



دليل الحماية الصحية الاجتماعية لللاجئين

النهج، والدروس المستفادة، والأدوات العملية لتقييم خيارات
الشمول بالتغطية

حقوق النشر محفوظة لمنظمة العمل الدولية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين 2020 الطبعة الأولى 2021

تتمتع منشورات مكتب العمل الدولي بحماية حقوق المؤلف بموجب البروتوكول رقم 2 المرفق بالاتفاقية العالمية لحماية حقوق المؤلف، على أنه يجوز نقل مقاطع قصيرة منها بدون إذن، شريطة أن يشار - حسب الأصول - إلى مصدرها، وأي طلب للحصول على إذن أو ترجمة يجب أن يوجه إلى منشورات مكتب العمل الدولي (الحقوق والتراخيص) في جنيف (CH-1211 Geneva 22, Switzerland)، أو عبر البريد الإلكتروني: rights@ilo.org، ويرحب مكتب العمل الدولي والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بهذه الطلبات.

يجوز للمكتبات والمؤسسات وغيرها من الجهات المستخدمة المسجلة لدى منظمات حقوق الاستنساخ أن تستنسخ هذه الوثيقة وفقاً للتراخيص الممنوحة لها لهذا الغرض، زوروا موقع www.ifrro.org للاطلاع على أسماء منظمات حقوق الاستنساخ في بلدكم.

رقم التعريف الدولي الخاص بمنظمة العمل الدولية: 9789220328163 (web PDF)
9789220331378 (print)

التسميات المستخدمة في منشورات مكتب العمل الدولي والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، التي تتفق مع تلك التي تستخدمها الأمم المتحدة، والعرض الوارد فيها للمادة التي تتضمنها، لا تنطوي على التعبير عن أي رأي من جانب مكتب العمل الدولي أو المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بشأن المركز القانوني لأي بلد أو منطقة أو إقليم، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تعيين حدودها.

مسؤولية الآراء المعبر عنها في المقالات أو الدراسات أو المساهمات الأخرى التي تحمل توقيعاً هي مسؤولية مؤلفيها وحدهم، ولا يمثل النشر مصادقة من جانب مكتب العمل الدولي أو المفوض السامي لشؤون اللاجئين على الآراء الواردة فيها.

الإشارة إلى أسماء الشركات والمنتجات والعمليات التجارية لا تعني مصادقة مكتب العمل الدولي أو المفوض السامي لشؤون اللاجئين عليها، كذلك إغفال ذكر شركات ومنتجات أو عمليات تجارية ليس علامة على عدم إقرارها.

ويمكن الحصول على منتجات منظمة العمل الدولية الرقمية على الرابط التالي: www.ilo.org/publIns

المحتويات

ث	شكر وتقدير
ج	قائمة الاختصارات
1	معلومات أساسية، والغرض من هذا الدليل
4	التعريفات والمبادئ الأساسية
9	مقدمة: نهج متدرج تجاه تقييم الخيارات المتاحة للتغطية الصحية للاجئين وانتقائها
10	الخطوة 1: تحديد الآليات الوطنية المتاحة في البلد
10	1.1 آليات تمويل تكلفة الرعاية الصحية وتكييفها مع التغطية الممتدة
15	1.2 إعداد قائمة بمختلف آليات التمويل والتغطية المتاحة في البلد
17	الخطوة 2: تحليل التغطية الصحية الحالية للاجئين وتحديد الفجوات
18	2.1 كيف نحلل التغطية الحالية للاجئين ونحدد فجوات التغطية
20	2.2 الوضع الوظيفي وقدرة اللاجئين على سداد الاشتراكات
22	الخطوة 3: تقييم الخيارات المتوفرة لدمج اللاجئين
23	3.1 السياقات القطرية التقليدية
26	3.2 التحليل التفصيلي للتكلفة والتغطية
29	3.3 ضمان المساواة وتعزيز المشاركة
30	الخطوة 4: المشاركة في دعوة السلطات وكسب تأييدها
33	الخطوة 5: الاستعداد للتنفيذ
33	5.1 التخطيط من أجل الدمج والشمول
33	5.1.1 التخطيط الاستراتيجي
34	5.1.2 التخطيط العملي
36	5.1.3 الآثار المترتبة على الموازنة عند الانتقال إلى نظام للحماية الصحية الاجتماعية
39	5.1.4 رصد الآثار المترتبة
40	5.1.5 الآثار المترتبة على رصد التغطية على المستوى الوطني
41	المرفق 1: أدوات ونماذج عملية
41	حصر السياسات والاستراتيجيات الوطنية المعنية بالحماية الصحية
42	وضع خريطة بنظم الحماية الصحية الاجتماعية وتقييمها
45	المرفق 2: أمثلة قطرية
49	مسرد المصطلحات
55	الإرشادات التوجيهية بناء على معايير منظمة العمل الدولية
56	مصادر إضافية

شكر وتقدير

وُضع الدليل الحالي بالمشاركة ما بين المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة العمل الدولية بناءً على ولايتهما المشتركة وخبرات المنظمين ودرايتهما، ويهدف الدليل إلى مساعدة موظفي المفوضية والمنظمة على تقييم الخيارات المتاحة لدمج اللاجئين في أنظمة الحماية الصحية الاجتماعية، ودعم تبني الاختيار المستدام والتخطيط لتنفيذه.

وأنتج هذا الدليل في سياق برنامج الشراكة باسم «تحسين إمكانات المجتمعات المضيفة والأشخاص النازحين قسراً» آفاق الذي تموله الحكومة الهولندية، وتضم هذه الشراكة: مؤسسة التمويل الدولية، ومنظمة العمل الدولية، المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، والبنك الدولي، ويسعى شركاء برنامج آفاق إلى العمل على مستوى مختلف المسارات الإنسانية والإنمائية باستخدام نظم الحماية الاجتماعية؛ بغية توفير الدعم المستقر والمستدام للسكان النازحين والمجتمعات المضيفة، عوضاً عن المساعدات الإنسانية الدولية قصيرة الأجل، ويمكن أن يوفر دمج اللاجئين في النظم الوطنية للحماية الاجتماعية للصحة حلولاً مستدامة وفعالة من حيث التكلفة للتحويل عن المساعدة الإنسانية، ولا سيما في إطار الحالات المطولة، وإفادة نهج تعزيز أنظمة الحماية الاجتماعية للاجئين والمجتمعات المضيفة بشكل عام. وتعد نظم الضمان الاجتماعي المتينة من عوامل الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي القوية في المنطقة وعلى المستوى القطري.

وتتناول هذه الوثيقة: النهج، وأوجه النجاح، والثغرات المحتملة، والدروس المستفادة من التوسع في التغطية بالحماية الاجتماعية للصحة لتشمل اللاجئين، وينوي هذا الدليل تقديم اعتبارات مهمة ليتدبرها الموظفون المعنيون بالصحة العامة والحماية الاجتماعية وبرامجها، فضلاً عن المديرين المعنيين بالعمليات القطرية، ولكي تؤخذ في الاعتبار عند التفكير في الخيارات المتاحة لدمج اللاجئين في الأنظمة الوطنية للحماية الاجتماعية للصحة.

أعد هذا الدليل أوليفيه لوي دي غوبرين، وهايكو هيرنغ، وشانا هولر، ولو تيسيه، ومايكل وودمان، واستفاد مُعدوه من تعقيبات العديد من الزملاء من منظمة الصحة العالمية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، سواء من المقر الرئيسي أو من المكاتب الميدانية، ومن بينهم جيمس كانونغ، وسامية كازي أول، ومايا ستيرن بلازا، وكلازا فان بانهويس.

قائمة الاختصارات

Assessment-based National Dialogue (الحوار الوطني القائم على التقييم)	ABND
Community-based Health Insurances (أنواع التأمينات الصحية المجتمعية)	CBHI
Community-based Organisation (منظمة مجتمعية)	CBO
Committee on the Application of Recommendations and Standards (لجنة تطبيق التوصيات والمعايير)	CEACR
Caisse Nationale d'Assurance Maladie (الصندوق الوطني للتأمين الصحي)	CNAM
Comprehensive Refugee Response Framework (الإطار الشامل للاستجابة للاجئين)	CRRF
International Labour Organization (منظمة العمل الدولية)	ILO
Inter-agency Social Protection Assessment Initiative (المبادرة المشتركة بين الوكالات لتقييم الحماية الاجتماعية)	ISPA
Monitoring and Evaluation (الرصد والتقييم)	M&E
Memorandum of Understanding (مذكرة تفاهم)	MoU
Non-governmental Organisation (منظمة غير حكومية)	NGO
National Health Insurance Fund (الصندوق الوطني للتأمين الصحي)	NHIF
Out-of-pocket Payments (الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة)	OOPs
Rwandaise d'Assurance Maladie (الصندوق الإقليمي التكافلي للصحة)	RAMA
Request for Proposal (طلب تقديم اقتراحات)	RFP
Regional Mutual Health Fund (صندوق إقليمي للتأمين التكافلية)	RMHF
Rwandan Social Security Board (مجلس الضمان الاجتماعي في رواندا)	RSSB
Sustainable Development Goals (أهداف التنمية المستدامة)	SDG
Social Protection Policy Options Tools (أدوات خيارات سياسات الحماية الاجتماعية)	SPPOT
Universal Health Coverage (التغطية الصحية الشاملة)	UHC
Joint UN Programme on AIDS (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز)	UNAIDS
United Nation High Commissioner for Refugees (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين)	UNHCR
UN Children's Fund (اليونيسيف)	UNICEF
Value-added-tax (ضريبة القيمة المضافة)	VAT
World Food Programme (برنامج الغذاء العالمي)	WFP

معلومات أساسية، والغرض من هذا الدليل

الغرض من هذا الدليل أن يسترشد به موظفو الصحة العامة والبرامج التابعين المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، وموظفو منظمة العمل الدولية العاملون في مجال الحماية الاجتماعية على المستوى القطري بشأن الاعتبارات والخطوات العملية الضرورية لتقييم الخيارات المتاحة أمام دمج اللاجئين في برامج الحماية الصحية الاجتماعية الوطنية.

ويستند هذا الدليل إلى الأدلة المتزايدة التي تبرز أهمية الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية الشاملة في تحسين الوضع الصحي، وتسهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، ولا سيما الغايات التي يشملها الهدف الأول والثالث والثامن، فيما يتعلق بالحد من الوفيات والإصابات المرضية في جميع الأعمار، والحد من الفقر والجوع وسوء التغذية، وتحسين سبل العيش. وتعد الحماية الاجتماعية للصحة أداة أساسية يمكن استخدامها في إطار منصة أكبر للصحة والحماية الاجتماعية تهدف إلى تحسين الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية للاجئين.

وقد عكفت المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على استخدام برامج للحماية الاجتماعية للصحة باعتبارها من الخيارات المتاحة لتحسين توفير الخدمات الصحية، وسعت لتحقيق ذلك في عدد من البلدان بدرجات متفاوتة من النجاح في هذا السعي، ويرجع تعاون منظمة العمل الدولية والمفوضية في مجال توفير الحماية الاجتماعية الصحية للاجئين إلى عام 2014.

وفي الأول من يولييه عام 2016 وقعت المنظمتان مذكرة تفاهم جديدة إيدانا ببدء مرحلة جديدة للتعاون فيما بينهما، وتتسم المذكرة بقدر أكبر من العمق حيث شملت ثمانية مجالات مشتركة ذات أولوية، وتضمنت تلك المجالات الحماية الاجتماعية، ويركز الاتفاق على حلول طويلة الأجل للاجئين والفئات الأخرى التي نزحت من جراء النزاعات والاضطهاد.

العديد من الأمثلة المبيّنة في الدليل الحالي أخذت من تقييمات مشتركة وتدخلات لتقديم الدعم الفني نفذتها منظمة العمل الدولية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين منذ عام 2014، وتركزت تلك التدخلات في بلدان غرب ووسط أفريقيا.

وتتباين حالة إتاحة الخدمات الصحية للاجئين من بلد لآخر، أما بصورة عامة وعلى صعيد تقديم المساعدات الإنسانية تواجه المفوضية وشركاؤها صعوبات لتلبية احتياجات اللاجئين من الرعاية الصحية، من بينها تحدي مواصلة دفع معدلات كبيرة من التمويل في الأوضاع الطويلة الأمد، فضلاً عن تجنب إنشاء نظم صحية موازية غير قابلة للاستدامة لخدمة اللاجئين أو الاستمرار فيها.

وتتادي المفوضية بإتاحة الخدمات الصحية للاجئين على غرار تلك المقدّمة للمواطنين، مع إقرار المساواة في نظم علاجهم، بما يتوافق مع الصكوك الدولية لحقوق الإنسان ومعايير منظمة العمل الدولية وثيقة الصلة بها بشأن الحماية الاجتماعية، وعلى ذلك ففي حال يكون تقديم الحماية الصحية للمواطنين محدوداً فإن الخيارات المتاحة أمام اللاجئين قد تصبح محدودة بدورها.

ومن ثم ينبغي السعي لتحقيق نهج مستدام لضمان إتاحة الرعاية الصحية للاجئين وفق الميثاق العالمي بشأن اللاجئين، والجهود الوطنية المعنية بتقديم الحماية الاجتماعية، ويغذي تضمين اللاجئين في البرامج الاجتماعية للصحة المسألة الأكبر المعنية بتقديم الحماية الاجتماعية للعاملين في الاقتصاد غير المنظم، الأمر الذي يتطلب وضع استراتيجيات تهدف إلى دمجهم تدريجياً، وإلى التوافق مع البرامج التي تركز على الدمج الاقتصادي.

وفي حال توافر خيارات الحماية الصحية الاجتماعية في بلد ما (أي من خلال خدمة الرعاية الطبية الوطنية، أو التأمين الاجتماعي، حسب ما يرد من تعريفات في الجزء المقبل)، ربما يُحسن دمج اللاجئين في النظم الصحية الوطنية إتاحتها للاجئين، ويقلل التكلفة، ويؤدي إلى تجنب ازدواجية الخدمات، ومع ذلك يجب فهم الخيارات المتاحة أمام تمويل الصحة في كل بلد على حدة؛ لتحديد مدى قدرة استخدام برنامج الحماية الصحية الاجتماعية القائم على إتاحة الخدمات الصحية للاجئين بصورة أفضل من عدمه.

ولاية مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين واختصاصاتها

مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين هيئة أممية تختص بقيادة وتنسيق العمل الدولي لحماية اللاجئين، والعمل مع الحكومات لتوفير الحلول في هذا الشأن، والغرض الأساسي من وجودها هو حماية حقوق اللاجئين ورفاهيتهم، ويشمل ذلك ضمان إتاحة الخدمات بما يتضمن الخدمات الصحية، وتستند برامج الصحة العامة بالمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين إلى مبادئ حقوق الإنسان العالمية، وتتص اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين على أنه ينبغي أن يتمتع اللاجئون بنفس المعاملة الممنوحة لمواطنين المجتمعات المضيفة في مجال إتاحة الخدمات الصحية (المادة 23 من اتفاقية عام 1951 الخاصة بوضع اللاجئين). وينادي الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948 (في المادة 25)، والمادة 11 و12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بتمتع جميع الشعوب - بمن فيهم اللاجئون - بأن يكون لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وبخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية، وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمّل أو الشيخوخة، أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه، فضلا عن حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة الجسمية والعقلية.

وفي هذا الشأن، تدعو المفوضية إلى دمج اللاجئين في النظم الصحية، وتشجع الحكومات على السماح للاجئين بالوصول إلى الخدمات الصحية المتاحة، على قدم المساواة مع مواطنيها، وقد توجد عوائق في البداية تحول دون الوصول إلى الخدمات العامة بسبب تكلفتها، وعدم التأهل للحصول على المزايا من خدمات الحماية الاجتماعية، والاستبعاد من الخدمة، أو البعد الجغرافي، ويوضح إعلان نيويورك رؤية لوجود استجابة شاملة يمكن التنبؤ بها تجاه هذه الأزمات، يعرف باسم «الاتفاق العالمي بشأن اللاجئين» وقد تعهدت به الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 2018، وينادي بقدر أكبر من الدعم للاجئين والبلدان التي تستضيفهم.¹

ولاية منظمة العمل الدولية

منظمة العمل الدولية منظمة تختص بوضع الضوابط التي تنهض بمعايير العمل الدولية التي تعتمدها هيئتها الثلاثية (الحكومات، وأصحاب العمل، والعمال)، وتضع السياسات، وتصمم البرامج كوسيلة لتعزيز العمل اللائق لجميع النساء والرجال، وتعمل المنظمة على وجه الخصوص مع الهيئة الثلاثية لتعزيز تطوير نظم الحماية الاجتماعية العامة للصحة، وإتاحة الرعاية الصحية الشاملة للجميع، من خلال إقامة أراضيات الحماية الاجتماعية الوطنية للبلدان وتحسينها.

وينبغي أن تكفل أراضيات الحماية الاجتماعية إتاحة خدمات الرعاية الصحية الضرورية، التي تشمل الحماية المالية وضمان الدخل الأساسي لجميع الفئات صاحبة الاحتياج، وفق التعريف الوارد في التوصية رقم 202 لعام 2012 بشأن الأراضيات الوطنية للحماية الاجتماعية، وتضمن أراضيات

¹ <https://www.unhcr.org/comprehensive-refugee-response-framework-crrf.html>

الحماية الاجتماعية مستوى أساسيا من الحماية في إطار النظم الوطنية للضمان الاجتماعي يهدف إلى تحقيق مستويات أعلى من التغطية بالتدريج، علاوة على إتاحة الرعاية الطبية والإعانات المرضية. ويشمل المعيار الأساسي الذي تطبقه المنظمة - فيما يتعلق بالضمان الاجتماعي من خلال الاتفاقية رقم 102 لعام 1952 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي - سبع حالات طارئة أخرى قد يتعرض خلالها أي فرد من أفراد المجتمع لحالةٍ تتطلب حمايته طوال حياته،² وتتص كذلك على عدد من المبادئ الأساسية للإدارة الجيدة والمستدامة.

وتتناول استراتيجية منظمة العمل الدولية تجاه الإتاحة الشاملة للرعاية الصحية الفجوات في التغطية، والحوافز المالية من خلال وضع نظم فعالة وناجعة للحماية الاجتماعية العامة للصحة، وتهدف استراتيجيتها أيضا إلى ضمان عدم تكبد الأشخاص المحتاجين المشقة، وألا يتعرضوا لمخاطر الفقر بدرجة متزايدة بسبب العواقب المالية المترتبة على الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية، وهو الأمر الذي يتصل اتصالا مباشرا بتحقيق هدف التنمية المستدامة 1.3 المعني بتوفير الحماية الاجتماعية الشاملة، والهدف 3.8 المعني بالتغطية الصحية الشاملة.



صورة: رواندا - اللاجئون في المناطق الحضرية في مدينة كيغالي مشمولون في برنامج الضمان الاجتماعي الصحي على المستوى الوطني (تسدد المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين اشتراكات اللاجئين في البرنامج) الذي يشمل الرعاية الصحية الأولية والثانوية كسائر المواطنين.

حقوق الصورة: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين / أنطوني كارومبا.

2 إعانات البطالة والشيخوخة، وإصابات العمل، والإعانة العائلية، وإعانة الأمومة والعجز والورثة.

التعريفات والمبادئ الأساسية

يحتوي الدليل في آخره على مسرد بالمصطلحات (ص 49).

اللاجئون

تنص اتفاقية عام 1951 على حماية اللاجئين، وتُعرّف الاتفاقية اللاجئ باعتباره شخصا يوجد خارج بلد جنسيته أو بلد إقامته المعتاد بسبب خوف - له ما يبرره - من التعرض للاضطهاد بسبب عرقه أو دينه أو جنسيته أو انتمائه إلى فئة اجتماعية معينة أو آرائه السياسية، ولا يستطيع أو لا يريد بسبب ذلك الخوف أن يستظل بحماية ذلك البلد، أو لا يريد بسبب ذلك الخوف من الاضطهاد أن يعود إلى ذلك البلد (المادة 1 ألف (2))، ويحق للأشخاص الذين ينطبق هذا التعريف عليهم الحصول على الحقوق التي تنص عليها اتفاقية عام 1951 وعليهم الالتزام بواجباتها.

وقد ارتفع عدد الأشخاص النازحين قسرا حول العالم بدرجة أكبر من ذي قبل، فمع نهاية عام 2019، بلغ عدد النازحين قسرا أكثر من 68.5 مليون شخص عالميا، من بينهم 25.4 مليون لاجئ هارب من صراع أو اضطهاد، وعلى الرغم من ذلك، يواجه اللاجئون وطالبو اللجوء بمجرد الوصول إلى بلد اللجوء صعوبات في الحصول على الخدمات وفرص توفير سبل العيش.

الحماية الاجتماعية للصحة

تكرس الحماية الصحية الاجتماعية سلسلة من التدابير العامة أو الخاصة التي تفرضها الحكومة لتحقيق ما يلي:

1. تغطية تكلفة الإتاحة الفعالة لخدمات الرعاية الصحية وتقديمها بأسعار ميسورة.

2. تأمين الدخل للتعويض عن فقد الإيراد المتحقق منه في حالة المرض.

وتتيح الحالة الصحية الجيدة للفرد العمل وتحقيق الدخل، مما يساعد على كسر الحلقة المفرغة المرتبطة باعترال الصحة والفقر.

وتقوم الحماية الصحية الاجتماعية على النهج الحقوقي بغية الوصول إلى تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة، وتعني التغطية الصحية الشاملة قدرة جميع الأشخاص على الانتفاع بالخدمات الصحية الضرورية، بما في ذلك الخدمات الوقائية والداعمة، والعلاج، وإعادة التأهيل، والعلاج الملطف بجودة كافية تجعل هذه الخدمات فعالة، وتعني ألا يُعرض استخدام هذه الخدمات المستخدم إلى مشقة مالية³، والحماية الاجتماعية للصحة راسخة في الإطار الدولي لحقوق الإنسان من خلال الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والاتفاقية رقم 102 لعام 1952 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي، والتوصية رقم 202 لعام 2012 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية.

وفي إطار خطة التنمية المستدامة لعام 2030، يسهم توفير الحماية الصحية الاجتماعية في تحقيق هدفين، هما:

- هدف التنمية المستدامة 3.8 المعني بالتغطية الصحية الشاملة، الذي يهدف إلى إتاحة الرعاية الصحية دون مشقة.

- هدف التنمية المستدامة 1.3 بشأن نظم الحماية الاجتماعية الشاملة، التي تشمل الحدود الدنيا للحماية، ويهدف إلى ضمان تأمين الدخل طوال حياة الفرد.

وتشمل الغاية 3.8 من أهداف التنمية المستدامة مؤشرين يتناولان التغطية بالخدمة وغياب الحماية المالية في كل بلد.

الإطار 1: التغطية الصحية الشاملة في إطار أهداف التنمية المستدامة

الغاية 3.8: تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية الحصول على جميع الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة الجيدة الفعالة الميسورة التكلفة.

المؤشر 3.8.1: تغطية توافر الخدمات الصحية (المعرفة باعتبارها متوسط التغطية التي توفر الخدمات الأساسية المستندة إلى الإجراءات الكاشفة التي تشمل الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، والمواليد الجدد، والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على توفير الخدمات، وإمكانية الوصول إليها لدى السكان عموماً، والأشد حرماناً خصوصاً).

المؤشر 3.8.2: نسبة السكان الذين تنفق أسرهم المعيشية نفقات كبيرة على الصحة محسوبة كحصة من مجموع إنفاق الأسر المعيشية أو دخلها.

تمكن الحماية الصحية الاجتماعية من إتاحة الخدمات الصحية والحماية المالية في حالة المرض، وتحد حماية الناس من العواقب المالية المترتبة على دفع قيمة الخدمات الصحية من جيبيهم الخاص من خطر دفع هؤلاء الأشخاص نحو الفقر عند الاضطرار إلى إنفاق ممتلكاتهم أو بيع ممتلكاتهم أو الاستدانة في حال الإصابة بمرض غير متوقع، مما يدمر مستقبلهم؛ بل ومستقبل أبنائهم في الكثير من الأحيان⁴، وعلى الرغم من وجود العديد من المسارات لضمان توفير مكون الحماية المالية للتغطية الصحية الشاملة، تحقق العديد من البلدان هذا المسار من خلال البرامج الإلزامية أو الشاملة، ونصيب التأمين الصحي الطوعي في إطار التمويل العالمي للصحة نصيب ضئيل (منظمة الصحة العالمية، 2018)، وقد تُموّل البرامج الإلزامية من الضرائب، أو الاشتراكات الاجتماعية، أو من توليفة من المصدرين، وقد تتخذ عدة أشكال ومسميات، بما فيها التأمين الصحي الاجتماعي، والتأمين الصحي الوطني، والخدمات الصحية الوطنية إلى غير ذلك⁵.

وتشمل المعايير الدولية الأساسية الخاصة بالضمان الاجتماعي، والمعنية بالحماية الاجتماعية للصحة ما يلي:

- [التوصية رقم 69 لعام 1944 بشأن الرعاية الطبية](#)
- [الاتفاقية رقم 102 لعام 1952 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي](#)
- [الاتفاقية رقم 130 لعام 1969 بشأن الرعاية الطبية وإعانات المرض، والتوصية رقم 134 لعام 1969](#)
- [الاتفاقية رقم 183 لعام 2000 بشأن مراجعة اتفاقية حماية الأمومة](#)
- [التوصية رقم 202 لعام 2012 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية](#)

4 منظمة الصحة العالمية: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

5 ILO. 2020. "Towards universal health coverage: Social health protection principles." Social Protection Spotlight. Geneva: ILO. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>.

المساواة في المعاملة

تعزز معايير منظمة العمل الدولية بشأن الحماية الاجتماعية / الضمان الاجتماعي معاملة اللاجئين بمبدأ المساواة، ويتباين وضع اللاجئين من بلد لآخر، ويواجه اللاجئون صعوبات متعددة في سبيل الاستفادة بشكل فعال من تلك الحماية، وفي هذا الصدد تكتسب الصكوك المذكورة في الإطار 2 أهمية خاصة، وينبغي أن تعني المعاملة المتساوية أيضاً إتاحة سوق العمل للاجئين بفاعلية، ويكتسي هذا الأمر أهمية عند النظر في مسألة الحماية الاجتماعية، إذ تمثل المشاركة الرسمية في سوق العمل مدخلا في بعض الأحيان إلى نظام الحماية الاجتماعية، ومع ذلك، قد يكون الحصول على تصريح بالعمل في بعض البلدان مرفوضا للاجئين (إما بموجب القانون، أو على المستوى التطبيقي).

الإطار 2: الصكوك ذات الصلة الصادرة عن منظمة العمل الدولية بشأن المساواة في المعاملة والحماية الاجتماعية

- الاتفاقية رقم 118 لعام 1962 بشأن المساواة في المعاملة في مجال الضمان الاجتماعي: «تطبق أحكام هذه الاتفاقية على اللاجئين وعديمي الجنسية دون اشتراط المعاملة بالمثل.» (المادة 10.1)
- الاتفاقيتان الخاصتان بالعمال المهاجرين: تنص الاتفاقية رقم 143 لعام 1975 بشأن العمال المهاجرين (البنود التكميلية)، والاتفاقية رقم 97 لعام 1947 بشأن العمال المهاجرين (مراجعة) أيضاً على أحكام خاصة باللاجئين. ووفقا للجنة تطبيق التوصيات والمعايير، تطبق أحكام الاتفاقية رقم 143 على جميع العمال العاملين في بلدان بخلاف أوطانهم بما في ذلك اللاجئين. وأدرجت لجنة الخبراء اللاجئين صراحة في نطاق تطبيق الاتفاقية رقم 97. وترتبط المادة 6 من ضمن مواد أخرى المساواة في المعاملة فيما يتعلق بالضمان الاجتماعي.
- المبادئ التوجيهية الصادرة عن منظمة العمل الدولية بشأن دخول اللاجئين والأشخاص الآخرين النازحين قسرا إلى سوق العمل، وقد اعتمدت هذه المبادئ في نوفمبر 2016،⁶ المادتان 19 و 22.⁷

تنهض منظمة العمل الدولية بوضع اتفاقيات الضمان الاجتماعي الثنائية، وهي عبارة عن اتفاقيات بين مؤسسات الضمان الاجتماعي في مختلف البلدان يمكن بموجبها ضمان نقل التغطية التأمينية والإعانات فيما بينها. ومع ذلك، استبعدت اتفاقيات الضمان الاجتماعي للاجئين بسبب صعوبة استفادتهم من تلك الحماية في أوطانهم. وينبغي على موظفي منظمة العمل الدولية مراعاة هذه العناصر عند دعم الحكومات في إعداد هذه الاتفاقيات.

7 المادة (19): ينبغي للدول الأعضاء أن تتخذ خطوات لتسهيل قابلية صرف المستحقات المرتبطة بالعمل (من قبيل إعانات الضمان الاجتماعي، بما في ذلك المعاشات التقاعدية)، والتصديق على مهارات اللاجئين وغيرهم من النازحين قسرا والاعتراف بها بين بلدان المنشأ والعبور والمقصد.

المادة (22): ينبغي للدول الأعضاء أن تعتمد أو تعزز سياسات وطنية ترمي إلى النهوض بتكافؤ الفرص والمساواة في المعاملة للجميع، ولا سيما المساواة بين الجنسين، وأن تعترف بالاحتياجات الخاصة لدى النساء والشباب والأشخاص ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالمبادئ والحقوق الأساسية في العمل وظروف العمل والحصول على الخدمات العامة الجيدة والأجور والحق في الحصول على إعانات الضمان الاجتماعي لصالح اللاجئين وغيرهم من النازحين قسرا، وأن تطلعهم على حقوقهم في العمل وتدابير الحماية المتاحة لهم.

الإطار 3: اتفاقيات الثنائية والمتعددة الأطراف بشأن الضمان الاجتماعي

- تنص الاتفاقية رقم 157 لعام 1982 بشأن الحفاظ على الحقوق في مجال الضمان الاجتماعي على ضرورة أن تنطبق الاتفاقيات الثنائية أو المتعددة الأطراف على اللاجئين والأشخاص عديمي الجنسية الذين يقيمون أراضي إحدى الدول (الفقرة 3 ب من المادة 4).⁸
- تشجع التوصية رقم 167 لعام 1983 الدول على أن تمتد مزايا أحكام الصكوك الثنائية والمتعددة الأطراف بشأن الضمان الاجتماعي إلى اللاجئين وعديمي الجنسية المقيمين على أراضي كل دولة عضو فيما يتعلق بعدد من المبادئ (المادة 2).



الصورة: زامبيا - يصل اللاجئين إلى نظام الرعاية الصحية الوطني على قدم المساواة مع مواطني زامبيا.
حق المؤلف: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين / إنوك كافينديلي الابن

8 تنص المادة 9 على ما يلي: «... للمستفيدين من رعاية دولة عضو، أو للاجئين أو عديمي الجنسية، أيًا كان يوجد محل إقامتهم الدائمة»

الحماية الاجتماعية التي تراعي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية

تعمل المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة العمل الدولية - باعتبارهما من رعاة برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز - على تعزيز نظم الحماية الاجتماعية التي تشمل الأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية، أو الذين يواجهون خطر الإصابة به، أو يتأثرون به دعماً لغايات خطة 2030 المعنية بالقضاء على فيروس نقص المناعة البشرية باعتباره مشكلة صحية عامة⁹، ويأتي هذا اعترافاً بأن الحماية الاجتماعية تساعد على تحقيق ما يلي:

- التصدي للمحددات الاجتماعية المتعددة لفيروس نقص المناعة البشرية،¹⁰ يسهم في الحد من الإصابات الجديدة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، والوفيات المرتبطة بمرض الإيدز، والتمييز المرتبط بالإصابة بفيروسه.
- التصدي للعوائق المرتبطة بجانب الطلب على الوصول إلى خدمات علاج فيروس نقص المناعة البشرية، مع إمكانية تحسين الوقاية منه وعلاجه ورعايته ودعم النتائج.
- التخفيف من الآثار الاجتماعية والاقتصادية للإصابة بالفيروس على الناس، مع مراعاة استجابة تلك البرامج إلى احتياجات الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، أو الذين يواجهون خطر الإصابة به أو يتأثرون به.

أدوات تقييم الحماية الاجتماعية

عند اعتماد التوصية رقم 202 لعام 2012 بشأن أراضيات الحماية الاجتماعية، وضعت مجموعة من الأدوات لتحليل الوضع الحالي للحماية الاجتماعية، وتحديد الخيارات المتاحة أمام التوسع في تغطيتها وتعزيزها، وتشمل تلك الأدوات العمل المشترك فيما بين المنظمات الشريكة في المبادرة المشتركة بين الوكالات لتقييم الحماية الاجتماعية (ISPA)، وتشمل على وجه الخصوص أدوات تحديد خيارات السياسة العامة بشأن الحماية الاجتماعية (SPPOT)، التي تستند إلى الحوارات الوطنية القائمة على التقييم التي طورتها منظمة العمل الدولية على مدار عدة عقود، والهدف من هذه المنهجيات والأدوات دعم عمليات الحوار الوطني واتخاذ القرار، فيما يتعلق بالأولويات والإصلاحات التي ينبغي الاضطلاع بها في البلدان المعنية؛ بغية بناء نظام وطني للحماية الاجتماعية وخيارات تمويله، وتهدف كذلك إلى النهوض بتكوين كفاءات الأطراف الوطنية الفاعلة وصانعي القرار.

والنهج الذي نقدمه في هذا الدليل يستند إلى الأدوات القائمة، مع التركيز - على وجه الخصوص - على الحماية الصحية الاجتماعية، ويهدف إلى صياغة استراتيجية تتوافق مع درجة نضج كل نظام من نظم الحماية الاجتماعية في كل بلد على حدة، فضلاً عن دمج اللاجئين في السياسات، ومد الحماية الاجتماعية لهم وتقويتها.

9 Social protection: A Fast-Track commitment to end AIDS. Guidance for policy-makers and people living with, at risk of, or affected by HIV. UNAIDS (2018). https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2922_socialprotection-fast-track-commitment-end-aids_en.pdf

10 بما في ذلك الفقر وتفاوت الدخل وعدم المساواة بين الجنسين والوصم والتمييز والإقصاء الاجتماعي.

مقدمة: نهج متدرج تجاه تقييم الخيارات المتاحة للتغطية الصحية للاجئين وانتقائها

ينبغي اتباع نهج متدرج لتقييم الخيارات المتاحة وجدوى ضم اللاجئين تحت مظلة برامج الحماية الاجتماعية الوطنية للصحة في كل سياق، ويمكن أن تُدمج الخطوات الخمس المقترحة في العمليات القائمة الرامية لمد التغطية على المستوى الوطني، في كل بلد حسب سياقه فيما يلي:

الشكل 1: خطوات تقييم جدوى واحتمال دمج اللاجئين في الحماية الاجتماعية الوطنية للصحة



صُمم هذا الدليل بهدف عمل موظفي مفوضية شؤون اللاجئين ومنظمة العمل الدولية مجتمعين على تلك المسألة، وينبغي أن يتبع هذا النهج المتدرج «فريق التقييم»، ويحبذ أن يكون فريقاً مشتركاً على المستوى القطري، يمكنه الاستعانة بشأن الحماية الصحية الاجتماعية بدعم خارجي من المكتب الإقليمي للمفوضية أو المنظمة أو من المقر الرئيسي لأي منهما عند الحاجة لمثل هذا الدعم.

وينبغي أن يتعهد موظفو الصحة العامة والبرامج على المستوى القطري بالمفوضية بالخطوتين الأوليين بالتعاون مع موظفي منظمة العمل الدولية العاملين في مجال الحماية الاجتماعية، وينبغي عند تيسير الحوار الوطني القائم على التقييم بشأن الحماية الاجتماعية، أو عند استخدام الأدوات التشخيصية الخاصة بالحماية الاجتماعية فيما بين الوكالات، أن يراعي موظفو المنظمة نتائج الخطوات الأولى حتى الثالثة، وأن يُضمنوا اللاجئين والأشخاص النازحين الآخرين في تحليلهم.

تساعد الخطوة الأولى والثانية على تهيئة السياق وتحديد موقف البلد من الآليات القائمة للتغطية الصحية، وتحديد التغطية الحالية للاجئين على وجه الخصوص، وعادة يتطلب الأمر خبرة فنية متخصصة في مجال الحماية الصحية الاجتماعية لإتمام الخطوة الثالثة، التي تتطلب تحليلاً أعمق لاحتمالات دمج اللاجئين في خيارات التغطية العامة القائمة، بهدف صياغة توصيات ملموسة محددة التكلفة؛ أما الخطوة الرابعة فتحشد النتائج المتأتبة من الخطوات الأولى والثانية والثالثة بهدف المساهمة في عملية المشاورات وصياغة استراتيجية الدعوة وكسب التأييد، وترمي الخطوة الأخيرة إلى تهيئة تنفيذ دمج اللاجئين في برنامج الحماية الصحية الاجتماعية، ويختص موظفو منظمة العمل الدولية العاملين في مجال الحماية الاجتماعية بالتواصل مع شبكة من الخبراء الذين يمكن تكليفهم لهذا الغرض.

الخطوة 1: تحديد الآليات الوطنية المتاحة في البلد

الرسائل الأساسية:

- وجود عدة آليات لتغطية تكاليف الرعاية الصحية وتحسين الوصول الفعال إلى خدمات الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة، وليست كل الآليات متساوية في فاعلية التغطية التي تقدمها، أو فيما يتعلق بمدى إنصافها.
- من الضروري توفر القدرة على فهم تلك الآليات وتحديد ما، ومعرفة أفضلها من حيث التكيف مع هدف التغطية الصحية الشاملة.
- يقدم البلد في أغلب الحالات توليفة من الآليات المختلفة التي تميز عادة وفق الفئة السكانية المقدمة لها، ومن الضروري في البداية تحديد تلك الآليات الموجودة في البلد ومدى كفاءتها وإعداد قائمة بها.

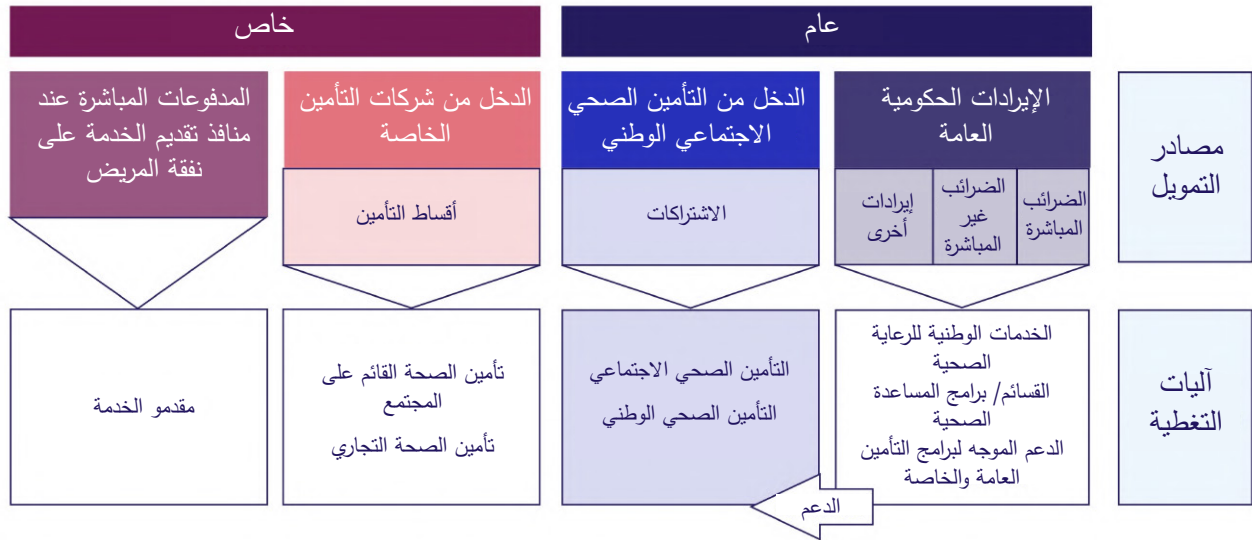
1-1 آليات تمويل تكلفة الرعاية الصحية وتكييفها مع التغطية الممتدة

توجد أربعة مصادر لتمويل الرعاية الصحية من منظور البرامج، وهي:

1. الإيرادات الحكومية العامة؛
2. الدخل من الاشتراكات الخاصة بالتأمين الصحي الاجتماعي؛
3. الدخل من أقساط التأمين الصحي الخاص؛
4. المدفوعات المباشرة من النفقات الخاصة للأسرة المعيشية.

قد ترتبط هذه المصادر الخاصة بالتمويل بآلية خاصة للتغطية، وعادة تمويل الخدمات الصحية الوطنية من الضرائب، كما هو الحال في المملكة المتحدة، أما برامج التأمين الصحي الاجتماعي فتأتي إيراداتها جزئياً أو كلياً من الاشتراكات الاجتماعية؛ مثل الخصم من الرواتب والأجور من جانب أصحاب العمل أو الموظفين، أو من خلال سداد الشخص قيمتها مباشرة في البرنامج، وتستخدم آليات مختلفة لتمويل تكاليف الرعاية الصحية في جميع النظم الصحية، وفي هذا الجزء نقدم الآليات - للتمثيل لا للحصر - بشكل مبسط لتناول أهم خصائص تلك الآليات، ولتيسير إيضاح المفاهيم المرتبطة بها.

الشكل 2: تنوع مصادر تمويل الصحة وآليات تغطيتها



في سياق المساعدات الإنسانية، تقدم المنظمات غير الحكومية - أو غيرها من الكيانات؛ مثل حركة الصليب الأحمر والهلال الأحمر التي تمولها المساعدات الخارجية - الخدمات الصحية بمصاحبة آليات التمويل المذكورة سابقاً.

الآليات العامة

تحدد معايير منظمة العمل الدولية المعنية بالحماية الاجتماعية للصحة خيارين أساسيين لتمويل تكلفة الرعاية الصحية، هما: التأمين الوطني الصحي الاجتماعي، والخدمات الوطنية للرعاية الطبية أو الصحية (المساعدات الاجتماعية)¹¹، وعادة يستخدمان عملياً معاً.

1. التأمين الصحي الاجتماعي

عبارة عن برنامج حكومي (تتفذه الوكالات العامة أو الخاصة وفق تنظيم الحكومة) يقوم على الاشتراكات (التي يسددها عادة أصحاب العمل والعمال في القطاع الرسمي والحكومي وغيرهم من المستفيدين)، وفي الكثير من الأحيان تدعم الحكومات جزءاً من تكلفة الاشتراكات، أو تدعمها كلها في حالة الفئات السكانية الضعيفة التي لا تملك القدرة على سداد الاشتراكات، أو التي يصعب عليها تحصيل الاشتراكات، وقد يكون التأمين الصحي الاجتماعي إجبارياً أو طوعياً، على الرغم من أن الأدلة تشير إلى مواجهة البرامج القائمة على الاشتراكات الطوعية صعوبات في توسعة تغطيتها، وعادة تعاني من عدم الاستدامة المالية، ومع تعدد البرامج الطوعية تتجزأ النظم الصحية بدرجة أكبر، وبشكل عام كلما كانت البرامج مدمجة في النظام الوطني، كلما كانت أكثر كفاءة في زيادة الحماية الصحية، ومع ذلك، يتسم التأمين الصحي الاجتماعي الإجباري بقدر أكبر من الكفاءة.¹²

11 النوصية رقم 69 لعام 1944 بشأن الرعاية الطبية.

12 عادة تكون البرامج الوطنية للتأمين الاجتماعي للصحة إجبارية لبعض فئات العمال؛ مثل العاملين في القطاع العام والقطاع الخاص؛ بل وتمتد عادة لتشمل فئات أخرى، وتستند تلك البرامج إلى مبدأ التضامن الاجتماعي، حيث تفرض الاشتراكات حسب تصنيف المجتمع (أي استناداً إلى تكلفة الخدمات الصحية المقدمة للمستخدم المتوسط)، وتعرف هذه الخدمات باسم «التأمين الصحي الاجتماعي»، حيث تحصل الاشتراكات عادة من خلال استقطاعها من الراتب لمن هم في علاقات عمل رسمية، أما في حالة العاملين لحسابهم الخاص والأشخاص العاملين في القطاع غير المنظم فقد وضعت العديد من البلدان آليات خاصة لتيسير مشاركتهم من خلال اشتراكات يسدها الفرد، وعادة تصبحها مستويات من الدعم المقدم من الموازنة الحكومية تغطي -في بعض الأحيان- القيمة الكاملة للاشتراك.

وينبغي تقليص تجزئة البرامج المختلفة الموجهة لمختلف الفئات السكانية بغية تجميع المخاطر، وضمان الإتاحة العادلة للرعاية الصحية.

2. الرعاية الطبية الوطنية أو الخدمات الصحية الوطنية (المساعدة الاجتماعية)

المرافق التي تديرها وزارة الصحة وتقدم خدمات مجانية أو بتكلفة مخفضة¹³ لجميع الفئات السكانية أو بعضها (مثل النساء الحوامل وحديثي الولادة)، هذه البرامج قد تسجل المستفيدين منها أو لا تسجلهم، بمعنى أن الأشخاص ربما يحملون بطاقات تسجيل أو لا يحملونها، وعند توافر الرعاية الصحية بالمجان للجميع لدى مركز تلقي الخدمة، تقل العوائق الإدارية التي تواجه إتاحتها عادة، وتوضح الأدلة أن هذا النوع من البرامج يعمل بصورة مثلى عند وجود آليات للرقابة الاجتماعية لضمان إنفاذ المجانية على مستوى المرفق الصحي، وبخلاف ذلك يمكن أن تدفع مبالغ بشكل غير رسمي للحصول على الخدمة، ومن الخيارات الأخرى غير القائمة على الاشتراكات وجود نظام إعفاء مستخدم الخدمات الصحية من الرسوم، وتطبيقه الدول لحماية الفئات الأفقر، أو من خلال برامج القسائم أو الدعم الموجه على هيئة المساعدات الاجتماعية، ومع ذلك قد توجد بعض الصعوبات أمام تحديد الفئات السكانية المستهدفة والوصول إليها، وقد يعزى ذلك إلى قصور القدرات الإدارية والتكلفة الإدارية الباهظة لإدارة برامج المساعدات الاجتماعية القائمة على اختبار الإمكانات المادية.

وحتى في حالة وجود برنامج وطني للتأمين الصحي الاجتماعي أو خدمة صحية وطنية أو كليهما، ربما توجد بعض المشكلات المرتبطة بتوافر الخدمات الصحية والسلع الصحية وجودتها، مما يؤدي إلى ارتفاع النفقات من الأموال الخاصة أو إلى تدهور النتائج الصحية، وعادة لا يشمل برنامج التأمين الصحي سوى بعض الفئات السكانية في البلدان التي تعمل المفوضية بها، ولذلك قد يتحتم على المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين تغطية قيمة الاشتراكات ليتمكن اللاجئون من الانضمام إلى البرنامج.



صورة: لبنان - تدعم المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين للحصول على رعاية إنقاذ الحياة في المستشفيات.
حقوق المؤلف: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين / جوردي ماتاس

¹³ مع الإعفاء من الرسوم أو بدون هذا الإعفاء لبعض الفئات.

الإطار 4: اقتسام التكلفة

انضمام الناس إلى أحد برامج التأمين الصحي الاجتماعي أو التأمين الصحي الوطني لا يعني بالضرورة تغطية تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بهم بنسبة مائة في المائة؛ بل تختار بعض البلدان إقامة نظم اقتسام التكلفة، حيث تترك نسبة من تكلفة التدخلات الصحية ليدفعها المريض من جيبه الخاص.

وتبرز معايير منظمة العمل الدولية أن تمويل الصحة من خلال آليات مشتركة يعد أداة للوفاء بالالتزامات الدولية والوطنية تجاه تحقيق حقوق الإنسان في الصحة والضمان الاجتماعي، وتتيح هذه المعايير في الوقت نفسه دليلاً يُسترشد به بشأن المستويات المقبولة من اقتسام التكلفة.¹⁴ ومن أهم تلك المعايير في هذا الشأن:

- تنص الاتفاقية رقم 102 على ما يلي: يجوز السماح بالإسهام في تكلفة الرعاية الطبية وذلك فقط في حالة المرض (بعبارة أخرى ينبغي عدم الإسهام في التكلفة في حالة الرعاية الطبية للأمهات في حالة الحمل وما يتبعها من عواقب)، وعند الإسهام في التكلفة ينبغي تصميم هذه المساهمة بطريقة لا تؤدي إلى المشقة.
- تضيف الاتفاقية رقم 130 أن القواعد المتعلقة باقتسام التكلفة ينبغي ألا تخل بفاعلية الحماية الطبية والاجتماعية.
- وتنص التوصية رقم 134 بدورها على أنه ينبغي ألا يُطلب من المستفيد المشاركة في تكلفة الرعاية الطبية (أ) إذا لم تتجاوز موارده مقداراً مقررًا، و(ب) بالنسبة للأمراض المعترف بأنها تستوجب رعاية طويلة.

وفضلاً عن تلك الآليات العامة تترك بعض البلدان التغطية إلى آليات الدفع المسبق للقطاع الخاص.

3. يمكن أن تتخذ برامج التأمين الصحي الخاصة أحد شكلين، وهما:

- **التأمين الصحي المجتمعي**، وهي آليات غير ربحية تجمع المجتمعات المحلية بموجبها الموارد المتاحة لها في صندوق مشترك يمكنه أن يغطي تكلفة الرعاية الطبية في المجتمع عند الاحتياج إليها، وقد تديرها صناديق مشتركة كبيرة تعرف باسم «الصناديق التكافلية»، أو المنظمات غير الحكومية، أو المنظمات المجتمعية، أو المؤسسات الخيرية، أو النقابات (غير الربحية) التي تدار بشكل مهني، أو برامج التأمين الصحي المجتمعي التي تديرها منظمات صغيرة من خلال موظفين متطوعين وقدرات محدودة.
- **التأمين الصحي التجاري الخاص (الربحي)** الذي تبيع بموجبه الشركات وثائق تأمين مقابل أقساط تأمين (تحدد على أساس خصائص المخاطر الخاصة للفرد) للأشخاص المشتركين في البرنامج، وهي آلية ليست قائمة على التضامن.

14 ILO. 2020. "Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles." Social Protection Spotlight. Geneva: ILO. <https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>

ولا تؤدي برامج التأمين الصحي الخاصة عمليا سوى دور صغير في تمويل الصحة عالميا¹⁵ بل وتقدم إسهامات هامشية فقط لمد التغطية ما لم تمنحها الحكومة هذا الاختصاص، بحيث تعمل تحت مظلة إحدى المبادرات التي تقودها الحكومة (وقد تكون هذه حالة التأمين الصحي المجتمعي)، ومن الضروري أن نلاحظ أن هذه الآليات ليست خيارا لتغطية اللاجئين في البلدان التي لا تمتلك برنامجاً وطنياً للتأمين الصحي الاجتماعي يمنح الاختصاص لتلك المنظمات، ولا نظاما خاصا فاعلا، ولا نظاماً للتأمين الصحي المجتمعي غير الربحي له سجل في توفير برامج مجدية.

عدم وجود آلية مشتركة

تترك بعض البلدان سكانها جميعا - أو قطاعاً منهم - للاعتماد على مواردهم عندما يحتاجون إلى الرعاية الصحية.

4. الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة

الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة على رسوم استخدام المرافق الطبية، وفي هذه الحالة لا توجد تغطية أو آلية للسداد المسبق بالمعنى، فعند المرض يدفع الشخص قيمة علاجه لدى مركز تقديم الخدمة، ولا يعتبر الإنفاق من الأموال الخاصة آلية مفضلة لتمويل الصحة؛ لأنها آلية رجعية، بل وقد تؤدي إلى الفقر¹⁶، ويجب أن نلاحظ أنه حتى في حالة وجود نظام للحماية الصحية الاجتماعية يمكن أن يظل الإنفاق الخاص عائقاً أمام الحصول على الرعاية الصحية، فقد يضطر الناس إلى دفع قيمة خدمات غير مشتملة في حزمة الاستحقاقات أو غير المتوفرة في المرفق الصحي العام، أو الخدمات التي تتخذ شكل اقتسام التكلفة (مثلا في حالة التأمين الذي يغطي 80 في المائة فقط من التكاليف)، ويمثل الإنفاق المباشر من الأموال الخاصة في حد ذاته نظاما رجعيا للتمويل الصحي، يؤدي إلى توسيع أوجه التفاوت القائمة ويدفع الناس إلى هوة الفقر، ومن ثم فإنه لا يتفق مع المعايير الدولية المعنية بالضمان الاجتماعي.

المخصصات المباشرة من الشركاء في الشؤون الإنسانية

الوضع الخاص للاجئين والفئات الضعيفة الأخرى

تدعو المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين لتحقيق التغطية الصحية الشاملة للاجئين، التي تتحقق بأفضل صورة من خلال تمكين اللاجئين من الوصول إلى نظام وطني منصف، يستند فيه استخدام الخدمة إلى الاحتياج إليها، بينما تحدد القدرة على السداد الاشتراكات المالية، وتجمع فيه المخاطر الصحية بأكبر قدر ممكن، وتزيد مستويات السداد المسبق لتعظيم حجم مجمع المخاطر، بينما تقلص الرسوم التي يدفعها المستخدم وكذلك النفقات من الأموال الخاصة.¹⁷

الخيارات المعتادة التي رصدت في البلدان التي تأوي مجموعات كبيرة من اللاجئين:

(أ) تستخدم المفوضية أو الجهات المانحة التمويل لتغطية التكلفة الصحية من خلال دعم المخصصات المباشرة للخدمات الصحية المقدمة للاجئين، ويتم ذلك من خلال إنشاء مرافق صحية بالتعاقد مع المنظمات غير الحكومية، أو من خلال الدفع لمقدمي الخدمة (من القطاع العام أو الخاص أو منظمات المجتمع المدني) لتقديم الخدمات إلى اللاجئين.

(ب) الخيار الثاني هو الانضمام إلى برامج الحماية الاجتماعية للصحة التي تتيح للاجئين الحصول على الرعاية الصحية على قدم المساواة مع المواطنين.

15 WHO. 2018. "Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends." <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665276728//WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>

16 منظمة العمل الدولية. 2014. تقرير الحماية الاجتماعية في العالم للفترة 2014-2015.

17 McIntyre, D. et al. 2011. "Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania." Bulletin of the WHO.

ويمكن الانتقال في العديد من البلدان من الخيار الأول إلى الخيار الثاني بمجرد تفعيل برامج الحماية الصحية الاجتماعية، ثم تسليم المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المرافق الصحية التي تدعمها إلى الحكومة.

وفي بعض البلدان أقامت المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين شراكات مع منظمات مماثلة تعمل في مجال الصحة لتغطية تكلفة تقديم الرعاية للاجئين، وبالأخص في المناطق الحضرية، ومع ذلك، فهذا النهج عليه قيود تتعلق بضعف الإدارة الفنية، وتردي جودة الخدمات، وخصوصاً حينما لا تغطي الخدمات بدعم من نظام وطني للحماية الاجتماعية، وقد لوحظ على المستوى العملي توفير المفوضية الدعم الأولي للأسر المعيشية؛ لكي تتمكن من سداد الاشتراكات اللازمة لانضمامها، ثم تخفض المفوضية مساهمتها مع مرور الوقت، مما يعرض اللاجئين إلى خطر الانسحاب من البرنامج كلما زاد نصيبهم من الاشتراكات المدفوعة، إن لم تكن الخدمات المقدمة مرضية.

1.2 إعداد قائمة بمختلف آليات التمويل والتغطية المتاحة في البلد

بمجرد فهم مختلف الآليات التي يمكن أن توجد في بلد ما تصبح الخطوة التالية تجميع قائمة ببرامج ونظم الحماية الصحية الاجتماعية القائمة، ويقدم المرفق 1 إحدى الأدوات التطبيقية التي يمكن استخدامها لإتمام هذه الخطوة.

ينبغي تعريف ما يلي لكل نظام على حدة:

- حزمة المزايا (أي الخدمات ومدى التغطية) ومستوى الحماية المالية.
- من الذي يحظى بالتغطية، وكيف تتم؟
- من الذي يقدم الخدمات الصحية؟
- ما مدى استدامة الآلية وإنصافها (وخصوصاً التأمين الصحي المجتمعي/ الخاص)؟

الإطار 5: أمثلة من أفريقيا جنوب الصحراء: توليفة من النماذج والطرائق القطرية

في أفريقيا جنوب الصحراء يزداد عدد البلدان الآخذة في تطبيق التأمين الصحي الوطني أو نظم التغطية الصحية، وتتبع في ذلك مجموعة متنوعة من الطرائق بدرجات متفاوتة من الإنجاز.

التغطية السكانية:

- تشمل نظم التأمين الصحي الوطني في رواندا والسودان وجيبوتي جميع قطاعات المجتمع، وتتولى مؤسسات الضمان الاجتماعي إدارة تلك النظم.
- يتولى الصندوق الوطني للتأمين الصحي في موريتانيا إدارة خطة شاملة للتأمين الصحي، والتوسع في هذه الخطة لتشمل الاقتصاد غير المنظم، إجراء حديث ولا يزال محدوداً.

- ينفذ برنامج التغطية الصحية الشاملة في السنغال على المستوى الوطني، وتؤدي الصناديق المجتمعية المشتركة دور الوكيل المنفذ له، ومع ذلك، قدرة البرنامج على التوسع ليشمل الاقتصاد غير المنظم والقطاع الزراعي محدودة بسبب التمويل والصعوبات الفنية.
 - لا تزال النظم في مرحلة التصميم في بلدان أخرى (الكاميرون، وبوركينا فاسو)، أو قيد الدراسة (في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وغينيا).
- وبتنوع النهج أيضاً، ففي البلدان المذكورة سابقاً مثلاً يمكن رصد الطرائق المتبعة لتغطية الفئات السكانية في الآتي:
- النظام إجباري وقائم على الاشتراكات لموظفي القطاع العام والقطاع الخاص المنظم.
 - الانضمام التلقائي (إدراج السكان من خلال البرامج الوطنية التي لا تقوم على الاشتراكات) للفئات السكانية الأفقر أو الأضعف (حيث تمول الدولة اشتراكاتهم).
 - نظام طوعي أو إلزامي قائم على الاشتراكات أو شبه قائم على الاشتراكات (حيث تمول الدولة الاشتراكات) في حالة القطاع غير المنظم وقطاع الزراعة.
- يحول تنوع السياقات وتعدد الطرائق المحتملة دون وضع استراتيجية موحدة لدمج اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية مما يستدعي التحليل المتعمق.

تمكننا القائمة من تحديد الخيارات المتاحة التي يحتمل من خلالها دمج اللاجئين في الخطوتين اللاحقتين، وينبغي تحليل الأنظمة مع مراعاة الأوضاع المعيشية المتباينة للاجئين، أي ما إن كانوا يعيشون في مخيمات أم في المناطق الحضرية، وإن كان لهم نشاط اقتصادي، وغير ذلك من أمور. ويمكن أن نجد هذا التنوع أيضاً في المجتمع الذي يستضيفهم، ونجد أن نظم الحماية الاجتماعية فيها بحاجة إلى تنظيم أوجه الاستجابة المهيأة، ويأتي تقييم وضع اللاجئين في إطار الخطوة 2.

المزيد من القراءات بشأن آليات تغطية تكاليف الرعاية الصحية

C. Normand et al.: *Social health insurance. A guidebook for planning*, 1st and 2nd edition. ILO and WHO. 1994, 2009. Available at: https://www.who.int/health_financing/documents/shiguidebook.pdf

M. Cichon et al.: *Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing*. ILO. 1999. Available at: https://www.ilo.org/global/publications/ilobookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_9221108627_EN/lang--en/index.htm

ILO: "Social Health Protection: An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care." *Social Security Policy Briefings*. Geneva, 2008. <http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/1695sp1.pdf>

الخطوة 2: تحليل التغطية الصحية الحالية للاجئين وتحديد الفجوات

الرسائل الأساسية

- تحديد الطريقة التي يمكن من خلالها للاجئين الحصول بالفعل على الرعاية الصحية وتمويلها، فضلا عن فجوات التغطية التي يعانون منها، ومن الضروري مراعاة وجهة نظرهم المتعلقة بمزايا وصعوبات الانتقال إلى نظام وطني على قدم المساواة مع المواطنين.
- دراسة الوضع الاجتماعي والاقتصادي والمهني للاجئين، إذ يحدد هذا الوضع نوع خيارات التغطية التي قد تكون ممكنة، ويجوز أن يضم نظام الحماية الصحية الاجتماعية عدة أنظمة لمختلف فئات أصحاب الدخل أو فئات التشغيل المختلفة.

وبمجرد تحديد مختلف الآليات القائمة بشأن الحماية الصحية الاجتماعية على الصعيد الوطني، يتعين بيان النقاط الآتية في هذه الخطوة الثانية.

- كيف يحصل اللاجئون حاليا على الرعاية الصحية، ومن الذي يتولى تشغيل المرافق الصحية؟ وكيف يمول حصولهم على الخدمات؟ وما الفجوات القائمة في التغطية التي يعانون منها؟ وكيف تختلف الأوضاع فيما بين اللاجئين في مختلف المناطق في ظل ظروف معيشية مختلفة؟ ونتيح الإجابات على تلك الأسئلة صياغة المزايا الواضحة (والمقاومة المحتملة) عند نقل اللاجئين من آلية التغطية الحالية التي تشملهم إلى آلية جديدة على قدم المساواة مع المواطنين.
- ما الوضع المهني والاجتماعي والاقتصادي للاجئين؟ ولن نتشابه بالضرورة بالإجابات المتوفرة في إطار النظام الوطني للحماية الصحية الاجتماعية في حالة جميع الأسر المعيشية، إذ تختلف باختلاف عملهم أو حالتهم الاقتصادية مثلا، وقد تدخل بعض الأسر المعيشية - ولا سيما الأفقر والأضعف - تحت مظلة آليات المساعدة الاجتماعية المستهدفة، بينما يجوز دمج أسر أخرى تحت الاقتصاد المنظم أو غير المنظم، ومن ثم يمكن توجيهها نحو نظم التأمين الصحي الاجتماعي القائم على الاشتراكات أو شبه القائم على اشتراكات.

الشكل 3: تحليل فجوات التغطية الصحية للاجئين



2.1 كيف نحلل التغطية الحالية للاجئين ونحدد فجوات التغطية

ينبغي وصف الآليات القائمة المتوفرة لتغطية احتياجات اللاجئين الصحية في هذه الخطوة، وينبغي أن يشرح هذا التقييم الطريقة التي يحصل بها اللاجئون على الرعاية الصحية (أي المرافق التي يرتادونها؟ ومن الذي يتولى تشغيلها؟)، وكيفية تغطية النفقات الصحية، ونوع الخدمات الصحية التي يمكنهم الحصول عليها، والفجوات التي يعانون منها، وتستخدم المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين عدة نهج حسب سياق اللاجئين وأوضاعهم المعيشية، وأهمها الفارق بين من يعيشون في مخيمات أو مستوطنات وأولئك الذين يعيشون في مناطق حضرية.

الآليات والسيناريوهات المشتركة

- عادة تدعم المفوضية الرعاية الصحية للاجئين الذين يعيشون في مخيمات جزئياً أو بشكل كامل بالتعاون مع شركاء (عادة منظمات غير حكومية، ولكن يمكن أن يكونوا من الحكومة أو من الكيانات الأخرى) يديرون توفير الرعاية الصحية الأولية، وعادة تفتح المرافق أبوابها للمجتمعات التي تستضيف اللاجئين، ومن ثم تتمتع بالمثل من الرعاية الصحية المجانية، وفضلاً عن ذلك، تدعم المفوضية إحالة اللاجئين إلى الخدمات الطبية من المستوى الثاني والمستوى الثالث لدى المرافق الحكومية عادة (الانتقال والغذاء والإقامة وتكلفة العلاج في الكثير من الأحيان).
- وفي بعض المجالات، يستخدم اللاجئون الخدمات الصحية العامة، مثلاً في الكاميرون حيث وقع اتفاق بين وزارة الصحة العامة والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين لتقديم الرعاية الصحية في مرافق الصحة العامة واقتسام التكلفة بين الدولة (بخصم سعر المرافق الصحية بنسبة 30 في المائة، باستثناء الأدوية والولادة) والمفوضية، في حالة اللاجئين من مخيمات «أداماوا»، والمخيمات الشرقية، وفي أقصى الشمال، وفي الشمال.

- تهدف المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين إلى تقديم الدعم في المناطق الحضرية لإتاحة الرعاية الصحية للاجئين على النحو الآتي: إما (أ) من خلال دمجهم في نظم التأمين الصحي الاجتماعي متى كان ذلك ممكناً، عادة من خلال تغطية اشتراكاتهم كاملة أو بشكل جزئي، أو (ب) من خلال اتفاقات مع الشركاء من المنظمات غير الحكومية أو المرافق الصحية أو كليهما، والغرض من ذلك هو الحد من العوائق المالية مما يتيح للاجئين الوصول إلى الرعاية الصحية بالمساواة مع المواطنين، ويجوز تخصيص الدعم مقابل الرعاية المقدمة.
- يجوز دمج اللاجئين في النظم الصحية الوطنية بطرق مختلفة لا تتطوي جميعها على آليات التأمين الصحي الاجتماعي، ومن الأمثلة على ذلك زامبيا؛ حيث يدمج اللاجئون من جمهورية الكونغو الديمقراطية في غرب زامبيا دمجا كاملا في النظام الصحي الوطني، ويطبق الأمر نفسه على أوغندا؛ حيث تقدم المرافق الصحية العامة بالمجان إلى المواطنين واللاجئين على حد سواء، وهذا دليل على أن الدمج لا ينطوي بالضرورة على آلية التأمين الاجتماعي.
- وترتبط إتاحة نظم الحماية الصحية الاجتماعية في بعض البلدان بالوضع الوظيفي:
 - يمكن للاجئين العاملين في وظائف منظمة، أو يجب عليهم الانضمام إلى برامج التأمين الصحي الاجتماعي، وعلى المفوضية التحقق من أن اللاجئين من العمال المصرح لهم بالعمل مسجلون في نظم الضمان الاجتماعي، ويستفيدون استفادة فعالة من برامج الحماية الاجتماعية الخاصة بهم، ولا سيما التأمين الصحي الاجتماعي، وفي بعض البلدان حتى عند تحصيل أصحاب العمل الاشتراكات الخاصة بالتأمين الصحي الاجتماعي قد توجد حواجز أمام إتاحتها عند سعي المستحق الحصول على المزايا.
 - ولا بد من وضع استراتيجية مناسبة لكل سياق في حالة اللاجئين الذين يعملون في الاقتصاد غير المنظم أو الزراعي، فإن وجدت آليات الانضمام الطوعي للعاملين في القطاع غير المنظم، ينبغي تحديد ما إن كان بإمكان توليفة من المدفوعات من إحدى منظمات الأمم المتحدة والحكومة واللاجئين (حسب مواردهم) تغطية قيمة الاشتراكات وتمكين اللاجئين من الانضمام إلى نظام الحماية الصحية الاجتماعية.

تقييم الفجوات في إتاحة الرعاية الصحية

- بناء على تقييم إتاحة الرعاية الصحية للاجئين، يجب تحديد الفجوات في إتاحة الرعاية الصحية والحماية المالية، والتميز بين مختلف الأوضاع التي تؤثر على التغطية وإتاحة الخدمات الطبية (أي الفرق بين سياق المخيمات والمناطق الشبيهة بالمخيمات والمناطق الحضرية).
- من الضروري أيضا تحديد الخدمات التي تُشمل في الوقت الحالي، حيث يتيح ذلك معلومات مفيدة بشأن مدى قبول إمكانية دمج اللاجئين في نظام الحماية الصحية الاجتماعية، فربما تكون حزمة الاستحقاقات غير شاملة تماما، وفي بعض الحالات قد تغطي المفوضية أو الجهات المانحة الأخرى الخدمات التكميلية.
- لا مفر دائما من مقارنة وضع اللاجئين بالمواطنين: هل إتاحة الصحة أفضل في حالة اللاجئين مقارنة بالمواطنين عند عيش اللاجئين في سياقات شبيهة بالمخيمات؟ هل حزمة الخدمات المقدمة إلى اللاجئين أفضل أم أسوأ؟ ما العوائق التي تواجه اللاجئين؟

ينبغي أن يتناول هذا التقييم البنية التحتية القائمة للرعاية الصحية في المخيمات أو المستوطنات فضلاً عن احتمالات دمجهم في النظام الوطني في حالة توقف الدعم المقدم من المفوضية والشركاء.

الإطار 6: الأحكام الإلزامية بشأن الرعاية الصحية، والحوافز أمام الوصول إليها

قد يشغل اللاجئون في بعض البلدان وظيفة رسمية ويسددون اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي، ومع ذلك يواجهون بعض الحوافز العملية في الوصول إلى استحقاقاتهم بموجب النظام الساري، فعلى سبيل المثال أشار بعض اللاجئين العاملين في وظائف رسمية في منطقة الشرق الأوسط إلى أن اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي يدفعها صاحب العمل بانتظام، وعلى الرغم من ذلك لم يحصل اللاجئون على بطاقات التأمين الصحي الاجتماعي، ولم يتمكنوا من الاستفادة من النظام عملياً، وبعد مبدأ المساواة في المعاملة من المبادئ التي تقرها معايير الضمان الاجتماعي الصادرة عن منظمة العمل الدولية،¹⁸ وينبغي مراعاة الاختناقات الإدارية التي قد تعوق تنفيذه.

2.2 الوضع الوظيفي وقدرة اللاجئين على سداد الاشتراكات

ينبغي أن تُستعرض البيانات القائمة عن الوضع المهني والاجتماعي والاقتصادي للاجئين، ويجوز أن تستخدم بيانات المفوضية، وأن تشتمل على نتائج المسوح التي قد تجريها الحكومة المضيفة والشركاء في الشؤون الإنسانية، أو شركاء التنمية (مثل برنامج الغذاء العالمي، واليونيسيف، والبنك الدولي، وغيرها)، وينبغي أن يكون هذا الاستعراض أساساً لتوفير لمحة عامة عن الوضع الوظيفي للاجئين ووضعهم الاجتماعي والاقتصادي.

2.2.1 الوضع الوظيفي والعمل غير المنظم

بيان حصول اللاجئين على عمل، سواء أكان مدفوع الأجر أم عمل لحسابهم الخاص (حيث قد ترتبط الخيارات المتاحة أمام التغطية الصحية مباشرة بالوضع الوظيفي في بعض البلدان)، ومدى كون الوظائف منظمة أم غير منظمة.

ويصعب دمج اللاجئين في العديد من البلدان في العمل المنظم لعدة أسباب، وربما لا يدخل اللاجئون سوق العمل بتصاريح عمل، وقد تكون أوضاعهم غير مستقرة، وربما لا يتوفر العمل المنظم في بلد المقصد، أو ربما يواجهون تمييزاً وما إلى ذلك، وبشكل عام يعمل عدد كبير من اللاجئين في الاقتصاد غير المنظم، ومن ثم لا تشملهم الحماية الاجتماعية ولا حماية العمال التي تأتي مع الوظائف المنظمة.

ومسألة العمل غير المنظم مسألة جوهرية في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض، وتؤثر على نظام الحماية الاجتماعية - بما في ذلك الصحة - بطريقتين، حيث:

- تجعل تنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي أصعب.
- تحد الوعاء الضريبي مما يقلص الحيز المتاح أمام تمويل تدابير الصحة العامة والرعاية الطبية المجانية وبرامج الحماية الاجتماعية.

18 الاتفاقية رقم 81 لعام 2691 بشأن المساواة في المعاملة في مجال الضمان الاجتماعي. متاحة على الرابط الآتي: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_c118_ar.pdf

ومسألة العمل غير النظامي مسألة مطروحة في المناقشات المعنية بمد الحماية الاجتماعية في العديد من البلدان، ومن اللازم تحديد الوضع الوظيفي للاجئين؛ بغية وضعهم في هذا الإطار ودعم انتقالهم من الاقتصاد غير المنظم إلى الاقتصاد المنظم، وقد حصل اللاجئون على دعم في بعض البلدان (مثل تركيا) للانتقال - ولو جزئياً - من الاقتصاد غير المنظم إلى الاقتصاد المنظم، ومن ثم أصبحوا يتمتعون بحماية أفضل، ويمكن أن يساعد دمج اللاجئين في الأنظمة القائمة على الاشتراكات، في حال سريانها، على تجنب تشوهات سوق العمل، فإن كان بإمكان أصحاب العمل تعيين اللاجئين دون سداد اشتراكات الضمان الاجتماعي (ونظير أجور أقل في الكثير من الأحيان)، ربما يؤدي ذلك إلى اختلال سوق العمل، فضلاً عن إحداث التوتر بين اللاجئين والمجتمعات التي تستضيفهم.

2.2.2 الوضع الاجتماعي والاقتصادي للاجئين أو حالة فقرهم

بيان قدرة اللاجئين على سداد اشتراكات أو توافر سمات اجتماعية واقتصادية فيهم تجعلهم يندرجون تحت مظلة التصنيف الوطني للفئات الضعيفة.

وكما أمكن ينبغي مواصلة المنهجية المستخدمة لتحديد الوضع الاجتماعي والاقتصادي للاجئين وتصنيفهم مع منهجيات الحكومة المتبعة في مختلف سجلاتها، أو المنهجيات الوطنية المتبعة في برامج الحماية الاجتماعية القائمة على اختبار الإمكانات المادية لضمان إنصاف كل من المجتمعات المضيفة واللاجئين، وهذا من شأنه تيسير المقارنة بين الوضع الاجتماعي والاقتصادي لكل من اللاجئين والمواطنين، ومن شأنه - مثلاً - أن يدعم دمج اللاجئين في البرامج المدعومة أو غير القائمة على اشتراكات، وبفقد تقييم حالة الضعف للغاية عند ربط هذا بالمزايا، أو بتغطية إحدى المنظمات أو الحكومة للاشتراكات المستحقة لانضمام اللاجئين.



صورة: إيران - يحصل اللاجئون على خدمة الغسيل الكلوي، ويندرج حوالي مائة ألف لاجئ أفغاني في إيران تحت مظلة نظام التأمين الصحي الاجتماعي الوطني «سلامات» (وتسدد المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين قيمة اشتراكاتهم سنوياً).

حق المؤلف: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين / أنطوني كارومبا

الخطوة 3: تقييم الخيارات المتوفرة لدمج اللاجئين

الرسائل الأساسية

- يوفر التأمين الصحي الاجتماعي الوطني وخدمات الرعاية الطبية أو الصحية الوطنية - متى كانت متوفرة - أفضل خيار طويل الأجل للتمويل والتغطية في حالة اللاجئين، وكذلك الحد من الإفقار الذي يرتبط بالإنفاق على الصحة، وتوفير الإتاحة الفعالة للخدمات الصحية بالمساواة مع المواطنين، والانضمام لتلك الأنظمة إلزامي في بعض البلدان.
- وعادة لا يتسم التأمين الصحي الخاص - عندما يكون طوعياً وغير ملزم من الحكومة - بالفاعلية من حيث التكلفة في حالة اللاجئين، وربما لا تتمكن جهات التأمين الخاص من التأثير على نوعية الرعاية المقدمة وتكاليف العلاج في المرافق العامة، وتميل كذلك إلى إقصاء الأشخاص الذين يعانون من أكبر المخاطر الصحية (McIntyre et al., 2011).
- ومن الضروري أن يجري الخبراء تقييماً قبل اتخاذ قرار بدمج اللاجئين في أحد الأنظمة، إذ يدرس الخبراء عدداً من العوامل ويحددون جدوى الأنظمة المتوفرة وكفاءتها وجودتها، بما في ذلك فاعلية تكلفة دمج اللاجئين عند مقارنتها بالمساعدات المباشرة، ويجب أن يراعي التقييم أيضاً توفر مقدمي الخدمة وإمكانية الوصول إليهم تحت مظلة النظام الوطني، فضلاً عن دراسة جودة الخدمات المقدمة، وينبغي الاستعانة بخبرة الموظفين العاملين في منظمة العمل الدولية في مجال الحماية الاجتماعية؛ حيث يقدمون هذه الخدمة الاستشارية إلى مؤسسات الحماية الاجتماعية عادة.
- إن ظلت المساعدة المباشرة الخيار الأفضل للوقت الراهن، سيكون من المفيد أيضاً وضع استراتيجية طويلة الأجل للحماية الصحية الاجتماعية للاجئين بالنظر إلى تراجع الموازنات المخصصة للشؤون الإنسانية، وقد يستتبع ذلك الانتقال مباشرة إلى الخطوة 4، وإطلاق حملات الدعوة إلى إحداث تغيير في نظام الحماية الصحية الاجتماعية.

وتبني هذه الخطوة على النتائج التي توصلت إليها الخطوتان السابقتان من خلال دراسة الفئات الاجتماعية والاقتصادية للاجئين، ونظم الحماية الصحية الاجتماعية المتوفرة، وتهدف إلى تقييم جدوى ضم اللاجئين إلى تلك النظم، وتتطلب هذه الخطوة معرفة وثيقة بآليات الحماية الاجتماعية، ولذا تتطلب حشد الخبرات من خارج الفريق القطري، ويقدم المرفق 1 الأدوات اللازمة لتسترشد هذه الخطوة بها، وقبل إجراء تقييم تفصيلي للتكلفة والتغطية لا بد من فهم الخيارات المتاحة فهماً جيداً.

3.1 السياقات القطرية التقليدية

تصنف البلدان بشكل عام في ثلاث فئات حسب درجة نمو نظام الحماية الصحية الاجتماعية فيها وكيفية توفيرها للاجئين.

3.1.1 بلدان أحرزت تقريبا التغطية الصحية الشاملة لسكانها

أغلب السكان يمكنهم الوصول بشكل جيد إلى الخدمات الصحية الأساسية، وتتكدب الأسر المعيشية نفقات أقل على الصحة للأسباب الآتية: (1) جزء كبير من حزم الرعاية الصحية الأولية وعلى المستوى الثاني تكون مجانية، (2) السكان مسجلون في نظام إلزامي للتأمين الصحي الوطني، (3) يستفيد السكان من توليفة مزدوجة (عادة يوجد في البلدان التي حققت التغطية الصحية الشاملة هذه التوليفة المزدوجة)، الحكومة لديها الإرادة السياسية والالتزام المالي لتوفير الحماية الصحية الاجتماعية، ويوجد إطار قانوني قائم تعمل الحكومة على إنفاذه تنظيميا، ومن الأمثلة على ذلك رواندا، وكوستاريكا، وتايلاند، وإندونيسيا، وإيران.

وقد تشجع الحكومات في تلك البلدان - أو لا تشجع - أو تلزم اللاجئين بالانضمام إلى النظم الوطنية، وقد يكون اللاجئين الضعفاء قادرين على الانضمام إلى برامج الحماية الاجتماعية التي تشمل نظم التأمين الصحي الاجتماعي، أو لا تكون لديهم هذه القدرة، وسيكون دور المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في هذه الحالات الدعوة لدمج اللاجئين في النظم الوطنية وفق نفس الحقوق والالتزامات المفروضة على المواطنين، ويمكن أن تساعد منظمة العمل الدولية على تقديم الأدلة الضرورية التي تتعلق بجدوى دمج اللاجئين وتوافق ذلك مع معايير الضمان الاجتماعي التي أقرتها المنظمة.

3.1.2 بلدان طورت الحماية الاجتماعية الصحية وحسنت من الخدمات الصحية

بعض خدمات الرعاية الصحية الأولية متاحة للجمهور بالمجان، والعاملون بالخدمة المدنية وغيرهم من العاملين في القطاع المنظم العام والخاص منضمون إلى التأمين الصحي الاجتماعي الوطني، وسوف يفتح تمديد التغطية لتشمل الأشخاص العاملين في الاقتصاد غير المنظم باب المشاركة، بما في ذلك العمال المهاجرون واللاجئون في بعض الحالات، ويتوفر التأمين الصحي الخاص بشكل محدود، مع تعدد برامج التأمين الطوعية (بما في ذلك البرامج التقليدية المجتمعية) التي تتباين جودتها، ويعتبر بعضها خيارات انتقالية للاجئين إن لم يُدمجوا في التأمين الصحي الاجتماعي، ويوجد إطار قانوني تتولى الحكومة إنفاذه.

والبلدان التي تتيح للاجئين حاليا نظم التأمين الصحي المجتمعي تشمل بوركينا فاسو، وغانا، ومالي، والسنغال، وتوغو، مع تنوع درجات كفاءتها وتغطيتها واستدامتها، وفي بعض البلدان، مثل غانا، أو رواندا، يتسم التأمين الصحي المجتمعي بأنه شامل، ويعمل مثله مثل نظام التأمين الصحي الوطني، ووضعت الحكومة في العديد من هذه البلدان استراتيجية واعية، وهي تنسق القطاع أثناء بناء استراتيجيات تمويل الصحة والحماية الاجتماعية للتوسع فيها، وسيكون دور المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في هذه الحالات رصد إتاحة خدمات الرعاية الصحية للاجئين وقدرتهم على دفع الاشتراكات، ويمكن أن تساعد منظمة العمل الدولية في تعميم مسألة تغطية اللاجئين والمهاجرين من خلال الحوارات الوطنية المعنية بالحماية الاجتماعية، وفي صياغة استراتيجيات الحماية الاجتماعية، وتمويل الصحة وخططها على المستوى الوطني.

3. بلدان تتسم بمحدودية الرعاية الصحية الأولية، ولا يوجد فيها تأمين صحي اجتماعي، كما يوجد عدد محدود من مقدمي التأمين الصحي الطوعي

لا تستوفي هذه البلدان عادة معايير الجودة الخاصة بالرعاية الصحية الأساسية التي تحتاج المفوضية تحقيقها لكي تنتظر في تسجيل اللاجئين، حيث ترتفع معدلات إنفاق الأسر المعيشية على الصحة، ويدفع العديد من الناس نحو الفقر بسبب الإنفاق الكارثي على الصحة، وعادة لا يتسم التأمين الصحي الخاص بفاعلية من حيث التكلفة (ويقتضي العديد من الحالات من الانضمام إليه)، ولا يوجد إطار قانوني، وفي حالة وجود الإطار القانوني لا يتم إنفاذه بشكل كافٍ.

ومن البلدان التي لا جدوى فيها من انضمام اللاجئين إلى خيار التأمين الصحي: الكامبيرون، وتشاد، وغينيا، والنيجر، وسوف يكون دور المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في هذه الحالات دعم إتاحة الرعاية الصحية للاجئين، ورصدها من خلال النظام الوطني كلما كان هذا ممكناً من خلال الشركاء، وتعمل المفوضية على تقوية النظام الصحي وتشجيع العمل المنسق من جانب الأطراف الفاعلة في مجال التنمية، وتبذل منظمة العمل الدولية عادة جهوداً للدعوة وكسب التأييد لمد التغطية بالحماية الاجتماعية في تلك البلدان، وبإمكان المنظمة الاتصال مع فرق المفوضية اتصالاً وثيقاً على المستوى القطري؛ لضمان وجود الروابط مع الدعم ذي الطابع الإنساني، مع تطوير الإطار الوطني للسياسات بشأن الحماية الاجتماعية.

وقد تكون الخيارات المتاحة لتغطية إنفاق اللاجئين على الصحة من خلال دمجهم في نظام الحماية الصحية الاجتماعية محدودة بسبب عاملين، حسب السياق:

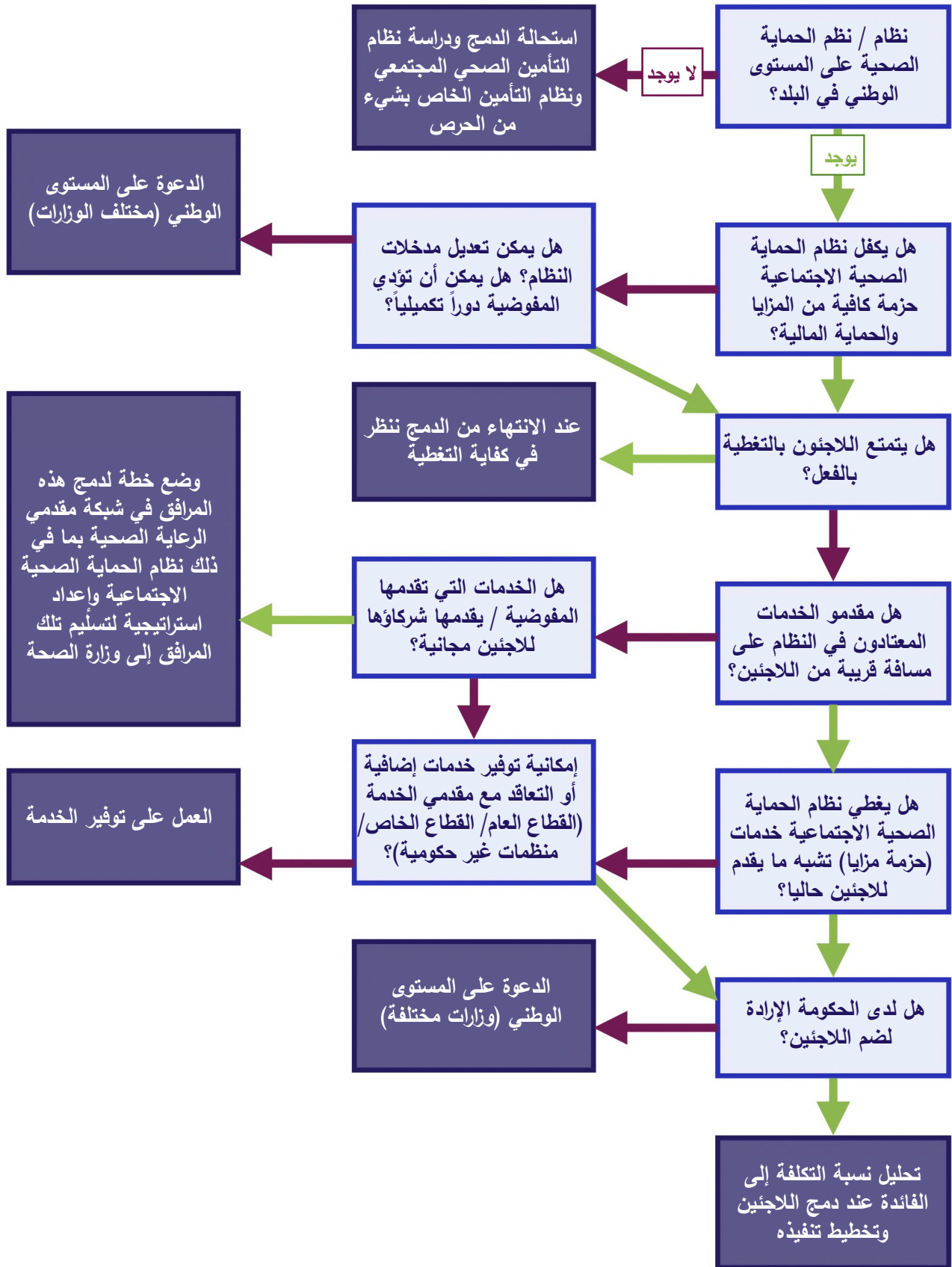
1. ربما يكون البلد بعيداً عن الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة، وربما لا يكون فيه مؤسسات وبرامج قوية بالقدر الكافي لضمان حماية سكانها من تكاليف الرعاية الصحية الباهظة.

2. من ضمن الأسباب الأخرى احتمال إقصاء غير المواطنين من النظام بموجب القانون أو في التطبيق العملي، وكذلك يعمل اللاجئون في أغلب الأحوال في الاقتصاد غير المنظم الذي لا يشمل التأمين.

ينبغي أن تدعم خيارات الدمج التأمين الصحي الاجتماعي الوطني، ونظم الخدمات الصحية الوطنية حال وجودها، وبخلاف ذلك، ينبغي أن يوفر مقدمو الخدمة تغطية عالية الجودة، واستحقاقات وإجراءات للمطالبة تتسم بالشفافية، والإدارة بتكلفة مناسبة ومعدلات اشتراكات ميسورة، وسجلاً جيداً في مجال تحسين إتاحة الرعاية الصحية للمستفيدين دون إقصاء أي أحد بسبب حالات مرضية سابقة، وعادة لا يستوفي مقدمو الخدمة من القطاع الخاص هذه الاشتراطات.

ويوصى في الأوضاع الموصوفة في الحالة الأولى والثانية فيما سبق بالبداية بمناقشة الحكومة في إمكانية دمج اللاجئين في نظام الحماية الصحية الاجتماعية، وعندما لا تعارض الحكومة ذلك تصبح الخطوة التالية هي وضع تقييم تفصيلي للخيارات المتاحة أمام دمج اللاجئين، بما في ذلك تلك المتعلقة بالتكاليف، أما في الوضع الثالث فينبغي مشاركة موظفي المفوضية ومنظمة العمل الدولية في إطار عملية أوسع لإعداد استراتيجية وطنية لتمويل الصحة والحماية الاجتماعية؛ لدعم البلد في بناء نظام يشمل اللاجئين في نهاية المطاف.

الشكل 4: شجرة القرارات لتحليل السياق القطري والخطوات التالية



3.2 التحليل التفصيلي للتكلفة والتغطية

يحسب التقييم التكلفة المحتملة لدمج اللاجئين في أحد الأنظمة، ويقارنها بالتكاليف القائمة المترتبة على تقديم المفوضية للخدمة الصحية مباشرة، ويقدم التحليل حساب التكلفة بالتفصيل لنظم الحماية الصحية الاجتماعية، وكذلك يقدم خطة محسوبة التكاليف، ويتيح النقاش مع الشركاء والتخطيط الاستراتيجي طويل الأجل، وفي أغلب الحالات تشمل الخطة «استراتيجية الخروج»، أي تقليل مساهمات المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين مع تحسن الوضع المعيشي للاجئين، وفي حالة استبعاد بعض الفئات أو الحالات المرضية في حزمة المزايا المقدمة (مثل الأمراض غير المعدية بما فيها أمراض الصحة العقلية، والخدمات المرتبطة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي، وإعادة التأهيل)، يجوز أن يقترح التقييم إعداد حزمة تكميلية ويفضل أن يقدمها مقدم الخدمة الأساسية نفسه، ويتيح التقييم (الذي يشمل تحليل التكاليف للمفوضية) توصيات بالخيارات التي يمكن اتخاذها، ومنظمة العمل الدولية لديها الخبرة لإسداء هذه المشورة بشأن الحماية الصحية الاجتماعية عند تطبيق هذا التقييم، ويقدم المرفق 1 بعض الأدوات المهمة، وسوف يتضمن تحليل التكاليف تفاصيل بشأن النقاط الآتية:

• الاشتراك

الخصائص الاجتماعية والمهنية للأعضاء، وعدد المشتركين والأشخاص الذين يسددون اشتراكاتهم بانتظام، والأشخاص الذين يتمتعون بتغطية فعالة، ومعدل نمو الاشتراكات، ونسبة الحاصلين على الخدمة من خلال النظام، وتحليل معايير الدمج والإقصاء، وتحديد أي ممارسات تمييزية.

• سداد الاشتراكات

حساب متوسط المبالغ التي يدفعها المستفيد سنوياً، وآليات اقتسام تكلفة الخدمات ونسبتها.

• حزمة الخدمات

عدد مقدمي الخدمة الذين يتضمنهم النظام وتحليل الحزمة المعروضة (التي تشمل استشارات العيادات الخارجية، والانتقال، والرعاية في المستشفى، والرعاية في حالات الطوارئ، والفحوصات، والولادات، والجراحات، والضرورية، وعلاج الأمراض المزمنة، وعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، وصرف الأدوية الموصوفة، خدمات الوقاية والتعزيز الصحي)، وتحديد الخدمات الأخرى المعروضة (مثل التأمين على الحياة أو ضد الحوادث، والتأمين على العمل، والمعاشات التقاعدية)، فضلاً عن إمكانية إضافة حزمة تكميلية.

• المطالبات وإجراءات الدفع لمقدمي الخدمة

تقييم السياسات والإجراءات المتبعة للسداد لمقدمي الخدمة، أو رد التكلفة للمؤمن عليهم، وفض المنازعات، وغير ذلك من أمور.

• احتساب تكلفة الدمج في النظم

إعداد حساب تقديري للتكلفة مقابل المنفعة تتناول تكلفة العضوية مقارنة بالاشتراكات، ومعدل نمو العضوية، وعدد المستفيدين، ومتوسط المبالغ المدفوعة للفرد حسب النظام، والمبالغ التي يتم تسلمها من المشتركين.

• التكاليف الخفية

تأثير التضخم على تمويل النظام، هل يخضع النظام إلى ضريبة القيمة المضافة؟ ما هي التكاليف «الخفية» الأخرى؟ ما نسبة الخسارة الطبية المئوية (حد أدنى 85 في المائة، تعني أن 85 في المائة من أقساط التأمين تتفق على الملتحقين بالنظام، بينما لا تزيد تكاليف الإدارة عن 15 في المائة).

الإطار 7: مثال رواندا

نظام الحماية الصحية الاجتماعية الوطني في رواندا يشتمل على عدد من الأنظمة التي تتناسب مختلف الفئات المهنية والاجتماعية والاقتصادية، وتعهدت حكومة رواندا في عام 2017 بدمج اللاجئين بالتدريج في نظام الحماية الصحية الاجتماعية الوطني، وهو نظام للتأمين الصحي المجتمعي، وعبرة عن نظام عام للضمان الاجتماعي يديره مجلس الضمان الاجتماعي في رواندا، وأجرت منظمة العمل الدولية المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين دراسة جدوى فنية في السنة اللاحقة، وبدأ التحاق اللاجئين في المناطق الحضرية في سبتمبر 2019، وصاحبه إصدار بطاقات هوية لهم من الحكومة في رواندا، وكشفت دراسة الجدوى عن وجود رابط وثيق بين تدابير الحماية القانونية للاجئين - مثل الحصول على أوراق هوية في البلد المضيف - والحواجز الإدارية أمام الحصول على الحماية والرعاية الاجتماعية.

جدول حساب تكاليف دمج اللاجئين في نظام التأمين الصحي الاجتماعي في رواندا:

الإجمالي	فئة دخل الأسر المعيشية 3 و 4	فئة دخل الأسر المعيشية 2	فئة دخل الأسر المعيشية 1	
xx	xx	xx	xx	توزيع الأسر المعيشية حسب الفئة
				عدد الأسر المعيشية
				(أ) عدد الأفراد
				(ب) إجمالي تكلفة الاشتراك الذي يدفعه الفرد في التأمين الصحي الاجتماعي
				حاصل ضرب (أ) في (ب) يساوي إجمالي الاشتراكات السنوية في التأمين الصحي الاجتماعي
				السنة 1
				اشتراكات تدفعها أسر اللاجئين (للشخص في السنة)
				مساهمة المفوضية (للشخص في السنة)
				دعم الدولة (للشخص في السنة)
				القيمة الإجمالية للاشتراكات التي تدفعها أسر اللاجئين
				القيمة الإجمالية لمساهمات المفوضية
				القيمة الإجمالية للدعم من الدولة
				التكلفة السنوية الإجمالية للاجئ التي تتحملها المفوضية
				التكلفة السنوية الإجمالية للاجئ التي تتحملها الحكومة
				السنة 2
				اشتراكات تدفعها أسر اللاجئين (للشخص في السنة)
				مساهمة المفوضية (للشخص في السنة)
				دعم الدولة (للشخص في السنة)
				القيمة الإجمالية للاشتراكات التي يدفعها اللاجئ بنفسه
				القيمة الإجمالية لمساهمات المفوضية
				القيمة الإجمالية للدعم من الدولة
				التكلفة السنوية الإجمالية للاجئ التي تتحملها المفوضية
				التكلفة السنوية الإجمالية للاجئ التي تتحملها الحكومة

بلغ عدد البالغين والأطفال الذين يشملهم نظام التأمين الصحي المجتمعي أكثر من 6.200 لاجئ بقليل في عام 2018، والهدف قصير الأجل إلحاق 12 ألف لاجئ يعيشون في المناطق الحضرية في التأمين الصحي المجتمعي، مع التوسع في هذه التغطية لتشمل من يعيشون في المخيمات في مرحلة لاحقة إن ثبتت جدواها، ويناقش أي تكيف للنظام في سياق مذكرة التفاهم المبرمة بين الوزارة المعنية باللاجئين والتأمين الصحي المجتمعي والمفوضية بهدف ضمان إمكانية تمتع اللاجئين بظروف تشبه تلك التي تتمتع بها المجتمعات المضيفة، ويتطلب ذلك على وجه الخصوص نظاما لتقسيم الاشتراكات إلى فئات، وعملية لتسجيل اللاجئين وتجديد عضويتهم في النظام، مثلما يحدث مع الأسر المعيشية في رواندا ممن تعمل في الاقتصاد غير المنظم، ومن المرتقب التشارك في تكلفة هذه التغطية الصحية تصاعديا فيما بين اللاجئين والمفوضية حسب قدرة اللاجئين على المساهمة.

الإطار 8: الدروس المستفادة: أهمية التحليل التفصيلي ومراعاة معايير متعددة - جمهورية الكونغو الديمقراطية والتأمين الصحي الخاص

في جمهورية الكونغو الديمقراطية ألحقت المفوضية اللاجئين في أنظمة تأمين صحي مختلفة بسبب عدم إتاحة خيارات الحماية الصحية الاجتماعية الوطنية للاجئين الذين يعيشون في المناطق الحضرية، مما أتاح إمكانية عقد مقارنة مستنيرة، حيث قررت المفوضية اختيار نظام واحد منها للتوسع في التغطية. وكانت أدنى رسوم العضوية هي رسوم شركة التأمين الخاص التجارية التي تعرف باسم «ليزونغي» (Lisungi)، مع توفيرها تغطية تساوي تغطية الشركات الأخرى.

النظام	رسوم العضوية المطلوبة		المبلغ (بالدولار) مبين حسب		التكاليف المغطاة	الهياكل الصحية المغطاة
	القيمة (بالدولار)	الانتظام الدوري	الشهر والشخص	الشهر والأسرة المعيشية (3 أفراد)		
مكتب الأبرشية للأعمال الطبية (1) (BDOM)	39	في الشهر ولكل «مجموعة» من سبعة أشخاص	5.6	16.8	100%	مكتب الأبرشية للأعمال الطبية
شركة سوليداركو (SOLIDARCO) للتأمين الصحي	36	في الشهر ولكل أسرة معيشية (تتألف من ستة أشخاص في المتوسط)	6	18	100%	مكتب الأبرشية للأعمال الطبية
ليزونغي (2)	16	في الشهر ولكل «مجموعة» من ستة أشخاص	2.7	8	100%	المستشفيات الخاصة
شركة ليزانغا (MS LISANGA)	80	للشخص في السنة	6.7	20	100%	مكتب الأبرشية والقطاع الخاص
شبكة الصناديق التكافلية التابعة لمركز المخاطر والدعم الفني للصناديق الصحية التكافلية (CGAT)	54	للشخص وفي السنة	4.5	13.5	اقتسام التكلفة	مكتب الأبرشية والقطاع الخاص

(1) اتفاقية فعلية بين المنظمة غير الحكومية شريكة المفوضية ومكتب الأبرشية للأعمال الطبية في كينشاسا.

(2) اقتراح منتج «Alliance» على لاجئي مدينة لوبومباشي.

كانت رسوم العضوية في ليزونغي أقل بسبب وجود كفاءات أفضل مما أتاح السيطرة على التكلفة، وتعمل شركة ليزونغي في سياق لا يوجد فيه تنظيم فعال لسوق التأمين على الرغم من اعتماد قانون يتعلق بالتأمين في عام 2015، وقد اتسمت بقدر كبير من المرونة؛ ولكن الأشخاص المؤمن عليهم لم تكن لديهم أي ضمانات بحماية حقوقهم، وبالإضافة إلى ذلك تعاقّد النظام مع عدد محدود من مقدمي خدمات الرعاية الصحية ممن يعملون في مناطق بعيدة عن اللاجئين، وأخيراً وضع هذا النظام الخاص للتأمين نظاماً لتوفير الدواء للأشخاص المؤمن عليهم (استجابة لنفاد المخزون من المرافق الصحية المتعاقد معها)؛ ولكنه لم يعمل بشكل فعال، فأدت كل هذه العوامل إلى نظرة سلبية لنوعية التأمين المتاح من جانب المستفيدين؛ بل وتسببت في أن يفقد المنتسبون الجدد الثقة فيه.

ولم يدرج هذا التأمين الصحي الخاص في التوسع في الحماية الاجتماعية الذي تم التخطيط له بموجب سياسة الحماية الاجتماعية الوطنية، ولذا لم يكن مجدياً من منظور دمج اللاجئين في الأنظمة الوطنية للتغطية الصحية الشاملة في المستقبل.

ويوضح هذا المثال أهمية مراعاة معايير متعددة عند اختيار آلية التغطية الصحية، وبخاصة في حالة عدم توافر نظام وطني.

3.3 ضمان المساواة وتعزيز المشاركة

عند تناول نتائج تقييم الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية (الخطوة 2)، ينبغي أن يراعي تقييم الخبراء وتحليل التكاليف أيضا السبل المستدامة لتمويل مساهمات اللاجئين من الفئات الضعيفة (مثلا هل يأتي التمويل من برامج موجهة لدعم سبل العيش؟ أم من دعم للدخل مرتبط بالحماية الاجتماعية؟). وينبغي وضع معايير واضحة وموضوعية لتحديد السبل المستدامة هذه، وينبغي أن تعتمد المفوضية كلما أمكن معايير لتقييم حالة الضعف تتشابه أو تتوافق مع معايير نظام الحماية الاجتماعية الوطني، بغية تيسير دمج اللاجئين في المستقبل، فمشاركتهم في التصميم والتنفيذ أمر ضروري لضمان الفهم المتبادل لتلك المعايير.



صورة: رواندا - لاجئون من المناطق الحضرية في مدينة كيغالي التحقوا بنظام التأمين الصحي الاجتماعي الوطني (تسدد المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين قيمة الاشتراكات)، ويغطي هذا النظام الرعاية الصحية الأولية، وعلى المستوى الثاني على قدم المساواة مع المواطنين.
حقوق المؤلف: المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين / توبين جونز

الخطوة 4: المشاركة في دعوة السلطات وكسب تأييدها

الرسائل الأساسية

- قد تنطبق من الناحية العملية على المواطنين شروط تختلف عن تلك التي تنطبق على غير المواطنين فيما يتعلق بإتاحة نظام الحماية الصحية الاجتماعية، ويواجه اللاجئون في بعض البلدان معوقات قانونية تحول دون وصولهم إلى سوق العمل، وإلى الحماية الاجتماعية بشكل عام، بما فيها الحماية الصحية الاجتماعية، وعادة تعتبر القيود على الحيز المالي هي الشاغل الأساسي، إذ تعاني الحكومات بالفعل من تغطية المواطنين بالمزايا الكافية.
- وفي تلك الحالات قد يحظر دمج اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية بموجب الإطار القانوني والتنظيمي، حتى وإن كان دمجهم ممكناً فنياً، وهكذا من الضروري بذل جهود الدعوة من جانب جميع الأطراف الفاعلة بما فيها المفوضية ومنظمة العمل الدولية وشركاؤهما؛ لتوفير الإتاحة القانونية لحصول اللاجئين على الخدمات التي تلبي احتياجاتهم الصحية، والتي تساعد على الانتقال من المساعدات المباشرة، وشعور الحكومة بالمسؤولية وتعاونها أمر أساسي للتغلب على تلك الصعوبات والتوسع في الحماية الاجتماعية لتشمل تجمعات اللاجئين بما يتوافق مع التزاماتها الدولية.
- ويكتسب منح اللاجئين الحصول على مزايا الحماية الاجتماعية أهمية خاصة في حالة النزوح طويل الأجل، فبإمكانه أن يحقق ما يلي: (1) الحد من التوترات الاجتماعية بين المجتمعات المضيفة واللاجئين، وتجنب ظهور الأنظمة الموازية، (2) زيادة اشتراكات الضمان الاجتماعي في حالة وجود نظام قائم على الاشتراكات (مما يحسن من تجميع المخاطر)، (3) تقوية النظام نفسه، ما يؤدي إلى المزيد من الاستثمار في الارتقاء بالقدرات المؤسسية وتقديم الخدمات الصحية وآليات تقديم الخدمة.

وبمجرد الانتهاء من تقييم خيارات التغطية وانتقاء خيار أو اثنين منهما، تصبح الخطوة الثانية هي الترويج لها مع الشركاء المعنيين والسلطات الوطنية على وجه الخصوص.

وبعض نظم الحماية الاجتماعية مفتوحة أمام جميع المقيمين ومن بينهم اللاجئين في بعض البلدان، ومع ذلك، تطبق شروط مختلفة في حالة المواطنين، فقد يستفيدون من دعم من الدولة مما يقلل من قيمة الاشتراكات التي يدفعونها للنظام، مقارنة بغير المواطنين الذين ربما لا يستفيدون من هذا الدعم بصرف النظر عن وضعهم الاقتصادي، وهذا هو حال الأشخاص الذين ليست لديهم القدرة على دفع الاشتراكات، وحال الأشخاص العاملين لحسابهم الخاص (انظر القسم 4.2)، ولا تتوافق تلك الممارسات مع معايير الضمان الاجتماعي الصادرة عن منظمة العمل الدولية، وعلاوة على ذلك، عادة تفتح نظم الضمان الاجتماعي أمام اللاجئين عندما يعملون، بشرط احترام حقوقهم في مكان العمل والإعلان عن تشغيلهم، ومع ذلك، من الضروري أن نلاحظ أن هذا الوضع غير معتاد، إذ يواجه اللاجئون في بعض البلدان حواجز قانونية أمام الوصول إلى سوق العمل، أو الحماية الاجتماعية بشكل عام، بما في ذلك الحماية الصحية الاجتماعية (انظر الإطار 5 والإطار 6)، ويقدم المرفق 2 عدداً من دراسات الحالة لبيان تنوع الأوضاع القائمة.

وفي تلك الحالات قد يحظر الإطار القانوني والتنظيمي دمج اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية حتى وإن كان دمجهم له جدوى فنية، وربما تنقذ الحكومات في بعض الأحيان الرغبة في تضمين اللاجئين في

نظمها أو تغطية جزء من اشتراكاتهم بسبب القيود على الحيز المالي المتاح، ولذا من الضروري بذل الجهود للدعوة من جانب جميع الأطراف الفاعلة - ومن بينها المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة العمل الدولية وشركاؤهما - لتحقيق الإتاحة القانونية للخدمات التي تلبي احتياجات اللاجئين من الصحة العامة، وهي مسألة مرتبطة بتذكير الدول بالتزاماتها الدولية والدعوة إلى ما يلي:

- ضمان الحماية الاجتماعية للاجئين؛ مثل توفير الحماية الصحية الاجتماعية بسعر التكلفة (إن وجد) ومنها تلك التكلفة التي يساهم المواطنون بها، مع مراعاة الاحتياجات الفردية للاجئ ووضعها الاجتماعي والاقتصادي.

- ضمان حق اللاجئين في العمل واحترام حقوق العمل، وبخاصة فيما يتعلق بالتسجيل في نظم الضمان الاجتماعي القائمة والاشتراك فيها.

- مراعاة مسألة اللاجئين في السياسات والاستراتيجيات المعنية بالحماية الاجتماعية، ودمجهم في كل من التأمين الاجتماعي وبرامج المساعدات الاجتماعية، وينبغي دراسة مسألة تمويل دمج اللاجئين في نظم الحماية الاجتماعية الوطنية، ويمكن أن تتوسع الحكومة في منحها الكاملة أو الجزئية للاجئين، أو حشد الموارد الخارجية للتمويل مع المفوضية؛ بغية توفير الحماية الاجتماعية للاجئين التي تشبه تلك التي تتمتع المجتمعات المضيفة بها.

وتدعو منظمة العمل الدولية إلى دمج العمال المهاجرين واللاجئين في برامج الحماية الاجتماعية، وإلى التوسع في إتاحة العمل اللائق، وتقتصر في هذا الصدد ما يلي على وجه الخصوص:

- التصديق على اتفاقيات منظمة العمل الدولية المعنية بالهجرة والحماية الاجتماعية.
- تحقيق التوافق بين التشريعات الوطنية والمعايير الدولية ومبادئ منظمة العمل الدولية، بما فيها تخفيف اشتراطات الإقامة أو الإعفاءات.
- تكيف نظم الضمان الاجتماعي ودمج اللاجئين في النظم الصحية الوطنية وغيرها من نظم الضمان الاجتماعي (لتجنب النظم الموازية وتحسين ترشيد التكلفة)، مما يقوي النظم التي تعود بالنفع على كل من اللاجئين والمجتمعات المضيفة.
- التوسع في نظم الضمان الاجتماعي لتشمل العاملين في الاقتصاد غير المنظم، مما يحقق آثاراً إيجابية على دمج العمال المهاجرين واللاجئين.¹⁹
- تعزيز القدرات المؤسسية في البلد المضيف، وبناء نظم الحماية الاجتماعية وتقويتها في بلدان المنشأ لتيسير عودة مواطنيها عند تحسن الأوضاع.
- الحد من التأخير والعمليات الطويلة لتحقيق وضعية اللجوء (ويرتبط ذلك بالحماية الاجتماعية في البلدان المضيفة، حيث يتاح سوق العمل والحماية الاجتماعية للاجئين؛ ولكنه يحظر على طالبي اللجوء).
- إزالة الحواجز العملية من خلال إطلاق حملات إعلامية، ومن خلال الوسطاء الثقافيين والمترجمين وحملات مناهضة التمييز.

من الضروري اعتبار منح اللاجئين فرصة الحصول على الحماية الاجتماعية عائداً بالنفع على المجتمعات المضيفة وعلى اللاجئين، وهو الأمر الذي يكتسي أهمية خاصة في ظل الأزمات الموسعة وطويلة الأجل، فقد يؤدي ذلك إلى ما يلي:

- الحد من التوترات فيما بين المجتمعات المضيفة واللاجئين، وتجنب وجود أنظمة موازية وتشوهات في سوق العمل.
- زيادة الموارد من الاشتراكات المدفوعة للضمان الاجتماعي (تحسن تجميع المخاطر).
- تقوية النظام نفسه، مما يؤدي إلى المزيد من الاستثمارات في القدرات المؤسسية وآليات تقديم الخدمة.

وتعمل منظمة العمل الدولية في ظل هذا الإطار مع مؤسسات الحماية الاجتماعية لدعم تنسيق نظم الحماية الاجتماعية، والتفويض الفعال للصكوك أو الاتفاقيات الثنائية والمتعددة الأطراف، وتدعم المنظمة - بالمثل - أطراف هيئتها الثلاثية في تعزيز أرضيات الحماية الاجتماعية، وإتاحة الضمانات الأساسية للجميع، بمن فيهم اللاجئين، وهي الضمانات التي تشمل نظم التغطية الصحية الشاملة وبرامجها.

ويعمل اللاجئون عادة في الوظائف منخفضة الراتب أو الأجر في الاقتصاد غير المنظم، حيث تتسم ظروف العمل بكونها أشد خطورة، وحيث لا تحترم حقوقهم في العمل بالضرورة بالكامل، وفي هذا السياق من المهم تعزيز قدرات الحكومات والمنظمات العمالية ومنظمات أصحاب العمل؛ لكي يتمكنوا من مراعاة اللاجئين في السياسات والبرامج الوطنية؛ بغية ضمان المعاملة العادلة، ووصولهم إلى العمل اللائق الذي يشمل الحماية الاجتماعية.

وعند توفر الرغبة السياسية في دمج اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية يصبح العمل نحو التوسع في الحماية الصحية ليشمل القطاع غير المنظم أحد الخيارات المجدية، ويعود هذا بالنفع على اللاجئين الذين يعملون في الأغلب في هذا القطاع إن استطاعوا الالتحاق بالنظام باستخدام بطاقة هوية اللاجئ التي يحملونها.

الخطوة 5: الاستعداد للتنفيذ

الرسائل الأساسية

- الانتقال من المساعدة الإنسانية المباشرة إلى نظام الحماية الاجتماعية الصحية يتطلب الحرص في إعداده والتخطيط له، ومن الضروري وضع خطة بناء على بيانات حديثة تشتمل بشكل فعال على التدخلات المتصلة بالتشغيل وسبل العيش، وعلى سياسات التخفيف من حدة الفقر، فضلاً عن جهود تقوية النظام الصحي.
- وفي العديد من البلدان سيكون من الضروري التخطيط لتعزيز المؤسسي وأنشطة تكوين الكفاءات الخاصة بمؤسسات الحماية الاجتماعية الوطنية، وبالفعل قد يتطلب الأمر تعزيز القدرات المؤسسية بغية ضمان فاعلية نظم الحماية الاجتماعية لكل من اللاجئين وللمجتمعات المستضيفة.
- وينبغي أن يشمل التخطيط العملي خطة اتصال لكل من اللاجئين والمنظمات غير الحكومية الشريكة، فضلاً عن تحديد أوجه التآزر مع المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وأنواع التدخلات النقدية من جانب الشركاء، وسوف يكون لهذا التحول أثر على تخطيط الموازنة داخل المفوضية لعدة سنوات، وهو أمر لا بد من توقعه.

5.1 التخطيط من أجل الدمج والشمول

ينبغي إعداد خطة متعددة السنوات تتسم بالتماسك لأجل تنظيم دمج اللاجئين بشكل تدريجي ومستدام داخل النظام عند اتخاذ قرار بتنفيذ الخيار المنتقى، وتتألف هذه الخطة من مكونات مختلفة.

5.1.1 التخطيط الاستراتيجي

جمع البيانات الحديثة والاحتفاظ بها

ينبغي تنفيذ أي تحول إلى نظم الحماية الصحية الاجتماعية باستخدام بيانات حديثة للتسجيل بشأن مجتمع اللاجئين المستهدف، بما في ذلك إجراء عمليات التحقق إذا دعت الضرورة.

إعداد استراتيجية متكاملة بشأن التشغيل أو سبل العيش وارتباطها بالحماية الاجتماعية

ينبغي ألا ننظر إلى التحول نحو نظم الحماية الصحية الاجتماعية كإجراء مستقل؛ بل ينبغي دمجه في إطار استراتيجية شاملة بدرجة أكبر، تتسق مع آليات الحماية الاجتماعية الأخرى، وتراعي تدخلات التشغيل وسبل العيش، فمن ناحية، ينبغي أن تُمكن أنشطة التشغيل وسبل العيش الأسر المعيشية من تحقيق الدخل، وعليه افتراض تحقيقهم لحصة أكبر من اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي في حالة تحقيق هذا الخيار، ومن ناحية أخرى، يعمل نظام الحماية الصحية الاجتماعية على حماية الإيرادات المتحققة من أنشطة العمل من الصدمات المالية المتعلقة بالإنفاق على الصحة، وينبغي منح الأولوية لهذه العلاقة الوطيدة بين أنشطة التشغيل ودعم سبل العيش والالتزام المتواصل من جانب اللاجئين بنظم الحماية الصحية الاجتماعية في جميع أنشطة التخطيط،

بما في ذلك خطط المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المتعددة السنوات والمتعددة القطاعات، ويمكن أن تضيف منظمة العمل الدولية لهذه الاستراتيجية من خلال المشاركة بالخبرة في مجال تنسيق التشغيل على المستوى الوطني وسياسات الحماية الاجتماعية، ويمكنها المساعدة في بيان الحاجة إلى استراتيجية مدمجة لمختلف الهيئات المعنية بالتنسيق على المستوى الوطني.

استخدام الحماية الصحية الاجتماعية باعتبارها بوابة إلى نظم الحماية الاجتماعية

يعد دمج اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية فرصة يمكن لقطاع الحماية الاجتماعية داخل البلد الاستفادة والتعلم منها، وتدعم منظمة العمل الدولية بمشاركة مجموعة من الوكالات الشريكة وضع نظم عامة وشاملة للحماية الاجتماعية وتقويتها على المستوى القطري، ومن ثم يكون بإمكان موظفي منظمة العمل الدولية تعزيز هذا التفاعل، وتبادل المعارف لضمان توثيق الأطر التشريعية والممارسات المؤسسية التي تعمل على دمج اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية، وتبادل ما يرد فيها بغية تحقيق ما يلي:

- إمكانية دمج اللاجئين في نظم الحماية الاجتماعية الأخرى.
- استخدام ممارسات مؤسسية متشابهة لتغطية الفئات الضعيفة التي قد تواجه صعوبات مشابهة في الوصول إلى النظم.

تقوية الروابط مع النظام الصحي والتدخلات المعنية بتطوير البنية التحتية

إن الربط بين الجهود الإنسانية والإنمائية من الضروريات التي تساعد على التوصل إلى حلول طويلة الأجل وأكثر استدامة لكل من اللاجئين والمجتمعات المستضيفة، وقد يحدث النزوح في أماكن لا تصل إليها الخدمات الصحية الوطنية إلا قليلا، وقد توجد أنشطة إنمائية تهدف إلى الارتقاء بالنظم الصحية أو لا توجد، وينبغي بذل الجهد الكافي لتخطيط أنشطة الاستجابة الإنسانية بطريقة تربطها ببرامج التنمية المخططة أو القائمة، فعلى سبيل المثال، عندما يتطلب الأمر دمج مرافق الرعاية الصحية الخاصة باللاجئين في نظام الرعاية الصحية الوطني في إطار الاستراتيجيات المتعددة السنوات، ينبغي تقاسم الاستثمارات الموجهة إلى تلك الخدمات، بما فيها البنية التحتية، والموارد البشرية الضرورية للصحة، وسلسلة الإمداد فيما بين الوكالات الإنسانية ووكالات التنمية، فضلا عن الشركاء الوطنيين، وسوف يكون تعزيز النظام الصحي - مثلا من خلال تدابير تحسين جودتها والاستثمارات في العاملين في المجال الصحي والبنية التحتية - ضرورة لتحسين مستوى تقديم الخدمات الصحية، وما لم يكن النظام الصحي فاعلا لن يلتزم اللاجئون، ولن يسدوا اشتراكات النظام، ولن تقل المدفوعات الشخصية من الجيب الخاص، ولن تتحسن نواتج الصحة.

5.1.2 التخطيط العملي

الاتصال الفعال

ينبغي على المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بمشاركة مؤسسة الحماية الصحية الاجتماعية المعنية وشركاء التنفيذ علاوة على المجموعات الأوسع نطاقا المعنية بتنسيق الحماية الاجتماعية (مثلا الفريق العامل التابع للأمم المتحدة بشأن الحماية الاجتماعية إن وجد مثلا) وضع خطة فعالة لاستراتيجيات الاتصال لتنفيذ نظم الحماية الصحية الاجتماعية بغية إعلام اللاجئين بوجود هذا النظام وعيوبه ومميزاته، فضلا عن

التوثيق المطلوب عند تطبيقه، وكيفية السعي للحصول على العلاج، وطرق استرداد أي مبالغ مدفوعة إن وجدت، وعادة تتضمن منظمة العمل الدولية إلى مجموعات معنية بتنسيق الحماية الاجتماعية، وبمقدورها تيسير توزيع المعلومات على هذا المستوى، وسوف يحتاج اللاجئون كذلك إلى توعيتهم بحقوقهم والتزاماتهم داخل النظام (مثلاً بقيمة مشاركتهم في سداد الاشتراك، ومدى سرعة وتيرة إبلاغهم للنظام عن دخولهم المستشفى)، ويمكن جمع هذه المعلومات بالتعاون مع المؤسسة المعنية بالحماية الاجتماعية، وينبغي أن تحاول منظمة العمل الدولية تحديد كيفية استغلال هذه المادة وتوظيفها للعمل على ضم الفئات الضعيفة الأخرى إلى النظام. وعلاوة على ذلك، عند الاستقرار على الخيار القائم على الاشتراكات، ينبغي توعية اللاجئين بمسؤوليتهم المتزايدة تجاه سداد مبالغ الاشتراكات الخاصة بتغطية تأمينهم الصحي مع مرور الوقت، بما يتوافق مع استراتيجية متعددة السنوات. وينبغي أن تكفل زيادة الوعي في فهم اللاجئين كيفية عمل نظام الحماية الصحية الاجتماعية ومعرفة مزاياه، على أن يتم ذلك بأسلوب لائق ثقافياً.

إدارة العلاقات مع شركاء المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين القائمة على التنفيذ

ينبغي بذل الجهود لتقييم وتحسين قدرات الشركاء من المنظمات غير الحكومية المشاركة في تنفيذ دمج اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية، ولتحقيق ذلك الهدف عليهم الانخراط في عملية التقييم، وينبغي توعيتهم بمبادئ الحماية الاجتماعية وإدارتها، وينبغي تمكين المنظمات غير الحكومية الشريكة من التواصل بوضوح مع اللاجئين بشأن القواعد التي يخضع لها ترتيب نظام الحماية الصحية الاجتماعية وضرورة إنفاذ هذه القواعد بثبات، بحكم اتصالهم الوثيق بمجتمع اللاجئين.

وينبغي أن تُلغى الخيارات البديلة تدريجياً؛ مثل تقديم الشركاء المنفذين للخدمات الصحية بأنفسهم خلال الانتقال إلى النظام الجديد وبعده، وينبغي ألا تُرد إلى اللاجئين أي مبالغ عن نفقات صحية أخرى ربما تكون مشمولة في ظل نظام الحماية الصحية الاجتماعية القائم، ويجب التخطيط لفترات الانتقال الجزئي خاصة بصورة جيدة، والإعلام عنها بوضوح، بمعنى أن تكون الفئات الضعيفة فقط هي التي تتضمن إلى النظام في البداية.

وسوف تتاح الفرصة أمام اللاجئين لاختيار الخروج من النظام ما لم يكن النظام الوطني إلزامياً، وفي تلك الحالة سيتولى اللاجئ مسؤولية تحمل تكلفة رعايته الصحية، ولذا من الضروري إرساء قواعد واضحة وإعلام الجميع بها، والتزام الشريك من المنظمات غير الحكومية وكذلك موظفي المفوضية بها.

ونتيجة لذلك، ربما يترتب على الانتقال من تقديم المساعدات المباشرة إلى نظام الحماية الصحية الاجتماعية بعض الآثار السلبية على أدوار المنظمة غير الحكومية الشريكة للمفوضية، التي تشمل تخصيص الموازنة، ولا بد من إدارة الاتصال مع مراعاة كل تلك الأمور.

أوجه التآزر مع التدخلات الإنسانية القائمة على المساعدات النقدية

قد تكون المساعدات النقدية تحت إدارة المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين أو غيرها من الشركاء من المنظمات الإنسانية وسيلة مهمة لتيسير الوصول إلى نظم الحماية الصحية الاجتماعية، وزيادة مشاركة المستفيدين في اختيارات الرعاية الصحية الخاصة بهم، ويجوز أن تكون المساعدات النقدية مفيدة في هذا السياق، إذ تكون تكلفة الأقساط التأمينية معروفة مسبقاً، ويرجح أن تتباين فقط وفقاً لحجم الأسرة المعيشية، ويمكن في هذه الحالة استخدام المعايير المتصلة بمكامن الضعف، ويمكن تقديم المساعدات النقدية لهذا الغرض

لتكون تكميلية؛ بحيث تغطي تكلفة الاشتراكات كلها أو جزءا منها للفئات الضعيفة من اللاجئين الذين يحصلون على مساعدات نقدية متعددة الأغراض، أو مساعدات نقدية لتغطية احتياجاتهم الأساسية، ومبلغ المنحة المقدمة وتوقيتها من الأمور المهمة، وينبغي مراعاتها في مرحلة مبكرة من مراحل التخطيط، إذ ينبغي دفع هذه المبالغ النقدية عند حلول موعد سداد مبالغ الاشتراكات، وينبغي أن يعتبر أي استهداف في هذا السياق في إطار مبادئ من مبادئ التغطية الصحية الشاملة، وهما: الشمول والإنصاف، وفي حالة تقديم مبالغ نقدية لتمويل جزء من اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي - مثلا - يصبح وضع استراتيجية للاتصال أمرا لا غنى عنه، حيث تصبح التجمعات المستهدفة على دراية بجدول السداد وإطارة الزمني والتوقعات المرجوة، ويمكن إضافة المؤشرات في نموذج الرصد اللاحق لتوزيع مبالغ المساعدات النقدية لتكميل عملية الرصد المنتظم لنواتج نظام الحماية الصحية الاجتماعية، أما فيما يتعلق بجميع المساعدات النقدية تحت مظلة المفوضية، يوصى بتطبيق هذه المساعدات النقدية لتغطية الاشتراكات في نظم الحماية الصحية الاجتماعية مباشرة، أي استخدام المساعدات النقدية المتوفرة لدى المفوضية بدلا من الاستعانة بشريك آخر لتقديم هذه المبالغ النقدية، وينبغي تعظيم مشاركة الشركاء للارتقاء بجوانب الجودة للصحة العامة، ويشمل ذلك التقييم والإحالة والاستهداف وتكوين الكفاءات والرصد.

5.1.3 الآثار المترتبة على الموازنة عند الانتقال إلى نظام للحماية الصحية الاجتماعية

انتقال جميع اللاجئين أو بعضهم في إطار الحماية التي توفرها مفوضية شؤون اللاجئين من تقديم الخدمات الصحية مباشرة (أي المساعدات الإنسانية) إلى نظام للحماية الصحية الاجتماعية سيحدث أثارا على التخطيط وعلى موازنة عمليات المفوضية في البلد، وينبغي أن يتم ذلك دوما في إطار استراتيجية أوسع نطاقا تشمل قطاعات متعددة داخل المفوضية.

وينبغي أن تقوم هذه العملية على حساب تكلفة الخيارات التي تمت في المرحلة 3، ولا بد من توقع الأثر المترتب على المفوضية عند دمج اللاجئين في نظام الحماية الصحية الاجتماعية. وبالفعل لا بد من إعداد موازنة خاصة بخطة الدمج المتعددة السنوات، تبين أن الإنفاق الحالي على التنفيذ المباشر للخدمات الصحية يتقلص تدريجيا، إذ يتمكن اللاجئون من الانضمام إلى نظم الحماية الصحية الاجتماعية.

ويوضح الجدول الآتي البنود التي ينبغي إدراجها في الميزانية، ومن الممكن مد الإطار الزمني لفترة أطول من ذلك نسبيا، حسب سياق البلد المعني.

جدول 1: عملية احتساب الميزانية التي تضعها المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين عند دمج اللاجئين في نظام الحماية الصحية الاجتماعية

البند	ميزانية السنة الحالية (بالدولار)	دمج اللاجئين: السنة الأولى إلى الثانية (بالدولار)	دمج اللاجئين: السنة الثالثة إلى الرابعة (بالدولار)	دمج اللاجئين: السنة 5 إلى 6
الأدوية والمستهلكات				
تكاليف الإدارة الخاصة بالشريك المنفذ				
تكاليف الموظفين الخاصة بالشريك المنفذ				
البنية التحتية الخاصة بمرفق الرعاية الصحية (المباني والأجهزة) وموظفيه (العاملين في الرعاية الصحية وموظفي الإدارة وموظفي الدعم)				
الإحالة إلى الرعاية المتخصصة - تكاليف نقل المرضى				
الإحالة إلى الرعاية المتخصصة - تكاليف العلاج				
تكاليف الانضمام إلى نظام التأمين الاجتماعي				
قيمة الاشتراك السنوي في التأمين الاجتماعي				
الإجمالي				

تكتسب عملية إعداد الموازنة أهمية كبيرة؛ حيث يمكن أن تشكل أساس النقاش مع الجهات الحكومية المناظرة بشأن تخطيط الترتيبات اللازمة لدمج اللاجئين في التغطية الوطنية المحددة واقتسام تكلفتها، وبالفعل قد يصبح اللاجئون الذين يتمتعون بسبل عيش موثوق فيها وبموارد اقتصادية كافية قادرين على سداد اشتراكات التأمين الصحي الاجتماعي من البداية، أو بالتدرج في حال اختيارهم هذا الخيار، أسوة بالمواطنين، أما في حالة اللاجئين غير القادرين على دفع الاشتراكات، قد يتطلب انضمامهم إلى نظم مدعمة (تدفع الحكومة المستضيفة بموجبها قيمة الاشتراكات كاملة أو جزئياً من موازنتها العمومية للفئات الضعيفة أو لمن يعملون لحسابهم الخاص) وأن تواصل المفوضية تغطية تكلفة اشتراكاتهم إذا لم تكن الحكومة التي تستضيفهم قادرة على ذلك، وقد ترغب المفوضية في إعداد تدخلات خاصة بسبل العيش تؤدي بالتدرج إلى قدر أكبر من الاستقلال الاقتصادي للاجئين، ومن ثم إلى قدرتهم على المشاركة في الحماية الاجتماعية على المدى البعيد.

وإن غطى النظام المختار كافة أنواع الرعاية المتخصصة المتاحة للمواطنين، فحينئذ يمكن تقليص دعم المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين المقدم للإحالات الطبية فور تمتع اللاجئين بالإحالة داخل النظام المتاح لهم، ومع ذلك، إن لم يتح العلاج المقدم للمواطنين الخاص ببعض الأمراض المزمنة إلى اللاجئين بموجب النظام قد تحتاج المفوضية إلى الإبقاء على موازنة لذلك، مع تكوين لجنة خاصة بالرعاية الاستثنائية تحت مظلة برنامجها المعني بحالات الإحالة، بغية ضمان اتخاذ قرارات تتسم بالشفافية والعدالة بشأن نوع الرعاية المتخصصة الإضافية التي يمكن تقديمها.

وفي السنوات الأولى للدمج، قد تزيد التكاليف؛ إذ يحتمل أن تحتاج المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين - مع الشركاء - إلى الاستثمار في البنية التحتية المادية للنظم الوطنية، ولأنواع الدعم الأخرى لنظم الرعاية الصحية؛ لضمان تقديم خدمات الرعاية الصحية في المستقبل بجودة عالية، وإتاحتها في المناطق الجغرافية التي يمكن للاجئين والمجتمعات المستضيفة الأخرى الوصول إليها، ويجوز تسليم المرافق الصحية التي تُنشئها المنظمات غير الحكومية إلى الهياكل الوطنية بعد استيفائها المعايير الوطنية للبنى التحتية، وتحقيق معايير اعتمادها من منطلق الموارد البشرية، والخدمات الجيدة، والمستلزمات الطبية والدوائية، ومن هذا المنظور يجب مراعاة خطط تقوية النظم الصحية الوطنية ولوائحها، التي تشمل دعم الوكالات الأخرى الشقيقة (مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف ومنظمة العمل الدولية) والبنك الدولي.

الإطار 9: اعتبارات التمويل

- في حالة اختيار التأمين الصحي الاجتماعي كخيار برامجي، لا بد أن يشتمل الانضمام إليه إرسال رسائل متسقة، وتواصل فعال يمكن اللاجئين والمؤسسات الوطنية ومقدمي الخدمة والشركاء من الحصول على المعلومات الكاملة بشأن التغيير القائم.
- إن دعمت المفوضية في البداية رسوم الانضمام واشتراكاته، فعندئذ يجوز النظر في الحد من الخيارات الأخرى المتاحة؛ مثل تقديم خدمات الرعاية الصحية من خلال المنظمات غير الحكومية، ويجوز الامتناع عن إتاحة رد المبالغ التي يدفعها اللاجئون نظير إنفاقهم على الرعاية الصحية التي كان يمكن أن يشملها النظام المتاح، ويجوز أن تقرر المفوضية ضم اللاجئين إلى النظام تلقائياً، وأن تسدد رسوم انضمامهم الأولية واشتراكاتهم في البداية، وتتاح أمام اللاجئين فرصة اختيار الخروج من النظام ما لم يكن الانضمام إليه ملزماً، وفي هذه الحالة يتحملون مسؤولية سداد تكاليف الرعاية الخاصة بهم.
- ينبغي أن تحيل المفوضية إلى اللاجئين تدريجياً مسؤولية سداد اشتراكاتهم بمجرد تقييم حالتهم وإثبات حصولهم على دخل يمكن استخدامه في هذا الغرض، ويمكن أن يسدد اللاجئون اشتراكاتهم من البداية متى أمكن ذلك، وقد تحتاج المفوضية إلى مواصلة دفع الاشتراكات أو دفع جزء منها في حالة الفئات الضعيفة، أو أن تكفل حصول هؤلاء اللاجئين على الدعم الكافي من خلال المساعدات النقدية، أو دعم سبل العيش الضرورية لتغطية تكلفة التأمين.
- وقد يتطلب الأمر استثمارات أكبر في مقبّل العمل للتمويل، وقد يكون من الضروري الاستعانة بخبراء لتقييم الخيارات المتعلقة بضم اللاجئين في نظم الحماية الصحية الاجتماعية وفي رصد النواتج، ومع ذلك ينبغي أن تؤدي هذه الإجراءات إلى تقليل المساعدات المباشرة لأغراض الرعاية الصحية، إذ يصبح اللاجئون قادرين على الاعتماد على أنفسهم وعلى المساهمة في التأمين الصحي الاجتماعي مثلاً.

5.1.4 رصد الآثار المترتبة

ينبغي أن يكون الرصد مكوناً يدمج في الخدمات التعاقدية التي يقدمها برنامج الحماية الصحية الاجتماعية، وإن لم يكن البرنامج أحد البرامج الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي، واضطرت مفوضية شؤون اللاجئين إلى اللجوء إلى خيارات طوعية فلا تقبل المفوضية إلا النظم التي لديها إطار متين للرصد والتقييم من بين النظم المدمجة في المقترح الذي يقدمه مقدم الخدمة، ويشترط ذلك في طلب تقديم الاقتراحات.

- ينبغي أن يقدم النظام البيانات الآتية على الأقل: أعداد المنضمين إليه، وأعداد الذين يسددون اشتراكاتهم بانتظام، والمبلغ المدفوع عند الانضمام، ومبلغ الاشتراك، والمبلغ الذي يدفعه اللاجئ، والمبلغ الذي تسدده المفوضية، والمبلغ الذي يدفعه النظام (إما مباشر عن الخدمات الصحية المقدمة للأشخاص المنضمين إليه، أو من خلال رد تكاليف الخدمات المشمولة بموجب النظام)، ومتوسط تكلفة الخدمة، ومتوسط المبالغ التي يدفعها كل مشترك ملتحق بالنظام، وحصة المصروفات الإدارية، ونسبة الخسارة الطبية.
- يجب أن يدعم النظام وكالة متخصصة تعمل على المستوى الوطني تقدم توصيات بشأن مصفوفة مالية موحدة لتمويل الرعاية الصحية باستخدام المقاييس، لمقارنة الأداء فيما بين مختلف النظم التي تعمل في البلد.
- يتولى مدير النظام، تفصيل البيانات الخاصة باللاجئين - كلما أمكن ذلك.
- تقديم التعقيبات الكافية بشأن الرضا عن النظام وجودة الرعاية المقدمة، ووضع آلية لتلقي الشكاوى ودمجها في نظام الرصد والتقييم، مع إمكانية تقييم اللاجئين للنظام بشكل تشاركي بطريقة ما.
- إن لم تكن المفوضية تشارك مباشرة في الإشراف على النظام في منطقة يتمتع اللاجئون فيها بسبل العيش الكافية، أو يحصلون فيها على مساعدات نقدية متعددة الأغراض تسمح لهم بالانضمام بأنفسهم في النظام، ربما يصبح من الضروري رصد إتاحة الخدمات الصحية بطريقة بديلة من خلال مسح إتاحة الخدمات الصحية للأسر المعيشية واستخدامها (HAUS).
- موظفو الصحة العامة التابعون للمكتب الإقليمي للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وقسم الصحة العامة بالمفوضية يمكن أن يدعموا المكاتب القطرية في تفسير نتائج مختلف الأنظمة لتمكين ضبط التكاليف بكفاءة وتحديد حزمة الخدمات المقدمة، ويمكنهم مواصلة تحليل أفضل خيارات تمويل للرعاية الصحية المتاحة للاجئين، ويجوز أن تكلف المفوضية خبراء لإجراء دراسات بشأن التكاليف الإجمالية التي يدفعها اللاجئون مقابل الرعاية الصحية، بما في ذلك التأمين والإنفاق من الأموال الخاصة على رسوم الاستخدام والانتقال، حيث تقيم تلك الدراسات أثر التأمين على العبء المالي الواقع على المستفيدين من النظام.

وبمجرد دمج اللاجئين في النظام الوطني، يمكن أن تخطط المفوضية وموظفو منظمة العمل الدولية تقييم أثر هذا الدمج بكفاءة على الإتاحة الفعالة لخدمات الرعاية الصحية، دون أن تؤدي إلى إفقار مستخدميها، ويجوز أن يتم التقييم بشكل دوري وأن يشتمل على عنصر يتعلق بتكوين الكفاءات الخاصة بالمؤسسة الوطنية المسؤولة عن تغطيتهم، ومن الممكن أن تساعد الأدلة التي تجمع على توقع أي نقائص، وأن تقيم فوائد هذا الدمج، الذي يحتمل استخدامه للتوسع في الدعوة وكسب التأييد ونشر المعلومات.

5.1.5 الآثار المترتبة على رصد التغطية على المستوى الوطني

من المهم أن تلتزم الهيئة المعنية بتنسيق الحماية الاجتماعية على المستوى الوطني برصد التوسع في التغطية بالحماية الاجتماعية بشكل عام، بما في ذلك دمج اللاجئين بالتدرج، وفي هذا الصدد أعدت منظمة العمل الدولية مجموعة أدوات تساعد بها البلدان على رصد التغطية بالحماية الاجتماعية.

الإطار 10: مجموعة الأدوات الخاصة بإحصاءات الحماية الاجتماعية - من إعداد منظمة العمل الدولية

عكفت منظمة العمل الدولية على جمع وتحليل المعلومات الكمية بشأن نظم الحماية الاجتماعية حول العالم منذ عام 1940، وتعتبر قاعدة بيانات تقصي الضمان الاجتماعي في منظمة العمل الدولية (SSI) هي المصدر الأساسي للبيانات العالمية بشأن الحماية الاجتماعية، يستخدمها صناع السياسات والمسؤولون في المنظمات الدولية والباحثون يوميًا، ويتاح عدد من الأدوات التي يمكن الاسترشاد بها في رصد التغطية بما يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة:

- قاعدة البيانات.
- استبيان تقصي الضمان الاجتماعي المتاح بخمس لغات.
- استبيان تقصي الضمان الاجتماعي المتاح بخمس لغات (ويشتمل على جزء خاص بالمهاجرين).
- دليل بدء العمل ودليل فني متاحان بأربع لغات.

يمكن الاطلاع على هذه الموارد من خلال الرابط الآتي: www.social-protection.org تحت زر أدوات (Tools/ Social Security Inquiry).

المرفق 1: أدوات ونماذج عملية

حصر السياسات والاستراتيجيات الوطنية المعنية بالحماية الصحية

يهدف هذا الاستعراض للسياسات والاستراتيجيات الوطنية في إطار الخطوة 1 إلى فحص مدى مراعاة اللاجئين، وفي حالة غياب ذلك إعداد عناصر الدعوة وكسب التأييد الضرورية لدمجهم، ويعنى أيضا بالنظر في مدى اتساق المساعدة المقدمة من المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين مع الخيارات المقدمة في هذه الوثائق الإطارية، وتحديد نوع التعديلات الضرورية التي ينبغي إدخالها على هذه المساعدة بغية ضمان توافقها مع الخيارات الوطنية، واتباع نهج سلس تجاه العلاقة بين النهج الإنساني ونهج التنمية.

المعلومات التي ينبغي جمعها في جدول يدرج في ملف إكسيل، تتبع النموذج الآتي:

الوثيقة	الأهداف المحددة تجاه الحماية الصحية الاجتماعية	التدخلات التي تم تخطيطها	دمج اللاجئين
1	2	3	4

- الوثيقة:** ما الأطر التنموية الوطنية والوثائق الخاصة بالسياسات التي تتناول مسألة الحماية الاجتماعية التي تشمل الحماية الاجتماعية في مجال الصحة؟ ينبغي أن يتوافق كل صف في الجدول مع إحدى الوثائق الإطارية (الإطار الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، أو السياسة الوطنية المعنية بالحماية الاجتماعية، أو سياسة تمويل الصحة، أو الاستراتيجيات وخطط العمل، وما إلى ذلك)، ويذكر اسم الوثيقة في العمود الأول من الجدول.
- الأهداف المحددة فيما يتعلق بالحماية الصحية الاجتماعية:** رصد الهدف الأساسي لكل وثيقة فيما يتعلق بالتغطية الصحية والفئات المعنية وملخص الوثيقة.
- التدخلات التي تم تخطيطها:** ما التدخلات والتدابير والبرامج والمشروعات التي تم تخطيطها لتحقيق الأهداف من منطلق الحماية الصحية الاجتماعية؟ يلخص هذا العمود التدابير المتوخاة بغية تحقيق الأهداف المبينة والوصول إلى المجتمعات المستهدفة، ويقتصر هذا الجزء على تقديم ملخص لأهم التدابير التي تم تخطيطها بغية الوصول إلى رؤية عامة للتوجهات الأساسية المتاحة، ومع ذلك يفيد استكمال هذا الجدول بتعليقات أو عرض مختصر للبرامج واسعة النطاق أو كليهما والتي يمكن أن تكون متوخاة في سياق تلك التدخلات (مثل مشروع التأمين الصحي الشامل، أو الاستراتيجية الوطنية الخاصة بنظام الحماية الاجتماعية بأكمله)، وقد يفيد أيضا بيان أهم الأطراف الوطنية الفاعلة والشركاء الخارجيين الذين يرتبط اسمهم بمختلف التدخلات.
- دمج اللاجئين:** هل يرد ذكر مسألة اللاجئين؟ إن لم يكن ذكرهم يرد، كيف يمكن دمجهم هنا؟ يتيح هذا العمود ملاحظة مدى مراعاة اللاجئين في السياسات والاستراتيجيات الوطنية، وذكر العناصر المرتبطة بالدعوة وكسب التأييد لدعم هذا الاعتبار، ويتيح أيضا فحص مدى توافق الدعم الذي تقدمه المفوضية في الوقت الحالي مع الاستراتيجيات والخطط والمبادئ التوجيهية الوطنية.

للمزيد من الأدوات الخاصة بتقييم برامج الحماية الاجتماعية يمكن الاطلاع على ما يلي:

- ILO. 2017. Social Protection Assessment-Based National Dialogue
A Global Guide متاح على الرابط الآتي: https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/WCMS_568693/lang--en/index.htm

- تقييمات الحماية الاجتماعية المشتركة بين الوكالات: <https://ispatools.org/>

وضع خريطة بنظم الحماية الصحية الاجتماعية وتقييمها

تُستعرض نظم الحماية الاجتماعية في الخطوة 1، وتُستكمل في الخطوة 3، ويمكن تطبيق تلك المصفوفة نفسها في هاتين الخطوتين، وتهدف المصفوفة المقترحة هنا إلى بيان التخطيط الافتراضي للنظم القائمة وخصائصها الأساسية.

	اسم النظام	هيئة إدارته	الإشراف عليه	المخصصات الحالية							هل اللاجئون مؤهلون للائتمان؟		
				نوع النظام	حزمة المزايا	المجتمع المستهدف	عدد المستفيدين من الحماية	التمويل	نقاط القوة	نقاط الضعف		التقييم	المخصصات المرسودة
													النظم التي وضعتها الحكومة
													التأمين الصحي الاجتماعي
													خدمة الصحة الوطنية أو الرعاية الطبية
													البرامج المجانية
													آليات القطاع الخاص
													التأمين الصحي المجتمعي أو الصناديق التكافلية
													النظم التجارية الخاصة والنظم الخاصة بأصحاب العمل
													أنظمة أخرى
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

1. **الهيئة أو المؤسسة القائمة على الإدارة:** ما الهيئة التي تتولى الإدارة الفنية والمالية والإدارية للنظم؟ قد تخضع النظم إلى إدارة الوزارة مباشرة (مثلا تتولى وزارة المالية في بعض الأحيان إدارة النظم الخاصة بالعاملين المدنيين)، أو مؤسسات الضمان الاجتماعي، أو أصحاب العمل (من خلال برامج التأمين الصحي الداخلية في الشركة)، أو جمعيات التأمين الصحي التكافلية، أو شركات التأمين، أو حتى النقابات العمالية، وقد تتولى المنظمات الوطنية أو الدولية الإدارة في حالة برامج المساعدات الاجتماعية على سبيل المثال.
2. **الإشراف:** ما الهيئة العامة التي تكفل الرقابة على الأنظمة والإشراف عليها؟ تعمل أنظمة الضمان الاجتماعي والمساعدات الاجتماعية تحت مظلة الإشراف الإداري أو المالي للدولة أو كليهما، وتخضع العديد من الأنظمة الخاصة إلى إشراف الدولة أو تنظيمه، وينبغي ربط المؤسسات المسؤولة عن هذا الإشراف باستراتيجية دمج اللاجئين.
3. **نوع النظام:** ما طبيعة النظام الذي يقدم المزايا؟ يتيح هذا العمود تحديد مختلف الأنظمة، وبيان مدى كونها شاملة أو فئوية، أو قائمة على اشتراكات أو بدون اشتراكات، أو كونها ملزمة أو طوعية (يرد تعريف ذلك في مسرد المصطلحات).
4. **حزمة المزايا:** ما الخدمات المقدمة؟ يهدف هذا العمود إلى وصف المزايا التي يغطيها النظام كآلاتي: التدخلات الصحية المشمولة، ومستويات هرم الرعاية الطبية المشمولة بالتغطية (الرعاية الأولية، أو الخدمات على المستوى الثاني أو المستوى الثالث)، ونسبة التكاليف المشمولة، وآليات الدعم (سداد أطراف ثالثة للتكلفة، أو استرداد المبلغ المدفوع)، ومن الضروري أيضا بيان طريقة الدفع لمقدمي الخدمات الصحية إن توفرت هذه المعلومات (هل بدفع مبلغ ثابت للفرد، أم يوجد سعر محدد لكل مقدم خدمة، أم من خلال مبلغ محدد لكل حالة أو تشخيص)، حيث إن آليات السداد لمقدمي الخدمة لها أهمية كبيرة لتأثيرها على توافر الخدمة وجودتها.
5. **المجموعات المستهدفة:** ما الفئات السكانية التي يستهدف النظام شمولها؟ يوضح ذلك الفئات السكانية التي ينطبق النظام عليها، مثل: العمال في القطاع الرسمي (العام أو الخاص أو كليهما)، جميع السكان، أو أفقر الأسر المعيشية، أو غير ذلك، وبناء على البيانات المتوفرة، يبين هذا الجزء حجم هذه الفئة المستهدفة (أي عدد الأشخاص المنتمين لها).
6. **عدد الأشخاص المشمولين بالحماية** (والمشاركين في حال انطباق ذلك): كم عدد الأشخاص المشمولين بالحماية بكفاءة بموجب هذا النظام؟ ولا يعني الانتماء إلى فئة مستهدفة بالضرورة انتساب الأفراد أو الأسر المعيشية ممن ينبغي انتسابهم إلى هذا النظام، ويسري هذا على وجه الخصوص على حالة الأنظمة الطوعية التي يمكن للأفراد اختيار الانضمام إليها من عدمه، وعلى النظم الإجبارية التي لا يلتزم أصحاب العمل بها دائما بموجب القانون، إذ لا يسجل صاحب العمل في النظام، أو لا يدرج جميع موظفيه فيه أحيانا، ومن ثم قد يوجد اختلاف بين عدد الأشخاص الذين ينبغي أن يتمتعوا بالتغطية (العمود 5) والرقم الفعلي للأشخاص المنتسبين إلى النظام (العمود 6)، وفي حالة الأنظمة القائمة على اشتراكات وتوفر بياناتها، ينبغي أن يشتمل هذا العمود على عدد المشتركين فضلا عن العدد الإجمالي للأشخاص المشمولين بالحماية (المشركون ومن يعولونهم).
7. **التمويل:** كيف يمول النظام؟ يرصد هذا العمود مصادر التمويل وموازنة النظام (موارده) قدر المتاح منها، وقد تأتي مصادر التمويل من الاشتراكات التي يسدها أصحاب العمل والعمال (مع بيان توزيع

هذه الاشتراكات)، أو من الأعضاء (في حالة النظم الطوعية)، أو من موازنة الدولة، أو التمويل من الشركاء الخارجيين، أو بالجمع بين كل هذه المصادر أو بعض منها.

8. **نقاط القوة:** ما نقاط قوة النظام؟ يمكن أن تتنوع هذه النقاط فتشمل قاعدة قوية من المشاركين، أو الإدارة النشطة، أو الإدارة التي تعمل بشفافية، أو استخدام نظام من نظم المعلومات، وتعتبر نقاط القوة عن عناصر النشاط في هذا النظام التي ترتبط عادة بالأشخاص القائمين على إدارته، وتشكل عادة أحد أهم العناصر التشخيصية للنظام.

9. **نقاط الضعف:** ما نقاط ضعف النظام؟ يمكن أن تشمل نقاط الضعف، مثلاً: غياب البيانات الخاصة بالمستفيدين، أو بعض مواضع الاختناقات في النظام، أو ضعف القدرات المؤسسية التي قد تكون تنظيمية أو فنية أو مالية وتشكل بدورها عناصر تشخيصية مهمة.

10. **التقييم:** هل خضع النظام أو مقدمو الخدمات الصحية أو كليهما إلى تقييم مؤخراً؟ نبين هنا وجود تقييم حديث أو أكثر (بما في ذلك الدراسات الاكتوارية، أو دراسات معنية بجودة الرعاية، أو ما دون ذلك)، ومدى وجود وثائق خاصة به - إن انطبق هذا البند على النظام.

11. **المخصصات التي تم التخطيط لها:** هل النظام أحد عناصر استراتيجية محددة أو أهداف خاصة من منظور التنمية أو التعزيز في المستقبل القريب؟ يمكن أن تنشأ هذه الأهداف أو الاستراتيجيات من إحدى سياسات الحماية الاجتماعية، أو في إطار إحدى السياسات الداخلية للهيئة القائمة على الإدارة، أو من أحد الشركاء الفنيين أو الماليين، يوضح هذا المستوى مدى اشتغال الإصلاحات التي تم التخطيط لها على دمج اللاجئين.

12. **اللاجئون المؤهلون للانضمام:** ما فئة اللاجئين الذين يمكنهم الانضمام إلى هذا النظام؟ يتيح العمود الأخير إمكانية مراجعة فرص تغطية بعض الأسر المعيشية بالآليات الموضحة، مثل اللاجئين الحاصلين على وظيفة في القطاع الرسمي، أو اللاجئين الذين يعملون في القطاع غير الرسمي، أو اللاجئين المحرومين من الموارد، أو غير ذلك، ويوضح هذا الجزء عدد الأسر المعيشية والأفراد المعنيين متى توافرت البيانات الخاصة بهم.

للمزيد من المعلومات بشأن تقييم برامج الحماية الصحية الاجتماعية يرجى الاطلاع على ما يلي:

C. Normand et al.: *Social health insurance. A guidebook for planning*, 1st and 2nd edition. ILO and WHO. 1994, 2009.

متاح على الرابط الآتي: https://www.who.int/health_financing/documents/shiguidebook.pdf

المرفق 2: أمثلة قطرية

بوركيينا فاسو

عادة لا تتوفر في بلدان غرب ووسط أفريقيا سوى نظم التأمين الصحي المجتمعي التي تعرف عادة باسم التأمين الصحي التكافلية، ويقوم على تنفيذها أطراف وطنية أو خارجية، وعادة يتم إنشاؤها لخدمة فئات سكانية محددة، وقد يؤدي انضمام اللاجئين إليها إلى إحداث اختلال لا يمكن توقع عواقبه، ويصعب تحديده وإدارته من خلال تلك النظم في حالة عدم كفاية القدرات الإدارية الفنية القائمة عليه.

وهذا هو الوضع في بوركيينا فاسو، حيث ألحق اللاجئين الذين يعيشون في واغادوغو وبوبو ديولاسو منذ عام 2016 في منظمتين عاملتين من منظمات التأمين الصحي التكافلية تقدمان حزمة جيدة من الخدمات، ولتشجيع اللاجئين على تجديد عضويتهم بدأت المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين بتخفيض المساهمة المقدمة للأسر المعيشية من 100 في المائة في السنة الأولى وصولاً إلى صفر في المائة بعد خمس سنوات. وأبرزت إحدى الدراسات التي أجريت عام 2018 عددا من الملاحظات، كالآتي:

- استهلك اللاجئين في واغادوغو المزيد من الخدمات مقارنة بالأعضاء المواطنين بمعدل يتراوح ما بين ثمانية أضعاف إلى اثني عشر ضعفا من خدمات المنظمة الصحية التكافلية، ويمكن تفسير هذا الوضع جزئيا على أن المفوضية كانت تتحمل تكلفة الرعاية التي لم تكن شركة التأمين التكافلية تغطيها، مما كفل توفير التغطية الإضافية، وبالتالي شجع على تزايد مستويات استخدام الخدمات الصحية.
- قد يعزى جزء آخر من التفسير إلى تسبب انحسار الدعم المقدم من المفوضية بالتدرج إلى تقليل عدد الأشخاص الذين تدفع الأسر المعيشية اشتراكاتهم، أي تغطية الأفراد الأكثر عرضة للمرض فقط بالتأمين (ما يعرف باسم «ظاهرة الاختيار غير الموفق»).
- نتيجة لذلك، على الرغم من أن اللاجئين مثلوا الأقلية في التأمين الصحي التكافلية، فقد زاد متوسط استهلاكهم للرعاية الصحية، ونظرا لضعف الإدارة الفنية للمؤسسة التكافلية، لم تتمكن من قياس هذه الظاهرة التي كان يمكن أن تحدث اختلالاً مالياً جسيماً.

تتمثل الدروس المستفادة من تلك التجربة في أمرين:

- أ. عندما تكون العضوية طوعية، لا يفهم اللاجئون - بل والمجتمعات المستضيفة كذلك - ولا يتقبلون مبادئ تقنين النظم الصحية والمبادئ الأساسية المتعلقة بتجميع المخاطر بالقدر الكافي، ولذا يصبح من الضروري المشاركة الكثيفة في المجتمع، والتواصل داخله لشرح النظام وتقييم استعداد اللاجئين للمساهمة في النظم قبل تنفيذها.
- ب. تعاني إدارة المؤسسات التكافلية المجتمعية من ضعف قدراتها، ومع ذلك نتسم إدارة التأمين بالتعقيد، وفي هذه الحالة أدى دمج اللاجئين إلى اختلال النظام، الذي لم تتمكن المؤسسة التكافلية من إدارته، ولا بد من دراسة الاتفاق مع شركة تأمين صحي تكافلية بعناية، مع تقييم قدراتها الفنية على الإدارة، وضرورة تعزيز هذه القدرات، وإذا كان نظام الحماية الصحية الاجتماعية الوطني قيد الإنشاء، قد يكون من الأفضل دعم هذه العملية والمساعدة على دمج اللاجئين فيه من البداية.

وقد خططت بوركينا فاسو لإنشاء نظام وطني للتأمين الصحي الشامل اعتباراً من عام 2020، من المفترض أن يشمل جميع السكان بالتدريج، ولكن هذا النظام لم يطلق بعد، وأوضحت الحكومة أن النظام سيكون مفتوحاً للاجئين.

الكاميرون

بدأت مفوضية شؤون اللاجئين مؤخراً استراتيجية تدريبية لفك ارتباطها بتقديم المساعدات المباشرة، ومع ذلك، لا توجد في الوقت الحالي حلاً بديلاً في هيئة نظم للتأمين الصحي متاحة للاجئين الذين يعيشون في الأساس في مناطق حضرية وريفية وينتمون إلى الاقتصاد غير الرسمي، وتتسم حركة التأمين التكافلية بالضعف الشديد ولا توفر حلاً، ومع ذلك، بدأت الكاميرون العمل نحو وضع نظام للتغطية الصحية الشاملة يهدف إلى تعزيز إتاحة الرعاية الصحية ذات الجودة لجميع السكان من خلال الأنظمة القائمة على الاشتراكات وغير القائمة على الاشتراكات، ولكن لا بد من الاستعداد الفني بدرجة كبيرة، فضلاً عن إبداء الالتزام السياسي الكامل بالمشروع، ولذا لن تتوفر التغطية الصحية الشاملة على المدى القصير، ولكنها تتيح إمكانية جيدة تستعد المفوضية للاستفادة منها، وذلك من خلال استراتيجية متكاملة وفي إطار استراتيجية المفوضية المتعددة السنوات والمتعددة الشركاء، ومن خلال الخطة الاستراتيجية لدمج الرعاية الصحية المقدمة للاجئين في نظام الرعاية الصحية الوطني في الكاميرون في الفترة ما بين 2017 إلى 2021.

جمهورية الكونغو الديمقراطية

أدى تنفيذ استراتيجية الاكتفاء الذاتي التي وضعتها مفوضية شؤون اللاجئين في الكونغو الديمقراطية عام 2016 إلى تحويل المساعدة الطبية نحو ضم اللاجئين في المناطق الحضرية إلى مؤسسات الرعاية الصحية التكافلية، مع وضع خطة طويلة الأجل تستهدف الوصول إلى دفع اللاجئين قيمة اشتراكاتهم، وبدأت هذه الاستراتيجية الخاصة باللاجئين في المناطق الحضرية في لوبومباشي وغوما وبوكافو، حيث ربطت الشراكات بمختلف الأنظمة المتناهية الصغر للتأمين الصحي، وفي الوقت الحالي، لا يوجد نظام وطني للحماية الاجتماعية في مجال الصحة من شأنه توفير التغطية الموحدة للاجئين، وفي هذا السياق، يجوز للمفوضية الانخراط في تنفيذ السياسات الوطنية في مجال الحماية الاجتماعية من خلال دعم تطوير النهج الابتكاري من منظور التغطية الصحية لتجمعات اللاجئين في المناطق الحضرية والريفية، وينطوي ذلك على تنفيذ برنامج للدعم الفني وتطبيقه على نظم التأمين القائمة، وبالتوازي يعزز هذا النهج اعتماد اللاجئين على أنفسهم من خلال تحسين إتاحة أنشطة التمكين الاقتصادية.

موريتانيا

أجريت دراسة جدوى انضمام اللاجئين في المناطق الحضرية إلى نظام التأمين الصحي الأساسي في موريتانيا الذي يديره الصندوق الوطني للتأمين ضد المرض (CNAM)، ولكن تبين أنها غير ملائمة بناءً على أداء النظام وتكلفته، وإن تأسيس صندوق إقليمي جديد للتأمين الصحي التكافلي (RMHF) يدعمه الاتحاد الأوروبي وتشغله وزارة الصحة سوف يساعد على تحسين الحماية الصحية الاجتماعية للقطاع غير المنظم، ومن المزمع البدء في التنفيذ في نهاية عام 2020 في نواكشوط الغربية والجنوبية وبراكنا، بهدف التوسع في تطبيقه على القطر كله، وتعكف المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على تقييم النظام الجديد لترى إمكانية إلحاق اللاجئين به، أما في حالة لاجئي مخيم أمبرة، فسوف يشهد مشروع «عناية» الذي يموله البنك الدولي نقلة تدريبية (اعتباراً من عام 2020) من الخدمات التي تدعمها المفوضية إلى دمج اللاجئين في النظام الوطني للرعاية الصحية، حيث يتاح للاجئين الوصول إلى الخدمات على قدم المساواة مع المواطنين الذين يستضيفونهم.

رواندا

يتألف نظام الحماية الصحية الاجتماعية في رواندا من عدة نظم تتناول مختلف الفئات المهنية والاجتماعية والاقتصادية، العديد من الطلاب مسجلون في الصندوق الوطني الجامعي التكافلي، والعمال مشمولون بالتغطية تحت مظلة شركة التأمين الصحي الرواندية (RAMA)، ونظام التأمين الصحي المجتمعي عبارة عن نظام عمومي للضمان الاجتماعي يديره مجلس الضمان الاجتماعي في رواندا، وتعهدت الحكومة الرواندية في عام 2017 بدمج اللاجئين بالتدرج في نظام الحماية الصحية الاجتماعية، وقد أجرت منظمة العمل الدولية والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين دراسة جدوى فنية في السنة التالية، وبدأ إلحاق اللاجئين في المناطق الريفية في سبتمبر 2019، وصحبه إصدار بطاقات هوية لهم من الحكومة في رواندا، وكشفت دراسة الجدوى فعليا عن وجود علاقة وطيدة بين تدابير الحماية القانونية للاجئين - مثل حصولهم على وثائق هوية في البلد المضيف - والحواجز الإدارية التي تحول دون إتاحة الحماية الاجتماعية والرعاية لهم.

وفي الوقت الحالي يبلغ عدد المشمولين بالتغطية حوالي 6.200 من الكبار والأطفال من خلال التأمين الصحي المجتمعي، والهدف القصير الأجل هو إلحاق 12 ألف لاجئ ممن يعيشون في المناطق الحضرية بالنظام، مع التوسع في هذه التغطية لتشمل أولئك الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين في مرحلة لاحقة، وتُناقش أي طرق للتكيف في سياق مذكرة التفاهم المبرمة بين الوزارة المسؤولة عن اللاجئين والتأمين الصحي المجتمعي والمفوضية بهدف ضمان إتاحة ظروف للاجئين تشبه الظروف التي تتمتع بها المجتمعات المستضيفة لهم، وسوف يتطلب ذلك على وجه الخصوص تطبيق نظام تصنيف للاشتراكات على اللاجئين، فضلا عن إجراءات لتسجيلهم وتجديد عضويتهم على نحو يشبه تلك النظم المتاحة للأسر المعيشية في رواندا التي تعمل في الاقتصاد غير المنظم، وسوف تزيد قيمة الاشتراكات التي يسدها اللاجئون حسب قدرتهم على السداد، في حين سوف تقلص المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين تدريجيا نصيبها من الاشتراكات، ومع ذلك سوف تستمر في تغطية الاشتراكات الخاصة بالأطفال والأشخاص الذين يعيشون في ظروف هشة والأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة.

السنغال

تطبق السنغال منذ عام 2014 برنامجا وطنيا خاص بالتغطية الصحية الشاملة يتمتع بدعم من الدولة بشكل كبير، ويهدف إلى مد التغطية الصحية إلى جميع الأسر المعيشية، بما في ذلك أفقرها، ومع ذلك، تواجه هذه السياسة الكريمة صعوبات فنية ومالية، وصعوبات في ضمان مواصلة تقديم الخدمات وجودتها، وهذه التغطية الصحية الشاملة والسياسات المعنية بالرعاية الصحية المجانية التي تقدم لبعض الفئات السكانية (الأطفال والنساء الحوامل وكبار السن) لا تشمل اللاجئين، وقد تبلورت فرصتان مع نهاية عام 2018، هما: أولا: إعداد سياسة معنية بالتأمين الصحي الشامل، تمنح الحق في التغطية الصحية لكل شخص يعيش في السنغال، وثانيا: وضع استراتيجية متعددة السنوات بالتعاون بين السنغال والمفوضية تنص على حشد الموارد بغية تمويل نفس آليات دعم الاشتراكات المتاحة للمواطنين السنغاليين، وبالتالي ينبغي أن تكون التغطية الصحية الشاملة مفتوحة أمام اللاجئين في المناطق الحضرية والريفية، وسوف يعني ذلك تحول الأمر من التغطية الحالية للاجئي داكار الذي تتولاه إحدى منظمات التأمين الصحي التكافلية، والتي تتسم بتكلفتها العالية نسبيا ويسهم في تسرب اللاجئين مع تقليص المفوضية مساهمتها المالية.

السودان

يغطي الصندوق القومي للتأمين الصحي في السودان نحو نصف السكان ويوفر رعاية صحية موسعة، حيث تقدم الخدمات في الأساس في مرافق الرعاية الصحية العامة وتستخدم قائمة معتمدة للأدوية، وتشمل تلك التغطية الفقراء والمجتمعات الضعيفة، ويدعم التزام تلك الفئات مجموعة متنوعة من برامج المنح، وقد أطلقت المفوضية برنامجاً تجريبياً في عام 2016 يمكن بعض اللاجئين في المناطق الحضرية في الخرطوم من الاستفادة من تغطية الصندوق القومي، حيث تسد الاشتراكات نيابة عن اللاجئين للسنة الأولى، ومع ذلك، اتضح أن أغلب اللاجئين يعتبرون من الفقراء وأن مستويات دخولهم محدودة بسبب غياب الفرص الاقتصادية، وتتطلب مواصلة تغطية اللاجئين بعد انتهاء المشروع التجريبي ربطه بالأنشطة التي تهدف إلى تعزيز سبل عيشهم وقدرتهم على المساهمة في التأمين.

مسرد المصطلحات²⁰

النظام القائم على الاشتراكات

نظام تحدد فيه الاشتراكات التي يدفعها الأشخاص المشمولون بالحماية استحقاقهم للمزايا (الحقوق المكتسبة)، وأكثر أشكال النظم القائمة على الاشتراكات شيوعاً هو نظام التأمين الاجتماعي.

ويمكن أن تمويل الأنظمة القائمة على الاشتراكات تمويلاً كاملاً من خلال الاشتراكات؛ ولكنها عادة تمويل جزئياً من الضرائب أو من مصادر أخرى، ويجوز أن يتم ذلك من خلال الدعم المقدم ليشمل العجز، أو من خلال دعم عام يستعاض به عن الاشتراكات كاملة، أو من خلال تدعيم فئات محددة من المشتركين أو المستفيدين (مثل الأشخاص الذين لا يسددون اشتراكات لقيامهم برعاية أطفال، أو لأنهم يدرسون، أو لأنهم يؤدون خدمة عسكرية، أو لأنهم عاطلون عن العمل، أو لتدني دخولهم بدرجة تحول دون سدادهم اشتراكات كاملة، أو يحصلون على المزايا الآتي ذكرها بنسبة أدنى من حد معين بسبب تدني اشتراكاتهم في الماضي).

المساواة في المعاملة

لا يخلو أي مجتمع من التمييز، فالتمييز في الاستخدام والمهنة ظاهرة عالمية آخذة في التطور بصفة دائمة بالفعل، ويمنع ملايين النساء والرجال حول العالم من الوصول إلى الوظائف والتدريب، ويتلقون رواتب متدنية أو يقيدون بمهن معينة لا لشيء إلا لجنسهم، أو لون بشرتهم، أو وضع هجرتهم، أو عرقهم، أو معتقداتهم، دون النظر إلى قدراتهم ومهاراتهم، والتحرر من التمييز حق أساسي من حقوق الإنسان، وهو ضروري ليتمكن العمال من القدرة على اختيار وظيفتهم بحرية، ومن تنمية إمكاناتهم إلى الحد الأقصى لجني الثمار الاقتصادية بناء على جدارتهم، وبترتب على تحقيق المساواة في مكان العمل الكثير من المزايا الاقتصادية، وأصحاب العمل الذين يمارسون تحقيق المساواة يمكنهم الحصول على قوة عاملة تتسم بقدر أكبر من التنوع والجودة، أما العمال الذين يتمتعون بالمساواة فتزيد قدرتهم على الحصول على التدريب، ويحصلون على أجور أعلى عادة، وتوفر معايير منظمة العمل الدولية بشأن المساواة أدوات للقضاء على التمييز في جميع جوانب العمل والمجتمع ككل. معايير العمل ذات الصلة متاحة على الرابط التالي:

https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12030:0::NO::#Equality_of_opportunity_and_treatment

أما فيما يتصل بالضمان الاجتماعي على وجه الخصوص، انظر الاتفاقية رقم 118 بشأن المساواة في المعاملة (في مجال الضمان الاجتماعي) لسنة 1962:

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_c118_ar.pdf

والمساواة في معاملة اللاجئين والمواطنين من المبادئ المهمة التي ترسيها الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين لعام 1951، حيث تنص المادة 24 بشأن تشريع العمل والضمان الاجتماعي على ما يلي: «تمنح الدول المتعاقدة اللاجئين المقيمين بصورة نظامية في إقليمها نفس المعاملة الممنوحة لمواطنيها». يمكن الاطلاع على الاتفاقية على الرابط الآتي:

<https://www.hlrn.org/img/documents/Refugee%20Convention%20195120%ar.pdf>

20 للمزيد من المراجع يمكن الاطلاع على ما يلي:

“World social protection report 2017–19: Universal social protection to achieve the sustainable development goals”. Geneva: ILO. <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=594>.

حق الإنسان في الصحة

الحق في الصحة «الحق في الصحة حق شامل، فهو لا يقتصر على تقديم الرعاية الصحية المناسبة وفي حينها فحسب، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة. ومنها: الإمداد الكافي بالغذاء الآمن والتغذية والسكن؛ الحصول على مياه الشرب الصالحة مرافق الصرف الصحي المناسبة؛ الظروف الصحية للعمل والبيئة؛ الحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة...» (اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية).

يمكن الاطلاع على مجموعة أدوات المفوضية السامية لحقوق الإنسان المعنية بالحق في الصحة من الرابط الآتي: <https://www.ohchr.org/ar/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

الاقتصاد غير المنظم

يشير مصطلح «الاقتصاد غير المنظم» إلى جميع الأنشطة الاقتصادية التي يخطر فيها العمال والوحدات الاقتصادية التي لا تشملها الترتيبات الرسمية، أو لا تشملها بالقدر الكافي، والتي لا تنظمها الدولة ولا تحميها - سواء بموجب القانون أو الممارسة - يعمل ستة من بين كل عشرة عمال، وأربع من بين كل خمس منشآت في العالم في الاقتصاد غير المنظم.

وتقر توصية منظمة العمل الدولية رقم 204 ذات الأهمية العالمية بتنوع الأوضاع غير المنظمة على نطاق واسع، بما في ذلك بعض السياقات الوطنية الخاصة، وبأولويات الانتقال إلى الاقتصاد المنظم، وتقدم إرشادات عملية لتناول تلك الأولويات، وتحدد التوصية بوضوح نطاق تطبيقها الواسع والتفصيلي الذي يسري على جميع العمال، والوحدات الاقتصادية، والمنشآت، وأصحاب المشاريع، والأسر المعيشية في الاقتصاد غير المنظم، ويمكن رصد العمل غير المنظم في جميع القطاعات الاقتصادية في المجال العام والمجال الخاص.

توفر التوصية رقم 204 إرشادات إلى الدول الأعضاء من أجل تحقيق هدف ثلاثي:

- (أ) تسهيل انتقال العمال والوحدات الاقتصادية من الاقتصاد غير المنظم إلى الاقتصاد المنظم، وفي الوقت ذاته احترام الحقوق الأساسية للعمال، وضمان الفرص لتوفير أمن الدخل وأسباب العيش وتنظيم المشاريع.
- (ب) تشجيع خلق المنشآت والوظائف اللائقة والحفاظ عليها واستدامتها في الاقتصاد المنظم، وتعزيز انساق سياسات الاقتصاد الكلي والعمالة والحماية الاجتماعية وغير ذلك من السياسات الاجتماعية.
- (ج) الحيلولة دون انتشار السمة غير المنظمة في وظائف الاقتصاد المنظم.

النظام القائم على قياس مستوى الدخل

نظام يقدم المزايا بناء على إثبات الاحتياج ويستهدف بعض الفئات من الأشخاص أو الأسر المعيشية ممن تقل مواردهم عن حد معين، ويشار إليه عادة باسم «نظام المساعدات الاجتماعية»، ويستخدم قياس مستوى الدخل لتقييم مدى تدني موارد الفرد أو الأسرة المعيشية (دخلهم أو أصولهم أو كليهما) عن حد معين لتحديد أهليتهم للحصول على مزايا، والمستوى الذي تقدم المزايا عند بلوغه، وفي بعض البلدان يستخدم قياس مستوى الدخل بالوسائل غير المباشرة، أي تحدد أهلية الانضمام إلى النظام دون تقييم الدخل أو الأصول؛ بل بناء على خصائص أخرى تتعلق بالأسرة المعيشية (وسائل غير مباشرة) تعتبر أيسر في ملاحظتها، ويجوز أن تشمل النظم القائمة على مستوى الدخل أيضاً على الشروط والالتزامات المرتبطة بالاستحقاق؛ مثل اشتراطات العمل، والمشاركة في الفحص الصحي الدوري، أو الذهاب إلى المدرسة (في حالة الأطفال)، وتشمل بعض برامج قياس مستوى الدخل على تدخلات أخرى تقدم، بالإضافة إلى التحويلات الفعلية للدخل.

النظام غير القائم على الاشتراكات

عادة لا تتطلب النظم غير القائمة على الاشتراكات - التي تشمل النظم القائمة على قياس مستوى الدخل والأخرى غير القائمة على قياس مستوى الدخل - اشتراكاً مباشراً من المستفيدين أو من أصحاب العمل كشرط لاستحقاق الحصول على المزايا ذات الصلة، ويشمل المصطلح قطاعاً واسعاً من النظم، بما في ذلك النظم الشاملة لجميع السكان (مثل الخدمات الصحية الوطنية)، أو النظم الفئوية الموجهة لمجموعات واسعة من السكان (مثل الأطفال دون سن معين، أو كبار السن الأكبر من سن معين)، والنظم القائمة على قياس الدخل (مثل نظم المساعدات الاجتماعية)، وتمول النظم غير القائمة على الاشتراكات عادة من خلال الضرائب أو من الإيرادات الحكومية الأخرى، أو في بعض الأحيان من خلال المنح أو القروض الخارجية.

الإنفاق من الأموال الخاصة

يعرف الإنفاق من الأموال الخاصة بأنه المبالغ المباشرة التي يدفعها الفرد إلى مقدمي الرعاية الصحية وقت استخدام الخدمة، ويستثنى من ذلك أي سداد مسبق للخدمات الصحية، ويكون - على سبيل المثال - على هيئة ضرائب أو أقساط تأمينية محددة، أو اشتراكات تأمينية، فضلاً عن المبالغ التي تُرد إلى الفرد الذي دفعها. للمزيد من المعلومات عن التعريف الإحصائي للإنفاق من الأموال الخاصة يمكن الاطلاع على الرابط الآتي:

https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/

الرعاية الصحية الأولية

تتناول الرعاية الصحية الأولية أغلب الاحتياجات الصحية للشخص طوال حياته، وتشمل العافية البدنية والعقلية والاجتماعية، وترتكز على الشخص لا على المرض، والرعاية الصحية الأولية نهج للمجتمع بأكمله يشمل تعزيز الصحة، والوقاية من المرض، والعلاج وإعادة التأهيل، والرعاية الملطفة.

ويشتمل نهج الرعاية الصحية الأولية على ثلاثة مكونات، وهي:

- تلبية احتياجات الأشخاص الصحية طوال حياتهم.
- تناول المقومات الأوسع نطاقاً للصحة من خلال السياسات والإجراءات المتعددة القطاعات.
- تمكين الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية لتولي زمام أمورهم الصحية.

ومن خلال توفير الرعاية في المجتمع ومن خلاله أيضاً، لا تقتصر الرعاية الصحية الأولية على احتياجات الفرد والأسرة الصحية؛ بل تشمل المسألة الأوسع المرتبطة بالصحة العامة وباحتياجات فئات سكانية بعينها.

وقد نص [إعلان ألما آتا](#) الصادر عام 1978 على مبادئ الرعاية الصحية الأولية لأول مرة، ويمثل أحد المعالم الرئيسية للصحة العالمية، وبعد انقضاء أربعين سنة، صدق زعماء العالم على [إعلان الأستانا](#) أثناء [المؤتمر العالمي حول الرعاية الصحية الأولية](#) الذي انعقد في الأستانا في كازخستان في أكتوبر 2018.

للمزيد من المعلومات: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

نظام التأمين الاجتماعي

نظام للحماية الاجتماعية قائم على الاشتراكات، يضمن الحماية من خلال إحدى آليات التأمين بناء على ما يلي:

- السداد المسبق للاشتراكات، أي قبل حدوث الحالة الطارئة المؤمن عليها.
 - تقاسم المخاطر أو «مشاركتها».
 - مفهوم الضمان، الاشتراكات التي يدفعها الأشخاص المؤمن عليهم (أو تدفع عنهم) يتم تجميعها ويستخدم التمويل الناتج عنها في تغطية النفقات التي يتكبدها فقط الأشخاص الذين يتأثرون بوقوع الحالة أو الحالات الطارئة (المعرفة بوضوح).
- وبخلاف التأمين التجاري، يستند تشارك المخاطر في التأمين الاجتماعي إلى مبدأ التضامن مقارنة بالأقساط التأمينية التي تحتسب بشكل فردي.
- توصف العديد من أنظمة الضمان الاجتماعي القائمة على اشتراكات بأنها أنظمة «تأمينية» (عادة «أنظمة تأمين اجتماعي») على الرغم من كونها فعلياً ذات طابع مختلط، إذ يدخل فيها بعض العناصر غير القائمة على اشتراكات في إطار استحقاق المزايا، ويتيح ذلك توزيع المزايا بقدر أكبر من الإنصاف، وخصوصاً لمن يحصلون على دخول متدنية، أو من يتسم مسارهم الوظيفي بالقصر أو التقطع، أو فئات أخرى، وتتخذ هذه العناصر غير القائمة على اشتراكات أشكالاً متنوعة، حيث يمولها مشتركون آخرون (إعادة التوزيع في إطار النظام) أو تمولها الدولة.

الحماية الاجتماعية وحقوق الإنسان في الضمان الاجتماعي

الحماية الاجتماعية هي الحماية التي يمنحها المجتمع في حالة طوارئ الحياة، التي يمكن أن تحدث خلال دورة حياة الشخص، وتعرف على أنها مجموعة من السياسات والبرامج التي صممت للحد من الفقر والهشاشة والإقصاء الاجتماعي والوقاية منها طوال دورة الحياة، وهي من الحقوق المنصوص عليها في إطار الحق في الضمان الاجتماعي، والحق في الضمان الاجتماعي هو الحق في الحصول على المزايا والحفاظ عليها، سواء أكانت نقدية أو عينية، دون تمييز بغية تأمين الحماية ضد: (أ) غياب الدخل المرتبط بالعمل بسبب المرض أو العجز، أو الأمومة، أو إصابة العمل، أو البطالة، أو الشيخوخة، أو وفاة أحد أفراد الأسرة، (ب) الرعاية الصحية غير الميسورة، (ج) عدم كفاية الدعم الأسري، وبخاصة للأطفال والكبار الذين يعولهم الشخص (اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام 19)، وينص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (عام 1948) على الحق في الضمان الاجتماعي، وتنص الصكوك القانونية الدولية الأخرى عليه.

وتشمل الحماية الاجتماعية تسعة مجالات أساسية وهي: مزايا الطفل والأسرة، وحماية الأمومة، ودعم البطالة، وإعانات إصابة العمل، وإعانات المرض، والحماية الصحية الاجتماعية (الرعاية الطبية)، وإعانات الشيخوخة، وإعانات العجز، وإعانات الوراثة، وتتناول نظم الحماية الاجتماعية جميع مجالات السياسات هذه من خلال توليفة من النظم القائمة على الاشتراكات (التأمين الاجتماعي)، والمزايا التي تمول من الضرائب غير القائمة على الاشتراكات (بما في ذلك المساعدات الاجتماعية).

«الحماية الاجتماعية» هي المصطلح الحديث الذي يشير إلى «الضمان الاجتماعي»، ويستخدم المصطلحان بالتبادل، وينبغي الإحاطة باحتمال تنوع معاني مصطلح «الحماية الاجتماعية» مقارنة بمصطلح

«الضمان الاجتماعي»، ليشمل الحماية المقدمة لأفراد الأسرة أو أفراد المجتمع المحلي، وفي مناسبات أخرى يستخدم أيضا بمعنى أضيق، إذ يفهم على أنه لا يشير إلا إلى التدابير الموجهة إلى أفقر الفقراء، أو أكثر الفئات هشاشة، أو إلى الأفراد المستبعدين في المجتمع، ومع ذلك، يستخدم المصطلح بالتبادل في أغلب السياقات، وتستخدم منظمة العمل الدولية ومؤسسات الأمم المتحدة بشكل عام المصطلحين في الخطاب الموجه إلى هيئاتها وعند إساءة المشورة ذات الصلة إليها.

يمكن الاطلاع على المعايير ذات الصلة بالحماية الاجتماعية من خلال المصادر الآتية:

- Building social protection systems: International standards and human rights instruments: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=54434>
- ILO social security standards: A global reference for social security systems: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=55563>
- موقع مشترك للوكالات المتخصصة التابعة للأمم المتحدة معني بالحماية الاجتماعية وحقوق الإنسان: <https://socialprotection-humanrights.org/>
- تقارير المفوض السامي لحقوق الإنسان، ويمكن الاطلاع عليها من الرابط الآتي: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/RightSocialSecurity/Pages/SocialSecurity.aspx>

الحد الأدنى للحماية الاجتماعية

أرضيات الحماية الاجتماعية عبارة عن مجموعة محددة من ضمانات الضمان الاجتماعي الأساسية التي تكفل الحماية الموجهة للوقاية من الفقر والضعف والإقصاء الاجتماعي، أو التخفيف من حدتها. ينبغي أن تشمل أرضيات الحماية الاجتماعية على الأقل على الضمانات الأساسية الآتية الخاصة بالضمان الاجتماعي:

(أ) الحصول على مجموعة من السلع والخدمات، محددة على المستوى الوطني تشمل الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك رعاية الأمومة، على أن تكون متوفرة ويسهل الوصول إليها ومقبولة وذات نوعية جيدة.

(ب) توفير أمن الدخل الأساسي للأطفال، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد على الصعيد الوطني، وتوفير الحصول على التغذية والتعليم والرعاية، وأي سلع وخدمات ضرورية.

(ج) توفير أمن الدخل الأساسي، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد على الصعيد الوطني، للأشخاص في سن العمل غير القادرين على كسب دخل كافٍ، لا سيما في حالة المرض والبطالة والأمومة والإعاقة.

(د) توفير أمن الدخل الأساسي، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد على الصعيد الوطني، للأشخاص المسنين.

(توصية منظمة العمل الدولية رقم 202، الفقرة 5).

وأرضيات الحماية الاجتماعية هي مكونات لنظام شامل للحماية الاجتماعية يكفل بالتدرج مستويات أعلى من الحماية، وتدعو الغاية 1.3 من أهداف التنمية المستدامة إلى استحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع، ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030.

الحماية الاجتماعية الشاملة

وفقا للإطار الدولي تشمل الحماية الاجتماعية الشاملة ثلاثة جوانب أساسية، وهي:

- التغطية الشاملة للأشخاص المشمولين بالحماية.
- الحماية الشاملة على مستوى المخاطر المشمولة بالتغطية.
- كفاية الحماية.

يمكن الرجوع إلى العرض الموجز الآتي للاطلاع على لمحة عامة عن المفهوم:

ILO. 2019. “Universal social protection. Key concepts and international framework”, Social protection for all issue brief. April 2019.

متاح على الرابط الآتي:

<https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=55517>

الإرشادات التوجيهية بناء على معايير منظمة العمل الدولية

1. المبادئ الأساسية المعنية بالرعاية الصحية

مبدأ شمول التغطية

وضع مبدأ شمول التغطية منذ زمن مبكر يرجع إلى عام 1944، إذ نصت عليه التوصية رقم 69 بشأن الرعاية الطبية في الفقرة 8، ونصها: «تغطي خدمات الرعاية الطبية كل أفراد المجتمع سواء كانوا يزاولون أو لا يزاولون عملاً مدراً للدخل» (التوصية رقم 69، فقرة 8)، وجاءت التوصية بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية عام 2012 لتؤكد على «شمولية الحماية استناداً إلى التضامن الاجتماعي» (التوصية رقم 202، الفقرة 3 (أ))، ولتكفل كحد أدنى «وطول الحياة لجميع المحتاجين إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الأساسية وأمن الدخل الأساسي» (التوصية رقم 202، الفقرة 3 (أ)).

مبدأ التكافل في التمويل

ينبغي أن يتم تحمل تكلفة الحصول على رعاية صحية ميسورة جماعياً من خلال آليات تجميع المخاطر، وينبغي تمويلها «عن طريق مدفوعات دورية منتظمة يمكن أن تكون في شكل اشتراكات في الضمان الاجتماعي، أو في شكل رسوم ضريبية، أو كلاهما» (التوصية رقم 69، الفقرة 4).

مبدأ كفاية الإعانات

تتناول الصكوك ذات الصلة مختلف أبعاد الكفاية، بما في ذلك الخدمات المشمولة بالتغطية، ومعايير الجودة التي ينبغي استيفاؤها ومستوى الحماية المالية الذي ينبغي تقديمه مقابل التكلفة.

- التغطية بالخدمة – «توفر رعاية وقائية وعلاجية كاملة في أي وقت ومكان لكل أفراد المجتمع (...)، وذلك بنفس الشروط وبدون أي عائق أو مانع إداري أو مالي أو سياسي أو غير ذلك مما لا علاقة له بحالتهم الصحية» (التوصية رقم 69، الفقرة 20)، وتوضح الاتفاقية ذات الصلة أيضاً تغطية «أي حالة مرضية أيا كان سببها» (الاتفاقية رقم 102، المادة 8)، والاتفاقية رقم 130، المادة (8)، بغية «الحفاظ على صحة الشخص المحمي وقدرته على العمل ورعاية شؤونه الشخصية أو استعادتها أو تحسينها» (الاتفاقية رقم 102، المادة (10.3)، والاتفاقية رقم 130 المادة (9)).
- كفاية الخدمات وظروف العمل للعاملين في مجال الصحة – ينبغي أن يستهدف النظام «تقديم أعلى مستوى ممكن من الرعاية» (التوصية رقم 69، الفقرة (46))، وينبغي أن تنطوي خدمات الرعاية الصحية «على أن تكون متوفرة ويسهل الوصول إليها، ومقبولة وذات نوعية جيدة» (التوصية رقم 202، الفقرة (5-أ))، وفي هذا الشأن تولى أهمية خاصة لظروف عمل ومهارات أعضاء المهن الطبية (التوصية رقم 69، الفقرات (57-65)، والاتفاقية رقم 149).
- الحماية المالية – على الرغم من السماح باقتسام التكلفة لأغراض الحيلولة دون سوء استخدام النظام، ينبغي ألا يؤدي ذلك «إلى تحميل المستفيد تكلفة باهظة» (الاتفاقية رقم 102، المادة (10.2)، وينبغي ألا يُطلب من المستفيدين الذين ليست لديهم القدرة المالية المشاركة في تكلفة الرعاية الطبية «بالنسبة للأمراض المعترف بأنها تستوجب رعاية طويلة الأجل» (التوصية 134، الفقرة (7))، وفي هذه الظروف يجوز إطالة المدة المقررة لتقديم الإعانات (الاتفاقية 102 المادة (12)، والاتفاقية 130 المادة (16.3))، وينصح كذلك بأنه «ينبغي ألا يخضع الحق في الرعاية الطبية ... لأي مدة مؤهلة» (التوصية رقم 134 الفقرة (4)).

المعايير الأساسية

- التوصية بشأن الرعاية الطبية (رقم 69)
- الاتفاقية رقم (102) بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي، لسنة 1952
- الاتفاقية رقم (130) بشأن الرعاية الطبية والإعانات المرضية، لسنة 1969
- التوصية رقم (134) بشأن الرعاية الطبية والإعانات المرضية، لسنة 1969
- الاتفاقية رقم (149) بشأن استخدام وظروف عمل ومعيشة العاملين بالتمريض، لسنة 1977
- التوصية رقم (202) بشأن الأرصديات الوطنية للحماية الاجتماعية، لسنة 2012

2. المتطلبات الأساسية: معايير منظمة العمل الدولية للضمان الاجتماعي بشأن الرعاية الصحية.

التوصية رقم 202 بشأن الحماية الأساسية	الاتفاقية رقم 130 (أ) والتوصية رقم 134 (ب) بشأن معايير أعلى	الاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا	
أي حالة صحية تتطلب علاجاً بما في ذلك الحمل.	ضرورة الحصول على الرعاية الطبية سواء وقائية أم علاجية.	أي اعتلال صحي بصرف النظر عن سببه، والحمل والولادة وتوابعهما.	ما الذي ينبغي تغطيته؟
على الأقل جميع المقيمين والأطفال، رهناً بالتزامات الدولة القائمة.	الاتفاقية رقم 130: جميع الموظفين بما في ذلك: - المتدربون وزوجاتهم وأطفالهم؛ أو - فئات مقررّة من السكان النشطين اقتصادياً تشكل ما لا يقل عن 75 في المائة من مجموع السكان النشطين اقتصادياً (يستمر الأشخاص الذين يحصلون على إعانات ضمان اجتماعي في التمتع بالحماية بمقتضى الشروط المقررة). التوصية 134: يشمل المستحقون أيضاً: الأشخاص المستخدمين في عمل له طبيعة عارضة وأسرهم، أفراد أسرة صاحب العمل الذين يعيشون في بيته ويعملون لحسابه، وكل الأشخاص النشطين اقتصادياً.	على الأقل: - 50 في المائة من مجموع الموظفين وكذلك زوجاتهم وأولادهم؛ أو - فئات من السكان النشطين اقتصادياً (تشكل ما لا يقل عن 20 في المائة من مجموع المقيمين، وكذلك زوجاتهم وأولادهم؛ أو - 50 في المائة من مجموع المقيمين.	من الذي ينبغي تغطيتهم؟

السلع والخدمات المحددة على المستوى الوطني، تشمل الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك رعاية الأمومة، على أن تكون متوفرة ويسهل الوصول إليها ومقبولة وذات نوعية جيدة، وتوفير الرعاية الطبية قبل الولادة وبعدها مجاناً لأكثر الناس استضعافاً، مستويات أعلى من الحماية لصالح أكبر عدد ممكن من الناس بأقرب وقت ممكن.	الاتفاقية 130: تشمل الرعاية الطبية بغية الحفاظ على صحة الشخص المحمي وقدرته على العمل ورعاية شؤون الشخص أو استعادتها أو تحسينها: رعاية الممارس العام، ورعاية الأخصائي على أساس العلاج داخل المستشفى، المستحضرات الصيدلانية اللازمة، والإيداع في المستشفى عند الضرورة، وعلاج الأسنان وإعادة التأهيل الطبي. التوصية 134: تقديم الأجهزة المعاونة الطبية (مثل النظارات) وخدمات النظافة.	في حالات المرض: رعاية الممارس العام ورعاية الأخصائي في المستشفيات والمستحضرات الصيدلانية اللازمة، والإيداع في مستشفى عند الضرورة. في حالات الحمل والوضع وأثارهما: الرعاية التي يقدمها الأطباء الممارسون أو القابلات المؤهلات قبل الوضع وأثناءه وبعده؛ والإيداع في مستشفى عند الضرورة.	ما هي الإعانة المقررة؟
طيلة الاحتياج إليها حسب الحالة الصحية.	الاتفاقية 130: طيلة الحالة الطارئة. ويجوز أن تقتصر على 26 أسبوعاً عندما يكف مستفيد ما عن الانتماء لفئات الأشخاص المحمية، ما لم يكن المستفيد يحصل على رعاية طبية بالنسبة لمرض يستدعي علاجاً طويلاً، طالما يحصل على إعانة مرضية نقدية. التوصية 134: طيلة فترة الحالة الطارئة.	طوال استمرار الحالة الطارئة أو الحمل والوضع وأثارهما. يجوز أن تقتصر مدة منحها على 26 أسبوعاً في كل حالة مرض، لا يجوز وقف منح الإعانة الطبية طالما استمر صرف إعانة المرض، أو إذا كان المستفيد يخضع للعلاج من أمراض مفررة تستدعي علاجاً طويلاً.	ما مدة الحصول على الإعانة؟

ينبغي ألا يتعرض الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية صحية للضيق ولا احتمال تزايد فقرهم بسبب العواقب المالية المترتبة على حصولهم على الرعاية الصحية الأساسية. ينبغي تعريفها على المستوى الوطني وأن يرسبها القانون، مع تطبيق مبادئ عدم التمييز والاستجابة إلى الاحتياجات الخاصة والإدماج الاجتماعي وكفالة حقوق الأشخاص وكرامتهم.	الاتفاقية 130: لا يجوز أن تحرم هذه المدة المؤهلة الأشخاص الذين ينتمون عادة إلى فئات الأشخاص المحمية من الحق في الإعانة. التوصية 134: ينبغي ألا يخضع الحق في الرعاية الطبية لأي مدة مؤهلة.	يجوز النص على مدة مؤهلة يمكن اعتبارها ضرورية لتفادي التعسف في استعمال الحق.	ما الظروف المقررة لاستحقاق الإعانة؟
^أ الاتفاقية رقم (130) بشأن الرعاية الطبية والإعانات المرضية، لسنة 1969. ^ب التوصية رقم (134) بشأن الرعاية الطبية والإعانات المرضية، لسنة 1969.			

مصادر إضافية

C. Normand et al. 1994 and 2009. *Social health insurance. A guidebook for planning*. ILO and WHO.

متاح على الرابط الآتي:

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/instructionalmaterial/wcms_568927.pdf

ILO. 2020. *Towards universal health coverage: Social health protection principles*.

موجز كاشف عن الحماية الاجتماعية، متاح على الرابط الآتي:

<https://www.social-protection.org/gimi/RessourcePDF.action?id=56009>

ILO. 2019. *Building social protection systems: International standards and human rights instruments*.

متاح على الرابط الآتي:

<https://www.social-protection.org/gimi/ShowRessource.action?id=54434>

ILO. 2019. *Policy resource package on extending social security to workers in the informal economy*.

مجموعة من المصادر المتعلقة بالسياسات العامة، متاحة على الرابط الآتي:

<http://informaleconomy.social-protection.org>

ILO. 2017. *Social protection assessment-based national dialogue: A global guide*.

متاح على الرابط الآتي:

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_568693.pdf

قاعدة بيانات منظمة العمل الدولية الخاصة بالحماية الاجتماعية على مستوى العالم:

<https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=15>

منصة منظمة العمل الدولية للمعارف العالمية الخاصة بالحماية الاجتماعية: www.social-protection.org

نظام معلومات Normlex بشأن معايير العمل الدولية:

<https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:1:0>

التقييمات المشتركة بين الوكالات المعنية بالحماية الاجتماعية: <https://ispatools.org>

مجموعة أدوات خاصة بالحق في الصحة من إعداد المفوضية السامية لحقوق الإنسان:

<https://www.ohchr.org/ar/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية الخاصة بالإنفاق العالمي على الصحة: <https://apps.who.int/nha/database>

الإرشادات التوجيهية الصحية الصادرة عن المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين:

<https://www.unhcr.org/search?comid=4b4c91c49&cid=49aea9390&scid=49aea93ad&tags=public-health-guidelines>

استراتيجيات وسياسات المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين الخاصة بالصحة العامة:

<https://www.unhcr.org/search?lcode=EN&comid=4b4c8da19&tags=pubhealth-strategies&policies>

تقييم الصحة العامة ورصدها وتقويمها من إعداد المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين:

<https://www.unhcr.org/search?lcode=EN&comid=4b4df14f9&tags=evaluation-health>

مبادئ المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وإرشاداتها التوجيهية بشأن الإحالة الطبية للاجئين والأشخاص الآخرين المشمولين باختصاص المفوضية:

<https://www.unhcr.org/protection/health/4b4c4fca9/unhcrs-principles-guidancereferral-health-care-refugees-other-persons.html>

UNHCR ensuring access to health care operational guidance in urban areas. <https://www.unhcr.org/protection/health/4e26c9c69/ensuring-access-health-care-operationalguidance-refugee-protection-solutions.html>



© UNHCR/Felipe Imaldo

جاء هذا الدليل
تحت رعاية:

أُعد هذا المنشور في إطار برنامج منظمة العمل الدولية بشأن بناء
أرضيات حماية اجتماعية للجميع.

وزارة الشؤون الخارجية الهولندية

