

التأمين الصحي المدعوم للفئات
التي يصعب الوصول إليها

نحو تغطية صحية شاملة في
المنطقة العربية: نظرة أولى



ازدهار البلدان كرامة الإنسان





ازدهارُ البلدان كرامةُ الإنسان



رؤيتنا

طاقاتٌ وابتكار، ومنطقتنا استقرارٌ وعدلٌ
وازدهار.

رسالتنا

بشغفٍ وعزمٍ وعمَلٍ: نبتكر، ننتج المعرفة،
نقدّم المشورة، نبني التوافق، نواكب المنطقة
العربية على مسار خطة عام 2030.
يداً بيد، نبني غداً مشرقاً لكلِّ إنسان.

ورقة معلومات أساسية
التأمين الصحي المدعوم
للفئات التي يصعب
الوصول إليها



© 2022 الأمم المتحدة

حقوق الطبع محفوظة

تقتضي إعادة طبع أو تصوير مقتطفات من هذه المطبوعة الإشارة
الكاملة إلى المصدر.

توجه جميع الطلبات المتعلقة بالحقوق والأذون إلى اللجنة الاقتصادية والاجتماعية
لغربي آسيا (الإسكوا)، البريد الإلكتروني:

publications-escwa@un.org

النتائج والتفسيرات والاستنتاجات الواردة في هذه المطبوعة هي للمؤلفين، ولا
تمثل بالضرورة رأي الأمم المتحدة أو موظفيها أو الدول الأعضاء فيها، ولا ترتب أي
مسؤولية عليها.

ليس في التسميات المستخدمة في هذه المطبوعة، ولا في طريقة عرض مادتها،
ما يتضمن التعبير عن أي رأي كان من جانب الأمم المتحدة بشأن المركز القانوني
لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي منها، أو بشأن تعيين حدودها
أو تخومها.

الهدف من الروابط الإلكترونية الواردة في هذه المطبوعة تسهيل وصول القارئ
إلى المعلومات وهي صحيحة في وقت استخدامها. ولا تتحمل الأمم المتحدة أي
مسؤولية عن دقة هذه المعلومات مع مرور الوقت أو عن مضمون أي من المواقع
الإلكترونية الخارجية المشار إليها.

جرى تدقيق المراجع حيثما أمكن.

لا يعني ذكر أسماء شركات أو منتجات تجارية أن الأمم المتحدة تدعمها.

المقصود بالدولار دولار الولايات المتحدة الأمريكية ما لم يُذكر غير ذلك.

تتألف رموز ووثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام باللغة الإنكليزية، والمقصود
بذكر أي من هذه الرموز الإشارة إلى وثيقة من وثائق الأمم المتحدة.

مطبوعات للأمم المتحدة تصدر عن الإسكوا، بيت الأمم المتحدة،

ساحة رياض الصلح،

صندوق بريد: 11-8575، بيروت، لبنان.

الموقع الإلكتروني: www.unescwa.org

01

الملخص التنفيذي



العامّة المحلية المخصصة للصحة منخفضة نسبياً (مقارنة بالمتوسطات العالمية وغيرها من المتوسطات الإقليمية)، مما يشير إلى أنها ليست أولوية قصوى في مخصصات ميزانية الحكومات.

وثانياً، يبدو أن الترتيبات الحالية المدعومة غير كافية لضمان الحماية الكاملة من التعرض للمخاطر. وهذا يشير إلى أنه لا بد من إعادة النظر في السمات المؤسسية والتنظيمية للترتيبات الحالية من أجل تعزيز قدراتها على الحماية المالية وتقديم الخدمات. وتشير النتائج إلى أنه لا يمكن لسياسة توفر الرعاية المجانية للجميع ولا لسياسة الدعم أن تنجح بمفردها.

وتبين التجارب المستقاة من البلدان العربية وأماكن أخرى أن سياسات الدعم لا يمكن أن تحقق نجاحاً يذكر ما لم يتم وضع آليات فعالة للاستهداف والرصد لضمان التحديد الفعال للسكان المؤهلين للحصول على الإعانات. وإن ضمان التمويل الكافي من مصادر متعددة - بدلاً من الاعتماد فقط على التحويلات من الميزانية الحكومية - أمر بالأهمية عينها من أجل الحفاظ على توفير خدمات صحية كافية وجيدة والتعويض عن الإيرادات التي فقدتها خطط التأمين الصحي ومرافق الصحة العامة.

تسهم هذه الدراسة في النقاش حول السياسات المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة في المنطقة العربية. وعلى وجه التحديد، تلقي الضوء على السمات التصميمية لترتيبات التأمين الصحي المدعومة القائمة وتقيم أهميتها لإحراز تقدم نحو تحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة. وتحقيقاً لهذه الغاية، تحشد الدراسة طائفة واسعة من المصادر، بما في ذلك النتائج المستخلصة من الدراسات السابقة، والوثائق المتصلة بالحالات الإقليمية والقُطرية، فضلاً عن بيانات السلاسل الزمنية المستخرجة من مصادر مختلفة، بما في ذلك قاعدة بيانات الإنفاق العالمي على الصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية وبوابة البيانات التابعة للجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). ولا بد من تسليط الضوء على عدد من النتائج المثيرة للاهتمام والآثار الرئيسية لترتيبات التغطية الصحية الشاملة.

أولاً، يكشف تحليل المؤشرات الرئيسية أن معظم البلدان العربية تحرز تقدماً متوسطاً إلى سريع في عملية التحوّل في مجال تمويل الصحة، مما يقلل من عبء الإنفاق على الصحة على الفئات المعرضة للمخاطر ولا غنى عنه للانتقال إلى التغطية الصحية الشاملة. وعلى الرغم من هذا التحوّل في الإنفاق على الصحة، لا تزال حصة الموارد

5	الملخص التنفيذي
9	الرسائل الرئيسية
11	المقدمة
13	1. منهجية الدراسة
14	2. التحوّل في تمويل الصحة: المؤشرات الرئيسية في المنطقة العربية
14	ألف. إجمالي الإنفاق على الصحة: كم تنفق البلدان العربية على الصحة؟
17	باء. الحماية المالية: هل يتجاوز الإنفاق المجمع الإنفاق من الأموال الخاصة؟
19	جيم. ما حجم القدرة المالية؟ كم يخصص للصحة؟
21	3. تحليل السمات الرئيسية للترتيبات الصحية المدعومة في المنطقة العربية
21	ألف. الاستحقاق والأهلية: من المشمول؟ ومن هي الفئات المؤهلة للحصول على الإعانات؟
24	باء. مقاربات الاستهداف
25	جيم. عملية التسجيل ونوع الانتساب
26	دال. ترتيبات التمويل: مستوى الدعم وهيكل الاشتراكات
27	هاء. الترتيبات التنظيمية لتجميع المخاطر
28	واو. مصدر تمويل خطط التأمين الصحي المدعومة
29	زاي. تصميم حزمة التقديمات: نطاق الخدمات الصحية المشمولة
30	حاء. آليات تقاسم التكاليف
31	طاء. معدلات تغطية السكان المؤهلين للحصول على الإعانات
35	4. نقاش حول المرحلة المقبلة
38	المراجع

قائمة الأشكال

- الشكل 1. حصة إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية كنسبة
مئوية من الناتج المحلي الإجمالي مقابل نصيب الفرد من
الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة العربية، 2018
16
- الشكل 2. متوسط التغيّر السنوي في نصيب الفرد من إجمالي
الإنفاق على الخدمات الصحية مقابل نصيب الفرد من الناتج
المحلي الإجمالي في المنطقة العربية، 2000-2018
16
- الشكل 3. الإنفاق على الصحة حسب خطة التمويل في
المنطقة العربية في عام 2018
17
- الشكل 4. متوسط التغيّر السنوي في الإنفاق المجمع مقابل
الإنفاق من الأموال الخاصة على الصحة في المنطقة العربية،
للفترة 2000-2018
19
- الشكل 5. نسبة النفقات الحكومية العامة من الناتج المحلي
الإجمالي مقابل نسبة النفقات الحكومية المحلية على الصحة
من النفقات الحكومية العامة في المنطقة العربية، 2018
20
- الشكل 6. النفقات الحكومية المحلية على الصحة من النفقات
الحكومية العامة مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي
الإجمالي في المنطقة العربية، في عام 2018
21
- الشكل 7. الإعانات الحكومية للتأمين الصحي الاجتماعي
كحصة من التأمين الصحي الاجتماعي في البلدان العربية
28

02

الرسائل الرئيسية



02

استخدام الموارد المحلية بشكل أكثر كفاءة وإنصافاً من خلال ضمان توجيه موارد إضافية للصحة من خلال ترتيبات مسبقة الدفع ومجمّعة لتقليل الاعتماد على المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة.

03

تعبئة موارد إضافية لتحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة واحتواء الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الصحية.

إن تجاوز الوضع الراهن نحو التغطية الصحية الشاملة يتطلب من معظم البلدان العربية اتخاذ الإجراءات التالية:

01

زيادة الإنفاق على الصحة، المعدّل حسب الوضع المرضي والديمغرافي، إلى مستويات أقرب إلى المعايير التقليدية من خلال زيادة إنفاقها العام على الصحة من خلال صناديق التأمين الاجتماعي أو الوكالات الحكومية أو غيرها من خطط التمويل النظامية المجمّعة.

03

المقدمة



تعتمد العديد من البلدان على التحويلات من الميزانية الحكومية لتوسيع نطاق التغطية الصحية في محاولاتها لتحقيق غاية التغطية الصحية الشاملة في أهداف التنمية المستدامة - تغطية الخدمات (المؤشر 3-8-1 من أهداف التنمية المستدامة) والحماية المالية (المؤشر 3-8-2 من أهداف التنمية المستدامة). وتستخدم هذه التحويلات إما لدعم تقديم الخدمات الصحية (إعانة جانب العرض)، أو لخفض العجز في البرامج الوطنية للتأمين الصحي، أو لدعم اشتراكات التأمين الصحي للذين يصعب الوصول إليهم (إعانة جانب الطلب). وبغض النظر عن الشكل المحدد الذي قد يتخذه الدعم، يستخدم عموماً لتوسيع نطاق التغطية الصحية لتشمل الفئات المعرضة للمخاطر من السكان بتكلفة مخفضة أو بدون مقابل⁰¹. ويمكن تحديد الفئات السكانية المؤهلة على أساس معايير ديمغرافية أو اجتماعية واقتصادية (على سبيل المثال، الأطفال، وكبار السن، والنساء، والأشخاص ذوو الإعاقة والأمراض المزمنة، والفقراء، واللاجئون، والعاملون في القطاع غير النظامي، والعمال المهاجرون، والعاملون لحسابهم الخاص أو العاطلون عن العمل)⁰². وتغطي الترتيبات الصحية المدعومة مجموعة من الآليات بما في ذلك دعم الأقساط؛ والإعفاء من الاشتراكات؛ والتأمين الصحي المدعوم من الدولة؛ والتغطية المدعومة، وبرامج المساعدة الطبية؛ وشبكة الأمان الاجتماعي؛ والخصم الضريبي المتصل بالأقساط والتأمين الخاضع لرعاية صاحب العمل. وما يجمع بين كل هذه الآليات هو أنها جميعاً مصممة لخدمة أولئك الذين لا يستطيعون الحصول على تغطية صحية عامة أو خاصة كافية. بالإضافة إلى ذلك، فإنها تستند عادة إلى مفاهيم المساعدة المتبادلة والدعم المتبادل والتضامن الاجتماعي⁰³.

ووفق منظمة الصحة العالمية، يمكن أن تساعد التحويلات من الميزانية إلى الصحة في تحقيق ثلاثة أبعاد للتغطية الصحية الشاملة: اتساع نطاق التغطية (حجم السكان المشمولين)، وعمق التغطية (نسبة الخدمات المشمولة)، وارتفاع التغطية (نسبة التكاليف المشمولة أو مستوى الحماية المالية للتغطية الصحية)⁰⁴. بيد أنه ليس من الواضح ما إذا كانت تحويلات الميزانية ستستخدم لدعم تغطية السكان الذين يصعب الوصول إليهم أو لدعم تغطية الخدمات للسكان الذين يسهل الوصول إليهم⁰⁵. ويتمثل النهج الذي تتبعه منظمة الصحة العالمية في تحديد سمات التصميم المؤسسي الجيد للتحويلات المالية من الميزانية إلى الصحة. وتشمل ما يلي: الاستهداف الفعال لأشد الناس فقراً؛ وتقديم دعم كامل أو مرتفع جداً لاشتراكاتهم؛ ودمج المشاركين المدعومين المسجلين والمساهمين في نفس المجموعة لضمان توفير حزمة موحدة من المنافع والمساواة في الحصول على الخدمات الصحية؛ وتخفيض أو إلغاء متوسطات السداد التشاركي للمدعومين؛ ومواءمة مختلف حزم المنافع وإنشاء نظام متكامل دون خيار عدم القبول للميسورين⁰⁶.

وتقدم هذه الدراسة استعراضاً عاماً لترتيبات التأمين الصحي المدعوم لعدد مختار من البلدان العربية ذات مستويات دخل مختلفة جداً. وتختلف هذه البلدان أيضاً من حيث مستوى الإنفاق على الصحة ومزيج التمويل، فضلاً عن هيكل وتنظيم نُظُمها الصحية⁰⁷. وقد تطورت هذه الاختلافات نتيجة مزيج من الحقائق التاريخية والمؤسسية وليس نتيجة خيارات سياسات متعمدة⁰⁸، وفي حين أن هذه الاختلافات تثير تحليلنا لترتيبات التأمين الصحي المدعوم، فإن التحليل المقارن للنظم الصحية الوطنية باستخدام الأنماط القياسية (مثل نظام التأمين الصحي الاجتماعي المزدوج وفق أسلوب بيفريدج مقابل الخدمات الصحية الوطنية وفق أسلوب بسماركيان أو تصنيف إسبينغ-أندرسن الذي يميّز بين أنظمة الرعاية الاجتماعية الليبرالية أو المحافظة أو الديمقراطية الاجتماعية) لا يدخل ضمن نطاق هذه الدراسة.

⁰¹ World Health Organization (WHO), 2010.

⁰² Abu-Zaineh and others, 2019, Vilcu and others, 2016, World Bank, 2019.

⁰³ Ahmed, 2020.

⁰⁴ WHO, 2017.

⁰⁵ Ochalek, Manthalu, and Smith, 2020.

⁰⁶ WHO, 2017, World Health Organization-EMRO, 2019.

⁰⁷ Abu-Zaineh and Abul Naga, 2013.

⁰⁸ Alami, 2017, Kronfol, 2012.

09

يرد لبنان في هذا البحث ضمن الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل وذلك بسبب تاريخ البيانات التي تعود إلى ما قبل الأزمة الاقتصادية وقد أعاد البنك الدولي تصنيف لبنان بعدها ضمن الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل، <https://data.worldbank.org/country/LB>

10

Kutzin, 2001, Gottret and Schieber, 2006

11

Acharya and others, 2012, Tangcharoensathien and others, 2011, Bitran, 2014, Vilcu and others, 2016

12

Vilcu and others, 2016

وعلى وجه التحديد، تستكشف هذه الدراسة السمات التصميمية للترتيبات الحالية المدعومة في جميع أنحاء البلدان العربية استناداً إلى مجموعة محددة من المعايير بما في ذلك قواعد الاستحقاق والأهلية، وعملية التسجيل، ومصادر التمويل، ومستوى وهيكّل الدعم، ومحتوى حزمة المنافع، وآليات تقاسم التكاليف والهياكل التنظيمية والسياسات. وتهدف إلى تحديد السمات التصميمية والسياسات التي يمكن أن تساعد في تسريع التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وتحدد العوامل التي تحول دون تحقيق الآثار المرجوة من تغطية التأمين الصحي المدعومة، مثل عدم توافر خدمات الرعاية الصحية الجيدة أو عدم إمكانية الوصول إليها، أو ارتفاع متطلبات السداد التشاركي، أو حزم المنافع المقيدة.

ويوجز القسم الأول الأساليب والمواد المستخدمة لتقييم مختلف الجوانب المتصلة بترتيبات التأمين المدعوم. ويقيّم القسم الثاني المؤشرات الرئيسية للتحوّل في مجال تمويل الصحة، ويقيّم القسم الثالث جوانب التصميم المؤسسي الحاسمة لترتيبات التأمين المدعوم. ويختتم القسم الرابع والأخير ببعض التوصيات المتعلقة بالسياسات.

1. منهجية الدراسة

وتشمل الدراسة 17 بلداً عربياً، تختلف في العديد من الجوانب، خاصة مستويات الدخل ومستويات الإنفاق على الصحة. وتصنّف ضمن ثلاث مجموعات باستخدام فئات أصحاب الدخل الخاصة بالبنك الدولي للسنة المالية 2020 (استناداً إلى بيانات عام 2018): الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل (تونس وجزر القمر وجيبوتي والسودان ومصر والمغرب وموريتانيا)، والشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل (الأردن والجزائر والعراق ولبنان⁰⁹)، والبلدان المرتفعة الدخل (الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية).

وتستخدم الورقة إطاراً تحليلياً عاماً يستند إلى الوظائف الأساسية الثلاث لتمويل الصحة: تعبئة الموارد، وتجميع الأموال، والشراء¹⁰. وقد نفذت الاستعراضات السابقة¹¹ أطراً تحليلية مماثلة لتقييم أثر مختلف إصلاحات النظام الصحي، بما في ذلك ترتيبات الدعم الحكومي. ويعرض الجدول الموجز أدناه المكونات الرئيسية للإطار التحليلي، المقتبس من Vilcu وآخرين، 2016¹². ويوفر هذا الإطار تصنيفاً لمختلف السمات التصميمية المؤسسية فيما يتعلق بوظائف تمويل الصحة الرئيسية (تعبئة الموارد، وترتيبات تجميع المخاطر، وقرارات الشراء)، وكلها لها آثار هامة على التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

تحشد هذه الدراسة طائفة واسعة من المصادر، بما في ذلك النتائج المستخلصة من الاستعراضات والدراسات السابقة، فضلاً عن وثائق متّصلة بالحالات الإقليمية والقُطرية. وتعتمد أيضاً على بيانات السلاسل الزمنية المستخرجة من مصادر مختلفة، بما في ذلك قواعد بيانات وتقارير الإسكوا ومنظمة الصحة العالمية (مثل قاعدة بيانات الإنفاق العالمي على الصحة)، وتقارير الحسابات الصحية الوطنية، والموجزات القُطرية الصحية، فضلاً عن الدراسات الاستقصائية الوطنية. وتستخدم الإحصاءات والرسوم البيانية الوصفية لتحليل التغيّرات الزمنية ومقارنة المتغيّرات الرئيسية مع المتوسطات العالمية ومتوسطات المنطقة العربية والمتوسطات الإقليمية الأخرى ومتوسطات البلدان المنضمة إلى منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وإن المتوسطات الإقليمية والعالمية هي متوسطات مرجحة. ويتم حساب متوسط التغيّرات السنوية في النفقات الصحية باستخدام طريقة حساب متوسط النمو السنوي المركب. ويتم الإبلاغ عن الناتج المحلي الإجمالي وجميع النفقات الصحية وفق معادل القدرة الشرائية الثابت لعام 2018 (بقياس العملة الوطنية للدولار الواحد) للسيطرة على الفروق في أسعار صرف العملة وتضخم الأسعار، وبالتالي كل ما يتم جمعه هي التغيّرات في حجم النفقات.

2. التحوّل في تمويل الصحة: المؤشرات الرئيسية في المنطقة العربية

الحكومي المحلي على الصحة كنسبة من الإنفاق الإجمالي على الصحة ومن الإنفاق الحكومي العام. ولذلك ينبغي أن يحل تمويل الصحة من خلال آليات الدفع المسبق وتجميع الموارد محل المدفوعات المباشرة (الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة الذي تتحمله الأسر المعيشية عند نقطة تقديم الرعاية الصحية) والترتيبات الصحية غير المجمعّة (حسابات التوفير الطبية). ويُشار إلى هذا التحوّل في مزيج تمويل الصحة من آليات التمويل اللاحقة إلى آليات تجميع المخاطر المسبقة باسم التحوّل في مجال تمويل الصحة المطلوب من أجل الانتقال إلى التغطية الصحية الشاملة¹⁵. وعندما تحقق البلدان تقدماً في عملية التحوّل في تمويل الصحة، فإنها تساعد على تخفيف عبء الإنفاق على الصحة على الفئات المعرضة للمخاطر. ويقدم هذا القسم تقييماً قائماً على المؤشرات للمتغيّرات الرئيسية للتحوّل في مجال تمويل الصحة في المنطقة العربية خلال العقدين الفائتين.

يعتمد مستوى الإنفاق على الصحة العامة والتحويلات المالية من الميزانية الحكومية إلى الصحة في نهاية المطاف على الحيّز المالي المتاح، الذي يُعرّف بأنه مدى قدرة الحكومة على توفير موارد إضافية للصحة دون اللجوء إلى الإفراط في الاقتراض أو خفض الإنفاق على قطاعات أخرى¹³. كما يندرج الحيّز المالي في صميم النقاش الدائر حالياً حول جدوى واستدامة توسيع نطاق تغطية التأمين الصحي باستخدام أشكال مختلفة من الإعانات¹⁴. وتشمل الشروط الأساسية لإحراز تقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة زيادة إجمالي الإنفاق على الصحة للفرد الواحد وكحصة من الناتج المحلي الإجمالي عن طريق زيادة إنفاقها العام على الصحة (الممول إما من خلال الإيرادات الضريبية العامة أو الاشتراكات المقطعة من الأجور). وينطوي ذلك على توجيه معظم الزيادة في الإنفاق على الصحة من خلال خطط الدولة وخطط المساهمة الإلزامية؛ مما يعني زيادة الإنفاق

ألف. إجمالي الإنفاق على الصحة: كم تنفق البلدان العربية على الصحة؟

المخصصة للإنفاق الصحي بمقدار 2.5 في المائة لتصل إلى 8.2 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2030. وقد اقترحت بعض البلدان العربية نفسها أهدافاً لزيادة الإنفاق المحلي على الصحة. فعلى سبيل المثال، التزمت مصر بتخصيص 3 في المائة من الناتج القومي الإجمالي للصحة من أجل الاقتراب أكثر من تحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030¹⁸. ومع ذلك، فإن الأرقام المبلّغ عنها بشأن الإنفاق على الصحة (كحصة من الناتج المحلي الإجمالي وكحصة من الإنفاق الحكومي العام) تبدو مخيبة للآمال إلى

بُذلت محاولات في بعض الدراسات التجريبية لتقييم مبلغ الإنفاق المحلي الذي على البلدان زيادته لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتشير تقديرات صندوق النقد الدولي، مع مراعاة المتغيّرات الاقتصادية والديمقراطية، إلى أنه ينبغي للبلدان النامية أن تحشد على الصعيد المحلي نسبة إضافية تتراوح بين 2 و8.3 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي للإنفاق على الصحة بحلول عام 2030¹⁶. فعلى سبيل المثال، تشير دراسة أجرتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية¹⁷ إلى أن المغرب يحتاج إلى زيادة حصة الناتج المحلي الإجمالي

¹³ .Gottret and Schieber, 2006

¹⁴ Abu-Zaineh and others, 2020

¹⁵ .Fan and Savedoff, 2014

¹⁶ Abu-Zaineh and others, 2020, Awawda, Abu-Zaineh and Ventelou, 2020, Gaspar and others, 2019

¹⁷ .OECD, 2020

¹⁸ .Mansour, 2013

ويقارن الشكل 2 نصيب الفرد من متوسط التغيّر السنوي في حجم الموارد التي تنفق على الصحة بنصيب الفرد من متوسط التغيّر السنوي في الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة العربية خلال الفترة 2000-2018. وفي هذه البلدان، ارتفع نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة (وفق معادل القدرة الشرائية الثابت لعام 2018) بمعدل 3.1 في المائة سنوياً بين عامي 2000 و2018 (بزيادة من 607 دولاراً في عام 2000 إلى 1,059 دولاراً في عام 2018) مقارنة بمتوسط الزيادة السنوية بمعدل 2.9 في المائة في المتوسط العالمي (من 870 إلى 1,457 دولاراً) وبتوسط الزيادة السنوية بمعدل 2.1 في المائة في أمريكا اللاتينية و2.3 في المائة في البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى. وتؤكد هذه الأرقام أن نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في المنطقة العربية ارتفع بوتيرة أسرع من المتوسط العالمي وحتى المتوسطات الإقليمية الأخرى المدرجة في المقارنة، على الرغم من انخفاض متوسط الزيادة في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (وفق معادل القدرة الشرائية الثابت لعام 2018).

نظراً إلى أن الأدبيات تشير إلى أن جزءاً كبيراً من التباين في نصيب الفرد من الإنفاق الإجمالي على الصحة يرتبط بالتغيّرات في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، فمن المتوقع أن يواكب معدل نمو نصيب الفرد من الإنفاق الإجمالي على الصحة نمو الدخل وأن ينمو بشكل أسرع من الناتج المحلي الإجمالي²⁰. وكما هو مبين في المنطقة المظللة من الشكل 2 أدناه، كان متوسط الزيادة السنوية في نصيب الفرد من الإنفاق الإجمالي على الصحة في غالبية البلدان العربية أعلى من متوسط النمو السنوي لنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، باستثناء الأردن وجزر القمر وجيبوتي ولبنان.

حد ما حيث يبدو أن معظم البلدان تنفق أقل من المتوسطات العالمية أو حتى من أهدافها المحددة (الشكل 1 والشكل 2)¹⁹.

ويبين الشكل 1 حصة الناتج المحلي الإجمالي المخصصة للإنفاق الصحي الإجمالي في البلدان العربية. وفي معظمها، يبدو أن الصحة لا تشكل سوى جزء صغير من الاقتصاد. وتبيّن أحدث الأرقام المتاحة أن متوسط الإنفاق على الصحة كحصة من الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة يبلغ 5.3 في المائة، وهو أقل بكثير من المتوسط العالمي البالغ 8.2 في المائة والمتوسط في بلدان أمريكا اللاتينية، الذي يبلغ 7.7 في المائة. وهو أعلى بقليل فقط من المتوسط في البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى (5.0 في المائة)، على الرغم من أن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة العربية أعلى بكثير. ونجد اختلافات كبيرة داخل المنطقة العربية: تنفق الأردن وتونس ولبنان 7.8 في المائة و7.3 في المائة و8.4 في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة، على التوالي، وبذلك تتخطى البلدان الأخرى في المنطقة، بما في ذلك بلدان مجلس التعاون الخليجي: الإمارات العربية المتحدة (4.2 في المائة)، البحرين (4.1 في المائة)، عُمان (4.1 في المائة)، قطر (2.5 في المائة)، والكويت (5.0 في المائة). وعلى الرغم من عدم وجود معيار مقبول عموماً لحصة الناتج المحلي الإجمالي التي ينبغي لأي بلد أن يخصصها للصحة، فإن انخفاض الحصة قد يشير إما إلى محدودية الحيز المالي للصحة، أو إلى وجود شعب فتّي نسبياً، أو عدم إيلاء الأولوية للإنفاق على القطاع الصحي. وقد يكون هذا التفسير معقولاً بالنسبة لبلدان الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل (مثل جيبوتي: 2.3 في المائة، ومصر: 4.9 في المائة) وبلدان الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل (الجزائر: 6.2 في المائة، وليبيا: 6.0 في المائة)، ولكن يصعب أن ينطبق على بلدان مجلس التعاون الخليجي ذات الدخل المرتفع.

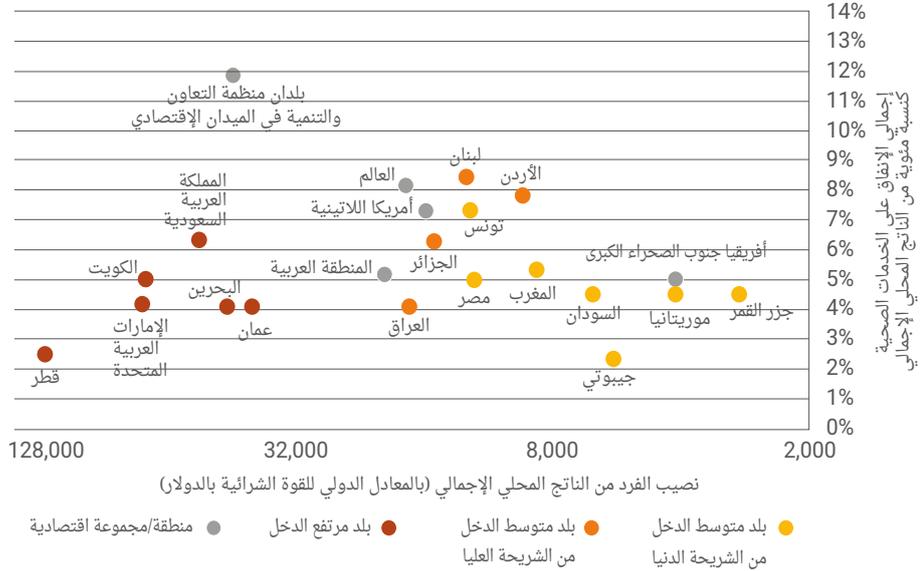
19

لم نعثر على معلومات مماثلة عن معايير الإنفاق على الصحة في بلدان أخرى في المنطقة

20

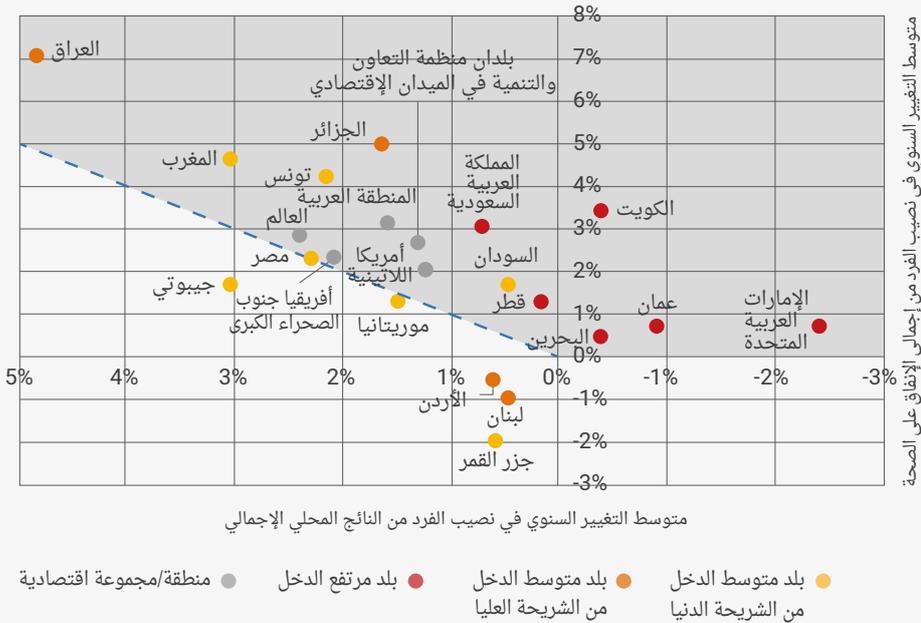
Bander and others, 2020

الشكل 1. حصة إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالمعادل الدولي للقوة الشرائية بالدولار) في المنطقة العربية، 2018



المصدر: حسابات الإسكوا استناداً إلى بيانات من قاعدة بيانات الإنفاق العالمي على الصحة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومن بوابة بيانات الإسكوا (تم الاطلاع عليها في 2021/11/11).
ملاحظة: يرد لبنان في هذه الوثيقة ضمن الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل وذلك بسبب تاريخ البيانات التي تعود إلى ما قبل الأزمة الاقتصادية وقد أعاد البنك الدولي تصنيف لبنان بعدها ضمن الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل.
<https://data.worldbank.org/country/LB>

الشكل 2. متوسط التغير السنوي في نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالمعادل الدولي للقوة الشرائية بالدولار، مثبتاً بقيمته في عام 2018) في المنطقة العربية، 2018-2000



المصدر: حسابات الإسكوا استناداً إلى بيانات من قاعدة بيانات الإنفاق العالمي على الصحة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (تم الاطلاع عليها في 2021/11/11).
ملاحظة: يرد لبنان في هذه الوثيقة ضمن الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل وذلك بسبب تاريخ البيانات التي تعود إلى ما قبل الأزمة الاقتصادية وقد أعاد البنك الدولي تصنيف لبنان بعدها ضمن الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل.
<https://data.worldbank.org/country/LB>

من الإنفاق الإجمالي على الصحة من 64 في المائة في عام 2000 إلى 69 في المائة في عام 2018، وهو ما يعتبر أسرع من المتوسط العالمي حيث ارتفعت الحصة المجمّعة من الإنفاق على الصحة على الصعيد العالمي من 75 في المائة في عام 2000 إلى 78 في المائة في عام 2018.

• **وفي الثلث العلوي من الربع العلوي الأيمن** أيضاً، يظهر أن النفقات الصحية المجمّعة والمدفوعات من الأموال الخاصة آخذة في الازدياد، ولكن الأخيرة هنا بوتيرة أسرع من الأولى. ونتيجة لذلك، تنخفض الحصة المجمّعة من الإنفاق، مما يعني أن البلدان في هذا المجال لا تحقق التحوّل في مجال تمويل الصحة. ففي الجزائر، على سبيل المثال، ارتفعت النفقات الصحية المجمّعة بمعدل 4.4 في المائة سنوياً، ولكن بما أن المدفوعات من الأموال الخاصة ارتفعت بشكل أسرع بمعدل 6.3 في المائة سنوياً، انخفضت حصة النفقات الصحية المجمّعة من الإنفاق الإجمالي على الصحة من 74 في المائة في عام 2000 إلى 67 في المائة في عام 2018.

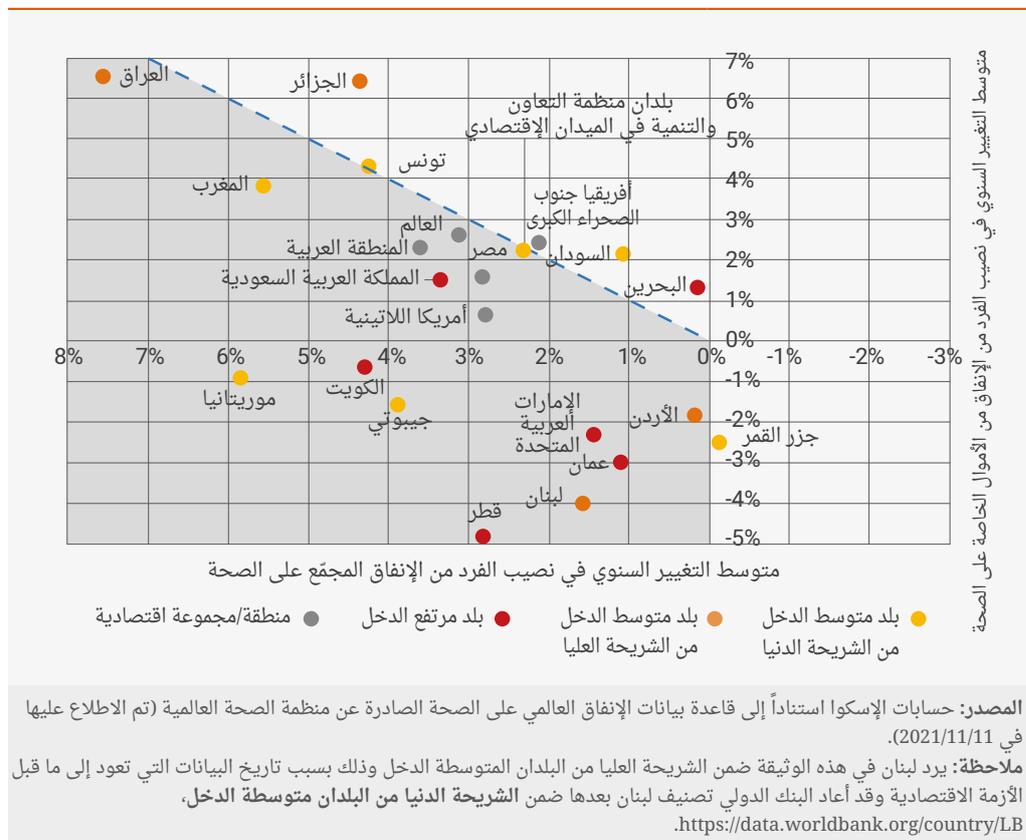
• **وفي الربع السفلي الأيسر**، يظهر أن كل من النفقات الصحية المجمّعة والمدفوعات من الأموال الخاصة قد انخفضت. إن البلد العربي الوحيد الموجود في هذا المجال هو جزر القمر، حيث زادت الحصة المجمّعة من الإنفاق على الصحة (من 18 في المائة في عام 2000 إلى 25 في المائة في عام 2018) ليس بسبب الزيادة في النفقات الصحية المجمّعة، ولكن لأن المدفوعات من الأموال الخاصة انخفضت سنوياً بمعدل أسرع من النفقات الصحية المجمّعة (انخفاض بنسبة 2.5- في المائة في المدفوعات من الأموال الخاصة مقابل انخفاض بنسبة 0.1- في المائة في النفقات الصحية المجمّعة). وبما أن إنفاقها الإجمالي على الصحة آخذ في التناقص (بمعدل 2- في المائة سنوياً كما هو مبين سابقاً في الشكل 2)، فلا يمكن اعتبار جزر القمر تتقدّم في التحوّل في مجال تمويل الصحة.

لتحديد ما إذا كانت البلدان تحرز تقدماً في التحوّل في مجال تمويل الصحة ومدى سرعة حدوث هذا التحوّل، تم رسم متوسط معدلات النمو السنوية في الإنفاق المجمّع والإنفاق من الأموال الخاصة على الصحة في الشكل 4. كلما كانت النفقات الصحية المجمّعة تنمو بشكل أسرع من المدفوعات من الأموال الخاصة، كلما ازدادت الحصة المجمّعة من الإنفاق على الصحة، بحيث يتقدم البلد في التحوّل في مجال تمويل الصحة. وتشير المنطقة المظلمة من الرسم البياني إلى البلدان والمناطق التي تشهد هذا التحوّل، وتكشف عن أنماط مختلفة:

• **في الربع السفلي الأيمن** من الرسم البياني يظهر بأن النفقات الصحية المجمّعة تزداد بينما تنخفض المدفوعات من الأموال الخاصة. وتحرز البلدان في هذا المجال تقدماً سريعاً في التحوّل في مجال تمويل الصحة، مما يضمن مستوى أعلى من الحماية من المخاطر المالية. وقد حدث هذا التطور بشكل خاص في موريتانيا، على الرغم من تصنيفها كبلد من بلدان الشريحة الدنيا من البلدان ذات الدخل المتوسط، حيث انخفضت المدفوعات من الأموال الخاصة في المتوسط بنسبة 0.9 في المائة سنوياً، في حين ازدادت النفقات الصحية المجمّعة في المتوسط بنسبة 5.8 في المائة سنوياً. ونتيجة لذلك، ارتفعت الحصة المجمّعة من النفقات الصحية من 22 في المائة في عام 2000 إلى 48 في المائة في عام 2018.

• **وفي الثلث السفلي من الربع العلوي الأيمن**، يظهر أن النفقات الصحية المجمّعة والمدفوعات من الأموال الخاصة آخذة في الازدياد، ولكن الأولى بوتيرة أسرع من الأخيرة. وبالتالي، تمر البلدان في هذا المنطقة بمرحلة انتقالية في تمويل الصحة، ولكن بوتيرة أبطأ من البلدان الواقعة في الربع الأيمن الأدنى. فعلى سبيل المثال، ارتفعت النفقات الصحية المجمّعة في المنطقة العربية بمعدل 3.6 في المائة سنوياً، في حين ازدادت المدفوعات من الأموال الخاصة بمعدل 2.3 في المائة سنوياً. ونتيجة لذلك، ارتفعت حصة النفقات الصحية المجمّعة

الشكل 4. متوسط التغيير السنوي في الإنفاق المجمع مقابل الإنفاق من الأموال الخاصة على الصحة في المنطقة العربية، للفترة 2000-2018



جيم. ما حجم القدرة المالية؟ كم يخصص للصحة؟

في حدود 35 في المائة إلى 45 في المائة، ومرتفعة جداً عندما تكون هذه النسبة أعلى من 45 في المائة. وفي الوقت نفسه، فإن نسبة الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي العام هي مؤشر على الأولوية التي توليها الحكومات للصحة مقارنة بالإنفاق العام الآخر.²²

وكما هو مبين في الشكل 5، يتراوح الإنفاق الحكومي العام كحصة من الناتج المحلي الإجمالي بين 25 في المائة و35 في المائة لمعظم البلدان العربية، مما يدل على مستوى متوسط من القدرة المالية. والبلدان الأكثر إنفاقاً الرئيسية هي، من ناحية، عُمان والكويت (قدرة مالية عالية جداً)، ومن ناحية أخرى، جزر القمر والسودان (قدرة مالية منخفضة). وعلى الرغم من أن المنطقة العربية لديها قدرة مالية مماثلة لقدرة أمريكا

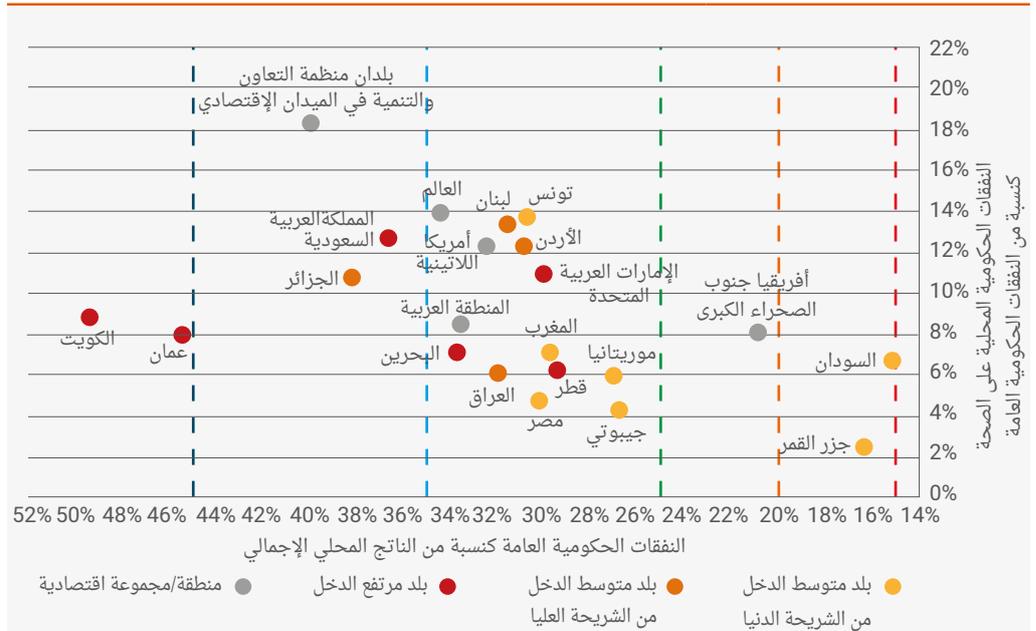
يعتمد مستوى الدعم الصحي من تحويلات الميزانية الحكومية في نهاية المطاف على حصة الناتج المحلي الإجمالي المخصصة للإنفاق الحكومي العام وحصة هذا الأخير المخصصة للإنفاق الحكومي المحلي على الصحة. وبالتالي، نتوقع أن يرتبط الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة (كحصة من الإنفاق الحكومي العام) بشكل إيجابي بالإنفاق الحكومي العام (كحصة من الناتج المحلي الإجمالي). وكقاعدة عامة، تشير نسبة الإنفاق الحكومي العام إلى الناتج المحلي الإجمالي التي تقل عن 15 في المائة إلى قدرة مالية منخفضة للغاية. وتعتبر القدرة المالية منخفضة إذا كانت هذه النسبة في حدود 15 في المائة إلى 20 في المائة، ومنخفضة إلى متوسطة في حدود 20 في المائة إلى 25 في المائة، ومتوسطة في حدود 25 في المائة إلى 35 في المائة، ومتوسطة إلى مرتفعة

الدخل المتوسط. وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع مساهمة قطاع النفط والغاز في اقتصادات دول مجلس التعاون الخليجي. ويتمتع العراق ومصر بحصتين منخفضتين نسبياً للإنفاق الحكومي المحلي على الصحة من الإنفاق الحكومي العام مقارنة بمستوى نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. ومن ناحية أخرى، يبدو أن بعض البلدان العربية - ولا سيما الأردن وتونس والجزائر ولبنان - لديها حصص أعلى للإنفاق الحكومي المحلي على الصحة من أصل الإنفاق الحكومي العام مما قد يكون متوقعاً استناداً إلى نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. وعلى الرغم من أن نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة العربية أعلى منه في أمريكا اللاتينية والعالم، إلا أن حصتها من الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي العام أقل بكثير، مما يؤكد النتيجة القائلة بأنه لا يبدو أن البلدان العربية تعطي الأولوية للإنفاق على الصحة مقارنة بالأشكال الأخرى من الإنفاق العام.

اللاتينية والمتوسط العالمي، فإن مستوى إنفاقها العام على الصحة (نسبة الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي العام) أقل بكثير: 8.5 في المائة مقارنة بـ 12.3 في المائة في أمريكا اللاتينية و 13.8 في المائة في العالم. وهذا يشير إلى أن البلدان العربية، بشكل عام، تعطي أولوية منخفضة للصحة في مخصصات ميزانياتها.

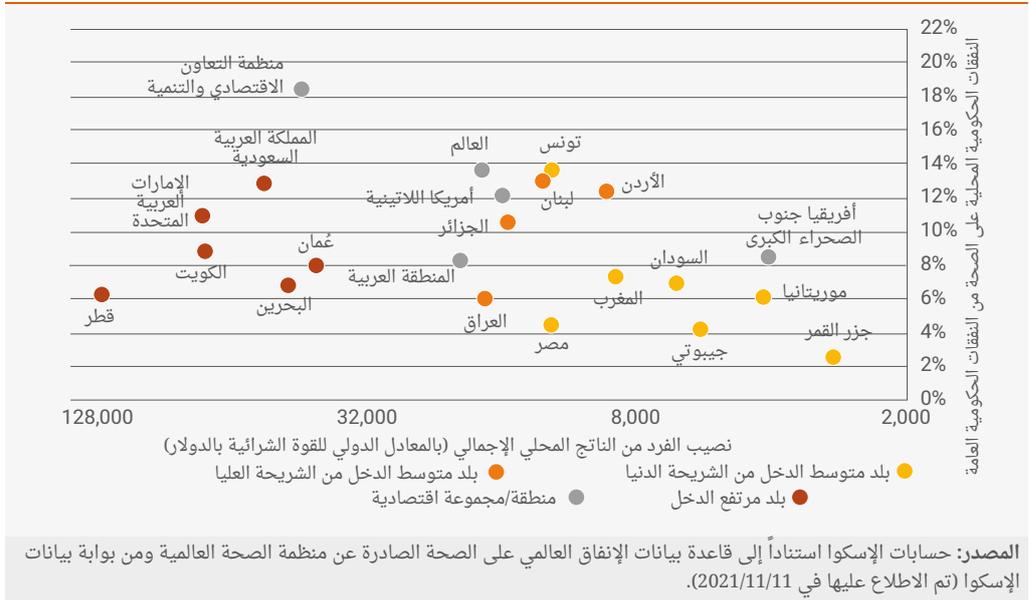
وعلى الرغم من أننا نتوقع أنه كلما ارتفع نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، كلما زادت حصة الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي العام، إلا أن هذا ليس هو الحال بالنسبة لعدد من البلدان العربية. ويبدو في الشكل 6 أن البلدان ذات الدخل المرتفع (الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية) لديها حصص في الإنفاق الحكومي المحلي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي العام يمكن مقارنتها إلى حد ما بالحصص المذكورة لبعض بلدان الشريحة الدنيا والعليا من البلدان ذات

الشكل 5. نسبة النفقات الحكومية العامة من الناتج المحلي الإجمالي مقابل نسبة النفقات الحكومية المحلية على الصحة من النفقات الحكومية العامة في المنطقة العربية، 2018



المصدر: حسابات الإسكوا استناداً إلى قاعدة بيانات الإنفاق العالمي على الصحة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ومن بوابة بيانات الإسكوا (تم الاطلاع عليها في 2021/11/11).
ملاحظة: يرد لبنان في هذه الوثيقة ضمن الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل وذلك بسبب تاريخ البيانات التي تعود إلى ما قبل الأزمة الاقتصادية وقد أعاد البنك الدولي تصنيف لبنان بعدها ضمن الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل.
<https://data.worldbank.org/country/LB>

الشكل 6. النفقات الحكومية المحلية على الصحة من النفقات الحكومية العامة مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة العربية، في عام 2018



3. تحليل السمات الرئيسية للترتيبات الصحية المدعومة في المنطقة العربية

التأمين الصحي المدعوم، ولكن المعلومات المتعلقة بتنفيذ هذه الإصلاحات غالباً ما تكون محدودة: ما هي الفئات المؤهلة للحصول على الإعانات وكيف يتم تحديدها؟ وما هي معايير التسجيل في التغطية الصحية الموسعة (المدعومة)؟ وكيف وعلى يد من تُموّل الترتيبات، وهل يتم تجميع المخاطر؟ يسعى هذا القسم إلى حل هذه القضايا وغيرها، استناداً إلى الأدلة المتاحة.

خلال العقد الماضي، شرعت جميع البلدان التي جرى استعراضها هنا في إجراء عدد من الإصلاحات القانونية والمؤسسية لتُظهِمها الصحية بهدف تحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وشملت هذه الإصلاحات، في جملة أمور، تنقيح السياسات والتشريعات الصحية الوطنية، فضلاً عن إصلاح هيكل التمويل الصحي²³. وفي كثير من الحالات، شملت الإصلاحات إدخال أو توسيع نطاق تغطية

ألف. الاستحقاق والأهلية: من المشمول؟ ومن هي الفئات المؤهلة للحصول على الإعانات؟

السكانية دون التسبب في صعوبات مالية. ويستتبع ذلك ضمان عدم تعرُّض أي مجموعة، سواء كانت اجتماعية اقتصادية أو ديمغرافية أو جغرافية، للاستبعاد أو الحرمان. غير أن الاستحقاق لا يعني بالضرورة تغطية فعالة (فعلية). وفي حين أن الاستحقاق يشير عادة إلى التغطية القانونية، فإن التغطية

يكشف استعراض الأدبيات المتاحة أنه على الرغم من أن كل بلد في المنطقة قد التزم التزاماً صريحاً بالحق في الصحة للجميع، فإن مفهوم الاستحقاق لم يُعرَّف بعد تعريفاً جيداً. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية²⁴، فإن الاستحقاق الشامل يعني ضمان تقديم الخدمات الصحية الأساسية لجميع الشرائح

23 Odoch and others, 2021
Saleh and others, 2014

24 World Health Organization
and World Bank, 2020

الفعالة (بحكم الواقع) تستوجب أن تكون خدمات الرعاية الصحية متاحة ومقبولة وميسورة التكلفة وذات جودة عالية²⁵. وكثيراً ما لوحظت تباينات كبيرة بين التغطية القانونية والفعالية²⁶.

ويمكن أن يختلف الاستحقاق اختلافاً ملحوظاً بين البلدان وفق كيفية تنظيم النظم الصحية وتمويلها (الشمولية مقابل الاستهداف؛ النظم القائمة على الاشتراكات مقابل تلك غير القائمة على الاشتراكات). وفي البلدان التي توجد فيها برامج التأمين الصحي الاجتماعي، يظل الاستحقاق قائماً على الاشتراكات بشكل أساسي ومرتباً بالعمل²⁷ (يتم فرض العضوية علناً على فئات سكانية معينة غالباً ما يتم تعريفها على أساس مهني). وفي المقابل، فإن البلدان التي تعتمد في المقام الأول على النظم الممولة من الضرائب (يُشار إليها أيضاً باسم النظم الممولة من الحكومة) توفر استحقاقاً شاملاً للرعاية المجانية (أو شبه المجانية) على أساس الجنسية و/أو الإقامة، بغض النظر عن الوضع الوظيفي. وينطوي كل من نظم التأمين الصحي الاجتماعي والنظم الممولة من الضرائب على شكلين من أشكال الدعم المتبادل: دعم الإنصاف بين الميسورين والأسوأ حالاً (إما من خلال الأقساط التفاضلية أو الضرائب التصاعديّة) ودعم المخاطر بين الأصحاء (ذوي المخاطر المنخفضة) وغير الأصحاء (ذوي المخاطر العالية)²⁸.

غير أنه في سياق التغطية غير الكاملة للسكان والخدمات، يميل هذان الشكلان من أشكال الإعانات المتبادلة إلى أن يكونا مقيدين إلى حد كبير. ونتيجة لذلك، بذلت عدة بلدان جهوداً متزايدة لتسجيل الفئات غير المؤمن عليها في مجمعة المخاطر النظامية و/أو إنشاء استحقاق صريح لحزمة محددة من الخدمات التي يغطيها النظام الصحي الوطني²⁹. وتشمل هذه الإصلاحات فتح باب التسجيل الطوعي أمام موظفي القطاع الخاص والعاملين لحسابهم الخاص والعاملين في القطاع غير النظامي على أساس استعدادهم وقدرتهم على الدفع؛

وتقديم إعانات عامة لخطط التأمين الصحي الاجتماعي لتسجيل الفقراء؛ أو دعم أقساط بعض الفئات المعرضة للمخاطر (الإعانات المتصلة بالطلب) و/أو المستشفيات العامة ومقدمي الرعاية الصحية (الإعانات المتصلة بالعرض). وفي حين لوحظ التوسع في التغطية بشكل رئيسي في البلدان التي يلعب فيها التأمين الصحي الاجتماعي دوراً هاماً (مع كون تونس والمغرب مثالين رائدين)، فإن الإعانات المتصلة بالعرض تنطبق أساساً على البلدان التي لديها أنظمة ممولة من الضرائب³⁰.

وإن انتشار سوق العمل غير النظامي، وارتفاع معدلات البطالة، وانخفاض مستوى المشاركة الاقتصادية (لا سيما بين النساء)، وانتشار الفقر، إلى جانب ضعف القدرة المؤسسية الحكومية، تعوق تطوير نظم استحقاق شامل للاشتراكات المقتطعة من الأجور والقائمة على التأمين الصحي³¹. ولذلك، تستخدم عدة بلدان أدوات التمويل العام - التي لها نطاق أوسع من الاشتراكات المقتطعة من الأجور - لوضع خطط (غير قائمة على الاشتراكات) تستهدف على وجه التحديد الفئات المعرضة للمخاطر، مع تمويل الأقساط المدعومة من الميزانية العامة للحكومة، بالإضافة إلى الموارد المتولدة من الاشتراكات/الضرائب المقتطعة مباشرة من الأجور في الخطط القائمة على الاشتراكات³².

ويتألف السكان المؤهلون للحصول على الإعانات عادة من الفئات المعرضة للمخاطر، التي تُعرّف على نطاق واسع بأنها فئات الذين قد لا يحصلون على خدمات صحية كافية ويكونون أكثر عرضة للنفقات الصحية الهائلة والمسببة للفقر. وعادة ما يتم تحديد هذه الفئات على أساس معايير اقتصادية، أو ديمغرافية، أو جغرافية، أو غيرها من المعايير ذات الصلة، بما في ذلك الوضع الصحي. ولذلك قد تكون الفئات المؤهلة للحصول على الإعانات فئات ديمغرافية محددة (الأطفال والمسنون والنساء)، والأفراد ذوي الإعاقة أو المصابين ببعض الأمراض المزمنة، والفقراء، واللاجئين، والعاملين في القطاع غير النظامي، والعمال المهاجرين، والعاملين

25

Mills and others, 2019

26

Abu-Zaineh and Abul Naga, 2013

27

تُعرّف الاشتراكات الاجتماعية بأنها دفعة إلى نظام تأمين صحي من جانب المؤمن عليه أو من قبل أطراف أخرى نيابة عنه لضمان استحقاقه لحزمة منافع محددة تُقدّمها النظام، فعلى سبيل المثال، يمكن للحكومة أن تدفع اشتراكات نيابة عن موظفيها أو أن تتلقى اشتراكات بوصفها المشغل لنظام التأمين الصحي الاجتماعي. Gottret and Schieber, 2006

28

World Health Organization, 2010

29

Mataria, Hajjeh, and Al-Mandhari, 2020

30

Alami, 2017

31

Abu-Zaineh and others, 2019 Kronfol, 2012

32

Alami, 2017, Abu-Zaineh and others, 2019

33
Silva, Levin, and Morgandi, 2012
القسم غير النظامي أيضاً
العاملين لحسابهم الخاص
وأولئك الذين لديهم وظائف
منقطعة ومؤقتة وغير
مدفوعة الأجر.

34
Chouaidia and Laib, 2019

35
Sieverding and Selwaness,
2012, World Health
Organization-EMRO, 2019

36
International Labour
Organization, 2018

37
Halasa-Rappel and others,
2020

38
World Health Organization-
EMRO, 2019

39
World Health Organization-
EMRO, 2016

40
World Health Organization-
EMRO, 2019

41
Waelkens, 2015

صحية (غير قائمة على الاشتراكات) لبعض الخدمات المقدمة للقوات المسلحة ومُعاليها. ويوفر برنامج التأمين الصحي المدني تغطية صحية مدعومة للأسر المعيشية المنخفضة الدخل، والعاطلين عن العمل، والعاملين لحسابهم الخاص، والعاملين في القطاع غير النظامي، والأطفال دون الـ 6 سنوات، والأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 60 سنة فأكثر، والمواطنين المقيمين في المناطق الأكثر حرماناً والنائية، والأسر التي يعاني فيها رب الأسرة من إعاقة بنسبة 75 في المائة أو أكثر، والأسر التي يكون أحد أفرادها متبرعاً بعضو من أعضائه؛ ويستفيد المتبرعون بالدم أيضاً من هذه التغطية الصحية³⁷. وتقدم الخدمات الطبية الملكية الخدمات بأسعار مدعومة بشكل كبير للمنتسبين إليها، بغض النظر عن مستوى دخلهم. وبالإضافة إلى ذلك، يقدم الأردن تغطية مدعومة محدودة للاجئين السوريين، في حين توفر الأونروا تغطية مدعومة بالكامل للاجئين الفلسطينيين المقيمين في البلاد³⁸.

وفي لبنان، بات مؤخراً (قبل الأزمة الاقتصادية الحادة المستجدة) يحق لموظفي القطاع الخاص النظامي العاطلين عن العمل، والعاملين لحسابهم الخاص، وموظفي القطاع غير النظامي، وأفراد أسرة صاحب العمل الذين يعملون دون التصريح عن دخلهم الحصول على تغطية مدعومة يقدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي³⁹. بالإضافة إلى ذلك، يستفيد اللاجئون الفلسطينيون والسوريون المقيمون في لبنان من التغطية الصحية المدعومة التي تقدمها الأونروا ومفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، على التوالي⁴⁰. وفي موريتانيا، تحصل شرائح السكان الأفقر في دار النعيم على التغطية الصحية المدعومة التي يوفرها صندوق الإنصاف في الصحة⁴¹. وفي الآونة الأخيرة، غطى الصندوق الوطني للتأمين الصحي بشكل مدعوم 100,000 أسرة معيشية تستفيد من برنامج التحويلات النقدية (تأزر). وفي المغرب، يمكن للفئات المحرومة أن تستفيد من التغطية الصحية المدعومة من الدولة التي يقدمها نظام

لحسابهم الخاص أو العاطلين عن العمل³³. وإلى جانب السكان المستهدفين، قد تحدد قواعد الأهلية شروط التسجيل بما في ذلك محتوى حزمة المنافع، واختيار مقدم الخدمة، وطريقة الدفع. وبصفة عامة، كلما اتسعت معايير الأهلية، كلما زادت حصة المجموعة السكانية المدعومة من مجموع السكان المؤمن عليهم وارتفعت معدلات التغطية السكانية الإجمالية.

وتبيّن النتائج الواردة في الجدول الموجز أدناه أن معظم البلدان العربية تقدم تغطية صحية مدعومة للفئات المعرضة للمخاطر إما من خلال النظم الصحية العامة (الوطنية) القائمة أو من خلال ترتيبات/برامج تأمين منفصلة مصممة خصيصاً لاستهداف فئات محددة من السكان. ففي الجزائر، على سبيل المثال، نجد نظامين منفصلين يغطيان العاملين في القطاع غير النظامي والعاطلين عن العمل، وهما الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء والصندوق الوطني للتأمين عن البطالة³⁴.

وفي مصر، نجد ثلاثة صناديق/برامج منفصلة مدعومة من الدولة: برنامج العلاج على نفقة الدولة الذي يلبي احتياجات الأشخاص المعرضين للمخاطر والنساء غير المؤمن عليهم، وصندوق صحة الأسرة الذي يغطي خدمات الرعاية الصحية للأشد فقراً وغير المؤمن عليهم، وبرنامج التأمين الصحي على الطلاب الذي يستهدف أطفال المدارس³⁵. وفي الآونة الأخيرة، نفذت مصر نظاماً جديداً للتأمين الصحي الإلزامي يهدف إلى إفادة جميع السكان. ويدفع المتقاعدون والأرامل اشتراكات مخفضة تصل إلى 2 في المائة من معاشاتهم التقاعدية الشهرية، بينما تدفع الحكومة اشتراكات الفئات الأكثر عرضة للمخاطر بالكامل³⁶.

وفي الأردن، نجد العديد من أنظمة التأمين العامة وشبه العامة المنفصلة. وتشمل هذه البرامج برنامج التأمين الصحي المدني، وهو برنامج إلزامي لموظفي القطاع العام قائم على الاشتراكات وتديره وزارة الصحة، والخدمات الطبية الملكية، التي توفر تغطية

المساعدة الطبية المعروف باسم برنامج راميد. وعلى الرغم من الإشارة إلى تغطية حوالي 82 في المائة من المستفيدين الذين يعيشون في الفقر، كشفت دراسات سابقة أن البرنامج يعاني من مشاكل في الاستيعاب تُعزى أساساً إلى رداءة الخدمات وتكلفة الحصول عليها عملياً⁴².

وفي تونس، يقدم برنامج المساعدة الطبية المجانية حزمتي استحقاقات منفصلتين للفئات صنف (AMG-I) وصنف 2 للفئات المعرضة للمخاطر (AMG-II). وفي حين أنه يتيح تغطية أوسع بكثير، فقد أشارت دراسات سابقة إلى أن بعض المعايير المخصصة والحصص الإقليمية بالإضافة إلى الاستخدام المكثف للسداد التشاركي ورسوم المستخدم⁴³ تتسبب بتقويض فعاليته.

وفي فلسطين، نجد ترتيبات مختلفة للتأمين الصحي المدعوم يديرها نظام التأمين الصحي الحكومي وتدعمها مؤسسات مختلفة. وتخدم هذه الترتيبات مختلف الفئات، بما في ذلك الأفراد العاطلون عن العمل الذين ترعاهم وزارة العمل؛ والأسر الفقيرة التي تدعمها وزارة الشؤون الاجتماعية؛ والمعتقلين السياسيين في السجون الإسرائيلية وعائلاتهم، الذين تدعم هيئة شؤون الأسرى والمحررين تغطيتهم بالكامل. بالإضافة إلى ذلك، ومنذ عام 2007، تقدم وزارة الصحة تغطية صحية مدعومة بالكامل للفلسطينيين المقيمين في قطاع غزة، وكذلك الأورثو بالنسبة للاجئين الفلسطينيين منذ عام 1948⁴⁴. وتشير أحدث الأرقام إلى أن حوالي 78.3 في المائة من السكان في الضفة الغربية وقطاع غزة

مشمولون بنظام التأمين الصحي الحكومي⁴⁵. بيد أن الدراسات السابقة تشير إلى أن الترتيبات الحالية غير قادرة على توفير الحماية المالية الكافية للفئات المحرومة.

وفي دول مجلس التعاون الخليجي، يحق لجميع المواطنين، من حيث المبدأ، الحصول على خدمات الرعاية الصحية المجانية أو شبه المجانية (بما في ذلك العلاج في الخارج) والتي تغطيها في الغالب السلطات الصحية والوكالات الحكومية الأخرى⁴⁶. وتشمل الإصلاحات التنظيمية الأخيرة في بعض دول مجلس التعاون الخليجي (مثل المملكة العربية السعودية) ومصر تغييرات في تجميع المخاطر وتقديم الخدمات الصحية. وتشمل هذه الإصلاحات مشاركة موظفي القطاع العام في تمويل خطة التأمين وعيادات القطاع الخاص في تقديم الخدمات مع دعم جانب الطلب في الاشتراكات الاجتماعية للفئات المحرومة. وتفصل اللوائح الحكومية الجديدة بين تمويل وتوفير الخدمات في القطاع الصحي (باستثناء الصندوق المدار من قبل القطاع العام). ويستطيع مقدمو الخدمات من القطاع الخاص، إلى جانب نظرائهم في القطاع العام، تقديم الخدمات للمساهمين باشتراكات مقطوعة من أجورهم (الذين يدفعون ما يصل إلى 10 في المائة من رواتبهم) وكذلك للمواطنين المؤهلين للحصول على الإعانات. يمكن للمشاركين أيضاً اختيار مقدمي الخدمات الخاصة بهم⁴⁷. بالإضافة إلى ذلك، نفذت البحرين وعمان أنظمة الرعاية الطبية الشاملة المجانية لجميع المواطنين.

باء. مقاربات الاستهداف

الفئات المستهدفة إما على أساس المؤشرات الاجتماعية والديمقراطية مثل الجنسية (على سبيل المثال، التأمين الصحي الاجتماعي في البحرين والتأمين الصحي الإلزامي القائم على التوظيف في المملكة العربية السعودية)، والخصائص الجغرافية (على سبيل المثال،

تستند معظم نُظُم الاستهداف المستخدمة لتحديد الأفراد والأسر المعيشية المؤهلة إلى مبدأ اختبار الإمكانيات أو الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالدخل⁴⁸. وتُستخدم أيضاً مقاربات استهداف بديلة أخرى في المنطقة (الجدول الموجز أدناه). ويتم تحديد

⁴² Alami, 2017.

⁴³ Abu-Zaineh and others, 2014.

⁴⁴ World Health Organization-EMRO, 2015a.

⁴⁵ World Health Organization-EMRO, 2019.

⁴⁶ Khoja and others, 2017.

⁴⁷ المرجع نفسه.

⁴⁸ Abu-Zaineh and others, 2019.

- 49 International Labour Organization, 2018
- 50 Vilcu and others, 2016
- 51 Mataria, Hajjeh, and Al-Manhari, 2020
- 52 Makhloufi, Ventelou, and Abu-Zaineh, 2015
- 53 Chouaidia and Laib, 2019

غزة). وذكرت الإصلاحات الأخيرة الموجهة نحو التغطية الصحية الشاملة التي أُجريت في مصر (بموجب قانون التأمين الصحي الإلزامي رقم 2 لسنة 2018) أن وزارة التضامن الاجتماعي ووزارة المالية والجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء⁴⁹ سيحدد معيار الاستهداف الذي يحدد الأسر التي قد تكون مؤهلة للحصول على الإعانات.

صندوق الإنصاف في الصحة في دار النعيم وضمان في أبو ظبي)، أو الوضع الوظيفي (على سبيل المثال، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء والصندوق الوطني للتأمين عن البطالة في الجزائر، وتأمين وزارة الصحة في الأردن والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في لبنان والتأمين الصحي الحكومي في الضفة الغربية وقطاع

جيم. عملية التسجيل ونوع الانتساب

ومن ثم، فإن تضمين الفئات «التي يصعب الوصول إليها» يعتمد على استعدادها للتسجيل في خطة مدعومة مقترحة أو قائمة لتجميع المخاطر⁵² ورغبتها في المساهمة فيها، وهو ما تحقق إلى حد كبير من خلال فتح باب الانتساب على أساس طوعي لفئات محددة مثل العاملين لحسابهم الخاص والعاملين في القطاع غير النظامي (كما هو الحال بالنسبة للتأمين الصحي الحكومي في الضفة الغربية وقطاع غزة)؛ وتقديم إعانات عامة لتُظم التأمين الصحي الاجتماعي لتسجيل الفئات الفقيرة والمعرضة للمخاطر (برنامج المساعدة الطبية المجانية في تونس)، أو دعم أقساط التأمين للعاملين لحسابهم الخاص أو العمال غير النظاميين (حالة الجزائر).

وقد رأينا أنه في التسجيل في الخطط الطوعية يؤدي المستفيدون المؤهلون للحصول على الإعانات دوراً نشطاً حيث تقع على عاتقهم مسؤولية تسجيل أنفسهم وتجديد عضويتهم بانتظام. وغالباً ما ينطوي التسجيل وتجديد العضوية على دفع رسوم الانتساب وتجديد العضوية، الأمر الذي من المرجح أن يثبط عزيمة الشرائح الأكثر فقراً من السكان المستهدفين.

وفي الجزائر، يمكن للأفراد الذين تم تحديدهم أو الاعتراف بهم على أنهم مؤهلون للتسجيل والحصول على بطاقة خاصة تسمح لهم بالاستفادة من خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف خطط التأمين الصحي المدعومة⁵³. وفي الأردن، يجب على الأفراد

يمكن أن تختلف طرائق التسجيل في خطط التأمين الصحي المدعومة في الدرجة الأولى وفق ما إذا كانت الخطة طوعية أو إلزامية ومن يتولى عملية التسجيل. وبصفة عامة، يمكن تحديد طريقتين للتسجيل. أولاً، بموجب الخطط الطوعية، يُطلب من الأفراد أو الأسر المعيشية التي تحتاج إلى إعانة مالية لتتمكن من تحمل كلفة الاشتراكات في الأقساط أو الحصول على الخدمات أن تضطلع بدور نشط، وتعمل على تسجيل نفسها عبر وسائل محددة ومعرفة لها. وفي المقابل، فإن عملية التسجيل في إطار الخطط الإلزامية عادة ما تديرها هيئة الصحة العامة، التي تتصل بجميع الأفراد أو الأسر المعيشية المؤهلة للحصول على الإعانات وتسجلها⁵⁰.

ويتم الانتساب إلى خطط التأمين الصحي المدعومة والتسجيل فيها على أساس طوعي (الجدول الموجز أدناه) مع استثناءات نادرة (لا سيما دول مجلس التعاون الخليجي). ويتناقض ذلك مع التسجيل في خطط التأمين الصحي النظامية التي تعتمد على الاشتراكات الإلزامية المخصصة في الأجور وعلى وجود صلة واضحة بين هذه الاشتراكات والحق في حزمة منافع محددة من الخدمات⁵¹. وعلى الرغم من أن جميع البلدان العربية قد التزمت بالتغطية الصحية الشاملة، إلا أن عدداً قليلاً من البلدان قد أصدر قوانين تتطلب مشاركة شاملة وإلزامية أو تفتح أحكام التسجيل من خلال تنفيذ برنامج تأمين صحي إلزامي مدعوم (يشكل نظام التأمين الصحي الجديد في مصر استثناءً ملحوظاً).

54
World Health Organization-
EMRO, 2016

الصحية المحلية للاستفادة من برامج المساعدة الطبية⁵⁷.

55
.Waelkens, 2015

وتغدو عملية التسجيل صعبة في بعض

56
World Health Organization-
EMRO, 2015b

الخطط المدعومة بسبب العدد الكبير من المستفيدين المحتملين، والإجراءات الإدارية المعقدة، والتكاليف العامة المرتفعة نسبياً،

57
World Health Organization-
EMRO, 2016

فضلاً عن التأخير بين الانتساب والحصول على المنافع - وكل ذلك قد يثبط عزيمة الفقراء في سعيهم الناشط للانضمام إليها.

58
Abu-Zaineh and others,
2014

59
.Waelkens, 2015

60
Abu-Zaineh and others,
2014

61
World Health Organization-
EMRO, 2015a

من هذه الاشتراكات⁶². وفي برنامج العلاج على نفقة الدولة في مصر، يتوجب على

62
World Health Organization-
EMRO, 2016

المسجلين المساهمة بمعدلات مختلفة وفق وضعهم الوظيفي والخصائص الاجتماعية والديمغرافية الأخرى. فعلى سبيل المثال، يبلغ معدل اشتراكات الموظفين الحكوميين والنساء المستحقات 1 في المائة من رواتبهم، بينما يبلغ 0.5 في المائة للأفراد الآخرين العاملين في القطاعين العام والخاص.

63
Sieverding and Selwaness,
2012

وتجدر الإشارة إلى أن أصحاب العمل يكفلون جزئياً تغطية موظفيهم بمعدل اشتراكات

64
Nandakumar and others,
1999

يتراوح بين 1.5 في المائة و4 في المائة من رواتب الموظفين⁶³. وفيما يتعلق ببرنامج التأمين الصحي على الطلاب، يتوجب على

65
.Ruger and Kress, 2007

المستفيدين دفع قسط رمزي يبلغ حوالي 4 جنيهات مصرية سنوياً (25 في المائة من إجمالي الأقساط) بينما تدفع الحكومة نسبة

75 في المائة المتبقية (حوالي 12 جنيهاً مصرياً لكل مستفيد)⁶⁴.

أما بالنسبة لبرنامج راميد في المغرب، فإن الأسر المعيشية التي يقل دخلها الشهري للفرد الواحد عن 34 دولاراً معفاة من اشتراكات التأمين في حين أن الأسر المعيشية التي يتراوح دخلها الشهري للفرد الواحد بين 34 و68 دولاراً يمكنها شراء التأمين وفقاً لجدول متغيرٍ (تتراوح الاشتراكات بين 12 و62 دولاراً في السنة للشخص الواحد)⁶⁵.

المؤهلين للحصول على تأمين صحي مدعوم من خلال وزارة الصحة تقديم وثيقة ثبوتية صالحة في وقت التسجيل⁵⁴. ويمكن للأفراد في موريتانيا الراغبين في التسجيل في صندوق الإنصاف في الصحة تسجيل أنفسهم (وكذلك مُعاليتهم) وقتما يشاءون⁵⁵. وفي المغرب، تشارك قطاعات مختلفة، بما في ذلك الحكومة، بنشاط في تحديد الأفراد المؤهلين لبرنامج راميد⁵⁶. وفي تونس، يجب على الأفراد المؤهلين تقديم طلب إلى السلطات

دال. ترتيبات التمويل: مستوى الدعم وهيكل الاشتراكات

يقال إن بعض خطط التأمين الصحي تدعم بالكامل (أو بقوة) اشتراكات الأقساط أو خدمات الرعاية الصحية للمؤهلين للتسجيل (باستثناء رسوم الانتساب في بعض الحالات). ومع ذلك، ففي العديد من الخطط الأخرى، يتوجب على الأفراد المؤهلين الراغبين في الانضمام إلى الخطة دفع اشتراكات أو رسوم استخدام للاستفادة من التغطية المدعومة أو لاستخدام الخدمات المدعومة. وقد تبين أن هيكل الدفع الصارم هذا له أثر تراجعي، ويزيد من العبء المالي على الفقراء، ويثبط عزيمة طالبي الرعاية، ويخفض الدعم المتبادل من الأغنياء إلى الفقراء⁵⁸.

وكما هو مبين في الجدول الموجز أدناه، فإن الأمثلة على خطط التأمين الصحي المدعومة بالكامل (أو بشكل كبير) تشمل صندوق الإنصاف في الصحة في موريتانيا⁵⁹ وبرنامج المساعدة الطبية المجانية في تونس⁶⁰، وبعض ترتيبات التأمين الصحي الحكومي في الضفة الغربية وقطاع غزة⁶¹. وفي خطط التأمين الصحي الأخرى مثل التأمين الصحي الاجتماعي في البحرين، يتوجب على المسجلين (غير المواطنين) الذين يعملون في شركات خاصة المساهمة بمبلغ يساوي 190 دولاراً في السنة، في حين يتم إعفاء المسجلين غير المواطنين الذين يعملون في القطاع العام بالكامل

66
World Health Organization-
EMRO, 2016

67
Vilcu and others, 2016

68
المرجع نفسه.

69
Alami, 2017

من الإعانة إما باستخدام تقديرات الإنفاق الصحي المستقبلي لكل عضو مدعوم، أو على أساس معدل اشتراكات المسجلين، أو من خلال عملية تقديم عطاءات تمكن مقدمي خدمات التأمين من تغطية مجموعة من السكان المستهدفين بحزمة منافع من الخدمات المحددة مسبقاً⁶⁸. وعلى الرغم من أن نهج نصيب الفرد من الإعانات ينطوي على بعض المزايا مقارنة بتحويل المبلغ المقطوع، ولا سيما من حيث تحديد تحويلات إعانات أكثر قابلية للتنبؤ ومكيفة مع الاحتياجات، لا يزال هناك نقص في الأدلة المتعلقة بتنفيذ هذين النهجين وفعاليتها في المنطقة.

وفي خطط التأمين الأخرى، يتوجب على المنتسبين دفع مبلغ مقطوع مثل صندوق الزكاة في السودان حيث يجب على كل أسرة دفع مساهمة شهرية قدرها 35 جنيهاً سودانياً⁶⁶.

ويكشف تقييم ترتيبات الدعم في أماكن أخرى عن وجود نهجين يشيع استخدامهما لتحديد مقدار الإعانة⁶⁷. فالنهج الأول يوفّر ببساطة تحويلاً ثابتاً بمبلغ مقطوع إلى الخطة المدعومة، بصرف النظر عن عدد المستفيدين المؤهلين. وينطوي النهج الثاني على تحويل نصيب الفرد من الإعانة إلى خطط مدعومة نيابة عن كل مستفيد مؤهل تم تحديده. ويمكن تحديد نصيب الفرد

هاء. الترتيبات التنظيمية لتجميع المخاطر

وتظهر نتائج هذا الاستعراض الواردة في الجدول الموجز أدناه أن ترتيبات التأمين الصحي المدعومة الحالية لا تزال بعيدة كل البعد عن الكمال، في ظل مجمّعات مخاطر (جهات معنية) مجزأة أو مفتتة سائدة في العديد من البلدان العربية. وتوجد صناديق تجميع منفصلة مجزأة أو متعددة، على سبيل المثال، في حالة خطط الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء والصندوق الوطني للتأمين عن البطالة في الجزائر، وبرنامج العلاج على نفقة الدولة وبرنامج التأمين الصحي على الطلاب في مصر، وصندوق الإنصاف في الصحة في موريتانيا، وبرنامج راميد في المغرب، وصندوق الزكاة في السودان، وخطط برنامج المساعدة الطبية المجانية في تونس، وصندوق ضمان في أبو ظبي. وفي المقابل، تشكل خطط التأمين الصحي المدعومة، في ستة بلدان مدرجة في هذه الدراسة، جزءاً من (أو مدمجة في) مجمّعات الصناديق الوطنية الأوسع نطاقاً. ونجد هذه الآليات في نُظُم التأمين الصحي الاجتماعي في البحرين وعمان، ونظام التأمين الصحي الذي تديره وزارة الصحة في الأردن، ونظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في لبنان، والتأمين الصحي الإلزامي القائم على التوظيف في المملكة العربية السعودية،

يمكن التمييز بين الترتيبات التنظيمية لخطط تجميع المخاطر استناداً إلى ما يلي: (أ) المنظمة المسؤولة عن الخطة (مثل وزارة الصحة، والتأمين الصحي الاجتماعي أو منظمات الضمان الاجتماعي، والتأمين الخاص الطوعي، والتأمين الصحي المجتمعي؛ و(ب) مصدر التمويل (مثل إيرادات الميزانية العامة مقابل الاشتراكات الإلزامية المقطوعة من الأجور، والأقساط الطوعية غير القائمة على الاشتراكات) و(ج) شراء خدمات الرعاية الصحية. وفي البلدان العربية، غالباً ما تتعايش هذه الهياكل التنظيمية لتوليد الإيرادات وتمويل التغطية. بيد أنه لا تتوفر سوى معلومات قليلة عن حصص كل من هذه المصادر في تمويل خطط المدفوعات المسبقة المدعومة أو خدمات الرعاية الصحية. ولذلك، من الصعب تقييم مدى اتساع الإعانات داخل نفس الجهة/مجمّعة المخاطر، أو عبر مختلف مجمّعات المخاطر، فضلاً عن الإعانات المباشرة من خلال تحويلات الميزانية الحكومية. ومع ذلك، فإن الأدلة القصصية والتجريبية القليلة المتاحة تشير إلى أن التجزؤ والازدواجية وعدم الكفاءة في النُظُم الصحية يمكن أن تحد بشكل كبير من نطاق الدعم داخل مجمّعات المخاطر وعبرها⁶⁹.

70
World Health Organization-
EMRO, 2016

فإن الأدلة المتاحة تشير إلى أن زيادة نطاق تجميع المخاطر من خلال إدماج الصناديق المحلية أو الجماعية القائمة في مجتمعات أوسع نطاقاً لكل من المدعومين والمساهمين يمكن أن يعزز إلى حد كبير الإعانات التوزيعية والإنصاف.

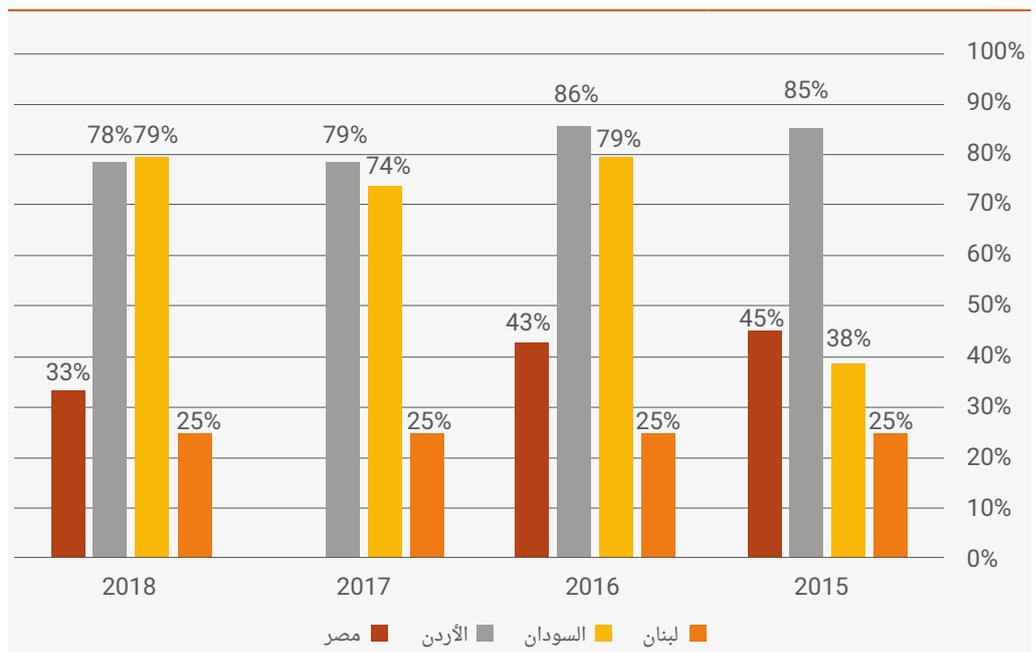
فضلاً عن الترتيبات المختلفة المدعومة في نظام التأمين الصحي الحكومي في الضفة الغربية وقطاع غزة. وعلى الرغم من استمرار المناقشات بشأن التصميم المؤسسي الأنسب لترتيبات تجميع المخاطر من أجل توسيع نطاق التغطية لتشمل جميع السكان،

واو. مصدر تمويل خطط التأمين الصحي المدعومة

بيانات الإنفاق العالمي على الصحة أن حصص التحويلات الحكومية لدعم إيرادات التأمين الصحي الاجتماعي يمكن أن تختلف اختلافاً كبيراً بين البلدان. وكما هو موضح في الشكل 7، فهي الأعلى في السودان (حوالي 79 في المائة في عام 2018)، يليها الأردن (حوالي 78 في المائة في عام 2018). وفي مصر، يأتي حوالي ثلث إيرادات التأمين الصحي المدعوم من تحويلات الإيرادات الحكومية العامة. كما أن حصة الدعم الحكومي لإيرادات التأمين الصحي الاجتماعي أقل من ذلك في لبنان والمغرب (حوالي 24.5 في المائة و0.2 في المائة في عام 2018 على التوالي).

كما هو مبين في الجدول الموجز أدناه، فإن المصدر الرئيسي لتمويل معظم خطط التأمين الصحي المدعومة في البلدان العربية يأتي من التحويلات المباشرة من الإيرادات الحكومية العامة. غير أن خطط التأمين المدعومة الأخرى تشترك في تمويلها الإيرادات الحكومية واشتراكات المسجلين في الخطط، مثل التأمين الصحي الاجتماعي في البحرين وعمان وبرنامج المساعدة الطبية المجانية صنف 2 في تونس⁷⁰. ويتم تمويل صندوق الزكاة في السودان بشكل مشترك من قبل غرفة الزكاة والصندوق الوطني للتأمين الطبي. وتظهر البيانات الحديثة في قاعدة

الشكل 7. الإعانات الحكومية للتأمين الصحي الاجتماعي كحصة من التأمين الصحي الاجتماعي في البلدان العربية



المصدر: قاعدة بيانات الإنفاق العالمي على الصحة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (تم الاطلاع عليها في 2021/11/11).

زاي. تصميم حزمة التقديمات: نطاق الخدمات الصحية المشمولة

يتفاوت نطاق خدمات الرعاية الصحية الذي تغطيه الخطط المدعومة تفاوتاً كبيراً بين البلدان، من حزمة تقديمات سخية إلى جميع المستفيدين (بما في ذلك رعاية المرضى الخارجيين والداخليين على جميع المستويات، فضلاً عن قائمة الأدوية الأساسية لكل من المدعومين والمساهمين) إلى حزمة مقيدة (تغطي أساساً خدمات الرعاية الصحية الأولية وبعض خدمات الرعاية الصحية الثانوية). وتبين النتائج الواردة في الجدول الموجز أدناه أن معظم الخطط تغطي حزمة محدودة نوعاً ما من الخدمات الصحية. ومع ذلك، في كثير من الحالات، تُقدّم للمستفيدين «قائمة سلبية» من الخدمات - أي حزمة تقديمات تغطي جميع الخدمات المتاحة باستثناء عدد من الخدمات المحددة مثل علاج مجموعة من الحالات المزمنة، وزرع الأعضاء وما إلى ذلك.

فعلى سبيل المثال، تشمل التغطية في الجزائر خدمات الرعاية الصحية الطبية الوقائية والعلاجية⁷¹. وفي البحرين وعمان، يغطي نظام التأمين الصحي الاجتماعي خدمات الرعاية الصحية الأولية فقط للمغتربين بينما يحق للمواطنين بالإضافة إلى ذلك الحصول على العلاجات الثانوية والثالثية في جميع المستشفيات العامة داخل وخارج البلاد⁷². وفي مصر، يحق للمنتسبين إلى برنامج العلاج على نفقة الدولة الحصول على العلاج الثالثي في جميع المستشفيات العامة داخل مصر⁷³ وخارجها في حين يغطي صندوق صحة الأسرة خدمات الرعاية الصحية الأولية فقط⁷⁴. وفي العراق، يمكن لجميع الأفراد الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية، التي تقدم مجاناً في المرافق العامة⁷⁵. ويغطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في لبنان مجموعة أكثر سخاءً من خدمات الرعاية الصحية التي تشمل الأدوية والاستشارات الطبية والاستشفاء والأشعة وخدمات رعاية الأمومة، ولكن يتم استبعاد العاملين بشكل غير نظامي والعاملين

لحسابهم الخاص من هذه المنافع⁷⁶. ويغطي صندوق الإنصاف في الصحة في موريتانيا تقريباً جميع نفقات الرعاية الصحية للفقراء بما في ذلك قائمة الأدوية الأساسية للحالات المزمنة ورعاية المرضى الخارجيين ورسوم الاستشفاء⁷⁷. وحزمة التقديمات في برنامج راميد في المغرب موحدة وتشمل الاستشفاء والرعاية الإسعافية والأدوية⁷⁸. وتغطي برامج المساعدة الطبية المجانية في تونس حزمة مختلفة من التقديمات مع قائمة سلبية من الخدمات التي تشمل جميع خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العامة باستثناء العلاجات المحددة والأدوية والأجهزة القابلة للزرع مثل الأطراف الاصطناعية للركبة وزراعة العين⁷⁹. وبالمثل، يغطي مخطط التأمين الصحي الحكومي الفلسطيني حزمة موحدة من التقديمات تشمل خدمات المرضى الداخليين والخارجيين المقدمة في مرافق الصحة العامة (باستثناء العلاجات والأدوية المحددة) مع إمكانية الإحالة إلى القطاع الصحي الخاص وإلى الخارج في بعض الحالات. كما يوفر التأمين الصحي الإلزامي القائم على التوظيف في المملكة العربية السعودية حزمة موحدة سخية من التقديمات لجميع المنتسبين تسمح لهم بطلب الرعاية في مرافق الرعاية الصحية العامة والخاصة⁸⁰. وفي خطط أخرى مثل ضمان في أبوظبي، يمكن للأفراد اختيار مقدمي الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص⁸¹. وعلاوة على ذلك، ففي بعض البلدان التي تعتمد اعتماداً أكبر على النظم الصحية الممولة من الضرائب (مثل الجزائر والعراق ودولة فلسطين)، تتلقى بعض الخدمات الصحية دعماً مباشراً وتغطيها وزارة الصحة (أو السلطات العامة القائمة)، مع وجود آليات لتقاسم التكاليف (مثل رسوم المستخدمين أو السداد التشاركي عند نقطة تقديم الرعاية الصحية).

وإن نطاق الخدمات الصحية المشمولة أمر حيوي لضمان الحماية المالية الكافية

71

.Chouaidia and Laib, 2019

72

World Health Organization-
EMRO, 2016

73

.المرجع نفسه.

74

World Health Organization-
EMRO, 2019

75

.المرجع نفسه.

76

.Kukrety and Al-Jamal, 2016

77

.Waelkens, 2015

78

.Ruger and Kress, 2007

79

World Health Organization-
EMRO, 2016

80

.المرجع نفسه.

81

.المرجع نفسه.

82
Vilcu and others, 2016

83
Waelkens, 2015

84
Alami, 2017

85
Nandakumar and others,
1999

86
Waelkens, 2015

87
Makhloufi, Ventelou, and
Abu-Zaineh, 2015, Abu-
Zaineh and others, 2014

يُعزى ذلك إلى عدم اكتمال تغطية السكان المستهدفين فحسب، بل يُعزى أيضاً جزئياً إلى محدوديات حزمة التقديمات و/أو وجود حزم تفضيلية للمساهمين مقارنة بالسكان المدعومين. وعلاوة على ذلك، فإن استمرار الإنفاق من الأموال الخاصة المرتفع نسبياً في العديد من البلدان دليل على الفشل في تجميع الموارد الخاصة الكبيرة التي تكون مطلوبة لتوسيع نطاق التغطية الفعالة لتزتيبات تجميع المخاطر.

والحصول على الرعاية الصحية التي تحتاجها الفئات المعرضة للمخاطر من السكان المدعومين. وهذا لا يتطلب تعريفاً واضحاً لجميع الخدمات المدرجة في حزمة التقديمات فحسب، بل يتطلب أيضاً توحيد حزمة التقديمات للمساهمين والفئات المدعومة. وتشير الأدلة القليلة المتاحة إلى أن ترتيبات تجميع المخاطر القائمة لا تكفل دائماً الوصول الكافي والحماية المالية للفئات المعرضة للمخاطر والمحرومة. ولا

حاء. آليات تقاسم التكاليف

البلدان. فعلى سبيل المثال، يغطي برنامج التأمين الصحي على الطلاب في مصر ما يصل إلى 70 في المائة من أدوية المرضى الخارجيين وجميع تكاليف رعاية المرضى الداخليين والأمراض المزمنة⁸⁵. وتكشف البيانات المتاحة عن صندوق الإنصاف في الصحة في موريتانيا أن الصندوق يغطي حوالي 30 في المائة من تكاليف الاستشفاء بينما يدفع صندوق المستشفيات الذي تديره وزارة الشؤون الاجتماعية التكلفة المتبقية. بيد أن الانخفاض في درجة الحماية المالية التي يوفرها صندوق الإنصاف في الصحة يُعزى أساساً إلى الزيادة في معدلات السداد التشاركي لتقاسم التكاليف التي أدخلت مؤخراً لمعالجة مشكلة المخاطر الأخلاقية⁸⁶.

وفي فلسطين، يتوجب على المنتسبين إلى التأمين الصحي الحكومي المشاركة في دفع تكاليف العديد من الخدمات مثل الفحوصات المخبرية وخدمات التصوير الشعاعي ولا يمكن استرداد تكاليف الأدوية التي يتم الحصول عليها من المرافق الصحية الخاصة. وفي تونس، تشير دراسات سابقة إلى أن الاستخدام المكثف لآليات تقاسم التكاليف (أي السداد التشاركي ورسوم المستخدمين) قلل بشكل كبير من عمق تغطية الخدمات وجعل تغطية نسب كبيرة من السكان سطحية أكثر، خاصة بالنسبة لبعض خدمات رعاية المرضى الداخليين والأدوية الباهظة الثمن⁸⁷.

يشكل نطاق ونوع آليات تقاسم التكاليف جانباً حاسماً آخر ينبغي مراعاته عند تقييم التغطية الصحية المدعومة⁸². وتشمل هذه الآليات أشكالاً مختلفة من المدفوعات غير القابلة للاسترداد مثل رسوم المستخدمين أو بدل الخدمات المقدمة من القطاع العام، والسداد التشاركي، والتأمين التشاركي، والمبالغ القابلة للخصم لصالح برامج التأمين الصحي. وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، غالباً ما كانت القرارات المتعلقة بآليات تقاسم التكاليف مدفوعة بالحاجة إلى تعبئة موارد إضافية للصحة، وتحسين نوعية الخدمات، ومنع الاستخدام المفرط للخدمات⁸³. بيد أن عدة دراسات أظهرت أن تنفيذ سياسات استرداد التكاليف يمكن أن يكون له آثار رادعة كبيرة على الاستخدام العام لخدمات الرعاية الصحية من جانب الفقراء⁸⁴.

وإن البيانات المتعلقة بآليات تقاسم التكاليف في المنطقة العربية نادرة، لكن الأدبيات المتاحة تشير إلى أن رسوم المستخدمين لا تزال واسعة الانتشار ويمكن أن تمثل حصة كبيرة إلى حد ما من إجمالي التمويل الصحي. بالإضافة إلى ذلك، تشير بعض الدراسات إلى انتشار رسوم المستخدمين غير النظامية التي كثيراً ما تستخدم للتعويض عن أوجه القصور الرئيسية في التمويل العام وتوفير خدمات الرعاية الصحية. ومع ذلك، يمكن أن يختلف مدى تقاسم التكاليف اختلافاً كبيراً بين

طاء. معدلات تغطية السكان المؤهلين للحصول على الإعانات

بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في لبنان⁹⁰. ويغطي صندوق الزكاة في السودان حوالي 1.4 مليون أسرة فقيرة، كما ورد في تقرير عام 2015⁹¹. بيد أن معدلات التغطية السكانية لخطط التأمين المدعومة الأخرى لا تزال منخفضة جداً. وهذه هي حالة برنامج المساعدة الطبية المجانية صنف 1 وصنف 2 في تونس حيث تفيد التقارير بأن 8 في المائة و16 في المائة فقط من السكان المستهدفين يستفيدون من هذه الخطط المدعومة⁹². وهناك نقص في البيانات الموثوقة حول معدلات التغطية الفعالة للسكان المؤهلين للحصول على الإعانات في المنطقة العربية.

في حين يبدو أن بعض خطط التأمين الصحي المدعومة في المنطقة العربية تصل إلى حصص كبيرة من السكان المستهدفين، فإن البعض الآخر لا يلبي سوى نسبة ضئيلة من السكان المؤهلين والمستفيدين المحتملين (الجدول الموجز أدناه). فعلى سبيل المثال، أفادت التقارير بأنه تم الوصول إلى تغطية كاملة تقريباً للسكان المستهدفين في برنامج راميد في المغرب⁸⁸، في حين تفيد التقارير بأن حوالي 41.8 في المائة من المغتربين مشمولون بالتأمين الصحي الاجتماعي في البحرين⁸⁹. وفي المقابل، تفيد التقارير بأن 16 في المائة فقط من موظفي القطاع غير النظامي مشمولون

88

World Health Organization-
EMRO, 2015b

89

World Health Organization-
EMRO, 2019

90

World Health Organization-
EMRO, 2016

91

المرجع نفسه.

92

World Health Organization-
EMRO, 2016

تحليل السمات الرئيسية لخطط التأمين الصحي المدعومة في البلدان العربية

البلد	نظام الحماية الاجتماعية (السكان المستهدفون) ^أ	الاستحقاق ^أ	خطط التأمين الصحي المدعومة	قواعد الأهلية والتسجيل في الخطط المدعومة	نسبة السكان المعرضين للمخاطر المشمولين	الاشتراكات
الجزائر	شامل	نظامي / تنظيمي (بحكم القانون)	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء والصندوق الوطني للتأمين عن البطالة ^ب	القطاع غير النظامي ^د العاطلون عن العمل ^د		
البحرين	شامل ^ب	بحكم القانون ^ب	التأمين الصحي الاجتماعي ^ب	المغتربون ^ب	41.8 في المائة من المغتربين ^ك	58 دولاراً في السنة للمواطنين و190 دولاراً لغير المواطنين. يُعفى المغتربون العاملون في القطاع العام من الرسوم ^ب
مصر	نظامي محدود جداً	بحكم القانون	برنامج العلاج على نفقة الدولة ^ب صندوق صحة الأسرة ^ك	الفئات المعرضة للمخاطر التي لا تغطيها برامج التأمين الأخرى النساء المعرضات للمخاطر ^د		العامل الحكومي: الموظف (1 في المائة من الراتب) وصاحب العمل (4 في المائة). العاملون في القطاعين العام والخاص: الموظفون (0.5 في المائة) وأصحاب العمل (1.5 في المائة). النساء المعرضات للمخاطر (1 في المائة من الدخل السنوي ^د)
العراق	نظامي محدود	بحكم القانون ^ب	--	--	--	--
الأردن	نظامي محدود	--	وزارة الصحة، الأونروا ^ب	يجب أن يكون لدى الفرد (القطاع غير النظامي) الذي يسعى للحصول على التغطية بطاقة إثباتية صالحة ولا يمكن تغطيته بموجب أي خطط أخرى ^ب		
الكويت	--	--	--	--	--	--

شبه شامل	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ^١ الأونروا ^٢	العاطلون عن العمل أو العاملون لحسابهم الخاص أو العاملون بشكل غير نظامي أو الذين لديهم دخل غير مصرّح عنه ^٣	16 في المائة من السكان المشمولين ينتمون إلى القطاع غير النظامي ^٤	يتم احتساب الاشتراكات كدالة للحد الأدنى للأجور ^٥ تبلغ المساهمة في الصندوق 23.5 في المائة من الأجر، ويتحمل صاحب العمل 21.5 في المائة في حين يتحمل الموظف 2 في المائة ^٦	لبنان
نظامي محدود	إعلان التغطية الصحية الشاملة في عام 2009	--	--	--	ليبيا
شبه شامل	صندوق الإنصاف في الصحة ^٧	الفقراء غير القادرين على الانتساب إلى منظمة التأمين الصحي التبادلي ^٨	أشد الناس فقراً في دار النعيم ^٩	مجانية ^{١٠}	موريتانيا
شبه شامل	التأمين الصحي الإلزامي في القطاع النظامي	نظام المساعدة الطبية المعروف باسم راميد ^{١١}	الفقراء (30 في المائة من السكان)	99 في المائة من السكان المستهدفين ^{١٢}	المغرب
--	--	--	--	--	عُمان
--	--	--	--	--	قطر
--	التأمين الصحي الإلزامي القائم على التوظيف ^{١٣}	الموظفون المغتربون ^{١٤}	--	--	المملكة العربية السعودية
--	--	--	--	--	الصومال
--	صندوق الزكاة ^{١٥}	الأسر الفقيرة ^{١٦}	4-1 مليون أسرة فقيرة (2015) ^{١٧}	35 جنيه سوداني	السودان
نظامي محدود	بحكم القانون	--	--	--	الجمهورية العربية السورية

تونس	شامل	التأمين الصحي الإلزامي؛ التغطية الصحية الشاملة	المساعدة الطبية المجانية	صنف 1 وصنف 2 ^ب	صنف 1: المعيار الاقتصادي (دخل الفرد لا يتجاوز خط الفقر)، أو المعايير الاجتماعية (عدم قدرة الفرد على العمل، والظروف المعيشية السيئة، ونقص الدعم الأسري، والإعاقة والأمراض المزمنة)	16 في المائة يغطيها صنف 2، و8 في المائة يغطيها صنف 1 (2013) ^ج	صنف 1: مجاني
		على جدول الأعمال السياسي			صنف 2: (يجب أن يكون الأفراد غير منتسبين وغير مؤهلين للحصول على الضمان الاجتماعي، ويجب أن يكون دخل الأسرة السنوي أقل من الحد الأدنى للأجور أو مساوياً له) ^د		
الإمارات العربية المتحدة			التأمين الصحي المجزأ ^{هـ}		ضمان: المقيمون في أبو ظبي ^و		
دولة فلسطين			التأمين الصحي الوطني (ضمان) ^ز			177000 أسرة ^ح	مجانية ^ط
اليمن	نظامي محدود						--

أ Alami, 2017.

ب World Health Organization-EMRO, 2016.

ج World Health Organization-EMRO, 2015b.

د World Health Organization-EMRO, 2015a.

هـ Sieverding and Selwaness, 2012.

و Abu-Zaineh and others, 2014.

ز Chouaidia and Laib, 2019.

ح Kukrety and Al-Jamal, 2016.

ط Waelkens, 2015.

ي Ruger and Kress, 2007.

ك World Health Organization-EMRO, 2019.

4. نقاش حول المرحلة المقبلة

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم استعراض نقدي عام لمختلف الترتيبات الصحية المدعومة في مجموعة من البلدان العربية وتحديد أهم سمات التصميم المؤسسي والتنظيمي لهذه الترتيبات وتقييم آثارها على التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وقد حاولنا في تحليلنا التدقيق في السمات والعوامل الحاسمة التي قد تمنع الترتيبات الصحية المدعومة من تحقيق الآثار المرجوة. وقد تم ذلك باستخدام إطار تحليلي عام لتقييم الممارسات الحالية وسمات التصميم مقابل مجموعة من سمات التصميم المؤسسي الجيدة أو الممارسات الفضلى فيما يتعلق بالاستحقاق والأهلية، وعملية التسجيل، ومصادر الأموال، ومستوى الدعم ومداه، وأنواع ومحتوى حزمة التقديمات، وآليات تقاسم التكاليف، فضلاً عن الهياكل التنظيمية⁹³.

ويكشف تحليل المؤشرات الإجمالية الرئيسية عن إحراز تقدم متوسط إلى سريع في عملية التحوّل في مجال تمويل الصحة (أي زيادة نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي والاستعاضة عن الدفع المسبق والتمويل المجعّ بالمدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة) على مدى العقدين الماضيين، وإن كان في ظل اختلافات هامة بين البلدان العربية يمكن أن تُعزى أساساً إلى الاختلافات في سياقاتها واقتصادات وهياكل نُظُم التمويل الصحي الخاصة بها. وتزيد عملية التحوّل في مجال تمويل الصحة، وهي إحدى الشروط المسبقة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، من الحماية من المخاطر المالية عن طريق تخفيف عبء الإنفاق الصحي على الفئات المعرضة للمخاطر. وبشكل عام، يُظهر التحليل أن النُظُم الصحية في المنطقة العربية تعاني من نقص التمويل، وأنه سيكون من الممكن تعبئة موارد إضافية للصحة. ويعتمد مستوى الدعم المقدم للصحة أساساً على القدرة المالية للحكومات فضلاً عن الحيّز المالي المتاح. وعلى الرغم من

أن الظرف المالي - أي إجمالي نسبة الإنفاق الحكومي إلى الناتج المحلي الإجمالي - يعكس قدرة مالية متوسطة ومتوسطة إلى عالية في معظم البلدان العربية، فإن حصة الموارد المخصصة للصحة من جميع الموارد المحلية ومن الميزانيات الوطنية لا تزال منخفضة نسبياً. مما يشير إلى عدم إيلاء الصحة الأولوية في ميزانيات الحكومات، أي وجود حيّز مالي ضيق للصحة على الرغم من توافر القدرة المالية. وإن تجاوز الوضع الراهن نحو التغطية الصحية الشاملة يتطلب من العديد من البلدان العربية القيام بما يلي:

- **زيادة الإنفاق الصحي، المعدّل مرضياً وديمغرافياً، إلى مستويات أقرب إلى المعايير التقليدية عن طريق زيادة إنفاقها العام على الصحة⁹⁴.**
- **استخدام الموارد المحلية بشكل أكثر كفاءة وإنصافاً من خلال ضمان توجيه موارد إضافية للصحة من خلال ترتيبات مسبقة الدفع ومجمّعة لتقليل الاعتماد على المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة.**
- **تعبئة موارد إضافية لتحسين نوعية الرعاية الصحية المقدمة واحتواء الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الصحية.**

ويبدو أن الترتيبات الصحية المدعومة الحالية (سواء من خلال الدعم المباشر لجانب الطلب أو الدعم غير المباشر لجانب العرض) غير كافية للتأمين الكامل ضد النفقات الصحية الهائلة والمسببة للفقر. ويرجع ذلك أساساً إلى حزم التقديمات المقيّدة التي تفرض قائمة سلبية أو قيوداً سنوية على الإنفاق الصحي للأسرة المعيشية الواحدة أو للفرد الواحد، ولكن أيضاً إلى الاستخدام المكثف للسداد التشاركي والتأمين التشاركي، والمبالغ القابلة للخصم ورسوم المستخدمين التي تمثل في العديد من الخطط حصة كبيرة من إجمالي التمويل الصحي. وهذا يشير إلى أنه لا بد من إعادة

93

World Health Organization,
2017, Vilcu and others,
2016.

94

على أنه جزء من إجمالي الإنفاق الصحي الذي يتم توجيهه من خلال صناديق التأمين الاجتماعي أو الوكالات الحكومية أو غيرها من الخطط النظامية.

النظر في الدور الحالي للنظم الصحية وهيكلتها من أجل تعزيز قدراتها على الحماية المالية وتقديم الخدمات.

وتجدر الإشارة إلى بعض الآثار المترتبة على الإصلاحات المقبلة في تصميم الترتيبات المدعومة الناشئة عن تحليلنا للسماة الرئيسية للترتيبات الحالية. أولاً، تشير النتائج إلى أنه لا يمكن أن تكون سياسة الدعم الكامل («الرعاية المجانية للجميع») ولا سياسة الدعم الجزئي كافية بمفردها. وتبين الدروس المستفادة من الخبرة أن سياسات الدعم لا يمكن أن تحقق نجاحاً يذكر ما لم يتم وضع آليات فعالة للاستهداف والرصد لضمان تحديد السكان المؤهلين للحصول على الإعانات. وإن ضمان التمويل الكافي من مصادر متعددة - بدلاً من الاعتماد فقط على التحويلات من الميزانية الحكومية - أمر بالأهمية عينها من أجل الاستمرار بتوفير خدمات صحية كافية وجيدة والتعويض عن الإيرادات التي فقدتها خطط التأمين الصحي ومرافق الصحة العامة.

وثانياً، يعتمد نجاح التغطية الصحية المدعومة أيضاً على فعالية آليات الاستهداف المستخدمة لتحديد السكان المؤهلين للحصول على الإعانات وتقديم الخدمات للسكان المستهدفين. وكما هو مبين في التحليل، ففي حين أن معظم الترتيبات المدعومة تنفذ بعض المعايير لتحديد المستفيدين المحتملين، فإن العديد من هذه المعايير لا تطبق صراحة وبشكل صحيح نهج التقديمات الذي تم اختياره من حيث الإمكانيات المادية (بالاعتماد، على سبيل المثال، على مقياس الإنفاق المكافئ المعدل حسب الأسر المعيشية أو تقييم الاحتياجات والمكاسب) لتحديد الفئات المستهدفة والوصول إليها فعلياً. وقد ثبت أن نهج التقديمات الذي تم اختياره من حيث الإمكانيات المادية فعال في سد الفجوات الكبيرة بين معدلات التغطية بحكم القانون وبحكم الواقع.

وثالثاً، إن استخدام آليات استهداف أكثر فعالية وحده لن يحقق النتائج المرجوة ما لم تؤخذ في الاعتبار تدابير فعالة أخرى فيما

يتعلق بعمليات التسجيل وحزم التقديمات وآليات تقاسم التكاليف. وتؤدي الدولة حالياً دوراً سلبياً في تحويل الإعانة إلى الأموال المجمعّة نيابة عن المستفيدين المحتملين أو الفعليين. ويتعين عليهم أن يضطلعوا بدور نشط في التقدم بطلب التسجيل والشروع بعملية التسجيل كاملة ليتمكنوا من الاستفادة من الخطة المدعومة. بيد أن مجموعة متزايدة من الأدبيات تُبين اليوم أن الدولة (سلطات الصحة العامة) يجب أن تضطلع بدور نشط أكثر في عملية التسجيل، وبذلك تصل إلى الفئات المعرضة للمخاطر من السكان الذين، خلاف ذلك، قد تثبط عزيمتهم بفعل الإجراءات الإدارية المعقّدة.

ورابعاً، بالنسبة للإصلاحات المستقبلية في ترتيبات التأمين الصحي، لا بد من التوقف عند تصميم حزمة التقديمات، بما في ذلك نوع الخدمات ومقدمي الخدمات. وغالباً ما لم يتم فهم وتعريف مفهوم استحقاق حزمة التقديمات بشكل مناسب في العديد من خطط التأمين الصحي التي تم تقييمها في هذه الدراسة. وفي الواقع، على الرغم من أن العديد من هذه الخطط يقال إنها توفر تغطية شاملة للخدمات (حزمة شاملة للجميع)، فإن هذا ينطوي عملياً على قائمة سلبية بالخدمات، مع فرض حد أقصى للإنفاق السنوي لكل أسرة معيشية في بعض الحالات. ولكن بالنظر إلى أن الحماية المالية (المؤشر 2-8-3 من أهداف التنمية المستدامة) هي الهدف النهائي لجميع الترتيبات الصحية المدعومة، يتزايد الجدل حول إمكانية تحقيق حزمة تقديمات تؤمن حماية مالية أكبر من خلال تغطية الخدمات التي ترتبط في الغالب بالإنفاق الصحي الهائل والمسبّب للفقر. ويستدعي ذلك أيضاً التمتع بدور نشط في مجال الشراء، حيث يقوم المشتري بانتظام بتجميع وتحليل البيانات المرضية والاكتمالية ذات الصلة عن المستفيدين.

وخامساً، إن تحديد مستوى الدعم لا يقل أهمية من أجل تصميم ترتيبات دعم فعالة وكافية. وعلى الرغم من أننا لا نعرف الكثير عن الأساليب المستخدمة لاحتساب مبلغ الدعم في البلدان العربية، فإن الأدبيات

الإعانات التي يستفيدون منها. وسيكون من المفيد أيضاً الاستمرار باستكشاف احتمال وجود أخطار معنوية لاحقة (الاستخدام المفرط لخدمات الرعاية الصحية) التي قد تسببها الخدمات الصحية المدعومة، والثُّجج المختلفة التي يمكن أن تحد من هذه السلوكيات من جانبي العرض والطلب.

المتاحة تشير إلى نهجين: تحويل مبلغ مقطوع ثابت وإعانة للفرد الواحد إلى الخطط أو مقدمي الخدمات المدعومين. وإن النهج الأخير، الذي ينطوي على تقديرات للنفقات الصحية المتوقعة للمستفيد الواحد أو استدراج عروض لتصميم حزمة منافع محددة، يوفر معياراً لتحسين عملية تحديد مستوى الدعم وتقاسم التكاليف اللذين قد يتباينان بين مجمعات المخاطر المدعومة والفئات السكانية المؤهلة للحصول على الإعانات وداخلها.

وعلى الرغم من أن التحليل الذي أجري في هذا الاستعراض استخدم إطاراً تحليلياً واسعاً لتحليل طائفة واسعة من المصادر، فلا بد من الاعتراف ببعض القيود العملية التي نتجت أساساً عن الافتقار إلى معلومات مفصلة وبيانات موثوقة عن عدد من المؤشرات الرئيسية مثل النسبة بين الإيرادات والنفقات، ومستوى واتجاه الدعم المتبادل داخل مجمعات المخاطر وفيما بينها، ومساهمة مختلف الفئات المعرضة للمخاطر في الأقساط، ومستوى الإعانات التي تقدمها الحكومة، والسداد التشاركي المتغير لمختلف خدمات الرعاية الصحية، فضلاً عن حزمة المنافع التفصيلية التي تغطيها كل خطة من الخطط.

وينبغي أن تعتمد البحوث المقبلة على البيانات الجزئية المستمدة من الدراسات الاستقصائية التمثيلية على الصعيد الوطني لإجراء تحليل كامل لأثر مختلف ترتيبات الدعم فيما يتعلق بالحماية المالية وأنماط استخدام الرعاية الصحية للفئات المؤهلة للحصول على الإعانات. ويجب أن يتيح تحليل أثر المنافع في مختلف آليات الاستهداف والدعم تقييماً كاملاً للجوانب التوزيعية لهذه الخطط التي ظلت حتى الآن مهمة جداً أو تجنبها الدراسات التجريبية التي أجريت في المنطقة. ويتيح تحليل أثر المنافع تقييم مدى جودة أداء ترتيبات التأمين الصحي المدعوم عموماً فيما يتعلق بتوزيع الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، فإنه يسمح بتحديد الأفراد الذين يتلقون المنافع من الإعانات الحكومية وتحديد

المراجع

- Fan, V. Y., & Savedoff, W. D. (2014). The health financing transition: a conceptual framework and empirical evidence. *Social Science & Medicine*, 105, 112-121.
- Gaspar, V., & others. (2019). Fiscal policy and development: human, social and physical investments for the SDGs. International Monetary Fund.
- Gottret, P., & Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: a Practitioner's Guide*. Washington, D.C.: The World Bank Group.
- Halasa-Rappel, Y., & others. (2020). Actuarial Cost and Fiscal Impact of Expanding the Jordan Civil Insurance Programme for Health Coverage to Vulnerable Citizens. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(no. 2), 206-211.
- International Labour Organization. (2018). Law No. 2 of 2018 promulgating the Health Insurance System. Egypt. Retrieved from https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=108410&p_lang=en
- Khoja, T., & others. (2017). Health Care in Gulf Cooperation Council Countries: A Review of Challenges and Opportunities. *Cureus Journal of Medical Science*, 9(no. 8).
- Kronfol, N. (2012). Access and Barriers to Health Care Delivery in Arab Countries: A Review. *EMHJ Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(no. 12), 1239-1246.
- Kukrety, N., & Al-Jamal, S. (2016). Poverty, Inequality and Social Protection in Lebanon. Beirut: Issam Fares Institute for Public Policy and International Affairs, American University of Beirut.
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*, 56(no. 3), 171-204.
- Makhloufi, K., & others. (2015). Have Health Insurance Reforms in Tunisia Attained their Intended Objectives? *International Journal of Health Economics and Management*, 15(no. 1), 29-51.
- Mataria, A., & others. (2020). Surviving or Thriving in the Eastern Mediterranean Region: The Quest for Universal Health Coverage During Conflict. *The Lancet*, 395(no. 10217), 13-15.
- McIntyre, D., & Kutzin, J. (2016). *Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development*. Geneva: World Health Organization.
- Abu-Zaineh, M., & Abul Naga, R. (2013). Wealth, Health, and the Measurement of Multidimensional Inequality: An Empirical Investigation in the Context of MENA Countries. *Research on Economic Inequality*, 21, 42-439.
- Abu-Zaineh, M., & others. (2014). Fairness in Healthcare Finance and Delivery: What about Tunisia? *Health Policy and Planning*, 29(no. 4), 433-442.
- Abu-Zaineh, M., & others. (2019). Is informality an irrevocable obstacle to Universal Health Coverage? FEMISE Policy Brief Series, Med Brief no. 15.
- Abu-Zaineh, M., & others. (2020). Who bears the burden of universal health coverage? An assessment of alternative financing policies using an overlapping-generations general equilibrium model. *Health Policy and Planning*, 35(no. 7), 867-877.
- Acharya, A., & others. (2012). *Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in low- and middle-income countries: a systematic review*. London: The EPPI-Centre.
- Adly, M. (2013). Constitution of the Arab Republic of Egypt 2014. *Yearbook of Islamic and Middle Eastern Law Online*, 17(no. 1), 381-455.
- Ahmed, S. (2020). *Healthcare financing challenges and opportunities to achieving universal health coverage in the low- and middle income country context*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Alami, R. (2017). Health Financing Systems, Health Equity and Universal Health Coverage in Arab Countries. *Development and Change*, 48(no. 1), 146-179.
- Awawda, S., & others. (2020). *Vers une couverture sanitaire universelle au Sénégal: quelles sont les meilleurs stratégies de financement?* UNISSAHEL Research Program.
- Bander, B., & others. (2020). Impact of Healthcare Expenditures on Healthcare Outcomes in the Middle East and North Africa Region: A Cross-Country Comparison, 1995-2015. *Frontiers in Public Health*, 8.
- Bitran, R. (2014). *Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment: Lessons from Developing Countries*. The World Bank.
- Chouaidia, M., & Laib, S. (2019). Social Security System in Algeria; Régime de la sécurité sociale en Algérie. *Journal of Legal and Political Sciences*, 10(no. 2), 1768-1789.

- World Bank. (2019). High-Performance Health Financing for Universal Health Coverage: Driving Sustainable, Inclusive Growth in the 21st Century. Washington DC: The World Bank Group.
- World Health Organization. (2010). The World Health Report 2010: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2017). Meeting report: public financing for UHC: towards implementation. Health Financing Working Paper 18.1.
- World Health Organization, & World Bank. (2020). Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: WHO & World Bank.
- World Health Organization-EMRO. (2015a). Report on the Regional Meeting on Strengthening the Implementation of Social Health Insurance Schemes for Universal Health Coverage, 1-4 June 2014. Amman, Jordan: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization-EMRO. (2015b). Report on the Expert Consultation on Expanding Universal Health Coverage to the Informal Sector and Vulnerable Groups in the Eastern Mediterranean Region, 15-16 March 2015. Rabat, Morocco: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization-EMRO. (2016). Report on the Regional Meeting on Expanding Universal Health Coverage to the Informal Sector and Vulnerable Groups, 1-3 September 2015. Cairo, Egypt: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization-EMRO. (2019). Strengthening health financing systems in the Eastern Mediterranean Region towards universal health coverage: health financing atlas 2018. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Mills, L., & others. (2019). Unique Health Identifiers for Universal Health Coverage. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 38(Supp 1).
- Nandakumar, A., & others. (1999). Health Expenditure Review: Alexandria, Egypt. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Ochalek, J., Manthalu, G., & Smith, P. C. (2020). Squaring the cube: Towards an operational model of optimal universal health coverage. *Journal of health economics*, 70, 102-282.
- Odoch, W. D., & others. (2021). How Has Sustainable Development Goals Declaration Influenced Health Financing Reforms for Universal Health Coverage at the Country Level? A Scoping Review of Literature. *Globalization and Health*, 17(no. 1), 1-13.
- OECD. (2020). Mobilising tax revenues to finance the health system in Morocco. Paris: OECD. Retrieved from <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/mobilising-tax-revenues-to-finance-the-health-system-in-morocco.htm>.
- Ruger, J., & Kress, D. (2007). Health Financing and Insurance Reform in Morocco. *Health Affairs*, 26(no. 4), 1009-1016.
- Saleh, S. S., & others. (2014). The Path Towards Universal Health Coverage in the Arab Uprising Countries Tunisia, Egypt, Libya and Yemen. *The Lancet*, 383(no. 9914), 368-381.
- Sieverding, M., & Selwaness, I. (2012). Social Protection in Egypt: A Policy Overview. *Gender and Work in the MENA Region*(no. 23).
- Silva, J., & others. (2012). Inclusion and Resilience: The Way Forward for Social Safety Nets in the Middle East and North Africa. Washington D.C.: The World Bank Group.
- Tangcharoensathien, V., & others. (2011). Health-financing reforms in Southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. *The Lancet*, 377(no. 9768), 863-873.
- Vilcu, I., & others. (2016). Subsidized health insurance coverage of people in the informal sector and vulnerable groups: trends in institutional design in Asia. *International Journal for Equity in Health*, 15(no. 1), 1-29.
- Waelkens, M.-P. (2015). Performance and Determinants of Performance of the Community-Based Health Insurance Scheme of Dar Naim, Mauritania 2003-2012. *Health Affairs*, 34(no. 6), 654-658.

تهدف هذه الدراسة إلى المساهمة في النقاش السياسي حول التغطية الصحية الشاملة في سياق المنطقة العربية. وعلى وجه التحديد، تسعى إلى إلقاء الضوء على السمات التصميمية لترتيبات التأمين الصحي المدعومة القائمة وتقييم أهميتها لإحراز تقدم نحو تحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة. وتحقيقاً لهذه الغاية، تحشد الدراسة طائفة واسعة من المصادر، بما في ذلك النتائج المستخلصة من الدراسات السابقة، والوثائق المتصلة بالحالات الإقليمية والقُطرية، فضلاً عن بيانات السلاسل الزمنية المستخرجة من مصادر مختلفة، بما في ذلك قاعدة بيانات الإنفاق العالمي على الصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية وبوابة البيانات التابعة للجنة الأمم المتحدة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكوا). ولا بد من تسليط الضوء على عدد من النتائج المثيرة للاهتمام والآثار الرئيسية لترتيبات التغطية الصحية الشاملة.

أولاً، يكشف تحليل المؤشرات الرئيسية أن معظم البلدان العربية تحرز تقدماً متوسطاً إلى سريع في عملية التحول في مجال تمويل الصحة، مما يقلل من عبء الإنفاق على الصحة على الفئات المعرضة للمخاطر ولا غنى عنه للانتقال إلى التغطية الصحية الشاملة. وعلى الرغم من هذا التحول في الإنفاق على الصحة، لا تزال حصة الموارد العامة المحلية المخصصة للصحة منخفضة نسبياً (مقارنة بالمتوسطات العالمية وغيرها من المتوسطات الإقليمية)، مما يشير إلى أنها ليست أولوية قصوى في مخصصات ميزانية الحكومات.

ثانياً، يبدو أن الترتيبات الحالية المدعومة غير كافية لتأمين الحماية الكاملة من التعرض للمخاطر. مما يشير إلى أنه لا بد من إعادة النظر في السمات المؤسسية والتنظيمية للترتيبات الحالية من أجل تعزيز قدراتها على الحماية المالية وتقديم الخدمات. وتشير النتائج إلى أنه لا يمكن لسياسة توفر الرعاية المجانية للجميع ولا لسياسة الدعم أن تنجح بمفردها.

وتُبيّن التجارب المستقاة من البلدان العربية وأماكن أخرى أن سياسات الدعم لا يمكن أن تحقق نجاحاً يُذكر ما لم يتم وضع آليات فعالة للاستهداف والرصد لضمان تحديد السكان المؤهلين للحصول على الإعانات بفعالية. وإن ضمان التمويل الكافي من مصادر متعددة - بدلاً من الاعتماد فقط على التحويلات من الميزانية الحكومية - أمر بالأهمية عينها من أجل الاستمرار بتوفير خدمات صحية كافية وجيدة والتعويض عن الإيرادات التي فقدتها خطط التأمين الصحي ومرافق الصحة العامة.

