engagement of relevant stakeholders.
- 5) The Parliamentary Forum of the Southern African Development Community has undertaken a number of activities that may contribute to or support national parliamentary action on UHC, including:
 - a. Adopting a resolution on UHC at its 46th and 47th Plenary Assembly Sessions (December 2019²⁶ and October 2020 respectively).

²² Asian Parliamentary Assembly (2019):

www.asianparliament.org/uploads/Documents/Resolutions/2019/1-Social%20and%20Cultural/3-Resolution%20on%20Collaboration%20on%20Health%20Equity%20in%20Asia.docx.

²³ European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, "European Parliament calls on Member States to guarantee safe and timely access to SRHR", (April 2020): www.epfweb.org/node/530.

²⁴ European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, *Cervical Cancer Prevention Policy Atlas 2020* (January 2020): www.epfweb.org/node/553.

²⁵ European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, *European Contraception Policy Atlas 2020* (October 2020): www.epfweb.org/node/669.

²⁶ Parliamentary Forum of the Southern African Development Community, press release (December 2019): www.sadcpf.org/index.php/en/media-release/press-release/148-universal-health-coverage-tops-as-sadc-pf-plenary-meets.

- b. Issuing *Guidelines for SADC National Parliaments to Address the COVID-19 Outbreak*.²⁷ The guidelines advise that:
 - i. *The objective to attain Universal Health Coverage (UHC) and fulfil Sustainable Development Goal 3 relating to health and well-being for all should remain overarching guiding principles to inform policy and legislative responses across SADC.*
 - ii. *Whilst priority should be given to mobilise resources to address the COVID-19 outbreak, access to other equally essential health-care services should not be mitigated.*
 - c. A concept note was circulated with the outline of an SADC model law on public finance management. The model law will be published in 2021 and will include provisions to ensure that international commitments, such as the SDGs, UHC or gender-based budgeting, are mainstreamed into national budgets by ministries and public departments.²⁸
- 6) In 2019, the African Union adopted the Treaty for the Establishment of the African Medicines Agency. The Agency is designed to provide a harmonized and strengthened regulatory system for medicines and medical products, with an emphasis on access to safe, effective, good-quality and affordable essential medicines and health technologies on the African continent.²⁹ The treaty is not yet in force, as it requires ratification (i.e. not merely signature) by a minimum of 15 African Union Member States. This process requires parliamentary approval and the transposition of the treaty into domestic law. The pace of ratification has been slower due to the COVID-19 pandemic, and five countries have ratified thus far: Burkina Faso, Ghana, Mali, Rwanda and Seychelles.

4. Conclusion

“There is no blueprint or secret recipe for managing COVID-19. Learning and adapting holds the key to effective and successful prevention and control of the pandemic. Every country must learn from its experience. Every country must adapt and correct its response in real time based on complex and evolving conditions.”

Ms. Pechdau Tohmeena, Member of Parliament, Thailand; member of the IPU Advisory Group on Health

The contributions of IPU Members, the UHC webinar, and desk research on parliamentary activities all make clear that most parliaments remain committed to the realization of UHC. Despite the constraints, some countries have been able to use the pandemic as an opportunity to accelerate UHC, as demonstrated by various examples in this summary. However, many challenges remain, including for countries with well-developed UHC systems.

Noting the suddenness with which the world was plunged into a global pandemic and the constraints this imposed, it was to be expected that parliamentary momentum on UHC would decrease (particularly on UHC legislation). Nevertheless, action programmes designed to achieve UHC by 2030 are still needed.

²⁷ Parliamentary Forum of the Southern African Development Community, press release (April 2020): www.sadcpf.org/index.php/en/media-release/press-release/161-sadc-pf-guidelines-for-sadc-national-parliaments-to-address-the-covid-19-outbreak.

²⁸ Parliamentary Forum of the Southern African Development Community, concept note: <https://new.sadcpf.org/index.php/en/secretariat/procurement/262-concept-note-for-a-sadc-model-law-on-public-financial-management-by-the-sadc-parliamentary-forum>.

²⁹ African Union, *Treaty for the Establishment of the African Medicines Agency*: <https://au.int/en/treaties/treaty-establishment-african-medicines-agency>.

There is no one-size-fits-all approach to UHC. This is evidenced by factors including: variability of resources; social, economic and geographic factors; differences in governance and constitutional systems; and ensuring that UHC models are responsive to the specific needs of different population groups. Inter-parliamentary exchanges are a vital part of the process to impart lessons and provide support.

The IPU will continue to promote the implementation of the UHC resolution in collaboration with its partners, and with an emphasis on the right to health for vulnerable and marginalized groups. As the focal point for accountability on the UHC resolution, the IPU Advisory Group on Health will continue assessing national experiences to facilitate exchanges and provide recommendations on UHC best practices. The IPU will also develop specific tools to support and promote the capacity of national parliaments. Upcoming examples include a partnership with WHO to develop handbooks on UHC and global health security, and a workstream on health taxes. The IPU has also joined the Legal Solutions Network, an initiative to support governments and policymakers in developing legal tools for UHC. Other Network members include the United Nations Development Programme, UNAIDS, WHO and the Georgetown University O'Neill Institute.

Owing to the constraints of the current period, it was not possible to undertake as comprehensive a review of parliamentary action on the UHC resolution as would have been desirable. Nevertheless, the information gathered has provided useful insights and lessons. It has also helped to identify interesting UHC initiatives and programmes for follow-up and further reporting in 2021. These include:

- Updates from countries with draft UHC legislation that had not been finalized by the end of 2020. Examples include Canada and El Salvador.
- Countries that enacted legislation before the IPU resolution, and so could not be included in this summary. Parliamentary action on implementation and oversight may be submitted for the 2021 summary, or to other processes under the accountability framework.
- Parliamentary action on other clauses of the UHC resolution that have not been covered in this summary.
- Parliamentary action on UHC for marginalized, vulnerable and key population groups, with an emphasis on the principles of health equity.
- UHC health indicators generally, and specifically in relation to SRHR, and women's, children's and adolescents' health.
- Analysis of UHC setbacks associated with the pandemic, and parliamentary programmes to reverse them.



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

التغطية الصحية الشاملة والإنصاف: هل يسيران جنباً إلى جنب دائماً؟
ورشة عمل افتراضية
26 تشرين الأول/أكتوبر 2021

موجز القضايا

مرفق رقم 3



Inter-Parliamentary Union
For democracy. For everyone.

هاتف: +41 22 919 41 50

فاكس: +41 22 919 41 60

بريد: postbox@ipu.org

شيمين دي بومييه 5

سي اتش-1218 لو جراند ساكونيكس

جنيف

www.ipu.org

موجز القضايا

حزيران/ يونيو 2021

معركة يمكن اكتسابها:

البرلمانيون والتغطية الصحية الشاملة

التغطية الصحية الشاملة: القضية

إن العالم الذي تكون فيه الصحة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان هو نوع العالم الذي نسعى جاهدين من أجل بنائه. إنّ التغطية الصحية الشاملة (UHC) هي الضامن لهذا الحق. التغطية الصحية الشاملة تعني أن الجميع، بغض النظر عن ظروفهم الشخصية، يجب أن يحصلوا على خدمات صحية عالية الجودة وبتكلفة ميسورة.

لا تتعلق التغطية الصحية الشاملة بالصحة فقط - إنها أكثر من ذلك: فهي تخلق فرص العمل، وتحد من الفقر، كما أنها معادل اجتماعي قوي.

لا يحصل نصف سكان العالم على الأقل على الرعاية الصحية التي يحتاجونها. يقع حوالي 100 مليون شخص في برائن الفقر المدقع كل عام بسبب تكاليف الرعاية الصحية. وبالفعل، ينفق ما يزيد عن 930 مليون شخص أكثر من 10 بالمائة من موازنتهم الأسرية على الرعاية الصحية.

وأكثر الفئات تعرضاً للمعاناة هم الفئات الضعيفة والسكان المهمشون لأنهم غالباً ما يكونون الأقل قدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية. وهذا ما يعرضهم لخطر أكبر للفقر واعتلال الصحة المستمر.



ومع ذلك، في إطار أهداف التنمية المستدامة، التزمت جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030. كما كررت البرلمانات أيضاً التزامها بالقرار التاريخي للاتحاد البرلماني الدولي للعام 2019 تحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول العام 2030: دور البرلمانات في ضمان الحق في الصحة.

بصفتكم برلمانيون، يمكنكم أن تكونوا محركاً رئيساً في تقديم التغطية الصحية الشاملة والحفاظ عليها في بلدانكم، وكذلك تعزيز القوانين والمؤسسات الأخرى ذات الصلة أيضاً. من خلال القيام بذلك، فإنكم ستحسنون صحة مواطنيكم وتحذون من الفقر والتمييز.

رسائل رئيسة حول التغطية الصحية الشاملة

- التغطية الصحية الشاملة خيار سياسي. يمكن لجميع البلدان تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- التغطية الصحية الشاملة هي استثمار في الناس وتساعد على معالجة الفقر وعدم المساواة.
- ينبغي أن يحصل كل فرد على الحد الأدنى من حزمة الخدمات الصحية الميسورة التكلفة وذات النوعية الجيدة.

تم تصميم التوصيات والرسائل الرئيسية التالية لدعم جهودكم كبرلمانيين وتلك الخاصة ببرلماناتكم لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

كيف يمكن للقوانين أن تدعم التغطية الصحية الشاملة؟

التغطية الصحية الشاملة هي التزام سياسي ولكي يتم تنفيذها فإنها تحتاج إلى أساس قانوني. يمكن للقوانين أن تحدث فرقاً كبيراً في الوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة. يمكن للقوانين حماية حقنا في الصحة، وتوفير الأساس القانوني للوصول إلى الخدمات الصحية، وتنظيم جودة الخدمات الصحية، والقضاء على مصاريف الجيب المفرطة لمنع الضائقة المالية، أو حماية النساء والفتيات من الممارسات الضارة أو العنيفة.

الرسائل الرئيسية حول تشريعات التغطية الصحية الشاملة

- الالتزام السياسي بالتغطية الصحية الشاملة

يمكن للقوانين ضمان إتاحة الخدمات الصحية للجميع، لا سيما للفئات الضعيفة أو المهمشة والتي غالباً ما "يتم إغفالها".



يُعد الإطار التشريعي القوي حجر الزاوية للرعاية الصحية عالية الجودة ومتطلباً للتغطية الصحية الشاملة.

كيف يمكنك المساعدة؟

➤ يمكنك مراجعة فعالية القوانين الحالية بشأن التغطية الصحية الشاملة والمساعدة في تعديلها عند الحاجة، بما في ذلك عن طريق إزالة الأحكام التمييزية.

➤ في حالة عدم وجود تشريع بشأن التغطية الصحية الشاملة، يمكنك المساعدة في تصميم قوانين التغطية الصحية الشاملة والدعوة إلى تشريعات تغطية صحية شاملة لاستهداف وحماية السكان المهمشين والضعفاء.

➤ في عملك مع المجتمع المدني والمجتمعات، يمكنك تحديد التدخلات الصحية ذات الأولوية في بلدك ودعم التشريعات التي تمهد للوصول إليها.

➤ يمكنك إشراك الفئات الضعيفة والمهمشة في العمليات التشريعية من خلال المشاورات والآليات الأخرى للمشاركة العامة.

➤ بمجرد اعتماد التشريع، يمكنك الدفاع عن تطبيقه بشكل قوي.

في الوقت الحالي، سيتعين إنفاق أكثر من 3 مليارات دولار أمريكي بحلول العام 2030 في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لإحراز تقدم نحو التغطية الصحية الشاملة. يعيش أكثر من 80 بالمئة من سكان العالم في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل،

ليس كافياً: يجب أن يكون مدعوماً بالتشريع لجعل التغطية الصحية الشاملة حقاً قانونياً وتوفير الأساس القانوني لتنفيذ سياسات التغطية الصحية الشاملة للبلد.

● تضمن القوانين القوية الوصول إلى الرعاية الصحية للجميع، وليس فقط لمن يستطيع تحمل تكاليفها. فهي تزيل حواجز الوصول حتى "لا يتم إغفال أحد".

● تحمي اللوائح الصارمة الناس من الإنفاق المفرط على الصحة، وتضمن جودة الرعاية الصحية، وتضع المعايير، وتشرف على دور مقدمي الخدمات الصحية.

كيف يمكن تمويل التغطية الصحية الشاملة؟

حجر الزاوية الآخر للتغطية الصحية الشاملة هو التمويل الكافي من خلال التمويل العام.

تتيح التطورات التكنولوجية للناس أن يعيشوا حياة أطول وأكثر صحة. عندما تصبح البلدان أكثر ثراءً، يزداد الطلب على الخدمات الصحية، وكذلك تزداد النسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي للبلد التي يتم إنفاقها على الصحة.

كيف يمكنك المساعدة؟

➤ يمكنك التأكد من أن الحكومة واضحة بشأن استراتيجية تمويل التغطية الصحية الشاملة الخاصة بها وأنها تفي بالتزاماتها.



لكنهم لا يعدون سوى 20 بالمئة من الإنفاق الصحي العالمي.

من أين سيأتي هذا التمويل؟

بدون التغطية الصحية الشاملة، يُدفع العديد من الأفراد بعمق في الديون من خلال الاضطرار إلى إنفاق جزء كبير من دخلهم على الصحة. لذلك تحتاج الحكومات إلى إدخال طرق جديدة للدفع مقابل الخدمات الصحية، على سبيل المثال من خلال الدفع المسبق أو تجميع الموارد. على سبيل المثال، يجب اتخاذ تدابير تلغي الدفع المباشر مقابل الخدمات الصحية للنساء والأطفال على وجه الخصوص لأنهم يواجهون مخاطر أكبر جراء الصعوبات المالية.

يمكن للحكومات زيادة التمويل محلياً (من خلال الضرائب أو التأمين الإجباري) أو خارجياً (من خلال التعاون الإنمائي). مهما كان المزيج، فإنه يجب أن يتم استخدام هذه الموارد بكفاءة- يُهدر ما يقدر بنحو 20 إلى 40 بالمئة من تمويل الصحة في جميع أنحاء العالم بسبب عدم الكفاءة والفساد.

يمكنك التأكد من أن اللجان البرلمانية تعالج قضايا الصحة والتمويل الصحي وأن الموازنة السنوية تعطي الأولوية للرعاية الصحية الأولية.

يمكنك الدعوة إلى زيادة التمويل الصحي في بلدك على الأقل إلى مستوى الحد الأدنى للهدف الذي حددته منظمة الصحة العالمية (WHO) وهو خمسة بالمئة من الناتج المحلي الإجمالي.

يمكنك الدعوة إلى إنهاء التمويل الطوعي للخدمات الضرورية للتغطية الصحية الشاملة ودعم تحصيل الإيرادات الإجباري بدلاً من ذلك.

يمكنك الضغط من أجل إنهاء المدفوعات الشخصية عن طريق طلب بيانات حول هذه النفقات واستخدام المعلومات لتعزيز تشريعات الحماية المالية.

يمكنك تشجيع المانحين على مواءمة الدعم المالي للمساعدة في تمويل تنفيذ التغطية الصحية الشاملة وزيادة مساعدتهم الإنمائية إلى 0.7 بالمئة من الدخل القومي الإجمالي.



يمكنك ضمان إنفاق الموارد على الخدمات الصحية ذات الأولوية العالية واستخدامها بكفاءة من خلال المساعدة في وضع معايير لتنظيم وحوكمة الرعاية الصحية وجودة واستخدام الأدوية ووسائل التشخيص.

رسائل رئيسة حول تمويل التغطية الصحية الشاملة

- تحتاج الحكومة إلى إعطاء الأولوية لقطاع الصحة وضمان التمويل المستدام إذا كان لها أن تحقق التغطية الصحية الشاملة.
- الإنفاق الشخصي هو أسوأ خيار لتمويل النظم الصحية. بدلاً من ذلك، يجب على الحكومات أن تدفع مقابل الخدمات الصحية من خلال أدوات مثل الدفع المسبق وتجميع الموارد.
- يجب على الحكومات استخدام الضرائب وأنواع مختلفة من الرسوم والتأمين الإجباري لتمويل وتنفيذ التغطية الصحية الشاملة.
- التمويل العام المحلي، الموافق عليه من البرلمان من خلال مشروع قانون الموازنة، هو أمر أساسي لتحسين كفاءة النظم الصحية والإنصاف في الوصول إلى الخدمات.
- الإدارة المالية العامة أمر بالغ الأهمية: طريقة تصميم الموازنات وتخصيصها واستخدامها في الخدمات الصحية هي في صميم جدول أعمال

التغطية الصحية الشاملة.

- ربط الدفع مقابل الخدمات الصحية بأداء الخدمة.

محاسبة الحكومات

يملك البرلمانون تحت تصرفهم عدداً من الأدوات لمحاسبة الحكومات نيابة عن المواطنين. وتشمل هذه: اللجان البرلمانية الدائمة، وجلسات الاستماع، والاقتراحات، والمناقشات، والأسئلة البرلمانية الخطية أو الشفوية، والتي يمكن أن تسهم جميعها في ضمان أن تبذل الحكومات قصارى جهدها لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

أحد المجالات الأساسية هو **المساءلة المالية**: إن إساءة استخدام الموارد العامة أو السلطة والتعسف في استخدامها له تأثير غير متناسب على الفئات الضعيفة والمهمشة من السكان. تحدث الانتهاكات الأكثر شيوعاً في التعاقدات والأدوية وأجور المستخدم.

المساءلة عن الأداء مهمة أيضاً لأنها تقيس الأداء مقابل الأهداف المتفق عليها. فهي تركز على خدمات ومخرجات ونتائج الهيئات والبرامج العامة والخاصة. معايير قياس الأداء تشمل الاستجابة للمواطنين وتحقيق الأهداف التي تلي احتياجاتهم ومطالبهم.



❖ يمكنك ضمان وفاء الحكومة بوعودها الانتخابية، وتحقيق ثقة الجمهور، وتمثيل مصالح المواطنين، واستجابتها للاحتياجات المتطورة في تقديم التغطية الصحية الشاملة.

رؤية للمستقبل

إن أهداف التنمية المستدامة تلوح في الأفق، وكما أظهرت الأزمات الأخيرة، فإن النظام الصحي القوي ليس ترفاً- إنه ضروري لبقائنا على قيد الحياة. سيحكم التاريخ بشكل إيجابي على أولئك الذين ساهمت جهودهم في جعله حقيقة واقعة.

بصفتك كبرلماني، يمكنك المساعدة في سنّ التشريعات اللازمة، وفتح مسارات للتمويل الكافي، والتأكد من أن حكومتك مسؤولة، وربما الأهم من ذلك، ضمان تمتع جميع النساء والرجال والأطفال بالحقوق التي يحق لهم التمتع بها، وخاصة أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها.

إن دورك مهم لأنه بدون التغطية الصحية الشاملة، سيظل الأمل في صحة السكان وازدهارهم مجرد أمل.

معلومات إضافية عن القضايا المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة

حول قانون التغطية الصحية الشاملة، انظر:

وأخيراً، غالباً ما تلعب الرعاية الصحية دوراً في الحملات الانتخابية التي ترفع من مستوى توقعات المواطنين حول السياسات والخدمات المتعلقة بالصحة. تضمن المساواة السياسية/ الديمقراطية أن تفي الحكومة بتلك الوعود وأن تفي باحتياجات مواطنيها.

كيف يمكنك المساعدة؟

❖ يمكنك الإشراف على الإنفاق العام عبر جميع مراحل دورة الموازنة وإجراء استفسارات لفهم كيفية تأثير الموازنات على حياة الناس بشكل كامل.

❖ يمكنك تحديد أو وضع آليات للرقابة، تتراوح من عمليات تدقيق مستقلة إلى وضع سياسات المبلغين عن المخالفات.

❖ يمكنك الاعتراف بحدوث الفساد وبناء آليات لمنعه والتخفيف من حدته.

❖ يمكنك تقييم أداء قطاع الصحة إزاء الأهداف المحددة.

❖ يمكنك العمل مع المجتمعات والمجتمع المدني لتحسين الخدمات الصحية وبناء الثقة.

❖ يمكنك المساعدة في تحديد مسؤوليات مقدم الرعاية الصحية والمساعدة في معاقبة أولئك الذين لا يفون بها.

❖ يمكنك المساعدة في إبراز مخاوف الناخبين في المقدمة، لا سيما في المجتمعات الفقيرة.



مخطط المعلومات البياني لمنظمة الصحة العالمية الذي
يقدم نظرة عامة سريعة على قانون التغطية الصحية
الشاملة.

حول المدفوعات الشخصية، انظر: تقرير منظمة
الصحة العالمية للمرصد العالمي بشأن الحماية المالية
في الصحة.

حول الإنفاق الصحي العالمي، انظر: قاعدة بيانات
الإنفاق على الصحة العالمية التابعة لمنظمة الصحة
العالمية.

حول سياسات التمويل الصحي، انظر: مجموعة
المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية.

حول الرقابة البرلمانية، انظر: التقرير البرلماني العالمي
للاتحاد البرلماني الدولي / برنامج الأمم المتحدة الإنمائي
للعام 2017.

© الاتحاد البرلماني الدولي (IPU)، 2021

ISBN: 978-92-9142-803-8

يجوز إعادة إنتاج جميع أجزاء هذا المنشور للاستخدام الشخصي وغير التجاري بشرط أن يتم أيضاً نسخ
مؤشرات حقوق النشر والمصدر وعدم إجراء أية تعديلات. يرجى إبلاغ الاتحاد البرلماني الدولي بخصوص
استخدام محتوى المنشور.

يود الاتحاد البرلماني الدولي أن يشكر ليلي أليانك التي أعدت الموجز، وكذلك موظفي الاتحاد البرلماني الدولي
الذين ساهموا في تحقيقه، وكذلك منظمة الصحة العالمية على ما قدموه من مراجعة تقنية ودعم مالي.





Inter-Parliamentary Union

For democracy. For everyone.

+41 22 919 41 50
+41 22 919 41 60
postbox@ipu.org

Chemin du Pommier 5
CH – 1218 Le Grand-Saconnex
Geneva
www.ipu.org

Issues Brief

June 2021

A Winnable Battle: Parliamentarians and universal health coverage

Universal health coverage: the issue

A world in which health is a basic human right is the kind of world we are striving to build. Universal health coverage (UHC) is the guarantor of that right. UHC means that everyone, regardless of their personal circumstances, should have access to affordable high-quality health services.

UHC is not only about health – it is more than that: it creates jobs, reduces poverty, and is a powerful social equalizer.

At least half the world's population does not have the health care they need. About 100 million people are plunged into extreme poverty each year because of health care costs. Already, more than 930 million people spend over 10 per cent of their household budget on health care.

The most to suffer are vulnerable groups and marginalized populations as they are often the least able to afford health care. This exposes them to a higher risk of poverty and ongoing ill health.

Yet, under the Sustainable Development Goals, all United Nations Member States committed to achieve UHC by 2030. Parliaments too reiterated their commitment in IPU's 2019 landmark resolution [Achieving universal health coverage by 2030: The role of parliaments in ensuring the right to health](#).

As parliamentarians, you can be key drivers in having UHC introduced and maintained in your countries and so also strengthen other relevant laws and institutions.

By doing so, you will improve the health of your citizens and reduce poverty and discrimination.

Key messages on UHC

- UHC is a political choice. All countries can achieve UHC.
- UHC is an investment in people and helps address poverty and inequalities.
- Everyone should have access to a minimum package of affordable health services of good quality.

The following recommendations and key messages are designed to support your efforts as parliamentarians and those of your parliaments to achieve UHC.

How can laws support UHC?

UHC is a political commitment and to be implemented it needs a legal foundation. Laws can make a major difference in access to high-quality health care. Laws can protect our right to health, provide the legal basis for access to health services, regulate the quality of health

services, eliminate excessive out of pocket expenses to prevent financial hardship, or protect women and girls from harmful or violent practices.

Laws can ensure that health services are available to everyone, especially to vulnerable or marginalized groups who are often “left behind”.

A robust legislative framework is a cornerstone of high-quality health care and a requirement for UHC.

How can you help?

- ↘ You can review the effectiveness of existing laws on UHC and help amend them where needed, including by removing discriminatory provisions.
- ↘ Where there is no legislation on UHC, you can help design UHC laws and advocate for UHC legislation to target and protect marginalized and vulnerable populations.
- ↘ In your work with civil society and communities, you can identify your country’s priority health interventions and support legislation that expands access to them.
- ↘ You can engage vulnerable and marginalized groups in legislative processes through consultations and other mechanisms for public participation.
- ↘ Once legislation is adopted, you can advocate for its robust implementation.

Key messages on UHC legislation

- Political commitment to UHC is not enough: it must be backed by legislation to make UHC a legal right and provide the legal basis for implementing a country’s UHC policies.
- Strong laws guarantee access to health care for everyone, not just those who can afford it. They remove access barriers so that “no one is left behind”.
- Robust regulation protects people from overspending on health, ensures the quality of health care, establishes standards, and oversees the role of health providers.

How can UHC be financed?

Another cornerstone of UHC is adequate funding through public financing.

Technological advances allow people to live longer and healthier lives. As countries become wealthier, demand for health services increases, as does the percentage of a country’s GDP spent on health.

At present, more than [US\\$ 3 billion](#) will have to be spent by 2030 in low- and middle-income countries to make progress towards UHC. More than 80 per cent of the world’s population lives in low- and middle-income countries but [accounts only for 20 per cent of global health expenditure](#).

Where will this funding come from?

Without UHC many individuals are being pushed deep into debt by having to spend a significant part of their income on health. Governments therefore need to introduce new ways of paying for health services, for example through prepayment or pooling of resources. For example, measures that eliminate direct payment for health services must be put in place for women and children in particular as they face higher risks of financial hardship.

Governments can increase funding domestically (through taxation or compulsory insurance) or externally (through development cooperation). Whatever the mix, these resources will have to be used efficiently – an estimated [20 to 40 per cent of health funding is wasted worldwide](#) due to inefficiencies and corruption.

How can you help?

- ↘ You can ensure the government is clear on its UHC funding strategy and is meeting its commitments.
- ↘ You can ensure that parliamentary committees address health and health financing issues and that the annual budget prioritises primary health care.
- ↘ You can advocate for an increase in your country’s health funding to at least the minimum target identified by the World Health Organization (WHO) of five per cent of GDP.
- ↘ You can advocate for an end to voluntary funding of services essential to UHC and support compulsory revenue collection instead.
- ↘ You can push for an end to out-of-pocket payments by requesting data about these expenditures and using the information to promote financial protection legislation.
- ↘ You can encourage donors to align financial support to help fund UHC implementation and to increase their development assistance to 0.7 per cent of GDI.
- ↘ You can ensure resources are spent on high-priority health services and used efficiently by helping set standards for regulation and governance of healthcare and for quality and use of medicines and diagnostics.

Key messages on financing UHC

- The government needs to prioritize the health sector and ensure sustainable financing if it is to achieve UHC.
- Out-of-pocket spending is the worst option for financing health systems. Instead, governments should pay for health services through such tools as prepayment and pooling of resources.
- Governments should use taxes, various types of charges, and compulsory insurance to fund and implement UHC.
- Domestic public financing, approved by parliament through the budget bill, is central to improving health systems’ efficiency and equity in access to services.
- Public financial management is critical: the way budgets are designed, allocated and used in health services is at the core of the UHC agenda.
- Payment for health services should be linked to the service performance.

Holding governments to account

Parliamentarians have a number of tools at their disposal to hold governments to account on behalf of citizens. These include permanent parliamentary committees, hearings, motions, debates, and written or oral parliamentary questions, all of which can contribute to ensuring that governments are doing their utmost to achieve UHC.

One essential area is **financial accountability**: the misuse and abuse of public resources or authority have a disproportionate impact on vulnerable and marginalized populations. The most common abuses occur in contracting, pharmaceuticals and user fees.

Performance accountability is also important as it measures performance against agreed targets. It focuses on the services, outputs, and results of public and private agencies and programmes. Criteria for measuring performance include responsiveness to citizens and the achievement of targets that meet their needs and demands.

Finally, health care often plays a part in election campaigns that raise citizens' expectations around health-related policies and services. **Political/democratic accountability** ensures the government delivers on those promises and fulfils its citizens' needs.

How can you help?

- ↳ You can oversee public spending across all phases of the budget cycle and conduct enquiries to understand fully how budgets affect people's lives.
- ↳ You can identify or put in place mechanisms for oversight, ranging from independent audits to the establishment of whistleblower policies.
- ↳ You can acknowledge that corruption occurs and build mechanisms to prevent and mitigate it.
- ↳ You can assess the performance of the health sector against set targets.
- ↳ You can work with communities and civil society to improve health services and build trust.
- ↳ You can help identify healthcare provider responsibilities and assist in sanctioning those who do not meet them.
- ↳ You can help bring voter concerns to the forefront, especially in poorer communities.
- ↳ You can ensure the government delivers on its electoral promises, fulfils public trust, represents the interests of citizens, and is responsive to evolving needs in the delivery of UHC.

A vision for the future

The SDGs are looming and, as recent crises have demonstrated, a strong health system is not a luxury – it is essential to our very survival. History will judge favourably those whose efforts have contributed to making it a reality.

As a parliamentarian, you can help enact the necessary legislation, open paths to sufficient funding, ensure your government is accountable and, perhaps most importantly, ensure all women, men and children, especially those who need it most, enjoy the rights to which they are entitled.

Your role is crucial because without UHC, the hope for healthy, thriving populations will remain just that – a hope.

Additional information on UHC related issues

On UHC law see: WHO's infographic providing a [quick overview of UHC Law](#).

On out-of-pocket payments see: [WHO Global Monitoring Report on Financial Protection in Health](#).

On global health spending see: WHO's [Global Health Expenditure Database](#).

On health financing policies see: WHO's [set of guiding principles](#).

On parliamentary oversight see: [IPU/UNDP Global Parliamentary Report 2017](#).

© Inter-Parliamentary Union (IPU), 2021

ISBN: 978-92-9142-803-8

All parts of this publication may be reproduced for personal and non-commercial use on condition that copyright and source indications are also copied and no modifications are made. Please inform the Inter-Parliamentary Union on the usage of the publication content.

The IPU wishes to thank Leyla Alyanak who prepared the brief, the IPU staff who contributed to its realization as well as the World Health Organization for their technical review and financial support.