



اللجنة الإقليمية
لشرق المتوسط

تشرين الأول/أكتوبر 2015

الدورة الثانية والستون

مدينة الكويت، الكويت، 5-8 تشرين الأول/أكتوبر 2015

اجتماع تقني

حول

التأمين الصحي الاجتماعي من أجل التغطية الصحية الشاملة

أهداف الاجتماع

تتمثل أهداف الاجتماع في ما يلي:

- إطلاع راسمي السياسات على أحدث الأفكار في مجال التأمين الصحي الاجتماعي بوصفه أداة لإحراز تقدُّم نحو الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة؛
- تبادل المعلومات حول الترتيبات المنتظرة في الإقليم؛
- اقتراح خيارات مُمكنة لتعزيز التحرك صَوْب التغطية الصحية الشاملة.

معلومات أساسية

تلتزم بلدان الإقليم بضمان حصول جميع الأشخاص على الخدمات الصحية الضرورية من دون مواجهة صعوبات مالية - وهو الهدف المنشود من التغطية الصحية الشاملة. وقد أكَّدت اللجنة الإقليمية مجدِّداً، بموجب قرارها ش م/ل إ 61/ق-1، التزامها بالسعي إلى بلوغ تلك التغطية استناداً إلى قِيَم الرعاية الصحية الأولية ومبادئها، والحق في الحصول على خدمات صحية ميسورة التكلفة وعالية الجودة، وذلك من خلال اعتماد نهج متعدد القطاعات. ودعت اللجنة الدول الأعضاء إلى أن تنظر في تنفيذ إطار العمل الإقليمي بشأن الارتقاء بالتغطية الصحية الشاملة، وإعداد وتنفيذ خارطة طريق وطنية للتغطية الصحية الشاملة تستند إلى الإطار الإقليمي.

وتُشير البيِّنات والبراهين إلى أن وضع ترتيبات للسداد المسبق، وترتيبات تجميع الموارد، والحد من الاعتماد الزائد على الدفع المباشر في تمويل الخدمات الصحية، هي شروط ضرورية لتحقيق التغطية الشاملة. وللبلدان أن تختار من بين ترتيبات عديدة للسداد المسبق، والتي من بينها المخصصات من الإيرادات الحكومية العامة، والتأمين الصحي الإلزامي، والتأمين الصحي الطوعي، وحسابات إدخار النفقات الطبية.

وكان التأمين الصحي الاجتماعي يُشار إليه، حسبما جرّت العادة، على أنه ترتيبات التأمين الصحي الإجباري الممول من خلال الخصومات من الأجور (سواء من أصحاب العمل أو الموظفين أو كليهما). وقد عرّفه المرصد الأوروبي للنظم والسياسات الصحية على أنه نظام إجباري بحكم القانون يغطي أغلب السكان أو كلهم بتأمين صحي يسدّد تكلفته طرف ثالث مُعيّن، ويتضمّن دفع اشتراكات غير مرتبطة بالمخاطر والتي تظل منفصلة عن الضرائب. ويشار إليه في كثير من الأحيان حالياً على أنه مجموعة متنوعة من طُرُق تحصيل وتجميع الأموال، والتي تنطوي على مزيج من اشتراكات التأمين الإلزامي والإيرادات الحكومية العامة¹. وقد حدّث هذا التغيير في البلدان المرتفعة الدخل في ظل تقدّم العُمُر بالسكان وانخفاض نسبة العمّال الذين يسدّدون الاشتراكات إلى المُعالين ممن لا يسدّدونها. وعلى نفس المنوال، فقد تغيّر المفهوم في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، في ظل وجود قطاع غير رسمي كبير وفئات سكانية ضعيفة، حيث تحوّل المفهوم إلى ترتيب للدفع المسبق لا يتم تمويله من اشتراكات الأقساط من جانب العاملين بالقطاع الرسمي فحسب، ولكن أيضاً من المخصصات الحكومية لدعم الاشتراكات لحساب الفئات السكانية الفقيرة والضعيفة، بما في ذلك من ينتمون للقطاع غير الرسمي.

الوضع الإقليمي بحسب مجموعات النظم الصحية للبلدان²

المجموعة 1: اعتمدت هذه البلدان بصفة أساسية على الإيرادات الحكومية العامة لتقديم حزمة سخيّة من الخدمات الصحية لمواطنيها، ولكن الفترة الأخيرة شهدت تحولاً في بعض البلدان نحو تطبيق نُظُم للتأمين الصحي الاجتماعي يهدف إلى تغطية المواطنين بجميع الخدمات أو مجموعة مختارة منها، وينظر معظم هذه البلدان حالياً في إمكانية توفير التغطية للعمال المغتربين.

المجموعة 2: هناك تقليد ساد لفترات طويلة ببلدان هذه المجموعة 2 متمثلاً في اشتراكات التأمين الصحي الإلزامي، مع تمكّن بعض البلدان من توسيع نطاق التغطية بها لتشمل الفقراء وأقسام من القطاع غير الرسمي بالاستفادة من الدعم الحكومي؛ وهناك بلدان أخرى لديها نظام مدعّم منفصل؛ وتتولى وزارة الصحة، في البعض الآخر من البلدان، إدارة التأمين الصحي الاجتماعي بها. ومع ذلك، فإن حصة المدفوعات المباشرة لا تزال مرتفعة جداً في هذه المجموعة من البلدان.

المجموعة 3: برغم وجود نُظُم التأمين الصحي الاجتماعي في بعض بلدان المجموعة 3، فإن المستوى العام للتمويل غير كافٍ، وهناك أقسام كبيرة من السكان غير مشمولة بالتغطية، وتتراوح حصة المدفوعات المباشرة حول 60% من إجمالي الإنفاق على الصحة.

تصميم الترتيب الخاص بالتأمين الصحي الاجتماعي وتنفيذه

تتميّز خصائص تصميم أي نظام للتأمين الصحي الاجتماعي في نطاق التمويل العام للصحة بأن لها تأثير على التقدّم المحرّز صَوّب بلوغ التغطية الصحية الشاملة. وتتضمّن خصائص التصميم ما يلي: ما الفئات السكانية المستهدفة؛ وكيف يتم تخصيص الموارد والاستفادة منها؛ وعدد النظم المختلفة ومستوى التكامل فيما بينها؛ وما

¹ Siddiqi S, Mataria A, Banzon E. Editorial: Benefits and pitfalls of social health insurance in pursuit of universal health coverage: lessons for the Eastern Mediterranean. East Mediterr Health J. 2014;20(9).

² المجموعة 1: البحرين والمملكة العربية السعودية والكويت وعمّان وقطر والإمارات العربية المتحدة. المجموعة 2: مصر وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والأردن ولبنان وليبيا والمغرب وفلسطين والجمهورية العربية السورية وتونس؛ المجموعة 3: أفغانستان وجيبوتي وباكستان والصومال والسودان واليمن.

إذا كان هناك توجه للفصل بين التمويل وتقديم الخدمات. أما خصائص التنفيذ فتتنطوي على اعتبارات تتعلق بما إذا كانت حزمة المزايا مقتصرة على الرعاية العلاجية، وتستبعد الفئات الأفقر من السكان ومن ينتمون للقطاع غير الرسمي، وتقل كفاءتها إذا كانت مفتتة بين عدد كبير من الصناديق، في ظل ارتفاع التكاليف الإدارية، وتأخر التعويضات، وينخفض الإنصاف نتيجة انخفاض عدد المساهمين في الصندوق الواحد. كما أن ارتفاع مستويات الدفعات المشتركة وانخفاض الرسوم لجذب مقدمي الخدمات من القطاع الخاص قد تتسبب في استمرار الصعوبات المالية³.

الدعم المقدم من المنظمة

شرعت منظمة الصحة العالمية في تنفيذ أنشطة في شتى أنحاء الإقليم لدعم وظائف التنفيذ المختلفة في مجال التأمين الصحي الاجتماعي. وهناك سبعة بلدان (الأردن وباكستان وتونس وجمهورية إيران الإسلامية والسودان وفلسطين والمغرب) قامت بتقييم نظم التمويل الصحي بها باستخدام نهج التقييم التنظيمي لتحسين وتقوية التمويل الصحي (OASIS)، وتحديد العقبات المؤسسية والتنظيمية لمتابعة تحقيق التغطية الصحية الشاملة في السياق المحلي. وقد انصب التركيز أيضاً على بناء القدرات في شتى أنحاء الإقليم في مجال وظائف التنفيذ، وتبادل الدروس المستفادة فيما يتعلق بالحوكمة وكيف تمكنت البلدان من تغطية القطاع غير الرسمي في الوقت الذي تضمن فيه التزام القطاع الرسمي، والارتقاء بالقدرات في مجال إدارة الصناديق والعمل الاكتواري، والفعالية لقاء التكاليف/حساب التكاليف، وتقييم التكنولوجيا الصحية، وطرق السداد لمقدمي الخدمات، وتكنولوجيا المعلومات، والتعاقد. وأخيراً، فقد أنشئت شبكة إقليم شرق المتوسط للتأمين الصحي الاجتماعي بعرض المساعدة على إضفاء الطابع المؤسسي على عملية تبادل الخبرات والدعم فيما بين البلدان.

النتائج المرجوة

- الفهم الكافي لدور التأمين الصحي الاجتماعي في النظام العام للتمويل الصحي والتحول تجاه التنفيذ.
- موجز بالدعم المطلوب لتعزيز التحرك صوب بلوغ التغطية الصحية الشاملة من خلال نظم التمويل الصحي.

3 Liu L, et al. Can rural health insurance improve equity in health care utilization? A comparison between China and Vietnam. Int J Equity Health. 2012;11 (10): 1-9.