

موجز سياسات
التأمين الصحي المدعوم للفئات
التي يصعب الوصول إليها

نحو تغطية صحية شاملة
في المنطقة العربية:
نظرة أولى

تشرين الثاني/نوفمبر 2021



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.

موجز سياسات
التأمين الصحي المدعوم
للفئات التي يصعب
الوصول إليها

نحو تغطية
صحية شاملة
في المنطقة العربية

تشرين الثاني/نوفمبر 2021



الأمم المتحدة
بيروت

© 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.

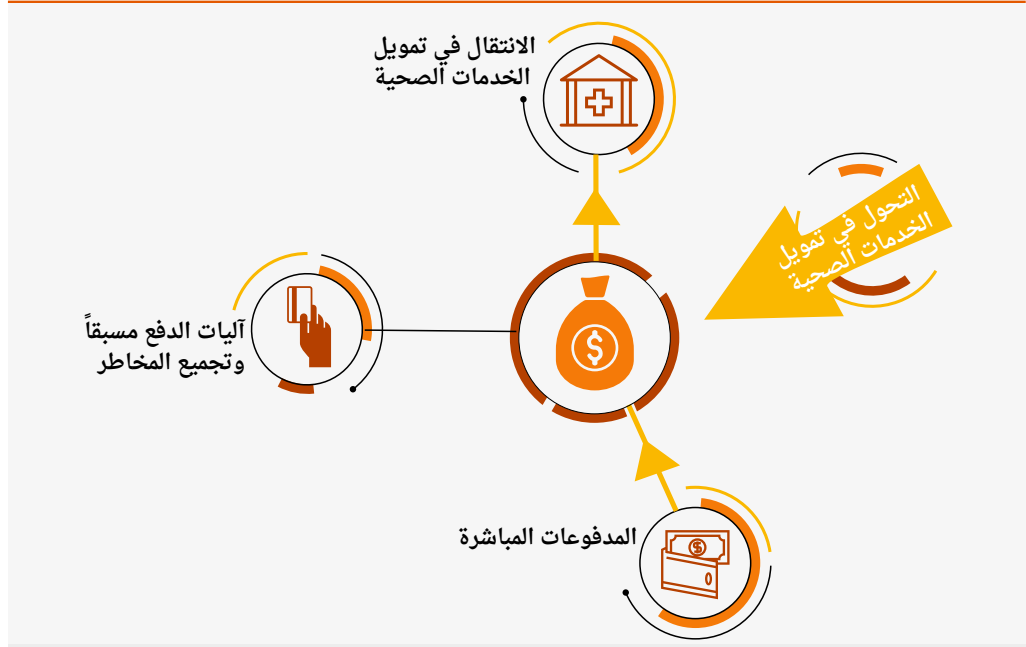
الموقع الإلكتروني: www.unescwa.org

مقدمة

أظهرت جائحة كوفيد-19 الحاجة إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وضمان حصول الجميع على الخدمات الصحية الأساسية الجيدة على النحو الذي أكده مقصد التنمية المستدامة 3-8. وللوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، تختار البلدان، أكثر فأكثر، استخدام التحويلات الحكومية من الميزانية الحكومية إلى التأمينات الصحية لتوسيع نطاق التغطية الصحية لتشمل الفئات التي يصعب الوصول إليها، مثل العمال غير الرسميين والسكان الفقراء والأشخاص ذوي الإعاقة والذين يعانون من أمراض مزمنة. واستخدام عمليات فعالة في تحديد الأهلية، والتسجيل في برامج توفر الدعم الكامل، أو شبه الكامل، للمساهمات في التأمين الصحي ضروريان لتوفير التحويلات وزيادة نطاق التغطية بالخدمات فضلاً عن الحماية المالية¹.

¹ يلخص موجز السياسات هذا النتائج الرئيسية التي تم التوصل إليها من خلال استعراض المعلومات المتاحة للجمهور عن ترتيبات التغطية الصحية المدعومة في مجموعة مختارة من الدول الأعضاء في الإسكوا، ويستكشف السمات التصميمية والتنظيمية الأساسية للترتيبات المدعومة.

الشكل 1. شرح الانتقال في تمويل الخدمات الصحية



ولتحقيق ذلك، على الحكومات أن تسعى إلى الانتقال نحو تمويل الخدمات الصحية، بزيادة نصيب الفرد من النفقات على الخدمات الصحية، حيث تحل آليات تجميع المخاطر والتمويل المسبق من الموارد العامة محل المدفوعات المباشرة من المصادر الخاصة، وخاصة الإنفاق الشخصي المباشر عند نقطة تقديم الرعاية الصحية. والانتقال في تمويل الخدمات الصحية خطوة ضرورية نحو التغطية الصحية الشاملة، فهو يعزز الحماية من المخاطر المالية عبر تخفيف عبء الإنفاق الصحي عن الفئات الأكثر عرضة للمخاطر.

تقييم الأثر

كم تنفق البلدان العربية على الصحة؟

لديه أحد الاحتمالات التالية:

- حيز مالي محدود للصحة.
- سكان فيهم نسبة كبيرة من الشباب.
- أولوية منخفضة للإنفاق على الصحة.

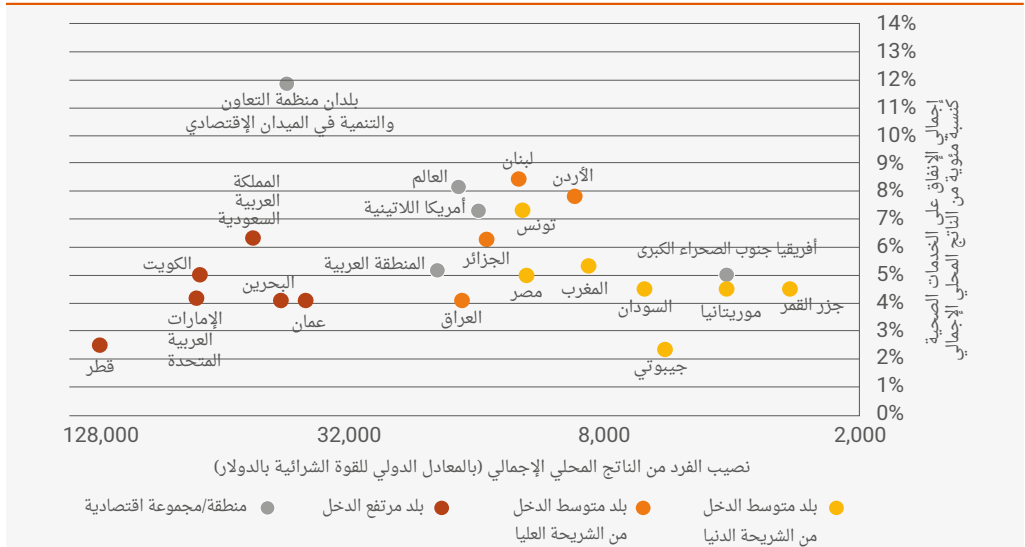
في أفضل الأحوال، ينمو الإنفاق على الصحة بسرعة أكبر من نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. وفي معظم البلدان العربية، كان متوسط الزيادة السنوية في الإنفاق على الصحة أعلى من متوسط النمو الاقتصادي خلال الفترة 2000-2018 (كما هو ظاهر في بلدان المنطقة المظلمة في الشكل 3).

ويتزايد نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة في المنطقة العربية بمعدل أعلى من المتوسط العالمي وحتى المتوسطات الإقليمية الأخرى (مثل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى) على الرغم من تباطؤ النمو الاقتصادي.

تبيّن من تحليل المؤشرات الرئيسية المتعلقة بالانتقال في تمويل الخدمات الصحية في المنطقة العربية أن إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية نسبياً منخفض في معظم البلدان العربية. وفي عام 2018، بلغ إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في المنطقة العربية 5.3 في المائة، وهي أقل من المتوسط العالمي البالغ 8.2 في المائة والمتوسط في بلدان أمريكا اللاتينية البالغ 7.7 في المائة، على الرغم من أن مستوى نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالمعادل الدولي للقوة الشرائية بالدولار) في المنطقة العربية أعلى قليلاً من المتوسط العالمي ومن المتوسط في بلدان أمريكا اللاتينية.

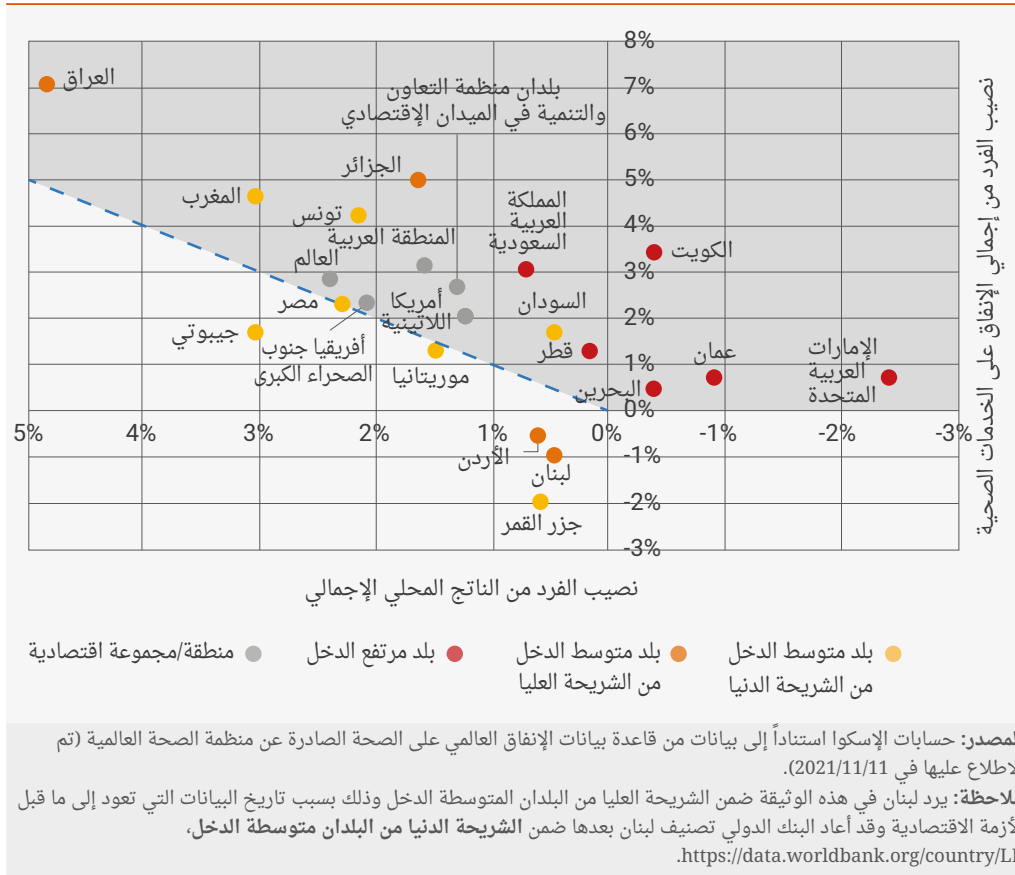
وعلى الرغم من عدم توفر معيار متفق عليه عموماً للحصة من الناتج المحلي الإجمالي التي ينبغي تخصيصها للصحة في بلد ما، قد يشير انخفاض هذه الحصة إلى أن هذا البلد

الشكل 2. 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 3. متوسط التغيّر السنوي في نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية مقابل نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالمعادل الدولي للقدرة الشرائية بالدولار، مثبتاً بقيمته في عام 2018) في المنطقة العربية، 2018-2000



الحماية المالية: هل قيمة الإنفاق المجمع على الصحة أعلى من الإنفاق الشخصي على الصحة؟

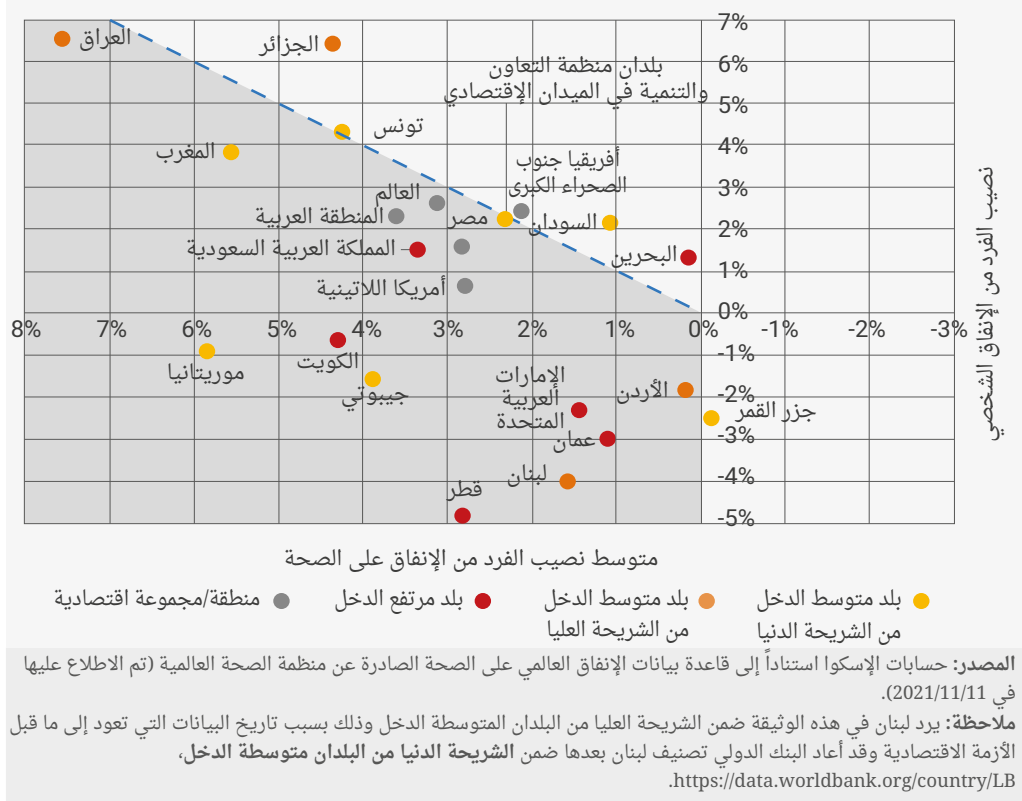
التغطية الصحية الشاملة وترتيبات التأمين الصحي المدعوم. يقتضي تعزيز قدرة النظام الصحي على الحماية المالية على خفض المدفوعات الشخصية المباشرة التي تتحملها الأسر المعيشية، وذلك عن طريق زيادة نسبة الإنفاق المجمع على الصحة.

وحيثما يتزايد الإنفاق المجمع على الصحة بسرعة أكبر من ازدياد المدفوعات الشخصية، يعني تزايداً في حصة التجميع من الإنفاق على الصحة، ما يشير إلى تحسن في قدرة النظام الصحي على الحماية المالية (البلدان الواقعة في المنطقة المظللة في الشكل 4).



الحماية المالية (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-8-2) هي الغاية القصوى لكل من

الشكل 4. متوسط التغير السنوي في نصيب الفرد من الإنفاق المجمع على الصحة مقابل نصيب الفرد من الإنفاق الشخصي (بالمعادل الدولي للقدر الشرائية بالدولار، مثبتاً بقيمته في عام 2018) في المنطقة العربية، 2000-2018



يشير إلى أنها تشهد زيادة في الإنفاق على الصحة للفرد وتحسن في الحماية المالية.

يمكن اعتبار أن البلدان العربية تتقدم في التحول نحو التمويل الصحي كلما تم وضعها داخل المناطق المظلمة للشكلين 3 و 4، مما

ما حجم القدرة المالية؟ كم يُخصّص للصحة؟

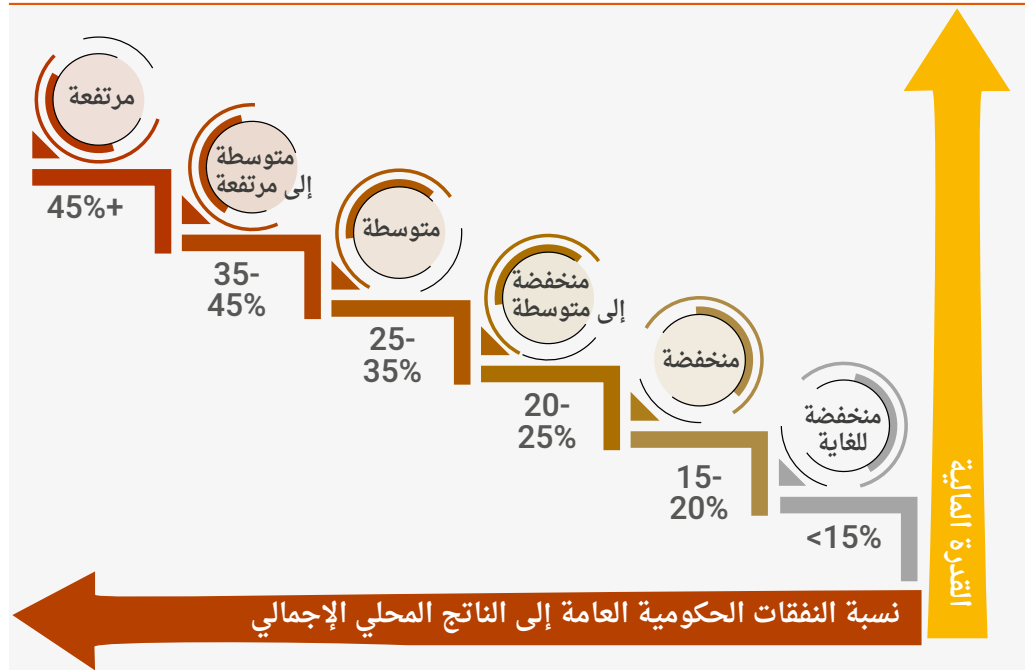
وكقاعدة عامة، يمكن تقييم القدرة المالية للبلد من نسبة النفقات الحكومية العامة إلى الناتج المحلي الإجمالي. وكلما ارتفعت النسبة، تكون القدرة المالية أكبر.

ونسبة النفقات الحكومية المحلية على الصحة إلى النفقات الحكومية العامة هي أيضاً مؤشر على مدى الأولوية التي توليها الحكومة لتمويل الصحة مقارنةً ببند أخرى من النفقات العامة.

وبالنسبة إلى معظم البلدان العربية، تتراوح نسبة النفقات الحكومية العامة إلى الناتج المحلي الإجمالي بين 25 و40 في المائة، ما يشير إلى مستويات قدرة مالية متوسطة إلى مرتفعة.

الحيز المالي المتاح عامل حاسم لتحقيق توسع مستدام في التغطية بالتأمين الصحي من خلال أشكال مختلفة من الدعم. ويتطلب الانتقال إلى التغطية الصحية الشاملة، من بين متطلبات أساسية أخرى، زيادة الإنفاق العام على الصحة (الموجه من خلال صناديق التأمين الاجتماعي أو الوكالات الحكومية أو غيرها من البرامج المنصوص عليها). وكثيراً ما يتطلب هذا زيادة في حصة النفقات الحكومية المحلية على الصحة من إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية، وبالتالي النفقات الحكومية العامة، ويتحقق ذلك، في الحالة المثلى، من دون اللجوء إلى الإفراط في الاقتراض أو خفض الإنفاق على قطاعات أخرى.

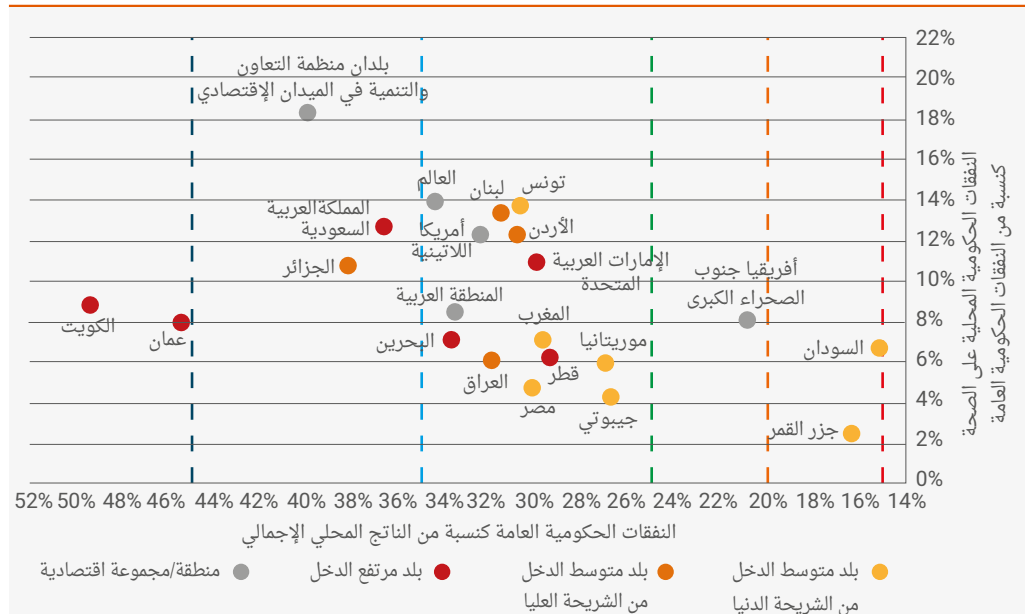
الشكل 5. تقييم القدرة المالية



مقارنة بنسبة 12.3 في المائة في أمريكا اللاتينية وبالمتوسط العالمي البالغ 13.8 في المائة. وهذا يشير إلى أن الصحة ليست لها أولوية عالية في مخصصات الميزانية في معظم البلدان العربية.

وعلى الرغم من أن متوسط القدرة المالية في المنطقة العربية يماثل المتوسط في أمريكا اللاتينية والمتوسط العالمي، فإن مستوى الإنفاق العام على الصحة في المنطقة العربية أقل بكثير: 8.5 في المائة،

الشكل 6. نسبة النفقات الحكومية العامة من الناتج المحلي الإجمالي مقابل نسبة النفقات الحكومية المحلية على الصحة 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>

الخصائص الرئيسية للترتيبات الصحية المدعومة في المنطقة العربية

الاستحقاق والأهلية

- يكون عادة المؤهلون للحصول على أشكال الدعم من الفئات المعرضة للمخاطر، أي الذين ليس لديهم وصول كافٍ إلى الخدمات الصحية، وقد يتكبدون نفقات صحية هائلة ومسببة للفقر.
- تقدم غالبية البلدان العربية تغطية صحية للفئات المعرضة للمخاطر، وذلك من خلال السُّبل التالية:
 - النُّظم الصحية العامة (الوطنية) القائمة، أو
 - ترتيبات/برامج تأمين خاصة، مصممة خصيصاً لاستهداف فئات محددة من السكان.



استهداف المستفيدين

- تستند نُهج الاستهداف المستخدمة إلى ما يلي:
 - فحص الوضع الاقتصادي (بعبارة أخرى: الثروة عن طريق الإنترنت أو الثروة + الدخل)، أو
 - الاحتياجات الاجتماعية المتصلة بالإيرادات (أي الدخل فقط).
- تحدد الفئات المستهدفة على أساس ما يلي:
 - c المؤشرات الاجتماعية والديمقراطية.
 - المجموعات الاجتماعية.
- حالة العمل.



عملية التسجيل ونوع الانتماء

- الانتماء إلى برامج للتأمين الصحي، أو التسجيل في هذه البرامج، يجري على أساس طوعي (باستثناءات نادرة، أبرزها بلدان مجلس التعاون الخليجي ومصر).
- تثبط إجراءات التسجيل الفقراء (والفئات الأخرى المعرضة للمخاطر) عن المبادرة إلى التسجيل.



تواجه عملية التسجيل مصاعب نتيجة للتالي:

- مكاتب التسجيل المكتظة.
- العمليات الشديدة التعقيد.
- فترة التأخر بين الاشتراك وتحويل المستحقات (قد تصل إلى 6 شهور).

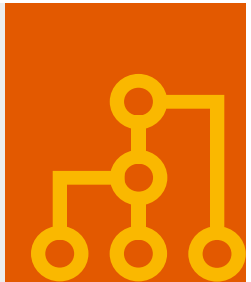
ترتيبات التمويل

- ترتيبات تمويل التأمين الصحي تدعم بشكل كامل أو كبير:
 - المساهمات، أو
 - خدمات الرعاية الصحية.
- تتطلب ترتيبات التمويل الأخرى من الأفراد المؤهلين دفع اشتراكات أو رسوم تسجيل للاستفادة من التغطية المدعومة.
 - من شأن تدابير المساهمة هذه أن تثني المجموعات الضعيفة، ولا سيما الفقراء، عن الانضمام إلى البرامج المدعومة.



الترتيبات التنظيمية لتجميع المخاطر

- تسود الصناديق المستقلة والمجزأة بطبيعتها والصناديق القائمة على تجميع عدة مخاطر في العديد من البلدان العربية.
- يمكن أن يؤدي تجزئة النظم الصحية وتكرارها وعدم كفاءتها إلى الحد بشكل كبير من نطاق الدعم داخل وعبر تجمعات المخاطر.



مصدر التمويل

- يأتي المصدر الرئيسي لتمويل معظم برامج التأمين الصحي المدعوم في الدول العربية من التحويلات المباشرة من الإيرادات الحكومية العامة.
- يتم تمويل عدد محدود من برامج التأمين المدعوم بشكل مشترك من الإيرادات الحكومية ومساهمات المنتسبين.



تصميم حزمة المنافع

- لا تضمن ترتيبات تجميع المخاطر في معظم البلدان العربية دائماً الحماية المالية الكافية والوصول إلى الرعاية الصحية للفئات المدعومة الأكثر عرضةً للمخاطر، ويرجع ذلك جزئياً إلى:
- - حزمة المزايا المقيدة.
- - حزم المزايا التفاضلية للمساهمين والمجموعات المدعومة.
- - إن استمرار الإنفاق الشخصي المرتفع نسبياً في العديد من البلدان هو مؤشر على الفشل في تجميع الموارد الخاصة ذات الأهمية لتوسيع التغطية الفعالة لترتيبات تجميع المخاطر.



آليات تقاسم التكاليف

- تنتشر ترتيبات رسوم المشاركين/التأمين المشترك في المنطقة العربية، وفي بعض الأحيان تمثل حصة كبيرة من مجموع تمويل الصحة.
- قد يكون لذلك آثار مثبطة على استفادة الفقراء عموماً من خدمات الرعاية الصحية.



• لها أثر تنازلي.

- تزيد الأعباء المالية على الفقراء.
- تحدث عوامل غير مشجعة على طلب العناية.
- تحد من إيصال الدعم من الأغنياء إلى الفقراء.

ترتيبات
التشارك في
الكلفة

معدلات تغطية السكان المؤهلين للدعم

- يبدو أن مجموعة من برامج التأمين الصحي المدعومة في المنطقة العربية تصل إلى نسبة كبيرة من السكان المستهدفين.
- تغطي البرامج الأخرى نسبة صغيرة من السكان المستهدفين.



الرسائل الرئيسية

² يُعرف بأنه جزء من إجمالي الإنفاق الصحي الموجه من خلال صناديق التأمين الاجتماعي أو الوكالات الحكومية أو المخططات القانونية الأخرى.

رغم أن القدرات المالية في معظم البلدان العربية تتراوح بين المتوسطة والمرتفعة، فحصة الموارد المخصصة للصحة لا تزال منخفضة نسبياً.

يدل هذا على أن للصحة أولوية منخفضة في الميزانيات الحكومية رغم توفر القدرة المالية.

يبين التحليل أن النظم الصحية في معظم البلدان العربية غير ممولة بالدرجة الكافية

زيادة الإنفاق العام على الصحة².

استخدام الموارد المحلية بمزيد من الكفاءة والإنصاف من خلال تمويل الترتيبات المدفوعة سلفاً والمجمعة، والحد من المدفوعات الشخصية المباشرة.

تحريك موارد إضافية لتحسين الجودة واستيعاب الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الصحية.

الانتقال أبعد من الوضع الحالي، نحو التغطية الصحية الشاملة، يتطلب

محدودية رزم المستحقات مع استثناءات في خدمات محددة و/أو حدود سنوية على التغطية المالية.

طلب آليات للتشارك في الكلفة رغم المساهمات المدعومة في التأمين الصحي.

الترتيبات الصحية المدعومة القائمة ليست كافية كتأمين كامل ضد النفقات الصحية الهائلة والمسببة للفقر

استجابات على مستوى السياسات

ينبغي وضع آليات فعالة للرصد والاستهداف من أجل تحديد السكان المؤهلين

- تطبيق نهج قياس الوضع الاقتصادي في تحديد المستحقات (مثل قياس معدل إنفاق الأسرة المعيشية) من أجل تحديد الفئات المستهدفة والوصول إليها.
- قد يكون نهج قياس الوضع الاقتصادي في تحديد المستحقات فعالاً في سد الفجوة بين التغطية القانونية والتغطية الفعالة.

التأكد من التمويل الكافي من مصادر متعددة بدلاً من الاعتماد حصراً على التحويلات من ميزانية الحكومة المركزية

- تشمل الخيارات العملية ما يلي:
- التمويل بالضرائب على الصعيد دون الوطني للحفاظ على الهياكل الأساسية للرعاية الصحية.
- مشاركة المستفيدين في المساهمات.
- وضع ضرائب على المرتبات.
- فرض ضرائب على المنتجات الضارة بالصحة (الكحول، التبغ، الحلويات، إلخ).
- المنظمات الخيرية (مثل الزكاة).

على السلطات المعنية بالصحة العامة أن تمارس دوراً أكثر فاعلية في عملية التسجيل

- يساعد ذلك على رصد فئات معرضة للمخاطر من الممكن أن تكون غير مشجعة على التسجيل بسبب الإجراءات الإدارية المعقدة.
- تشمل الأمثلة على الدور الفاعل:
- تيسير التسجيل من خلال تطبيق برنامج إجباري مدعوم للتأمين الصحي.
- اتصال السلطات المعنية بالصحة العامة بالأفراد أو الأسر ذوي الأهلية للدعم، وتسجيلهم.

إعادة تصميم رزم المستحقات، بما في ذلك أنواع الخدمات ومقدميها

- يمكن الحصول على رزمة تحقق الحماية المالية بدرجة أكبر من خلال تغطية الخدمات المرتبطة أكثر من غيرها الصحية الهائلة والمسببة للفقر.
- تفادي قائمة سلبية من الخدمات (مثل الاستثناءات في الخدمات) مع سقف سنوي على الإنفاق لكل أسرة، أو التشارك في الكلف الباهظة.

تحديد مستوى الدعم

- نهجان: تحويل مبلغ مقطوع ثابت ودعم للفرد يتم تحويله إلى المخططات أو مقدمي الخدمات المدعومين.
- يتيح النهج الذي يركز على نصيب الأفراد من الدعم معياراً لتحديد مستوى الدعم والتشارك في الكلفة التي قد تختلف من برنامج إلى آخر من برامج التأمين الصحي، أو من فئة إلى أخرى من الفئات المؤهلة للدعم.

تعزيز الحماية
الاجتماعية في أطر
الاستجابات للجائحة
**بناء القدرات في مجال
الحماية الاجتماعية**



تعزيز الحماية
الاجتماعية في أطر
الاستجابات للجائحة
**توجيه الجهود
للحد من الفقر**



تعزيز الحماية
الاجتماعية في أطر
الاستجابات للجائحة
**النهوض باقتصاد
الرعاية**

