

## 06

## إضاءات على السياسات الاجتماعية



### توسعة التغطية الصحية: مواجهة التحدي

يؤدي غياب توفر الرعاية الصحية إلى انتشار الفقر بين الملايين من الناس سنوياً. ومن هنا، تظهر أهمية البحث في تطوير سياسة تحسين تمويل الرعاية الصحية للجميع. تتركز هذه الظاهرة في الدول النامية مما يدعو وبشكل ملح إلى تبادل الممارسات الجيدة بين تلك الدول. ولتحقيق ذلك يُقدم هذا العدد من إضاءات الأفكار المتداولة حالياً بشأن توسعة الرعاية الصحية.

هانس هورست كونكوليفسكي، الأمين العام

أصبحت الحماية الصحية إحدى أهم القضايا الساخنة على جدول أعمال السياسات الاجتماعية. ولا يثير ذلك الأمر الدهشة عند الأخذ بعين الاعتبار الالتزامات الدولية لتحقيق تحسينات عالمية في مستويات الصحة بما في ذلك محاربة الفقر. أما القضية الأخرى، فهي ارتفاع خطر ظهور أوبئة عالمية صحية "جديدة" مثل السارس، وأنفلونزا الطيور، مع عودة انتشار الأمراض "القديمة" المعدية كالقوليرا، والحمى الصفراء، والسل. وبغض النظر عن ذلك، يبقى توفير الحماية الصحية غير المكلفة صعباً بالنسبة لمعظم سكان العالم. وكمؤشر على هذا التحدي، يقدر عدد سكان العالم الذين يدخلون حالة الفقر بـ 100 مليون شخص سنوياً بسبب عدم إمكانية توفير الرعاية الصحية بأسعار مقبولة<sup>1</sup>.

وإلى جانب التكلفة البشرية، لابد من اعتبار التكلفة الاقتصادية للنظم الصحية المتخلفة: فعلى سبيل المثال، بحلول عام 2020، سيتراجع نمو الدخل القومي 20% في الدول الإفريقية حيث معدلات الابدن الأعلى. وبالرغم من زيادة الوعي حول أهمية تحسين الصحة، تبقى هناك العديد من التحديات العملية فيما يخص توسعة الحماية الصحية.

#### في هذا العدد:

- النظر في التحدي المرتبط بتوسعة التغطية الصحية
- عرض نماذج مختلفة لتمويل الرعاية الصحية
- التركيز على معايير توسعة التغطية الصحية وتقديم الخدمات

ومن القضايا الجوهرية بالنسبة للدول النامية هو التحدي المتمثل بتوفير الحد الأدنى من المنافع الصحية اللازمة للسكان، واختيار نموذج أو نماذج التمويل المناسبة وضمان البنى التحتية المؤسسية والموارد البشرية اللازمة لتقديم المنافع بكفاءة وفعالية.

## تقدم الدول والإنفاق على الرعاية الصحية

في الغالب، يتأثر المبلغ الذي يُنفق على الصحة وآلية التمويل بمستوى تقدم الدولة. وبشكل عام، كلما كانت الدولة أغنى، كلما ارتفع الإنفاق الصحي. وفي المتوسط، تنفق الدول ذات الدخل المرتفع حوالي 10% من الناتج المحلي الإجمالي على الصحة، في حين تسجل تلك النسبة 6% في الدول متوسطة الدخل وتنخفض لما دون 5% في الدول متدنية الدخل. تتفق معظم الدول ذات الدخل المتدني أقل من 34 دولاراً أمريكياً للفرد الواحد على الصحة. وقد أوصت منظمة الصحة العالمية بالتدخل الأساسي من خلال وضع حد أدنى من الإنفاق السنوي اللازم<sup>2</sup>.

وفي نفس الإطار، يجب تحقيق توزيع عادل للموارد. ففي العديد من الدول النامية، يتم تخصيص جزء كبير من الأموال للمرافق الطبية المتخصصة في المدن الكبيرة. وبناءً عليه، تبقى الرعاية الصحية الأولية للغالبية من السكان غير كافية التمويل.

وفوق ذلك، لا تقدم المساعدات الدولية البلسم الشافي: فهناك قيود مفروضة على التمويل الذي تقدمه الجهات المانحة لأغراض الإنفاق على أمراض معينة كالسل والملاريا وفيروس نقص المناعة المكتسب/ الإيدز مما يضعف إمكانية تمويل علاج الحالات الصحية الأخرى.

وبالتالي، بالنسبة للدول المنخفضة الدخل، يمثل الإنفاق من الجيب الفردي ما نسبته 60% من إجمالي الإنفاق الصحي. ويتعارض ذلك مع ما نسبته 20% في الدول ذات الدخل المرتفع<sup>2</sup>.

## تمويل الرعاية الصحية :

تسعى عادةً المناهج الخاصة بالدول للتمويل الصحي لنشر التكاليف الصحية عبر المجموعات السكانية من خلال "تجميع المخاطر" وعادةً، يتم استخدام أربع نماذج للتمويل<sup>3</sup>:

**الأجهزة الصحية الوطنية – ممولّة في الدرجة الأولى من الفوائد الضريبية، حيث تقدم الخدمات بشكل كبير من قبل المؤسسات العامة.**

**أنظمة التأمين الصحي الاجتماعية – ممولّة عادةً من الضرائب المفروضة على الأجور، ويمكن تشغيل هذه الأنظمة تحت مظلة منظمة وطنية واحدة أو عدة منظمات وبمشاركة القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات.**

**خطط التأمين الصحي – تأمين صحي خاص ممول عادةً بواسطة أقساط اختيارية تحدد حسب المخاطر بحيث يتم التعاقد مع المزودين المتخصصين لتقديم الخدمة.**

**أنظمة التأمين الصحي المدنية الموجهة للمجتمعات المحلية- تنظّمها تجمعات أو مجموعات صغيرة من الأفراد كوسيلة لتجميع المخاطر. ويتم التمويل بواسطة اشتراكات اختيارية وقد يتم تقديم معونات عامة في بعض الأحيان.**

وهناك اتفاق كبير بأن الإنفاق الشخصي يضر بالمجموعات ذات الدخل المنخفض، وقد يقود الأفراد للابتعاد عن العلاج أو وقفه، مما يؤدي لتفاقم الحالة المرضية والحاجة المستقبلية لرعاية طبية أكثر تعقيداً وكلفة. وقد يؤدي العجز الناتج عن الحالة المرضية لفقدان القدرة على الكسب.

و يصعب إيجاد التمويل اللازم في العديد من الدول النامية حيث محدودة الاعتماد على الضرائب أو عدم كفاية المعونات الدولية والتوجيه الخاطئ لها بعيداً عن أولوية احتياجات المعنيين.

تتوجه الدول النامية لاستخدام خليط من النماذج المذكورة أعلاه عندما تُقابل بتحديات أكبر مرتبطة بالتحصيل الضريبي وأسواق العمل والبنية التحتية للخدمات الصحية. وبالرغم من إمكانية دعم المساعدات الدولية للإنفاق الصحي بشكل كبير، إلا أن استخدام المناهج المتنوعة في التمويل الصحي والهيكل المؤسسية لا يخلو من الصعوبات التي تحول دون تحقيق السياسة المتجانسة والمتكاملة.

## توسعة الشمول في الدول النامية

يُنظر لأنظمة الرعاية الصحية الوطنية الممولة من الضرائب والتي توفر التغطية الشاملة للسكان تحت مظلة مجموعة محددة من المنافع، على أنها الأكثر عدالة من الناحية الاجتماعية. ولكن لتعمل بفعالية، فإنها تتطلب مصادر مالية كافية ومستدامة والتي نادراً ما تتوفر في الدول ذات الدخل المنخفض. فحين تتعثر التغطية لنقص الإيرادات الضريبية، لا بد من أخذ التمويل القائم على الاشتراكات بعين الاعتبار.

تعتبر أنظمة التأمين الصحي الاجتماعية عادلة جداً عندما تكون التغطية الوطنية واسعة، مما يمكن أصحاب الدخل المرتفع عملياً من دعم أصحاب الدخل المنخفض. ومع ذلك تبقى التغطية الصحية تحت مظلة أنظمة التأمين الصحي الاجتماعية منخفضة في العديد من الدول، مع مشكلة عدم تأدية الاشتراكات. ويعود ذلك لافتقار النظام للمرونة الكافية لمواجهة الاحتياجات الصحية المعنية واختلاف القدرة على تأدية الاشتراكات ضمن المجموعات السكانية المتنوعة.

إحدى الطرق البديهيّة لتوسعة الشمول للأنظمة الممولة من الاشتراكات تتمثل بتوفير المعونات الحكومية للمجموعات ذات الدخل المنخفض؛ ومن ثمّ معرفة كيفية تحديد والحفاظ على السجلات الإدارية للفقراء المستحقين. ويزداد هذا السؤال تعقيداً عند الأخذ بعين الاعتبار ضعف القدرات الإدارية وانتشار العمالة غير النظامية في الدول النامية.

وبالتأكيد، ليس جميع العاملين في الاقتصاد غير النظامي هم من الفقراء، مما يشير لعدة مناهج ممكنة الاستخدام لمد التغطية الصحية لمجموعات مختلفة من العاملين في القطاع غير الرسمي – بين أولئك الذين لديهم قدرة مالية على تأدية الاشتراكات – وأولئك غير القادرين.

يدافع البعض عن الترويج لفرض أقساط فردية مرتبطة بالمخاطر الصحية لغير الفقراء، ومن المناهج الأخرى المقترحة، إيجاد أنظمة تأمين صحي مدنية موجهة لمجتمعات محلية. أو تعزيز إدارات التأمين الصحي الاجتماعي على المستوى المحلي، وأحياناً من خلال وكلاء الشراكة في المجتمع المحلي من أجل تحسين تحصيل الاشتراكات والوصول بالخدمة إلى المزيد من المجموعات المستهدفة.

من بين الأهداف الألفية للتنمية، تخفيض وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأم، ومحاربة المرض وتحسين الحصول على الأدوية الطبية. ولتحقيق أهداف الألفية بحلول عام 2015، هناك حاجة لزيادة التمويل الصحي بصورة واضحة، وليس هذا بالأمر المباشر أو اليسير. وفي الوقت ذاته، تشير الممارسات الفضلى إلى الحاجة لتركيز انتباه كل الدول لتحديد:

- الحد الأدنى من منافع الرعاية الصحية للجميع
- نموذج/نماذج التمويل المناسبة للتشارك في المخاطر
- الهياكل التشريعية والمؤسسية الهامة
- الوسائل الكفيلة بالتغلب على التحديات التي تقف في وجه بناء أنظمة صحية متكاملة ومتجانسة ومستدامة

هناك توجه بين العديد من الدول النامية حول استحداث تأمين صحي اجتماعي للعاملين بالقطاع الرسمي وتأمين صحي اختياري على مستوى المجتمعات المحلية للفئات المهمشة في الاقتصاد الرسمي. ولا تخلو الأنظمة الموجهة للمجتمعات المحلية من المخاطر وإن كانت توفر الفرصة اللازمة لتوسعة الشمول.

وعادةً، محدودية التجمع التأميني تجعل الأنظمة الموجهة للمجتمعات المحلية ضعيفة في وجه تراكم التكاليف المرتبطة بالفعاليات المتكررة أو المرتبطة بكوارث. وقد قامت الجمعية الدولية للضمان الاجتماعي وشركاؤها باقتراح آلية للتجاوب من خلال بناء روابط منسجمة ما بين الأنظمة التشريعية وتلك الموجهة للمجتمعات المحلية، بحيث يقوم أعضاء تلك الصناديق بدعم أو إعادة تأمين بعضهم البعض<sup>4</sup>.

## ملاحظات

## تقديم الخدمات

1 وزارة الخارجية، فرنسا 2007 نتائج عمل المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الاجتماعية في الدول النامية، 15 - 16 مارس، 2007، باريس. **Ministère des Affaires étrangères, France 2007**  
*Proceedings of the International Conference on social health protection in developing countries,*

متاح من خلال  
[http://www.diplomatie.gouv.fr/en/france-priorities\\_1/health-and-food\\_1102/international-conference-on-health-insurance-coverage-in-developing-countries\\_5492/index.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/en/france-priorities_1/health-and-food_1102/international-conference-on-health-insurance-coverage-in-developing-countries_5492/index.html)

2 ج. شيبير، G. Schieber، ل. ل.، ب. جوترت، P. Gottret. 2006. *Getting real on health financing, Finance & Development*, Vol. 43, No. 4.  
واقع التمويل الصحي. التمويل والتطوير. متاح من خلال  
[http://www.imf.org/external/ft/fandd/2006/127\\_schieber.htm](http://www.imf.org/external/ft/fandd/2006/127_schieber.htm)

3 سي بايزا، Baeza C، ت. ج. باكارد، T.G. Packard. 2007. *توسعة سلة المخاطر الصحية في الدول النامية: التحدي المرتبط بالتحويل للتمويل من الضرائب العامة*  
*Extending the risk pool for health in developing countries: The challenge of moving to general tax funding, International Social Security Review,*  
Vol. 60, No. 2-3, pp. 83-97 .

4 أ. جوهر، A. Goheur، س. جاكوير، C. Jacquier، في سميت ديابات، V. Schmitt-Diabate، ج. شريمير، J. Schremmer. 2007. *العلاقات ما بين أنظمة الضمان الاجتماعي التشريعية وآليات الحماية الاجتماعية الموجهة للمجتمعات المحلية: منهج جديد واعد. ورقة عمل مقدمة في اللجنة الفنية لجمعيات المنفعة المتبادلة، المنتدى العالمي للضمان الاجتماعي، موسكو.*

*Linkages between statutory social security schemes and community-based social protection mechanisms: A promising new approach, paper presented at Technical Commission on Mutual Benefit Societies, World Social Security Forum, Moscow.*

متاح من خلال <http://www.issa.int/wssf07>