خطط تنفيذ المنافع الصحية من قبل مؤسسة الضمان الاجتماعي الأردنية

ملاحظات واعتبارات في ضوء معايير

الضمان الاجتماعي لمنظمة العمل الدولية

مذكرة فنية

مكتب العمل الدولي

سبتمبر 2022

شكر وتقدير: أعد هذه المذكرة الفنية لو تيسيير- أخصائي الحماية الصحية في إدارة الحماية الاجتماعية بمنظمة العمل الدولية، ولوكا بيليرانو- كبير أخصائيي الحماية الاجتماعية في منظمة العمل الدولية لمنطقة الدول العربية، وماركو مالكاماكي- الخبير الفني في مجال الحماية الاجتماعية في منظمة العمل الدولية مكتب الأردن. تستند المذكرة إلى توصيات المراجعة القانونية والتقييم المالي لمقترح التأمين الصحي الذي تم الانتهاء منه في مارس 2022، بناءًا على طلب مؤسسة الضمان الاجتماعي، وتم إجراؤه بدعم فني من شاينا هولر من إدارة الحماية الاجتماعية بمنظمة العمل الدولية وجان كلود هينيكوت، مستشار تمويل الصحة. سهلت جلنار كردي ورنا الأنصاري من المكتب القطري لمنظمة العمل الدولية في الأردن، مشاركة الهيئات المكونة الوطنية في جميع مراحل العملية. تود منظمة العمل الدولية أن تعرب عن امتنانها للإدارة العليا لمؤسسة الضمان الاجتماعي والهيئات المكونة الثلاثية لمنظمة العمل الدولية في الأردن، للحوار والمشاركة حول هذا الموضوع.

خطط تنفيذ المنافع الصحية من قبل مؤسسة الضمان الاجتماعي الأردنية

ملاحظات واعتبارات في ضوء معايير الضمان الاجتماعي لمنظمة العمل الدولية

خلفية

على مدى العقدين الماضيين، أحرز الأردن تقدمًا في الوصول إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها، مع حدوث تأثير إيجابي على النتائج الصحية، وقد ترافق ذلك مع زيادة حادة في حصة الإنفاق الصحي الحكومي العام من إجمالي الإنفاق الصحي، والتي بلغت ذروتها في عام 2010, حيث أدت إلى إنخفاض كبير في حصة مصاريف الأسرة الواحدة من إجمالي الإنفاق الصحي العام. أما منذ عام 2015، فقد انعكس الاتجاه وارتفعت حصة مصاريف الأسرة الواحدة من إجمالي الإنفاق الصحي العام لتصل إلى 30% في عام 2018، وهو ما يستحوذ عليه القطاع الصحي الخاص على الأغلب. وعلاوة على ذلك، يستدعي المشهد الديموغرافي للسكان الأردنيين أيضًا حدوث ارتفاع في التكاليف الصحية على المدى المتوسط إلى الطويل، مما يترجم الحاجة إلى احتياجات رعاية صحية أعلى، في الوقت الذي استقر فيه الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية كنسبة من الإنفاق الحكومي عند حوالي 12 إلى 13 في المائة خلال نفس الفترة.

ومن الجدير بالذكر، أنه وبهدف الحد من حصة مصاريف الأسرة الواحدة على الصحة وتعزيز الوصول والمساواة بشكل أكبر؛ وضعت الحكومة الأردنية العديد من خطط وبرامج الحماية الصحية الاجتماعية على مر السنوات. وبحسب التعداد العام للسكان والمساكن لعام 2015، فإن 64٪ من الأردنيين مؤمن عليهم بنوع واحد على الأقل من التأمين الصحي، و 4.7٪ يتلقون خدمات رعاية صحية مجانية، مما يجعل التغطية الإجمالية لـ 68.7٪ من الأردنيين. ويتم تغطية غالبية الأردنيين المؤمن عليهم من خلال الخدمات الطبية الملكية (RMS) في إطار القوات المسلحة الأردنية (38.1٪)، ونظام التأمين الصحي المدني (CIP) الذي تديره وزارة الصحة (34.4٪) والتأمينات الخاصة (12.1٪). وبالإضافة إلى ذلك، تغطي الأونروا والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين جزءًا من تكاليف الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية للاجئين في ظل برامج الحماية الدولية. يمكن للأردنيين غير المؤمن عليهم الحصول على إعفاءات من الرسوم في حالات الحاجة الماسة من خلال وزارة الصحة و الخدمات الطبية الملكية، على أساس كل حالة على حدة ورهناً بتوافر الأموال. يُظهر مسح دخل وإنفاق الأسرة لعام (2018) أن فجوات تغطية التأمين الصحي موزعة بشكل متساوٍ تقريبًا عبر الفئات العشرية للدخل، وتتركز تغطية التأمين الصحي الخاص بين الفئات العشرية الأكثر ثراءً.

كما لوحظ في الاستراتيجية الوطنية للحماية الاجتماعية لعام 2019، أن نظام الحماية الصحية الاجتماعية العام يتميز بـ «برامج مماثلة تراكمت بمرور الوقت وتؤدي إلى عدم الكفاءة، والارتباك بشأن استحقاقات المنافع ومساهمات التأمين، وهيكل الرسوم الطبية الذي لا يتماشى مع التكلفة الحقيقية للخدمة ولا القدرة على الدفع». وقد أسفرت عدة محاولات لتحقيق التوحيد في نهج التمويل الصحي ومواءمة خطط التأمين الصحي عن إحراز تقدم محدود.

ولا تزال هناك فجوات في تغطية الحماية الصحية الاجتماعية. أولاً، في حين أن هناك حكمًا قانونيًا بموجب قانون الضمان الاجتماعي لعام (2014) للعاملين في القطاع الخاص وأسرهم ليكونوا مشمولين بمخطط عام، لم يتم تنفيذ هذا الحكم مطلقًا، لذلك لا تزال هذه الفئة من السكان في الوقت الحالي غير محمية إلى حد كبير. وثانيا، شهد الأردن، شأنه شأن العديد من البلدان المتوسطة الدخل، نموًا هامًا في القطاع الصحي الخاص، في حين ركزت معظم آليات الحماية الصحية الاجتماعية لفترة طويلة على المرافق العامة، مع الإصلاح في تطوير المشتريات الفعالة وتوفير الآليات التي تتقدم بوتيرة بطيئة؛ وهذا يعني أن خدمات الرعاية الصحية المطلوبة في القطاع الخاص يتم دفعها من الجيوب إلى حد كبير. وفي ضوء هذا الوضع، اشتركت عدد من الشركات - وخاصة الشركات الكبيرة التي تمثل نسبة صغيرة نسبيًا من السكان - والأفراد في بوالص التأمين الصحي الخاصة.

حاليًا، تقدم مؤسسة الضمان الاجتماعي (SSC) الأردنية المنافع في إطار أربعة فروع للمنافع تشمل المعاشات التقاعدية (الشيخوخة والعجز والورثة)، وتأمين إصابات العمل، وتأمين الأمومة، وإعانات البطالة. تخطط الحكومة الأردنية، من خلال مؤسسة الضمان الاجتماعي، لبدء طرح المنافع الصحية للعاملين في القطاع الخاص والمتقاعدين وأسرهم، والذين هم بالفعل ضمن نطاق تغطية مؤسسة الضمان الاجتماعي، مع التركيز على رعاية المرضى داخل المستشفى وعلاج السرطان.

وفي هذا السياق، توضح هذه المذكرة الاعتبارات الرئيسية في ضوء المعايير الدولية لحماية الصحة الاجتماعية.

خطة استراتيجية لضمان الحصول على الرعاية الصحية دون مشقة لجميع السكان

يعتمد ثلث السكان الذين غير المشمولين بالتأمين الصحي على برنامج الإعفاء من الرسوم لكل حالة على حدة، أو بوالص التأمين الخاصة التي يقودها صاحب العمل أو الفرد بذاته، دون آلية مناسبة ممولة مسبقًا على أساس التكافل في التمويل. تنص معايير منظمة العمل الدولية بشأن الحماية الصحية الاجتماعية، ولا سيما التوصية الخاصة بأرضيات الحماية الاجتماعية رقم 202 وتوصية الرعاية الطبية رقم69 ، على شمولية التغطية من خلال تجميع المخاطر على نطاق واسع مع التضامن في التمويل. تهدف مبادرة تطبيق أحكام قانون الضمان الاجتماعي (2014) الخاص بالمنافع الصحية إلى تغطية الفئات غير المشمولة. تشير التقديرات المتحفظة إلى أن ما يقرب من 400 ألف عامل أردني مسجلين بالفعل في مؤسسة الضمان الاجتماعي مع مُعاليهم سيتم تغطيتهم من خلال المنافع الصحية الجديدة، كما ستقدم الخطة أيضًا وسائل لتوفير الحماية الصحية المدفوعة للعمال المهاجرين المسجلين لدى مؤسسة الضمان الإجتماعي.

في الممارسة العملية، ولتعظيم التأثير الفعال على توسيع التغطية، يجب أن تكون التغطية مصحوبة بجهود لإنفاذ القانون في الاقتصاد غير الرسمي، وهذا يجب أن يسير بالتوازي مع الإعتبار الواقعي لقدرات العاملين في الاقتصاد غير الرسمي وأسرهم على المساهمة في مثل هذه الخطط ودعمهم للسماح لهم بالوصول إلى آليات التأمين الاجتماعي بشكل عام.

وبالإعتماد على تفاصيل تصميم هذه المبادرة، فيمكن أن تسمح أيضًا باستبدال بعضًا من تغطيات التأمين الصحي الخاص بنظام مُدار بشكل عام حيث يتم تجميع الإيرادات من المساهمات النسبية (وليس المرتبطة بالمخاطر) معًا. وأخيراً، يمكن أن يخفف العبء الذي تتحمله ميزانية الدولة لتغطية عدد من المُعالين من العمال المسجلين لدى مؤسسة الضمان الإجتماعي، والمتقاعدين المستقبليين والمستفيدين من برنامج الإعفاء من الرسوم لكل حالة على حدة.[1]

ومع سد فجوة التغطية المتبقية، فإن ضمان كفاية منافع الحماية الصحية الاجتماعية يمثل أولوية. وغالبية السكان الأردنيين مشمولين بالحماية الصحية الاجتماعية، ولكن حتى بالنسبة للسكان المشمولين، لا يزال الحصول الفعال على الرعاية الجيدة يتأثر بقضايا أعمق على طول اللبنات الست لنظام الرعاية الصحية. ولذلك، يجب أن يسير توسيع نطاق التغطية جنبًا إلى جنب مع التزويد القوي في الهيكلة والمعدات والموظفين في الخدمات الصحية، وهذا لن يكون ممكنًا إلا في إطار نظام صحي قوي. أظهر التحليل السابق لحالات المنافع الذي أجرته منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بشأن الرعاية الصحية الأولية وخدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال؛ أن الخدمات العامة تلبي احتياجات أشد الفئات حرمانًا، وأن النمو في توفير الخدمات من القطاع الخاص اقترن بزيادة في حصة مصاريف الأسرة الواحدة على الصحة، كما سلط عدد من المؤلفين الضوء على العوامل الأساسية المتصلة بعدم تكافؤ الموظفين المؤهلين والمنتجات الطبية في المرافق العامة والخاصة. ولكي تحقق أي آلية لحماية الصحة الاجتماعية هدفها المتمثل في الحصول الكافي على خدمات الرعاية الصحية دون مشقة عند الحاجة، يلزم معالجة هذه المسائل. وبدون كفاية المنافع، تظل الحماية التي يوفرها أي نظام لحماية الصحة الاجتماعية وعدًا فارغًا، علاوة على أن الإفتقار إلى الكفاية يقلل من الثقة التي يضعها الناس في أنظمة حماية الصحة الاجتماعية والدعم العام للمخطط أو المخططات.

هناك حاجة إلى رؤية طويلة الأجل للحد من التجزؤ لزيادة كفاءة الإنفاق على الصحة وضمان العدالة. في الوقت الراهن، تُعد نظم التمويل الصحي مجزأة إلى حد كبير مع العديد من تغطيات الصحية، فالنظام مُبعثر، ولا توجد تغطية صحية إلزامية إلا للجيش (RMS) وموظفي الخدمة المدنية (CIP) وكبار السن (أكثر من 60) والأطفال والفقراء. أما بقية السكان فإما غير مشمولين أو مشمولين بتغطيات طوعية متفرقة، وقد يكون إدخال المنافع الصحية لمؤسسة الضمان الإجتماعي قادراً على تحفيز بعض الأشخاص المشمولين بالتأمين الطوعي الخاص، ولكن النظام سيظل مجزأً للغاية. ولذلك فمن الضروري للغاية، صياغة رؤية منسقة بشأن سبل المضي قدمًا لضمان التغطية الشاملة للحماية الصحية الاجتماعية والتي ستسهم في تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة.

سيكون هناك العديد من الفوائد من وجود رؤية نحو تبسيط الآليات المجزأة المختلفة بشكل تدريجي.من منظور تشغيلي، تخلق هذه التجزئة حواجز أمام التجميع الفعال للمخاطر بين المجموعات المختلفة من السكان ويعزز نهجًا استراتيجيًا لشراء خدمات الرعاية الصحية - أي انخفاض قوة التفاوض والقدرة على اعتماد طرق الدفع الحديثة للمزود .كما أنه يحد من التضامن بين المجموعات المختلفة . توصي معايير الضمان الاجتماعي لمنظمة العمل الدولية بشأن حماية الصحة الاجتماعية بتجميع واسع للمخاطر والتضامن في التمويل بهدف المساهمة في المساواة في الحصول على الخدمات الصحية .يجب وضع خارطة طريق للتبسيط والتكامل التدريجي للمخططات المختلفة في نظام واحد منسق.

[1] نظرًا لأن قرار تضمين كبار السن الذين تبلغ أعمارهم 60 عامًا أو أكثر في نظام التأمين الصحي المدنيCIP هو قرار جديد نسبيًا، إلا انه سوف ينضم المزيد والمزيد من كبار السن إلى النظام في السنوات القادمة، وكل هذا يعني أن الضغوط على التمويل العام ستزداد بمرور الوقت.

يجب أن يساهم الإصلاح المقترح في تحقيق نظام أكثر شمولاً وتكاملاً لحماية الصحة الاجتماعية. ولتحقيق هذا الهدف، ينبغي النظر في الجوانب التالية:

- بالنظر إلى النطاق الضيق للتغطية السكانية للاقتراح الحالي، **من المهم أن يسمح نظام التأمين الصحي لمؤسسة الضمان الإجتماعي مع مرور الوقت بالتكامل التدريجي لجميع نُهج التمويل الصحي والحد من التجزؤ في النظام**. ثمة حاجة ماسة إلى رؤية منسقة على مستوى الحكومة بأسرها بشأن سبل المضي قدمًا لضمان التغطية الشاملة لحماية الصحة الاجتماعية. وينبغي أن ينطوي ذلك على مواءمة مجموعات المنافع في جميع المخططات، ووسائل فعالة لرصد أي تداخل في المخطط، وإنشاء آليات مناسبة ورسمية للتعاقد وسداد التكاليف فيما بين الجهات الفاعلة.
- من المهم ضمان الحصول على **مجموعة استحقاقات شاملة** تتماشى مع معايير منظمة العمل الدولية، مما ينطوي على التنسيق الجيد بين التغطيات التي تمول مستويات مختلفة من الرعاية إذا وجدت. لا يوصى بالتركيز في الغالب على الرعاية في المستشفيات وحدها لاحتواء التكلفة وتأمين استمرارية الرعاية، ويمكن أن يكون اعتماد نهج قائم على الرعاية الصحية الأولية أكثر كفاءة وفعالية من حيث التكلفة.
- حزم المنافع ومستويات الحماية المالية وشبكات مقدمي الرعاية الصحية هي معايير تصميم تجب مواءمتها لجميع السكان؛ إذا كان الهدف هو **ضمان المساواة في الوصول والحوافز المتوافقة مع الطلب**.
- تُعد مشاركة أصحاب المصلحة في التصميم والحوكمة مبدأ أساسيًا، من شأنه ضمان استجابة أي **هيكل مستقبلي للاحتياجات الفعلية**.

اعتبارات التصميم المحددة

تستند الاعتبارات التصميمية الرئيسية الواردة أدناه إلى توجيهات ومبادئ معايير الضمان الاجتماعي الدولية.

- توصية الرعاية الطبية، 1944 (رقم 69)
- اتفاقية الضمان الاجتماعي (المعايير الدنيا)، 1952 (رقم 102)
- توصية الحد الأدنى للحماية الاجتماعية، 2012 (رقم 202)
- اتفاقية الرعاية الطبية واستحقاقات المرض، 1969 (رقم 130)
- اتفاقية حماية الأمومة، 2000 (رقم 183)

إن اعتبارات التصميم الموضحة هنا هي اعتبارات مختارة في ضوء مقترحات الإصلاح الحالية وهي ليست شاملة.

شرط التغطية والانسحاب

لضمان المساواة بين جميع العمال وتجنب إدامة نظام من مستويين، يوصى بتجنب شروط إلغاء الاشتراك لأصحاب العمل الذين يوفرون بالفعل تغطية التأمين الصحي الخاص لموظفيهم (أو لضمان أن مثل هذا البند سيقتصر على فترة الإنتقال). يمكن أن يكون دخل المساهمة المتنازل عنه نتيجة لشرط عدم المشاركة كبيرًا وقد يقوض الجدوى المالية للنظام.

إن إخضاع العمال لمعدلات مساهمة مشتركة مختلفة اعتمادًا على ما إذا كان أصحاب العمل قدموا تأمينًا صحيًا قبل الإصلاح (الانسحاب)، وما إذا كان أصحاب العمل يعتزمون استبدال المخططات السابقة بنظام مؤسسة الضمان الإجتماعي الجديد (التقيد) يثير أيضًا مخاوف تتعلق بالمساواة.

يمكن أن يتضمن التصميم البديل في عدم تقديم أي خيار لإلغاء الاشتراك بل إعادة تصميم صناعة التأمين لمنتجات التأمين الصحي الحالية للشركات لتصبح حزمًا تكميلية. وتجدر الإشارة إلى أن التأمين الصحي الخاص في جميع أنحاء العالم يلعب دورًا صغيرًا جدًا في تغطية النفقات الصحية، ومع استثناءات قليلة ، فإنه عادة ما يلعب دورًا تكميليًا أو إضافيًا[2].

[2] منظمة الصحة العالمية (2020). الإنفاق العالمي على الصحة: الصمود في وجه العاصفة. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788

التمويل

وفقًا لاتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102، عندما يتم تمويل مخططات الضمان الاجتماعي عن طريق المساهمات، يجب ألا تتجاوز حصة العمال 50٪ من إجمالي الموارد المخصصة للحماية بما في ذلك تكلفة الإدارة.[3]ولذلك فمن المتوقع أن يساهم أرباب العمل (الذين قد تحل محلهم الحكومة بالعاملين لحسابهم الخاص) في تكاليف مثل هذا النظام على أساس توزيع أكثر إنصافًا لعبء التمويل بين العمال وأرباب العمل يتم الاتفاق عليه من خلال الحوار الاجتماعي.

وكما ذكرنا في الاعتبارات الاستراتيجية أعلاه، فإن توسيع نطاق التغطية ليشمل العاملين في الاقتصاد غير الرسمي وأسرهم يجب أن يوضع في الاعتبار عند تصميم معايير التمويل. ومن المحتمل أن يتطلب توسيع نطاق البرنامج ليشمل دعمًا جزئيًا لمساهماتهم، وبالتالي سيتضمن تعبئة المزيد من الإيرادات الحكومية العامة.

حزمة المنافع

تنص معايير منظمة العمل الدولية على أن حزمة المنافع يجب أن تكون شاملة وتغطي الحد الأدنى (1) الطب العام أي الرعاية المتخصصة في المستشفيات للمرضى داخل المستشفى وخارجه، والرعاية المتخصصة التي قد تكون متاحة خارج المستشفيات؛ (2) المستحضرات الصيدلانية الأساسية؛ و (3) دخول المستشفى عند الضرورة؛ و (4) في حالة الحمل والولادة ونتاجهما: رعاية ما قبل الولادة وأثناء الولادة وبعدها إما عن طريق أطباء عامين أو قابلات مؤهلات؛ والاستشفاء عند الضرورة (الاتفاقية رقم 102 المادة 10). وبالإضافة إلى ذلك، يجب توفير الرعاية المقدمة بهدف الحفاظ على صحة الشخص المحمي أو استعادتها أو تحسينها وقدرته على العمل وتلبية احتياجاته الشخصية (أي الخدمات الترويحية والوقائية والعلاجية والتأهيلية).

في حين يتم دعم رعاية المرضى الخارجيين في المرافق العامة (وزارة الصحة) بشكل كبير في الأردن، إلا أنها لا يتم تقديمها مجانًا وقد تؤدي إلى صعوبات مالية للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة. وبالإضافة إلى ذلك، يوصى بالحصول على الرعاية الإسعافية المجانية (خاصة الرعاية الأولية) بشكل عام من منظور الصحة العامة؛ لأن الرعاية الأولية هي المفتاح للوقاية من الأمراض، ولأغراض احتواء التكاليف وكآلية دفاع أولية.

لذلك من المهم التأكد من أن جميع آليات حماية الصحة الاجتماعية تساهم في الوصول الفعال إلى مجموعة شاملة من الخدمات عبر مستويات الرعاية المختلفة. إذا تم تغطية مستويات الرعاية المختلفة من خلال آليات ومخططات مختلفة ، فيجب تأمين التنسيق المناسب وهذا يجب أن ينعكس في الإستحقاقات المنصوص عليها في الإطار القانوني.

شبكة من مقدمي الرعاية الصحية

كما هو مذكور في سياق هذه المذكرة، هناك قطاع صحي خاص متنامٍ في الأردن، بما في ذلك عدد من مقدمي الخدمات الربحيين. في النظم الصحية التعددية، من المهم التفكير في تأثير استراتيجيات الشراء على خطط حماية الصحة الاجتماعية، فقد يكون التركيز حصريًا على الدعم الخاص مُحركًا مهمًا للتكلفة ويدعو إلى احتواء التكلفة وعمليات ضمان الجودة، يُضاف إليه تعزيز وظائف الرعاية الأولية، والتأكد من أن المخطط يمكن أن يدعم تعزيز معايير تقديم الرعاية الصحية في مرافق الصحة العامة وممارسة القوة الشرائية الجماعية وإشراك آراء الأعضاء في عمليات صنع القرار.

يوصى أيضًا بالنظر في اعتماد نظام الإحالة كآلية دفاع أولية لتوجيه المرضى إلى مرافق عالية المستوى فقط إذا / عندما يكون ذلك ضروريًا من الناحية الطبية. تعتبر آلية الدفاع الأولية الفعالة مفتاحًا لاحتواء التكاليف وتحقيق كفاءة التكلفة.

الادارة

قامت بعض البلدان بتحويل بعض المهام الإدارية المتصلة بإدارة التأمين الصحي الاجتماعي إلى جهة خارجية ثالثة تُعنى بإدارة النظام. وتجدر الإشارة إلى أن هناك مخاطر متأصلة تتعلق بإضفاء الطابع الخارجي على إدارة مخططات التأمين الصحي العام - ويرجع ذلك أساساً إلى تنظيم الشركة الخاصة المتعاقد معها لضمان ربط أولويات الصحة العامة بتخصيص الموارد وقرارات الشراء. ينبغي على مؤسسة الضمان الإجتماعي كمشتري، أن تتصرف نيابة عن السكان، وبالتالي يمكنها أن تضمن وجود آليات تعكس احتياجات السكان وأفضلياتهم وقيمهم في شراء مقدمي الخدمات الصحية ومساءلتهم. تنص معايير الضمان الاجتماعي الدولية على أنه في حالة عدم قيام السلطات الحكومية بإدارة الأنظمة، يشارك ممثلو الأشخاص المشمولين بالحماية في الإدارة أو يرتبطون بها بصفة استشارية. كما أنها

[3]في حين أنه من المتصور أن يتم توفير التمويل الجزئي لنظام التأمين الصحي بشكل غير مباشر من قبل أرباب العمل من خلال إعادة تخصيص الفائض من صندوق إصابات العمل، فمن الملاحظ أن هذا يمثل جزءًا صغيرًا جدًا من إجمالي التمويل، وبالتالي فإن المخطط المقترح سيكون في المقام الأول بتمويل من العمال.

تنص على أن الحكومة لا تزال، في أي حالة تتحمل المسؤولية العامة عن ضمان توفير الاستحقاقات على النحو الواجب والإدارة الجيدة للمخطط.

توصيات موجزة

كان توسيع نطاق حماية الصحة الاجتماعية في صميم النقاش الوطني لعقود. وقد بُذلت في الماضي القريب عدة محاولات لوضع خطة رئيسية شاملة لإصلاح نظام التأمين الصحي في الأردن وإدماجه، مع إحراز تقدم محدود. تؤدي مؤسسات الضمان الاجتماعي دورا هاما في دعم توسيع نطاق التغطية في العديد من البلدان. ومع ذلك، يجب أن يحدث هذا في سياق نهج شامل يسمح بالمواءمة والحد من التجزئة، وتحسين التضامن والإنصاف في الحصول على الرعاية الصحية، وضمان التمويل المتوازن والمستدام.

ولدى مواصلة النظر في الإصلاحات المقبلة، ينبغي للهيئات النظر في ضمان مواءمة مخططات حماية الصحة الاجتماعية المجزأة (والتكامل التدريجي). وقد أثبت ذلك فعاليته في العديد من البلدان لتحسين ممارسات رصد توسيع نطاق التغطية والشراء (لمواءمة حوافز جانب الطلب). وينبغي أن يشمل ذلك مواءمة تدريجية في مجموعة المنافع، ووضع آلية مشتركة لرصد التغطية، وإنشاء نظم لسداد التكاليف والتعاقد عبر المخططات، في إطار سلطة تنظيمية مركزية.

إذا قرر الشركاء الثلاثيون في الأردن المضي قدمًا في تنفيذ المنافع الصحية بموجب قانون الضمان الاجتماعي لعام 2014، **فيجب مراعاة ميزات التصميم التالية لضمان التوافق الوثيق مع معايير الضمان الاجتماعي الدولية:**

1) إلغاء شروط عدم القبول وضمان مشاركة جميع العاملين في القطاع الخاص وأرباب العمل في تمويل مخطط مشترك على أساس مستوى مساهمة منصف وموحد، دون استثناء. وقد ثبت أن التغطية الإلزامية دون شروط إلغاء الاشتراك أكثر فعالية في توسيع نطاق التغطية على الصعيد العالمي. وعند إنشاء مخطط إلزامي، يمكن إعادة تعريف المخططات الطوعية الخاصة المهنية القائمة من قبل لتصبح متكاملة.

2) تقديم حزمة منافع شاملة. وينبغي أن تسهم مخططات حماية الصحة الاجتماعية في نهج الرعاية الصحية الأولية وأن توائم حوافزها مع مقدمي الرعاية والأشخاص المشمولين بالحماية وفقا لذلك. يجب ضمان حزمة منافع شاملة، بما في ذلك الرعاية الأولية وهي ضرورية عندما يتعلق الأمر بحفظ البوابة.

3) ضمان إقامة حصة عادلة من التمويل بين العمال وأرباب العمل من خلال الحوار الثلاثي الأطراف. ووفقًا لاتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102، عندما تمول خطط الضمان الاجتماعي عن طريق الاشتراكات، ينبغي ألا تتجاوز حصة العمال 50 % من مجموع الموارد المخصصة للحماية، بما في ذلك تكلفة الإدارة.

4) إدراج المستشفيات العامة في شبكة مقدمي الخدمات وضمان وجود نظام وقاية أولي مناسب من خلال نظام عام. في النظم الصحية التعددية، من الممكن لخطط حماية الصحة الاجتماعية أن تتعاقد مع مرافق صحية خاصة، لكن لا ينبغي أن تقوض الاستثمار في المنشآت العامة. يمكن النظر في شبكة موحدة من مقدمي الخدمات العامة والخاصة في النظم الصحية التعددية، باستثناء المرافق العامة التي من شأنها أن توجه الأموال العامة حصرًا إلى القطاع الخاص.

5) تجنب الاستعانة بمصادر خارجية للوظائف الأساسية. أي إستعانة بمصادر خارجية أو إدارة من طرف ثالث يكون من الأسهل إدارتها عندما تُستبعد منها الوظائف الأساسية المتعلقة بتجميع المخاطر وتعريف سياسات الشراء. لذلك ينبغي ألا تخفي العمليات الإدارية للطرف الثالث إمكانية الوصول وحقوق المنتفعين من أجل تعزيز وسائل الشراء الاستراتيجية.

6) **مراقبة الاستدامة المالية لنظام التأمين الصحي** بعناية من خلال التقييمات الاكتوارية ووضع ضمانات واضحة لتجنب الآثار المالية السلبية على فروع الضمان الاجتماعي الأخرى، بما في ذلك من خلال إعادة التأكيد على دور الدولة كضامن نهائي للاستقرار المالي لنظام الضمان الاجتماعي .

7) **الانخراط في حوار اجتماعي** مع أصحاب العمل والعمال وغيرهم من أصحاب المصلحة الوطنيين المعنيين يمكن أن يضمن أن تصاميم الإصلاح المقترحة تستند إلى إجماع واسع وتستجيب للاحتياجات المطلوبة.