

النهوض بالتمويل الصحي تعزيزًا للحماية المالية في إقليم شرق المتوسط: سُبل تحقيق الإنصاف وبناء القدرة على الصمود

ملخص تنفيذي

التمويل الصحي ركنٌ أساسيٌّ من أركان التُّظُم الصحية القادرة على الصمود، وعاملٌ حاسمٌ لتحقيق الإنصاف في التغطية بالخدمات والحماية المالية من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة. وعلى الرغم من الإصلاحات التمويلية والاستثمارات الكبرى في كثير من بلدان إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، لا تزال المصاعب المالية الناجمة عن الإنفاق المباشر على الصحة من الأموال الخاصة مرتفعةً ارتفاعاً غير مقبول، ولا يزال التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة بطيئاً ومتفاوتاً. ولا تزال ثمة تفاوتات كبيرة داخل البلدان وفيما بينها، وهو ما يؤثر بصفة خاصة على الفئات السكانية المستضعفة، والأشخاص الذين يعيشون في أوضاع هشّة ومتضررة من النزاعات، وأولئك المقيمين في بلدان خاضعة لعقوبات اقتصادية. وفي الوقت نفسه، تقع على عاتق نُظُم التمويل الصحي ضغوط إضافية بسبب تزايد عبء الأمراض غير السارية، وشيخوخة السكان، والنزوح الواسع النطاق، والتغير التكنولوجي السريع، وأثار تغير المناخ، والتخفيضات المستمرة في المساعدة الإنمائية الرسمية، والضبابية الاقتصادية العالمية.

وتُعيد هذه الورقة التقنية تأكيد التزام المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط باتخاذ قرارات إقليمية وعالمية بشأن التغطية الصحية الشاملة، وتقديم توجُّهات سياساتية مُسنَّدة بالبيّنات من أجل تعزيز الحماية المالية في مختلف السياقات القطرية في الإقليم. وتستند الورقة إلى بيانات حديثة وتجارب قطرية لتحديد القضايا الهيكلية الرئيسية، منها عدم كفاية التمويل العام للصحة، وتجزؤ ترتيبات التجميع، واتباع أساليب سلبية للشراء وسداد مستحقات مقدمي الخدمات، ونقص الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية، وعدم الاتساق بين نُظُم التمويل الصحي ونظم الحماية الاجتماعية بوجه عام.

وللتصدي لهذه التحديات، تقترح الورقة إطار عمل لتحسين الحماية المالية في الإقليم، مع تحديد الإجراءات ذات الأولوية في ظل التوجُّهات الاستراتيجية الأربعة التالية:

- تعزيز التمويل العام للصحة؛
- والنهوض بالإنصاف في الحماية المالية؛
- وتحسين الكفاءة والقيمة المُحققة مقابل المال في الإنفاق الصحي؛
- وتعزيز حوكمة التمويل الصحي والقدرة المؤسسية على التنفيذ الفعال.

وعلى الرغم من تفاوت بلدان الإقليم من حيث القدرة المالية والنضج المؤسسي ومستويات الاستقرار، فإن جميع البلدان تشترك في توجُّهات استراتيجية تسعى إلى النهوض بنُظُم التمويل الصحي وتعزيز الحماية المالية، ويمكن صياغتها في ثلاثة أهداف يعزز بعضها بعضاً، هي: الاستثمار في إرساء الأسس، وبناء/ تعزيز المؤسسات،

ودفع التحول. وتعكس هذه الأهداف سلسلة متواصلة تبدأ بترسيخ جاهزية النظام لإصلاح تمويل الصحة، وصولاً إلى إتمام التنفيذ الفعّال وتحقيق أثر مستدام. ولكن قد تختلف البلدان في نقاط انطلاقها.

وبوجه عام، تعطي *البلدان المرتفعة الدخل* الأولوية، على الأرجح، لدفع التحوّلات لتعزيز الكفاءة والقيمة المحققة مقابل المال والإنصاف. أما *البلدان المتوسطة الدخل*، فإنها قد تركز على بناء/ تعزيز المؤسسات لمعالجة التجزؤ، وتحسين ترتيبات التجميع، والحد من الإنفاق من الأموال الخاصة، في حين تحتاج *البلدان المنخفضة الدخل* غالباً إلى إعطاء الأولوية للاستثمار في إرساء الأسس لنظم التمويل الصحي المستدام، بما في ذلك وظائف الحوكمة وأنظمة المعلومات الأساسية. وفي *الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات*، قد تركز الأولويات على استقرار ترتيبات التمويل لضمان استمرارية الخدمات الأساسية، مع تمهيد الطريق أمام التعافي على المدى الأبعد والإصلاح. ولكن يجب الانتباه إلى أن هذا التصنيف استرشادي وليس صارماً، وقد تواجه بعض البلدان تحديات تهم الأهداف الثلاثة جميعها. وينبغي الاسترشاد في تحديد الأولويات القطرية بتقييم شامل لنظام التمويل الصحي، بما في ذلك التقدم الذي أحرزه النظام ومدى نضجه، والسياق العام للإصلاح.

وفي جميع الأحوال، ستتولى الدول الأعضاء قيادة إصلاحات التمويل الصحي وإشراك الجهات المعنية. أما المنظمة، فستقدم الإرشادات التقنية والمعارية، مع تمكين التعلم والتنسيق، بالإضافة إلى تيسير الحوارات الوطنية الشاملة بشأن سياسات إصلاح التمويل الصحي لأجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي. وسيُسهم شركاء التنمية في التمويل التحفيزي والاستثمارات لدعم التوسع في الإصلاحات التي تقودها البلدان واستدامتها بما يتماشى مع الأولويات الوطنية.

مقدمة

1. التمويل الصحي ركنٌ أساسي من أركان النُظُم الصحية القادرة على الصمود المتسمة بالإنصاف التي تفسح الطريق لإحراز تقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي وغيرها من أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة. وتسهم نُظُم التمويل الصحي الجيدة الأداء في إحراز تقدم في مؤشري أهداف التنمية المستدامة المتعلقين بالتغطية الصحية الشاملة، وهما: التغطية بالخدمات (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-8-1)، والحماية المالية (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-8-2).

2. وتُعد الحماية المالية في مجال الصحة أحد الأبعاد والأهداف الأساسية للتغطية الصحية الشاملة، وتعني "غياب العوائق المالية التي تُحول دون الحصول على الرعاية اللازمة" و"عدم المرور بضائقة مالية ناجمة عن الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة" (1). فتنبض الحماية المالية بالإنصاف من خلال تخفيف عبء الرعاية الصحية المالي غير المتناسب على الفئات السكانية الفقيرة والضعيفة، وهذا يتيح الحصول على الخدمات اللازمة استنادًا إلى الاحتياجات الصحية وليس القدرة على الدفع. ومن ناحية أخرى، فإن الحماية المالية، من خلال حماية الأفراد والأسر من الضوائق المالية المرتبطة بالرعاية الصحية، تعزز قدرتهم على الصمود في مواجهة الصدمات، مثل الأزمات الاقتصادية والنزاعات والجوائح والنزوح والكوارث، والتعافي منها. وتُعد نُظُم التمويل الصحي التي تتسم بالإنصاف ضرورية لضمان توزيع فوائد الحماية المالية توزيعًا عادلًا بين السكان. كما أن نُظُم التمويل الصحي القادرة على الصمود التي تعتمد على موارد مُجمّعة مدفوعة مقدمًا أكثر قدرة على مواصلة تقديم الخدمات أثناء الأزمات مع تقليل تعرض الأسر للضوائق المالية.

3. ويتسم إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط بالتنوع الكبير في الاقتصادات والنُظُم الصحية، إذ يتضمن ستة بلدان مرتفعة الدخل ذات قدرات مالية قوية وبنية تحتية صحية متقدمة؛ وثلاثة بلدان/أراضي من الشريحة العليا للبلدان المتوسطة الدخل وثمانية بلدان/أراضي من الشريحة الدنيا للبلدان المتوسطة الدخل لديها نظم تمويل مختلطة ويزداد فيها الطلب على الخدمات؛ وخمسة بلدان منخفضة الدخل لديها نظم صحية مجزأة وناقصة التمويل تعتمد بشدة على المعونة الخارجية. 1 وتُصنّف 10 من البلدان/الأراضي ذات الدخل المنخفض والمتوسط على أنها تعاني أوضاعًا هشة ومتضررة من النزاعات أو خاضعة لعقوبات اقتصادية (2,3). وتُسفر هذه التفاوتات الكبيرة في مستويات الازدهار والاستقرار الاقتصادي، فضلاً عن التباينات في قدرات النظم الصحية، عن مشهد معقد أمام إصلاحات التمويل الصحي في الإقليم. 2

4. وإضافةً إلى ذلك، فإن تزايد عبء الأمراض غير السارية، وشيخوخة السكان، ونزوح السكان على نطاق واسع، والتغير التكنولوجي السريع، وآثار تغير المناخ كلها عوامل تؤدي إلى زيادة الطلب على النُظُم الصحية، وهو ما يتطلب اتباع نهج تمويل مستدامة. ويزداد تفاقم هذه التحديات بسبب التخفيضات المستمرة في المساعدات الإنمائية الرسمية والتراجع الاقتصادي العالمي. وفي الوقت نفسه، تجتهد بلدان كثيرة في التكيف مع التحول عن الاعتماد على دعم المبادرات الصحية العالمية وغيرها من أشكال المساعدة الخارجية، وهذا التحول يزيد من الضغط لحشد الموارد المحلية والحفاظ على البرامج والخدمات الصحية ذات الأولوية.

¹ فئة الدخل المنخفض: أفغانستان والصومال والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن؛ فئة الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط: جيبوتي ومصر والأردن ولبنان والمغرب وباكستان وفلسطين وتونس؛ فئة الشريحة العليا من الدخل المتوسط: جمهورية إيران الإسلامية والعراق وليبيا؛ فئة الدخل المرتفع: البحرين والكويت وسلطنة عُمان وقطر والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة.

² أوضاع هشة ومتضررة من النزاعات: أفغانستان والعراق ولبنان وليبيا وفلسطين والصومال والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن، حسب تصنيف البنك الدولي. وإضافة إلى ذلك، تخضع جمهورية إيران الإسلامية لعقوبات اقتصادية.

ولذلك يواجه كثير من بلدان الإقليم ضغوطاً مالية مستمرة وارتفاعاً متزايداً في الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة³، مما يقوض الحماية المالية⁴ ويعرقل التوسع في التغطية بالخدمات ويؤثر في التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة.

5. ووفقاً لتقرير تتبّع التغطية الصحية الشاملة: تقرير الرصد العالمي لعام 2025 (منظمة الصحة العالمية/ مجموعة البنك الدولي)، لا يزال التقدم المحرز نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الإقليم بطيئاً ومتفاوتاً⁽¹⁾. وتزداد يوماً بعد يوم النفقات الصحية من المال الخاص المؤدية إلى الفقر، مع تزايد أعداد الأشخاص الذين يضطرون إلى دفع تكاليف الخدمات الصحية على حساب الاحتياجات الأساسية مثل الغذاء والسكن والتعليم. وتكشف هذه الاتجاهات عن مواطن ضعف هيكلية عميقة في تمويل النظم الصحية، وتبرز اتساع أوجه التفاوت داخل البلدان وفيما بينها، ولا سيما في الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات، وكذلك في السياقات المتأثرة بالعقوبات الاقتصادية.

6. وتستند هذه الورقة إلى التزامات سابقة مثل: إعلان صلالة بشأن التغطية الصحية الشاملة (2018)، وقراري اللجنة الإقليمية رقم ش م/ل إ 57/ق-7 بشأن التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط: التحرك باتجاه التغطية الشاملة 2011-2015، و ش م/ل إ 69/ق-2 بشأن بناء نظم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط (2022)؛ وقرار جمعية الصحة العالمية ج ص ع 78-12 بشأن تعزيز تمويل الصحة على الصعيد العالمي (2025)؛ والخطة التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط 2025-2028؛ وبرنامج العمل العام الرابع عشر للمنظمة (2025-2030) (4-9). وتُقدّم الورقة توجهات سياساتية مسترشدة بالبيّنات- لدعم وتسريع تعافي التمويل الصحي وإصلاحه وتحوله في شتى أنحاء الإقليم.

الوضع الإقليمي

الحماية المالية بين الضوائق المالية الشديدة والتفاوتات البالغة

7. إن الاتجاه السائد في الحماية المالية على نطاق إقليم شرق المتوسط مثيرٌ للقلق. فهناك زيادة في نسبة السكان الذين يقعون في دائرة الفقر بسبب دفع تكاليف الرعاية الصحية من أموالهم الخاصة على حساب تلبية احتياجاتهم الأساسية. ويعرض الملحق 1 مؤشر التغطية بالخدمات من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة والضوائق المالية⁵ ومكوناتها في شتى بلدان الإقليم وأراضيه.

³ الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة أمر اختياري، ويحدث في مركز الرعاية من دون التشارك في تحمل المخاطر، وهو يشير إلى ما يدفعه الناس مباشرة من دخلهم أو مدخراتهم أو قروضهم عند تلقي خدمات صحية أو شراء منتجات صحية، باستثناء أي مبلغ مشمول بخطط الدفع مثل التأمين أو الضرائب أو المبالغ التي تُرد لمن تحملها. ويشمل تكاليف مثل الأدوية وزيارات الأطباء والرعاية في المستشفيات ووسائل التشخيص، ومقاييس المقارنة بين البلدان المتعلقة بالإنفاق من الأموال الخاصة لا تضع في الحسبان التكاليف المرتبطة بالوصول إلى الخدمات الصحية، مثل تكاليف الانتقالات. وحيثما توفرت بيانات عن هذه التكاليف، ينبغي تحليلها في إطار تقييم العوائق التي تعترض الاستفادة من الخدمات.

⁴ تشير الحماية المالية في مجال الصحة إلى كل من: غياب العوائق المالية التي تحول دون الحصول على الرعاية اللازمة وتجنب الضوائق المالية الناجمة عن الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة. ويقاس مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3-8، في صيغته الأصلية والمُنقّحة، البُعد الأخير، أي الضوائق المالية الناجمة عن الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة. أما العوائق المالية التي تحول دون الحصول على الخدمات فإنها تؤثر على مستوى التغطية بالخدمات والإنصاف في ذلك، ومن ثَمَّ فإن مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3-8-1 يوضح تلك العقبات أكثر.

⁵ يستند مؤشر الضائقة المالية (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3-8-2 المُنقّح) إلى "نهج الميزانية التقديرية"، ويُعرّف بأنه نسبة السكان الذين يتجاوز إنفاقهم الأسري المباشر من الأموال الخاصة على الصحة 40% من "الميزانية التقديرية للأسرة". والميزانية التقديرية هي مجموع النفقات الاستهلاكية أو صافي الدخل بعد خصم تكلفة الاحتياجات الأساسية. ويعيش الأشخاص الذين يعانون الفقر بميزانيات تقديرية سالبة، إذ يكون مستوى إنفاقهم الاستهلاكي أو صافي دخلهم أدنى

8. وفي عام 2022، عانى ما يقدر بنحو 28% من سكان الإقليم من ضائقة مالية بسبب الإنفاق المباشر على الصحة من الأموال الخاصة، وهي نسبة أعلى من المتوسط العالمي (26%)⁽¹⁾. ويشير ذلك إلى ارتفاع نسبة الأفراد في الإقليم، مقارنة بالمتوسط العالمي، الذين يتخلون عن الاحتياجات الأساسية، مثل الغذاء والسكن والتعليم، أو يقللون بدرجة كبيرة من استهلاك السلع والخدمات الأخرى عند دفع تكاليف الرعاية الصحية من أموالهم الخاصة. ويُعد ذلك تحسُّناً طفيفاً في الإقليم مقارنةً بعام 2015 (29%)، ولكنه تحسن يُعزى في المقام الأول إلى انخفاض الإنفاق الكبير غير المُفقر على الصحة من الأموال الخاصة⁽⁶⁾، الذي تراجع من 6.4% من عدد السكان في عام 2015 إلى 5.4% في عام 2022، مقارنةً بالتغير العالمي من 5.2% إلى 5.6%⁽¹⁾.

9. ومع ذلك، لا يشهد الإقليم أي تحسُّن في الإنفاق المُفقر من الأموال الخاصة⁽⁷⁾ بل زاد ذلك الإنفاق قليلاً من 22.2% من السكان في عام 2015 إلى 22.7% في عام 2022، مما يشير إلى تزايد عدد أبناء الإقليم الذين يفتقرون أو يزدادون فقراً عند دفع تكاليف الرعاية الصحية من أموالهم الخاصة⁽¹⁾. وفي المقابل، سجَّل المتوسط العالمي للإنفاق المُفقر من الأموال الخاصة انخفاضاً خلال الفترة نفسها، من 22.8% من السكان إلى 20.4%⁽¹⁾.

10. ومن الجدير بالذكر أن مقياسي الضائقة المالية كليهما -وهما الإنفاق الصحي الكبير ولكن غير المُفقر، والإنفاق الصحي المُفقر- لا يقيسان إلا الرعاية الصحية التي يُدفع مقابلها من الأموال الخاصة. ونتيجة لذلك، فإن الأفراد الذين لا يطلبون الرعاية الصحية لأنهم لا يستطيعون تحمُّل تكاليفها (أي الذين تظل احتياجاتهم غير مُلباة) لا يرصدهم هذان المؤشران، ومن ثم لن يُسجَّلوا، بحسب تعريف هذين المؤشرين، ضمن من يعانون من ضائقة مالية.

11. وتؤكد التفاوتات الحادة بين فئات دخل البلدان في الإقليم مواطن الضعف الهيكلية. وتصل معدلات الضائقة المالية، في المتوسط، إلى أعلى مستوياتها في البلدان المنخفضة الدخل (31%)، تليها بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (26%)، ثم بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (25%). ويتسم الإنفاق المُفقر على الصحة من الأموال الخاصة بنمط تدريجي مماثل في المتوسط (23% و 18% و 18% على الترتيب)، وهو ما يدل على أن سكان البلدان الأفقر أكثر عُرضة للعبء المالي (انظر الملحق 1)⁽⁸⁾.

12. وتصبح التفاوتات أشد وضوحاً حينما تُصنَّف البيانات على المستوى الداخلي لكل بلد. ويتجلى التفاوت الأبرز في التوزيع حسب الشريحة الخمسية للاستهلاك، حيث تواجه الأسر الأقل استهلاكاً مستويات أعلى

من المستوى اللازم لتلبية الاحتياجات الأساسية. ويمكن تقسيم هذا المؤشر إلى نسبة السكان "الذين يتكبدون نفقات صحية من أموالهم الخاصة تؤدي بهم إلى الفقر" ونسبة "الذين يتكبدون نفقات صحية كبيرة من أموالهم الخاصة ولكنها لا تؤدي بهم إلى الفقر". أما مؤشر هدف التنمية المستدامة 2-8-3 "الأصلي"، أي نفقات صحية كارثية من الأموال الخاصة، فقد استند إلى "نيج حصّة الميزانية"، وعُرف بأنه نسبة السكان الذين يتجاوز إنفاقهم الصحي من الأموال الخاصة 10% و 25% من "الميزانية الإجمالية للأسرة"، لا من "الميزانية التقديرية للأسرة".

⁽⁶⁾ الإنفاق الكبير غير المُفقر على الصحة من الأموال الخاصة لا يؤثر في القدرة على تلبية الاحتياجات الأساسية، ولكنه يحدُّ بشدة من قدرة الناس على استهلاك سلع وخدمات أخرى. وفي إطار مؤشر هدف التنمية المستدامة 2-8-3 المُنقَّح، يشير هذا المصطلح إلى نسبة السكان الذين يتجاوز إنفاقهم الصحي المباشر من أموالهم الخاصة 40% من ميزانيتهم التقديرية ولكنه يظل أقل من 100% منها.

⁽⁷⁾ يؤدي الإنفاق المُفقر على الصحة من الأموال الخاصة إلى الحد من قدرة الناس على تلبية الاحتياجات الأساسية. ولذلك يُصنَّف أي إنفاق يتكبده أشخاص لا يستطيعون تلبية احتياجاتهم الأساسية على أنه مصدر من مصادر الضائقة المالية. ويمكن تقسيم هؤلاء الأشخاص إلى فئتين لا يمكن الجمع بينهما: فئة "الذين ازدادوا فقراً بسبب الإنفاق المباشر على الصحة من أموالهم الخاصة"، وفئة "الذين دُفعوا إلى دائرة الفقر". وفي إطار مؤشر هدف التنمية المستدامة 2-8-3 المُنقَّح، يُعرَّف الإنفاق المُفقر على الصحة من الأموال الخاصة بأنه الإنفاق الذي يتجاوز 100% من الميزانية التقديرية، أو الإنفاق الذي لا يترك للأفراد أي ميزانية تقديرية بعد خصمه من ميزانيتهم الإجمالية.

⁽⁸⁾ المتوسطات هي متوسطات بسيطة غير مُرجَّحة للبلدان المُصنَّفة في مجموعات الدخل الثلاثة المدرجة في المرفق 1.

من الضوابط المالية الناجمة عن الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة، ويبلغ متوسط ذلك في البلدان المنخفضة الدخل (60%)، وفي بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (72%)، وفي بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (48%). وهذه المعدلات المتوسطة أعلى من المعدلات التي يواجهها السكان الأعلى استهلاكاً بمقدار 5 أضعاف إلى 18 ضعفاً. وتظهر أيضاً أبعاد أخرى لعدم الإنصاف؛ فعلى سبيل المثال، تظل الضائقة المالية الناجمة عن الإنفاق الصحي من الجيب أعلى باستمرار، في المتوسط، بين سكان الريف (انظر الملحق 2).

13. ويتجلى مزيد من الفوارق عند فحص تكوين الأسرة. إذ يتعرض أفراد الأسر المتعددة الأجيال والأسر التي تضم أطفالاً لأعلى مستويات الضوائق المالية في المتوسط، ولا سيما في البلدان المنخفضة الدخل، حيث يبلغ متوسط نسبة من يتعرضون لضوائق مالية 34% بين الأسر المتعددة الأجيال و31% بين الأسر التي تضم أطفالاً، مقابل 9% فقط بين الأسر المؤلفة من بالغين فقط. وعلى الرغم من تقلص هذه الفجوات في البلدان المتوسطة الدخل، فإنها لا تزال قائمة (انظر الملحق 2).

التغطية بالخدمات: التقدم البطيء والمتفاوت

14. لا يزال التقدم المحرز في جانب التغطية بالخدمات من جوانب التغطية الصحية الشاملة بطيئاً ومتفاوتاً في الإقليم. فبين عامي 2015 و2023، لم يزد المؤشر الإقليمي للتغطية بالخدمات⁹ إلا زيادة طفيفة، من 61 إلى 63. ولا يزال المؤشر بعد زيادته أقل بكثير من المتوسط العالمي البالغ 71، وبعيداً عن القيمة العالمية المتوقعة البالغة 74 بحلول عام 2030 (1).

15. ولا تزال هناك فوارق جوهرية بين البلدان الواقعة ضمن فئات الدخل المختلفة فيما يتعلق بأداء مؤشر التغطية بالخدمات في الإقليم، إذ يتفاوت المتوسط بين 47 في البلدان المنخفضة الدخل و81 في البلدان المرتفعة الدخل (انظر الملحق 1).

16. وعلاوة على ذلك، يتفاوت التقدم الإقليمي المحرز في المجالات الأربعة لمؤشر التغطية بالخدمات. فقد شهد المؤشر الفرعي للأمراض المعدية أكبر تحسُّن، إذ ارتفع من 70 في عام 2015 إلى 78 في عام 2023، ولكن لا تزال توجد فجوات كبيرة في الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات. أما مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل فقد ظل ثابتاً عند 63، مما يدل على استمرار وجود تحديات في التغطية والاستمرارية والإنصاف. وشهد أيضاً المؤشر الفرعي للأمراض غير السارية ركوداً مماثلاً عند 61، مما يعكس عدم كفاية التغطية بالخدمات الأساسية وببطء التقدم المحرز في الوقاية والاكتشاف المبكر. ولا يزال مجال القدرة على تقديم الخدمات وإمكانية الحصول عليها أضعف المؤشرات الفرعية، إذ لم يرتفع إلا ارتفاعاً طفيفاً من 52 في عام 2015 إلى 53 في عام 2023، بسبب النقص في القوى العاملة الصحية ومحدودية المرافق والأدوية وتدني جاهزية الرعاية الصحية الأولية (1).

الإنفاق على الصحة: انخفاض الإنفاق العام وارتفاع العبء الواقع على عاتق الأسر

17. تُظهر أنماط الإنفاق الصحي في إقليم شرق المتوسط تبايناً كبيراً، تحدده مستويات دخل البلدان، والالتزام السياسي، والقدرة المالية، وآثار الهشاشة والنزاع. ويقدم الملحق 3 لمحة عامة عن الإنفاق الصحي في بلدان

⁹ مؤشر الخدمات المقدمة في إطار تحقيق التغطية الصحية الشاملة (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-8-1) يعادل المتوسطات الهندسية المرجحة بعدد السكان لخدمات أساسية مختارة تشمل أربعة مجالات صحية، هي: الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، والأمراض المعدية، والأمراض غير السارية، والقدرة على تقديم الخدمات وإمكانية الحصول عليها. ولأن هذا المؤشر مقياس رقي مُركَّب، لا يمكن تفسيره مباشرةً على أنه نسبة السكان المشمولين بمجموعة من الخدمات الأساسية.

الإقليم وأراضيه في عام 2023، وفقًا لقاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة (تحديث كانون الأول/ ديسمبر 2025) (10).

18. ويتراوح نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة من 36 دولارًا أمريكيًا في البلدان المنخفضة الدخل إلى 1603 دولارات أمريكية في البلدان المرتفعة الدخل. وعلى الرغم من هذا التباين في الإنفاق الإجمالي، فإن نصيب الإنفاق الحالي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي متشابه نسبيًا في البيئات ذات الدخل المنخفض والمتوسط (6.0-6.8%). وأما نسبة الإنفاق الحالي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي في البلدان المرتفعة الدخل (2.5-5.7%) فهي أقل، ولكن ذلك بسبب اتساع قاعدتها الاقتصادية. ومعظم البلدان التي يقل فيها نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة عن 60 دولارًا أمريكيًا هي أوضاع هشّة ومتضررة من النزاعات. والمتوسط الإقليمي لنصيب الفرد من الإنفاق الصحي (574 دولارًا أمريكيًا) أقل بكثير من المتوسط العالمي (1437 دولارًا أمريكيًا) (10).¹⁰

19. وتتفاوت التمويل العام للصحة تفاوتًا كبيرًا في شتى أنحاء الإقليم. فيتراوح نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة، بوصفه مقياسًا للإنفاق العام، بين 3 دولارات أمريكية في البلدان المنخفضة الدخل، و99 دولارًا أمريكيًا في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، و218 دولارًا أمريكيًا في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، و1222 دولارًا أمريكيًا في البلدان المرتفعة الدخل. ويبلغ المتوسط الإقليمي لنصيب الفرد من الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة 400 دولار أمريكي، في حين أن المتوسط العالمي يبلغ 990 دولارًا أمريكيًا (10). ومن الجدير بالذكر أن ارتفاع الدخل الوطني لا يؤدي تلقائيًا إلى زيادة الإنفاق الحكومي على الصحة. فخيارات السياسات هي التي تُحدث الفارق.

20. وترتفع نسبة الإنفاق الحكومي العام المحلي من الإنفاق الحالي على الصحة ارتفاعًا مطردًا مع ارتفاع مستوى الدخل، إذ تتدرج من 12% في البلدان المنخفضة الدخل إلى أقل بقليل من 45% في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، ثم 60% تقريبًا في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، حتى تصل إلى ما يزيد عن 75% في البلدان المرتفعة الدخل. وبوجه عام، لا يمثل الإنفاق العام سوى 48% من الإنفاق الحالي على الصحة في الإقليم، مقارنةً بالمتوسط العالمي البالغ 53% (10).

21. وعلى العكس من ذلك، ترتفع نسبة المدفوعات المباشرة من الأموال الخاصة في الإنفاق الحالي على الصحة ارتفاعًا استثنائيًا في البلدان المنخفضة الدخل (61%)، وتظل مرتفعة نسبيًا في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط (40%) وبلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط (39%)، ولا تنخفض انخفاضًا كبيرًا إلا في البلدان المرتفعة الدخل (13%) (الشكل 1).

22. وتتفاوت أيضًا درجة إيلاء الحكومات الأولوية للصحة تفاوتًا كبيرًا. فنسبة الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة من مجمل الإنفاق الحكومي تبلغ 6% في البلدان المنخفضة الدخل، و10% في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، و12% في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، و11% في البلدان المرتفعة الدخل، وهو ما يدل على محدودية الحيز المالي المُخصَّص للصحة في كثير من بلدان الإقليم.

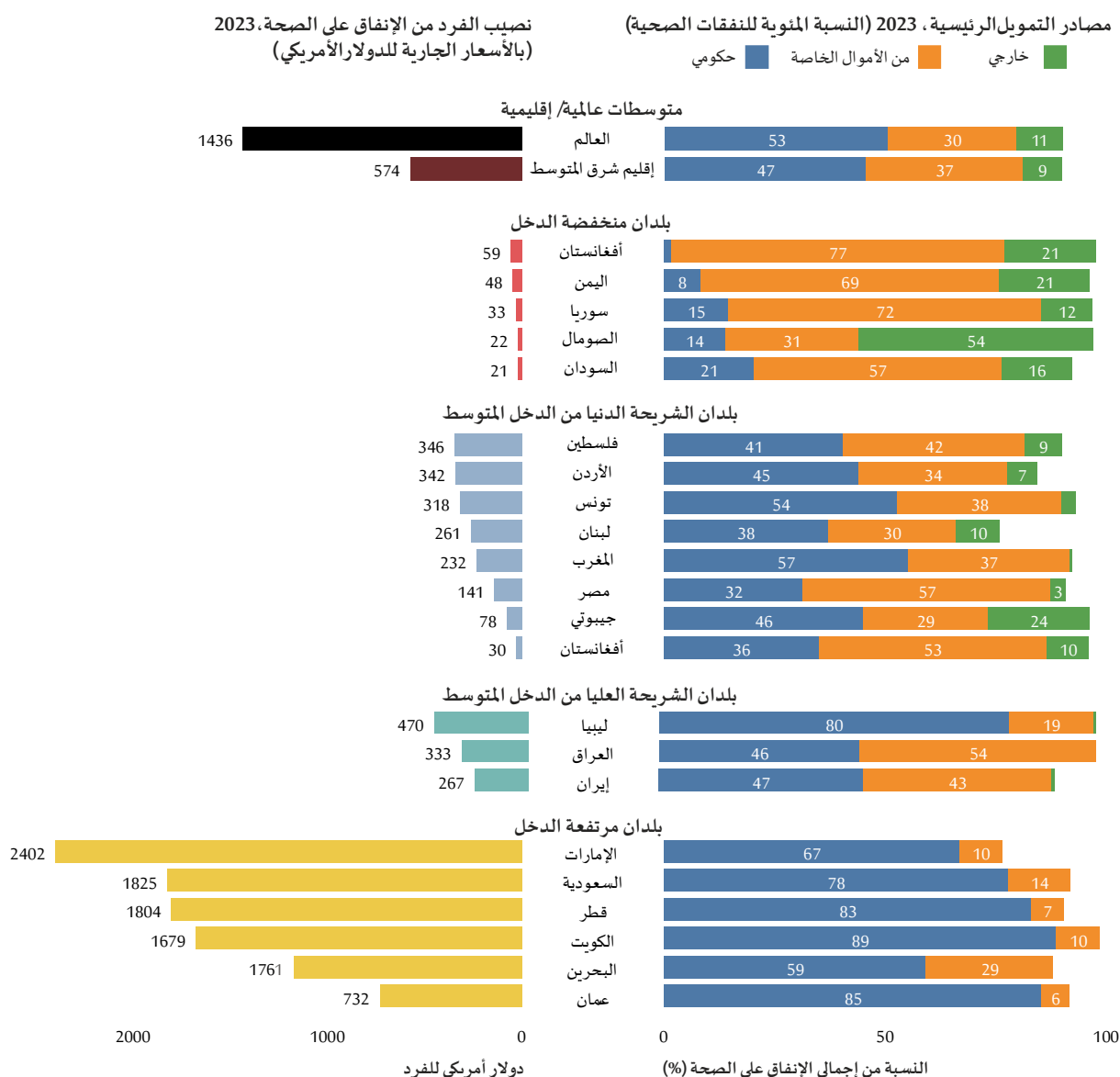
23. وأما الإنفاق الحكومي العام كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، وهو مؤشر على الحيز المالي متاح، فيبلغ 10% في البلدان المنخفضة الدخل، و26% في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، و40% في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، و31% في البلدان المرتفعة الدخل في الإقليم.

¹⁰ جميع المتوسطات المقدرة الواردة في هذا التحليل متوسطات غير مُرجَّحة، واعتُبر فيها كل بلد وحدة تحليل متساوية.

24. وعلى مدى السنوات الماضية، منح الإقليم أولوية أقل للصحة مقارنةً بالوضع العالمي، إذ خصص للصحة نقطة مئوية واحدة أقل من ناتجه المحلي الإجمالي ومن إنفاقه الحكومي العام مقارنة بالمعدلات العالمية: ففي عام 2023، بلغ متوسط ما استثمره الإقليم في الصحة 10% من الإنفاق الحكومي العام و3% من الناتج المحلي الإجمالي، مقارنةً بمتوسط عالمي يبلغ 11% و4% على الترتيب (10).

25. وشهد الحيز المالي المتاح للصحة في الإقليم تراجعاً ملحوظاً في السنوات الأخيرة بسبب تدهور الوضع الاقتصادي في الإقليم جراء النزاعات المتعددة والأزمات المالية العالمية. ففي عام 2023، بلغ متوسط الإنفاق الحكومي العام كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي في الإقليم 26%، مقابل 32% على الصعيد العالمي.

26. ولا يزال التمويل الخارجي مصدراً بالغ الأهمية للتمويل في البلدان الأشد فقراً، إذ يُمثّل 25% من الإنفاق الحالي على الصحة في البلدان المنخفضة الدخل في الإقليم، مقابل 9% في الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل و1% في الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل. وعلى النقيض من ذلك، تعتمد البلدان المرتفعة الدخل اعتماداً كاملاً على التمويل المحلي.



ملاحظة: تشمل مصادر التمويل غير المعروضة مصادر محلية خاصة أخرى، مثل الأقساط المسددة مسبقاً للتأمين الخاص؛ ويستثنى المتوسط العالمي البلدان التي يقل عدد سكانها عن 600 ألف نسمة.

المصدر: قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة (تحديث كانون الأول/ديسمبر 2025) (10).

الشكل 1: مصادر الإنفاق على الصحة في بلدان إقليم شرق المتوسط وأراضيه

التحديات التي تواجه تحسين الحماية المالية في الإقليم

27. ما يزال عدم الاستقرار السياسي والنزاعات الممتدة عاملين رئيسيين من العوامل المؤدية إلى الضعف في شتى أنحاء الإقليم. وتواصل العديد من البلدان الهشة والمتضررة من النزاعات الاعتماد الكبير على المساعدات الإنسانية، حتى مع انخفاض تلك المساعدات ومعاناتها من ضعف النظم الصحية وهشاشة ترتيبات التمويل الصحي ومحدودية الإيرادات العامة.

28. وفي حين تساعد المساعدات الإنسانية على خفض تكلفة الرعاية الصحية للسكان المتضررين من الأزمات، فإنها عادة لا تغطي سوى حزمة محدودة من الخدمات الأساسية المنقذة للحياة. أما الخدمات المرتفعة التكلفة والمتخصصة، مثل علاج السرطان والغسيل الكلوي والجراحات المتقدمة وإعادة التأهيل والتدبير

العلاجي للأمراض المزمنة، فإنها غالبًا لا تحظى بتغطية كافية. وعلاوة على ذلك، فإن البرامج الإنسانية لا تستهدف سوى الفئات الأضعف، وهو ما يترك الكثير من السكان للاعتماد على النظم الصحية الضعيفة على الرغم من مواجهتهم للظروف الصعبة نفسها. ونتيجة لذلك، لا تزال العديد من الأسر المعيشية عرضة للاضطراب لإنفاق الكثير من أموالها الخاصة وما يترتب على ذلك من ضوابط مالية (11، 12).

29. وكان للنزاع الدائر في الشرق الأوسط عواقب وخيمة امتدت لتشمل الأداء الاقتصادي في مختلف أنحاء الإقليم، بما في ذلك القطاع الصحي. فقد شهدت جمهورية إيران الإسلامية، التي تخضع أصلاً لعقوبات اقتصادية طويلة الأمد، آثارًا صحية سلبية ناجمة عن نقص الأدوية والتكنولوجيات الطبية وارتفاع أسعارها، إلى جانب تراجع القدرة الشرائية للأسر (13، 14).

30. الاستثمار في الوظائف الأساسية للصحة العامة لتعزيز الأمن الصحي محدود. والوظائف الأساسية للصحة العامة هي "مجموعة من الأنشطة والقدرات الأساسية والمتداخلة داخل قطاع الصحة وخارجه"⁵ التي تقدم نهجًا شاملاً ومتكاملاً ومستدامًا للصحة العامة عن طريق المساهمة في تحقيق العديد من الأولويات والأهداف الصحية العالمية والإقليمية (15، 16).

31. وفي العديد من البلدان المنخفضة الدخل والأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات، تؤدي المساعدات الإنمائية الرسمية دورًا حاسمًا في تعزيز الحماية المالية من خلال دعم الخدمات الصحية الأساسية، والحد من الاعتماد على الدفع من الأموال الخاصة، وتوسيع الحيز المالي للصحة. ولكن قد يصعب الحفاظ على هذه المكاسب عند انخفاض تمويل الجهات المانحة أو تغير الأولويات. ولذلك يعتمد تحقيق تقدم طويل الأجل على مواءمة المساعدات الخارجية مع الأولويات الوطنية، مع تعزيز القدرة المحلية على توفير التمويل للصحة.

32. ولا تحظى الصحة بإنفاق عام كافٍ في كثير من بلدان الإقليم. ورغم أن زيادة الإنفاق العام وحدها لا تؤدي بالضرورة إلى خفض المدفوعات التي تُنفق على الصحة من الأموال الخاصة، فإنها تظل ركيزة أساسية لبناء آليات فعالة للدفع المسبق وتجميع المخاطر.

33. وتحد الثغرات التي تعتري حوكمة تمويل الصحة - ومنها تشرذم اتخاذ القرارات، وضعف نظم المعلومات الصحية - من القدرة على تصميم وتنفيذ إصلاحات مستدامة لتمويل الصحة. وتنعكس هذه الثغرات في تدني مستويات التغطية التأمينية وتفاوتها بين بلدان الإقليم، إلى جانب تشتت ترتيبات التجميع على نحو يحد من فعالية تقاسم المخاطر.

34. وفي كثير من بلدان الإقليم، لا تزال التغطية بالتأمين الصحي متركزة بين العاملين في القطاع الرسمي، وهو ما يترك العاملين في القطاع غير الرسمي والعاطلين عن العمل واللاجئين وغيرهم من الفئات السكانية المستضعفة بلا حماية إلى حد بعيد (17). وأما في البلدان المرتفعة الدخل، فعادةً ما يحصل المواطنون على استحقاقات شاملة، في حين يعتمد السكان المغتربون على برامج منفصلة ومتغيرة في كثير من الأحيان (18). كما أن ارتفاع معدلات الفقر، التي تصل إلى 25-50% في بعض البلدان (19)، مع ضعف التكامل بين التمويل الصحي ونظم الحماية الاجتماعية، يزيدان من هشاشة الأسر.

35. ولا تزال النظم الصحية في شتى أنحاء الإقليم تعتمد اعتمادًا كبيرًا على الرعاية الباهظة التكلفة في المستشفيات والخدمات المتخصصة، في حين أن الرعاية الصحية الأولية تظل دون المستوى المطلوب. ويزيد النمط نفقات النظام الصحي ويحد من الاستثمار في الخدمات الوقائية والتعزيزية والخدمات المجتمعية،

على الرغم من البيّنات القوية التي تدل على أن النظم الموجهة نحو الرعاية الصحية الأولية توفر مسارًا أكثر فعالية من حيث التكلفة وأكثر إنصافًا لتحقيق التغطية الصحية الشاملة (20، 21).

36. ولا يزال الشراء الاستراتيجي يعاني من القصور في العديد من البلدان في جميع أنحاء الإقليم، مما يحد من قدرة المشترين على توجيه الموارد نحو تدخلات عالية الأولوية وعالية المردود ومقدمي الخدمات الأعلى أداءً. وفي غياب ترتيبات الشراء الاستراتيجية التي تربط قرارات التمويل بالاحتياجات الصحية للسكان وأداء مقدمي الخدمات، غالبًا ما تضيع فرص تحسين الكفاءة والإنصاف (22، 23).

37. ولا تزال آليات الميزنة القائمة على المدخلات وسداد الرسوم مقابل الخدمات منتشرة في العديد من بلدان الإقليم، مما يقلل من حوافز تحقيق الكفاءة وتحسين الجودة. وغالبًا ما يُخصّص التمويل العام بالاستناد إلى الميزانيات السابقة المعدة بطريقة البنود، وكثيرًا ما يتلقى مقدمو الخدمات المدفوعات بناءً على حجم الخدمات المقدّمة وليس الحصائل الصحية أو الأداء الصحي. ومثل تلك الترتيبات قد تشجع على الاستفادة من الخدمات دون حاجة، وتُضعف المساءلة عن النتائج، وتسهم في ارتفاع الإنفاق على الصحة (24، 25).

38. وتؤدي أوجه القصور في النظام الصحي الأوسع نطاقًا إلى تراجع أكبر في القيمة المحققة مقابل المال، وتحد من التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الإقليم. ويؤدي تجزؤ جميع المخاطر، وضعف نظم الإحالة، والاعتماد المفرط على الرعاية المتخصصة والرعاية في المستشفيات إلى زيادة التكاليف دون أن يحقق ذلك مكاسب متناسبة من حيث الحصائل الصحية (26). وتحد أوجه القصور هذه من الحيز المالي المتاح لتوسيع نطاق التغطية والحد من الإنفاق من الأموال الخاصة، وهذا بدوره يضعف الحماية المالية (27، 28).

39. وتتفاقم هذه التحديات بسبب ضعف تنظيم القطاع الصحي الخاص الآخذ في التوسع السريع في الإقليم. فعدم كفاية مراقبة الأسعار والجودة وترتيبات التعاقد وممارسات مقدمي الخدمات كلها عوامل قد تسهم في تصاعد التكاليف، وتباين جودة الرعاية، وعدم الإنصاف في الحصول عليها. وفي غياب التنظيم الفعال، قد تضطر الأسر المعيشية إلى دفع مبالغ أكبر من أموالها الخاصة، ودفع مقابل خدمات غير ضرورية، وقد يتعذر عليها التنبؤ بالنفقات الصحية (17، 29، 30).

40. ويمثل ارتفاع تكلفة الأدوية والتكنولوجيات الصحية عبئًا ماليًا كبيرًا على الأسر عندما تكون تلك الأدوية والتكنولوجيات غير مشمولة بالتغطية ويجب دفع مقابلها من الأموال الخاصة. ووفقًا لقاعدة البيانات العالمية بشأن الإنفاق على الصحة، يستأثر الإنفاق على المستحضرات الصيدلانية في بعض بلدان الإقليم بما يصل إلى 54% من النفقات التي يدفعها الناس من أموالهم الخاصة. ويؤدي تفتت سلاسل الإمداد، ومحدودية آليات الشراء المجمع، وقصور الترويج للأدوية الجنيصة إلى تقييد إتاحة المنتجات الأساسية الميسورة التكلفة.

41. وتتفاقم هذه الضغوط بسبب العبء الكبير للأمراض غير السارية، التي تسبب 66% من إجمالي الوفيات بالإقليم (31). فبعض الحالات المرضية مثل السكري والسرطان تُكبّد الأسر والنظم الصحية تكاليف مباشرة وغير مباشرة كبيرة. ومحدودية التغطية التأمينية للرعاية المُقدمة للمرضى الخارجيين وارتفاع تكلفة أدوية الأمراض غير السارية من أبرز العوامل التي تؤدي إلى ارتفاع التكاليف المُكبدة من الأموال الخاصة (32-34). وإضافةً إلى ذلك، لا تزال خدمات الصحة النفسية غير مشمولة إلى حد بعيد بآلية التأمين في الإقليم، مما يفرض عبئًا ماليًا طويل الأمد على الأسر المتضررة (33، 34).

الاستجابة الإقليمية لتعزيز الحماية المالية

42. على الرغم من هذه التحديات، أجرت معظم بلدان الإقليم إصلاحات شاملة أو تدريجية لتعزيز التمويل الصحي والحماية المالية. ويسلط الملحق الرابع الضوء على أمثلة مختارة لمبادرات قُطرية من شتى أنحاء الإقليم.

43. وقد ركّزت البلدان المرتفعة الدخل على تنفيذ إصلاحات تأمينية لتوسيع نطاق التغطية الإلزامية، لا سيّما لتشمل فئات المغتربين، مع تعزيز التنظيم، والشراء الاستراتيجي، وآليات سداد مستحقات مقدمي الخدمات من أجل تحسين الكفاءة والاستدامة والقيمة المُحقَّقة مقابل المال. وتجمع الإصلاحات في البحرين والمملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة بين التأمين الإلزامي، والاستثمار في القدرة على تقديم الخدمات، وحزم الاستحقاقات الموحدة، وترتيبات الشراء المعززة، وفي بعض السياقات، نماذج التمويل الإسلامي المبتكرة.

44. وتسعى البلدان ذات الدخل المتوسط إلى إجراء إصلاحات هيكلية تهدف إلى الحد من التشتت والإنفاق المباشر على الصحة من الأموال الخاصة. ومن الأمثلة على ذلك ضمان الالتزام السياسي بتنفيذ قانون التأمين الصحي الشامل في مصر؛ والنهوض بالتعافي في مرحلة ما بعد الحرب وإصلاح التمويل الصحي في العراق من خلال البدء التدريجي في تنفيذ قانون الضمان الصحي رقم 22 لعام 2020؛ وتنفيذ برنامج عمل لإصلاح التغطية الصحية الشاملة والتمويل الصحي في الأردن؛ وتوسيع نطاق الحماية المالية من خلال برنامج/ بطاقة "صحت سهولت" في باكستان؛ وتعزيز الإنصاف والكفاءة من خلال إصلاح التأمين الصحي الموحد في تونس.

45. وقد ركزت البلدان المنخفضة الدخل والأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات على استعادة وظائف تمويل الصحة الأساسية، وحماية الأسر من الضوائق المالية الناجمة عن الإنفاق الصحي من الأموال الخاصة، وضمان استمرار الخدمات الأساسية في ظل عدم الاستقرار. وتوضح المبادرات العملية التالية كيف تكيف البلدان تُهجها لتعزيز الحماية المالية في ظل القيود المالية والسياسية والتشغيلية الشديدة. وهذه المبادرات هي: الاستفادة من فرض الضرائب لأغراض صحية وإصلاحات الحوكمة لتوسيع الحيز المالي وتحسين أداء النظام في لبنان؛ ورصد الضوائق المالية ووضع حزمة من الخدمات الصحية الأساسية ميسورة التكلفة في فلسطين؛ والشراء المجمع للأدوية الباهظة التكلفة في السودان.

إطار عمل للنهوض بالتمويل الصحي تعزيزاً للحماية المالية في إقليم شرق المتوسط

46. بناءً على التجارب العالمية والإقليمية، تقترح هذه الورقة إطار عمل للنهوض بالتمويل الصحي تعزيزاً للحماية المالية في الإقليم، ويحدّد ذلك الإطار مجموعة من أربعة توجّهات استراتيجية وإجراءات ذات أولوية مرتبطة بها، مع الاعتراف بأن الأولويات ستختلف من بلد إلى آخر.

التوجه الاستراتيجي الأول: تعزيز التمويل العام للصحة

47. يُركّز هذا التوجه الاستراتيجي على تعزيز التمويل العام للصحة من خلال توسيع الحيز المالي، وتحسين جمع الإيرادات، ومنح مزيد من الأولوية للصحة في الميزانيات الوطنية. ويُشدد أيضاً على أهمية الاستفادة من التمويل الخاص وتنظيمه بفعالية. وبالتوازي مع ذلك، يُعد تعزيز فعالية المساعدة الإنمائية الرسمية والقدرة على التنبؤ بها، من خلال تحسين اتساقها مع أطر التمويل الوطنية ووضع خطط انتقالية واضحة، أمراً ضرورياً لدعم الاستدامة وتعزيز إمساك البلدان بزمام الأمور.

48. وقد تزيد النُهُج المبتكرة للتمويل والآليات الجديدة لجمع الإيرادات -بما في ذلك التمويل الإسلامي، والتمويل المختلط، والتمويل المتعلق بالمناخ- من توسيع الموارد المتاحة للصحة، وتسهم في تعزيز الحماية المالية. وفي هذا الصدد، فإن نماذج التمويل الإسلامي تُقَدِّم آليات تكميلية تستند إلى الدين لدعم تمويل الصحة في الإقليم. ويمكن أن تساعد أدوات مثل الزكاة والوقف والتكافل والصكوك، التي تركز على مبادئ الإنصاف والتضامن وتقاسم المخاطر، على تمويل الخدمات المقدمة للفئات السكانية الضعيفة، وتعزيز ترتيبات التجميع، وتقوية الحماية المالية. ويمكن أن تسهم هذه الآليات، عند إدارتها وإدماجها بفعالية في النظم الوطنية، في زيادة استدامة نظم التمويل الصحي المحلي.

49. ولا تزال المصارف الإنمائية المتعددة الأطراف والشركاء الثنائيين مصادر مهمة للتمويل والدعم التقني للصحة، لا سيما في البلدان التي تواجه قيوداً مالية. وإلى جانب المنح والتمويل بشروط ميسرة، يمكن لهذه المصارف وهؤلاء الشركاء دعم الإصلاحات التي تعزز التمويل العام، وتحسن كفاءة الإنفاق، وتنهض بالحماية المالية. وتتيح المبادرات مثل منصة الاستثمار في الأثر الصحي فرصاً لمواءمة التمويل والمساعدة التقنية المقدمين من الشركاء مع الأولويات الصحية التي تحددها البلدان، مع تعزيز إمساك البلدان بزماء الأمور ودعم الانتقال التدريجي إلى التمويل المحلي المستدام.

50. ولاقتصاديات الصحة أهمية بالغة في توفير البيانات اللازمة لتعزيز التمويل العام للصحة وتوجيه القرارات المتعلقة بالسياسات. ويمكنها أيضاً تعزيز الدعوة إلى الاستثمار في الصحة، وتوفير المعلومات اللازمة للحوار مع وزارات المالية والشركاء في مجال التنمية، وتوجيه الإصلاحات التي تعزز الحماية المالية، وتقليل الاحتياجات غير الملباة، وتسريع وتيرة التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الإجراءات ذات الأولوية

- وضع وتنفيذ استراتيجية وطنية واضحة المعالم لتمويل الصحة، ترتبط بإطار متوسط الأجل للإنفاق، مع تحديد الأولويات والموارد المطلوبة والنتائج المتوقعة بوضوح.
- إعطاء الأولوية للصحة في الميزانية العامة الإجمالية لزيادة التمويل العام للصحة من خلال الإيرادات الحكومية العامة أو اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي أو كليهما معاً.
- فرض الضرائب لأغراض صحية أو التوسع في نطاق فرضها على نحو يجمع بين تحقيق الإيرادات وتعزيز الصحة. وعند ملائمة ذلك، تُستخدم الإيرادات التي تحققت لتحسين إتاحة الخدمات الصحية الأساسية وتعزيز الحماية المالية.
- الاستفادة من التمويل الخاص بما يتماشى مع أهداف السياسة العامة، بما في ذلك من خلال شراكات بين القطاعين العام والخاص ونُهُج تمويلية مبتكرة مثل أدوات التمويل الإسلامي.
- الاستفادة من تمويل البنوك الإنمائية المتعددة الأطراف، والتمويل المختلط، والمبادرات، مثل منصة الاستثمار في الأثر الصحي، لحشد موارد إضافية للصحة ودعم إصلاحات التمويل الصحي بقيادة البلدان.
- تعزيز مواءمة المساعدات الخارجية مع الاستراتيجيات الوطنية لتمويل الصحة، وذلك بوسائل منها اتباع نهج الربط بين العمل الإنساني والتنمية والسلام في الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات، وزيادة التمويل من داخل الميزانية ومن داخل النظام حيثما أمكن ذلك.

التوجه الاستراتيجي الثاني: النهوض بالإنصاف في الحماية المالية

51. يتحقق الإنصاف في الحماية المالية عندما يستطيع الناس، لا سيما الفئات الأشد فقرًا وضعفًا، الحصول على الخدمات الصحية اللازمة دون أن يواجهوا ضائقة مالية، ودون أن يُضطروا للتخلي عن طلب الرعاية بسبب التكاليف أو غيرها من العوائق التي تحول دون الحصول عليها. ولذلك، ينبغي السعي إلى توفير الحماية المالية إلى جانب الإنصاف في إتاحة الخدمات الصحية، مع إدراك أن الاحتياجات غير الملباة الناجمة عن العوائق المالية هي في حد ذاتها دليل عدم كفاية الحماية المالية.

52. ويتطلب تحقيق ذلك نموذج رعاية يُركّز على الناس ويضمن توفر الخدمات وسهولة الحصول عليها بتكلفة ميسورة وبجودة كافية على امتداد سلسلة الرعاية، مع إيلاء اهتمام خاص للفقراء والضعفاء والمحرومين من الخدمات (35). ويجب أن تتصدى النظم الصحية للعقبات المالية وغير المالية التي تحول دون التماس الناس للرعاية وتلقبهم لها، ومن ثمّ الحد من الاحتياجات غير الملباة وتحسين الإتاحة المنصفة للخدمات.

53. ويتطلب النهوض بالإنصاف في مجال الحماية المالية اتخاذ تدابير محددة الأهداف تعطي الأولوية للفئات السكانية المحرومة وتضمن إعادة توزيع ترتيبات التمويل الصحي للأولويات وفقًا للاحتياجات الصحية، مع المساهمة في الوقت ذاته في إتاحة الخدمات اللازمة على نحو يتسم بالإنصاف.

الإجراءات ذات الأولوية

- تحديد وتنسيق حزمة مُسندة بالبيّنات من الخدمات الصحية عبر جميع ترتيبات التمويل، على أن تُمول في المقام الأول من الإيرادات العامة وآليات الدفع المسبق الإلزامي، لتعزيز الإتاحة المنصفة للرعاية والحماية المالية للجميع.
- إعداد وتنفيذ نموذج رعاية مُوجّه نحو الرعاية الصحية الأولية يُعزّز إتاحة الرعاية في نقطة الاتصال الأولى واستمرارها وتنسيقها، مع الحد من الاحتياجات غير الملباة والنهوض بالإنصاف في إتاحة الرعاية والحماية المالية، لا سيما للفئات السكانية التي تعاني الفقر والضعف ونقص الخدمات.
- ضمان تقديم الدعم الحكومي من خلال التحويلات المباشرة من الميزانية إلى المرافق العامة أو التأمين الصحي الإلزامي، مع التركيز على الرعاية الأولية وعلى الفئات السكانية التي تعاني الفقر أو الضعف أو عدم كفاية الخدمات أو يصعب الوصول إليها، لتحسين الإنصاف في إتاحة الخدمات وتعزيز الحماية المالية.
- مواءمة ترتيبات التمويل الصحي التكميلية، بما في ذلك نظم التأمين الخاص ومساهمات المنظمات غير الحكومية والجهات الدينية الفاعلة في المجال، مع السياسات والأهداف الوطنية للتمويل الصحي لتحسين الإنصاف في الحماية المالية.

التوجه الاستراتيجي الثالث: تحسين الكفاءة والقيمة المُحققة مقابل المال في الإنفاق الصحي

54. يُعد تحسين الكفاءة وتعزيز القيمة مقابل المال في الإنفاق الصحي أمرًا ضروريًا لمواصلة التقدم نحو تحقيق الإنصاف في الحماية المالية في ظل محدودية الحيز المالي وتنامي الطلب على خدمات النظم الصحية.

55. وتشير تقديرات المنظمة إلى أن ما يتراوح بين 20% و40% من الإنفاق على الصحة يُهدر بسبب انعدام الكفاءة، ولهذا تُعد المكاسب المترتبة على تعزيز الكفاءة مصدرًا رئيسيًا للحيز المالي لتوسيع نطاق التغطية وتعزيز الحماية المالية. والتصدي لانعدام الكفاءة يمكن أن يوفر الموارد اللازمة للخدمات ذات الأولوية الأعلى، ويقلل من الاحتياجات غير الملباة، ويحسن الحاصلات الصحية والإنصاف والحماية المالية (27).

56. وتتمثل إحدى الركائز المحورية لبرنامج العمل هذا في زيادة الإنفاق العام وإعادة تخصيصه للرعاية الصحية الأولية. فنُظِّم الرعاية الصحية الأولية القوية تسهم في تحقيق الكفاءة والحماية المالية على حد سواء من خلال توفير خدمات وقائية وأساسية عالية المردود، والحد من اللجوء إلى رعاية المستشفيات عندما يمكن تجنب ذلك.

57. ويُعد إصلاح آليات سداد مستحقات مُقدِّمي الخدمات، المدعوم بإصلاح الإدارة المالية العامة والشراء الاستراتيجي، أمراً بالغ الأهمية لمواءمة الحوافز مع تقديم رعاية تتسم بالكفاءة والجودة والإنصاف وتركز على الناس. وأما على مستوى النظام الصحي بأكمله، فإن الحد من تجزؤ ترتيبات التمويل والشراء، وتعزيز نظم المشتريات وسلاسل الإمداد، والاستفادة من نظم معلومات التمويل الصحي المعتمدة على التكنولوجيا الرقمية والذكاء الاصطناعي- كلها عوامل يمكن أن تحسِّن تخصيص الموارد، وتقلل الهدر والتكاليف، وتعزز الشفافية والمساءلة والأداء.

الإجراءات ذات الأولوية

- زيادة الموارد العامة وإعادة تخصيصها لصالح الرعاية الصحية الأولية، من خلال مخصصات الموازنة ومدفوعات التأمين على حد سواء، لتحسين كفاءة تخصيص الموارد وتعزيز الحماية المالية والأداء العام للنظام الصحي.
- تعزيز آليات الشراء الاستراتيجي وتحديد الأولويات لضمان تخصيص الموارد للتدخلات والخدمات والتكنولوجيات العالية المردود التي تعظم الحصائل الصحية والإنصاف والحماية المالية.
- إصلاح أساليب سداد مستحقات مُقدمي الخدمات، بدعم من إصلاحات الإدارة المالية العامة، بما يعزز حوافز الكفاءة والجودة والإنصاف واستمرارية الرعاية.
- الحد من تجزؤ ترتيبات التمويل والشراء لتعزيز الكفاءة الإدارية ومشاركة المخاطر والاتساق والقدرة الشرائية.
- تعزيز نظم الشراء وسلسلة الإمداد والشؤون اللوجستية، ويشمل ذلك ما يتعلق منها بالأدوية والتكنولوجيات الصحية، لتخفيض التكاليف، وتقليل الهدر إلى أدنى حد، وتحسين توافر المنتجات الصحية الأساسية بتكلفة ميسورة.
- الاستفادة من النُهج الرقمية والنُهج المعتمدة على الذكاء الاصطناعي لتحسين الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية وتعزيز نُظم المعلومات الصحية والإدارة المالية لدعم تقديم الخدمات، والشراء الاستراتيجي، وإدارة النفقات، ورصد الأداء، والمساءلة.

التوجه الاستراتيجي الرابع: تعزيز حوكمة التمويل الصحي والقدرة المؤسسية على التنفيذ الفعال

58. لا غنى عن قوة الحوكمة والقدرة المؤسسية للوصول إلى أنظمة تمويل صحي تتسم بالكفاءة مما يضمن استخدام الموارد بكفاءة وشفافية وعلى نحو خاضع للمساءلة. ففكرة الحوكمة والقدرة المؤسسية تمكّن من تحويل سياسات التمويل الصحي إلى تحسينات مستدامة في التغطية بالخدمات والحماية المالية.

59. وتتسم نُظم التمويل الصحي الجيدة الأداء بالشمول والقيام على المشاركة، إذ تُراعي منظورات المجتمع المحلي، وتُنظِّم مشاركة القطاع الخاص على النحو الملائم، وتضمن المساءلة العامة عن إدارة الأموال واستخدامها. والقبول السياسي لا يقل أهمية عن ذلك؛ فالثقة والشرعية وبناء توافق الآراء عوامل بالغة الأهمية لتصميم إصلاحات التمويل الصحي واعتمادها وتنفيذها.

60. إن الشفافية حجر زاوية في حوكمة التمويل الصحي الجيد، وتوفرها في الميزنة والإنفاق والشراء وإعداد التقارير يعزز المساءلة، ويكسب ثقة الجمهور، ويدعم اتخاذ قرارات مسترشدة بالبيّنات، مع المساعدة في الوقت نفسه على الحد من أوجه انعدام الكفاءة وسوء استخدام الموارد.

61. وكذلك لا غنى للحوكمة الرشيدة عن الإدارة المالية العامة القوية ونُظُم معلومات التمويل الصحي المتكاملة، مما يتيح وضع ميزانيات تحظى بالثقة، وتتبع الموارد بشفافية، واتخاذ قرارات مسترشدة بالبيّنات، بما في ذلك رصد الحماية المالية والإنصاف. ويتطلب ذلك استثمارًا مستمرًا في القدرات المؤسسية والتقنية على مستوى نظام التمويل الصحي كله.

الإجراءات ذات الأولوية

- توضيح الأدوار والمسؤوليات والمساءلة المؤسسية على نطاق هيكل التمويل الصحي، وتعزيز قدرات الجهات الفاعلة الرئيسية، ومنها وزارات الصحة والمالية، وهيئات التأمين الصحي، والهيئات التنظيمية.
- تعزيز نُظُم الإدارة المالية العامة لتحسين موثوقية الميزانية وتنفيذها وشفافيتها وكفاءتها، مع الاستفادة الفعالة من أوجه المرونة القائمة لدعم تخصيص الموارد في الوقت المناسب وعلى نحو يُلبّي الاحتياجات.
- إضفاء الطابع المؤسسي على تتبع الإنفاق على الصحة ورصد الحماية المالية والتقييمات الدورية للأداء لدعم رسم السياسات المستنيرة بالبيّنات، والشفافية، والمساءلة.
- تعزيز التنسيق بين نُظُم التمويل الصحي والحماية الاجتماعية، بما في ذلك برامج التحويلات النقدية ونظم التأمين الاجتماعي، لتحسين التغطية، وتحديد الأهداف، والحماية المالية للفئات السكانية الفقيرة والضعيفة.
- وضع آليات لزيادة التمويل العام بسرعة خلال الأزمات، ومنها النزاعات وفاشيات الأمراض والجوائح والعقوبات والطوارئ المتعلقة بالمناخ، لضمان استمرارية الخدمات الصحية الأساسية والحماية المالية.
- تفعيل فرقة العمل المعنية بالتمويل الصحي في إقليم شرق المتوسط لتوفير التوجيهات الاستراتيجية والدعم التقني وتبادل المعارف لإصلاحات التمويل الصحي، مع تعزيز التعاون بين الدول الأعضاء والمنظمة وشركاء التنمية.

تباين الأولويات بين البلدان المختلفة في الإقليم

62. وعلى الرغم من تفاوت بلدان الإقليم من حيث القدرة المالية والنضج المؤسسي ومستويات الاستقرار، فإن جميع البلدان تشترك في توجّهات استراتيجية تسعى إلى النهوض بنُظُم التمويل الصحي وتعزيز الحماية المالية، ويمكن صياغتها في ثلاثة أهداف يعزز بعضها بعضًا، هي: الاستثمار في إرساء الأسس، وبناء/ تعزيز المؤسسات، ودفع التحول. وتعكس هذه الأهداف سلسلة متواصلة تبدأ بترسيخ جاهزية النظام لإصلاح تمويل الصحة، وصولًا إلى إتمام التنفيذ الفعّال وتحقيق أثر مستدام. ولكن قد تختلف البلدان في نقاط انطلاقها.

63. وبوجه عام، تعطي البلدان المرتفعة الدخل الأولوية، على الأرجح، لدفع التحوّلات لتعزيز الكفاءة والقيمة المحققة مقابل المال والإنصاف. أما البلدان المتوسطة الدخل، فإنها قد تركز على بناء/ تعزيز المؤسسات لمعالجة التجزؤ، وتحسين ترتيبات التجميع، والحد من الإنفاق من الأموال الخاصة، في حين تحتاج البلدان المنخفضة الدخل غالبًا إلى إعطاء الأولوية للاستثمار في إرساء الأسس لنظم التمويل الصحي المستدام، بما

في ذلك وظائف الحوكمة وأنظمة التمويل والمعلومات الأساسية. وفي الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات، قد تركز الأولويات على استقرار ترتيبات التمويل وضمان استمرارية الخدمات الأساسية، مع تمهيد الطريق أمام التعافي على المدى الأبعد والإصلاح.

64. ولكن تصنيف البلدان إلى هذه الفئات تصنيف استرشادي غير صارم، وقد تواجه بعض البلدان تحديات تعم الأهداف الثلاثة جميعها. فعلى سبيل المثال، قد تظل بعض البلدان المرتفعة الدخل بحاجة إلى تعزيز العناصر الأساسية مثل إضفاء الطابع المؤسسي على الحسابات الصحية الوطنية أو رصد الحماية المالية، في حين قد تحتاج بعض البلدان المتوسطة الدخل إلى النهوض بالإصلاحات المتعلقة بتنظيم ودمج ترتيبات التغطية لغير المواطنين والعمالة الوافدة. ولذلك، ينبغي الاسترشاد في تحديد الأولويات القطرية بتقييم شامل لنظام التمويل الصحي، بما في ذلك التقدم الذي أحرزه النظام ومدى نضجه، والسياق العام للإصلاح. ويمكن الاستعانة بمصفوفة تقييم التقدم في التمويل الصحي الصادرة عن المنظمة (36)، إلى جانب بعض أدوات التشخيص الأخرى، لتحديد الأولويات وتوجيه مسارات الإصلاح.

65. وفيما يلي إجراءات توضيحية يمكن للبلدان أن تنظر فيها في إطار كل هدف، حسب ظروفها ومستوى التطور الذي وصل إليه نظام التمويل الصحي.

- ويركز الاستثمار في المؤسسات على تهيئة المتطلبات الأساسية، من سياسات وقوانين وتمويل ونظم، اللازمة لضمان توافر خدمات صحية عالية الجودة وحماية الناس من الضوائق المالية. وتشمل الإجراءات الرئيسية: وضع أطر قانونية وسياساتية للتمويل الصحي؛ والاستثمار في الوظائف الأساسية للصحة العامة؛ وتحديد حزم الخدمات الصحية والمنافع ذات الأولوية؛ وحشد الإيرادات المحلية ومصادر التمويل المستدامة؛ وإدخال آليات الدفع المسبق والتجميع؛ وتطوير نظم معلومات أساسية لتتبع الإنفاق ورصد الحماية المالية. وينبغي أن تصحب هذه الجهود تدابير لدعم تقديم الخدمات الصحية على نحو مستدام، وتوفير الأدوية وغيرها من المنتجات الصحية بتكلفة ميسورة، بما في ذلك تقليل العقوبات المالية التي تحول دون الوصول إليها، وتعزيز الإدارة المالية العامة، والاستثمار في الرعاية الصحية الأولية لتعزيز الإنصاف والحماية المالية.

- ويركز بناء/ تعزيز المؤسسات على ترتيبات الحوكمة والقدرات التنظيمية والآليات التشغيلية اللازمة لإدارة وظائف التمويل الصحي واستدامتها بفعالية. وتشمل الإجراءات الرئيسية توضيح أدوار ومسؤوليات هيئات الصحة والتمويل والتأمين؛ وتعزيز الإدارة المالية العامة ونظم المساءلة؛ وتطوير المؤسسات والآليات المعنية بالشراء الاستراتيجي؛ وتعزيز تنظيم التمويل الخاص وتقديم الخدمات بمعرفة القطاع الخاص؛ وإضفاء الطابع المؤسسي على تتبع الإنفاق على الصحة ورصد الحماية المالية وتقييم الأداء. ومن الضروري أيضاً تعزيز القدرات التقنية في مجالات مثل تقدير التكاليف، ونظم دفع مستحقات مقدمي الخدمات، واقتصادات الصحة لدعم التنفيذ والمراقبة بفعالية.

- ويركز الدفع نحو التحولات على تمكين نظم التمويل الصحي من التكيف مع التغير في احتياجات السكان، والواقع المالي، والتحديات التي تواجه النظام الصحي، مع النهوض بالتغطية الصحية الشاملة والحماية المالية. ويشمل ذلك الاستجابة لشيخوخة السكان، وتزايد عبء الأمراض غير السارية، والانتقال من الاعتماد على المساعدة الخارجية إلى التمويل المحلي، والتحول من الاستجابة للطوارئ إلى التعافي والتنمية في الأوضاع الهشة والمتضررة من النزاعات. وتشمل الإجراءات الرئيسية تنقيح حزم الاستحقاقات، وتعزيز الرقابة على مقدمي الخدمات في القطاع الخاص وشركات التأمين؛ وتحسين

ترتيبات تغطية غير المواطنين والعمال الوافدين؛ والنهوض بالشراء الاستراتيجي، وإصلاحات دفع مستحقات مقدمي الخدمات وتدابير الكفاءة وترشيد التكاليف. وتساعد هذه الإصلاحات على ضمان أن تظل نُظُم التمويل الصحي متسمة بالإنصاف والاستدامة والقدرة على الاستجابة للاحتياجات مع تعزيز الحماية المالية.

66. وفي جميع الأحوال، ستتولى الدول الأعضاء قيادة إصلاحات التمويل الصحي وإشراك الجهات المعنية. أما المنظمة، فستقدم الإرشادات التقنية والمعارية، مع تمكين التعلم والتنسيق، بالإضافة إلى تيسير الحوارات الوطنية الشاملة بشأن سياسات إصلاح التمويل الصحي لأجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة والأمن الصحي. وسيُسهم شركاء التنمية في التمويل التحفيزي والاستثمارات لدعم التوسع في الإصلاحات التي تقودها البلدان واستدامتها بما يتماشى مع الأولويات الوطنية.

الخاتمة

67. لا غنى عن تعزيز الحماية المالية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط. فلا تزال المستويات المرتفعة والمستمرة للإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة، وكذلك الحاجة غير الملباة للخدمات الصحية، وأوجه التفاوت في الحصول على الرعاية، وتجزؤ ترتيبات التمويل- عوامل تعرض العديد من الأسر للضوائق المالية وتقوض التقدم تجاه تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

68. وعلى الرغم من اختلاف السياقات القطرية، تتطلب التحديات الهيكلية المشتركة إصلاحات مستدامة للتمويل الصحي لتحسين الحماية المالية، مسترشدة بأربعة توجهات استراتيجية هي: تعزيز التمويل العام للصحة؛ والنهوض بالإنصاف في الحماية المالية؛ وتحسين الكفاءة والقيمة المحققة مقابل المال في الإنفاق على الصحة؛ وتعزيز حوكمة التمويل الصحي والقدرة المؤسسية. وستتفاوت وتيرة الإصلاحات وتسلسلها حسب ظروف كل بلد.

69. وسيكون الالتزام السياسي القوي والتعاون بين القطاعات والدعم المُنسَّق المُقدَّم من المنظمة والشركاء أمراً بالغ الأهمية لضمان الحماية المالية الأقوى والإتاحة المُنصَّفة للرعاية في جميع أنحاء الإقليم، في ظل تزايد الضغوط.

المراجع¹¹

1. World Health Organization & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/384883>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. FY26 list of fragile and conflict-affected situations. Washington, DC: World Bank; 2025 (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/5c7e4e268baaafa6ef38d924be9279be-0090082025/original/FCSListFY26.pdf>).
3. Classification of fragility and conflict situations (FCS) for World Bank Group engagement. Washington, DC: World Bank; 2023 (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/fb0f93e8e3375803bce211ab1218ef2a-0090082023/original/Classification-of-Fragility-and-Conflict-Situations-FY24.pdf>).
4. التوجُّهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط: التحرك باتجاه التغطية الشاملة 2015-2011. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2010 (ش م/ل إ 57/ق-7؛ 122914/10665/<https://iris.who.int/handle>).
5. إعلان صلالة بشأن التغطية الصحية الشاملة 2018: الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة في إقليم شرق المتوسط. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2018 (https://www.emro.who.int/images/stories/health-topics/uhc/salalah_uhc_declaration_-_final.pdf).
6. بناء نُظُم صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2022 (ش م/ل إ 69/ق-2؛ 371220/10665/<https://iris.who.int/handle>).
7. جمعية الصحة العالمية الثامنة والسبعون، جنيف، 19-27 أيار/ مايو 2025: القرارات والمقررات الإجرائية والملاحق. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (ج ص ع 12-78؛ 385724/10665/<https://iris.who.int/handle>).
8. الخطة التنفيذية الاستراتيجية لإقليم شرق المتوسط 2025-2028. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2025 (381267/10665/<https://iris.who.int/handle>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. استراتيجية الصحة العالمية للفترة 2025-2028: تعزيز الإنصاف والقدرة على الصمود في عالم مضطرب: برنامج العمل العام الرابع عشر. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (380456/10665/<https://iris.who.int/handle>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة (تحديث كانون الأول/ ديسمبر 2025) [قاعدة بيانات إلكترونية] منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (<https://apps.who.int/nha/database>).
11. Birk HO, Vrangbæk K, Rudkjøbing A, Krasnik A, Horschig M, Eriksen A, et al. Denmark: health system summary, 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2024 (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-summary-2024>).

¹¹ تاريخ الاطلاع على جميع المراجع 7 أيلول/ سبتمبر 2026.

12. Birk HO, Vrangbæk K, Rudkjøbing A, Krasnik A, Eriksen A, Richardson E, et al. Denmark: health system review. *Health Syst Transit*. 2024;25(6):i–152. PMID:38841877.
13. Danaei G, Harirchi I, Sajadi H, Yahyaei F, Majdzadeh R. The harsh effects of sanctions on Iranian health. *Lancet*. 2019;394:468–69. doi:10.1016/S0140-6736(19)31763-5. Erratum in: *Lancet*. 2019;394(10201):830. doi:10.1016/S0140-6736(19)31945-2.
14. Baradaran-Seyed Z, Majdzadeh R. Economic sanctions strangle Iranians' health, not just drug supply. *Lancet*. 2013;381:1626. doi:10.1016/S0140-6736(13)61024-7.
15. Zhang Y, McDarby G, Seifeldin R, Mustafa S, Dalil S, Schmets G, et al. Towards applying the essential public health functions for building health systems resilience: a renewed list and key enablers for operationalization. *Front Public Health*. 2022; 10:1107192 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1107192>).
16. Mohamed-Ahmed O, Aboutaleb H, Latif S, Watson HL, Handley R, Humphreys E, et al. Reviewing essential public health functions in the Eastern Mediterranean Region post COVID-19 pandemic: a foundation for system resilience. *BMJ Glob Health*. 2024 Mar 28;9(3):e013782 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013782>).
17. Zaidi S, Thabet A, Salah H, Clarke D, Mataria A. Government purchase of private health services in the Eastern Mediterranean Region: opportunities and challenges for stewarding towards a universal health coverage focus. *BMJ Glob Health*. 2025;8:e017435 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017435>).
18. Elrabbat M, Rawaf S, Lami F, Hussein A, Elkady H, Al Nsour M. State of public health in the Eastern Mediterranean: challenges and opportunities: an analysis. *The Eastern Mediterranean Public Health Network (EMPHNET)*; 2025 (https://emphnet.net/media/tdajt5fy/state-of-public-health-in-the-emr_challenges-and-opportunities-english.pdf).
19. بناء نُظْمٍ صحية قادرة على الصمود من أجل النهوض بالتغطية الصحية الشاملة وضمان الأمن الصحي في إقليم شرق المتوسط. القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2022 (ش م/ل إ 69/ق-4: <https://iris.who.int/handle/10665/366621>).
20. التغطية الصحية الشاملة [الموقع الإلكتروني]. منظمة الصحة العالمية؛ 2026 (<https://www.who.int/ar/health-topics/universal-health-coverage>).
21. Primary health care: an integrated approach for delivering universal health coverage with a focus on social justice, equity, and solidarity. Technical brief. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/m/item/primary-health-care.-an-integrated-approach-for-delivering-universal-health-coverage-with-a-focus-on-social-justice--equity--and-solidarity>).
22. Promoting strategic purchasing [website]. World Health Organization; 2026 (<https://www.who.int/activities/promoting-strategic-purchasing>).

23. Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing health services for universal health coverage: How to make it more strategic? Geneva: World Health Organization; 2019
(<https://iris.who.int/handle/10665/311387>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
24. Moradi T, Kabir MJ, Pourasghari H, Ehsanzadeh SJ, Aryankhesal A. Challenges of budgeting and public financial management in Iran's health system: a qualitative study. *Med J Islam Repub Iran*. 2023;17;37:80. doi:10.47176/mjiri.37.80.
25. Health financing progress matrix assessment, Jordan 2024: summary of findings and recommendations. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024
(<https://iris.who.int/handle/10665/379932>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. Pourmohammadi K, Shojaei P, Rahimi H, Bastani P. Evaluating the health system financing of the Eastern Mediterranean Region (EMR) countries using Grey Relation Analysis and Shannon Entropy. *Cost Eff Resour Alloc*. 2018;16:31 (<https://doi.org/10.1186/s12962-018-0151-6>).
27. التقرير الخاص بالصحة في العالم: تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2010
(<https://iris.who.int/handle/10665/44371>).
28. Brief: health financing [website]. World Bank; 2026
(<https://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/health-financing>).
29. Governance of the private healthcare sector in low- and middle-income countries: a scoping review of approaches, effectiveness, and enablers. Geneva: World Health Organization; 2024
(<https://iris.who.int/handle/10665/379381>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. The World Bank Group's approach to private healthcare. Washington, DC: World Bank Group; 2025
(<https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/2025/wbg-approach-to-private-health-care.pdf>).
31. تحويل القرارات إلى نتائج: تسريع وتيرة العمل بشأن الأمراض غير السارية في إقليم شرق المتوسط [الموقع الإلكتروني]. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط؛ 2025
(<https://www.emro.who.int/ar/media/news/turning-resolutions-into-results-accelerating-action-on-noncommunicable-diseases-in-the-eastern-mediterranean-region.html>).
32. Elmusharaf K, Mairghani M, Poix S, Scaria E, Phyto PP, Thu W, et al. A cost of illness study of the economic burden of diabetes in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2025;31(7):426–35
(<https://doi.org/10.26719/2025.31.7.426>).
33. Shaltynov A, Jamedinova U, Semenova Y, Abenova M, Myssayev A. Inequalities in out-of-pocket health expenditure measured using financing incidence analysis (FIA): a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12:1051 (<https://doi.org/10.3390/healthcare12101051>).
34. Saving lives, spending less: the global investment case for noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/382853>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Al Asfoor D, Kasper T, Ravaghi H, Mataria A. Untangling ambiguity: what is a primary health care-oriented model of care? Arch Pub Health Pract Policy. 2026;3(1):107. doi:10.33425/2834-4227.1007. .35

Health Financing Progress Matrix [website]. World Health Organization; 2026 .36
(<https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/health-financing/diagnostics/health-financing-progress-matrix>).

الملحق 1

التغطية بالخدمات والمشقة المالية ومكوناتها في بلدان إقليم شرق المتوسط وأراضيه

البلد/ الأرض	مؤشر التغطية بالخدمات (2023)	ضائقة مالية (النسبة المئوية من السكان)	الإنفاق المُفَقِر على الصحة من الأموال الخاصة (النسبة المئوية من السكان)	الإنفاق الكبير، ولكن غير المُفَقِر، على الصحة من الأموال الخاصة (النسبة المئوية من السكان)	المشقة المالية، أحدث سنة ^أ ب	بيانات الأسر الأقدم من 5 سنوات	بيانات الأسر الأقدم من 10 سنوات
المنخفضة الدخل							
أفغانستان	42.0	34.6	غير متاح	غير متاح	2020	نعم	لا
الصومال	30.0	35.9	غير متاح	غير متاح	2017	نعم	لا
السودان	48.0	39.9	31.8	8.1	2014	نعم	نعم
الجمهورية العربية السورية	70.0	16.0	12.0	4.0	2007	نعم	نعم
اليمن	43.0	30.1	24.9	5.3	2014	نعم	نعم
الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل							
جيبوتي	47.0	6.5	5.7	0.8	2017	نعم	لا
مصر	71.0	36.9	21.1	15.9	2019	نعم	لا
الأردن	74.0	14.7	13.4	1.3	2010	نعم	نعم
لبنان	67.0	33.3	18.7	14.6	1999	نعم	نعم
المغرب	65.0	27.1	20.5	6.6	2013	نعم	نعم
باكستان	56.0	33.9	28.5	5.4	2018	نعم	لا
فلسطين	65.0	22.3	18.8	3.5	2023	لا	لا
تونس	76.0	31.2	18.3	12.8	2021	لا	لا
الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل							
جمهورية إيران الإسلامية	81.0	15.6	11.3	4.4	2022	لا	لا
العراق	64.0	33.2	24.6	8.5	2017	نعم	لا
ليبيا	71.0	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح
المرتفعة الدخل							
البحرين	78.0	غير متاح	غير متاح	غير متاح	2023 ^ج	غير متاح	غير متاح
الكويت	84.0	غير متاح	غير متاح	غير متاح	2023 ^ج	غير متاح	غير متاح
سلطنة عُمان	74.0	8.5	7.8	0.7	1999	نعم	نعم
قطر	84.0	غير متاح	غير متاح	غير متاح	2023 ^ج	غير متاح	غير متاح
المملكة العربية السعودية	83.0	غير متاح	غير متاح	غير متاح	2023 ^ج	غير متاح	غير متاح
الإمارات العربية المتحدة	84.0	غير متاح	غير متاح	غير متاح	2023 ^ج	غير متاح	غير متاح

^(أ) استنادًا إلى: World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development & World Bank (2023). Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/374059>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

^(ب) استنادًا إلى: World Health Organization & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. جنيف: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/384883>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

^(ج) تستند التقديرات إلى التعاريف الواردة في تقرير الرصد العالمي لعام 2023. ملاحظة: تستند البيانات القطرية إلى معلومات جُمعت من أجل تقرير الرصد العالمي لعام 2025 وجرى التحقق منها من خلال عملية تشاور قطرية أجريت في نيسان/أبريل وأيار/مايو 2025. ولذلك فإن البيانات قد لا تُعبر تمامًا عن أحدث البيانات المتاحة على الصعيد الوطني. ومن المقرر عقد المشاورة القطرية المقبلة في الربع الأول من عام 2027، ومن المتوقع إصدار النتائج المُحدّثة في الربع الثالث من عام 2027. /المصدر: المرصد الصحي العالمي: الضائقة المالية الناجمة عن الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة ومكوناتها (تعريف الهدف 3-8-2 من أهداف التنمية المستدامة لعام 2025) [قاعدة بيانات إلكترونية]. منظمة الصحة العالمية: 2025 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial->) protection

الملحق 2

المشقة المالية حسب الفئة السكانية والفئة الاجتماعية والاقتصادية في إقليم شرق المتوسط
(متوسط النسبة المئوية للسكان في كل مجموعة)⁽ⁱ⁾

فئة الدخل	الشريحة الخمسية للاستهلاك					منطقة الإقامة		جنس رب الأسرة		الفئة العمرية لرب الأسرة						تكوين الأسرة	
	ش 1 أدنى مستويات الاستهلاك	ش 2	ش 3	ش 4	ش 5 أعلى مستويات الاستهلاك	ريفية	حضرية	ذكر	أنثى	أقل من 60 سنة	60 سنة فأكثر	البالغون فقط (20- 59 سنة)	البالغون معهم أطفال و/أو مراهقون	بالغون معهم مسنون	أسر متعددة الأجيال	البالغون الأكبر سنًا فقط (60 سنة أو أكثر)	
المنخفضة الدخل	60.4	48	21.5	14.2	12.4	31.9	19.1	32	31.5	31.2	32.2	8.6	31.1	20.3	34.4	10.3	
الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل	72.3	34.3	11.1	6.5	4.4	21.2	13.4	22	17.8	22	20.3	7.1	22.2	13.5	28.3	11.3	
الشريحة العليا من البلدان المتوسطة الدخل	47.5	22	4.3	3.8	2.7	19.9	15.1	16	18.8	16.4	16.2	2.5	16.6	11.4	23.1	3.2	
المرتفعة الدخل	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	1.9	1.2	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	غير متاح	

^أ المعدلات المتوسطة هي متوسطات غير مُرجَّحة محسوبة على أساس البيانات القُطرية المتاحة في قاعدة البيانات العالمية الخاصة بالحماية المالية التي جمعتها منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي (تحديث عام 2025).
المصدر: المرصد الصحي العالمي: الضائقة المالية الناجمة عن الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة ومكوناتها (تعريف الهدف 3-8 من أهداف التنمية المستدامة لعام 2025) [قاعدة بيانات إلكترونية]. منظمة الصحة العالمية؛
2025 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection).

الملحق 3

الإنفاق على الصحة في بلدان إقليم شرق المتوسط وأراضيه، 2023

البلد/الأرض	نصيب الفرد من الإنفاق	حصة الإنفاق الحالي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)	نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة من مجمل الإنفاق الحكومي العام المحلي	نسبة الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	نسبة الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	نسبة الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	نسبة الإنفاق الحكومي العام المحلي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة كنسبة مئوية من الإنفاق الحالي على الصحة	أحدث دراسة للحسابات الصحية الوطنية أو أحدث مسح منزلي للإنفاق من الأموال الخاصة (قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة 2025)
المنخفضة الدخل									
أفغانستان	59	15	1	1.5	2	0.2	17	77	2011-2022 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011؛ 2017-2018 (إنفاق الأسر على الصحة من الأموال الخاصة)
الصومال	22	3.7	3	7.9	14	0.5	7	31	لا توجد حسابات صحية وطنية. البيانات من تقديرات منظمة الصحة العالمية
السودان	21	2.9	4	7.1	21	0.6	8	57	2018 و2020 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
الجمهورية العربية السورية	33	2.7	5	7.7	15	0.4	5	72	لا توجد حسابات صحية وطنية. البيانات من تقديرات منظمة الصحة العالمية
اليمن	48	9.7	4	7	8	0.8	12	69	2019-2021 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
الشريحة الدنيا من البلدان المتوسطة الدخل									
جيبوتي	78	2.3	36	4.9	46	1.1	22	29	2011-2014 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
مصر	141	4.9	46	6.9	32	1.6	23	57	2020 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
الأردن	342	7.7	154	10.5	45	3.4	33	34	2018-2022 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
لبنان	261	5.6	99	15.9	38	2.1	13	30	2012، و2015-2017، و2019-2021 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
المغرب	232	6.1	131	10.6	57	3.4	32	37	2022 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
باكستان	30	2.5	11	4.7	36	0.9	19	53	بيانات سبع سنوات (2006-2022) بناءً على نظام حسابات الصحة 1.0
فلسطين	346	10.7	143	14.4	41	4.4	31	42	2014-2023 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
تونس	318	8	172.0	12.1	54	4.3	36	38	2011-2015 و2019 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011

البلد/ الأرض	نصيب الفرد من الإنفاق	حصة الإنفاق	نصيب الفرد من الإنفاق	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	أحدث دراسة للحسابات الصحية الوطنية أو أحدث مسح منزلي للإنفاق من الأموال الخاصة (قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة 2025)
نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (%)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	نصيب الفرد من الإنفاق الحالي على الصحة (بالدولار الأمريكي)	أحدث دراسة للحسابات الصحية الوطنية أو أحدث مسح منزلي للإنفاق من الأموال الخاصة (قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة 2025)
البلد/ الأرض	نصيب الفرد من الإنفاق	حصة الإنفاق	نصيب الفرد من الإنفاق	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	نسبة الإنفاق الحكومي	البلد/ الأرض
جمهورية إيران الإسلامية	267	6	125	19.1	47	2.8	15	43	2000-2021 بناءً على نظام حسابات الصحة 1.0
العراق	333	5.5	153	6.2	46	2.5	41	54	2016-2021 و 2023 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011؛ (إنفاق الأسر على الصحة من الأموال الخاصة)
ليبيا	470	7.8	377	9.6	80	6.3	65	19	لا توجد حسابات صحية وطنية. البيانات من تقديرات منظمة الصحة العالمية
المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل	المرتفعة الدخل
البحرين	1176	4	697	8.5	59	2.4	28	29	2012-2016 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
الكويت	1679	5	1487	9	89	4.4	49	10	لا توجد حسابات صحية وطنية. البيانات من تقديرات منظمة الصحة العالمية
سلطنة عُمان	732	3.5	625	10.8	85	3	27	6	لا توجد حسابات صحية وطنية. البيانات من تقديرات منظمة الصحة العالمية
قطر	1804	2.5	1498	7.7	83	2.1	27	7	2011-2014 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
المملكة العربية السعودية	1825	5.7	1419	13.7	78	4.4	32	14	2017-2023 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011
الإمارات العربية المتحدة	2402	5	1604	14.4	67	3.3	23	10	2017-2018 و 2020-2023 بناءً على نظام حسابات الصحة 2011

المصدر: قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة (تحديث كانون الأول/ ديسمبر 2025) [قاعدة بيانات إلكترونية] منظمة الصحة العالمية؛ 2025 (<https://apps.who.int/nha/database>).

الملحق 4

أمثلة على المبادرات القطرية في إقليم شرق المتوسط الرامية إلى تعزيز التمويل الصحي من أجل تحسين الحماية المالية

البحرين: تحوّل برنامج الضمان الصحي الوطني مع تعزيز القدرة على تقديم الخدمات

تعكف البحرين على إجراء تحول كبير في نظام تمويل الصحة لديها من خلال تنفيذ برنامج الضمان الصحي الوطني (صحتي)، الذي أنشئ بموجب قانون الضمان الصحي الوطني رقم 23 لسنة 2018. ويهدف الإصلاح إلى إنشاء نظام مرن ومستدام يضمن الإنصاف في الحصول على الرعاية الصحية ويسمح للأفراد باختيار مقدمي خدمات الرعاية الصحية. ويؤدي برنامج (صحتي) إلى تحويل البلد إلى نموذج قائم على التأمين يديره صندوق الضمان الصحي، الذي يتولى مهمة تسجيل المشاركين وتحصيل الاشتراكات والتعاقد مع مقدمي الخدمة.

ويتمثل أحد العناصر المحورية في بدء تنفيذ التأمين الصحي الإلزامي للمغتربين والزوار، وتوسيع نطاق التغطية لتشمل أكثر من 686000 مغترب مقيم و1.6 مليون زائر سنوياً. ويُدعم هذا الإجراء باستثمار 688 مليون دينار بحريني لتوسيع المرافق الصحية والارتقاء بها، ولتخفيف الضغط على المستشفيات العامة، ولتعزيز استدامة النظام. وتركز الإصلاحات التكميلية على الشراء الاستراتيجي، وتحسين الكفاءة، وتعزيز القدرة على تقديم الخدمات، مما يسلط الضوء على التزام البحرين ببناء نظام صحي عالي الجودة ومستدام يتماشى مع أهداف التغطية الصحية الشاملة (1، 2).

مصر: حشد الالتزام السياسي لتنفيذ قانون التأمين الصحي الشامل

تعكف مصر على تنفيذ تحوّل كبير في نظامها الصحي لمعالجة النقص المزمن في الاستثمار، وارتفاع معدلات الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة، وأوجه القصور التي تعترى تمويل الصحة. ويأتي في صميم هذا الإصلاح قانون التأمين الصحي الشامل، المطبق حالياً في ست محافظات، والمقرر تعميمه على مستوى الجمهورية بحلول عام 2032. ويرسي هذا القانون هيكلًا حوكمياً حديثاً يفصل بين التمويل وتقديم الخدمات وتنظيم الجودة، لتعزيز المساءلة ورفع كفاءة النظام بأكمله. ويهدف التوسع التدريجي في التغطية الأسرية الإلزامية إلى دمج البرامج المجزأة بمصر في مظلة تأمينية وطنية واحدة، بما يعزز الإنصاف والحماية المالية.

ويعمل هذا الإصلاح على تنويع مصادر الإيرادات من خلال الاشتراكات المرتبطة بالدخل، والدعم الحكومي الموجه للفئات الضعيفة، والضرائب المخصصة الغرض. كما يسعى إلى تحسين آليات الشراء وتنظيم تقاسم التكاليف عن طريق توسيع نطاق إتاحة الخدمات وزيادة الكفاءة والحد من المصاعب المالية. وقد ارتفع الإنفاق الحكومي على الصحة بنسبة 44% بين عامي 2019 و2023، وهو ما يعكس التزاماً سياسياً واضحاً، وإن ظلت المستويات الإجمالية للإنفاق متدنية مقارنة بمحيطها الإقليمي.

وتشير البيانات المبكرة إلى تحسن رضا المرضى وانخفاض الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة، ولكن لا تزال هناك تحديات في ضمان التمويل المستدام، وإشراك مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، وتحديد حزمة استحقاقات متوازنة (3-8).

العراق: تحقيق التعافي في مرحلة ما بعد الحرب وإصلاح نظام تمويل الصحة

يُجري العراق حالياً إصلاحاً كبيراً خلال فترة التعافي بعد الحرب لتعزيز الحماية المالية والمضي قدماً نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال التعميم التدريجي لقانون التأمين الصحي رقم 22 لسنة 2020، الذي يرسى الأساس اللازم لمنظومة تأمين صحي وطنية. ويهدف الإصلاح إلى تحسين وظائف التمويل الصحي الأساسية، وتحصيل الإيرادات، وتجميع المخاطر، والشراء الاستراتيجي، مع الحد من اعتماد البلد الطويل الأمد على الإنفاق الصحي من الأموال الخاصة.

ولقيادة هذا التحوّل، أنشئت هيئة الضمان الصحي لتصميم المنظومة، وتحديد حزمة استحقاقات وطنية، ووضع ترتيبات للتعاقد مع مقدمي الخدمات، ووضع هيكل للحوكمة.

ويشمل التنفيذ المبكر التسجيل التدريجي لموظفي الحكومة، وتوفير تغطية مدعومة للفئات الضعيفة، إلى جانب استكشاف إمكانات التعاقد مع مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص. ويسعى الإصلاح أيضاً إلى التحول من الميزنة القائمة على المدخلات إلى آليات دفع أكثر استراتيجية وقائمة على النواتج. وتُركّز الجهود التكميلية على تعزيز الرعاية الصحية الأولية، والتوسع في نظم الصحة الرقمية، وتحسين تتبع الإنفاق.

وفي المستقبل، ينوي العراق التوسُّع في التغطية لتشمل العاملين في القطاع الخاص والقطاع غير الرسمي، مع تعزيز الحوكمة والبنية التحتية الرقمية وسياسات تمويل الصحة المُسندة بالبيّنات (9).

الأردن – تنفيذ خطة لإصلاح التغطية الصحية الشاملة والتمويل الصحي

ينفذ الأردن حاليًا خطة لإصلاح التغطية الصحية الشاملة والتمويل الصحي (2024-2025). وترسم هذه الخطة استراتيجية مرحلية للتوسع في التأمين الصحي إلزامي ليشمل جميع المواطنين والمقيمين، بدءًا بالرعاية الصحية الأولية. ويتمثل أحد المكونات الرئيسية لهذه الخطة في إنشاء صندوق تأميني جديد لأعضاء المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي غير المشمولين بالتأمين، بما يشكل الأساس للتوسع التدريجي في التغطية على الصعيد الوطني. وتتماشى الخطة مع خريطة الطريق الحكومية الأوسع بشأن التغطية الصحية الشاملة، وتهدف إلى تحسين إتاحة خدمات صحية ميسورة التكلفة وشاملة، وتعزيز أداء النظام الصحي بأكمله.

ويتصدى الإصلاح لتحديات هيكلية مستحكمة، منها الحوكمة المُجزأة، والاعتماد على الإعفاءات، والتعويل على الموازنة القائمة على البنود التفصيلية. كما أن مصفوفة تقييم التقدم في التمويل الصحي الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لعام 2024 تسلط الضوء على مواطن الضعف، وتوصي بالاعتماد التدريجي لآليات دفع جديدة، كالموازنات الإجمالية ونظام التعويض الفردي، بما يعزز الكفاءة ومراقبة التكاليف والإنصاف في تجميع المخاطر. وللرقمنة أهمية محورية في هذا الإصلاح، إذ يجري العمل حاليًا على حوسبة المستشفيات والمراكز الصحية على مستوى المملكة، بما يحسّن التنسيق وجودة البيانات.

ويبدأ التنفيذ بتغطية جميع موظفي القطاعين العام والخاص من خلال حزمة استحقاقات تركز على الرعاية الأولية وممولة باشتراك رمزي يقل عن 1% من الراتب الشهري. وستمهد هذه المرحلة التأسيسية لتوسيع نطاق التغطية السكانية، وتوسيع حزمة الاستحقاقات، وإتاحة دور تكميلي للتأمين الخاص الاختياري (10-12).

لبنان: الاستفادة من الإصلاح الضريبي وإصلاح الحوكمة

يعمل لبنان على استعادة نظام التمويل الصحي الذي شهد تدهورًا شديدًا في ظل الانهيار الاقتصادي وعدم الاستقرار السياسي والأزمات المتكررة. ولأن هذا النظام من أكثر أنظمة التمويل الصحي في العالم اعتمادًا على الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة، فإنه يجعل الأسر عرضة بشدة لمخاطر مالية جسيمة. وقد أوشكت آليات التأمين العام على الانهيار، فالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا يشمل الآن سوى نحو 10% من التكاليف الطبية، ويفتقر أكثر من نصف السكان إلى تغطية تأمينية رسمية. وانخفض توفر الأدوية الأساسية بنسبة 50% تقريبًا، في حين أن تشتت الجهود بين الصناديق العامة وشركات التأمين الخاصة والمنظمات غير الحكومية والجهات المانحة، إلى جانب ضعف القدرات التنظيمية والرقابية، أدى إلى تقويض الكفاءة والمساءلة. وواجهت أيضًا الرعاية الصحية الأولية التي تعتمد على الجهات المانحة اضطرابات كبيرة، إذ تضرر أو أُغلق أكثر من 100 مركز صحي.

وعلى الرغم من هذه الهشاشة، عاد الزخم من جديد نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وقد صاغ لبنان عدة قوانين بشأن التغطية الصحية الشاملة، وكان آخرها في عام 2024، كما جُرب تطبيق حزم الرعاية الصحية الأولية القائمة على الأداء وعلى نظام الحصص الفردية. ويتمثل أحد مقترحات الإصلاح الرئيسية في الضرائب الصحية، فالضرائب الجيدة التنظيم المفروضة على التبغ والكحول والمشروبات المحلاة بالسكر يمكن أن تُدرّ ما يُقدَّر بنحو 789 مليون دولار أمريكي سنويًا، غير أن ثمة عقبات جوهرية لا تزال قائمة، أبرزها القيود الدستورية المفروضة على تخصيص الإيرادات لأغراض بعينها، وتدني معدلات الضريبة الانتقائية، والتهرب الضريبي، وضعف الإنفاذ. وتهدف المبادرات المكتملة، ومنها الشراء المُجمّع للأدوية المرتفعة التكلفة ووضع استراتيجية جديدة للحماية الصحية الاجتماعية، إلى تعزيز الحماية المالية ورسم مسار مستدام نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة (13).

فلسطين: السعي نحو تحقيق الحماية المالية في خضم أزمات ممتدة

تعاني فلسطين مصاعب مالية متزايدة بسبب الإنفاق الصحي المباشر من الأموال الخاصة، في ظل ما تواجهه الأسر من احتلال ونزاع وتحديات اقتصادية متفاقمة. وفي هذا السياق، تُمضي وزارة الصحة، بدعم من منظمة الصحة العالمية والشركاء، في تنفيذ إصلاحات ترمي إلى تعزيز الحماية المالية وضمان إتاحة الخدمات الصحية الأساسية على نحو أكثر إنصافًا.

وتشمل الأولويات الرئيسية: الرصد الدوري المنتظم للأعباء المالية، ومراجعة حزمة الخدمات الصحية الأساسية، وإصلاح نظام التأمين الصحي الحكومي في إطار استراتيجية محدّثة للتمويل الصحي.

ويجري تتبُّع الضائقة المالية منذ عام 2004، وتسترشد بالتحليلات الأخيرة القرارات المتعلقة باستحقاقات الخدمات وإعادة تصميم نظام التأمين. ويجري العمل على وضع حزمة استحقاقات أساسية تتماشى مع الحيز المالي المتاح، وتُحدّد فيها الخدمات ذات الأولوية، وتُقدَّر من خلالها التكاليف على مستوى الفرد وعلى مستوى النظام بأكمله، بما يدعم عملية التنفيذ. وتُركّز إصلاحات التأمين الصحي الحكومي على توضيح معايير الأهلية، وتعديل سياسات السداد التشاركي، وتحسين الاستحقاقات، بهدف تعزيز الإنصاف والقدرة على تحمل التكاليف وفعالية النظام بوجه عام (14، 15).

باكستان: توسيع نطاق الحماية المالية من خلال برنامج (صحت سهولت)

تعكف باكستان على تنفيذ مبادرة وطنية للرعاية الصحية، تُعرف الآن باسم برنامج (صحت سهولت). وتعود جذور هذه المبادرة إلى برنامج الصحة الوطني الذي أطلقه رئيس الوزراء في عام 2015، وتهدف إلى تقديم رعاية داخلية بدون دفع أي أموال نقدية للأسر المنخفضة الدخل من خلال المستشفيات العامة والخاصة المسجّلة. واستهدفت المبادرة في مراحلها الأولى الأسر الفقيرة التي حُدِّثت من خلال "برنامج بينظير لدعم الدخل" و"السجل الاجتماعي والاقتصادي الوطني"، لتغطية العمليات الجراحية وخدمات الرعاية أثناء الحمل والولادة والأمراض المزمنة وحالات الطوارئ.

وتوسّع البرنامج لاحقاً ليشمل مختلف المقاطعات، مُحققاً انتشاراً على الصعيد الوطني، وبلغ التغطية السكانية الكاملة في خيبر باختونخوا بحلول عام 2020، حيث تتولى مؤسسة "State Life Insurance" شراء الخدمات من مقدمي الرعاية العاميين والخاصين، بتمويل يصل إلى 600 ألف روبية باكستانية سنوياً لكل أسرة. وحقق البرنامج تغطية سكانية شاملة في البنجاب، ولكنه واجه بحلول الثنائية 2024-2025 تحديات تتعلق بالاستدامة، إذ استوعبت الميزانيات الحكومية كامل تكاليف الأقساط التأمينية. وقد أدى ذلك إلى إعادة إطلاقه مؤخراً بملامح تصميمية مُنقحة تهدف إلى تعزيز جدواه على المدى البعيد.

المملكة العربية السعودية: تطبيق أدوات التمويل الإسلامي المبتكرة

تعكف المملكة العربية السعودية على تطبيق "التكافل"، وهو آلية مبتكرة من آليات التمويل الإسلامي تعزز التمويل الصحي بما يتوافق مع أحكام الشريعة الإسلامية ورؤية 2030. ويقوم نظام التكافل على مبدأ تقاسم المخاطر والتعاون المتبادل، بما يجعله بديلاً أخلاقياً للتأمين التقليدي. وتقدّم شركة "التعاونية"، وهي أكبر شركات التأمين في المملكة، خدمات التكافل، وتضطلع بدور محوري في تحقيق التغطية الصحية.¹ وقد أدى إلزام الوافدين بالحصول على تأمين صحي، وهو شرط استُحدث عام 2024، إلى زيادة كبيرة في الطلب على التغطية الصحية الخاصة، مما سرّع نمو سوق التأمين الصحي التكافلي. ويُعزّز هذا النموذج الحماية المالية من خلال تجميع الاشتراكات لتغطية النفقات الصحية للمشاركين، بما يقلّص الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة ويُحسّن فرص الحصول على الرعاية. كما يدعم هذا النموذج المنافسة في السوق، ويشجع مشاركة القطاع الخاص، ويكمل جهود التمويل الصحي العام. ومن خلال إدماج التكافل بعمق أكبر في النظام الصحي، عبر توحيد الاستحقاقات، واعتماد المنصات الرقمية، وتعزيز الرقابة التنظيمية- يمكن للمملكة العربية السعودية الاستفادة من التمويل الإسلامي لبناء إطار شامل ومستدام وقادر على الصمود للتمويل الصحي يلبي احتياجات السكان مع الحفاظ على التوافق مع أحكام الشريعة الإسلامية.

السودان: تجريب الشراء المجمع للأدوية الباهظة التكلفة والعالية التأثير

يمضي السودان قدماً نحو تحقيق الحماية المالية في خضم النزاع المستمر، وذلك من خلال استحداث آلية الشراء المجمع للأدوية الباهظة التكلفة والعالية الأثر في عام 2023. ومع تجاوز الإنفاق الصحي المباشر من الأموال الخاصة نسبة 70% من إجمالي الإنفاق الصحي، واقتصار مظلة نظام التأمين الوطني على شريحة صغيرة من السكان، غدت أسعار الأدوية أحد الأسباب الرئيسية للضائقة المالية التي تمر بها الأسر.

وأدى المشروع التجريبي للشراء المجمع إلى توحيد المشتريات من أجل توفير الأدوية الباهظة التكلفة اللازمة لعلاج الأمراض المزمنة والسرطان، مما مكن الحكومة من التفاوض للحصول على أسعار أفضل، والحد من الازدواجية، وتعزيز استقرار إمدادات الأدوية. وقد أفضى نجاح هذه التجربة إلى فتح حوار وطني واسع بشأن إضفاء الطابع المؤسسي على الشراء المجمع بوصفه إصلاحاً طويل الأمد لتعزيز الكفاءة والحماية المالية. ومن خلال خفض أسعار الأدوية وتحسين توفرها، ساهمت هذه المبادرة في الحد من الاعتماد على الأسواق الخاصة الباهظة التكلفة، وحمّت الأسر من النفقات التي لا يمكن تحملها. وأدى أيضاً المشروع

¹ المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، تقرير داخلي غير منشور عن الاستفادة من التمويل الإسلامي للصحة، 2025.

التجريبي إلى تحسين اتساق عمليات الشراء عن طريق الحد من التشتت، وتعزيز مركزية الشراء، وتحفيز إجراء مناقشات أوسع نطاقاً بشأن إدماج الشراء المُجمَّع في الهيكل الوطني لتمويل الصحة في السودان.

تونس: تعزيز التكامل والإنصاف من خلال إصلاح موحد للتأمين الصحي

تعكف تونس على النهوض بخطة طموحة لإصلاح التمويل الصحي في إطار سياستها الصحية الوطنية حتى عام 2030، التي وُضعت من خلال عملية حوار مجتمعي مكثف. وينطوي ذلك على التوجه نحو نظام موحد للتأمين الصحي الاجتماعي لمعالجة التشتت الطويل الأمد بين الصندوق الوطني للتأمين الإلزامي على المرض للعاملين في القطاع الرسمي وبرنامج المساعدة الطبية المجانية للفئات الفقيرة والضعيفة.

ومن شأن هذا الإصلاح أن يعزز جميع وظائف التمويل الصحي من خلال تحسين تحصيل الاشتراكات، وإدخال التمويل المستند إلى الضرائب، وتحديث إدارة الصندوق الوطني للتأمين على المرض. وسيدمج تدريجياً مستفيدي برامج المساعدة الطبية المجانية في نموذج اشتراكات تدعمها الدولة، وسيوحد النظم المجزأة في مجموعة وطنية، وسيُدخل الشراء الاستراتيجي الذي يركز على الرعاية الأولية، وطب الأسرة، ودفع المستحقات إلى مقدمي الخدمات وفقاً للأداء، وإتاحة الخدمات الأساسية على نحو يتسم بالإنصاف.

وتسعى تونس، على نطاق أوسع، إلى التحول من نموذج يتمحور حول المستشفيات، إلى نظام وقائي تقوده الرعاية الصحية الأولية، من أجل التصدي بشكل أفضل للعبء المتزايد للأمراض غير السارية، ولشيخوخة السكان (16-20).

الإمارات العربية المتحدة: تنفيذ إصلاح شامل للتمويل الصحي بما يواكب التغطية واللوائح

أدخلت الإمارات العربية المتحدة إصلاحات في مجال التمويل الصحي على الصعيد الوطني تلزم أصحاب العمل بتوفير التأمين الصحي لجميع العاملين في القطاع الخاص والعمال المنزليين ابتداءً من 1 كانون الثاني/يناير 2025. ويوسع ذلك نطاق نظام كان يُطبَّق سابقاً في إمارتي أبوظبي ودبي فقط، ليشمل الإمارات السبع كافة. ويجب على أصحاب العمل شراء التأمين الصحي شرطاً لإصدار تصاريح الإقامة أو تجديدها، بما يعزز تحصيل الإيرادات ويوسع نطاق التغطية السكانية.

ويضع نظام التأمين الصحي الأساسي الاتحادي معايير دنيا للاستحقاقات وقواعد للسداد التشاركي، مع تحميل أصحاب العمل المسؤولية الكاملة عن سداد الأقساط. ويهدف ذلك إلى تحسين الحماية المالية للعمال ذوي الدخل المنخفض، وتعزيز الاتساق في التغطية على مستوى البلد.

وتعزز الإصلاحات الإضافية الاتساق الوطني في الشراء والتنظيم من خلال الإشراف الاتحادي على شركات التأمين، وتوحيد متطلبات الاستحقاقات، ومواءمة آليات الامتثال في جميع الإمارات. وفي حين أن هذه التدابير تمثل خطوة نحو إرساء إطار وطني موحد للتأمين، فإن الفوارق المتبقية في هياكل الاستحقاقات والإنفاذ تُبرز الحاجة إلى مزيد من المواءمة لضمان الحماية المالية المنصفة لجميع المقيمين (21-24).

1. برنامج الضمان الصحي الوطني (صحتي) [الموقع الإلكتروني]. المنامة المجلس الأعلى للصحة في البحرين؛ 2025
(<https://www.sch.org.bh/ar/%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B4%D8%A7%D8%B1%D9%8A%D8%B9/%D9%86%D8%A8%D8%B0%D8%A9-%D8%B9%D9%86-%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D8%AC-%D8%A7%D9%84%D8%B6%D9%85%D8%A7%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D9%88%D8%B7%D9%86%D9%8A-%D8%B5%D8%AD%D8%AA%D9%8A.html>).
2. Mandatory insurance for expats and visitors. The Daily Tribune — News of Bahrain; 29 March 2025
(<https://www.newsofbahrain.com/bahrain/110699.html>).
3. Mathauer I, Yehia KA, Mataria A. Implementing the universal health insurance law of Egypt: what are the key issues on strategic purchasing and its governance arrangements? Geneva: World Health Organization; 2019
(<https://iris.who.int/handle/10665/311781>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Khalifa AY, Jabbour JY, Mataria A, Bakr M, Farid M, Mathauer I. Purchasing health services under Egypt's new universal health insurance law: what are the implications for universal health coverage? Int J Health Plann Manage. 2022;37:619–31
(<https://doi.org/10.1002/hpm.3354>).
5. قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الإنفاق على الصحة: المرتسم القطري لمصر [قاعدة بيانات إلكترونية]. Geneva: منظمة الصحة العالمية
(https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en).
6. Hammad AS, Khalifa AY, ELKarim GG, Mataria A, Fouad AM. Effect of universal health insurance implementation on beneficiaries' evaluation of public health facilities in Egypt — a cross-sectional study. Int J Equity Health. 2025;24:59
(<https://doi.org/10.1186/s12939-025-02402-9>).
7. Hetta R. Implementing universal health insurance: case study of stakeholders' perspectives in Port Said, Egypt [thesis]. Cairo: The American University in Cairo; 2023 (<https://fount.aucegypt.edu/etds/2209/>).
8. Egypt national health accounts: establishing an expenditure baseline to support Egypt's health care reform 2019/2020. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<https://p4h.world/en/documents/egypt-national-health-accounts-2019-2020/>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. قانون الضمان الصحي رقم 22 (2020). بغداد: حكومة العراق؛ 2020.
10. Health financing progress matrix assessment, Jordan 2024: summary of findings and recommendations. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/379932>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Hafez R, Ziway R, Serfontein N. A sustainable path to UHC: assessment of Jordan's government and public insurance schemes. Washington, DC: World Bank; 2024.
12. Carroll N, Bloch C, González-Pier E, Kiss S. Jordan health spending efficiency: issues and reform directions. Washington, DC: International Monetary Fund; 2024 (<https://doi.org/10.5089/9798400264610.029>).
13. Abou Samra C, Assal M, El-Jardali F. Financing universal health coverage in Lebanon through health taxes. Beirut: Knowledge to Policy (K2P) Center; 2023 (<http://hdl.handle.net/10938/34821>).
14. World Health Organization & International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2025
(<https://iris.who.int/handle/10665/384883>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
15. نشرة الاقتصاد الفلسطيني - شباط 2026 رام الله: معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس)؛ 2026
(<https://mas.ps/en/publications/13676.html>).
16. Politique nationale de santé (PNS) 2030 [National health policy 2030]. Tunis: Ministry of Health.2021 ;

¹ تاريخ الاطلاع على جميع المراجع 7 أيلول/ سبتمبر 2026.

17. Livre blanc: pour une meilleure santé en Tunisie, faisons le chemin ensemble [White paper: for better health in Tunisia, let's walk the path together]. Tunis; Dialogue Sociétal .2014 ;
18. Tunisia national health accounts 2022: preliminary findings [internal document]. Tunis; December 2024
19. المعهد الوطني للإحصاء؛ تونس 2023 المسح الوطني حول الإنفاق والاستهلاك ومستوى عيش الأسر لسنة 2021 :
(<https://www.ins.tn/ar/enquetes/alms-h-alwt-ny-hwl-alanfaq-walasthlak-wmstwy-ysh-alasr-lsnt-2021>).
20. Enquête nationale sur la population et l'emploi, 2019/2020 [National survey on population and employment]. Tunis: National Institute of Statistics; 2020.
21. The basic health insurance scheme [website] .وزارة الموارد البشرية والتوطين، الإمارات العربية المتحدة
(<https://www.mohre.gov.ae/en/guidance-and-awareness-portal-new/the-basic-health-insurance-scheme>).
22. UAE healthcare and insurance reforms for employers and insurers [website]. Mouannes International Specialized Legal Consultants; 2025 (<https://misconsultants.ae/article/uae-healthcare-and-insurance-reforms-for-employers-and-insurers>).
23. الميزانية الاتحادية لدولة الإمارات [الموقع الإلكتروني]. حكومة الإمارات العربية المتحدة-uae-federal-
(<https://mof.gov.ae/ar/public-finance/uae-federal-budget/>).
24. نظام الحسابات الصحية في دبي 2022 [الموقع الإلكتروني]. هيئة الصحة بدبي؛ 2022 (<https://www.isahd.ae/Home/Reports>).