



## حسابات ملی صحت افغانستان

### معرفی

متعاقباً، وزارت صحت عامه دور دوم حسابات ملی صحتی را در سال ۱۳۹۲ تولید نمود که در بر گیرنده ارقام سال مالی ۱۳۹۰ میباشد. خلص پالیسی هذا فشرده ی از یافته های دو دور حسابات ملی صحتی که در افغانستان تولید گردیده است میباشد و روند یا گرایش های مصارف بین دو گزارش را تحلیل مینماید. تحلیل این گزارش توسط ریاست اقتصاد و تمویل صحت و وزارت صحت عامه صورت گرفته است که توزیع مصارف صحتی را مشخص نموده و ساحاتی که در آن کمتر منابع به مصرف رسیده شناسائی مینماید، و نیز به تصمیم گیرندگان در مورد نیازمندی های منابع مالی مورد نیاز در آینده آگاهی داده و همچنان روند منابع تمویلی صحت را دریافت مینماید. خلاصه پالیسی موجود بار منابع تمویل صحت را که خانواده ها و تمویل کننده گان بین المللی متحمل شده اند، ارائه مینماید. نیاز مبرم و همیشگی برای اختصاص سهم بیشتر از منابع مالی دولت برای مراقبت های صحتی افغانستان محسوس است.

### خلاصه یافته ها

شاخص های حسابات ملی صحتی	۱۳۸۷	۱۳۹۰
عمومی		
مجموع مصارف دولت در بخش صحت (دالر امریکایی)	۶۳,۸۹۲,۲۳۹	۸۴,۱۴۸,۰۹۳
مجموع مصارف صحتی (THE)	۱,۰۴۳,۸۲۰,۸۱۰	۱,۵۰۰,۹۷۵,۹۴۵
مجموع مصارف سرانه صحتی (دالر امریکایی)	۴۱.۷۳	۵۵.۵۹
مجموع مصارف صحتی نظر به فیصدی تولیدات واقعی ناخالص داخلی	٪۱۰.۰	٪۸.۰
فیصدی مصارف دولت بالای صحت نظر به مجموع مصارف دولت	٪۴.۰	٪۴.۲
فیصدی منابع مالی نظر به مجموع مصارف صحتی		
دولت مرکزی	٪۶.۰	٪۵.۶
شخصی	٪۷۶.۰	٪۷۳.۶
سایر کشورها	٪۱۸.۰	٪۲۰.۸
مصارف خانواده ها		
مجموع مصارف خانواده ها به اساس فیصدی مجموع مصارف صحتی	٪۷۵.۰	٪۷۳.۳
مجموع مصارف سرانه خانواده ها (دالر امریکایی)	۳۱	۴۱

حسابات ملی صحتی یک چارچوب شناخته شده و یک روش استاندارد بین المللی جهت پیگیری منابع است که مصارف سکتور صحت یک مملکت را تحلیل و خلاصه نموده و مورد استفاده قرار میدهد (سازمان صحتی جهان، ۲۰۰۳). این چارچوب، دولت ها را قادر میسازد تا مجموع مصارف صحتی را در یک مدت زمان معین اندازه گیری نمایند. حسابات ملی صحتی با تحلیل مصارف صحتی سکتور خصوصی و سکتور عامه یک تصویر کلی از جریان وجوه مالی سیستم صحتی را از منابع مختلف ارائه مینماید. حسابات ملی صحتی متعاقباً مصارف انفرادی صحتی از منابع تمویل کننده به نماینده گان مالی، عرضه کننده گان خدمات، و فعالیت های صحتی را به تصویر کشیده و بدین ترتیب برای پالیسی سازان یک شناخت کلی از مصارف صحتی و اینکه منابع از کجا بوجود آمده، کی منابع را مدیریت مینماید و برای کدام فعالیت ها به مصرف رسیده است، ارائه مینماید.

منحیث یک وسیله سنجشی، حسابات ملی صحتی معلومات فوق العاده مهم و با ارزش مبتنی بر شواهد را به تصمیم گیرندگان، شرکای صحتی غیر دولتی و مسولین صحتی ارائه نموده و آنها را کمک مینماید تا با اتخاذ تصمیم مناسب سیستم صحتی را در جهت بهتر سوق دهند. همچنان این یک وسیله فوق العاده مهم و با ارزش در راستای افزایش شفافیت و حسابدهی مصارف دولت محسوب میشود.

با شناخت از پیامد های بالقوه حسابات ملی صحتی، وزارت صحت عامه دور اول حسابات ملی صحتی را در سال ۱۳۹۰ با استفاده از ارقام مرتبط با مصارف صحتی سال مالی ۱۳۸۷ تولید نمود. یافته های حسابات ملی صحتی ساحات مختلف را که نیازمند انکشاف بودند شناسایی نمود تا پالیسی های ملی صحتی آن ساحات را مورد توجه قرار دهد. به دوام سایر پیامد ها همچنان، انگیزه قیمت گذاری مجموعه خدمات صحتی اساسی و مجموعه خدمات اساسی شفاخانه ئی را ایجاد نمود و هم معلومات لازم را برای انکشاف پالیسی تمویل صحت ۱۳۹۱-۱۳۹۹، برنامه استرژیک پنج ساله وزارت صحت عامه ۱۳۹۱-۱۳۹۵ و پالیسی ملی صحتی و تغذی ۱۳۹۱-۱۳۹۹ فراهم نمود.

شاخص های حسابات ملی صحت		
۱۳۹۰	۱۳۸۷	
توزیع نماینده های مالی نظر به فیصدی مجموع مصارف صحتی		
دولت مرکزی	۱۱.۰٪	۱۱.۸٪
خانواده ها	۷۵.۰٪	۷۳.۳٪
مؤسسات غیر دولتی	۵.۰٪	۰.۳٪
سایر کشور ها	۸.۰٪	۱۴.۶٪
توزیع عرضه کنندگان نظر به فیصدی مجموع مصارف صحتی		
شفاخانه ها	۲۹.۰٪	۲۴.۰٪
مراکز خدمات سراپا	۳۲.۰٪	۲۵.۰٪
پرچون فروشان و سایر عرضه کنندگان اجناس طبی	۲۸.۰٪	۲۶.۰٪
دیگران <sup>۱</sup>	۱۱.۰٪	۲۵.۰٪
توزیع خدمات نظر به فیصدی مجموع مصارف صحتی <sup>۲</sup>		
مراقبت های معالجوی	۵۹.۰٪	۳۷.۰٪
ادویه جات	۲۸.۰٪	۲۶.۰٪
وقایه و پروگرام های صحت عامه	۵.۰٪	۵.۰٪
مدیریت امور صحت	۵.۰٪	۶.۰٪
ایجاد سرمایه	۲.۰٪	۱.۰٪
خدمات کمکی فرعی	-	۲۴.۰٪
دیگران <sup>۳</sup>	۱.۰٪	۱.۰٪

## بحث

بعد از ده ها سال جنگ های داخلی توجه بیشتر سکتور عامه روی معرفی اصلاحات بوده، بناً انکشافات چشمگیر در بخش اقتصادی رونما گردیده که افزایش چشمگیری مصارف سکتور صحت یک مثال آن میباشد. با وجود اینکه مصارف بالای صحت افزایش مطلق را نشان میدهد، ولی مجموع مصارف صحتی نظر به فیصدی

- ۱ اداره و عرضه برنامه های صحت عامه، اداره عمومی صحت و تمام نهاد های دیگر که شامل دیگر عرضه کننده گان صحت عامه میباشد.
- ۲ مقایسه بین ارقام سال های مختلف نظر به تغییرات قابل ملاحظه در تصنیف بندی که جهت تفکیک وسیعتر صورت گرفته ممکن نیست.
- ۳ دیگر خدمات شامل مراقبت های احیای مجدد و خدمات صحتی که نوع ان مشخص نمی باشد، است.

## پیشنهادات این خلاصه پالیسی

- ادامه برای جستجو ستراتیژی های تولید عایدات برای سکتور صحت.
- تطبیق یک میکانیزم محافظت از خطر برای خانواده ها بشمول بیمه صحتی همراه با پرداخت کمکی و صندوق حمایتی فقرا در شفاخانه ها.
- ترویج استفاده معقول ادویه و بهبود تدارکات ادویه.
- بهبود در شناخت سرمایه گذاری در قسمت مراقبت های وقایوی.
- تطبیق ستراتیژی سکتور خصوصی وزارت صحت عامه و تنظیم مارکیت خصوصی.
- سرمایه گذاری بالای ایجاد سرمایه در سکتور صحت با در نظر داشت مشارکت نهاد های عامه و خصوصی جهت فراهم آوری خدمات تشخیصیه در شفا خانه های ثالثی.
- تلاش برای جلب حمایت بشکل دوامدار برای نهادینه سازی حسابات ملی صحتی.

این خلاصه پالیسی به همکاری تکنیکی پروژه پالیسی صحت (HPP) که توسط USAID تجویز میشود، تهیه گردیده است.

تولید، ناخالص داخلی انکشاف نکرده است. قسمت اعظم بار امور مالی و مصارف سیستم صحت به دوش خانواده ها میباشد. در حالیکه سهم مصارف خانواده ها از مجموع مصارف صحتی در مدت زمان سه سال کاهش نسبی از ۷۶٪ به ۷۳٫۶٪ را نشان میدهد، مصارف مطلق صحتی از ۷۸۷ میلیون دالر به ۱٫۱ بیلیون دالر افزایش کسب نموده است. مصارف خانواده ها بالای صحت هر شخص از ۳۱ دالر به ۴۱ دالر افزایش کسب نموده است. پرداخت خانواده ها از پول شخصی شان بالای صحت نگرانی های شدید را جهت دسترسی خانواده های فقیر جامعه به مراقبت های صحتی، مطرح مینماید.

دولت مرکزی باید نقش خویش را در راستای تمویل صحت افزایش دهد وهمچنان سبب جلب توجه سکتور خصوصی در عرضه خدمات گردد. از انجائیکه کمک و همکاری های جامعه جهانی متداوم نیست پس در دراز مدت باید بالای آن اتکاء صورت نگیرد.

در سال ۱۳۹۰، پرچون فروشان و سایر فراهم کننده اجناس طبی قسمت اعظم از خدمات صحتی را فراهم نموده اند. این یافته ها نشان دهنده اینست که کیفیت خدمات طبی در سکتور عامه در سطح پائین قرار دارد، چنانچه، کمبود اجناس طبی و ادویه در سرتاسر تسهیلات صحتی در کشور و دیگر موانع که در تسهیلات صحتی عامه موجود است سبب آن گردیده است. عدم موجودیت ادویه، یا کمبود اجناس طبی و ادویه جات از سبب تجویز ادویه اضافه توسط داکتران و گرفتن ادویه خود سرانه توسط خود مریضان، منحصراً مشکلات عمده شناسائی گردیده اند. مریضان داخل بستر معمولاً ادویه خود را خود شان از ادویه فروشان خریداری نموده و جهت اخذ تداوی به شفاخانه باز گشت مینمایند. تمام شدن ادویه و کمبود ادویه در تسهیلات صحتی عامه سبب میگردد تا افراد جهت بدست آوردن خدمات صحتی به تسهیلات صحتی خصوصی مراجعه نمایند، این در حالیست که خدمات صحتی از طریق بسته خدمات صحتی اساسی و بسته خدمات صحتی شفاخانه ای بطور رایگان در سکتور عامه عرضه میگردد.

خدمات معالجوی که شامل مراقبت های داخل بستر و خدمات سراپا میباشد قسمت اعظم خدمات عرضه شده به مستفیدین را تشکیل میدهد. از جانب دیگر خدمات وقایوی و پروگرام های صحت عامه کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. الزاماً این موضوع قابل تعجب نیست چون وزارت صحت عامه در راستای وسعت پوشش خدمات صحتی کوشش نموده است، بناً بسته خدمات صحتی اساسی و بسته خدمات صحتی شفاخانه ای را جهت عرضه خدمات صحتی برای خانواده ها روی دست گرفته است. مصارف بالای تشکیل سرمایه فوق العاده پائین میباشد. مفروض به اینکه زیربنا تسهیلات صحتی در افغانستان بسیار محدود و ناچیز میباشد، سرمایه گذاری بیشتر در تشکیل سرمایه و زیربنا ضرورت میباشد.

# Afghanistan National Health Accounts (NHA)

## Introduction

The National Health Accounts (NHA) framework is an international, standardized resource tracking methodology used to summarize and analyze health expenditures in a country's health sector (WHO, 2003). The framework measures the total health expenditure (THE) for a specified period of time. By analyzing funds expended by the health sector overall (both public and private), the NHA generates a comprehensive picture of how the funding flows from various sources, through a variety of financing agents, to the providers for what health function. Thus, the NHA provides policymakers with a greater understanding of where health funds are generated and managed, as well as how and by whom health funds are being used.

As a measurement tool, NHA provides evidence to help policymakers, non-governmental stakeholders, and managers with valuable information to help make better decisions in their efforts to improve health system performance. It also serves as powerful tool to increase transparency and accountability of resources and government spending.

In recognizing its potential policy impact, the Ministry of Public Health (MoPH) implemented the first round of the NHA assessment in 2011 using expenditure data from fiscal year (FY) 2008–2009. The findings motivated and helped to inform the Health Financing Policy 2012–2020, the MoPH Five-Year Strategic Plan 2011–2015, and the National Health and Nutrition Policy 2012–2020. Subsequently, the MoPH conducted the second round of the

NHA in 2013, covering FY 2011–2012. This policy brief summarizes the results of the two rounds of NHAs conducted in Afghanistan and analyzes the expenditure trends over the two time periods. This analysis conducted by MoPH's Health Economics and Financing Directorate shows the distribution of health expenditures and identifies underfunded areas, which can inform decision-making on future health financing needs. Also, looking at the trends in the source of funds, this brief presents the current burden that is born by the population and the donors to finance health care. There is continued need for the government to increase its contribution to finance health care in Afghanistan.

## Summary of Findings

NHA Indicators	2008–2009	2011–2012
<b>General</b>		
Total government health expenditure (USD)	63,892,239	84,148,093
THE	1,043,820,810	1,500,975,945
THE per capita (USD)	41.73	55.59
THE as % GDP	10.0%	8.0%
<b>Government health expenditure as % total government expenditure</b>		
	4.0%	4.2%
<b>Financing Source as a % of THE</b>		
Central government	6.0%	5.6%
Private	76.0%	73.6%
Rest of the World	18.0%	20.8%
<b>Household (HH) Spending</b>		
Total HH out-of-pocket (OOP) spending as % of THE	75.0%	73.3%
Total HH OOP spending per capita (USD)	31	41



NHA Indicators	2008–2009	2011–2012
<b>Financing Agent Distribution as a % of THE</b>		
Central government	11.0%	11.8%
Household	75.0%	73.3%
Non-governmental organizations	5.0%	0.3%
Rest of the World	8.0%	14.6%
<b>Provider Distribution as a % of THE</b>		
Hospitals	29.0%	24.0%
Outpatient care centers	32.0%	25.0%
Retail sale and other providers of medical goods	28.0%	26.0%
Other <sup>1</sup>	11.0%	25.0%
<b>Function Distribution as a % of THE<sup>2</sup></b>		
Curative care	59.0%	37.0%
Pharmaceuticals	28.0%	26.0%
Prevention and public health programs	5.0%	5.0%
Health administration	5.0%	6.0%
Capital formation	2.0%	1.0%
Ancillary Services	-	24.0%
Other <sup>3</sup>	1.0%	1.0%

## Discussion

As the public sector focuses on reform after several decades of conflict, there have been noteworthy improvements in the overall economy as well as increased spending in the health sector. However,

1 Provision and administration of public health programs, general health administration, and all other industries are included in other/provider.

2 Comparison of functions across years may not be possible due to the significant changes in classification, which allows for a more detailed breakdown.

3 Other services include rehabilitative care and health functions not specified by kind.

despite absolute increases in health spending, THE as a percentage of GDP decreased 2 percentage points over three years, and government expenditure on health as a percentage of total government expenditure has not improved. The burden of financing the health system falls largely to individual households. While households' proportionate burden of THE dropped slightly over the three-year period from 76 percent to 73.6 percent, absolute spending rose from USD 787 million to USD 1.1 billion, increasing per capita out-of-pocket expenditure from USD 31 to USD 41. These direct OOP payments pose great concerns for access to essential health services among the poorest households. The central government should therefore look to increase its role as health financier and enlist the private sector to take a more active role as well. After all, donor support is considered unsustainable and should not be relied on in the long term.

Retail sale and other providers of medical goods provided the largest portion of services in 2011–2012. This finding is indicative of the low quality of health services in the public sector, the lack of medical supplies and pharmaceuticals available at health facilities across the country, and other access barriers to formal health facilities. There may be a general unavailability of medicines, or the lack of medical supplies and pharmaceuticals may be due to over-prescription by doctors or self-prescription by patients, commonly recognized as problems. Inpatients are often subject to visiting private pharmacies to purchase their own medication and then return to the hospital for treatment. Stock outs and shortages of medical supplies and pharmaceuticals at public facilities can serve as a motivation for individuals to seek care at private facilities, even though BPHS and EPHS are offered for free through the public sector.

Curative services including inpatient and outpatient care, accounted for the largest portion of services provided to consumers. Prevention and public health services, on the other hand, were underutilized. This is not necessarily surprising given that BPHS and EPHS are the MoPH's flagship efforts to expand coverage to households. Expenditure on capital formation is very low. Given the weak health infrastructure in Afghanistan, more investment is needed on infrastructure and capital formation.

## POLICY RECOMMENDATIONS

- Continue investigating new revenue generation strategies for the health sector.
- Implement a risk protection mechanism for households, including health insurance coupled with co-payments and equity funds in hospitals.
- Promote rational medicine use and improve drug supply.
- Improve understanding of investments in preventive care.
- Implement the MoPH Private Sector Strategy and regulate the private market.
- Invest in capital formation of the health sector and consider public-private partnerships for diagnostic services at tertiary hospitals.
- Continue to advocate for the institutionalization of NHA.

*This brief was produced with technical support from the USAID-funded Health Policy Project.*