نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجزء الثاني: الخيارات والتوصيات

فريق دراسة التأمين الصحي اليمني

د/ جمال ناشر
د/ صالح فدعق
جمال السروري
د/ رشاد شيخ
د/ علي الأغبري

فريق دراسة التأمين الصحي من التعاون الفني الألماني (ILO-WHO-GTZ) ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي

بروفسور دكتور/ ديتلف شويفل
د/ ينس هولست
د/ كرستيان جيركه
د/ مايكل دروب
السيد/ بوريس فلتر
السيد/ اوليه دوتنشم
د/ رودجير كريش
د/ زينيا شل ادلونج
بروفسور د/ جاي كارون
د/ بلقاسم صبري

صنعاء ، أكتوبر 2005م

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن
الجزء الثاني: الخيارات والتوصيات

جدول المحتويات

1- الخلفية والتقديرات 10
1-1 مدخل 10
1-2 الشروط المرجعية 10
1-3 المنهاجية 11
1-4 الخلفية 12
1-5 الأمن الاجتماعي والحماية 13
1-6 برامج التأمين الصحي الموجودة 14
1-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي 14
1-8 تجارب البلدان الأخرى 15
1-9 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن 16
2- التمويل الصحي البديل ومقترحات التأمين الصحي لليمن 17
2-1 رؤية نظام التأمين الاجتماعي والصحي الوطني لليمن 17
2-1-1 ما هو نظام التأمين الاجتماعي أو الصحي الوطني 17
2-1-2 بعض الأسئلة الأساسية 20
2-1-3 مكونات التأمين الصحي الوطني في اليمن 22
2-2 البديل (أ): الدفعة الكبيرة 28
2-2-1 العضوية 28
2-2-7 المساهمات 29
2-2-3 التأثير على حسابات الصحة الوطنية 30
2-2-4 مقارنات الدخل / الإنفاق 31
2-2-5 إستراتيجيات تخفيض العجز 34
2-2-6 المتطلبات الأساسية 36
2-2-7 مزايا وعيوب إستراتيجية "الدفعة الكبيرة" 41
2-2-8 سيناريو فرعي لإستراتيجية الدفعة الكبيرة 42
2-2-9 متطلبات التعاون لإستراتيجية الدفعة الكبيرة 43
2-2-10 الاستنتاج 44

2-3 البديل (ب): الخطوة خطوة 45
2-3-1 حصة مختلف المؤسسات العامة في الحكومة 46
2-3-2 مزايا وعيوب البدء بالتأمين الصحي في مؤسسات عامة مختارة 48
2-3-3 الإستراتيجية التصاعدية من الأعلى إلى الأسفل 52
2-3-4 الإستراتيجية التصاعدية من الأسفل إلى الأعلى 54
2-3-5 الإستراتيجية التصاعدية الإقليمية 56
2-3-6 شروط مسبقة خاصة لإدخال التأمين الصحي التزايدي 56
2-4 إستراتيجية العمل والربط 57
2-4-1 لماذا عدم التسرع بالتامين الصحي 57
2-4-2 العمل وعدم التردد 60
2-5 من البدائل إلى السيناريوهات 64
2-6 إنشاء مركز اختصاص التأمين الصحي 66
2-7 تصميم ومقارنة البدائل 69
2-8 تقدير البدائل 79

3- خطة التنفيذ 80
3-1 المتطلبات الأساسية 80
3-1-1 الموارد المالية 82
3-1-2 الموارد البشرية 83
3-1-3 الموارد المادية 85
3-1-4 الشروط المسبقة القانونية 86
3-1-5 رغبة وقدرة المساهمين 87
3-1-6 رغبة وقدرة المتلقين على الدفع 88
3-1-7 تعبئة جميع المتطلبات الأساسية 90
3-1-8 تنظيم المشروع 91
3-2 تنظيم وإنفاذ الجودة 92
3-3 تقسيم عملية التنفيذ إلى مراحل والتخطيط والإدارة 93

4- تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية الكلية للتأمين الصحي الوطني المقترح15 99
4-1 مقدمة 99
4-2 غرض التنبؤات المالية والبدائل الخارجية 100
4-2-1 مدخل 100
4-2-2 الخواص الأساسية للسيناريوهات البديلة 100
4-3 البيانات المستخدمة 103

4-3-1 التنفيذ التدريجي لتغطية التأمين 103
4-3-2 حسابات الصحة الوطنية 2003 – 2004..... 105
4-3-3 بيانات اقتصادية كلية أخرى استخدمت في سنة الأساس (2004) 106
4-4 النتائج الرئيسية 107
4-4-1 سيناريو 1 أ: تنفيذ تدريجي في مستوى الإنفاق الحالي ومعدل استخدام ثابت 107
4-4-2 سيناريو 1 ب: التنفيذ التدريجي في مستوى إنفاق جاري ومعدل استخدام متزايد..... 108
4-4-3 سيناريو 2 أ: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا في الشركات ومعدل الاستخدام الثابت.... 109
4-4-4 سيناريو 2 ب: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا على أساس الشركات ومعدل الاستخدام المتصاعد 111
4-4-5 سيناريو رقم (3): التنفيذ التدريجي بحزم المزايا في الشركات والعائق المالي العام 112
4-4-6 بنية الإنفاق الصحي الشامل 115
4-5 التحديات الرئيسية 115

5- خارطة طريق نحو التعاون الدولي لنظام التأمين الصحي في اليمن..... 118
5-1 طلب المساعدة الفنية 118
5-1-1 ورش العمل والدراسات والخبرة الفنية 118
5-1-2 الدعم القانوني وأنظمة المعلومات 119
5-1-3 بناء القدرة..... 120
5-1-4 تصميم مؤسسة تأمين صحي اجتماعي 122
5-2 خارطة طريق للتأمين الصحي الاجتماعي لليمن 123
5-2-1 الاستشارة الوطنية أو مجلس التوجيه 124
5-2-2 المجموعة المحورية أو السكرتارية 126
5-2-3 التفاعل والارتباط..... 127
5-2-4 الإطار الزمني 127
5-3 طلب المساعدة الفنية 128
5-4 شروط لمزيد من المساندة والدعم الدولي 130
5-5 قضايا التعاون الأخرى 131

6- ملـــخـــص 133
6-1 مقـــدمـــة 133
6-2 الشروط المرجعية 133
6-3 المنهاجية..... 134
6-4 الخلفية 135
6-5 الأمن الاجتماعي والحماية 136

6-6 برامج التأمين الصحي الموجودة..... 137
6-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي 137
6-8 تجارب البلدان الأخرى..... 138
6-9 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن 139
6-10 نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن 140
6-11 خيار التأمين الصحي (أ): الدفعة الكبيرة..... 141
6-12 خيار التأمين الصحي (ب): التطور التزايدي 143
6-13 البديل (ج): العمل والشبكة..... 145
6-14 تقدير للخيارات البديلة 146
6-15 مجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي 147
6-16 الـــدعـــم الـــدولـــي 149
6-17 وجهـــة نـــظـــر 150

مقدمة

على أساس قرار مجلس الوزراء في الجمهورية اليمنية قامت وزارة الصحة العامة والسكان بالتعاقد في يونيو 2005م مع التعاون الفني الألماني (GTZ) من أجل القيام بدراسة حول تقدير الوضع ومقترحات لنظام التأمين الصحي الوطني. وقد طلب عقد الاستشارة من التعاون الفني الألماني تقديم ما يلي:

1	بحلول شهرين من بدء الاستشارة:	1- تقرير يلخص الاستنتاجات الرئيسية لتقدير الوضع (ملخص الوثائق ذات الصلة ومراجعة برامج التأمين الوطني وتحليل لبرامج رأي التمويل الصحي وكذلك نتيجة الزيارات والمقابلات مع المشاركين المعنيين).
2	قبل نهاية الاستشارة:	1- استنتاجات الدراسة التي تتضمن تقرير حول مقترحات بدائل التمويل الصحي. 2- إطار مقترح للتأمين الصحي الوطني والذي يتضمن ما يلي: - خطة عمل تنفيذية. - التوقعات المالية الكلية للعشر سنوات القادمة. - مواد لتقديمها في ورشة / ورش عمل التوزيع.
3	في نهاية الاستشارة:	1- تقرير نهائي حول خدمة الاستشارة (باللغة الإنجليزية مع ترجمة إلى اللغة العربية).

وقع العقد في 17 يونيو 2005م. وقد بدأت الاستشارة في 17 يوليو 2005م. وقد أعطي التقرير المؤقت لوزارة الصحة العامة والسكان من أربع نسخ باللغة الإنجليزية في 14 سبتمبر 2005م. ويكون من دواعي سرورنا أن نتقيد بمتطلبات إعداد التقارير وتقديم تقرير الاستشارة المذكور بأعلاه (قبل نهاية الاستشارة والذي سيترجم ويسلم كتقرير نهائي بعد أربعة أشهر من بدء الدراسة. ويحمل التقرير النهائي العنوان "نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن" ويتكون من أربعة مجلدات:

- الجزء الأول: الخلفية والتقديرات.
- الجزء الثاني: خيارات وتوصيات.
- الجزء الثالث: مواد ووثائق.
- قرص مضغوط (CD) مع ملفات إلكترونية بالأجزاء الأول والثاني والثالث وعروض Power Point إيضاحية ووثائق خلفية عديدة.

ننتهز هذه الفرصة لنشكر شركائنا في اليمن وخصوصاً معالي البروفسور د/ محمد يحيى النعمي باسم جميع المشاركين والمساهمين الذين تشاركوا معنا في وجهات نظرهم ومعارفهم وحكمتهم.

ديتلف شيويفل
التعاون الألماني الفني
الخدمات الدولية

صنعاء 10 أكتوبر 2005م

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن
ملخصات تنفيذية[1]

الجزء الأول: الخلفية والتقديرات[2]

المقدمة

يحاول التأمين الصحي تحويل المصروفات المنفقة في حالة المرض إلى مدفوعات مسبقة صغيرة للكثير من المواطنين. ويسمح هذا بتوفير الرعاية الصحية بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع وخاصة في حالة الأمراض الكارثية . وعلى أساس قرار مجلس الوزراء في الجمهورية اليمنية فإن فريق من التعاون الفني الألماني (GTZ) ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي قد تعاقدوا للقيام بدراسة تهدف إلى تقدير جدوى نظام تأمين صحي وطني في اليمن تشمل المنهاجية مراجعة الوثائق وزيارات ميدانية وإستبيانات ومقابلات مع المشاركين وورشات عمل.

يقدم هذا الملخص العناصر الأساسية للتقدير الأساسي ويصور ثلاثة خيارات بديلة ويوصي بخارطة طريق تؤدي الى نظام تأمين صحي اجتماعي وطني.

الخلفية

إن ما يميز اليمن هو الفقر الجماعي والنمو السكاني الكبير وعدم كفاية الخدمات العامة في إطار اقتصاد يعتمد على النفط . إن الكثير من الأمراض الممكن تجنبها والوفيات تستدعي الوقاية وتحسين الرعاية الصحية الأولية. تعالج أعداد متزايدة من الأمراض المزمنة والحديثة بجودة مشكوك فيها في المستشفيات الحكومية والخاصة. إن تقاسم التكاليف في المنشآت العامة واسترداد التكلفة للأدوية والعلاجات معفية التكاليف في المنشآت العامة تنظم بصورة سيئة وغير عادلة. إن مدفوعات المصروفات المنفقة في أوقات المرض عالية جداً والميسورين يبحثون عن العلاج في الخارج.

الضمان الاجتماعي

في حالة صدمات الحياة فإن الناس في اليمن يتركون لوحدهم على نطاق واسع. إن شبكة الأمان الاجتماعي الموجودة محدودة على بعض المجموعات السكانية وتغطيتها في كثير من الأحيان محدودة. إن تأمين التقاعد

---

[1] يقدم الملحق (2) ملخص سياسي من قبل أعضاء مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب السياسية ووزارة الصحة.

[2] التقرير التفصيلي حول الخلفية والتقديرات نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن منشورة في مجلد مستقل أي الجزء الأول من تقرير الدراسة.

للقطاع العام والخاص المنظم يوفر حماية اجتماعية لحوالي مليون موظف. وإلى حد ما فإن عدد من الشركات العامة والخاصة تنشئ برامج منافع صحية توفر رعاية صحية معقولة بتكلفة تقارب 45 ألف ريال يمني في السنة للموظف الواحد وعائلته. لقد قدمت مقترحات قانونية إلى مجلس الوزراء لإدخال برامج التأمين الصحي الاجتماعي لقطاعات الاستخدام الحكومي والخاص. إن قادة الرأي يدعمون هذا الاتجاه ويطلبون التنفيذ الفوري بالبدء بالقطاع العام. إن نظام تأمين صحي وطني ينبغي كذلك أن يشمل الميسورين الذين لديهم أعمالهم الخاصة وخصوصاً الـ 50% من السكان الذين يعيشون في فقر وبطالة مقنعة وبطالة كاملة. إن تأمينات صحة المجتمع يمكن أن تكون مفيدة للفقراء إذا دعمت من قبل الخدمات العامة المدفوعة من قبل الحكومة والتي تستهدف المجموعات الأكثر هشاشة.

الجزء الثاني: خيارات وتوصيات

سرعة كاملة نحو التأمين الصحي الوطني

إن التأمين الصحي لكامل القطاع الرسمي (العام والخاص) سيغطي حوالي 1.5 مليون موظف بالإضافة إلى 200 ألف متقاعد. إن الدخل السنوي المتوقع من الإسهامات المرتبطة بالأجور سيرتفع إلى حوالي 58 بليون ريال يمني وهذا المال لن يكون كافياً لشراء برنامج مزايا صحية جيدة مثل ذلك التي توفرها مؤسسة الاتصالات والتأمين الصحي و سينتج عنه عجز كبير. يمكن ضغط التكاليف على سبيل المثال باستثناء العلاج في الخارج أو بتخفيض رزمة المزايا بصورة كبيرة. إن مثل هذا السيناريو الصغير للجميع سيتفادى العجز. إن تحسين كفاءة تقديم الخدمة هو عنصر له حاجة دائمة لضغط التكاليف. وينبغي البحث عن تمويل إضافي كذلك سواء من خلال زيادة الأموال العامة أو عن طريق ضرائب مخصصة لهذا الغرض (على سبيل المثال الضرائب على السجائر والقات والبترول والمعدات الكبيرة). إن شن حملات لصناديق الرعاية والأوقاف لدفع الاسهامات عن الفقراء (وكذلك عن العاطلين عن العمل) هو أمر مستحسن ويمكن أن يقلل العجز. إن السرعة الكاملة نحو تأمين صحي اجتماعي سيكون فرصة ممتازة لبدء التغيير الحاسم المستحق أو حتى التغيير الجذري لنظام الرعاية الصحية. إن تنظيم مستقل وموثوق به للتأمين الصحي سيتعاقد فقط مع أفضل مقدمين للخدمة ويفرض رعاية صحية نوعية. ومع ذلك فإن المتطلبات الكثيرة لمثل هذا التنظيم لا يمكن تحقيقها في وقت قصير. إن نهج سرعة كاملة بإتجاه التأمين الصحي الاجتماعي هو شيء معقول لكنه غير ذي جدوى.

نهج تزايدي نحو التأمين الصحي الوطني:

إن النهج التزايدي سيدعم الإستراتيجية الثلاثية: (1) إن ربط وتعزيز برامج المزايا الصحية الحالية للشركات وبصورة خاصة إقامة إعادة التأمين وتوسيع صناديق المخاطرة المشتركة وبناء جمعيات برامج الشركات لديها إمكانية في تحسين النطاق والجودة. (2) إن نية القوات المسلحة والشرطة والأمن السياسي الاشتراك في مشروع مشترك بإتجاه التأمين الصحي لموظفيهم الذين يبلغ عددهم حوالي نصف المليون هو أمر ينبغي دعمه إن فتحت منشآتهم أبوابها لمعالجة الحالات الكارثية للفقراء وإن تقاسموا خبراتهم مع لجنة التوجيه الوطنية

حول التأمين الصحي الاجتماعي. (3) في الإدارة الحكومية المدنية ربما يكون من الجيد البدء بمشروعات تجريبية مرحلية للمدرسين المستخدمين من قبل وزارة التربية والتعليم. إن جميع خطوات النهج التزايدي بحاجة إلى دعم مهني وإرشاد ودعم فني دولي. (4) وبالتزامن مع ذلك يجب على الحكومة أن تصل إلى تغطية اقتصادية كاملة للخدمات الصحية للفقراء.

مجموعة تفكير لنظام التأمين الصحي الوطني والاجتماعي

سيتم بناء مركز لاختصاص التأمين الصحي لدعم الاتجاه نحو ثقافة الإدارة الجيدة ولتعزيز الإدخال التزايدي لنظام التأمين الصحي الوطني. إن مثل هذا المركز ينبغي أن يكتشف ويحلل ويكرر أفضل ممارسات التضامن ومشاريع المزايا الصحية في الشركات. وسوف يساعد التأمينات الصحية الناشئة المجتمعية. ينبغي أن تكون المناصرة الدائمة والمحاولة نحو نظام تأمين صحي اجتماعي ووطني هي مهمة مفضلة لمركز اختصاص التأمين الصحي. وأخيراً وليس آخراً ينبغي الاستثمار بصورة كبيرة في بناء القدرة وتطوير الموارد البشرية. وبالبدء كمجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي فسوف يحول المركز خطوة فخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني معدة للشفافية والمصداقية والمسائلة ومبنية على المهنية المتحمسة. إن الدعم الفني الدولي مطلوب لبناء مثل ذلك المركز لاختصاص التأمين الصحي. ومع ذلك فإن التمويل المحلي الملتزم ينبغي أن يثبت أولاً وبصورة أكيدة الإرادة السياسية للعمل في نظام تأمين صحي اجتماعي ووطني في اليمن.

الخطوات المباشرة

على رئيس الوزراء مباشرة أن يعين مجلس استشارة أو لجنة توجيه للتأمين الاجتماعي والصحي الوطني تتألف أساساً من ممثلين لديهم تجربة وملتزمين من التالي:

- الوزارات وخصوصاً تلك المسئولة عن المالية والصحة والشئون الاجتماعية والخدمة المدنية والأوقاف وتلك التي يمكن أن تتبنى التأمين الصحي سريعاً مثل الدفاع والداخلية والتربية والتعليم.
- برامج التضامن ومشروعات التأمين الصحي وجمعيات أصحاب العمل والموظفين أو الاتحادات ومنظمات المجتمع المدني والجامعات والمنظمات النسوية وخبراء بارزين آخرين وشركاء ومساهمين بما في ذلك مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب.

وعدت منظمة الصحة العالمية بإعطاء دعم فني لسكرتارية للتأمين الصحي الاجتماعي والتي يتم إنشائها بالتزامن. وعلى أساس ذلك ينبغي بناء مركز مستقل بذاته لاختصاص التأمين الصحي مع (أ) قرار مجلس الوزراء بتأسيسه (ب) ميزانية سنوية قدرها 200 مليون ريال يمني تعطى من قبل الجمهورية اليمنية (ج) دعم دولي إضافي على سبيل المثال من صناديق البنك الدولي. ويحول هذا المركز خطوة بخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني في اليمن.

تكرر التجارب الجيدة للصندوق الاجتماعي للتنمية ويتم تكييفها لمؤسسة تأمين صحي اجتماعي لا تسعى إلـــى الربح عامة وذات مصداقية ومسائلة وشفافية. وستقود هذه الهيئة النهج التزايدي نحو تأمين صحي اجتمـــاعي ووطني في اليمن.

وجهـــة نـــظـــر

في اليمن يجب أن لا يستغرق الأمر عقوداً حتى يتم إيجاد نظام تأمين اجتماعي وصحي وطني. يستحق الناس نظاماً صحياً يعطيهم رعاية صحية ذات جودة عالية واقتصادية في حالة الحاجة بصرف النظر عن قـــدرتهم على الدفع.

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجزء الثاني: الخيارات والتوصيات

1- الخلفية والتقديرات

1-1 مدخل

إن أكثر من نصف السكان اليمنيين لا يحصلون على رعاية صحية. وهذا جزئياً بسبب الحاجة إلى منشآت تقديم الخدمة تكون في متناول اليد وخصوصاً في المناطق الريفية حيث أن أثنين من بين كل ثلاثة من المواطنين مستثنين من الرعاية الصحية. إن العامل الآخر الذي له صلة هو عدم قدرة السكان الفقراء في المساهمة في دفع قيمة الرعاية الصحية. إن تغطية التأمين الصحي غير موجودة عملياً وبرامج الدفع المسبق نادرة جداً وبالكاد تكون محتملة. إن على الناس تغطية معظم الصرفيات من أموالهم الخاصة ولذلك فإن الكثير من الناس غير قادرين على دفع قيمة الرعاية الصحية التي يحتاجونها والكافية في وقت الحاجة.

لقد أثيرت بعض المبادرات السياسية في الماضي من أجل التغلب على هذا الوضع بتنفيذ حماية اجتماعية في الصحة. إن التأمين الصحي بصورة خاصة لديه إمكانية في التقليل من حواجز الحصول على الرعاية الصحية ولمنع الإفقار الذي سببه المرض وللتغلب على استثناء الكثير من المواطنين من الصحة. إن الصناديق الجماعية هي الأفضل بالنسبة لتمويل صحي عادل لأن الأفراد أو المجموعات يمكنهم تخصيص مبلغ من المال يحتملوه للحصول على الحق في تلقي الدعم المالي عند حدوث مخاطرة صحية مؤمن عليها. يجعل التأمين الصحي الدفع عن الصحة مستقلاً عن استخدام العيادات والمستشفيات أو الصيدليات لأن الناس يدفعون قبل أن يمرضوا وليس فقط عندما يكونوا مرضى حيث أن معظم الناس عليهم أن يحصلوا على الخدمات الآن بجزء كبير جداً من المصروفات المنفقة. وهي تسهم في مخاطر مختلفة لأن كل شخص يدفع وليس المرضى فقط أو المعرضين للمرض. إن حالات المرض الخطير والمكلف التي لا تحدث في أحيان كثيرة يمكن الدفع عنها بواسطة صندوق تأمين صحي وخصوصاً الأغنياء والأصحاء وعندها يستطيع جميع المواطنين أن يتمتعوا بفوائد التأمين الصحي. نحن نتحدث عن نظام تأمين صحي وطني عندما تجمع جميع أشكال التمويل الصحي لتوفير الرعاية الصحية في حالة الحاجة وليس فقط بحسب القدرة على الدفع.

1-2 الشروط المرجعية

في يونيو 2005م تم التعاقد مع فريق دراسة من التعاون الفني الألماني (GTZ) من قبل الجمهورية اليمنية وذلك للقيام بدراسة حول تقدير الوضع ومقترحات من أجل نظام تأمين صحي وطني. والشروط المرجعية هي التالية:

1- جمع وتلخيص وسبك كل الوثائق ذات الصلة وقواعد البيانات المعدة لليمن وتقديم صورة للتحليل المقارن للوضع في اليمن مع بلدان مختارة في المنطقة والعالم.

2- تحديد برامج التضامن الهامة الموجودة في اليمن وتحليل هيكلها وتأثيرها وأدائها.

3- مراجعة برامج التأمين الصحي الحالي في اليمن بما في ذلك برامج القطاع الخاص والتأمين الصحي الخاص والتأمين الصحي الاجتماعي وبرامج التأمين الصحي الجماعية.

4- القيام بمسح وتحليل لرأي التمويل الصحي للسياسيين والقادة الإسلاميين والمواطنين وشركاء التنمية والسلطات المحلية والمسئولين في الوزارات وشركات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمنظمات الغير حكومية ونقابات العمال والجمعيات الطبية.

5- القيام بزيارات ومقابلات في الوزارات والمؤسسات المركزية الأخرى ومع مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمجالس المحلية في المديريات والمكاتب الصحية على مستوى المحافظات والمديريات.

6- مقارنة الوضع الحالي في اليمن مع تجارب بلدان مماثلة في المنطقة وفي العالم من أجل تحديد ما هي الشروط المسبقة المطلوبة لبدء نظام تأمين صحي وطني.

7- تحليل ومناقشة في ورشة / ورشات عمل لكل الاستنتاجات وخيارات تمويل الرعاية الصحية البديلة المقترحة مع المساهمين الرئيسيين واستخلاص استنتاجات مقابل خلفية الحقائق في اليمن.

8- إعداد ثلاثة مقترحات تمويل صحي بديلة على الأقل والتي تضمن عدالة تقديم الرعاية الصحية. وينبغي أن يغطي كل مقترح قضايا تتعلق بتحصيل الإيرادات والدفع لمقدم الخدمة والاختيار ووحدة التسجيل ورزمة المنفعة وترتيبات الإسهام وجدول المساهمة والطريقة والشراء.

9- اقتراح خطة تنفيذ ذات مراحل للتوسع الإقليمي والاجتماعي والتنظيمي بحسب أولويات وقدرات إدارة وجودة الخدمات الصحية الحالية واستعداد المجموعات السكانية.

10- إعداد إطار عمل تمويل تأمين صحي وطني لكل مقترح وكذلك توقعات أولية مالية كلية للعشر سنوات الأولى.

11- تحديد مجالات الطلب للمساعدة الفنية المستقبلية لإنشاء نظام تأمين صحي وطني في اليمن.

1-3 المنهاجية

أكمل فريق الدراسة الألماني بتعاون وثيق مع شركاء من وزارة الصحة العامة والسكان. وقد شارك مهنيون يمنيون في كل مراحل جمع البيانات والتحليل كـ "توأم" للخبراء الدوليين بروح التعلم المشترك وبناء القدرة. وقد أستكمل الفريق باستشاريين أخصائيين من منظمة الصحة العالمية ومن مكتب العمل الدولي. تم القيام

باستكشاف ومراجعة شاملة لما كتب حول الموضوع وقد ترجمت الوثائق الهامة إلى اللغة الإنجليزية. أجريت مقابلات مع أكثر من 230 شريك من السلطات الوطنية والمحلية والبرلمان ومجلس الشورى (الغرفة الثانية) وأصحاب العمل والاتحادات وبرامج التأمين الصحي وصناديق التقاعد ومنظمات المجتمع المدني والوكالات المانحة. وقد شارك أكثر من 20 مجموعة من قادة الرأي بوجهات نظرهم حول التأمين الصحي الاجتماعي في استبيان اختيار متعدد. أجابت أكثر من 30 شركة عامة على الاستبيان حول تكاليف ومنافع برامجها الصحية لموظفيها وأسرهم. وقد ألقى مسح آخر الضوء على الوظائف المسائية لموظفي الخدمة المدنية ورغبتهم في الالتحاق بالتأمين الصحي. لقد أضافت الزيارات الميدانية في أربع محافظات إلى المعرفة المكتسبة. وفي سلسلة من ورشات العمل نوقشت الاستنتاجات المؤقتة وقد تم بناء إجماع لفريق الدراسة وشركائهم اليمنيين من أجل تقديم تقديرات وخيارات في ورشة عمل أكبر في 11 – 2005/9/12م مع أكثر من 80 مشاركاً. وفي 3 أكتوبر 2005م نوقشت خيارات وتوصيات مع أعضاء من البرلمان ومجلس الشورى والأحزاب السياسية ووزارة الصحة ومن المقرر أن يقدم عرض إلى مجلس الوزراء.

1-4 الخلفية

يعيش معظم سكان اليمن الـ 20 مليون في فقر شامل ويفتقرون إلى الخدمات الحكومية. يتجاوز نمو السكان التنمية الاقتصادية وسوف تتضاءل الاحتياطيات النفطية في المستقبل المنظور. ينبغي تصميم والبدء في سياسة تنمية مستدامة ويجب أن يكون تكوين رأس المال البشري أحد الاهتمامات الكبرى مع الصحة والتربية والتعليم كدافعين للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. إن الصحة هي استثمار اقتصادي كلي وينبغي تتميم تنمية الموارد البشرية بإستراتيجية إنتاج متنوعة وتحويل التدهور البيئي المتزايد.

إن معظم الأمراض والوفيات في اليمن ممكن تجنبها بتكلفة أقل. ومع ذلك فإن الوقاية وتشجيع سلوكيات طلب الصحة المناسبة للأسر ليست أولوية في قرارات تخصيص الموارد للرعاية الصحية. في المجتمع اليمني المطبب بقوة فإن الرعاية الأولية لها وضع متدني على الرغم من أنها اقتصادية الكلفة بالنسبة للأمراض الممكن تجنبها وكذلك الأمراض المزمنة والحديثة المتزايدة. إن أكثر من نصف السكان لا يحصلون مطلقاً على الرعاية الصحية وخصوصاً النساء المستثنات والمهمشات. وقد تفاقم هذا الوضع عن طريق التوزيع الغير عادل لمنشآت الصحة العامة وبقلة التمويل بصورة ملحوظة لتكاليف تشغيل المنشآت الصحية العامة. إن المستشفيات في القطاع العام بصورة عامة يستفاد منها بشكل أقل عموماً وجودة خدماتها مشكوك فيها. وأما القطاع الخاص فإنه غير منظم بصورة صحيحة وجودة خدماته غير مؤكدة. هناك طلب كبير جداً على العلاج في الخارج في حالة الأمراض الخطيرة.

إن ما يقارب 29% من إجمالي الإنفاق الصحي في اليمن من أموال القطاع الخاص والأموال العامة يستخدم للعلاج في الخارج. إن حوالي 2 من كل 3 ريالات تنفق على الرعاية الصحية من قبل الأسر هي مدفوعات منفقة في حالة المرض. إن تكاليف الرعاية الصحية الكبيرة للغاية تمس فقط عدد قليل من الناس والأمراض غير متوقعة والأسعار في الحالة الفردية غير معروفة بشكل واسع. وحيث أن الحماية الاجتماعية في الصحة

مفقودة فإن هذه الظروف تجعل عدد كبير من الأسر في حالة إفقار بالعلاج الغالي والأمراض الكارثية ووفاة أفراد الأسرة. وحتى بالنسبة للأمراض العادية فإن عليهم إنفاق الكثير من المال. وعلى الرغم من القرارات الرئاسية ذات الصلة وقواعد الإعفاء الحالية للفقراء فإن الرعاية الصحية العامة لا تعطى بأي حال مجاناً. إن تقاسم التكلفة من قبل المرضى يمول 45% من التكاليف في المستشفي الحكومي الأكبر وهو مستشفى الثورة. وعلى رأس هذا فإن معظم مقدمي الخدمات يحصلون على مدفوعات غير رسمية. يقول 84% من قادة الرأي بأن تقاسم التكلفة غير منظم بصورة جيدة ويؤكد 91% أن تقاسم التكلفة يؤدي إلى تأجيل العلاج. إن الاعفاءات للفقراء تعطى فقط إلى فئة صغيرة جداً. وهذا بسبب قلة التمويل للمنشآت العامة وتدني معنوية الموظفين التي لم تزداد برفع رواتبهم من دخل تقاسم التكلفة. وفي المساء فإن نفس الموظف يكسب في السوق السوداء أو اقتصاد الظل للرعاية الصحية. إن البرنامج الممتاز لاستعادة تكاليف الأدوية عن طريق صندوق الدواء بالنسبة للأدوية الأساسية قد وقع في فخ سوء الإدارة والفساد. إن البرنامج الحكومي الجيد جداً للإعفاء من التكلفة بالنسبة للأمراض المزمنة والكارثية لم ينفذ بصورة سليمة. وكانت النتيجة إنفاق خاص كبير وقت الاستخدام.

- إنفاق كبير للأمراض الممكن تجنبها.
- إنفاق كبير للحالات الكارثية.
- إنفاق كبير للعلاج في الخارج.
- إنفاق كبير للأدوية.
- إنفاق كبير للمدفوعات الغير رسمية والمدفوعات تحت الطاولة.

يقصد بالتأمين الصحي تنظيم وتقليل المدفوعات المنفقة وتحويل العبء الكبير الغير متوقع لبضعة أشخاص في مدفوعات مسبقة منتظمة للجميع بحيث يمكن إعطاء الرعاية الصحية بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع فقط.

5-1 الأمن الاجتماعي والحماية

إن شبكة أمن اجتماعي لليمنيين هي أولوية إستراتيجية تخفيض الفقر للحكومة. وقد تم إنشاء صندوق التنمية الاجتماعي المشهور لتخفيف آثار برامج الإصلاح الاقتصادي. ويمكنه مواجهة بعض القضايا مثل توفير الحصول على الخدمات الأساسية في التعليم والصحة والمياه والتمويل الصغير وكذلك خلق فرص وظيفية وبناء قدرة الشركاء المحليين غير أن معظم الأسر قد تركت لوحدها في حالة الهزات الهيكلية أو العشوائية مثل الفيضانات والحريق والسطو وهلاك المحاصيل والتضخم وتقلبات العملة وزيادات الأسعار والبطالة والحوادث والمجاعة والإعاقة واحتياجات الرعاية الطويلة أي جميع الكوارث (الصغيرة) التي بإمكانها تدمير وجود الأفراد والأسر وحتى الأسر الموسعة. ولا توجد إدارة كوارث حكومية أيضاً. إن العنصر الوحيد للحماية الاجتماعية الذي تطرقت إليه الحكومة هو برنامج تأمين للوفاة والعجز والتقاعد وهو يغطي العسكريين

والشرطة والإدارة الحكومية بصورة جيدة لكن تغطية قطاع الاستخدام الرسمي الخاص متدنية جداً. ومع ذلك فإن تنفيذ تأمين التقاعد لحوالي مليون موظف قد كان إنجازاً هاماً.

1-6 برامج التأمين الصحي الموجودة

إن لدى اليمن تاريخ غني من التضامن ومن مبادرات مساعدة الذات المحلية. إن الكثير منها تغطيات صغيرة ومحدودة وبدون شك فإن هذا كنز من الأفكار الجيدة والممارسات الأفضل. ويجب استكشافها أكثر وتقديرها ونشرها وتكرارها حيثما كان ذلك ممكناً. إن هذا تكليف قوي لنشاطات المتابعة نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن. والأمثلة هي برامج التضامن للمدرسين وموظفي المستشفيات التي تجاوزت الصحة والرعاية الصحية.

لقد نوقشت برامج التأمين الصحي المجتمعية وأوصي بها عالمياً. إنها برامج تطوعية في الغالب مرتبطة بمنشآت الرعاية الصحية العامة أو الخاصة. إن أثنتين من تلك المحاولات يروج لها في اليمن في محافظتي تعز وحضرموت وكلاهما غير جاهزتين للتنفيذ بالكامل وتسود بعض الشكوك فيما يتعلق بقابلية تكرارها في مناطق أخرى.

إن برامج الفوائد الصحية في شركات القطاع العام والخاص تظهر ملامح مختلفة جداً ومفيدة فيما يتعلق بحزم المزايا والعضوية والتعاقد مع مقدم الخدمة والدفع وكذلك إدارة المخاطر والتمويل المشترك. يبدو أن الشفافية المالية والإدارة ضعيفة وهناك مجال واضح لتحسين وتعزيز هذه البرامج والتي متوسط تكلفتها حوالي 45 ألف ريال يمني (تساوي حالياً 234 دولار أمريكي) لكل موظف (وأسرة) في السنة. ربما ينبغي أن يستفيد نظام التأمين الصحي الوطني من عدة تجارب ومن المعرفة المتوفرة في كيفية إدارة تلك الصناديق. يجب إعداد دراسات أكثر عمقاً حول هذه البرامج المماثلة.

1-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي

يناقش التأمين الصحي الوطني والاجتماعي في اليمن منذ الوحدة عام 1990م ولقد تم إدخال استقطاعات الرواتب الخاصة بالتأمين الصحي بوقت قصير بعد ذلك ولكن لم يتبعها تقديم منافع التأمين الصحي. ومنذ العام 1995م تقترح وزارة الدفاع مشروع تأمين صحي للقوات المسلحة ونفس الخطوة توجد الآن لتغطية الشرطة والأمن السياسي وكل هذه القوات تقارب نصف مليون موظف. أما بالنسبة لقطاع الاستخدام المدني العام والخاص الرسمي فقد قدم مقترح قانون وزارة الصحة العامة والسكان عدة مرات إلى مجلس الوزراء الذي قرر في عام 2004م التعاقد على دراسة لتقدير المقترحات والبدائل:

يتوقع المجتمع الدولي تأميناً صحياً اجتماعياً مستداماً وحقيقياً لجميع المواطنين وخصوصاً لاستفادة الفقراء والمجموعات الهشة والمرأة المستثنين منهاجياً من الحصول على تقديم عادل وموثوق به للخدمات العامة

المطلوبة. إن تمكين الفقراء والمرأة بصورة خاصة ينبغي تعزيزه في هذا الإطار. وبالنظر إلى الفساد الواسع الانتشار في جميع القطاعات العامة والخاصة تقريباً فإن بناء هيئة تأمين صحي شفافة وذات مصداقية وقابلة للمسائلة سيكون أكثر الشروط المسبقة أهمية للتأمين الصحي الذي يمكن أن يضمن تقديم رعاية صحية قابلة للحصول وعالية الجودة لأولئك المحتاجين.

إن معظم الشركاء الذين تمت مقابلتهم لفريق الدراسة لا يبدو أنهم متحمسين فيما يخص التأمين الصحي وقد أشار معظمهم إلى الصعوبات في إقامة صندوق موثوق به بعد تكرار التجارب السيئة مع الصناديق في مجالات الصحة والمجالات الأخرى. إن معظم من تمت مقابلتهم ذكروا أولويات أخرى تتعلق بالاحتياجات الأساسية التي لازالت غير مشبعة لأغلبية السكان وقد أظهر استبيان أعطي لقادة الرأي في اليمن صورة إيجابية أكثر قليلاً. إنهم منتظمين تماماً في رفض الممارسات الحالية لتقاسم التكلفة في المنشآت الصحية العامة ومعظمهم تقريباً يؤيدون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الذي يغطي كل الأسرة. ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً ومن الأفضل أن يكون تنظيمه على المستوى الوطني وأن تعتمد الإدارة على تنظيم تأمين صحي مستقل. إن 77 % من قادة الرأي يودون أن يبدأ التأمين الصحي فوراً أو خلال العامين القادمين.

1-8 تجارب البلدان الأخرى

في البلدان المجاورة ضعيفة الدخل فإن مستويات عالية غير مقبولة من المصروفات المنفقة وتضاؤل الإنفاق الحكومي على الصحة شائعة مثلها في اليمن. ففي جيبوتي غطي موظفو الخدمة المدنية والعسكريين والشرطة بمشروع منافع صحية. وفي السودان يغطي التأمين الصحي الاجتماعي 22% بما فيهم موظفو الخدمة المدنية والطلاب وقدماء المحاربين وأسر الشهداء. وفي الباكستان ليس هناك مشروع تأمين صحي رسمي. وفي البلدان ذات الدخل المتوسط في المنطقة تمول الرعاية الصحية من خلال خليط من المشروعات التي تعتمد على الضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي والدفع الذاتي. وفي المغرب تصل تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 17% وفي لبنان ومصر تغطي حوالي نحو نصف السكان وفي الأردن وسعت الإصلاحات الأخيرة من تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 60%.

أما التجارب من بلدان أخرى فيمكن أن تكون مفيدة لليمن أيضاً. فتجارب بلدان جنوب شرق آسيا تدل على الحاجة إلى برامج خاصة ودعم حكومي لإسهامات الفقراء. وتشير تجارب دول أمريكا اللاتينية أن حزم المنافع المستهدفة ذات جدوى حتى في الظروف الاقتصادية الهشة وهي هامة لضمان أن إسهامات التأمين الصحي توجه حقيقة نحو المنافع الصحية. ويمكن أن تعطي أفريقيا أمثلة جيدة لإستراتيجيات الدعم لمشاريع التأمين الصحي الناشئة في صورة مراكز اختصاص تأمين صحي. واليمن لا تقف لوحدها في محاولة إدخال نظام تأمين صحي وطني واجتماعي فيمكنها الاعتماد على تجارب البلدان الأخرى وينبغي أن تستفيد من شبكة مناسبة لمثل هذه التجارب.

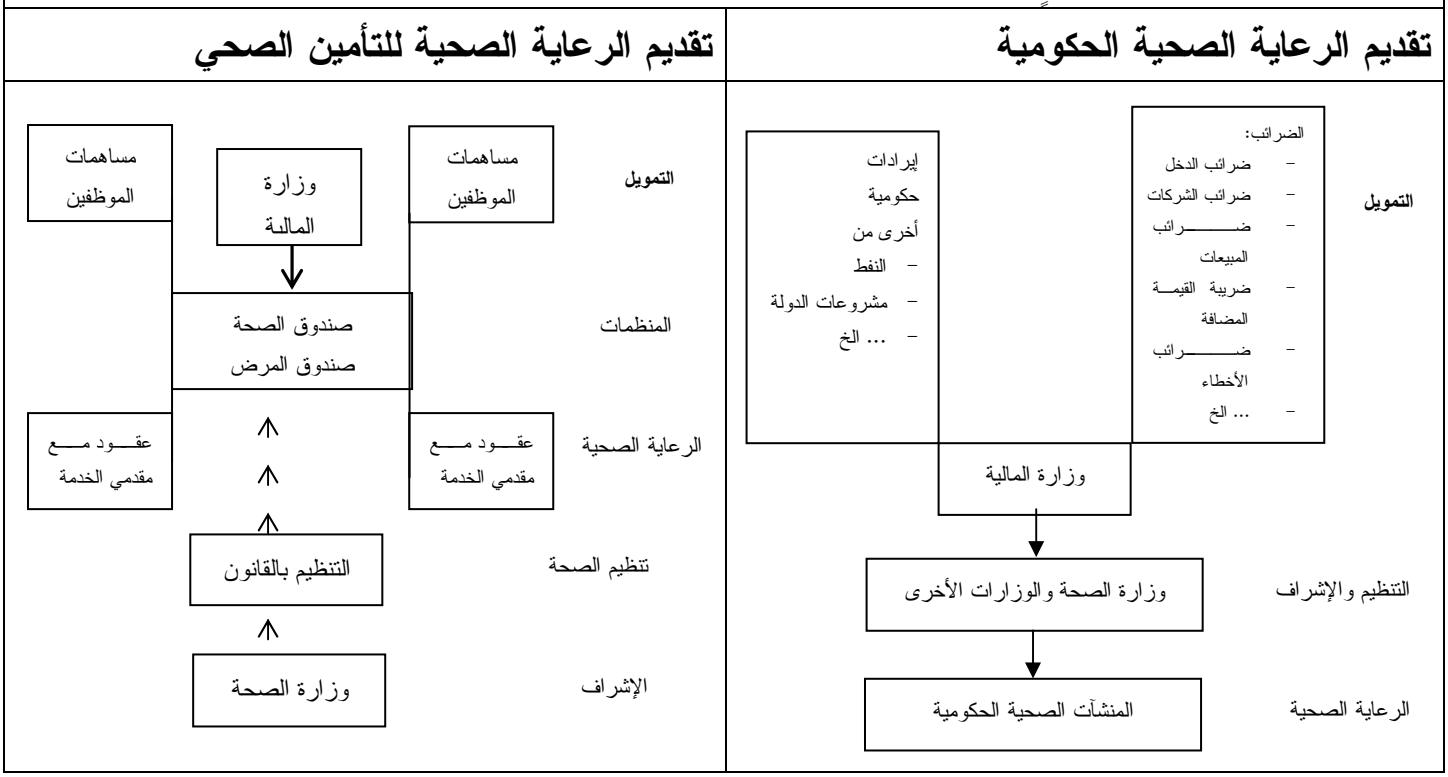
1-9 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن

إن التأمين الصحي ليس مفهوماً سهلاً وخاصة في العالم الإسلامي. فالوعي والفهم ليس منتشراً والدافع وحملات التعبئة مطلوبة لنشر الأفكار الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي وللتأكيد على ارتباطه بفكرة التكافل التي يتشارك فيها معظم الشعب العربي تقريباً. يجب أن يقتنع صناع القرار النافذين أيضاً وإن القيادة مهمة في عدة مستويات من صنع القرار السياسي. يمكن أن يبقى التأمين الصحي الاجتماعي فقط بشراكة وثيقة وبتقسيم واضح للعمل مع الحكومة وخصوصاً مع وزارة المالية من أجل التمويل وفرض الضرائب التصاعدية على الأصحاء والأغنياء ومع وزارة الصحة من أجل الإشراف والوقاية من الأمراض الممكن تجنبها والترويج من خلال التعليم الصحي للجميع. وفي اليمن يمكن أن يكون من الصعب استعادة ثقة قطاع الجمهور وصناع الرأي. لقد أسيئت إدارة أموال الصحة وأسيء استخدامها بالفساد. لم تعطي استقطاعات التأمين الصحي من المرتبات أي عائد في صورة منافع صحية. ومن أجل استعادة الثقة المفقودة يبدو أن أحد الشروط المسبقة الغير قابلة للنكران هو إدارة مستقلة بارزة ملتزمة تماماً بمبادئ الشفافية والمصداقية والمسائلة. هناك حاجة إلى نهج مهني حازم مثله مثل الحاجة إلى موظفين ذوي معرفة في جميع المجالات التخصصية الكثيرة للتأمين الصحي ومتفانين للأخلاقيات الأساسية للخدمة العامة للمصلحة العامة.

2- التمويل الصحي البديل ومقترحات التأمين الصحي لليمن

يختلف التأمين الصحي عن تقديم الرعاية الصحية الحكومية حيث أنه موجود في اليمن. تقدم الأرقام التالية مقارنة مبسطة لكلا النوعين من تقديم الرعاية الصحية.

شكل رقم (1): الفوارق الأساسية بين التأمين الصحي الاجتماعي وتقديم الرعاية الصحية الحكومية



بين كلا النوعين من تقديم الرعاية الصحية هناك فوارق مفهومية وعملية أساسية. في حالة الرعاية الصحية الحكومية فإن تنظيم تقديمها والإشراف والتنظيم هي مهمات وزارة الصحة. ويولد هذا نموذجياً تداخل مصالح مختلفة ويقلل من الكفاءة. وفي حالة التأمين الصحي الاجتماعي تنظم وزارة الصحة وتشرف وتعطي الإشراف ولكنها ليست مقدم للرعاية الصحية. إن مقدمي الصحة الأكثر فعالية اقتصادية يتنافسون ويتم التعاقد معهم من قبل التأمين الصحي والذي يحكمه أصحاب العمل والموظفين كدافعين وربما تنضم إليهم الحكومة إذا كانت تعطي دعماً. من الأسهل والأفضل تنظيم التدقيق والموازنة إذا كان هذا النوع من التقسيم الواضح للعمل قد تم ترتيبه. هناك الكثير من الأسباب لاختيار نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني.

2-1 رؤية نظام التأمين الاجتماعي والصحي الوطني لليمن

2-1-1 ما هو نظام التأمين الاجتماعي أو الصحي الوطني

إن للتأمين الصحي بعض الخواص المعينة التي تميزه عن غيره من أنواع التأمين الأخرى. وهو يختلف عن الخسائر المادية الناتجة عن الحوادث والحريق أو الأضرار الأخرى واعتلال الصحة يؤثر على عناصر أساسية للبشر. تعتبر الصحة عموماً حق إنساني وبضاعة اجتماعية وشرط مسبق للرفاه والعمل والدخل أي

أنها عامل إنتاج للتنمية الاجتماعية والاقتصادية على مستوى الأسرة ولكن كذلك على مستوى الاقتصاديات الكلية. وفي الواقع بينما تكون مساهمات أو حدود التغطية للمخاطر المتعلقة بخطط مسئولية التأمين عن السيارات أو الحرائق مقبولة عموماً فإن استثناء بعض الأمراض أو عقاب حاملي الأمراض المزمنة بمساهمات أعلى هو أمر ضعيف القبول. ولهذا السبب يجمع التأمين الصحي العناصر النموذجية لأي تأمين مع بعض الملامح الخاصة:

- الدفع المسبق: يعني التأمين الصحي الدفع قبل الوقوع في المرض وليس فقط عند حاجتنا إلى الرعاية الطبية كما يفعل معظم الناس في اليمن الآن من خلال تقاسم الكلفة الكبير جداً.
- الاسهام المشترك في المخاطر: إن حالات الأمراض الخطيرة مكلفة جداً لكنها لا تحدث كثيراً وإذا تدبر صندوق تأمين صحي تجميع عدد كافٍ من الناس بمخاطر صحية مختلفة فسيكون قادراً على تغطية حتى التكاليف الكبيرة لحالات قليلة.
- عدم قابلية التنبؤ: إن حدوث الأمراض غير قابل للتوقع في الحالة الفردية (ولكن ليس لأعداد كبيرة من السكان).
- إنعدام سيادة المستهلك: لا يكون لدى المرضى عموماً فكرة عن أي نوع من العلاج سيحتاجوه لمختلف الأمراض. وأسعار الرعاية الطبية ليست قابلة للتفاوض بصورة رشيدة للمريض الفرد.
- التأثيرات الغير مباشرة والتكاليف: إن تأجيل الرعاية الصحية أمر خطر وينتج عنه تكاليف إضافية مباشرة وغير مباشرة.
- العدالة: بينما يجد الناس أنه من المبرر أن يدفع أولئك الناس الذين يقودون السيارات بسرعة خطرة أو يحبون اللعب بالنار أن يدفعوا أكثر عن خطة التأمين للسيارة أو الحريق فهذه ليست الحال بالنسبة لأولئك الذين يصبحون مرضى فالمرض هو قدر. إن أسعار الرعاية الصحية للحالات الكارثية لا يستطيع تحملها معظم الناس.

إن أحد أكثر المشكلات الأساسية التي تتطلب التأمين الصحي هي أن العبء المالي للرعاية الصحية يوزع بطريقة غير متساوية للغاية.

- أقل من 1% من السكان يسببون 25 إلى 30% من إجمالي النفقات الصحية.
- حوالي 10% من الناس الذين لديهم أمراض مسئولين عن 50% من النفقات الصحية.
- 50% يستهلكون فقط 1 إلى 3% من تكاليف الرعاية الصحية الكلية.

وبالنظر إلى هذا الوضع فإن الافقار بسبب النفقات الصحية العالية منشر على نطاق واسع. يتعرض 178 مليون شخص على مستوى العالم في كل سنة لتكاليف صحية كارثية ويعني ذلك أن تلك التكاليف الصحية تضر باقتصاد الأسرة وبذلك تفقر أسر بكاملها. ويؤثر هذا سنوياً على أكثر من 100 مليون شخص. ففي الهند على سبيل المثال وجد مسح عينة كبيرة جداً أن 25% من الأسر يفلسون بعد معالجتهم في المستشفيات لأحد

أفراد الأسرة (بيترس 2002). وللتعامل مع تكاليف الصحة الكارثية فإن هذا أحد النوايا الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي.

وبسبب الكثير من المخاطر وحالات عدم التأكد حتي في اقتصاديات السوق الحرة فإن التأمينات الصحية هي استجابة للمجتمع ورجال الأعمال. والتأمينات الصحية مع ذلك:

1- ستحاول التأمين بصورة أساسية على المخاطر المنخفضة وتتفادى الأعضاء الذين يسببون تكاليف عالية عند تأمينهم.
2- يمكن للمرضى طلب الكثير ويمكن للأطباء زيادة فواتير التأمين الصحي.

تدعى المشكلة الأولى الاختيار المعاكس والثانية المخاطرة المعنوية. وكلاهما إشارة قوية إلى الحاجة – للمصلحة العامة – أن تتدخل الحكومة وتعطي دعماً وتنظيم وإشراف على التأمينات الصحية. إن التأمين الصحي الخاص الغير منظم ضد المصالح العامة. يفيد التأمين الصحي الاجتماعي والوطني المصلحة العامة بصورة أفضل لأنه إجباري للجميع تقريباً ويفيد بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع.

إن جدل حماية المجتمع الواسع من مخاطر اعتلال الصحة والأمراض يرجع إلى مفهومين أساسيين وهما التأمين الصحي الوطني والتأمين الصحي الاجتماعي. نتحدث عن التأمين الصحي الوطني عندما يكون جميع المواطنين تقريباً ملزمين الالتحاق بالتأمين الصحي وخصوصاً الأثرياء والأصحاء. وعندما يستطيع كل المواطنين الاستفادة من الخدمات المؤمن عليها. ويمكن تنظيم هذا سواء بمؤسسة تأمين واحدة وحيدة أو بمجموعة من أشكال التمويل الصحي المختلفة. إن المهمة الرئيسية لنظام وطني هي ضمان تقديم الرعاية الصحية في حالة الحاجة وجعلها مستقلة عن القدرة على الدفع. وإذا دفع كل شخص في البلاد بصورة منتظمة مبلغاً صغيراً من المال للحصول على الرعاية الصحية في حالة الحاجة فستتوفر الأموال لتعطي رعاية صحية جيدة لجميع المواطنين بما في ذلك الفقراء والمعوزين. ونتحدث حول نظام تأمين صحي وطني عندما تجعل مختلف محاولات التأمين العادل للصحة والرعاية الصحية في شبكة واحدة. ويمكن أن تكون هذه هي الحال في اليمن حيث هناك بضع مبادرات مثيرة للاهتمام والتي يمكن تنسيقها في المستقبل: برامج التأمين الصحي للمجتمع كما هو مخطط لها في تعز وبرامج تقاسم تكلفة عادلة ومنظمة للمؤسسات الصحية الحكومية وبرامج تأمين صحي لموظفي شركات القطاع الخاص والعام وصناديق أدوية دوارة.

نتحدث عن التأمين الصحي الاجتماعي على سبيل المثال عندما تكون المساهمات المنتظمة للأعضاء بحسب الرواتب أو الدخل وإذا دفعت الأسر الصغيرة والكبيرة نفس المساهمات وإذا لم يكن على المرضى أن يدفعوا أكثر من الأعضاء الأصحاء. يجعل التأمين الصحي الاجتماعي حماية كل مواطن فرد من المخاطر الصحية هم المجتمع بكامله. إن المجتمع هو أكثر بكثير من مجموع أفراده أو سوق كبيرة منظمة على مستوى السكان ويتم تحقيق مصالح الفرد الحقيقية بصورة أفضل في المجتمع ومن خلاله. وإذا نفذ بعناية وتم تكييفه وفق الظروف الخاصة في اليمن فيستطيع التأمين الصحي الاجتماعي أن يؤمن التغطية التضامنية والشاملة ولقد أكد الوزير وأعضاء مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب السياسية على ثقافة التضامن بالمقترح التالي: ينبغي أن نصدر فتوى لدعم التأمين للفقراء والمعوزين من أجل القدرة على الاستخدام في المستقبل لبعض صناديق

الزكاة والأوقاف لدعم الصحة والرعاية الصحية. وقد أعطيت فتوى لصالح التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية كذلك.

2-1-2 بعض الأسئلة الأساسية

إن إعداد نظام للتأمينات الصحية الاجتماعية على المستوى الوطني هو عملية طويلة تتضمن الكثير من مختلف الشركاء: الحكومة والبرلمان ومجلس الشورى ومختلف الوزارات والشركات العامة والخاصة واتحادات العمال والمنظمات النسوية والجمعيات الخيرية ومنظمات المجتمع المدني ومقدمي الرعاية الصحية وأخيراً وليس آخراً المرضى. سيكون النظام تأمين اجتماعي يستفيد منه الفقراء والأكثر هشاشة. يمكنه أن يفيدهم بطريقة مستدامة فقط إذا كان إطار العمل التمويلي سليماً. ستعالج الدراسة بصورة محددة هذه المناقشات في التضامن والاستدامة. إن التأمين الصحي ليس له معنى إذا لم تكن الخدمات الصحية المقدمة بنوعية جيدة.

إن التأمين الصحي نظام معقد جداً للتفاعلات بين مختلف مكونات كامل النظام الصحي وإنه ليس بأي حال قضية تمويلية فقط. هناك العديد من القضايا للتأمينات الصحية الاجتماعية التي يجب تناولها في إطار عمل تمويل صحي سليم:

- إنشاء البرنامج : هل نبدأ باكتشاف برامج التضامن والبرامج الخيرية ونحاول تكرارها قدر الإمكان؟ هل نحاول مد الضمان الخاص أو برامج التأمين المقدمة من الشركات الخاصة والعامة لموظفيها؟ هل نتعلم من العقود التي تعرضها بعض المستشفيات للقطاع الخاص؟
- العضوية: هل العضوية إجبارية أم اختيارية وأي جزء من العائلة سيتم التأمين عليه مع عضو التأمين الصحي؟ كيف سيتم التعرف على الأعضاء عندما يطلبوا الخدمات؟
- التمويل: ماذا ستكون مصادر التمويل الرئيسية؟ هل ستستمر الحكومة بإعطاء رعاية صحية مجانية أو مدعومة للفقراء والمعوزين؟ هل سيدفع أصحاب العمل والموظفين أو العمال مساهمات للتأمين الصحي؟ هل ستربط مساهمات التأمين الصحي بالرواتب أو إجمالي الدخل وهل يمكن السيطرة عليها؟ هل ينبغي على الجميع دفع نفس مساهمات التأمين الصحي أم على الفقراء أن يدفعوا أقل إذا لم يتم إعفاءهم؟ هل سيكون هناك دفع مشترك لمستفيدي التأمين الصحي؟
- الفوائد: ما هي حزمة الفوائد التي ستدفع بحسب مساهمات الأعضاء؟ هل علينا تصميم حزمة فوائد أولية تركز على مشكلات صحة الأمومة والطفولة أم أن علينا بدلاً عن ذلك تغطية الأمراض المزمنة أكثر؟ وبدلاً عن ذلك يمكن البدء بتأمين الأمراض الكارثية والحالات الخطيرة جداً والحالات المزمنة. هل ستدرج المواصلات إلى المستشفى في التأمينات الصحية؟ ماذا عن إدراج تكاليف الإجازة المرضية؟
- إدارة المخاطر: كيف نضمن أن المرضى فقط يلتحقون بالتأمين الصحي؟ كيف نضمن أن دخل المساهمات يغطي تكاليف العلاج الطبي؟

- مقدمي الخدمة: من هم الأطباء العامون أو الخاصون والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين سيتم التعاقد معهم؟ هل سيحصل الأطباء ذوي التأهيل العالي فقط والمستشفيات على عقود من التأمين الصحي وكيف يمكن الرقابة على الجودة وضمانها؟ كيف سيتم الدفع لمقدمي الخدمة؟
- الإدارة والشئون القانونية: هل ستكون وزارة الصحة الهيئة الحكومية الرئيسية المسئولة؟ هل يمكن بناء هيئة تأمين صحي مستقلة وموثوق بها؟ كيف يمكن التحقق أن تنظيم التأمين الصحي لديه شفافية ومسائلة عالية وأنه خالٍ من الفساد؟

الجدول رقم (1): المكونات الرئيسية لبرنامج التأمين الصحي المميزات الرئيسية لبرامج التأمين الصحي
1- إنشاء البرنامج
2- العضوية
3- التمويل
4- الفوائد المقدمة من برنامج التأمين
5- إدارة المخاطر
6- الخدمات
7- قضايا قانونية ودستورية
8- الإدارة
9- تقديم الرعاية الصحية
10- الدفع لمقدم الخدمة
11- صورة مالية
12- صورة إحصائية
13- الآثار
14- السلطات الصحية – دور الدولة
15- خطط السنوات القادمة
المصدر: هوهمان 2001

قبل الدخول في تفاصيل فنية يجب تناول القضية الأساسية: هل الوقت مبكر لبدء نظام تأمين صحي وطني في اليمن؟ وما هي أفضل إستراتيجية لتحقيق الحماية الاجتماعية من الأمراض الغير ممكن تفاديها أو الحتمية والمعاناة وخصوصاً بالنسبة للفقراء والمجموعات الهشة؟ كيف يتم بناء والاستدامة لقدرات إقامة وإدارة نظام تأمين صحي وطني ذي جدوى ومعقول؟ ما هو الشيء الأكثر احتياجاً؟ إن خيارات وإجراءات عديدة ممكنة: نظام تعددي لبرامج تأمين صحي وفوائد صحية بحجم صغير محسنة ومستدامة وريادة تأمين صحي لموظفين مختارين وبرامج خاصة للمستخدمين ذاتياً وقطاع غير رسمي وبرنامج يعالج بصورة خاصة ا لاحتياجات الصحية للفقراء والقطاعات الأكثر هشاشة من السكان.

وخلال السنوات الماضية بدأ الجدل الدولي في التركيز على التأمين الصحي بصورة عامة وعلى التأمين الصحي الاجتماعي بصورة محددة في إطار تخفيض الفقر. يمكن لبرامج الحماية الاجتماعية التي أداؤها جيد أن تمنع الناس من وأن تستميل العلاج للأمراض المهمة. إن لدى التأمين الصحي إمكانية الحماية ليس للفقراء فقط لكن لجزء كبير من السكان من المدفوعات الكارثية ويتم بذلك تقليل الفقر وتفادي الإفقار. وبسبب مجموعة من التأثيرات على قطاع الرعاية الصحية فإن التأمين الصحي يستطيع كذلك أن يمنع الفقراء من هدر أموالهم في علاجات غير فعالة أو ذات أسعار مفرطة وتمكين الناس من المشاركة في برامج تنظيم الأسرة.

يؤدي التأمين الصحي المهام الأساسية فيما يتعلق بتنظيم أسواق الرعاية الصحية. ليس فحسب بتحسن المساهمة في صندوق مشترك للمخاطر أو تحسين تقاسم المخاطر مع عدد من المسجلين ولكن كذلك بزيادة القوة الشرائية وتمكين صناديق التأمين الصحي من التفاوض على أسعار خاصة مع مقدمي الخدمة وتحديد وشرح حزم المزايا الاقتصادية ومراقبة الجودة وملائمة العناية وتشجيع ضمان الجودة واستخدام آليات دفع ملائمة وتعزيز سياسة الأدوية الأساسية ودفع الجودة إلى الأعلى والأسعار إلى الأسفل.

وفي ذات الوقت يمكن للشراء الفعال تحسين وصول وجودة الرعاية وتشجيع كفاءة نظام الرعاية الصحية. فيما يتعلق بتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن ينبغي أن نؤكد أن برامج التأمين للموظفين المستخدمين رسمياً غير عادلة عموماً لأنها تميل إلى تأجيل الضرورات لتغطية العاطلين بالخدمات الصحية والقطاع الغير رسمي الكبير والسكان في الأرياف. والتأمين الخاص غير عادل كذلك بصورة منهاجية لأنه يتضمن اختيار المخاطر واستخلاص الصفوة وتكون عدم المساواة كبيرة بصورة خاصة طالما أن التغطية الشاملة لم تحقق. ومع ذلك فإن التأمين الصحي (الاجتماعي) الإجباري له مجموعة من المنافع الاجتماعية السياسية مقارنة بأنظمة الحماية الاجتماعية الأخرى. وفي بلد بها نمط اجتماعي اقتصادي كاليمن سيكون ذلك من غير الممكن دون مساهمات مدعومة للفقراء وبالنهاية مع دفع مشترك في مقدورهم دفعه ومعفي بصورة صحيحة. ومع ذلك فإن القدرة الإدارية المطلوبة والموارد البشرية والمتطلبات الضرورية الأخرى يمكن أن تجبر البلاد على اختيار منهج ثانٍ أفضل.

2-1-3 مكونات التأمين الصحي الوطني في اليمن

ينبغي أن يفيد نظام التأمين الصحي الوطني مباشرة وبصورة غير مباشرة جميع سكان اليمن أي:

- موظفي القطاع الرسمي للحكومة.
- الموظفين والعاملين في قطاعات الاستخدام الخاص الرسمي.
- الموظفين لأنفسهم الميسورين.
- الموظفين لأنفسهم في أعمال صغيرة جداً وفي القطاع الغير رسمي وفي الزراعة والأسماك الذين هم على حافة الحفاظ على البقاء.

- العاطلين عن العمل.
- الفقراء والمعاقين والأفراد الهامشيين في المجتمع.

يحاول الجدول التالي أن يحدد عدد أفراد الأسرة في هذه القطاعات ويشير إلى برامج تمويل الرعاية الصحية الاختيارية لهذه المجموعات.

رأي القادة

60 % من قادة الرأي يقولون: ينبغي تنظيم التأمين الصحي على المستوى الوطني.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني GTZ واللجنة الأوروبية 2005

إن أعداد الفئات المختلفة من السكان في الجدول التالي قد قدرت بصورة تقريبية وتميز أربع مجموعات سكانية هي: القطاع العام الرسمي والقطاع الخاص والمستخدمين لذاتهم الميسورين والمستخدمين لذاتهم الفقراء والعاطلين عن العمل والفقراء. وفي هذه المجموعات نشير إلى أربعة خيارات تمويل صحي مختلفة. إن الخيارات متناغمة مع التطورات و/أو المقترحات في اليمن:

- مقترح قانون التأمين الصحي مع مساهمات من الرواتب والذي يتوازى مع مقترح مشروع للقطاع العسكري.
- تطوير برامج تأمين صحي مجتمعية في المناطق الريفية كما تم تجريبه بدعم برنامج الاتحاد الأوروبي في تعز وأوكسفام في حضرموت.
- تقديم الخدمات الصحية العامة الممولة بالضرائب وتقاسم التكاليف في كل البلاد.
- برنامج للمستخدمين الذاتيين الميسورين والذي لا يزال ينبغي تصميمه واختباره وتطويره.

تنسيق وتوافق خيارات التمويل الصحي لكامل السكان هو هدف نظام التأمين الصحي الوطني. إن مكون التأمين الصحي للنظام الصحي سوف يتزايد بقدر الإمكان وإن تقديم الخدمات العامة على أساس الضرائب سوف يتضائل. إن الجانب الأكثر أهمية هو أن كل المجموعات السكانية ستتم تغطيتها بخدمات صحية اقتصادية وأن التفاعلات بين مختلف مكونات النظام الصحي يجب إبقاءها في البال دائماً. ينبغي أن يتفادى هذا تجزئة نظام الرعاية الصحية إلى أنظمة فرعية عديدة منفصلة ومجزأة. في الكثير من بلدان أمريكا اللاتينية على سبيل المثال فإن قطاع التأمين الصحي مختلف عن قطاع الصحة العامة وهذا يسبب عدم مساواة وعدم كفاءة على نطاق واسع.

الجدول رقم (2): مكونات نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن					
خيارات التمويل الصحي من قبل / قطاع الاستخدام الرئيسي للأسر	القوة العاملة (تقديرات سريعة ومدورة)	خيارات التمويل الصحي			
		مساهمات ضريبية مرتبات في التأمين	تأمين المستخدمين ذاتياً	برامج مشاركة المجتمع	الخدمات العامة التي أساسها الضريبة
الحكومة	420.000	37.5 %			
العسكريين	350.000				
الشرطة	150.000				
الشركات العامة	70.000				
الشركات المختلطة	10.000				
شركات القطاع الخاص الرسمي	500.000				
المستخدمين ذاتياً الميسورين	500.000		12.5 %	↑↑↑↑↑↑↑↑	
المستخدمين ذاتياً الفقراء	1.000.000			10 % ↓↓↓↓↓↓↓↓ إستراتيجية التوسع	50 %
عاطلين عن العمل وفقراء	1.000.000				
الأسر في اليمن	4.000.000	37.5 %	12.5 %	(~10 %)	50 %
السكان في اليمن	22.000.000	37.5 %	12.5 %	(~10 %)	50 %
المصادر: تقديرات واحتسابات خاصة					

يمكن أن يسمى التأمين الصحي الوطني التأمين الصحي الاجتماعي إذا كان هناك دعم

- من الأغنياء إلى الفقراء.
- من الشباب إلى المسنين.
- من الأسر الصغيرة إلى الأسر الأكبر.
- من العاملين إلى العاطلين.
- من الأصحاء (مخاطر أقل) إلى المرضى والمجموعات الهشة (مخاطر عالية).

وباسم دافع وطني نحو التضامن يضم جميع أفراد المجتمع وخصوصاً الفقراء والمهمشين.

ما هي أفضل طريقة للحصول على الدعم؟ يجادل البعض أن من المهم كثيراً حصول الحكومة على دخل ضريبي منتظم وكبير نسبياً مع تصاعدية كبيرة أي أن يدفع الميسورون ضرائب أعلى من الفقراء. ويمكن القيام بهذا بصورة أفضل بضرائب الدخل. وسوف يسمح بإنفاق أموال الضرائب للمصلحة العامة وخصوصاً لأولئك الذين يحتاجون أكثر لتقديم الرعاية الصحية. ويجادل آخرون أن من الأفضل أن يكون هناك نظام تأمين صحي إجباري لأكبر عدد ممكن من الأفراد. إن الاستقطاعات من الرواتب على أساس النسبة من الرواتب سيعزز التضامن لأن أولئك الذين لديهم رواتب عالية سيدفعون مساهمة أكبر للتأمين الصحي. ويجيب

المدافعون عن الضرائب التصاعدية بأن هذا يخص الرواتب فقط وليس الدخل وأن هيئة التأمين الصحي ستواجه الكثير من الصعوبات في تقدير دخل أعضائها. وفي الحقيقة بأن هذه مهمة معقدة للغاية وخصوصاً بالحصول على مساهمات عادلة من الذين يعملون لذاتهم. وبصورة متزايدة يقترح لذلك بأن المساهمات للتأمين الصحي يمكن أن تكون بمعدلات متساوية أي نفس أقساط التأمين لجميع الأعضاء وأن النظام الضريبي الحكومي يجب أن يضمن الدعم المذكور بأعلاه للأعضاء المحرومين من المجتمع.

ومن ناحية نظرية فإن هذه الخيارات الأربعة هي:

- ضرائب تصاعدية على جميع أعضاء المجتمع ولأعضاء التأمين الصحي.
- استقطاعات خاصة بالمرتبات والأجور من المرتبات أو مجموع الرواتب أو
- الدخل على أساس مساهمات تجمع من السلطات الضريبية و/أو التأمينات الصحية.
- استقطاعات بمعدلات متساوية لنفس المستويات لجميع أعضاء التأمين.

قبل تصميم نظام تأمين صحي وطني لليمن ينبغي مناقشة تلك الخيارات ومقارنتها. إن أبسط طريقة في اليمن ستكون استقطاع المساهمات من مرتبات الموظفين والعاملين في قطاع الاستخدام الرسمي. إن مساهمات التأمين المرتبطة بالدخل للأسر هي أفضل في طلب التضامن من استقطاعات الرواتب من كشوفات الرواتب حتى وإن كانت هذه أسهل كثيراً في تنفيذها وجمعها. يمكن للمساهمات المتفاوتة بمعدل متساوي للقطاع الغير رسمي أن تخفف من العبء الإضافي الذي يقع في أحيان كثيرة عليهم وخصوصاً طالما أنهم تفرض عليهم الضرائب عادة بحسب الدخل التقديري (أي على أساس حجم الأرض التي يفلحونها) وليس بحسب المرتبات وكونهم أصحاب عمل وموظفين في ذات الوقت طالما أنه يطلب منهم أن يدفعوا كلا حصتي المساهمة. وتظهر هذه الأمثلة أنه بالنسبة لنظام التأمين الصحي الوطني ينبغي التدقيق في كل الخيارات بعناية وأنه يمكن تطبيقها بصورة مختلفة لمجموعات مختلفة من السكان ولمجموعات مختلفة من التأمين الصحي. من الضروري الإبقاء على هذه الخيارات في البال قبل تصميم برنامج التأمين الصحي. ومن المهم كذلك أن يتم النظر دائماً في كلا طريقتي التمويل الرئيسيتين: الضرائب والمساهمات. يذكر مقترح التأمين الصحي في اليمن طريقة استقطاع الرواتب الإجبارية فقط.

رأي القادة

54% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً ويلزم بالقانون.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

في التأمين الإلزامي أو الإجباري الذي هو موجود لبعض الناس فإن تمديده تزايدياً إلى مناطق أخرى ومجموعات اجتماعية سيكون طريقة مجدية لتحقيق التغطية الشاملة إذا تم تلبية عدد من الشروط (بارنج هاوسن 2002 ، ص 1567). إن تمديد وفي النهاية عمومية الحماية الاجتماعية يمكن تحقيقه عن طريق

المبدأ الإقليمي[3] والشخصي[4] ومكان العمل[5]. إن المبادئ الثلاثة المختلفة لا تستثني بعضها البعض وبدلاً عن ذلك فهي تكاملية ويمكن أن تتطور تزامنياً وتتابعياً أو تبادلياً. ومع ذلك فإن عملية المد يمكن أن تأتي بسلسلة من المشكلات التي يجب أخذها في الاعتبار من أجل تفادي التكاليف الاجتماعية الكبيرة والمقاومة القوية الغير ضرورية من بعض المساهمين. وخلال مد التغطية الرسمية وتنفيذ آليات ضمان اجتماعي بديلة فإن الأعضاء الحاليين لبرامج التأمين الصحي الاجتماعي ربما يدفعون جزء من سعر إدراج المجموعات الجديدة في صورة مساهمات تأمين أكبر. وهكذا فإن الناس والمجموعات التي قد غطيت بآليات الحماية الاجتماعية يمكن أن ترفض إدراج مستفيدين إضافيين في برنامج التأمين. وفي ذات الوقت يميل عدم المساواة إلى الإزدياد لأن الحصول على الرعاية الصحية يمكن أن ينقص بالنسبة لغير المؤمنين في الفترات الانتقالية حيث تنضب الموارد من الغير مؤمنين لتوفير الرعاية الصحية للمؤمنين (بارنج هاوسن 2000 ، ص 1567 ونورماند 1994 ، ص 41).

هناك حاجة للدعم الحكومي لمعظم برامج التأمين الصحي الاجتماعي في العالم. ويشمل ذلك إعادة التأمين لعجز مقبول في التأمين الصحي ودعم مساهمات تأمين المستخدمين ذاتياً وإعفاء جميع الفقراء من المحاصة في التكلفة وبرامج استرداد التكلفة والدفع الكامل لكل أو معظم التكاليف المتكررة للمنشآت الصحية في المناطق الفقيرة والنائية أو في الأخير الدفع الكامل لمساهمات التأمين الصحي للفقراء لهيئة تأمين صحي.

وبالإضافة لذلك فإن على الحكومة أن تدعم فاعلية وكفاءة محسنة لجميع خدمات وبرامج التأمين العام وخصوصاً بالزيادة الكبيرة لنشاطات الوقاية والترويج الصحي والاتجاه نحو إستراتيجية الأمثل – الكفاءة في كل الرعاية الصحية الخاصة والعامة. إن الأنظمة المحسنة والنافذة والرقابة الصارمة على الجودة والإشراف على مقدمي الخدمات العامة والخاصة هي عناصر أساسية لهذه الإستراتيجية. وكما قد ذكرنا فإن سياسة الضرائب التصاعدية هي مكون حيوي لإستراتيجية اجتماعية لكامل الحكومة مع تأثيرات أو تضمينات لكامل القطاع الصحي وكامل نظام التمويل الصحي. إن التفاعل المناسب بين الحكومة والتأمين الصحي وبين أشكال جمع التمويل المحددة هو مكون أساسي لنظام التأمين الصحي الوطني الذي يتكون من:

- مجموعات سكان مختلفة.
- خيارات جمع أموال مختلفة.
- إستراتيجيات توسع مختلفة.

والتي ينبغي جمعها كلها بطريقة تحقق التضامن والعدالة بصورة أفضل لتوفير أفضل رعاية صحية ممكنة لجميع الذين يحتاجونها.

---

[3] ينشأ برنامج التأمين أولاً في مناطق مختارة من البلاد (الأكثر تصنيعاً في العادة) ويمتد تدريجياً لتغطية المناطق الجغرافية الأخرى (الأقل تطوراً في العادة).

[4] مد التغطية عن طريق إدراج الأشخاص بدون تغطية إما بتوجيه معايير أفقية مثل المهنة أو معايير رأسية مثل الدخل أو مد التغطية إلى أفراد العائلة.

[5] المد بحسب مد الاستخدام (الرسمي) سواء بحسب خطوط أفقية (أي القطاع الاقتصادي) أو خطوط أفقية (مثلاً حجم الشركة).

ومن ناحية مبدئية يبدو برنامج التأمين الصحي على المستوى الوطني والشامل أنه الأفضل. وسوف يستوعب جميع المجموعات السكانية وسوف يجد أفضل مزيج من خيارات التمويل الصحي التي تضمن عدالة التمويل والنوعية العالية وتقديم رعاية صحية اقتصادية في حالة الحاجة لجميع المواطنين.

الجدول رقم (3): المزايا والعيوب الأساسية لبرنامج تأمين صحي على النطاق الوطني وشامل	
المزايا	**العيوب**
• إن المساهمة في صندوق مشترك على المستوى الوطني يعد بأكبر اقتصاديات الحجم وبذلك أفضل الأسعار والخدمات • تحمل المشاريع الشاملة أفكار المساواة في الحصول على الخدمات وتمويلها. • إمكانية نمو سوق صحية أكثر مساواة. • تنظيم تأمين صحي أكثر استقلالية وقوة لديه الفرصة للحصول على ثقة السكان (ومقدمي الخدمة). • عدم وجود حاجة لبرنامج تعويض مخاطر معقدة (إعانات متبادلة) لمعادلة المخاطر المختلفة وصناديق التمويل المشتركة لمشروعات التأمين الصحي المختلفة. • سهولة أكبر في الرقابة المركزية / تقوده الحكومة / البرلمان.	ضرورة متطلبات مسبقة كثيرة مثل: • إرادة سياسية قوية وتمكين الهيئة من إنفاذ القواعد على مستوى الأمة. • تأصيل اجتماعي وثقافي لمبدأ التضامن. • موظفين بكفاءة عالية لإدارة المشروع (هيئة التأمين الصحي). • موظفين ذوي كفاءة عالية في المؤسسة المشرفة لتوجيه المشروع. • بيانات ومعلومات موثوق بها بصورة منتظمة حول الخدمات والتدفقات النقدية.

وبأخذ هذه المزايا والعيوب الرئيسية يبدو أن الاتجاه واضح. وفي المدى البعيد – إذا أراد المجتمع الإبقاء على مبادئ التضامن – فإن هناك أولوية لمشروع شامل على نطاق الأمة. إن هدف الرؤية الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي هي:

- تحويل المدفوعات المنفقة وقت استخدام الخدمات الصحية (مع دلالات كبيرة بالنسبة لبعض المواطنين الذين لا يستطيعون تحملها).
- إلى برامج مدفوعات مسبقة.
- حيث يساهم جميع المواطنين (بالضرائب أو المساهمات) في تمويل صحي عادل.
- لخدمات صحية ذات جودة عالية واقتصادية تعطى بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على تحملها بصورة أساسية.

ولتحقيق هذه النظرة خطوة بخطوة ستتم مناقشة عدة خيارات في التالي:

2-2 البديل (أ): الدفعة الكبيرة

أعلن وكيل وزارة الخدمة المدنية والتأمينات في اجتماع مع فريق الدراسة أنه بنهاية العام 2006م سيبدأ التأمين الصحي لجميع موظفي القطاع العام. وتشمل القطاعات العامة تحت توجيه وزارة الخدمة المدنية والتأمينات حوالي نصف مليون من الموظفين ويشملون المسئولين الحكوميين والعسكريين والشرطة والأمن السياسي. وبحلول العام 2006م يمكن استقطاع مساهمات التأمين من رواتب الموظفين والعاملين والحكومة – كمستخدم – ستدفع حصتها من المساهمات. وسيكون هذا سهلاً طالما أن الزيادة الكبيرة في الرواتب ستعطى بحلول ذلك الوقت لجميع موظفي القطاع العام. وبحلول يناير 2007م ينبغي أن تكون هيئة تأمين صحي موجودة وعاملة لتقديم فوائد التأمين الصحي لجميع الأعضاء والمستفيدين. وسوف تعمل الهيئة تحت إشراف وزارة الخدمة المدنية والتأمينات.

رأي القادة

77% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يبدأ التأمين الصحي فوراً أو خلال العامين القادمين.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية لعام 2005م.

2-2-1 العضوية

إن هذه الرؤية الثاقبة والواضحة ترشد بديلنا الأول. وسوف نضيف لها إدراج الموظفين والعاملين للشركات من الحجم المتوسط وشركات الإنتاج والخدمات الأكبر في القطاع الخاص الرسمي. وبالإضافة لذلك وبحسب قانون التأمين الصحي المقترح سوف ننظر في المتقاعدين. يقدم الجدول التالي تقديرات تقريبية حول الأسر وأفراد الأسرة المشاركين في إستراتيجية "الدفعة الكبيرة" هذه نحو تأمين صحي وطني.

الجدول رقم (4): قطاعات الاستخدام الرسمي

قطاع الاستخدام	الأسر تقديرات تقريبية	السكان (1 : 7)
الحكومة	420.000	2.940.000
الجيش	350.000	2.450.000
الشرطة	150.000	1.050.000
الشركات العامة	70.000	490.000
الشركات المختلطة	10.000	70.000
شركات القطاع الخاص الرسمي	500.000	3.500.000
الإجمالي	1.500.000	010.500.00
المتقاعدين		
المتقاعدين النسبة (1 : 2)	200.000	400.000

الإجمالي 2	1.700.000	10.900.000

وبحسب أحدث كتاب إحصاء سنوي لليمن نفترض حجم الأسرة 7 أشخاص لكل عضو من كل موظف وعامل ونفترض من أجل البساطة بأن التأمين الصحي سيغطي كامل الأسرة. بالنسبة للمتقاعدين نحتسب متوسط شخصين يغطيهم عضو.

رأي القادة

35 % من قادة الرأي يقولون: المتقاعدون فقراء جداً حتى يدفعوا الرعاية الصحية.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

رأي القادة

80% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يغطي التأمين الصحي موظفي الحكومة أولاً بما في ذلك الشركات العامة والمختلطة.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

2-2-7 المساهمات

بحسب قانون التأمين الصحي المقترح فإن معدلات المساهمة لأعضاء التأمين الصحي ستكون كالتالي:

- 6% تدفع من قبل صاحب العمل.
- 5% تدفع من قبل الموظف.

من الرواتب بما في ذلك جميع العلاوات. وبالمقارنة الدولية يبدو أن هذه مساهمة عادلة وبالمقارنة مع البلدان العربية فإنها كبيرة جداً. تضم العلاوات حالياً حوالي 51% من المرتبات الأساسية (طرموم 2003). وعلى أساس البيانات والمعلومات المختلفة من مصادر عديدة نقدر أن متوسط المرتبات للقطاع العام والخاص وللمتقاعدين تقريباً بالأرقام الموجودة في الجدول التالي:

الجدول رقم (5): متوسط المرتبات الشهرية

قطاع الاستخدام	المرتب بالشهر
متوسط المرتب الشهري في القطاع العام	25.000 ريال يمني
متوسط المرتب الشهري في القطاع الخاص	30.000 ريال يمني
متوسط الراتب التقاعدي الشهري	20.000 ريال يمني
المصادر: مقابلات عديدة مع مشاركين	

تتضمن هذه الأرقام الزيادات الموجودة في الرواتب حيث أن الحكومة وعدت موظفيها والعاملين بها في منتصف عام 2005م. وعلى أساس هذه الافتراضات يمكننا احتساب الاستقطاعات الشهرية من الرواتب للموظفين وأصحاب العمل وإيراد سنوي محتمل لصندوق تأمين صحي بحسب المصادر.

الجدول رقم (6): الاستقطاعات الشهرية من كشوف الرواتب والإيراد السنوي للتأمين الصحي بحسب سيناريو "الدفعة الكبيرة"				
المؤشرات / القطاعات	القطاع العام	القطاع الخاص	المتقاعدين	الجميع
عدد الموظفين والعاملين بالمليون	1	0.5	0.2	1.7
عدد المستفيدين بالمليون	7	3.5	0.5	11
متوسط الأجر أو الراتب أو المعاش التقاعدي في الشهر بالريال	25.000	30.000	20.000	
مساهمة أصحاب العمل بنسبة مئوية	6 %	6 %	6 %	
مساهمة صاحب العمل في السنة للموظف بالريال	18.000	21.600	14.400	
مساهمة الموظفين كنسبة مئوية	5 %	5 %	5 %	
مساهمة الموظفين الفرديين في السنة بالريال اليمني	15.000	18.000	12.000	
مساهمات جميع أصحاب العمل في السنة ببلايين الريالات	18	10.8	2.9	31.7
مساهمات جميع الموظفين في السنة ببلايين الريالات	15	9	2.4	26.4
جميع المساهمات في السنة (تقريبية) ببلايين الريالات	33	20	5	58
المساهمات الحكومية (كصاحب عمل) ببلايين الريالات	18	0	2	20
مساهمات الشركات (كأصحاب عمل) ببلايين الريالات	0	10.8	1	12
مساهمات الموظفين ببلايين الريالات	15	9	2	26
جميع المساهمات في السنة (تقريبية) ببلايين الريالات	33	20	5	58
المصدر: مقترح قانون التأمين الصحي وافتراضات واحتسابات خاصة				

3-2-2 التأثير على حسابات الصحة الوطنية

سيتم الحصول على حوالي 58 بليون ريال يمني سنوياً عن طريق الاستقطاعات من كشوفات الرواتب في القطاعات الرسمية العامة والخاصة. وسيزيد هذا حسابات الصحة الوطنية الفعلية بنسبة 40% كما هو مبين في الجدول التالي. وسوف يكون له تأثير كبير على نمط حسابات الصحة الوطنية.

الجدول رقم (7): الإنفاق الصحي بحسب العاملين في اليمن قبل ومع التأمين الصحي في قطاعات الاستخدام الرسمية				
المصروفات / العامل	قبل التأمين الصحي		مع التأمين الصحي	
	بليون ريال يمني	%	بليون ريال يمني	%
الأسر	65	56.5	91	55.5
وزارات المالية والصحة	32	27.8	57	34.8
الشركات العامة	5	4.4		
الشركات الخاصة	3	2.6	15	9.1
المانحين	10	8.7	1	0.6
الإجمالي	115	100	164	100
الإنفاق للفرد بالريال اليمني	6091		8683	
الإنفاق للفرد بالدولار الأمريكي	33		47	
الزيادة بنسبة مئوية			43	
المصادر: حسابات الصحة الوطنية لعام 2003م المحدثة (دريس 2005) وافتراضات واحتسابات خاصة				

2-2-4 مقارنات الدخل / الإنفاق

ماذا يمكن شراءه بهذا المال؟ فيما يلي سنستخدم سيناريوهين. السيناريو الأول مبني على أساس "الممارسة الجيدة" في اليمن. تعطي المؤسسة العامة للاتصالات حزمة فوائد هي موضع تقدير موظفيها وعامليها. واتحاد العمال فخور بأنه قد حقق هذه الحزمة في مفاوضات عمالية طويلة. وهي تشمل ما يلي:

- مبلغ مقطوع لاستخدام الأدوية.
- رعاية خارجية وداخلية مجانية.
- علاج مجاني في الخارج.

بالنسبة للأسرة تشمل الزوجة والأطفال. بالنسبة لأفراد العائلة الممتدة مثلاً الأب والأم تطبق المشاركة في الكلفة والمدفوعات المشتركة. تكلف حزمة الفوائد هذه 61.404 ريال يمني لكل موظف في السنة. الجدول التالي يحدد هذا ويقارنه مع الإيرادات من ضرائب كشوفات الرواتب 6% على صاحب العمل و 5% على الموظف.

الجدول رقم (8): سيناريو الاتصالات للإيرادات والنفقات		
الإيرادات	مساهمات التأمين الصحي	57,8 بليون ريال يمني
	إيرادات الاستثمار (10%)	5,8 بليون ريال يمني
النفقات	حزمة فوائد الاتصالات*	104,4 بليون ريال يمني
	نفقات عامة (8%)	8,4 بليون ريال يمني
العجز يغطى بالضرائب أو الدعم الآخر**		49,2 بليون ريال يمني
* افتراض: نفس حزمة الفوائد كمؤسسة الاتصالات مع 350 مليون ريال يمني في السنة لـــ 5700 موظف = 61.404 ريال يمني لكل موظف. ** العجز هو 43.6%.		

يظهر هذا السيناريو أن عجزاً كبيراً سيتولد. ويتم الحصول على نفس النتيجة عندما نستخدم طريقة مختلفة لتقدير نفقات التأمين الصحي. وهي مبنية على افتراض أن حوالي ثلث موظفي التأمين الصحي بحاجة إلى خدمة 500 مستفيد من برنامج التأمين الصحي. وهذه القاعدة صحيحة على سبيل المثال في تأمينات الصحة الألمانية والتي لديها مستوى إنتاجية أعلى بصورة ملحوظة للموارد البشرية مما لوحظ في اليمن. وباستهداف تقدير تحفظي لا نأخذ هذه النقطة في الحسبان. بالنسبة لـــ 11 مليون مستفيد في إستراتيجية الدفعة الكبيرة ستكون هناك حاجة لـــ 22 ألف موظف. إذا تسلموا متوسط المرتب اليمني فسوف يكلف ذلك 6.6 بليون ريال يمني في السنة وهذا هو مرتكز الاحتسابات في الجدول التالي. الحصص النسبية لنفقات الصرفيات العامة والرعاية في المستشفيات والأدوية مبنية على التجارب الدولية. وقد أدرجنا جانبين خاصين إضافة لذلك:

- افتراض أن إصابات العمل تغطى بالتأمين الصحي وليس ببرنامج تأمين خاص منفصلاً عنه وأدرجنا نفقات الحوادث وفي أسوأ الحالات نفقات لفوائد التقاعد المبكر.
- بافتراض أن أصحاب العمل سينضمون إلى البرنامج فقط إذا خفف التأمين الصحي من عبئهم لمدفوعات الإجازة المرضية بدفع بدائل الراتب ولفترة معينة من الزمن فقد أدرجنا بند الإنفاق هذا في سلة نفقات التأمين الصحي.
- بافتراض أن بناء نظام التأمين الصحي في اليمن بحاجة إلى تنمية بعض المهارات والتدريب والتثقيف الكثيف للموظفين والكثير من المساهمين والشركاء فنضيف مبلغ كبير من النفقات للتدريب.

وجميع النفقات ستبلغ حوالي 110 بليون ريال يمني في السنة. وبمقارنة النفقات والإيرادات سينتج عجز بحوالي 46 بليون ريال يمني في السنة حسبما يمكن استنتاجه من الجدول التالي.

الجدول رقم (9): سيناريو صندوق المرض للإيرادات والنفقات				
الإيرادات		النفقات		
الموارد	بليون ريال يمني	الوجهة	بليون ريال يمني	%
المستخدمين في القطاع العام	18,0	مقدمي الخدمة (داخلي وخارجي)	49,5	45
الموظفين في القطاع العام	15,0	الأدوية والمستلزمات الطبية	22,0	20
المستخدمين في القطاع الخاص	10,8	الحوادث والمعاشات التقاعدية ... الخ	13,2	12
الموظفين في القطاع الخاص	9,0	الإجازات المرضية	7,7	7
المتقاعدين	5,0	الإدارة والموظفين ... الخ (22 ألف)*	6,6	8
عوائد الاستثمار (10%)	5,8	الاستثمارات وتكاليف التشغيل	2,2	
العجز** (الضرائب والدعم)	46,4	التدريب والاستشارة ... الخ	8,8	8
الإجمالي ببلايين الريالات	110	الإجمالي ببلايين الريالات اليمنية	110	100

* الافتراض: موظف تأمين صحي واحد بمتوسط مرتب 25 ألف ريال يمني في الشهر لكل 500 مستفيد.
** العجز هو 42.2%.

يمكن أن تتفاوت هذه الاحتسابات في الكثير من الطرق. وهذا بالضبط ما يقصد أن تثيره: نقاشات تخفيض أو تغطية العجز وإيجاد طرق بتخصيص أكثر ترشيداً للموارد النادرة. لكن هناك ملاحظة حذرة ينبغي أن تعطى. إن مساهمات التأمين الصحي لا تغطي كل المصاريف الصحية في معظم البلدان. إن حزم الفوائد الصغيرة جداً غير مغرية. إن برامج الشركات تدعم من قبل الشركات في أحيان كثيرة. هذه ثلاثة قنوات فقط لإعطاء أسباب من أجل تبرير مستوى مقبول من الإنفاق في التأمينات الصحية. إن التأمينات الصحية دائماً تقريباً يقع عليها الحصول على زيادة من قبل الحكومة. وعلى أساس التجارب الدولية نحتسب معدل العجز بحوالي 40%. ومن جانب آخر يجب أن نبقي في البال أن التأمينات الصحية للقطاعات الرسمية يجب أن لا يكون فيها عجز وإنما تنتج عائدات من أجل مقابلة خدمات الدعم للمجموعات المعوزة. ولذلك فإن إجراءات احتواء التكلفة والبحث عن تمويل إضافي تكون مطلوبة دائماً.

5-2-2 إستراتيجيات تخفيض العجز

ذكرت بعض إستراتيجيات تخفيض العجز أو احتواء التكلفة في الجدول التالي. وذكرت التأثيرات المالية وقدمت ملاحظات على قابلية التطبيق لهذه الإستراتيجية في الإطار اليمني.

الجدول رقم (10): إستراتيجية تخفيض العجز للتأمين الصحي في اليمن		
الإستراتيجية	**بعض الآثار المالية**	**ملاحظات**
تشارك التكلفة	مطلوب دفع مشترك أكبر من 40%	لن يفهم دافعوا المساهمات مزايا التأمين الصحي الذي يحاول التغلب على المدفوعات المنفقة.
حزمة الفوائد المخفضة	استثناء العلاج في الخارج (44%)	سيخفض جذب الفئات المتوسطة
	يغطي الحالات المزمنة والكارثية فقط	يمكن أن يغطي العجز
	تخفيض حجم حزمة الفوائد لحد أدنى مقبول	يمكن تغطية العجز
مساهمات أعلى	زيادة المساهمة بنسبة 1% يساوي 5 بليون ريال يمني يساوي معدلات مساهمة 20%	كبير جداً حتى بالمقاييس الدولية
فوائد الأعضاء فقط	أعضاء مخاطر منخفضة في أسرة صغيرة يحتاج 20 بليون ريال يمني = ربح كبير	يقدر اليمنيون فوائد الأسرة كثيراً وجميع قادة الرأي يدعمون هذا الخيار
رعاية للأمراض المزمنة والكارثية من قبل الحكومة	يمكن تغطية العجز	هذه سياسة حالية جيدة جداً والتي لا تتبع مع ذلك كقاعدة و 63% من قادة الرأي يشاركون وجهة النظر هذه.
ترشيد استخدام الأدوية / قائمة الأدوية الأساسية فقط	حيث أن الأدوية تبلغ 35% من إجمالي النفقات يتوقع إجراء احتواء ملموس للتكاليف	يجب احتساب الأثر بحسب مستويات الأسعار للأدوية ومقاومة الصيدلانيين
استخدام القوة الشرائية للتأمين الصحي أي الخصم الإجمالي ... الخ	تأثير ضئيل ومتوسط الأجل	يمكن تحييد التكاليف العالية بسبب زيادة الطلب
إدارة هزيلة	تخفيض 10% كحد أقصى	ينبغي أن يتم على أي حال

إن النقطة الهامة لاحتواء التكاليف هي السيطرة على واختيار واستثناء مقدمي الخدمة. إن أحد الأهداف المركزية لكل جهد إصلاح (في كل مكان في العالم) يجب أن يكون تحسين كفاءة تقديم الخدمات. وهناك الكثير من التجارب وخصوصاً تلك التجارب في البلدان المتطورة جداً. لكن إنعدام الكفاءة يوجد في كل مكان

وفي البلدان حيث الموارد محدودة للغاية وتخفيض عدم الكفاءة مهم بصورة أكبر. ومهما كان تنظيم الرعاية الصحية فمن الضروري أن تكون هناك وسائل للرقابة على الأطباء ومقدمي الخدمة الآخرين وأن تكون هناك وسائل للمنافسة مثلاً مع صناعة الأدوية. وهناك الكثير من الإمكانيات لتعزيز الكفاءة بصورة منتظمة لكن بعض الأشياء شاملة. إن أكبر إسهام في صندوق مشترك لـ "الطالبين" مثل منظمات التأمين الكبيرة أو مثل الدولة يعد بخدمات أفضل وأسعار أقل.

إن الحل الآخر الذي يمكن التفكير فيه هو تخفيض العجز المتوقع لخلق صندوق مساهمة مشترك. وهذا يعني وضع أموال المساهمات لـ "الأغنياء والأصحاء" للحصول على اسهامات إجمالية كبيرة من جهة ونفقات منخفضة من فوائد على الآخرين. ولأولئك نحن بحاجة إلى خدمات صحية وتضامن معظم المجتمع "المرضى والفقراء" والذي بدون شك سيكون أسوأ حالة. ومن الواضح أن هذا لا يمكن أن يكون الحل مع روح اجتماعية.

رأي القادة

0% من قادة الرأي يقولون: إن الموظفين فقط ينبغي أن يغطيهم التأمين الصحي.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

ينبغي استخدام إستراتيجيات تمويل إضافية على مسار موازٍ. وفي الجدول التالي ذكرت بعض الإمكانيات وتم التعليق عليها.

الجدول رقم (11): إستراتيجيات التمويل الإضافية للتأمين الصحي في اليمن

الإستراتيجية	الآثار المالية	ملاحظات
تغطي وزارة المالية العجز دون زيادة المخصصات للصحة	ينتج عجز لخدمات الصحة التي أساسها الضرائب	آثار إعادة توزيع سلبية للفقراء والمعوزين
تغطية وزارة المالية للعجز مع زيادة المخصصات للصحة بصورة ملائمة	مضاعفة الإنفاق الحكومي على الصحة	مرغوبة بصورة كبيرة للصحة والتربية والتعليم
ضرائب تفرض لغرض "الخطيئة" أو ضرائب أخرى (القات والسجائر والمعدات الكبيرة ... الخ)	يمكن أن تغطي العجز في كل من النظام الصحي (التأمين الصحي والحكومة)	استقرار الإيرادات وآثار إعادة توزيع إيجابية ودعم مصلحة الضرائب لهذه الإستراتيجية
مخصصات أموال الزكاة الطوعية والزكاة التي دافعها القيمة	70 إلى 100 بليون ريال يمني في السنة إذا وثق الناس أن هباتهم تستعمل لأغراض ذات قيمة	إنعدام الاستقرار لكن قيمة اجتماعية كبيرة

الجدول رقم (11): إستراتيجيات التمويل الإضافية للتأمين الصحي في اليمن		
الإستراتيجية	الآثار المالية	ملاحظات
	ويمكن أن تغطي كلا العجزين	
أخذ أموال الأوقاف والأموال الخيرية الأخرى	يمكن أن تغطي كلا العجزين	إمكانية كبيرة ووزارة الأوقاف والإرشاد يمكن أن تكون شريكاً جيداً نوصي بذلك بدرجة عالية لإدراجها في صنع السياسة
تقدير الدخل	لازال سيجري احتسابه	الأرباح المضاعفة التي تدار بصورة عادلة ولكن من الصعب تنفيذه
دعم موجه للأمراض من مانحين دوليين وخصوصاً من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFTAM)	يمكن أن تحرر العبء المالي الذي سببه الملاريا والسل والإيدز	مناسب خلال المرحلة الابتدائية وهناك مشكلة استدامة
مساهمة أصحاب الأعمال الكبار للعاملين / الموظفين ذوي الدخل المنخفض	يمكن أن يزيد متوسط مستوى المساهمة	الموافقة السياسية مطلوبة والحافز لزيادة مستوى الدخل
تحسن فاعلية نظام الضرائب والجمارك وتخصيص أموال إضافية للتأمين الصحي	متغير بحسب الأداء	عدم تأكد سياسي والالتزام ضروري
ضريبة تفرض على البترول تحدد بأنها نسبة من الدخل الوطني للنفط	توفر موارد إضافية للرعاية الصحية	الاحتياطيات تحد من الاستدامة والإرادة السياسية مطلوبة وهو مصدر أكثر أهمية من الضرائب حالياً

إن كل مؤسسة تعطي مالا تريد أيضاً أن يكون لها سيطرة على إنفاقه. ومن أجل القدرة على السيطرة على برنامج دون هيئة إشراف متضخمة ومع خطوط معقدة من القرار وأفراد عديدين ينبغي أن يكون الهدف إبقاء الموارد المالية مرتبة بصورة واضحة.

6-2-2 المتطلبات الأساسية

ستذكر المتطلبات الأساسية لنظام تأمين صحي وطني واجتماعي وتناقش في مايو بحسب "M" الكثيرة للإدارة. إن المال هو واحد فقط من تلك المكونات وقد نوقش من قبل. وإنه ليس بأي حال هو المتطلب الأساسي الأكثر أهمية لنظام تأمين صحي جيد ومستدام لأنه مع الدافع الجيد والتعبئة والأيدي العاملة يمكن جمع المزيد من الأموال دائماً إذا كان إنتاج التأمين الصحي جيداً وإذا فهمه السياسيون والمرضى ومقدمي الخدمة. وما هو

المطلوب بصورة أكثر أهمية في إطار اليمن هو آليات إدارة موثوق فيها وذات مصداقية وشفافة. وبالنظر إلى التجارب مع صندوق الدواء على سبيل المثال فإن الثقة في الصناديق قد فقدت. وفي جميع مناقشاتنا أثيـــرت هذه القضية في إطار الابتزاز والفساد وقد كان المطلوب هيئة تأمين صحي مستقلة.

رأي القادة

63% من قادة الرأي يقولون: إن منظمة تأمين صحي مستقلة ينبغي إنشاؤها.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

وكمتطلب أساسي لإستراتيجية الدفعة الكبيرة نوصي بفريق إدارة ذو قدرة عالية ومستقل مع كامـــل الـــشفافية والمصداقية والمساءلة وخواص كيان شركة حديثة وربما يتم التعاقد عليه مع شركة عالميـــة. إن الـــسمات الرئيسية لصندوق التأمين الصحي الوطني مذكورة في الجدول التالي.

الجدول رقم (12): السمات الرئيسية لصندوق تأمين صحي وطني مستقل وموثوق فيه

الاستقلالية:

أ- الفصل عن الكيانات الحكومية التقليدية والتوجهات الرئيسية للصندوق بإقامة مجلس إدارة مستقل.

ب- ارتباط وثيق مع المنظمات الغير حكومية والجهاز المركزي للإحصاء والقطاع الخاص والحكم المحلي وممثلي المرضى وأفضل الخبراء ومقدمي الخدمة ممارسة.

القيادة:

أ- اختيار شخصية لديها دافع قوي ومجربة ومؤهلة تأهيل عالي مهني ولديها مؤهلات قيادية مثبتة.

ب- عدم اشتراك مجلس الإدارة في قرارات الإدارة اليومية.

المهنية:

أ- توظيف رشيد واختيار الموظفين بعملية مفتوحة وشفافة.

ب- تميز جميع الموظفين بالخبرة العالية والخلفية المهنية.

ج- التعلم المستمر وعمليات التدريب

د- المراجعة المستمرة للأنظمة الفنية والإرشادات.

الكفاءة:

أ- إدارة قوية وحازمة مع دعم سياسي من أعلى المستويات.

الجدول رقم (12): السمات الرئيسية لصندوق تأمين صحي وطني مستقل وموثوق فيه
ب- موظفين متحمسين دافعهم الإنتاج مع خبرة مهنية قوية وخبرة إدارية. ج- استخدام مؤشرات الأهداف لمراقبة الإنجاز. د- التعلم المستمر من الأخطاء. **الشفافية في إجراءات التشغيل:** أ- إجراءات منشورة جيداً واتخاذ قرارات شفافة. ب- شفافية من خلال الاتصال السليم ذو الجانبين بين المستفيدين وصندوق الصحة. ج- المرونة أي الرغبة في التعلم من الأخطاء. **المساءلة:** أ- التدقيق الداخلي والخارجي في نفس المكان. ب- التدقيق الدولي المنتظم في نفس المكان. ج- تدقيق جودة صارم ومستقل لمقدمي الخدمة. د- مشاركة مراقبين مستشارين من المجتمع المدني والدولي. هـ- فرض عقوبات صارمة في حالة سوء الاستعمال والفساد. **بناء القدرة** لكل الشركاء العاملين والراغبين في التعلم من التجارب الدولية: أ- بصورة رئيسية فإن المستشارين والخبراء الأجانب ذوي أهمية للدعم الفني والإشرافي والإداري. ب- بناء قدرة مستمر في البداية.
المصادر: جزء من التوصيات نمطت بحسب تجارب وتوصيات الصندوق الاجتماعي للتنمية وجوانب عديدة أخرى أضيفت من قبل الفريق.

بالنسبة للبنية المؤسسية لصندوق التأمين الصحي الوطني يمكن أن نوصي بالبنية التالية:

الجدول رقم (13): البنية التنظيمية الموصى بها لصندوق التأمين الصحي
رئيس الوزراء – رئيساً مجلس الإدارة المدير المنتدب الوحدات الوظيفية: التدقيق الداخلي الرقابة والتقييم وتشمل الرقابة على جودة مقدمي الخدمة

الجدول رقم (13): البنية التنظيمية الموصى بها لصندوق التأمين الصحي
البرمجة والتخطيط
المالية والإدارة
المعلومات والدراسات التأمينية
التعاقد والمشتريات والدعم الفني
معالجة المطالبات وسياسات الدفع لمقدمي الخدمة
الاقتصاديات الصحية وسياسات التمويل الصحي
الوحدات القطاعية:
الرعاية الخارجية
الرعاية الداخلية
الرعاية في حالة الكوارث
الأدوية
أخرى
المصدر: بنية أو هيكل معدل للصندوق الاجتماعي للتنمية

من المشكوك فيه أن يتم إنشاء هذه البنى في وقت سريع. وإذا أختيرت إستراتيجية الدفعة الكبيرة عندها سيكون من الضروري بناء تلك الهياكل مع دعم قوي جداً من الخارج. وفي هذه الحالة فإن شركة إدارة لديها تجربة دولية وذات مستوى عالي ينبغي التعاقد معها لبناءه وإدارته لبعض الوقت حتى يمكن تسليمه بالكامل إلى الأيدي اليمنية. وهذا مطلوب إذا كانت المصداقية والشفافية والمساءلة هي المبادئ المرشدة لاستعادة الثقة المفقودة المطلوبة في أي صندوق تأمين صحي أي:

- ثقة الجمهور.
- ثقة المرضى.
- ثقة مقدمي الخدمة.

وبدون ذلك لن يستحق الأمر ولن يكون من المستحسن أن يوصى ببناء هيئة تأمين صحي في اليمن. سيكون من الأفضل البدء بسكرتارية تأمين صحي صغيرة لتوسيعها أولاً إلى مركز اختصاص التأمين الصحي وخطوة خطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني. وهذا يستغرق وقتاً ولكن له مردودات.

هناك حاجة لمزيد من المتطلبات الأساسية لإنشاء صندوق تأمين صحي وطني لدعم سيناريو الدفعة الكبيرة للتأمين الصحي في اليمن. وبعض هذه المتطلبات الأساسية مذكورة في الجدول التالي.

الجدول رقم (14): مزيد من المتطلبات الأساسية للتأمينات الصحية في اليمن		
الإدارة "M"	الشرح	الوضع
العقل المدبر	لم تكتشف أي قيادة بعد (كلام وعدم فعل في كل مكان)	ينبغي استكشافها

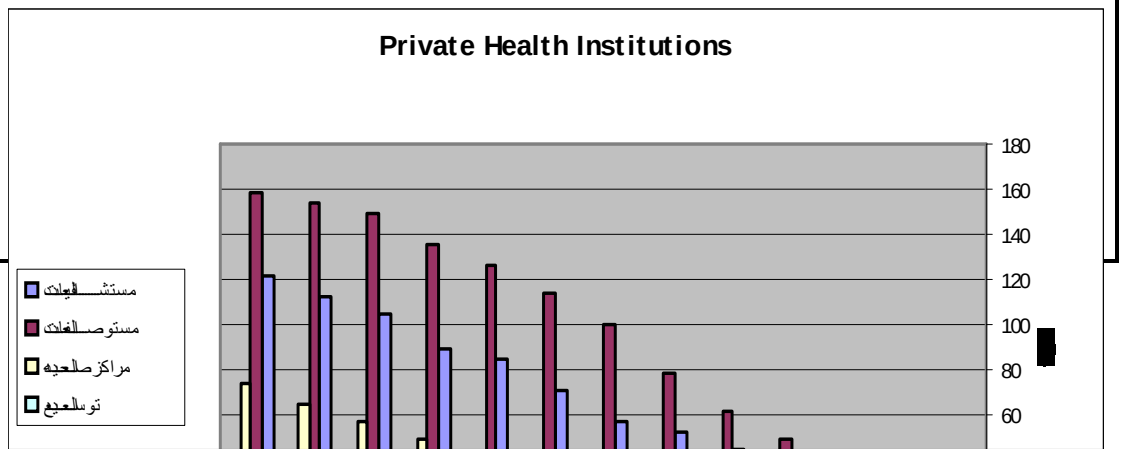
الكتيبات	القانون الأساسي واللوائح وأنظمة وإرشادات تنقح باستمرار – وإنفاذ القوانين	إنفاذ القوانين هو المشكلة الخطيرة
التعددية	مؤسسات شريكة قوية غير موجودة بعد لتمثيل مصالح مقدمي الخدمة والمرضى ... الخ	سيستغرق وقتاً طويلاً
قوة عاملة	اقتصاديين ، أخصائيي صحة عامة واقتصاديي تأمين واقتصاديي صحة ناضجين ومصرفيين وأخصائيي ضمان اجتماعي وأشخاص تدريب مهني في الضمان الاجتماعي ... الخ	غير متوفرين بصورة كافية أو لم يتم اكتشافهم بعد
الوسائل	مبنى وبنية أساسية وتكنولوجيا كمبيوتر وتكنولوجيا بطاقات هوية	ليست مشكلة
الدافع	وعي المرضى ومقدمي خدمة همهم الجودة ومدراء دافعهم الخدمة العامة	لم يعطى بصورة كافية
التعبئة	من داخل هيئة التامين الصحي وبدعم من تسويق وسائل الإعلام للمنتجات والإجراءات	ينبغي إعداده
القياس	دراسات تأمينية ووبائية منتظمة ودراسات تقييم للنتائج والآثار	البيانات الأساسية مفقودة وهناك حاجة إلى استثمار كبير
الرقابة	التدقيق الداخلي والتدقيق الدولي والتدقيق بوسائل الإعلام ومنظمات المجتمع المدني والمرضى ومقدمي الخدمة	يجب تعزيز قبول المراقبة المنتظمة

بالنسبة للتأمين الصحي فإن متطلب أساسي آخر أكثر أهمية يجب أخذه في الاعتبار: الأسواق. إن العرض الجيد لمقدمي خدمة جيدين قريبين من المرضى هو ضرورة من اجل تأمين صحي ذو مصداقية.

وفي الواقع أن هناك زيادة كبيرة في السنوات الأخيرة لمقدمي الخدمة الصحية في اليمن كما يمكن أن نراه من الشكل التالي.

الشكل رقم (2): تطور مقدمي الخدمة في اليمن

مؤسسات الصحة الخاصة



المصدر: عادل العماد

وبحسب سوق مقدمي الخدمة هناك تحديين: نحتاج إلى ما يكفي من مقدمي الخدمة للوفاء بمعيار خدمات صحية في المتناول ولكن من جانب آخر نحتاج إلى مقدمي الخدمة الصحيحين. نحتاج إلى مقدمي خدمة يديرون خدمات ذات جودة جيدة بأسعار قيمة. إن أولئك الأطباء الخاصين والمراكز الصحية أو المستشفيات والتي بصورة حصرية تقريباً يعالجون الدافعين المباشرين من الأغنياء ليسوا مفيدين لجمهور السكان. هناك عدة طرق لتفادي أو التقليل من تباطؤ الخدمات المطلوبة والمتوفرة. وأحدها هو استخدام السوق لتعظيم الجودة وأسعار الخدمات. ولكن ذلك يعمل فقط إذا كان لدينا علاقة سوق عادلة بين العرض والطلب ولذلك نحتاج إلى مجموعة كبيرة من الناس الذين ربما يطلبون الخدمات وذلك سيسمح بإبرام عقود عادلة بين صندوق المساهمة المشترك ومقدمي الخدمة. إن الشخص المريض الفرد هو دائماً "طالب ضعيف جداً" والشخص المريض أساساً يبحث عن المساعدة فقط.

2-2-7 مزايا وعيوب إستراتيجية "الدفعة الكبيرة"

هناك مزيتين كبيرتين وعيوب كثيرة لإستراتيجية الدفعة الكبيرة. ولقد تقرر تماماً أنه سيكون من الصعب جداً العمل بمثل هذا الخيار. و سيكون ذلك طريقا خطيراً لكنه في النهاية رغم ذلك يمكن أن يكون مفيد جداً لليمن.

الجدول رقم (15): مزايا وعيوب إستراتيجية الدفعة الكبيرة

المزايا	العيوب	الإمكانيات
كثير من العملاء يعني وضع أموال مساهمة مشتركة جيدة واقتصاديات حجم كبير	معظم المتطلبات الأساسية لم يوفى بها البناء المؤسسي يستغرق وقتاً الالتزام السياسي ضعيف تدني وفرة البيانات والمعلومات المطلوبة	زيادات المرتبات تعطي فرصة تاريخية مجموعة إدارة عالية المهنية ومجربة دولياً تتولاه وتجعله يبدأ

	معوقات اجتماعية ثقافية عدم ثقة عام فيما يتعلق بأي صندوق حكومي	
تغيير النظام الصحي المطلوب ممكن	عدم وجود قوة عاملة كافية درجة متدنية من المعرفة المالية عدم ثقة عام تجاه الصناديق	

2-2-8 سيناريو فرعي لإستراتيجية الدفعة الكبيرة

هيئة تأمين صحي وطني ستقوم بتسجيل أعضاءها الدافعين للمساهمات. وفي حالة دفع الحكومة لمعدلات المساهمة للفقراء والعاطلين عن العمل وجميع أولئك الغير قادرين على القيام بأي دفع أو المساهمة الكاملة (المتقاعدين مثلاً) فإن هيئة التأمين الصحي ستتولى بصورة متزايدة المسئولية لتقديم حزمة الفوائد لهؤلاء الأعضاء المنصوص عليها بالقانون أو الأنظمة.

وفي النهاية فإن هيئة التأمين الصحي ستتولى حينها التعاقد تقريباً على كل الرعاية الصحية العلاجية والمنشآت الحكومية ستكون حينها مقدم خدمة وحيد ينافس مقدمي الخدمة الآخرين. وستكون وزارة الصحة حينها قادرة على التركيز على دورها كمنظم وكمشرف على كامل النظام الصحي. يمكن أن نسمي السيناريوهات الفرعية المقابلة: التعايش والثورة.

الجدول رقم (16): أثنين من السيناريوهات الفرعية لإستراتيجية الدفعة الكبيرة			
التعايش		الثورة	
تقسيم العمل بين تقديم الخدمات الصحية الحكومية وهيئة التأمين الصحي • تهتم الحكومة بالوقاية والترويج والرعاية الصحية الأولية وفي الأخير الأمراض المزمنة والكارثية. • تقدم هيئة التأمين الصحي خدماتها لأعضاءها والمستفيدين فقط.		تدفع الحكومة مساهمات للفقراء والعاطلين عن العمل والمتقاعدين لهيئة التأمين الصحي • تتولى هيئة التأمين الصحي كل الرعاية الوقائية والعلاجية وتتعاقد مع أفضل مقدمي خدمة فقط وفي كل مكان. • تركز الحكومة على الوظائف الأساسية للتنظيم والإشراف وهيئة إشرافية.	
المزايا	**العيوب**	**المزايا**	**العيوب**
سيطرة الحكومة المباشرة على قطاع الخدمات الهامة الفرصة لكلا الفاعلين للتعلم من بعضهم البعض	مشكلة في اختيار المخاطر المؤسسية مثلاً فيما يتعلق بالحالات المزمنة والكارثية فالحكومة مقدم خدمة ومشرف في نفس الوقت	إنشاء مسئوليات واضحة ومنع اختيار المخاطر المؤسسية فرصة لقبول عام أعلى لمؤسسة التأمينات الصحية السيطرة على سوء الاستعمال أسهل طالما أن الجميع مؤمن عليه	صعب التحقيق حاجة إلى أنظمة كثيرة التعقيد للسيطرة وريادة النظام بالحوافز تنفيذ سريع للاعب جديد وكبير يحتوي مخاطر الفساد

إن السيناريو الفرعي الآخر لبديل الدفعة الكبيرة سيكون تخفيض حزمة الفوائد بصورة كبيرة إلى متوسط حزمة فوائد تستطيع حسابات الصحة الوطنية تحملها وتقديم حزمة الفوائد هذه بالتدريج إلى جميع قطاعات المجتمع بما في ذلك العاطلين عن العمل والفقراء وكذلك إلى الميسورين والمستخدمين لذاتهم. إن مزيد من التفاصيل لهذا السيناريو موجودة في الفصل رقم (4). نسمي هذا السيناريو سيناريو "صغير للجميع".

2-2-9 متطلبات التعاون لإستراتيجية الدفعة الكبيرة

يجب على مختلف الشركاء المشتركين في إستراتيجية الدفعة الكبيرة أن يلعبوا أدوارهم الخاصة المبينة في الجدول التالي.

الجدول رقم (17) قضايا التعاون فيما يتعلق بإستراتيجية الدفعة الكبيرة	
جميع الوزارات والشركات	مسجلين في إقامة البرنامج مسئولين عن تسجيل الموظفين دفع المساهمات كأصحاب عمل مسئولين عن تحويل المساهمات
وزارة الصحة	قيادة مبدئية ونظامية إعداد مقدمي الخدمة العامة للتأمين الصحي الوطني إعطاء أولوية للوقاية / الترويج وأخيراً الأمراض الكارثية سحب الخطوة خطوة من تقديم الرعاية الصحية
وزارة المالية	إعطاء الدعم المالي لهيئة التأمين الصحي من الضرائب العامة و/أو الضرائب المفردة لغرض خاص دعم النشاطات الجانبية بما فيه الكفاية لدعم الوقاية والترويج ومد تغطية الرعاية الصحية الأولية الأساسية.
وزارة الخدمة المدنية والتأمينات	إعطاء الدعم المالي لهيئة التأمين الصحي من مخصصات الميزانية الخاصة تسجيل جميع موظفي الخدمة العامة في المشروع والتفاوض مع وزارة المالية حول أفضل السبل لإدخال استقطاعات الضرائب دون إثارة الشغب.

تعيين بعض الأدوار الجديدة لمختلف الشركاء والمساهمين المشتركين سيكون له أثره على وزارة الصحة ووزارة المالية ويمكن أن يؤثر بصورة إيجابية على العلاقة المتوترة بينهما في الوقت الحالي.

الجدول رقم (18): المعاني المتضمنة بالنسبة لوزارة الصحة ووزارة المالية	
وزارة الصحة	دعم أقل يعطى لمقدمي الرعاية الصحية انسحاب الوزارة التدريجي من تقديم الرعاية الصحية يمكن للعاملين الصحيين التركيز على الوقاية + الترويج تركيز الوزارة على التنظيم والإشراف
وزارة المالية	ستعرف وزارة المالية بشكل أفضل ماذا تدفع ولماذا ستصبح الخدمات الصحية ذات كفاءة أكثر فأكثر هناك حاجة لدعم إضافي للخدمات الصحية (حوالي 200%)

10-2-2 الاستنتاج

تقارب إستراتيجية الدفعة الكبيرة كثيراً رؤية استيعاب كل الرعاية الصحية في اليمن وتناول احتياجات كامل السكان. ومع ذلك فإن الكثير من المعوقات والشروط المسبقة التي لم يتم الوفاء بها تجعل النهج الشامل صعب التحقيق للغاية. ومع ذلك وبدعم قوي من قبل الرئيس والتزام صناع القرار المعنيين وبمساعدة الشركاء الدوليين يمكن أن تصبح الرؤية حقيقة. ويحتاج ذلك إلى جهد هائل واستثمارات كبيرة في الموارد المالية

وبصورة أساسية الموارد البشرية. وتحت ظروف معينة تبدو إستراتيجية الدفعة الكبيرة نحـــو نظـــام تـــأمين صحي أنها معقولة ولكنها قليلاً ما تكون ذات جدوى. ومع ذلك فإنها ليست مستحيلة بأي حال.

رأي القادة:
80% من قادة الرأي يقولون: ينبغي تغطية موظفي الحكومة أولاً بالتأمين الصحي بما في ذلك موظفي الشركات العامة والمختلطة.
المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

تم اختيار نوع من إستراتيجية الدفعة الكبيرة من قبل كوريا الجنوبية. وخلال 12 عاماً تم تحقيق تغطية شاملة. ولقد دعمت بقوة بواسطة مشروعات تقدم البرهان وابحاث في الأنظمة الصحية حيث سنقترحها مـــن خـــلال إنشاء مركز لاختصاص التأمين الصحي.

الجدول رقم (19): تطور التأمين الصحي في كوريا الجنوبية	
1976م	قانون التأمين الصحي كجزء اجتماعي من الخطة الخمسية الرابعة
	تأمين إجباري في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 500 موظف
	برنامج طبي للفقراء
1979م	مد البرنامج إلى موظفي الحكومة والمدرسين
	تأمين إجباري في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 300 موظف
1981م	تأمين إجباري للعاملين الصناعيين في المؤسسات التي يزيد عـــدد موظفيهـــا عـــن 100 موظف
	برنامج ريادي للمستخدمين لذاتهم في ثلاث مناطق ريفية
1982م	برنامج ريادي للمستخدمين لذاتهم في منطقة حضرية ومنطقتين ريفيتين
1983م	تأمين إجباري للعاملين الصناعيين في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 16 موظف
1988م	تأمين إجباري للعاملين الصناعيين في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 5 موظفين
	إدراج جميع المستخدمين ذاتياً من الريفيين
1989م	إدراج جميع المستخدمين ذاتياً من الحضريين
المصدر: KWON	

3-2 البديل (ب): الخطوة خطوة

يمكن أن تبدأ إستراتيجية متزايدة سواء بطلب واحد أو أكثر من المساهمين أو من فـــرص إدخـــال التـــأمين الصحي مع مساهم محتمل مختار ذاتياً. الجيش والشرطة في اليمن يطلبون التـــأمين الـــصحي. إن القـــوات المسلحة في الصدارة منذ عام 1995م والشرطة راغبة في الإنضمام إلى جهود الجيش والأمن السياسي. وهذا

سيفيد قطاعاً واسعاً من موظفي القطاع العام وأسرهم ويقارب عددهم جميعاً ثلاثة مليون مواطن يمني. وفي القطاع المدني الحكومي لازالت الحاجة للتأمين الصحي الذي ينظر إليه ويعبر عنه بصورة واضحة ينبغي اكتشافها. يمكن لحملات التحفيز والتعبئة أن تثير تلك الحاجة التي يشعر بها الناس ويرتأونها. وبالنظر إلى ذلك سوف نناقش السيناريو التزايدي لإمكانيات زرع التأمين الصحي في واحدة من المؤسسات العامة الكبيرة من أجل أن يكون هناك نموذج لمزيد من الأمثلة والنشر والتكرار. ويشمل ذلك بناء وتعزيز شبكة وعلاقات بين مختلف برامج الفوائد الصحية الموجودة في القطاعات العامة والخاصة وربما في كليهما. ولكن قبل شرح خيارات التنفيذ والإستراتيجيات فإن نظرة إلى حصة القطاعات المؤسسية المختلفة ضمن الحكومة ستعطي فكرة عن أحجام أموال المساهمة المشتركة والمخاطر المتوقعة لمختلف الطرق.

2-3-1 حصة مختلف المؤسسات العامة في الحكومة

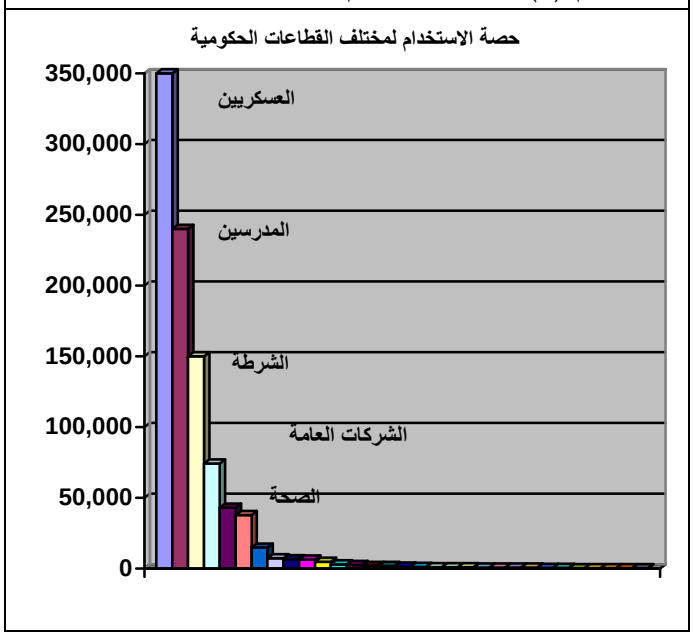
يعطي الجدول التالي أقل البيانات المتوفرة حول الاستخدام في القطاع الحكومي والذي يقدر بأنه يقارب المليون موظف.

الجدول رقم (20) الاستخدام في القطاع الرسمي في اليمن	
موظفو الحكومة (آخر بيانات متاحة)	العدد
وزارة الدفاع	350.000
وزارة التربية والتعليم	240.000
وزارة الداخلية (+ الأمن السياسي)	150.000
الشركات العامة والمختلطة	74.108
وزارة الصحة	43.000
المعاهد العلمية	37.797
وزارة الأشغال العامة	14.765
وزارة الزراعة	7.145
الجامعات	6.493
وزارة الإدارة المحلية	6.287
وزارة الخدمة المدنية	4.631
وزارة المالية	2.988
وزارة التجارة	2.366
وزارة العدل	1.870
وزارة الثقافة	1.818
وزارة الشئون الاجتماعية	1.238
وزارة الخارجية	1.095
وزارة الإعلام	938
وزارة النقل	917

الجدول رقم (20) الاستخدام في القطاع الرسمي في اليمن	
موظفو الحكومة (آخر بيانات متاحة)	العدد
وزارة الأسماك	772
وزارة الشباب والرياضة	669
وزارة الأوقاف	665
وزارة التخطيط	634
وزارة الصناعة	562
المراكز التربوية	341
وزارة التدريب المهني	324
وزارة الشئون القانونية	217
وزارة النفط والمعادن	210
وزارة المغتربين	153
وزارة الاتصالات	138
وزارة الكهرباء والمياه	98
الإدارات الحكومية الأخرى	34.540
المجموع	986.779
المصادر : بيانات حول الإدارة الحكومية لعام 1998م أعطيت من قبل هيئة التقاعد العامة. البيانات حول التربية والتعليم والصحة والجيش والشرطة والأمن السياسي من قبل مشاركين في المقابلات لعام 2005م. البيانات حول الشركات العامة: كتاب الإحصاء السنوي لعام 2004م	

يبرز العرض البياني بصورة أفضل العلاقات بالنسبة لأعداد الموظفين. وهذا معيار هام حيث أن العدد الكبير يعني مساهمات مشتركة أفضل للتأمينات الصحية وخيارات مواتية لاقتصاديات الحجم الكبير.

الشكل رقم (3): حصة الاستخدام لمختلف القطاعات الحكومية



العسكريين والمدرسين والشرطة مرشحين بصورة خاصة لتنفيذ التأمين الصحي. هناك حاجة ملموسة من جانب الجيش والشرطة. وهذا التوقع لا يمكن التحقق منه بعد في وزارة التربية والتعليم على الرغم من أن نائب وزير التربية والتعليم يدعو بوضوح للتأمين الصحي. في وزارة الصحة كشف مسح سريع للرأي بين الموظفين الإداريين والمهنيين أن 95% منهم سينضمون إلى التأمين الصحي إذا وجد. ومع ذلك فإن المبادرة الواضحة لأخذ الصدارة نحو التأمين الصحي لم تكن منظورة حتى الآن ضمن وزارة الصحة والعلاقة الوثيقة بعالم مقدمي الرعاية الصحية يأتي بمنافع. لكن العيوب الرئيسية الأخرى تحدث عندما نأتي إلى تحديد المهام الأساسية مثل اختيار مقدمي الخدمة والدفع.

رأي القادة:

68% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

2-3-2 مزايا وعيوب البدء بالتأمين الصحي في مؤسسات عامة مختارة

يلخص الجدول التالي المزايا والعيوب المختلفة لمختلف خيارات الإستراتيجية التصاعدية لبدء التأمين الصحي بالقطاعات المذكورة بأعلاه أو التركيز عليها.

الجدول رقم (21): مزايا وعيوب إقامة التأمين الصحي لمختلف القطاعات العامة

الخيارات	المزايا	العيوب
العسكريون	عدد كبير رغبة موثقة بنية تسلسلية من الأعلى إلى الأسفل مستشفيات ومراكز صحية في كل اليمن تسجيل إجباري سهولة الاستقطاعات من كشوفات الرواتب لإدخال إعادة تأمين ضمني من خلال الوزارة	عدم وجود فصل بين مقدمي الخدمة الصحية / المشترين عدم وجود قيمة مضافة للجنود وحدة إدارة منفصلة معدلات مساهمة مختلفة يمكن أن تعوق الإدماج في نظام وطني الفوائد الإضافية لمجموعة متمتعة بامتيازات عائق في مده إلى خارج القوات الغير نظامية
الشرطة والأمن السياسي	عدد كبير رغبة موثقة بنية تسلسلية من الأعلى إلى الأسفل	عدم تقسيم مقدمي الصحة / المشترين عدم وجود قيمة مضافة للجنود التقديم للخدمة في صنعاء وعدن

الجدول رقم (21): مزايا وعيوب إقامة التأمين الصحي لمختلف القطاعات العامة		
الخيارات	المزايا	العيوب
	رغبة في الإنضمام إلى التأمين الصحي للعسكريين تسجيل إجباري وسهولة إجراء الاستقطاعات من كشوفات الرواتب إعادة تأمين ضمنية من قبل الوزارة	وحدة إدارة منفصلة فوائد إضافية لمجموعة متمتعة بامتيازات عائق في مده إلى خارج القوات الغير نظامية
الشركات العامة والمختلطة	وجود تجارب عديدة تعاون الشركات تخفيض تكاليف الشركات مستوى تنظيمي جيد توفر البيانات الضرورية	إمكانية إلغاء البرامج الموجودة احتمال تخفيض التغطية ونطاق حزم الفوائد عدم رضا العاملين وربما شغب مقاومة سياسية
وزارة التربية والتعليم	عدد كبير وجود على مستوى البلاد متصلين جيدين عدة تجارب مع برامج تضامن دفع بها الموظفون (مثلاً في عدن وصنعاء) التزام عالي	18% فقط في المدن الأكبر 30% فقط بالقرب من المدن عدم وجود رغبة موثقة صناديق التضامن غير مدعومة عدم وجود موظفين مؤهلين لإدارة التأمين الصحي عدم وجود ممثلين للموظفين بنية لامركزية
وزارة الصحة	95% راغبين فهم جيد للتأمين الصحي التزام عالي كبرنامج "نموذج" توزيع على مستوى البلاد علاقة وثيقة بقطاع مقدمي الخدمة*	18% فقط في المدن الأكبر 30% فقط بالقرب من المدن بنية لامركزية لم تبدأ أي صناديق تضامن مطلوب تأهيل الموظفين لإدارة التأمين الصحي عدم وجود ممثلين للموظفين

* لكن: مصالح مخولة لمقدمي الخدمة.

ومثل هذه البداية بالتأمين الصحي ينبغي أن تكون شفافة جداً. وسيكون هذا أول شرط للموافقة. ويعود الشرط الثاني للمسئولية العامة للعسكريين والشرطة إذ عليهم أن يفتحوا أبوابهم الطبية واسعة لجميع حالات الطوارئ للفقراء والنساء وينبغي أن يعالجوهم دون تقاسم الكلفة. سيكون أمراً جيداً إذا تم الاحتفاظ بالربع على الأقل من القدرات الطبية لمنشآت العسكريين والشرطة لمثل هذه الخدمة العامة.

هناك عدة أسباب لبدء نظام تأمين صحي وطني مع القوات المسلحة. أولاً وقبل كل شيء هناك رغبة مدعومة بالوثائق في صورة مقترح قانون[7] من جانب قيادة العسكريين ووزارة الدفاع لإضافة صندوق تأمين صحي للرعاية الصحية الموجودة. وهذه المسودة والتي طورت باستمرار منذ عام 1995م تنظم جميع البنود الأساسية للتأمين الصحي: التصميم القانوني للصندوق بما في ذلك الهيئة المشرفة والعضوية والمستفيدين والفوائد والمساهمات والموارد المالية الأخرى. إن الخصائص الأساسية لمقترح البرنامج هي التالية:

- إلزامية العضوية لكل أفراد القوات المسلحة.
- عضوية طوعية لمتقاعدي القوات المسلحة (وللآخرين).
- المستفيدين هم أفراد الأسرة للمشتركين (ينص بصورة واسعة على: الأب والأم والزوجات والبنات العازبات والأرملة والبنات المطلقات والأبناء تحت سن الـ 18).
- مساهمات بنسبة 3% من الراتب الأساسي للجندي و 5% للضباط و 6% من الراتب المدفوع من قبل وزارة الدفاع كإسهام في التأمين الصحي.
- الفوائد الرئيسية هي العلاج الداخلي والخارجي (بالإضافة إلى العلاج في الخارج بموافقة لجنة طبية) والفحوصات المخبرية وفحوصات أشعة أكس والعمليات الجراحية والولادات والحمل ورعاية الأطفال.

يحتسب العسكري لنفسه بمتوسط 5 مستفيدين مدفوع عنهم لكل عسكري. وهذا يعني في حالة 350 ألف مشترك أكثر من 1.750.000 فرد من الأسر مشتركين في التأمين وجميعهم سيمثلون تغطية لأكثر من 10% من المواطنين في اليمن. هناك بعض الخواص للعسكريين وهي مساعدة جداً عند محاولة إدخال تأمين صحي سريع. وبسبب البنية التسلسلية جداً من الأعلى إلى الأسفل للعسكريين سيكون من السهل نسبياً تنفيذ القرار.

وثانياً: من المهم أن القوات المسلحة قد أعطت خدمات شاملة لأفرادها وأنهم يديرون رعاية صحية الآن. توفر القوات المسلحة على سبيل المثال 12 مستشفى كبير و 4 مستشفيات إقليمية و122 وحدة صحية في كل البلاد. وهذا يدل على أن هناك إمكانية لبدء البرنامج ربما بصورة واقعية. ويمكن أن نقول أن ذلك يعني أن هذا البرنامج يمكن التسجيل فيه دون الحاجة المفاجئة لآلاف العقود مع مقدمي خدمة. وفي مرحلة متأخرة كذلك يمكن وينبغي التعاقد من قبل مستشفيات خاصة و/أو مستشفيات عامة و/أو مقدمي صحة آخرين. يمكن لبرنامج التأمين الصحي للقوات المسلحة أن ينهض بصورة سريعة نسبياً. وربما يكون من المفيد البدء بالمدن الأكبر والنهوض بالبرنامج من هناك إلى المناطق. لن يكون قانون السلطة المحلية عائقاً طالما أن وزارة الدفاع غير ملزمة به.

---

[7] أنظر الترجمة الإنجليزية لمقترح قانون القوات المسلحة في الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

يبدو أن الفكرة الجيدة هي دمج التأمين الصحي المقترح للقوات المسلحة مع التأمين الصحي للشرطة. والمزايا هي فوق ذلك بنية من الأعلى إلى الأسفل وكلاهما تتم إدارته على مستوى مركزي (وما هو مهم الحصول على مساهمات مباشرة من وزارة المالية) وكلاهما قد أظهر رغبته في تنفيذ التأمين الصحي. إن ظرف أن الشرطة تمتلك فقط أثنين من المستشفيات سيكون مقبولا في سيناريو برنامج موحد لأنه في تلك الحالة يمكن لرجال الشرطة أن يستخدموا المستشفيات كذلك والمراكز الصحية ومقدمي الخدمة للعسكريين وكلاهما ينبغي عليه / ويمكنه التعاقد مع مزيد من مقدمي الخدمة. إن بعض التحديات الأكبر تنتج عن حقيقة أن مقترحات حول قضايا أساسية لخواص البرنامج في الوقت الحالي مختلفة أو غير معروفة. ليس من الواضح ومن غير المعروف ما إذا كانت الشرطة ستتبنى خطط العسكريين فيما يتعلق بالفوائد (مثلاً العلاج خارج البلاد للأقرباء كذلك) والمستفيدين (التعريف الأوسع لأفراد العائلة المؤمن عليهم بصورة مشتركة) ومعدلات المساهمة (في القوات المسلحة 3% و 5%). نقترح أن تبدأ الأطراف الثلاثة المشتركة في حوار بأقرب وقت ممكن. إن دمج فروع الأمن العام الثلاثة معاً سيستفيد منها 3 ملايين مواطن في اليمن.

2-3-2-2 قطاع التعليم العالي

وعندما سئل حول رغبة وزارة التربية والتعليم أن تكون السباقة في التأمين الصحي بدأ نائب الوزير فوراً بمناقشة تفاصيل التنفيذ أي أن إجماع وزارة التربية والتعليم ووزارة المالية ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة الصحة العامة والسكان ينبغي البحث عنها أولاً في نطاق وغرض إدخال التأمين الصحي وحول المعاني المتضمنة للرواتب. إن على السبّاق في التأمين الصحي تخفيض الرواتب بجمع حصص مساهمات من الموظفين وزيادة الرواتب في ميزانية الحكومة بسبب حصص أصحاب العمل. فالخطوة الأولى بصورة خاصة سيكون من الصعب تحقيقها لأن الموظفين سيتوقعون زيادة رواتبهم النسبية بـ 5% بحيث لا يتأثرون بالتأمين الصحي وخاصة بالنظر إلى المرتبات المتدنية جداً في قطاع الحكومة. وإذا ما منح ذلك فإن كل قطاع إضافي من الموظفين العامين سيتوقع ذات الشيء. إذا كان بالإمكان حل هذه المشكلة ستظهر صعوبة أخرى طالما أن الكثير من المدرسين يعملون خارج المدن حيث اختيار مقدمي صحة ذات جودة جيدة هو أمر صعب. لذلك ينبغي اختبار البرنامج في صنعاء أولاً ثم في عدن. والخطوة الثانية ستكون في عواصم المحافظات والخطوة الثالثة ستختار بعض المحافظات لاختبار ريادي للبرنامج. وكل ذلك يتضمن أن الطريق سيكون طويلاً نحو التأمينات الصحية في قطاع التعليم. ومع ذلك فإن المدرسين عامل مضاعف هام وبذلك يمكن أن يصبحوا مساهمين معنيين في نظام تأمين صحي وطني. وللبدء بهذه المجموعة المهنية سيكون ذلك في صالح نشر فكرة الحماية الاجتماعية والمساعدة في إعطاء المجتمع اليمني معلومات حول مفهوم التأمين.

يجب حل صعوبات جمع المساهمات بإجراءات وقائية. وإذا كان من غير الممكن جمع المساهمات في المصدر أي بتحويل من وزارة المالية إلى هيئة التأمين الصحي (للمدرسين) ستكون النتيجة تدفق نقدي معقد وبطيء وأقل شفافية. وبحسب قانون السلطة المحلية لن يسمح بوضوح بجمع مساهمات مباشرة في وزارة المالية. لذلك نوصي بقوة السماح بذلك الإجراء من خلال قرار من مجلس الوزراء بعد مناقشات ومفاوضات مع وزارة الإدارة المحلية.

إن الجدل الإضافي لبدء التأمين الصحي بوزارة التربية والتعليم يأتي من حقيقة أن موظفي التربية والتعليم في اليمن وفي أماكن أخرى يمكن أن يعودوا إلى سلسلة من التجارب مع مشروعات الفوائد الصحية التي يدفع بها الموظفون والتي تحكم ذاتها. على سبيل المثال نظم تعاون صندوق التربية والتعليم أخيراً في مكتب التربية والتعليم في صنعاء (أنظر الباب 17 في الجزء الثالث من تقرير دراستنا) وهو مثال جيد لهذا النوع من البرامج التي يقودها المدرسون. وقد بدأ الصندوق بمبادرة من الأسفل إلى الأعلى لموظفي التربية والتعليم بالانتساب الطوعي لكن المساهمات تستقطع مباشرة من كشوفات الرواتب. وبالنظر إلى التجارب السابقة في المحافظات الأخرى فإن أعضاء الصندوق التعليمي مترددين جداً بالنسبة لتعاون أوثق مع الوزارة. إنهم يخشون فقدان السيطرة على استخدام الأموال والتي من المحتمل أن تختفي في قنوات معروفة طالما أن وزارة التربية والتعليم وأخيراً وزارة المالية تتولى السيطرة المالية. وهكذا فإن تنفيذ التأمين الصحي في القطاع التربوي ينبغي أن يكون عملية شفافة وتشاركية حيث يلعب الموظفون دوراً هاماً ويسمع لهم باهتمام. إن الإدارة الجيدة ومشاركة الموظفين الكثيفة وموثوقية الفوائد والخدمات ستكون شروط حاسمة لضمان التنفيذ وقبول المدرسين واستدامة برنامج التأمين الصحي المنفذ في القطاع التربوي.

2-3-3 الإستراتيجية التصاعدية من الأعلى إلى الأسفل

من يبدأ بالتأمين الصحي؟ إن الشروط المسبقة المذكورة بأعلاه صالحة للإجابة على هذا السؤال أيضاً. وبالإضافة لذلك تحتاج إلى التطور التدريجي للرغبة وقبول النصيحة والسيطرة والتعلم من الأخطاء. ينبغي تقديم إرشاد قوي من قبل مؤسسة ذات معرفة في مجال التأمين الصحي. ونقترح مركز اختصاص التأمين الصحي كما هو مبين بأدناه. ومع ذلك فإن بداية تزايدية من الأعلى إلى الأسفل للتأمين الصحي في قطاعات الاستخدام العامة الأكبر هي محاولة صعبة دائماً وينبغي موازنة المخاطر مع الفوائد المتوقعة.

- وطالما أن إدخال التأمين الصحي في وزارة التربية والتعليم سيكون نهجاً من الأعلى إلى الأسفل لزرع فكرة جديدة في مؤسسة موجودة فستكون هناك حاجة الى حملة تحفيز وتعبئة مصممة جيداً . إن مثل هذه الحملة غير مثمرة إذا لم يكن هناك إنتاجاً جيداً من أجل بيعه. يمكن تقديم الرعاية الصحية ذات النوعية الجيدة في المدن الكبيرة فقط في الوقت الحالي. وإذا ما أخذنا بنية الرعاية الصحية السائدة والسرعة الجارية للإصلاح الصحي لا يمكن أن نتوقع تحسناً سريعاً. وهذه هي الحال بصورة خاصة إذا كانت هي واحد فقط من السباقين لتنفيذ التأمين الصحي في القطاع العام.

- ويبدو الوضع في الجيش وقطاع الشرطة أنه مختلف بالنظر إلى وجود مستشفيات خاصة ومراكز صحية والتي يمكن تحسينها بتدفق المساهمات من الرواتب. ومع ذلك ليس هناك تنافس بين مقدمي الخدمة باتجاه تحسين النوعية ويمكن جيداً أن تستخدم الأموال الإضافية فقط لاستثمارات إضافية ليس لها تأثير مباشر على تحسين حزم المزايا للجنود ورجال الشرطة والتي هي جيدة دون تأمين صحي.

- إن النهج من الأعلى إلى الأسفل لتنفيذ التأمين الصحي في الشركات العامة على سبيل المثال بإدخال الانتساب الإجباري إلى برنامج تأمين صحي وطني من المحتمل جداً أن يثير معارضة أو حتى مقاومة

نشطة. تمنح معظم شركات القطاع العام رزم فوائد صحية شاملة لموظفيها وبذلك فإن الكثير من الموظفين يتسلمون الفوائد الصحية دون دفع أي مساهمات. سيطلب العاملون واتحاداتهم بالتأكيد تحسيناً ملحوظاً للتغطية وهو أمر يصعب تحقيقه في معظم الحالات ولن يقبلوا أعلى من معدلات مساهمة الحد الأدنى[8] ومع ذلك فإن الرغبة في التأمين الصحي ربما ستتوزع. إن أولئك الموظفين المستحقين لرزمة فوائد صغيرة سيكونون أكثر انفتاحاً نحو برنامج تأمين صحي شامل. وبصورة خاصة فإن الحكومة ستستفيد من التأمين الصحي طالما أن جزء من التكاليف العملياتية سيمول بمساهمات الموظفين. ويعطي الإيراد الإضافي شركات القطاع العام الفرصة لتعويض القوة العاملة – على الأقل جزئياً – للنفقات الكبيرة على الرعاية الصحية وتحويل التأمين الصحي إلى وضع مشاركة لأصحاب العمل والموظفين. ومع ذلك ومن وجهة نظر العدالة من الممكن أن نوصي تخصيص فائض الشركة العامة الذي سيتوقع من التأمين الصحي لدعم الرعاية الصحية للفقراء والمجموعات الهشة. إن نظام تأمين صحي وطني وحتى اجتماعي يعني تغطية أكبر جزء ممكن من السكان وتعزيز الوصول المتساوي الى الخدمات الطبية القابلة لاحتمال تكاليفها. يعتمد هامش التشغيل على الدرجة التي يمكن الوصول إليها من التماسك الاجتماعي وسيكون موضوع مفاوضات سياسية وحتى صراعات.

- يتوقع من قطاع الشركات الخاصة أن يكون أكثر تردداً في قبول التأمين الصحي إذا طبق من أعلى بصفة إلزامية. وبصورة عامة فإن أصحاب العمل تعودوا على عدم الموافقة على أي تدخلات من القطاع العام أو الدولة. إن لدى الكثير من الشركات الخاصة برامج فوائد صحية معقولة موجودة ومعظمها يقتصر تمويله على أصحاب العمل دون مساهمات من الموظفين[9]. وعلى الرغم من أن نطاق رزمة المنافع الخاصة أقل شمولاً منه في الشركات العامة فسيكون من الصعب تحقيق تغطية متساوية أو حتى أفضل مما يعطى حالياً.

- ومع ذلك فإن التأمين الصحي الإلزامي سيكون جذاباً لأصحاب العمل لنفس الأسباب المذكورة فيما يتعلق بقطاع الشركات العامة. وسيكون هذا أكثر صلة إذا تم إدراج تأمين العمل القانوني في رزمة فوائد نظام التأمين الصحي الوطني كما نظر اليه مقترح القانون المقدم إلى مجلس الوزراء. وحالياً يبدو أن الوضع غير واضح وتعتاد الشركات الخاصة بصورة أساسية على ربط الصحة بتأمين العمل ولخلط الفوائد المتعلقة بالصحة بالالتزامات القانونية فيما يتعلق بالصحة المهنية وحتى بالتأمين على الحياة. بالنسبة لمعظم أصحاب العمل من القطاع الخاص من المحتمل جداً أن يؤدي التعريف الواضح للتكاليف والفوائد بحسب نظام التأمين الصحي الوطني إلى تخفيض النفقات المتعلقة بالصحة التي تبلغ حالياً متوسط 42 ألف ريال يمني لكل موظف في السنة (أنظر الباب 4–3 في الجزء الأول من تقرير دراستنا).

---

[8] صرح ممثلو العمال والموظفين بالإجماع أن المساهمات لا ينبغي أن تكون أعلى من 2% من الراتب.

[9] وهي مختلفة عن معظم برامج الشركات فإن أكبر مجموعات شركات يمنية هائل سعيد أنعم في تعز تقدم الرعاية الصحية بمساهمات يتقاسمها أصحاب العمل والموظفين ولكن في اتحاد الشركات هذا يدفع صاحب العمل كذلك الجزء الأعظم من تمويل الرعاية الصحية.

وبمواجهة المشكلات والمعوقات العديدة الممكن التنبؤ بها فإن اشتراك الشركات العامة والخاصة في نظام تأمين صحي وطني هو تحدي كبير ويحتاج إلى إعداد متأني وذكي من أجل منع المقاومة الحتمية. وكما لاحظنا في الكثير من المناسبات وما ذكر بأعلاه يقدم التضامن في وضع صغير الحجم. وبذلك فإن إدراج القطاع العام والخاص ينبغي أن يبدأ من البرامج الحالية على مستوى الشركة. إن أحد الخطوات التي نوصي بها والقابلة للحياة في مرحلة مبكرة جداً يبدو أنها الربط الغير رسمي الهادف إلى تنفيذ برنامج إعادة التأمين بين الشركات. إن توسيع صناديق مساهمة المخاطر سيقلل من مخاطر الشركات الفردية من النفقات الكبيرة ويسمح بتوسيع حزم المزايا.

سيبدأ الربط وإعادة التأمين بصورة أفضل بالتأكيد بين الشركات العامة (وربما المختلطة) من جانب والمشروعات الخاصة من جانب آخر. إن الأسباب التنظيمية والإدارية والمفاهيمية مختلفة في كلا القطاعين وإن المنطق التنظيمي من وراء ذلك يوجد فارقا كذلك على الرغم من أن كليهما غير متنافرين على الإطلاق. وبالإضافة لذلك يرفض العاملون في القطاع الخاص دفع المساهمات المرتبطة بالأجر إلى نفس صندوق التأمين الصحي كموظفي القطاع العام لأنهم اعتادوا الحصول على رواتب أعلى ولا يرون لماذا عليهم دفع أكثر للحصول على نفس حزمة المزايا. وبذلك ربما تكون منظمة مستقلة من صناديق التأمين الصحي العام والخاص حتمية لتحقيق درجة عالية من القبول والموافقة.

من المحتمل أن تستفيد برامج الفوائد الصحية للقطاع العام والقطاع الخاص وكذلك جميع برامج التمويل الصحي الأخرى الرسمية والغير رسمية الموجودة الاستفادة من مركز اختصاص التأمين الصحي الذي سيقام في اليمن. يمكن أن تجد برامج التأمين والفوائد المختلفة مشورة مؤهلة وإجابات مناسبة لأسئلتها المحددة ومهامها. وبالرغم من الاختلافات المذكورة بأعلاه فإن مجموعة المشكلات والمهام في النهاية من السهل الإشراف عليها نسبياً ومركز اختصاص التأمين الصحي هو أرضية ممتازة لتبادل الخبرات وتقاسم الحلول المتجذرة عميقاً في الإطار وفي الواقع اليمني. وفي المدى الطويل فإن زيادة التعاون وتنفيذ إعادة التأمين يمكن أن يثير تعاون أكثر وربما تنفيذ جمعية أو اتحاد أو بضعة جمعيات أو اتحادات تأمين صحي على المستوى الوطني.

رأي القادة:

91% من قادة الرأي يقولون: هناك حاجة حقيقية للتأمين الصحي.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

2-3-4 الإستراتيجية التصاعدية من الأسفل إلى الأعلى

سيكون من الافضل التطوير من الأسفل إلى الأعلى للتأمينات الصحية مع جذور في اليمن بحجم كبير أو قدرة على اثبات محاسن التامينات . وخارج الشركات العامة وبعض شركات القطاع الخاص لا يوجد هناك برنامج تم اكتشافه حتى الآن. وفي بعض الشركات الأخرى بدأت التأمينات الصحية صغيرة:

- في الكثير من البلدان لعب المدرسون دوراً حاسماً.
- كان سائقو التاكسي من بين القوى الدافعة للتأمين الصحي في كوريا الجنوبية.
- 70 ألف صندوق مساعدة الذات كانت تتعامل بالفوائد الصحية في ألمانيا منذ وقت طويل.

توجد منظمات مساعدة الذات لمجموعات اجتماعية في اليمن كذلك. ونقترح تكثيف إستراتيجيات الاكتشاف لوجود برامج صحية مرتبطة بالتضامن وتأمينات صحة مجتمع وبرامج فوائد صحية خاصة وعامة. ينبغي دعم مثل هذه البرامج وربطها وتمكينها. إنها بحاجة إلى فضاء لتتطور وتتوسع وتتكرر وتنمو وهي بحاجة إلى الحب وليس إلى القوانين. وينبغي علينا أن لا ننظمها وإنما نتعلم منها ومعها.

الجدول رقم (22): مزايا وأضرار البرامج صغيرة الحجم	
المزايا	معوقات سياسية أقل بنية أسهل جدوى أفضل بيروقراطية أقل عدد أقل لمقدمي الخدمة المطلوبين
الأضرار	صندوق مساهمات مخاطر أقل اقتصاد حجم أقل أقل تمثيلاً التوسع أكثر صعوبة تكاليف إدارية أكبر حواجز توسيع(مد) إلى مجموعات أخرى

تحتاج الصناديق الصغيرة إلى دعم وإعادة تأمين نقداً وعيناً من الحكومة. تعني إعادة التأمين عيناً أن تدعم المنشآت الحكومية التأمينات صغيرة الحجم بتقديم رعاية صحية جيدة مجانية أو مدعومة بصورة كبيرة في حالة الحاجة. وبالإضافة لذلك يعطى الدعم والإرشاد المجاني عند طلبه.

إن أحد أكثر مواطن القوة ذات الصلة للمساعدة المشتركة التي تتحملها البلاد ومشروعات مساعدة الذات هو الدرجة العالية من ملاءمتها للظروف المحلية. وبذلك يبدو من المفيد تتبع أكبر عدد من هذه المنظمات قدر الإمكان وتحليل أنماط أدائها. إن تقدير البرامج يقصد منه تشخيص الخواص الأكثر صلة مثل درجة تقاسم المخاطر ونوع الملكية والعضوية والتغطية والتمويل والإدارة للأموال وآليات الدفع لمقدمي الخدمة. يمكن للدروس المستفادة أن تعطي معلومات مفيدة حول أولويات الناس وتوقعاتهم التي يمكن أن تتدفق في تصميم نظام تأمين صحي وطني في اليمن. إن وعي المساهمين وصناع القرار حول برامج حماية اجتماعية بديلة ينبغي أن يستنهض ويثار من أجل إثراء النقاش ووضع أفكار جديدة في مقترحات سياسية.

2-3-5 الإستراتيجية التصاعدية الإقليمية

إن الخيار الآخر سيكون البدء بكل القطاعات العامة في مناطق أو أقاليم مختارة وستكون صنعاء وعدن أفضل مرشحين لمثل هذه الإستراتيجية. وفي هذه الحالة فإن جميع الموظفين الحكوميين في هاتين المدينتين سيعطى لهم علاوة خاصة لتعويض إنخفاض الراتب بسبب الاستقطاعات من كشوفات الرواتب لمعدلات المساهمة. وللتعويض عن آثار إعادة التوزيع السالب لكل الموظفين العامين الآخرين والمواطنين فإن نفس المبلغ من التعويض على الأقل ينبغي أن يوجه لتحسين مد تغطية الرعاية الصحية الأولية إلى مناطق نائية ولمصلحة الفقراء وخصوصاً تناول الوقاية والتعزيز. ستكون هذه الإستراتيجية جيدة من أجل اختبار ريادي للتأمين الصحي في منطقة حيث يوجد تنافس بين مقدمي الصحة وحيث يمكن أن يكون بعض مقدمي الصحة راغبين في تحسين جودتهم وتبني برامج تأمين صحي مستدامة الجودة. يمكن اختبار برامج المصادقة(التشهيد بانه يفي بشروط معينة) وكذلك عدة آليات دفع. إن الشرط المسبق هو هيئة تأمين صحي مستقلة وموثوق بها كما وصفنا في الباب 2-2-6. وربما يكون قادة هذه الحركة قطاع الأمن السياسي والقطاع التربوي كما ذكر في الباب السابع. ومع ذلك فإن الكثير من الشروط المسبقة لازالت لم يتم الوفاء بها بعد. وهذه الإستراتيجية أيضاً بحاجة إلى دعم قوي من الخبرة الوطنية والدولية وتحتاج إلى رغبة سياسية كاملة يدلل عليها من قبل معظم القادة السياسيين الهامين في البلاد. ويمكن أن يثبت ذلك بتخصيص ميزانية جيدة للبنية الأساسية الداعمة في صورة مركز اختصاص التأمين الصحي والذي يمكن أن يحول خطوة بخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني نمطها أفضل ممارسة أظهرها صندوق التنمية الاجتماعي.

2-3-6 شروط مسبقة خاصة لإدخال التأمين الصحي التزايدي

في حالة الدعم أو التنفيذ التدريجي للتأمين الصحي في اليمن لا ينبغي أن توجد هيئة تأمين صحي وطنية. سيكون للبرامج الموجودة أو الناشئة وحداتها الإدارية الخاصة وسوف تعتني بمجموعة صغيرة من العملاء نسبياً. وكليهما مخاطره عالية ولتناول هذه المخاطر فإن على الحكومة أن تقيم آليتين على الأقل:

- ضمان إعادة تأمين وطني والذي يدعم تلك البرامج في حالة الحاجة ولكن فقط في حالة الإدارة الجيدة ولحالات نادرة من الظروف المرضية (مثلاً النزيف الدموي الوراثي) ولأي صدمات أخرى مبررة.
- هيئة إشراف تأمين صحي وطني والتي تراقب وحدات إدارة الشركة المستقلة وتحاول إيجاد التوافق بينها وضمان أمان الأموال ولربط مختلف البرامج وإعطائها الإرشاد والدعم.

وبالتزامن مع ذلك يجب على الحكومة تحقيق تغطية اقتصادية كاملة للخدمات الصحية لجميع الفقراء. إنه لن يكون نظام تأمين اجتماعي ونظام تأمين صحي وطني إذا ما تركزت جميع الجهود على قطاعات المجتمع المذكورة بأعلاه والتي هي محظوظة نسبياً. يعيش أكثر من 50% من السكان في فقر وأكثر من 50% من السكان لديهم صعوبات في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وبالإضافة لذلك ينبغي الدفع بالوقاية والتعزيز لتقليل عدد الوفيات والأمراض الممكن تجنبها. وهذا سيفيد أي نظام تأمين صحي كذلك.

2-4 إستراتيجية العمل والربط

عبرت أغلبية من الخبراء ومن تمت مقابلتهم في مسح الرأي عن رغبتها أن يكون هناك تأمين صحي في اليمن بأسرع وقت ممكن. ومع ذلك فهناك أيضاً الكثير من الناس الذين يتوقعون سلسلة من المشاكل الكبيرة إذا بدأ تنفيذ التأمين الصحي الوطني بالوضع الحالي. وبحسب نتائج الدراسة والتحليل للظروف المعطاة في اليمن فإن خيارات إيجاد نظام تأمين صحي على نطاق البلاد أدائه جيد يبدو في الحقيقة انه أمر مشكوك فيه. إن المثل لهدف السياسة الاجتماعية الطموح والمعقد هذا ينبغي إعداده جيداً من أجل تقليل مخاطر الفشل والإحباط العام. إن مزيد من الإعداد المفاهيمي والتخطيط وصنع القرار يبدو أنه أمر حتمي قبل بدء عملية التنفيذ. وينبغي أن يكون واضحاً بأن التأمين الصحي يحتاج إلى نهج متعدد القطاعات ونهج تبادلي الإنضباط والذي هو أبعد بكثير من صياغة وتمرير قانون. ويصدق هذا بصورة خاصة في المحيط الاجتماعي الثقافي حيث النصوص القانونية لا تحترم بصورة عامة أو لا تطبق بصورة فعالة في معظم الأوضاع. وبدون شك فإن التأمين الصحي بحاجة إلى إطار عمل قانوني كافي لكن يبدو أن المهام المالية والإدارية والمهام الأخرى وكذلك التجارب الملموسة الموجودة أنها أكثر حسماً في التنفيذ والأداء.

رأي القادة
87% من قادة الرأي صرحوا بأنهم سينضمون إلى التأمين الصحي.
المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

2-4-1 لماذا عدم التسرع بالتامين الصحي

تلخص الفقرات التالية الأسباب والمبررات الأكثر صلة لتأجيل البدء بتنفيذ التأمين الصحي حتى تتوفر بعض الشروط المسبقة الغير قابلة للإعلان عنها.

- إن أحد الأسباب الرئيسية للشك في نهج قابلية حياة المدى القصير تأتي من إنعدام الثقة العام فيما يتعلق بالصناديق العامة أو التي يديرها القطاع العام في اليمن. وبسبب مجموعة من التجارب السيئة رفض مجلس الوزراء قبول الصناديق الجديدة وهو ما يمثل عقبة خطيرة لتنفيذ التأمين الصحي الوطني. ينظر إلى صندوق التقاعد من قبل البعض بأنه غير كافي وفاسد ويرى الناس أنهم لا يتلقون مقابل للمساهمات التي كانوا يدفعونها طوال حياتهم وخصوصاً في حالة العجز. إن لدى الكثير من الموظفين والعاملين تجارب شخصية طويلة من اقتطاعات الرواتب دون أن يتلقوا حتى أي فوائد. وقد تجنب صندوق الرعاية الاجتماعية زيادة الفوائد بحسب تطور التضخم والتكلفة والمستفيدين هم في أحيان كثيرة الموسرين بدلاً من المعوزين الحقيقيين. وفي مجموعة من المقابلات فقد أصبح من الواضح كذلك بأن الرغبة الكبيرة لمختلف المساهمين في التأمين الصحي هي جمع موارد إضافية لأغراض محددة منه لضمان الحصول المتساوي على الرعاية الصحية للجميع في حالة الحاجة. وبأخذنا في الحسبان أن سوء الاستعمال والفساد هما تهديدان خطيران في اليمن فإن تنفيذ صندوق تأمين عام جديد يحمل في ثناياه سلسلة من المخاطر ويتطلب كل التحضير والإدخال المتأني. إن التحليل الأكثر تفصيلاً

للصناديق ذات الأداء الجيد وبصورة خاصة الصندوق الاجتماعي وصندوق الأشغال العامة هي قضية مطلوبة من أجل أن نكون قادرين على تصميم إطار عمل معقول لصندوق تأمين صحي وطني.

- ولتحقيق مثل هذا الهدف الطموح في خلق نظام تأمين صحي على مستوى الأمة في إطار المجتمع اليمني فإن هناك حاجة لدعم وحماس سياسي قوي. وفي هذه اللحظة لا يبدو أن هناك قيادة بارزة للتأمين الصحي متوفرة لدفع تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن. وفي ذات الوقت تبدو الرغبة السياسية لصناع القرار في الحكومة ضعيفة جداً لتوقع دعم كبير لتأمين صحي وطني. ومن الجدير بالإشارة إلى أن 27% من الخبراء الذين جرت مقابلتهم في مسحنا للرأي قد بينوا أن المبرر لمناقشة التأمين الصحي الوطني في اليمن هو مجاراة موضة في النقاش الدولي. إن معظم برامج الأحزاب السياسية لا تعطي أولوية للتأمين الصحي على الرغم من أن كل القادة السياسيين يعلنون أنهم مع مبادرة برلمانية ويدعمونها في هذا الاتجاه. إن رغبة أصحاب العمل والموظفين في تنفيذ نظام تأمين صحي وطني غير واضحة كذلك على الرغم من أنهم قد أعلنوا أنهم مع الحماية الاجتماعية من المخاطر الصحية. ومع ذلك فإن توقعات الفوائد كبيرة مقارنة بالمساهمات المتدنية نسبياً التي يرغبون في دفعها ولا يبدو أن أصحاب العمل ولا الموظفين جاهزين للتفكير حول نظام وطني وإدراج الأفقر فيه.

- وما هو ذي صلة بتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني هو الحجم النسبي للقطاعات الرسمية وغير الرسمية. وكلما كان القطاع الغير رسمي أكبر كلما كانت الصعوبات الإدارية أكبر في تقدير الدخول وتحديد مساهمات التأمين الاجتماعي للعاملين في القطاع الغير رسمي وجمع المساهمات (كارن 2002 ، ص 7). إن لدى اليمن نسبة عالية من العاملين في القطاع الخاص الغير رسمي وبذلك فإن تغطية السكان بالخدمات العامة والاجتماعية ضعيف. وكما في الكثير من البلدان الأخرى فإن التحدي الكبير هو كيفية مزيد من الإدراج للسكان الريفيين والقطاع الغير رسمي في خطة تغطية وطنية وحتى شاملة. إن قيد السكان في القطاعات الزراعية والقطاعات الغير رسمية ربما يكون أكثر صعوبة. إن الدخل بالنسبة لهذا السكان يتغلب وإن الرغبة التلقائية في الإعلان عن الدخل الحقيقي ودفع مساهمات منتظمة متدنية (كارن 2002 ، ص 6). إن معوقات تنفيذ برنامج تأمين صحي وطني لكبيرة وتبعا لذلك ينبغي تحليل الخطوات الضرورية ودراستها.

- ستثار مشكلات إضافية من وضع اجتماعي وسياسي واجتماعي وثقافي معين في البلاد. يعيش جزء كبير من السكان خارج المناطق الحضرية ويعيش 80% من سكان الريف في تجمعات متناثرة. إن تطور الدولة والمؤسسات العامة حديث وغير موجود في جميع أجزاء البلاد. وقد أعتمدت الحماية الاجتماعية تقليدياً على البنى الأسرية والقبلية والدينية وإن فهم مبادئ وآليات التأمين الصحي غير موجودة عملياً. وبذلك سوف يستغرق الأمر وقتاً طويلاً لجعل الناس على علم بما فيه الكفاية حول ماذا يعني التأمين الصحي وماذا يقصد به. وطالما أن ضرورات أخرى ينظر إليها بأنها أولويات فلن يقتنع الناس أو حتى يتحمسون فيما يتعلق بالتأمين الصحي. "تأمين الغذاء" ربما يكون أكثر ضرورة من تحسين الحماية الاجتماعية تجاه مخاطر المرض طالما أن سوء التغذية يبقى المشكلة الكبيرة لأغلبية الفقراء في اليمن.

- ومن جانب آخر فإن الوقاية والتعزيز والخدمات الصحية العامة القابلة للحصول عليها ينظر إليها كذلك بأنها أكثر أهمية من التأمين الصحي والذي في أحيان كثيرة يشعر الناس بأنه للميسورين أكثر منه للمعدمين الحقيقيين. وفي نفس الإتجاه يعتقد بعض الناس أن صحة الفقراء ينبغي أن تكون اهتمام أولوية للسياسة الاجتماعية والصحية. وحسب تجاربهم السائدة فإن مجموعة ذات صلة من المواطنين اليمنيين يرون أن التأمين الصحي هو موضوع خاص بالطبقة الوسطى. وفي الحقيقة فإن الكثير ممن جرت مقابلتهم والذين ينتمون إلى الموسرين كانوا بالأساس معنيين حول وضعهم الاقتصادي الخاص واهتماماتهم الخاصة. وفي الواقع وكما في الأسباب المذكورة فإن تغطية القطاع الرسمي والطبقة الوسطى من السهل تحقيقه مما هو الحال بالنسبة للعاملين الغير رسميين والمواطنين في المناطق الريفية. ويمكن إن يفرض هذا الإجحاف أثناء تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني ويعزز المقاومة من المستبعدين. وبالإضافة لذلك فإن التجارب الإيجابية للتأمين الصحي لازالت معدومة في اليمن. وحتى الآن لم يكن أي من برامج التضامن الكثيرة قادراً على التحول إلى تأمين صحي بالمعنى الحقيقي للكلمة. والبرامج التي المجتمعية ليست موجودة بعد أو أنها صغيرة وغير مستدامة.

- إن أحد العوامل التي تحد بصورة كبيرة من التنفيذ ليس نظام تأمين صحي على مستوى البلاد فحسب ولكن كذلك لبدء النهج التزايدي نحو الأخير هو نطاق ونوعية للرعاية الصحية المتدنية التي تعطى في اليمن. ومن جانب آخر ففي كثير من المناطق الريفية وخاصة المناطق النائية لازالت منشآت الرعاية الصحية نادرة أو حتى مفقودة. ومع ذلك فإن حوالي 70% من السكان يعيشون خارج المدن. إن أحد الشروط الضرورية للتأمين الصحي هي الحصول المادي على الرعاية الصحية المتوفرة. وبالنسبة لغالبية المواطنين اليمنيين فإن هذا الطلب يعتبر أولوية وينبغي التطرق إليه قبل البدء بالتأمين الصحي.

- وبالإضافة لذلك وحتى في الأماكن التي تقدم فيها الرعاية الصحية فإن النوعية مشكوك فيها وتختلف من منشأة إلى أخرى. ويشير هذا إلى جودة الإجراءات الطبية وأي رعاية تمريضية ويصدق كذلك بالنسبة للمعاملة الإنسانية والمعدات. وعلى الرغم من بعض المبادرات القليلة جداً فإن إدارة الجودة والرقابة في الرعاية الصحية لازالت مفقودة ويبقى إشراف مقدمي الخدمة العامة وكذلك مقدمي الخدمة الخاصة غير كافي. إن النوعية المتغيرة والقذرة في بعض الأحيان من مقدمي الصحة تجعل 47% من قادة الرأي الذين تمت مقابلتهم يقترحون البدء بالتأمين الصحي باختيار أفضل مقدمي الصحة الموجودين. ولذلك سيكون من الضروري تحديد بعض المعايير الواضحة وإدخال أنظمة فعالة لقياس الجودة لأن جزءاً معيناً من المعلومات المتاحة حالياً يعتمد على الرؤية والتجربة الشخصية.

- تبرهن حقيقتان بوضوح رداءة النوعية أو على الأقل السمعة السيئة للرعاية الصحية في اليمن: الأولى هي الحصة الكبيرة للغاية من العلاج خارج البلاد والمسئولة عن حوالي 44% من إجمالي نفقات الصحة العامة في البلاد. ويميل الكثير من الناس إلى تعريف جودة الرعاية بأنها العلاج في الخارج. وهذا صحيح لكل من تقدير الرعاية الصحية كما هي وتقييم برامج الفوائد الصحية والتأمين الصحي. عندما يشير الناس إلى برامج "أفضل" أو حتى "جيدة جداً" فقد فهم أنهم يشيرون إلى قابلية الحصول على العلاج الطبي في الخارج. ومع ذلك فإن إرسال حصة معينة من المسجلين للرعاية الصحية خارج البلاد سيهدد قابلية الحياة المالية والاستدامة لأي برنامج تأمين صحي ونظام في اليمن. وفي

الآونة الأخيرة فقد أفتتحت بضعة مستشفيات جديدة وحديثة أو يجري بنائها ولكن مزيد من الأداء وبصورة رئيسية الممارسات الجيدة مطلوبة لتغيير السمعة والتوقعات من جانب الطلب للمواطنين اليمنيين.

2-4-2 العمل وعدم التردد

خطوات للقيام بها فوراً

ينبغي القول بوضوح بأن الجانب الأكثر أهمية من سيناريو "أعمل وأربط" هو الجزء الثاني: أعمل. إن الانتظار يشير فقط إلى قضية متى من الأفضل البدء بإيجاد نظام تأمين صحي وطني. ويعنى به بالأحرى توصية للتفكير في ظروف معينة وكيفية البدء بمحاولة جادة لتنفيذ التأمين الصحي في اليمن. لكن "الانتظار" لا يعني تأجيل أي فعل آخر وعدم القيام بأي شيء. وبالعكس ينبغي بدء العمل فوراً وهناك الكثير من العمل الذي ينبغي القيام به لتنفيذ التأمين الصحي في المستقبل القريب.

على سبيل المثال إذا استنتجت هذه الدراسة أنه لم يتم التحقق من وجود قيادة بارزة للتأمين الصحي فإن ذلك لا يعني أن اليمن تفتقر إلى الأشخاص الصحيحين والمناسبين. إن الحقيقة هي أن القادة الذين يستطيعون الدفع بقوة وبثبات إلى الأمام لم يوجدوا بعد حتى الآن. وهكذا يجب أن يستمر البحث ويجب نشر الفكرة من أجل أن نجد كذلك كل الأفراد الآخرين الذين سيكونون مطلوبين لتنفيذ التأمين الصحي في اليمن. ويبدو أن الإطار الزمني الواقعي لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني في اليمن هو فترة خمس إلى تسع سنوات.

وعلى المستوى المؤسسي فإن هناك حاجة "لعامل التغيير" لإقامة التأمين الصحي ويمكن أن يكون هذا العامل أحد الوزارات أو عدة وزارات أو شركات عامة أو شركات خاصة أو شركات مختلطة والتي لديها برامج حماية ويمكن أن يتولى الموظفون دوراً رائداً فيها. وكما بينا من سابق فإن أغلبية كبيرة ممن جرت مقابلتهم يفضلون البدء بالتأمين الصحي لموظفي الحكومة ولازالت حصة صغيرة توصي بالبدء بموظفي الشركات العامة والمختلطة. هناك حاجة إلى قرار أساسي على مستوى مجلس الوزراء ويؤمل أن يدعم بقوة من قبل الرئيس حول أي وزارة أو وزارات ينبغي أن تلعب الدور الرائد أثناء عملية التنفيذ. وبحسب نتائج فريق الدراسة لم يتم أي تعريف واضح للمهام والمسئوليات على المستوى الحكومي لكيفية تناول مختلف الطلبات والطلبات والضروريات المعقدة جداً لتكوين التأمين الصحي. وحتى الآن فإن فكرة إنشاء نظام وطني تبدو أنها منحصرة في إطار إدارة صغيرة في إطار وزارة الصحة العامة والسكان وبعض ممثلي الوزارات الأخرى. ويبدو أن وزارة الصحة العامة والسكان معزولة نسبياً في الحكومة. ومع ذلك يبدو أن وزارة المالية تلعب دوراً قيادياً في مجلس الوزراء بحيث أن إدراج وزارة المالية له أهمية قصوى لأي محاولة جادة لتنفيذ الحماية الاجتماعية في الصحة. وعلى المستوى بين الوزارات لازال هناك الكثير من العمل يجب القيام به من أجل خلق الظروف لمشروع طموح للاستدارة نحو الطريق المؤدي إلى التأمين الصحي في اليمن.

إذا قررت الحكومة البدء بإقامة نظام رعاية صحية وطني بإحدى أو عدة وزارات أو بأي مؤسسة عامة أخرى أو مؤسسة تديرها الدولة فيجب عليها أن تبدأ بالخطوات الضرورية بأسرع وقت ممكن. وفي هذه الحالة تكون المنظمات الحكومية مسئولة عن إشتراك جميع الموظفين وعن دفع جميع المساهمات الخاصة بأصحاب العمل وتحويل المساهمات المستقبلية. ولذلك فإن هناك حاجة لسلسلة من البيانات الموثوق فيها للمجموعات المستهدفة:

- تسجيل واقعي لجميع الموظفين في البلاد.
- مراجعة صارمة لقوائم الموظفين والمرتبات.
- إمكانية عد جميع المعالين.
- تسجيل رواتب الموظفين.
- مقارنة بيانات الأفراد مع مصلحة الضرائب.
- مقارنة البيانات مع صناديق التقاعد.
- تقييم الدخل الإضافي (النشاطات المسائية).
- تقرير الهيكل العمري للموظفين العموميين.
- تقدير الوضع الوبائي.
- تقدير تفصيلي لرزم المنافع الصحية الموجودة للمجموعة / المجموعات المستهدفة.
- وضع تكاليف لنفقات الفوائد الصحية الحالية للوزارات / الشركات العامة.
- دراسات حول الرغبة في الدفع من قبل أصحاب العمل العموميين.
- دراسات حول قدرة ورغبة الدفع من الموظفين العموميين.

وبالإضافة لذلك يجب على الوزارة / الوزارات الرائدة و/أو الشركة / الشركات العامة أن تبدأ بأسرع وقت ممكن في إتخاذ قرار حول نوع ونطاق ونوعية تقديم الرعاية الصحية التي يريدون الحصول عليها لموظفيهم. ستكون لدى المسجلين أو المقيدين توقعات في إدراج العلاج التخصصي خارج البلاد في حزمة المزايا. ومع ذلك فإن ذلك سيضع ضغطاً على قابلية الحياة المالية ولذلك نوصي بالتحقيق في الإمكانية الحالية للتغطية على الأقل لمعظم الخدمات الصحية المقدمة خارج اليمن. وهذا يشمل ليس فقط مراجعة دقيقة لمقدمي الخدمة الحاليين والخدمات التخصصية المقدمة ولكن يمكن أن يشمل أيضاً تخطيط استثمارات هادفة في مستشفيات تخصصية والبحث عن تمويل إضافي من خلال مانحين دوليين. وفي وضع حيث لا تلبي الاستثمارات في إنشاءات منشآت الرعاية الصحية دائما توقعات وكالات التعاون الدولي وربط رفع مستواها بمفاهيم استدامة الرعاية الصحية فان التمويل يمكن حتى أن يحسن من استعداد المانحين الثنائيين أو المتعددين للاستثمار في نظام الرعاية الصحية.

وعلى الرغم من بعض التردد للمؤسسات العامة والمؤسسات التي تديرها الدولة في التعاون مع القطاع الخاص والجهل الكبير المستمر بأدائها فإن مسح الرأي يعطي تفويضاً واضحاً بإتجاه إدراج كل من مقدمي الصحة العامة والخاصة في نظام التأمين الصحي المستقبلي في اليمن. وتفضل الأغلبية التعاون مع خليط من مقدمي الخدمة ولازال 47% يطلبون صراحة اختيار أفضل منشآت الرعاية الصحية بينما 6% فقط و 8% يريدون حصر التأمين الصحي على مقدمي الخدمات من القطاع العام أو الخاص على التوالي. ومن أجل ضمان تقديم رعاية صحية كافية فإن الخطوات التالية نحو إسناد نظام تأمين صحي وطني مستقبلي ربما وينبغي البدء بها فوراً.

- تقدير منشآت الرعاية الصحية الموجودة في منطقة الطلب المتوقع.
- تحسين البنية الأساسية للرعاية الصحية في المناطق التي يقل فيها تقديم الرعاية.
- تقدير وتوحيد الاحتياجات المتوقعة.
- استثمارات هادفة في تقديم الرعاية الصحية.
- إعمال رقابة صارمة على مقدمي الخدمة من القطاع العام على مختلف المستويات.
- تنفيذ نظام معلومات على مستوى البلاد.
- تحسين مجال ونتيجة العمليات الإحصائية وجمع البيانات في البلاد.
- إيجاد إطار عمل قانوني لإشراف أكثر فعالية على الرعاية الصحية الخاصة.
- تصميم نظام مصادقة(التشهيد بالوفاء بمطالب أو شروط معينة) لمقدمي الرعاية الصحية.
- إيجاد وإعمال رقابة على الجودة في منشآت الرعاية الصحية العامة والخاصة.
- تقدير واختيار مسبق للرقابة على الجودة في منشآت الرعاية الصحية العامة والخاصة.
- تقدير واختيار مسبق لمقدم الخدمة الذي يقدم خدمة جيدة وبنوعية ممتازة.
- تنفيذ أنظمة إدارة وإعداد تكاليف فعالة على مستوى مقدمي الخدمة.

إن كل المهام المذكورة بأعلاه وبالتأكيد بعض المهام الأخرى ستكون ضرورية لضمان تقديم رعاية صحية كافية ولخلق الشروط المسبقة في أن يفي نظام الرعاية الصحية بتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني. وتظهر الوقائع بوضوح بأن معظم هذه المتطلبات الأساسية للتأمين الصحي وبصفة خاصة لنظام التأمين الصحي الوطني لازالت متخلفة أو مفقودة. ومن الواضح أن مسئولية تكييف تقديم الرعاية الصحية لاحتياجات نظام التأمين الصحي يعتمد بصورة رئيسية على وزارة الصحة العامة والسكان. إن لدى وزارة القطاع موظفين عديدين تحت تصرفها يبدو أنهم مستعدين أكثر وينبغي أن يكونوا جاهزين لهذه المهام ولمهام أخرى. ولذلك فإن تدريب الموارد البشرية وبناء القدرة مطلوب ويجب أن يصبح أولوية السياسة. ويظهر موظفو وزارة الصحة العامة والسكان حالياً أغلبية كبيرة من العاملين الصحيين ومعظمهم من الأطباء الطبيين مع خلفية تدريب سريري فقط. ومع ذلك فإن إدارة نظام الصحة وبصورة خاصة نظام التأمين الصحي يتطلب مجموعة كبيرة إضافية من المؤهلات. إن النهج المتعدد الاختصاصات والمهن ضروري ويجب أن يبدل الإتجاه التقليدي في وزارة الصحة العامة والسكان نحو القطاع العام فقط. إن وضع تعدد القطاعات يفتح الطريق بإتجاه طرق تجديدية تدمج المعارف ذات الصلة من الموضوعات التقليدية المختلفة (لاسير 2002 ، ص 3 و 14).

إذا كلفت وزارة الصحة العامة والسكان كعامل مسئول عن إدارة البرنامج فإن هناك حاجة عاجلة إلى التدريب وحملة لبناء القدرة. ولإعطاء الدعم المهني الضروري والإسناد لعملية التحضير والإنشاء وكذلك لمزيد من التحقيق والإرشاد لأي نظام تأمين صحي في اليمن يجب اختيار أكثر الأفراد كفاءة وأكثرهم سعة تدريب. يجب أن يشتمل بناء القدرة على مجموعة واسعة من الإجراءات مثل التالي:

- برامج تأهيل ما بعد التخرج للأفراد الأساسيين في الخارج.
- مشاركة أفراد مختارين في مؤتمرات دولية.
- دورات تدريبية لموظفي وزارة الصحة العامة والسكان داخل اليمن.
- الدعم الفني والمالي للدراسات التي ينجزها خبراء وطنيون ودوليون.
- دورات تدريبية في التمويل الصحي والاقتصاديات الصحية والقضايا الأخرى ذات الصلة.
- تعزيز التبادل الأكاديمي على مستوى دولي.
- تعزيز تنفيذ كلية للصحة العامة في الجامعات اليمنية.
- ربط صنع السياسة بالبحث العلمي.
- تنفيذ سياسات محددة مبنية على الدليل أو البرهان في اليمن.
- استشارات قصيرة الأجل متكررة لخبراء دوليين.
- جهود مشتركة من المانحين لتوحيد الجهود وتوحيد الدعم.

لقد أصبح من الواضح أن نهج أنتظر وأعمل له سلسلة من المعاني المتضمنة ويتطلب استثمارات كثيفة من القطاع العام. وعلى الرغم من أن وزارة الصحة العامة والسكان يمكن أن تكون العامل الرائد في عملية التحضير والترتيب ولذا فإن الهيئات والوزارات و/أو الشركات العامة الأخرى – والتي ستشارك في نظام التأمين الصحي في المستقبل– عليها أن تعطي دعماً كبيراً لتوفير أموال إضافية أثناء فترة التنفيذ وربما على المدى الطويل. وإذا ما أخذنا دور أصحاب العمل الذين يستفيدون من الحماية الاجتماعية لموظفيهم فيجب إشراكهم ليس فحسب في القضايا التي عليهم مواجهتها مباشرة وإنما كذلك في التكاليف الإجمالية لإقامة البرنامج / البرامج. إن عمليات التحقيقات والدراسات والتسهيلات ينبغي أن تربط ويتم التشارك فيها بين مختلف الوزارات و/أو الشركات حيث أنها ستكون استثماراً في بناء القدرة والتدريب. ستحتاج كل وزارة وشركة مشاركة إلى موظفيها الخاصين المعدين والمؤهلين للتعامل مع التأمين الصحي للموظفين.

ستفيد الاستثمارات في الأبحاث وفي معاهد التدريب التخصصية كل البلاد ولذلك يبدو من غير العادل تحميل وزارة واحدة فقط بجميع التكاليف. وعلى سبيل المثال يجب أن يكون لدى وزارة المالية رغبة كبيرة في الحصول على أفراد من الوطن اعدوا بصورة جيدة والذين كانت لهم الفرصة في دراسة المحاسبة ومسك

الدفاتر وحتى اقتصاديات الصحة مع نظرة محددة للبلد وذلك أمر لا يمكن تحقيقه من خلال التدريب خـــارج اليمن.

وأخيراً وليس آخراً فإن جميع الهيئات العامة وربما جميع الهيئات الخاصة المشاركة في التأمين الصحي ينبغي أن تشارك في المسئولية عن النظام الوطني الذي سيتم بناؤه. إن إعادة التأمين نقطة حاســمة لــضمان الأداء وضمان استدامة أي برنامج تأمين. وبصورة خاصة أثناء الفترة الأولى عندما تشترك بضع مؤسسات فقط في النظام ولازالت أموال المساهمة المشتركة للمخاطر صغيرة نسبيا ونفقات الرعاية الصحية كبيرة للغاية فـــان لديها إمكانية تهديد كامل النظام. من أجل تفادي هذه المخاطرة ولضمان استدامة أموال التأمين الصحي فـــإن على الوزارات و/أو الشركات التي تشارك في البرنامج أن تتقاسم المخاطر المالية وتنظم إعادة تأمين فعالة.

5-2 من البدائل إلى السيناريوهات

تحتوي البدائل الثلاثة المذكورة بأعلاه الكثير من البدائل الفرعية. إن بديل الدفعة الكبيرة على سبيل المثال لن يكون مجدياً من الناحية المالية إذا لم يتم تبني سياسات تحتوي التكاليف كما أوجزنا بأعلاه. التعديلات علـــى الآتي:

- تغطية التأمين الصحي أي القطاع الرسمي بالإضافة إلى المستخدمين ذاتياً.
- التنفيذ التدريجي أي الإدراج على مراحل للعاطلين عن العمل والفقراء.
- معدلات المساهمة أي متغيرة بين 2% و 7% بالنسبة للعاملين.
- حزم المزايا أي إدراج العلاج في الخارج أو إعطاء متوسط رزمة منافع فقط.
- الدفع المشترك أو المشاركة في الكلفة أي لتقليل الإفراط في الاستخدام (المخاطرة المعنوية).
- إدراج الأسرة الصغيرة أو الأسرة الموسعة كمستفيدين.

إن هذه بعض خيارات السياسة لتحويل البدائل العامة إلى ســيناريوهات واضـــحة. إن المئـــات مـــن هـــذه السيناريوهات ممكنة وإن مناقشة سياسية وفنية ضرورية للتعرف على بعض السيناريوهات المناسبة بـــصورة أفضل من مختلف وجهات النظر.

أخترنا السيناريوهات التالية من أجل أن نكون قادرين على تقديم ومناقشة بعض المعاني المتضمنة للبدائل.

الجدول رقم (23): سيناريوهات بإتجاه نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن					
السيناريو	**1 أ**	**1 ب**	**2 أ**	**2 ب**	**3**
الوصف	**مستويات الإنفاق الحالية / معدلات الاستخدام الحالية**	**مستويات الإنفاق الحالية / معدلات استخدام متزايدة**	**رزمة فوائد أساسها الشركات / معدلات الاستخدام الحالية**	**رزمة فوائد أساسها الشركات / معدلات استخدام متزايدة**	**رزمة فوائد أساسها الشركات / معدل استخدام متزايد / عائق التمويل العام**
متوسط تكلفة الرعاية الصحية بالريال اليمني					
العيادات الخارجية	1,319	1,319	3,152	3,152	3,152
العيادات الداخلية	45,278	45,278	45,278	45,278	45,278
متوسط معدل الاستخدام (لكل مؤمن عليه)					
في العيادات الخارجية	مستقر عند 1.598	يبدأ بـ 1.598 مرتفعاً إلى 3 في عامين	مستقر عند 1.598	يبدأ بـ 1.598 متزايداً إلى 3 في عامين	يبدأ بـ 1.598 ويرتفع إلى 3 في عامين
في العيادات الداخلية	مستقر عند 0.015	يبدأ بـ 0.015 مرتفعاً إلى 0.033 في عامين	مستقر عند 0.015	يبدأ بـ 0.015 مرتفعاً إلى 0.033 في عامين	يبدأ بـ 0.015 مرتفعاً إلى 0.033 في عامين
المساهمة					
القطاع الرسمي (نسبة من الأجور)	يبدأ بـ 8% مرتفعاً إلى 10% في 7 سنوات	مستقر عند 11%	مستقر عند 11%	مستقر عند 11%	مستقر عند 11%
المستخدمين ذاتياً (معدل متساوي بالريال اليمني)	1000 ريال يمني يعدل بالتضخم	1000 ريال يمني يعدل بالتضخم	1000 ريال يمني يعدل بالتضخم	1000 ريال يمني يعدل بالتضخم	6500 ريال يمني يعدل بالتضخم
معدل الدفع المشترك					
نسبة مئوية من التكلفة	10%	10%	10%	10%	20%

ستعطى التفاصيل في الباب الرابع بأدناه.

6-2 إنشاء مركز اختصاص التأمين الصحي

كان على دراستنا أن تحقق تتبع وصف بعض الأوجه ذات العلاقة والشروط المسبقة في البلاد. وبعد القيام بالتحقيقات الميدانية ومع ذلك ينبغي أن نشير بأن مجموعة من المهام لازالت متبقية يبدو أنها ذات صلة بإعداد وتنفيذ التأمين الصحي في اليمن مثل:

- مزيد من الاكتشاف والتحليل لبرامج التضامن.
- منح أفضل برامج التضامن.
- تكرار أفضل برامج التضامن.
- استشارة برامج التضامن.
- ملاحظة وتحليل التأمينات الصحية للشركات.
- استشارة التأمينات الصحية للشركات.
- ربط برامج الشركات في اتحاد برامج الشركات.
- تنفيذ برامج إعادة التأمين للشركات على أساس طوعي.
- متابعة وإرشاد البرامج المجتمعية.
- تنفيذ برامج إعادة تأمين مجتمعية.

فيما يتعلق بالمسائلة والإدارة والقدرات الإدارية ووظائف التأمين الحاسمة الأخرى فإن الوضع العام في اليمن شبيه بمشروعات كثيرة بحجم صغير ومشروعات تأمين أصغر. وحيث أن تقليد التأمين الصحي وفهمه حديث ونادر في البلاد فإن التجربة والخبرة فيما يتعلق بالتأمين الصحي مفقودة على نطاق واسع. ويعزى هذا بصورة رئيسية إلى الآتي:

- عدم كفاية الأفراد المؤهلين والتنظيم.
- عدم اكتمال البيانات والتي لا تسمح بإتخاذ قرارات على أساس البرهان.
- سلوك المشاركين تحكمه الأبوية ودافعه الرعاية.
- الافتقار إلى الخيارات لمسح أداء مهام التأمين.

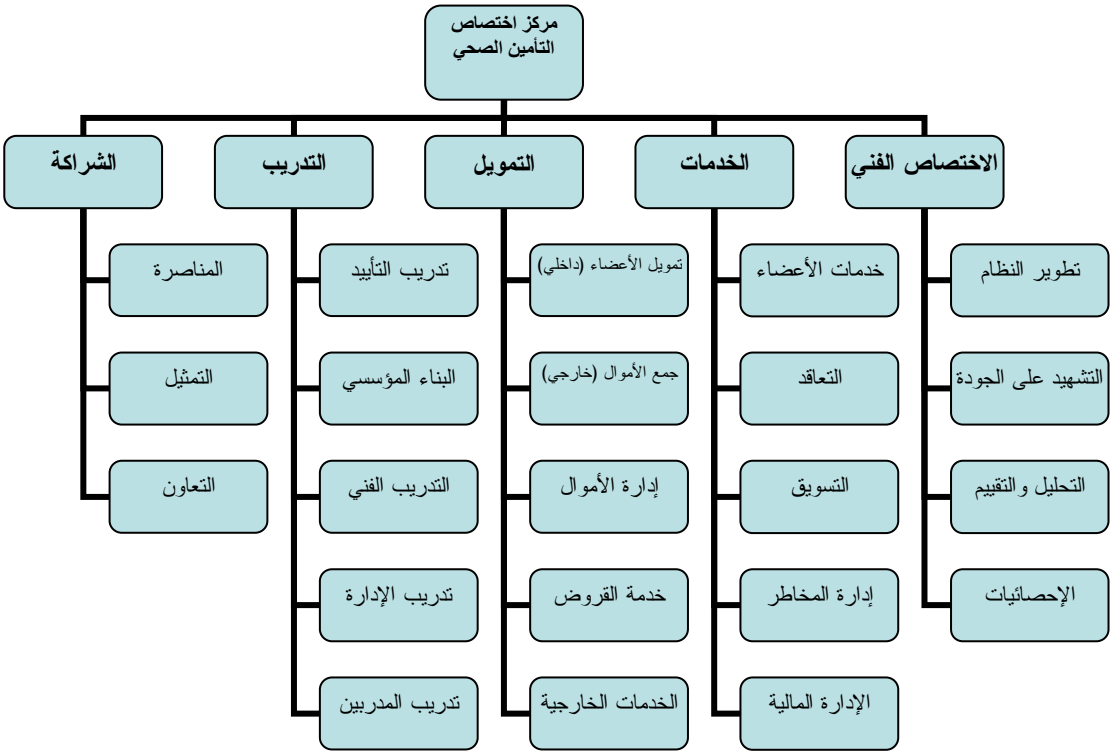
وبذلك فإن أحد الاستنتاجات الرئيسية لهذه الدراسة هو الحاجة لتنفيذ مركز اختصاص التأمين الصحي قبل أو بالإضافة إلى أي خيارات سياسية مذكورة بأعلاه. إن مثل هذا المركز ينبغي إنشاءه ضمن الإطار الوطني المعني وبطريقة تسمح بمشاركة جميع المساهمين ذوي العلاقة. يمكن أن يساعد مركز اختصاص التأمين الصحي في توفير الاختصاصات التنظيمية والإدارية الضرورية لإقامة وتنفيذ ومراقبة برنامج التأمين الصحي (أي خدمات يتم إعطاءها كعقود مقاولة) ويمكن أن يعزز تبادل الآراء والمفاهيم مع المنظمات الحكومية ومقدمي الرعاية الصحية والمجتمع المدني وآخرين. يجب النظر إلى مركز اختصاص التأمين الصحي كجزء من شبكة تنظيمات التأمين ويمكنه أن يقدم دعماً مستمراً وطويل الأجل إلى أعضائه المشاركين. على سبيل

المثال يمكن لمختلف البرامج أن تنظم مراكز اختصاص وتقاول على خدمات محددة باستخدام المعرفة دون أن تدفع عنها بذاتها. (أنظر هيوبر 2003 ، ص 64 FF) والتشارك في الخدمات ومقدمي الخدمات أو إعطاء قابلية حمل الاستحقاقات حتى لدى منظمات خارج القطاع التعاوني. ويمكنه دعم تطوير منتجات معيارية أو إجراءات مناسبة لتبنيها محلياً وتقديم المشورة إلى المساهمين للمفاوضات مع شركات التأمين من أجل شروط تأمين جماعية جيدة.

وفي الحالة الخاصة باليمن يجب أن ينظم مركز اختصاص التأمين الصحي خصوصاً بطريقة يستطيع أن يقدم المناصرة باتجاه نظام تأمين صحي اجتماعي وطني. إن المهمات الأكثر صلة بالاستشارة وبناء القدرة هي التالية:

- التدريس الأساسي لموظفي التأمين الصحي المحتملين داخل اليمن: تكنولوجيا المعلومات واللغة الإنجليزية وقضايا مرتبطة بالصحة.
- التدريب الدولي لقادة محتملين في التأمين الصحي: التمويل الصحي والسياسة الصحية والتأمين الصحي ... الخ.
- نشاطات تدريب إضافية ومعينة في التعاون مع المؤسسات الأكاديمية.
- مزيد من التقدير وإيجاد التوافق الممكن مع برامج التأمين الصحي.
- كتابة المقترحات للبرامج الوطنية والدولية.
- ورشات عمل متكررة مع موظفين دوليين مختصين واستشاريين في اليمن.
- تشجيع مشاركة "عقول مدبرة" في ندوات ومؤتمرات دولية.
- المشاركة المنتظمة لمختلف المساهمين في اجتماعات التأمين الصحي الدولية.
- تشجيع تبادل الخبرة بين البلدان النامية الأخرى مثل كينيا.

الشكل رقم (4): الهيكل التنظيمي لمركز اختصاص التأمين الصحي في تنزانيا



الدكتور/ جيه هوهمان ، الدكتور/ بي شرام ، مخطط رقم (16)

المصدر: قسم التعاون الفني الألماني حول الحماية الاجتماعية والتأمين الصحي

على المستوى الفني ومستوى الدعم فإن مركز اختصاص التأمين الصحي مقدر له تغطية سلسلة من الوظائف الإضافية أي:

- الدعم الفني من خلال الاستشارة والتحليل والتقييم.
- إدخال نظام إحصائي فعال وموثوق به وأساليب تعاقد.
- الدعم المالي (المحاسبة والتمويل وإدارة المطالبات وإعادة التأمين).
- التعاون المؤسسي (التنظيم والمناصرة والتمثيل والتعاون).
- تشجيع المهارات الأساسية (المناصرة السياسية وإدارة التدريب الفني وتطوير المهارات الشخصية).

إن تنفيذ مركز وطني لاختصاص التأمين الصحي يمكن دعمه بالوكالات الدولية وبصورة رئيسية من اتحاد حول الحماية الصحية في بناء الصحة من قبل التعاون الفني الألماني ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي من أجل تنسيق الجهود وتوحيد القوى. ومن أجل إقامة مركز اختصاص تأمين صحي هناك حاجة لإطار عمل قانوني يسمح لمركز الاختصاص ذلك بافتتاح نشاطات في السوق الوطنية والعمل كشركة إمتياز. يتطلب الدعم الفني لإيجاد وإنشاء مركز اختصاص التأمين الصحي في البداية الخبرة والمعدات لكن في المدى الطويل يتوقع سحب الاستشارة الخارجية بحسب تنامي قدرة واستقلالية المساهمين اليمنيين. إذا ضمنت استدامة مركز اختصاص التأمين الصحي فسيكون المركز قادراً على إعطاء دعم طويل الأجل لأي برنامج

تأمين صحي ناشئ ومنجز. ويمكن أن تكون هذه مساهمة حاسمة لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن.

يمكن لمركز اختصاص التأمين الصحي كذلك أن يتولى دور مجموعة تفكير على المستوى الوطني. إن أداء ونطاق مركز الاختصاص ربما غير محدودة ويمكن تطوير مزيد من المهام بحسب إستراتيجيات التنفيذ ونجاحها. ومع ذلك فإن معدي الدراسة يودون أن يشددوا على حقيقة أن مركز اختصاص التأمين الصحي سيكون متطلباً أساسياً هاماً لكل خيارات التأمين الصحي المنظورة والمقدمة في هذه الورقة. ينبغي تبني نشاطات الأولوية بكل تأكيد لإستراتيجية البلد المختارة لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني. وبينما تتطلب الدفعة الكبيرة والخيارات التصاعدية كل من التدريب والدعم الفني فإن إستراتيجية "أعمل وأربط" ستركز أكثر على بناء القدرة. وإذا ما قررت الحكومة اليمنية أن تتخذ خطوة جريئة باتجاه نظام وطني يمنح تغطية شاملة من مرحلة مبكرة جداً فإنه ستكون هناك حاجة لمركز اختصاص التأمين الصحي لإعداد ونصح الموظفين الفنيين لصندوق التأمين الوطني ولدعم الشركة الموجودة وكذلك برامج المجتمع الناشئة. وفي الإستراتيجية التصاعدية ستكون المهمة الرئيسية لاختصاص التأمين الصحي هي تقدير وإيجاد التوافق لبرامج التأمين الصحي الموجودة و/أو الناشئة. وفي الخيار الأكثر حذراً سيركز مركز اختصاص التأمين الصحي أولاً على بناء القدرة والتقدير.

ولتنفيذ مركز اختصاص تأمين صحي يمني فإن عدة خيارات ممكنة. ومع ذلك فإذا كانت وزارة الصحة العامة والسكان ستكون العامل الرائد لإقامة نظام تأمين صحي وطني فينبغي كذلك أن تكون شريكاً رئيسياً لمركز الاختصاص. ويبدو ان إستراتيجية قابلة للحياة ستكون إيجاد مركز اختصاص تأمين صحي كمشروع مشترك لوزارة الصحة العامة والسكان والمساهمين الآخرين المعنيين أي وزارة المالية ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة العمل والشئون الاجتماعية والوزارات الأخرى وصندوق التأمين الصحي أو الصناديق وممثلين لبرامج الشركات والبرامج المجتمعية ومقدمي الرعاية الصحية والموظفين الأكاديميين والاستشاريين. يمكن أن يتطور مركز اختصاص التأمين الصحي أو يتحول إلى نوع من مجموعة تفكير لهيئة تأمين صحي ناشئة (من أجل مزيد من المقترحات أنظر الباب رقم 5).

7-2 تصميم ومقارنة البدائل

في الجدول التالي فإن القضايا الرئيسية لمنهاجية infosure التي طورها التعاون الفني الألماني سيجاب عليها لأربعة بدائل مختلفة لنظام التأمين الصحي في اليمن أي:

- الدفعة الكبيرة: أي تغطية جميع موظفي القطاع الرسمي والمتقاعدين.
- الصغير للجميع: أي تغطية جميع المواطنين برزمة فوائد صغيرة.
- الخطوة خطوة: أي إدخال التأمين الصحي بحسب القطاعات أو المناطق.
- العمل والربط: أي خلق الشروط المسبقة للتأمين الصحي الوطني.

ستؤخذ في الاعتبار جميع الجوانب ذات الصلة بالتأمينات الصحية عند اكتشافها وتتبعها واختبارها في بلـدان كثيرة حيث قام التعاون الفني الألماني بتقديم استشارات حول الأنظمة الصحية والتأمينات الصحية بما في ذلك التأمينات المجتمعية والتأمينات الأصغر. يحاول الجدول التالي إعطاء صورة شاملة حول القضايا الأساسـية للتأمين الصحي والذي – دون شك – يمكن تطويره أكثر.

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل

رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
1	**إقامة البرنامج**				
1-1	فترة الإقامة	مباشرة , بسرعة نسبية , وعلى التوالي ويعتمد على فهرس الفوائد والمشكلات: المناطق النامية بصورة أقل (مقدمي الخدمة والدفع لهم).		بحسب الطلب والفرصة	بعد الوفاء ببعض الشروط المسبقة.
2-1	أي نوع من الحاجة / المشكلة هي القوة الدافعة؟	تقدير الرعاية الصحية والتمويل الصحي في اليمن يحتاج إلى ثورة بأسرع ما يمكن	هناك حاجة إلى إرادة سياسية قوية و/أو اجتماعية لإدماج كل الناس في مشروع واحد	العسكريون والشرطة لديهم رغبة في البدء لأنهم في حاجة إلى الأموال لتوسيع مستشفياتهم	الثقة في الصناديق الحكومية مفقودة وسوف يستغرق الأمر وقتاً لاستعادتها
3-1	دور المساهمين الخارجيين	الرئيس والشعب عليهم مساندة هذه الإستراتيجية	أولئك الذين قد حصلوا على "فوائد أفضل" لن يكونوا راغبين مطلقاً أن يدمجوا في "تأمين رزمة صغيرة" أي القوات المسلحة والشركات العامة	على وزارة المالية أن يكون لديها خطة مشروع تفصيلي بصورة جيدة وأن تشترك وزارة الإدارة المحلية	يجب على المجتمع الدولي أن يدعم مركز اختصاص التأمين الصحي
4-1	أي نوع من الدعم ينبغي إعطاءه	التقييم والاختيار والتصميم للفوائد	تقييم الفوائد المرغوبة والدعم الفني وكيفية الحصول على المساهمات (المدفوعات) وإنفاقها		

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
		المرغوبة أكثر (والقيمة) ودعم فني كثيف بكيفية الحصول على المساهمات وإنفاقها وتنفيذ وتحسين نظام دفع كفؤ لمقدمي الخدمة			
5-1	من يشارك في عملية إتخاذ القرار	الرئيس في الأعلى وعلى الأقل صناع القرار السياسي الأكثر نفوذاً	صناع القرار السياسي ومجلس الشورى وأعضاء البرلمان والوزارات المختلفة المعنية وخاصة وزارة المالية ووزارة الصحة العامة والسكان ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة الشئون الاجتماعية والعمل ووزارة الأوقاف والإرشاد والإدارة العليا للصناديق / البرامج التي ستدمج وممثلي المجتمع المدني		أكثر الأعضاء التزاماً وتجربة في لجنة التوجيه
2	**العضوية**				
2-1	ما هي المجموعات المستهدفة؟	البدء بالقطاع العام ثم جميع الموظفين والمتقاعدين وفي المدى الطويل كل سكان اليمن سيصبحوا أمر ممكن	جميع سكان اليمن	بحسب تصميم الخطوات: الموظفين المدنيين و/أو العسكريين و/أو الشرطة و/أو موظفي التربية والتعليم	ستذكرها ورقة سياسة وسوف يتم المحاولة أن لا ينسى الفقراء والمجموعات الهشة
2-2	هل هناك أي مجموعات غير مرغوبة؟	كقضية مبدأ ليس هناك أي مجموعات غير مرغوبة ولكن المهم هو أن يبقى كل الناس المدمجين (ويدفعوا) باستمرار في النظام – والرقابة على سوء			دراسة أفضل وسائل الرقابة على سوء

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
		الاستعمال مهمة.			الاستعمال.
2-3	هل هناك فارق بين المجموعة المستهدفة في البداية والأعضاء الذين يلتحقون في الحقيقة؟	ينبغي أن لا يكون هناك فارق.			ستدرج إستراتيجيات التوسع.
2-4	انحصار العضوية	في الخطوات الأولى فقط الناس العاملين (وأسرهم) والمتقاعدين يتم إدماجهم	اليمنيين الذين يعملون في الخارج	أنظر المجموعات المستهدفة	سيدرس
2-5	النشاط الاقتصادي للمجموعة المستهدفة		الناس الذين لديهم كل أنواع النشاطات وكل الخواص الاجتماعية والاقتصادية		دراسات عن المستخدمين ذاتياً ستحصل على أولوية معينة
2-6	الخواص الاجتماعية والاقتصادية للمجموعة المستهدفة				
2-7	كيف يتم تكوين العضوية؟	إلزامية (أو طوعية بالنسبة لبعض المجموعات – لكن إذا كان الأمر كذلك يجب التنبه لاختيار المخاطر)			سيدرس
2-8	كيف يتم استيعاب الأعضاء	في برنامج إلزامي: من قبل أصحاب العمل من القطاع العام والخاص ومن قبل السلطات المحلية وصناديق التقاعد / هيئات التقاعد في برنامج طوعي: إغراء الأعضاء المستقبليين في الإشتراك أي في مكاتب التأمين الصحي المحلية.			سيدرس سيدرس
2-9	التعاقد بين العضو وبرنامج التأمين	عقد موثوق به (ربما حتى "نهائي") بين العضو والتأمين الصحي يجب أن يكون أساس نظام التأمين الصحي			سيدرس
2-10	وحدة الاشتراك	العمال الدائمين والموظفين	أي للمستخدمين ذاتياً والآخرين الغير ممكن الوصول إليهم في "المصدر" (مثل العاملين	بحسب القرارات السياسية في المستقبل	سيدرس

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
			على سبيل المثال)		
2-11	تعريف أعضاء العائلة	أي الزوج أو الزوجة الغير عامل والأطفال حتى سن 18 سنة و/أو طالما يدرسون فإنهم مؤمنين بالإشتراك ومدفوع عنهم.			سيدرس
2-12	وضع أفراد العائلة	أي مؤمن عليه مشارك مدفوع عنه أو مساهمة منخفضة جداً			سيدرس
2-13	تعريف الأعضاء	معرف إضافة إلى العضو (أي الزوج العامل)			سيدرس
2-14	توزيع إقليمي للأعضاء	مرادف لتوزيع المواطنين والتركيبة السكانية الاجتماعية في اليمن			سيدرس
3	**التمويل**				
		إن المصدر الرئيسي لبرامج التأمين الصحي هي المساهمات. ويعتمد الحجم الإجمالي على البرنامج. المساهم كقاعدة عامة هو المستفيد المحتمل من البرنامج والدولة في حالات دعم المساهمة. المساهمات تنتج عن نسبة من الأجور. وينبغي تحصيلها شهرياً في المنبع حيثما كان ذلك ممكناً (أي صاحب العمل ووزارة المالية ... الخ) لتفادي الخسائر. معدلات المساهمة لن تزداد في أي سيناريو أكثر من الحصة المقترحة (قانون التأمين الصحي الاجتماعي) 6% (صاحب العمل) / 5% (الموظف). ينبغي الرقابة على الدفع من قبل أولئك المسئولين عن الميزانية (أي هيئة التأمين الصحي أو وزارة المالية) ينبغي أن تكون هناك عقوبات لاختلاس المساهمات (بالنسبة لصاحب العمل). لا ينبغي أن يدفع زوج غير عامل وأطفال والمساهمات للفقراء والعاطلين عن العمل والمتقاعدين (إذا أدرجوا جميعاً ينبغي أن تدفع / يتم دعمها من قبل الحكومة / صندوق التقاعد).			
3-3	المدفوعات المشتركة	إن نظام الدفع المشترك القانوني والذي تتم إدارته أفضل مبدئياً من "المدفوعات تحت الطاولة" الغير مسيطر عليها. إنه لأمر عملي الدفع المشترك مباشرة إلى مقدم الخدمة والمؤمن يسحب المبلغ من حسابه. لن يكون أي من البرامج المستقبلية قادر على إعطاء جميع الخدمات مجانية بالكامل. إن الأسوأ في الوضع المالي للبرنامج هو أن الأعلى والمجالات الأكثر للدفع المشترك سيكون ضروري. أي كما هو مخطط في قانون التأمين			

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
		الصحي الاجتماعي هناك مدفوعات مشتركة لثلث سعر الأدوية (خارج المستشفيات) والعناية الخارجية والذي يبدو أنه كبير جداً. ينبغي أن يوجه إلى الحد من المدفوعات المشتركة. يمكن أن تكون الحدود الكاملة المتعلقة بالدخل (أي "ينبغي دفع المدفوعات المشتركة لحد أقصى xx% من الدخل السنوي") نظرياً أكثر عدالة من الإعفاءات الجماعية مسبقاً (أي المتقاعدين والأطفال وذوي الأمراض المزمنة الذين عليهم أن لا يدفعوا) لكنه يعني الشيء الكثير بالنسبة للإداري.			
4-3	الدعم والهبات	من الممكن إدماج الدعم و/أو الهبات للتمويل في جميع برامج التأمين الصحي. عجز البرامج يعتمد على الدعم و/أو الهبات. ينوي قانون التأمين الصحي الاجتماعي ضريبة سجائر (5 ريال على كل 20 سيجارة) لدعم البرنامج. وبحسب التجارب الدولية فإن زيادة أسعار التبغ ملائمة لجمع إيرادات وتخفيض النفقات الصحية (التي سببها التدخين) في وقت واحد. ستكون هناك حاجة للدعم الحكومي أي للاستثمارات. سينتج الدعم الحكومي الغير مباشر من الاتجاه نحو زيادة وتعزيز الدعم لبرامج الوقاية والتعزيز ومن خلال رعاية صحية أولية مكثفة للعلاج المبكر والتتبع المبكر. إن جمع الأموال هي مهمة هامة واجبة الأداء.			
4	**الفوائد المقدمة من برنامج التأمين**				
4-1	حزمة المزايا	بحسب أفضل أمثلة الشركات العامة أي المؤسسة العامة للاتصالات	إن فكرة هذه الإستراتيجية هي إيجاد رزمة توافق متوسط الفوائد التي تستطيع حسابات الصحة الوطنية تحملها والغرض هو إبقائها جميعاً رخيصة قدر الإمكان كما هي اليوم	سيحدد أثناء التنفيذ وبحسب توفر الموارد ومقدمي الخدمة.	سيتم القيام دراسات تأمينية ومقارنات دولية

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
		البرامج الموجودة والتي نوقشت تعطي حزم فوائد عديدة. ويبدو أن أكثرها ضرورة والمرغوبة أكثر هي: • الرعاية الداخلية. • مستوصف توزيع الأدوية مجاناً. إلى جانب ذلك فإن الفوائد الهامة هي: • تقديم خدمات طبية من قبل ممارس عام. • رعاية خارجية من قبل اختصاصي. • عمليات جراحية. • فحوصات مخبرية وتشخيصية. • فوائد حول الأمومة.			
2-4	علاقة الفوائد المقدمة بالبرامج الأخرى	هناك علاقات ببرامج التقاعد وتأمين إصابات العمل والإسهامات مرتبطة مبدئياً بمعاشات التقاعد (أي 6% / 5% مثل قانون التأمين الصحي الاجتماعي (SHI) المقترح) وينبغي تغطية الإصابات أثناء فترات العمل (كما هو مخطط) بتأمين إصابات العمل.			تحليل مقارن للبرامج الموجودة
5	**إدارة المخاطر**				
		من يكون مسئولاً عن الميزانية / الصندوق ينبغي أن يكون قادراً على احتساب أسرته وأن يكون مسئول سياسياً عن النتيجة. وللاحتساب تحتاج الإدارة إلى بيانات وقت حقيقي ومعلومات موثوق بها.			
6	**الخدمات**				
		ينبغي أن يعطي برنامج التأمين لأعضائه معلومات حول الخدمات والفوائد على الأقل. وبالنسبة لكل برامج التأمين من المهم كذلك السماح باتصالات مباشرة بالمؤمن عليهم. ولذلك فإن الوجود اللامركزي مطلوب.			
7	**قضايا قانونية ودستورية**				
1-7	وضع برنامج التأمين	البرنامج المساوي للإستراتيجية غير موجود بعد.	القوات المسلحة والشرطة قد تمت تغطيتها (ولكن مباشرة من قبل الدولة عبر الضرائب)		يمكن أن تتطور البرامج الموجودة.

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
2-7	الشكل القانوني	توجد بعض مسودات قوانين تأمين صحي في اليمن. وخصوصاً مقترح لقانون تأمين صحي اجتماعي وآخر حول التأمين الطبي للقوات المسلحة تم إعداده بصورة جيدة. وسوف يحتاجان فقط إلى تعديلات طفيفة وينبغي اعتبارهما قوانين إطار عمل للبدء بها وتعديلها بحسب التجارب والظروف. ينبغي قبول "تنقيح مستمر للقانون".				
8	**الإدارة**				
		إن كل الشئون الإدارية المتعلقة بالتأمين الصحي غير منظمة حتى الآن. هناك بعض التجارب في اليمن مع برامج فوائد الشركات وهناك مسودة تتعلق بإنشاء هيئة التأمين الصحي. وبالإضافة لذلك فإن العسكريين على سبيل المثال لديهم تجربة عميقة ومعرفة بكيفية إدارة خدمات الرعاية الصحية مباشرة. إن النقطة الهامة للإدارة هي تسجيل الأعضاء وأصحاب عملهم. وضمن القطاع العام (بما في ذلك العسكريين والشرطة) ينبغي أن لا تكون تلك مشكلة. إن كيفية تقديم الرعاية الصحية والعقود مع مقدمي الخدمة وخصوصاً ضمان الجودة ستنضم في الممارسة ولازالت قيد المناقشة والتصميم والإقرار. ولإدارة صندوق رعاية صحية يعتمد عليه مثل جمع خطة مالية موثوق فيها وإحصائيات مطورة والرقابة على مسك حسابات دقيقة هي أمور ضرورية. لذلك فإن وجود الموظفين ذوي الثقافة الجيدة هو شرط أساسي. ودون الموارد البشرية الصحيحة فإن كل محاولة لإدارة برنامج تأمين صحي مصيرها الفشل.				
9	**تقديم الرعاية الصحية**				
1-9	الوضع العام				
1-1-9	توفر تقديم الرعاية الصحية	هناك فجوة عميقة بين منشآت مقدمي الخدمة / المستشفيات في المدن الكبيرة وتلك في المناطق الريفية.	للعسكريين مستشفياتهم الخاصة ومراكزهم الصحية في كل البلاد.		ينبغي القيام بدراسات
2-1-9	التوزيع الإقليمي لمقدمي الصحة				ينبغي القيام بدراسات
2-9	العلاقة مع مقدمي الخدمة	على صناديق الرعاية الصحية التعاقد مع مقدمي الخدمة وينبغي أن يكون لهم الحق في اختيارهم. ويدل ذلك من جانب آخر أن الصندوق			

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
		مسئول عن تحقيق الحصول على الخدمات. وإذا كان لدى الصندوق خدمة رعاية صحية خاصة به – ولا نوصي بذلك – يجب أن يعامل مثل مقدم خدمة متعاقد معه. إن تسديد الفواتير (الخارجية) هو الطريقة الأكثر كلفة بالتأكيد لشراء الخدمات. والسبب هو أن سوق الرعاية الصحية مسيطر عليه عموماً من قبل مقدمي خدمة / موردين والمرضى "طالبين" ضعيفين جداً – إنهم يبحثون بصورة أساسية عن المساعدة.			
10	الدفع لمقدم الخدمة				
		يمكن أن نجد عدة طرق دفع لمقدمي الخدمة في اليمن. لا شيء من الإستراتيجيات والبرامج التي خلفها مرتبطة بطريقة دفع محددة[10] ومن حيث الأساس فإن الرسوم لدفع الخدمة غالية ومن الصعب التحكم فيها. ينبغي استخدام أنظمة الدفع الموجهة بالنتيجة أو الرسوم على الفرد / والمبالغ المقطوعة حيثما كان ذلك ممكناً: فهي تعد بجودة أفضل وأسعار أقل.			

[10] ينبغي تقدير طرق الدفع التالية (كارين 2003):

1- رسوم مقابل الخدمة: إن طريقة الدفع هذه مماثلة أكثر لتقاسم التكلفة وتستخدم إجراءات المطالبات الخاصة حالياً. إن آلية الدفع هذه يمكن أن تؤدي إلى إفراط الاستخدام حيث أن التفصيل المفرد للتشخيصات والعلاج سيدفع لمقدمي الخدمة يقف للكسب من الرعاية الصحية التي تحدث. إن الضرر الآخر هو أن التكاليف الإدارية لفحص المطالبات كبيرة.

ومن وجهة نظر "NSHIF " صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني فإن توقع نفقات الرعاية الصحية الإجمالية أمر كبير الصعوبة.

2- الدفع بحسب الحالة: سينص العقد على مبلغ ثابت أو مقطوع لكل مريض. ويمكن أن يكون هذا دفع لكل زيارة ولكل قبول في المستشفى وللسرير في اليوم ولمجموعة مرتبطة بالتشخيص (DRG) ... الخ. إن الإجراءات الإدارية شبة بسيطة لكن هذه الطريقة ربما لا تتفادى كلياً الإفراط في الاستخدام. ويبقى التنبؤ بنفقات الرعاية الصحية أمر صعب.

3- الميزانية: يمكن أن نقدر كم حاجة كل مؤسسة صحية لتقديم رزمة فوائد. وبافتراض جودة معينة لخدمات الرعاية الصحية للعام التالي يمكن حساب ميزانية تنبؤية وتقديمها إلى المنشأة الصحية. ونظام الدفع هذا مرتبط بالإجراءات الإدارية البسيطة ولكن يمكن أن يميل إلى ضعف تقديم الخدمة وإن على "NSHIF" صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني أن تراقب إذا قدمت خدمات الرعاية الصحية الضرورية حقيقة. ومن وجهة نظر "NSHIF" صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني فإن التنبؤ بالنفقات أمر سهل.

4- ضريبة الرؤوس: فرض الرسوم على أساس الرؤوس: تتطلب طريقة الدفع هذه أن يسجل جميع المؤمنين لدى صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني "NSHIF" في منشأة صحية معينة. ويدفع سعر ثابت أو سعر مرجح للفرد لكل عضو مؤمن عليه مسجل. سيكون على كل منشأة مسئولية تقديم الرعاية الصحية إلى الأعضاء المسجلين عندما يطلبون الرعاية. ومن وجهة نظر سهولة الإدارة والتخطيط فإن طريقة الدفع هذه من بين الطرق الأبسط. وهي كذلك تحول مسئولية تقديم رعاية صحية كفؤة وفعالة

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
11	**صورة مالية**				
		يتوقع حدوث عجز أكبر	في المدى القصير سيكون هذا البرنامج محايد مالياً (كتعريف)	العجز متوقع لكن مخاطرة الحصول على التمويلات من خلال الرقابة لا يبدو أنه كبير	ينبغي إجراء دراسات
12	**صورة إحصائية**				
		لازالت البيانات مفقودة وسيكون من الضروري توفير بيانات ومعلومات موثوق بها وصالحة		يبدو أنها أسهل إستراتيجية للاحتساب بسبب البيانات الداخلية الأفضل ربما (العسكريين والشرطة وموظفي التربة والتعليم) وبسبب العملية التصاعدية	إنشاء نظام معلومات صحية ونظام معلومات إدارة لليمن سيتم المطالبة به وهو مطلوب كذلك للشفافية وضمان الجودة.
	البيانات المتوفرة لجميع البرامج (المستقبلية) جميعها قابلة للتحصيل ويبدأ التحدي الأكبر عند بدء عمل برنامج تأمين صحي. ثم من الضروري تنقية الاحصائيات تدريجياً بأسرع وقت ممكن. إن نظام صحي ونظام معلومات صحية جيد هو أمر ضروري.				
13	**المعاني المتضمنة**				
	يحمل نظام تأمين صحي تم إنشاءه فرص من أجل: • تحسين جودة الرعاية.				

إلى مقدم الخدمة. إن التسجيل في منشأة صحية واحدة هو عقبة رئيسية بالتأكيد عندما يكون السكان متنقلين. وبالإضافة لذلك هناك مخاطرة أن طريقة الدفع هذه ستؤدي إلى تقديم خدمة أقل من المستوى.

5- التوليفة: يمكن النظر في توليفة من الطرق المذكورة بأعلاه أي مبلغ ثابت أو مقطوع للرعاية الصحية الأساسية على المستوى الخارجي والداخلي ولكن رسوم للخدمة بالنسبة لخدمات الرعاية الصحية عالية التخصص.

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
		• تعزيز سوق الرعاية الصحية بصورة متساوية في البلاد. • تقديم خدمة عادلة لمستوى من الأسعار. • الدفع بأنظمة الدفع الذكي. • تعزيز الكفاءة والفعالية.			
14	السلطات الصحية – دور الدولة				
	السلطات الصحية – دور الدولة	يمكن أن نجد عملياً مختلف الخيارات للإشراف على نظام الرعاية الصحية. ولكن في كل بلد فإن الدولة / الحكومة مسئولة في النهاية عن الرعاية الصحية للسكان. ولهذا السبب تعطي الدولة الإطار القانوني للرعاية الصحية (العامة) لكن كذلك عليها الإشراف على البرامج بأي صورة. وفي العادة يتم هذا من قبل وزارة الصحة لكن ذلك يعتمد على المسئولية المالية ضمن الحكومة وللبرنامج. يمكن للحكومة أن تشرف على برنامج التأمين عن طريق قيادة الهيئة الموجهة مباشرة (كما أقترح في قرار إنشاء هيئة التأمين الصحي). والطريقة الأخرى هي تقاسم المهمة وإيجاد مستوى متبادل من الإشراف وتكليف مجلس مختار من قبل المساهمين بمهام الرقابة. وفي الكثير من البلدان أي مجلس ممثلي أصحاب العمل والموظفين وفي بعض البلدان يضاف إليهم عامل حكومي. وفي الأساس ينبغي أن يكون أولئك في المجلس المشرف والذين هم مسئولين في الأخير عن التمويل. وعالمياً كانت هناك تجارب جيدة وخصوصاً فيما يتعلق بقبول قرارات المجلس عند دمج تلك المجموعات التي تمثل أولئك الدافعين للمساهمات. وقد التقط الهيكل التنظيمي المقترح للهيئة تلك الفكرة.			

2-8 تقدير البدائل

لقد ذكرت عدة شروط مسبقة لبدء أو تنفيذ مختلف البدائل والبدائل الفرعية. وفي الجدول التالي لخصت وتم تقديرها:

الجدول رقم (25): تقدير البدائل					
الانتظار والعمل	الإضافة	حجم صغير للجميع	الدفعة الكبيرة	الشروط المسبقة	
+	+/~	+	-	موارد مالية كافية ؟	الأموال

الجدول رقم (25): تقدير البدائل					
الانتظار والعمل	الإضافة	حجم صغير للجميع	الدفعة الكبيرة	الشروط المسبقة	
+	~/+	~	-	القيادة والإرادة ؟	العقل المدبر
+	+	~	+	مفهوم وفكرة واضحين؟	
~	~/+	~	~	دعم قوي من القادة؟	
~		~	-	إدارة مناسبة	الآليات
~	~	~	-	دعم حكومي؟	
~	~	~	-	دعم المانحين ؟	
~	-	-	-	رقابة كافية ضد الفساد؟	
~	-	~	-	مقدمي خدمة عالية الجودة وكافين ؟	الأسواق
+	~	~	~	إنفاذ القوانين والأنظمة؟	الكتيبات
~	-	~	-	كادر مؤهل بصورة كافية	العمالة
~	~	~	-	المعرفة والوعي والإثارة ؟	الدافع
~	~	-	-	إجماع الشركاء ؟	
+	-	+	-	دعم تضامني للفقراء ؟	
-	-	-	-	الثقة ؟	
~	-	-	-	بيانات ومعلومات كافية ؟	القياس
+	~/+	~	-	ملخص التقدير	

ومن حيث الاختيار المجدي والمعقول يبدو من المستحسن بدء العمل بالبديل المذكور أخيراً.

3- خطة التنفيذ

3-1 المتطلبات الأساسية

بحسب تجارب البلدان التي لديها أنظمة تمويل صحي على أساس التأمين الصحي الاجتماعي مثل النمسا على سبيل المثال وكوستاريكا وألمانيا واليابان أو جمهورية كوريا من الواضح أن اليمن بحاجة إلى فترة انتقالية لبلوغ التغطية الشاملة. إن الفترة بين أول قانون يتعلق بالتأمين الصحي والقانون النهائي الموافق عليه لتنفيذ التغطية الشاملة لم يكن أبداً أقل من 20 عاماً. ويمكن لليمن أن تتعلم من تلك التجارب والفترة الانتقالية لن

تكون طويلة كذلك ولكنها ستستغرق بعض الوقت مع ذلك. إن إشراف الحكومة عامل تسهيل ضروري في هذه العملية. إن أول وظيفة إشراف هي تناول سمات التصميم الأساسي للبرنامج وهناك:

- سمات معلمية لتغطية نظامية للسكان أو مجموعات معينة.
- تعريف المساهمين والمستفيدين.
- مصادر التمويل لمساهمات التأمين الصحي.
- تخصيص وإثبات الموارد.
- تعريف طرق الدفع لمقدمي الخدمة.
- إطار العمل التنظيمي والإداري.

وبتحليل مسودة قانون التأمين الاجتماعي الذي قدم إلى الحكومة في فبراير 2004م وكذلك فيما يتعلق بمسودة قانون التأمين الطبي للقوات المسلحة من جهة وبالنظر إلى الأهداف السياسية العامة وأهداف إصلاح القطاع الصحي في اليمن – فإن هذا وصول كافي وشامل إلى خدمات الرعاية الصحية وعدالة في كل من تقديم وتمويل الرعاية الصحية – ومن جهة أخرى من الضروري للإشراف العام من إعادة التأكيد على وتكييف بعض السمات وهذا أمر هام جداً لخطوات التنفيذ اللاحقة. إن بعض تلك الأسئلة التي ينبغي الإجابة عليها هي:

- كيفية جعل جميع قطاعات السكان في اليمن يشتركون في نظام التأمين؟ ماذا عن التأمين الصحي للمجموعة الكبيرة من العاطلين عن العمل في اليمن؟ هل يمكن توسيع أنظمة أخرى وقوانين مثل صندوق الرعاية الاجتماعية والتغطية أكثر بها؟ ما هو الحد الزمني الخياري والواقعي لتغطية مجموعات أخرى من السكان إلى جانب القطاع العام (بما في ذلك الوزارات)؟
- ماذا سيغطى بشكل نهائي بحزمة المزايا؟ إن أحد الوظائف الرئيسية للتأمينات الصحية في البلدان الصناعية هو ضمان استمرار الدفع في حالة الإجازة المرضية. وفي اليمن فإن هذا جزء من مسئولية صاحب العمل. ولجعل هذا في حزمة المزايا يمكن أن يقوي التزام أصحاب العمل بالتأمين الصحي ويجعل اقتصاد اليمن أكثر إغراءاً للاستثمارات الخاصة (الدولية). هل هناك رغبة سياسية لإضافة تأمين دخل العجز في حزمة المزايا؟
- سيعمل تمويل التأمين الصحي فقط على أساس مساهمات أصحاب العمل والموظفين. وقد برهن نموذج احتساب الميزانية الشهرية للتأمين الصحي على أساس نصوص مسودة قانون التأمين الاجتماعي أن حوالي 60% من الميزانية ربما يجب تغطيتها من الإيرادات العامة (من دخل النفط والضرائب والمانحين ... الخ)[11]. هل هناك رغبة سياسية وقدرة لتمويل ذلك المبلغ؟ ومن جانب آخر: هل هناك بدائل اختيارية لتمويل النظام؟ ما هي الطرق الأخرى لزيادة الإيرادات (على سبيل المثال من جانب المساهمات) من جانب ولتخفيض التكاليف في جانب المصروفات (مقدمي الخدمة والإدارة والموظفين) من جانب آخر؟

[11] أنظر الأبواب 2-2-4 إلى 2-2-6.

وقبل تنفيذ التأمين الصحي هناك حاجة إلى الإجابة على هذه الأسئلة لأن لها تأثير مباشر على بنـــاء تنظـــيم المشروع والتخطيط وتحقيق سمات معلمية ملموسة.

3-1-1 الموارد المالية

تعتمد الموارد المالية للتأمين الصحي بصورة أساسية على تعريف المساهمين والمستفيدين وحزمـــة المزايـــا. وحتى الآن من الضروري الإجابة على تلك الأسئلة أولاً ومن جانب آخر فإن تجـــارب البـــرامج الـــصحية العالمية الموجودة وكذلك نتائج نموذج الاحتسابات يمكن أن يكون مفيداً للإجابة على بعض الأسئلة المفتوحـــة ضمن عملية إتخاذ القرار اليمنية.

إن الإطار المالي لنظام التأمين الصحي الوطني سيحدد في الإيرادات من جانب والمـــصروفات مـــن جانـــب آخر[12]. هناك موارد الإيراد التالية التي ينبغي أخذها في الاعتبار:

- مساهمات أصحاب العمل.
- مساهمات الموظفين.
- مساهمات المتقاعدين.
- مساهمات الحكومة للمتقاعدين.
- إيرادات أخرى من الضرائب والمانحين.
- إيرادات الاستثمار.

ومن جانب آخر هناك المصروفات التالية التي ينبغي احتسابها:

- مصروفات لمقدمي الخدمة والعلاج الطبي (المستشفيات والأطباء).
- مصروفات الأدوية.
- مصروفات لتكاليف الحوادث وإعادة التأهيل.
- تأمين الإجازة المرضية / دخل العجز.
- الإدارة / الإشراف / موظفي نظام التأمين الصحي الوطني.
- مصروفات للبنية التحتية.
- مصروفات للتدريب والاستشارات الخارجية.
- مصروفات أخرى (على سبيل المثال لدفع الفائدة والقروض).

وبسبب حقيقة أنه لا يوجد حالياً بنية أساسية كافية للتأمين الصحي متوفرة في اليمن فسيكون من الـــضروري إما الاستثمار في البنى الأساسية من جانب الحكومة (وهذه تكاليف الاستثمار الأساسي في البنى التحتية مثـــل المباني ومستودعات البيانات وبطاقات التأمين ... الخ) أو إعادة تمويل الاســـتثمار مـــن الـــسوق الخاصـــة. والأخير سوف يزيد نفقات الفوائد والتسديد.

---

[12] أنظر الباب 2-2-4.

إن المركز الأكبر لجانب المصروفات سيكون مركز مقدمي الخدمة والعلاج الطبي والأدوية. إن متوسط مصروفات العلاج في المستشفيات يبلغ في البلدان الصناعية أكثر من 30% من النفقات الإجمالية. أما الميزانية للمصروفات العامة الإدارية والموظفين والبنية الأساسية فسوف تتجاوز حوالي 8% من إجمالي نفقات نظام التأمين الصحي الوطني. وفي نموذج احتسابنا الأولي فإن المصروفات الشهرية لنظام التأمين الصحي الوطني والتي تغطي كخطوة أولى 11.5 مليون يمني قدرت بحوالي 9 مليون ريال. وعلى أساس معدلات المساهمة لمسودة قانون التأمين الصحي الاجتماعي كان هناك برهان بأن إيرادات أخرى (من الضرائب والمانحين ... الخ) ينبغي أن تغطي حوالي 4 بليون ريال شهرياً. هناك طرق مختلفة لزيادة الإيرادات وتخفيض النفقات[13]. إن أحد الطرق لتوسيع الإيرادات هو زيادة معدلات المساهمة والطريق الأخرى هي توسيع قاعدة الدخل المشار إليها على سبيل المثال بأخذ الدخل الخاص الإضافي في الحسبان. والخيار لتخفيض المصروفات سيكون بتخفيض حجم الهيئة الإدارية. والخيار الآخر هو دفع نشاطات إدارة التكلفة على جانب مقدمي الخدمة. هناك الكثير من مثل هذه الطرق والوسائل. ومع ذلك فهناك برهان بأن اليمن ستحتاج إلى زيادة كبيرة من الأموال العامة والاستثمارات لبناء مثل هذا النظام.

3-1-2 الموارد البشرية

الموارد البشرية المطلوبة لإدارة نظام صحي بطريقة كفؤة تشتمل على كل من: كمية ونوعية الموظفين. فأولاً وقبل كل شيء من الضروري إلقاء نظرة على الوظائف الأساسية لنظام التأمين الصحي الوطني المخطط لأنها تتطلب شروطاً خاصة ومعايير لكمية ونوعية الموظفين. ستصيغ الهيئات المسئولة عن نظام التأمين الصحي الوطني خطة سنوية للمصروفات العامة الإدارية والتي تعني تكاليف الموظفين في كل من المقر الرئيسي بوظائف المراقبة وجمع المساهمات المشتركة (والتي سيكون مقرها في صنعاء) والمناطق الإقليمية في المحافظات والمديريات. وسوف تؤثر مباشرة على الميزانيات الشهرية والسنوية المذكورة بأعلاه.

سيبنى نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن على مساهمات مشتركة للمخاطر من أعضائه الأغلبية مبدئياً أو حتى على جميع السكان. إن النظام مبني على جمع مساهمات من أعضائه ومن المساهمين الآخرين. وإذا ما رجعنا إلى قانون التأمين الصحي الوطني فإن المساهمين هم الأسر والشركات والحكومة اليمنية. على نظام التأمين الصحي الوطني أن يضع الحوافز المالية الصحيحة لمقدمي الخدمة على أساس عقود من أجل ضمان أن كل المستفيدين لديهم وصول إلى خدمات صحية عامة وشخصية فعالة. يعمل نظام التأمين الصحي الوطني وفي الأخير برامجه الإقليمية والمحلية مستقلاً قدر الإمكان لكنه سيتبع الأهداف الوطنية للسياسة الصحية اليمنية وكما يلي:

- توليد موارد كافية ومستدامة للصحة.
- استخدام هذه الموارد بصورة أمثل.
- ضمان أن المستفيدين المحددين لديهم إمكانية الحصول على الخدمات الصحية بمستوى مقبول وبمستوى مؤهل.

[13] أنظر الأبواب 2-2-5 و 2-2-6.

وإذا ما رجعنا إلى حقيقة الفترة الانتقالية الضرورية للتنفيذ فستبدأ ببعض الأجزاء الهامة للقطاع العام والقطاع الخاص. وفي الأجل الطويل يحاول نظام التأمين الصحي الوطني تسجيل كل السكان ولذلك فهو من البداية الأولى سيدار على أساس إلزامي للمجموعات والقطاعات المحددة. سيبنى نظام التأمين الصحي الوطني على نظام إدارة مهني. إن وظائف المشروعات يمكن أن تختلف في عمليات الإدارة الخارجية الأساسية التي تشير إلى العملاء ومقدمي الخدمة من جانب وفي عمليات مساعدة تركز على التنظيم الداخلي والإدارة من جانب آخر. العمليات الخارجية الخمس هي:

1- عمليات الفوائد (وتشمل كل قضايا حزم المزايا والخدمات).
2- عمليات الأعضاء / الموظفين (العضوية وجمع البيانات وحملات العضوية الجديدة).
3- عمليات المساهمات (تحصيل والرقابة على المساهمات والتذكير والإجراءات العاجلة).
4- عمليات أصحاب العمل (العضوية وجمع البيانات واستشارة أصحاب العمل).
5- عمليات مقدمي الخدمة (جمع البيانات والعقود والمفاوضات وإدارة الجودة والرقابة).

العمليات الداخلية الأربع هي:

1- العمليات الشخصية (إدارة الموارد البشرية والتدريب والتوظيف والإقالة والرواتب).
2- العمليات الإدارية (البنية التحتية والمباني والمشتروات ومخازن البيانات).
3- العمليات المالية (الحسابات الجارية وإعداد الميزانيات وإعادة الاستثمار والمدفوعات والمعاملات وعمليات المساهمات المشتركة).
4- عمليات الإدارة (وضع الأهداف والرقابة والتفويض).

سيكون لهيئات نظام التأمين الصحي الوطني تنظيماً يغطي العمليات الداخلية والخارجية في الإدارات المختلفة باختصاصيين مؤهلين. ستتضمن المؤهلات الضرورية مستشارين للعملاء ومدراء صحة عامة واقتصاديي تأمين وإداريين وأطباء وصيادلة واقتصاديي صحة واختصاصيي عقود ومحامين وأخصائيي معلوماتية ومثقفي صحة وأخصائيي تسويق ... الخ وإعداد تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن سيكون من الضروري استقدام أخصائيين (دوليين) وتدريب مهنيين يمنيين في المجالات المذكورة بأعلاه. هناك حاجة إلى حملة تدريب مكثفة داخل وخارج اليمن. ومن جانب آخر يبدو أن هناك عدد من الأخصائيين متوفرين في اليمن والذين عادوا إلى اليمن بعد عدة سنوات من التخصص في الخارج. ويجب اكتشافهم واستخدامهم كمدربين و/أو موظفين.

بالنسبة لكمية الموظفين من الضروري أن تكون هناك معلومات أكثر تفصيلية حول القطاعات التي سيبدأ فيها عمل نظام التأمين الصحي الوطني. ويقصد بهذا أن تكون هناك معلومات حول الحاجة إلى تقديم المشورة للعملاء والموظفين اليمنيين الموجودين والمناسبين. ينبغي أن يكون التحليل التفصيلي الأكثر للاحتياجات والمتطلبات إحدى مهمات تنظيم المشروع و/أو مركز اختصاص التأمين الصحي الذي ينبغي إقامته للإعداد لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني.

من الممكن التأكيد على احتياجات الموارد البشرية لنظام التأمين الصحي الوطني باستعمال بعض المرجعيات من برامج التأمين الصحي في البلدان الصناعية رغم أن المقارنة مشكوك فيها دائماً على أساس بعض البنى السكانية والاجتماعية المختلفة نوعاً ما بين اليمن والبلدان الأوروبية. وعلى كل حال فإن احتساب نموذج قصير يمكن أن يوضح الأسئلة التي يجب الإجابة عليها باحتساب حاجة الموارد البشرية للتأمين الصحي في اليمن. إن بعض التأمينات الصحية الأوروبية الكبيرة لديها رقم مرجعي شخصي لأثنين من موظفي التأمين لوقت كامل لكل ألف من الأفراد المؤمن عليهم. وإذا بدأ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن بعدد 1.5 مليون فرد من المؤمن عليهم (القطاعين العام والخاص) مع متوسط حجم أسري يقدر بـ 7 أفراد بالإضافة إلى 200 ألف متقاعد مؤمن عليهم وزوجاتهم / شركاءهم فسيكون هناك عدد يقارب 11 مليون من المواطنين اليمنيين المؤمن عليهم. وبالاحتساب على أساس الرقم المرجعي المذكور فإن على نظام التأمين الصحي الوطني توظيف حوالي 22 ألف شخص وحتى الرقم المرجعي يبنى فقط على الأعضاء (1.5 مليون من الموظفين المؤمن عليهم و 0.2 مليون من المتقاعدين المؤمن عليهم) لازال يتطلب حجماً من موظفي نظام التأمين الصحي الوطني يقدر بـ 3400 موظف. وهذا المثال يؤكد أن نظام التأمين الصحي الوطني سيكون أحد أكبر أصحاب العمل في المستقبل. وفي أي حال من الضروري تحديد أرقام مرجعية خاصة تأخذ بالحسبان الحاجة الخاصة للنظام اليمني ويمكن ان تكون هذه أيضاً مهمة إدارة المشروع التي يجب إنشاءها لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني.

3-1-3 الموارد المادية

تتضمن قضية الموارد المادية المطلوبة جانبين. الجانب الأول هو إقامة أو أن يكون هناك بنية أساسية متوفرة مثل مباني مناسبة وبنية أساسية من الكمبيوتر وأثاث مكتبي وأسطول نقل ... الخ. سيكون الاستثمار في البنية الأساسية الجديدة ضرورياً . سيكون لدى اليمن فرصة في استخدام المعدات الحديثة لبناء نظام فعال كفؤ على أساس بيانات صحيحة. إن الوسيلة الحاسمة بالنسبة لذلك ستكون بدء العمل ببطاقة التأمين لجميع المستفيدين والتي تضمن تحويلاً صحيحاً للبيانات وجودة الخدمات الطبية وتحول دون سوء الاستعمال. ويحتاج هذا إلى استثمار في الأجهزة في كل من جانب التأمين الصحي ومقدمي الخدمة. إن الاحتساب الدقيق لتكاليف هذا الاستثمار يتطلب بيانات صحيحة بالنسبة للبنية الأساسية المتوفرة وعدد المستفيدين وحجم الموظفين والاختصاصين المطلوبين ... الخ. إن إعداد ذلك سيكون مهمة تنظيم خاصة بالمشروع أي نواة هيئة التأمين الصحي.

أما الجانب الثاني فيعالج المصروفات الحالية. أما المصروفات المادية فهي إلى جانب تكاليف الموظفين جزء من النفقات الإدارية. وكمتوسط يمكن احتساب التكاليف المادية كثلث مصروفات تكاليف الموظفين وهو رقم مرجعي يمكن استخدامه لمزيد من احتسابات النموذج وسيناريوهات مختلفة. وينبغي أن تكون هذه مهمة إدارة المشروع الخاصة كذلك.

3-1-4 الشروط المسبقة القانونية

إن سمات التصميم التي نوقشت وحددت بأعلاه لنظام التأمين الصحي الوطني تحتاج إلى أن نتناولها في قانون التأمين الصحي الاجتماعي. دعونا نراجع المسودة النهائية لقانون التأمين الصحي الاجتماعي والتي قد قدمت إلى الحكومة:

- يمكن النظر في بدء الإطار القانوني مع بعض المبادئ الإرشادية على سبيل المثال أن نظام التأمين الصحي الوطني سيساهم في رؤية الرئيس اليمني لخلق بيئة لتقديم رعاية صحية ذات جودة مستدامة تكون مقبولة وفي المقدور تحملها وفي الإمكان الوصول إليها من قبل كل اليمنيين. يمكن أن تؤكد الإرشادات على المبادئ الأساسية للتضامن ومشاركة المجتمع والشركات والاستقلال والمسئولية الذاتية لنظام التأمين الصحي الوطني.
- يمكن توسيع مجموعة المستفيدين فيما يتعلق بالأهداف الدولية وكذلك الأهداف الصحية الوطنية لليمن ومبدئياً جميع سكان اليمن يمكن أن يدرجوا ببرامج تمويل صحي متفاوتة. وينبغي أن يذكر ذلك في مقترح القانون.
- من الضروري تحديد حزمة المزايا على الأقل بمعنى رعاية صحية مقبولة صحياً لجميع اليمنيين أو بمعنى أن العلاجات الاقتصادية فقط ستمول على أساس دليل متوفر دولياً ودراسات التحول.
- يمكن لحزمة المزايا أن تتضمن أو لا تتضمن إلى جانب تأمين إصابات العمل تأميناً لإستمرار دفع الدخل في حالة الإجازة المرضية.
- القيام بإيجاد توافق بين القوانين المتعلقة بالصحة والتأمين هو أمر ضروري. ويشير ذلك بصورة أساسية إلى قانون التقاعد.
- ينبغي النظر في سن نظام عقوبات وإستراتيجيات الاجتناب المختارة المتعلقة بالابتزاز وسوء الاستعمال والفساد. وينبغي أن يكون هذا القانون مثلاً لقانون "الحكم الجيد".
- ويعتمد الأمر على الخيار المفضل فمن الضروري تقنين وتحديد أموال المساهمة المشتركة للمخاطر في حالة الإدارة عن طريق صناديق عديدة. ويمكن أن يدرج هذا في تعديلات القانون بعد عدة سنوات من وجود صندوق تأمين صحي واحد كبداية.
- ولضمان استقلال صندوق التأمين الصحي الوطني ينبغي أن نفكر في فصل وظيفة هيئة الإشراف الخارجي (الوزارات المكلفة بنظام التأمين الصحي الوطني والمسئولة عن التفتيش على نظام التأمين الصحي الوطني) من مجلس الإدارة الداخلي الذي يتكون أساساً من المساهمين من الشركات والاتحادات العمالية والمانحين. إن مهمة الأخير ستكون "توظيف وإقالة" الإدارة المهنية للبرنامج التي ينبغي أن تعمل على أساس عقود محدودة (على سبيل المثال 4 سنوات مع تمديدات اختيارية)[14].

[14] ذكرت مزيد من الجوانب في الجدول (12) و (13).

3-1-5 رغبة وقدرة المساهمين

بتعابير عامة تبقى الرغبة السياسية بالنسبة للتأمين الصحي غير واضحة ويبدو أنها شبه ضعيفة على مستوى صناع القرار. إن جميع الأحزاب السياسية التي كان لمجموعة الدراسة فرصة الاتصال بها أثناء جمع البيانات قد عبرت عن رغبة معينة ودعم ممكن لنظام التأمين الصحي الوطني لكن يبدو أن الالتزام محدود وأن الدعم الواضح لمثل هذا المشروع هو قضية أقل أهمية على أجندات الأحزاب السياسية. يدعم البرلمان التأمين الصحي في اليمن ولكنه يعود إلى وزير المالية والذي له نفوذ في مجلس الوزراء ومن الصعب التأثير عليه بالأغلبية في البرلمان. وهكذا بقي أن نرى ما إذا كان البرلمان سيلعب دوراً يتعلق بترويج وتأكيد واتخاذ الخطوات السياسية المطلوبة لتنفيذ نظام التأمين الصحي. يبدو أن بعض أعضاء مجلس الشورى مع التأمين الصحي.

إن التزام الحكومة والوزارات غامض كذلك ويختلف من مؤسسة إلى أخرى. وكما وصف خصوصاً في تقديم نهج الخطوة خطوة (البديل ب ، أنظر 2-3) فقد أثبتت وزارة الدفاع والشرطة رغبتهم والتزامهم بينما في وزارة التربية والتعليم يبدو أن ممثلين فرديين وحيدين جاهزين لبدء التأمين الصحي. وفي الوزارات الأخرى فإن الاستعداد محدود أكثر ولم يتم التعبير حتى الآن عن توقع واضح فيما يتعلق بالتأمين الصحي. وحتى الآن لم يقدم رئيس الوزراء ولا الرئيس إعلاناً واضحاً حول حاجة الأولوية والأهمية السياسية للتأمين الصحي. ومع ذلك فإن بعض القرارات الجمهورية المتعلقة بالعلاج المجاني للأمراض المزمنة وعناية الأولوية بصحة الأمومة والطفولة تستدعي تحسين الحماية الاجتماعية في الصحة. إن التزام ورغبة رئيس الوزراء وخصوصاً الرئيس يبدو أنها مطلوبة بصورة عالية لبداية نظام تأمين صحي وطني.

يبدو أن أصحاب العمل مهتمين بصورة كبيرة في إيجاد نظام تأمين وطني وكذلك نظام تأمين صحي اجتماعي في اليمن. وبالنسبة لأصحاب العمل فإن للتأمين الصحي إمكانية تحريرهم من سلسلة من التكاليف التي عليهم تغطيتها على حسابهم ودون مشاركة الموظفين. ويبدو حالياً أن أصحاب العمل هم الدافعين فقط للفوائد الصحية الممنوحة من قبل معظم الشركات. وبذلك يعلن أصحاب العمل أنهم راغبين في دفع معدلات مساهمة للتأمين الصحي حتى أعلى من الموظفين والعاملين.

وإذا أصبح الدفع عن الإجازة المرضية فائدة صحية وتأمين عمل فإن استعداد أصحاب العمل للمساهمة في التأمين الصحي ستزداد بكل تأكيد. ومن جانب آخر فإن الموظفين راغبين في أن يدفعوا معدلات مساهمة على الأقل صغيرة نسبياً وهو ما يعني حوالي 2 أو 3% من مرتباتهم. ومع ذلك فإن الشركاء الآخرين مثل المنظمات النسوية تؤكد على حقيقة أن المشكلات الأخرى غير الصحة ينبغي أن تكون هماً ذا أولوية مثل التغذية والحصول على التعليم.

إن إشتراك المجتمع ومشاركته في تنفيذ تقاسم التكلفة قد كان مفقوداً بصورة كبيرة إلا في مشروعات قليلة جداً مدعومة من المانحين وفقط طالما أن المانحين موجودين. وقد أظهرت عدة دراسات أنه على الرغم من وجود رغبة في الدفع مقابل الخدمات فإن هناك إنعدام للثقة في مقدمي الخدمة الصحية وفي القيادة التقليدية. وعلى

مستوى المستشفيات فإن هناك القدر الأدنى من المساهمة أو لا توجد مساهمة من قبل المستخدمين لضمان أن أولوياتهم تؤخذ بالاعتبار. وبالإضافة لذلك لا يوجد هناك دليل على أي تدقيقات في المنشآت والقرارات حول استخدام الإيرادات والتي تعتمد بصورة حصرية على مدير المستشفى أو نائبه. وفي ذي السفال فإن القرارات حول استخدام الدخل يتخذها المجلس الصحي للمديرية والذي يشمل ممثل واحد للمجتمع فقط. وفي الحديدة أقيمت 13 لجنة تمثل المجتمعات والمنشآت الصحية (السروري 2002 ، ص 15 F). وقد أظهرت نتائج فريق الدراسة في الشمايتين (أنظر الباب 4-2 في الجزء الأول من تقرير دراستنا) إنعدام واضح كذلك للشفافية ومشاركة المجتمع وهكذا فقد أكدت الملاحظات السابقة.

أما فيما يتعلق بقدرة المساهمين على بدء والترويج والمشاركة بفعالية في تنفيذ نظام تأمين صحي وطني في اليمن فإنه لابد من الاعتراف ببعض المعوقات. إن الفهم العام لمفهوم التأمين الصحي ضعيف ليس فقط بين السكان ولكن كذلك على مستوى المساهمين وصناع القرار. إن معظم المشاركين في المقابلة الذين قابلتهم مجموعة الدراسة خلال الثلاثة أشهر من التحقيق لم يكونوا قادرين على التمييز بوضوح بين تمويل وتقديم الرعاية الصحية ويخلط التأمين الصحي في أحيان كثيرة مع رعاية المستشفيات. وفي الحقيقة فإن معظم برامج التأمين أرتبطت مباشرة بمقدمي الخدمة وبمكاتب في المستشفيات واعتماداً على موظفي المستشفيات. ومع ذلك فإن مهمات أولوية التأمين الصحي هي تمويل الرعاية الصحية والإشراف والإدارة والرقابة ولكن ليس تقديم الرعاية الصحية. إن فهم أفضل لما يعني التأمين الصحي وكيفية تنظيمه من أجل أداء المهام المذكورة ستكون له حاجة في المناقشة السياسية القادمة وعمليات اتخاذ القرار الهامة لإعطاء الدعم الضروري ومساندة المساهمين للمشروع الطموح في نظام التأمين الصحي الوطني.

3-1-6 رغبة وقدرة المتلقين على الدفع

إن رغبة المستخدمين في الدفع في البلدان النامية يبخس تقديرها في أحيان كثيرة لأنها تختلط بالقدرة على الدفع والتي هي محدودة بصورة واضحة في أحيان كثيرة. إن لدى الفقراء بصورة خاصةً شعور واضح بأنهم يتعرضون باستمرار لمخاطر خسارة مبالغ كبيرة من المال للرعاية الصحية ومعظمها في المنشآت الصحية الخاصة المكلفة. وفي غضون ذلك فقد أظهرت سلسلة من الدراسات في عدة بلدان نامية وكذلك في بلدان أقل نمواً أنه حتى الفقراء راغبين وقادرين على أن يدخروا ويجنبوا بعض الأموال لنفقات الرعاية الصحية (اجيمانج – جوا 1998 ، ص 65 و 76 وزيلر / شارمر 1998 ، ص 20 وارهن –تينكورانج 2001 ، ص 37 وبارالديز / كاريراس 2003 ، ص 17 واسجاري وآخرين 2004).

وفي الإعداد لتقاسم التكلفة قامت وزارة الصحة العامة والسكان بمسح للتحقق من نفقات الأفراد على الرعاية الصحية والخدمات التي يدفعوا من أجلها والرغبة في تحمل مصروفات أكبر في المستقبل. إن معظم النفقات قد وجهت إلى الأدوية والفحوصات المخبرية. إن نصف المستخدمين الذين أجريت مقابلات معهم تقريباً (46%) قد أعلنوا أنهم راغبين في أن يدفعوا حتى 5% من دخلهم الشهري للرعاية الصحية وخاصة للأدوية والفحوصات المخبرية حيث اعتادوا على ان يصرفوا معظم الأموال لها (وزارة الصحة العامة والسكان 1992). إن دراسة أحدث تم القيام بها في منطقة ريفية من محافظة صنعاء قد أظهرت أن 77 – 100% من

المجيبين كانوا راغبين في دفع تكاليف الخدمات العلاجية و 26 – 86% للتحصين و 0 – 45% لخدمات الأمومة والطفولة (درمان 1995). إن حقيقة أنه حتى الخدمات الصحية العامة لم تكن أبداً مجانية في مناطق كثيرة والتي يطلب من المرضى أن يدفعوا رسمياً أو بصورة غير رسمية للحصول على العلاج ربما توضح الرغبة العالية في الدفع.

لقد أكدت هذه النتائج في دراستين. الدراسة التي تم القيام بها في مناطق صنعاء الريفية والمذكورة بأعلاه وجدت أن 0 – 26% فقط قد تلقوا رعاية مجانية (درمان 1995) والدراسة الثانية تم القيام بها في ذمار وأشارت إلى أن الرعاية الصحية في المنشآت الصحية العامة لم تكن مجانية تقريبا وبصورة أساسية لأن الأدوية والخدمات المخبرية لم تكن متوفرة وكان يجب الحصول عليها من الصيدليات والمختبرات الخاصة (قاسم / بياتي 1995). يمكن أن يكون الناس أكثر استعداداً في دفع مبالغ صغيرة للخدمات التي توفر في المنشآت العامة بدلاً عن دفع مبالغ أكبر للخدمات الخاصة. إن توفر الخدمات في المنشآت الصحية القريبة يمكن أن يقلل كذلك من تكلفة المواصلات المصاحبة للوصول إلى الخدمات الخاصة والتي تتركز غالباً في المدن. ومع ذلك ينبغي أن نشدد أن الناس مستعدين للدفع عن الرعاية الصحية فقط إذا كانت ذات جودة جيدة أو في المناطق التي لم تقدم فيها خدمات مجانية كثيفة أخيراً (السروري 2001 ، ص 14).

إن الاستعداد العالي بوضوح في الدفع لربما يعكس حقيقة أن الناس في اليمن متعودين بصورة كبيرة على الدفع للرعاية الصحية في كل أنواع المنشآت وأنه لا يوجد هناك بديل عن قبول الدفع في المنشآت العامة (السروري 2001 ، ص 83). إن حقيقة أنه حتى الخدمات الصحية العامة لم تكن أبداً مجانية في الكثير من المناطق ويطلب من المرضى أن يدفعوا رسمياً أو بصورة غير رسمية للحصول على العلاج يمكن أن توضح الرغبة الكبيرة في الدفع (المرجع السابق ص 14). وفي الحياة اليومية يضطر الكثير من الناس الى البحث عن إستراتيجيات التغلب على المصاعب للحصول على الرعاية الطبية وقت الحاجة. ويمكن أن يزيد ذلك من الاستعداد لدفع أي نوع من برامج الدفع المسبق حتى لأولئك المواطنين الذين لديهم فهم ضيق للتأمين الصحي.

يبدو أن لدى النساء استعداد أكبر في الدفع على الأقل للأدوية الجيدة (46% من النساء و 29% من الرجال). يميل الرجال إلى معارضة الدفع للأدوية أكثر من النساء بسبب الخوف من سوء استعمال الإيرادات المحصلة في صندوق الدواء بينما شددت النساء على التمويل الغير منتظم كسبب للتردد (السروري 2001 ، ص 38). وقد كشفت نفس الدراسة أن الفقراء يعبرون بصورة عامة عن استعداد أكبر في الدفع من الميسورين (المرجع السابق ، ص 39). إن احد الأسباب يمكن أن يكون أن لديهم الوصول إلى المنشآت العامة فقط وأنهم لذلك متأثرين بصورة أكثر جدية بنقص التمويل. ومع ذلك فإن عدم قدرة المجيبين من الفقراء على الدفع اكثر من الميسورين لأنهم ببساطة لا يستطيعون تحمل الدفع. والأمر الذي لا يثير الاستغراب أن عدم الاستعداد بسبب عدم القدرة على الدفع تمس في الغالب الفقراء وقد ذكر ذلك قليلاً في أحيان كثيرة من قبل النساء (المرجع السابق ، ص 39).

وحيث أن جودة الرعاية هامة من أجل الاستعداد للدفع فإن أي سيناريو مستقبلي ممكن سيتطلب نظام إعفاء واضح وإشراف صارم من أجل خلق الثقة في النظام وبذلك تحسين الاستعداد على الدفع. إن تأثيرات

العشوائية وفرض التكاليف الغير قانونية من قبل الموظفين ربما تعيق ليس فقط عمل تقاسم التكاليف وإنما كذلك استعداد مستخدمي الرعاية الصحية في الدفع (المرجع السابق ص 90). ومع ذلك فإن هناك اعتماد متبادل مشترك بين الاستعداد في الدفع وجودة الرعاية. وهكذا فإن رغبة الناس المعلن عنها فيما يتعلق بالمساهمات في نظام التأمين الصحي تعكس دائماً تجربتهم الحالية وكذلك توقعاتهم فيما يتعلق بما تقدمه الرعاية الصحية. وهكذا فإن تحسين توفر الرعاية الصحية وجودتها بعرض كافٍ للأدوية والخدمات القابلة على تحمل تكاليفها هي العوامل الأكثر أهمية وهي التي من المحتمل أن تزيد من الاستعداد على الدفع وأن تجتذب الميسورين كذلك والذين يمكن لمساهماتهم أن تشكل دعماً مقابلاً للرعاية الصحية للفقراء.

3-1-7 تعبئة جميع المتطلبات الأساسية

لبدء تنفيذ نظام تأمين صحي وطني فإن سلسلة معقدة من الشروط والمتطلبات الأساسية يجب الوفاء بها. وعندما تبدأ البلاد طريقها الطويل نحو نظام التأمين الصحي فإن لذلك إمكانية في تغطية معظم وربما جميع اليمنيين فإنها تواجه مخاطرة كبيرة في الفشل وخلق الاحباط إذا لم يتم التخطيط والإعداد الجيد للأمور. فأولاً ينبغي أن يطور الفهم العام لمعنى التأمين الصحي وما يمكن للتأمين الصحي أن يقوم به في اليمن. وفقط إذا كان السياسيون وصناع القرار والمساهمون والمواطنين متأكدين أنهم يتحدثون عن ذات الشيء فيستطيع التأمين الصحي أن يبرز بصورة مرضية ويساعد في حل احتياجات الصحة ذات الأولوية للسكان في اليمن. وخلاف ذلك فإن عملية التنفيذ تتعرض لمخاطر أن تؤدي إلى حل جزئي ومشتت.

إن الشروط الأساسية الهامة الأخرى التي ينبغي الإيفاء بها أو مواجهتها على الأقل في مرحلة مبكرة تخص الشروط المالية والمادية والموارد البشرية والشروط القانونية. إن التمويل ليس المهمة الوحيدة للتأمين الصحي لكنه أكثرها أهمية والذي ينبغي تأمينه لأي نوع من نشاط التأمين الصحي وهكذا فإن تحديد مصادر الدخل وتنفيذ أشكال موثوق بها وشفافة من الدفع هي نقاط حاسمة. وهذا يعني أن المساهمات من أصحاب العمل والموظفين وإنما الدعم كذلك من ضرائب عامة أو ضرائب مفردة لهذا الغرض وكذلك من الهبات والزكاة والأوقاف والمصادر الأخرى يجب احتسابها على أساس النفقات المتوقعة للرعاية الصحية للمؤمن عليهم. يجب التأكد من توفر الموارد وإن التحويلات والتدفقات المالية ليست مهمة صغيرة في بلد حيث لا يوجد حساب مصرفي لكل شخص واستخدام الشيكات سيكون الشكل الأكثر أهمية للمعاملات المالية.

فيما يتعلق بالأشياء المادية الضرورية ينبغي أن يكون واضحاً أن تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني هو تحدي ضخم ومهمة رئيسية لبلد يفتقر لأي تجربة سابقة ويستطيع الاعتماد لا على بنية أساسية موجودة من قبل ولا على موارد بشرية ضرورية. وبصورة مستقلة عن إستراتيجية التنفيذ المطبقة فإن برامج البداية ستحتاج إلى مكاتب ومعدات وكمبيوترات وتكنولوجيا معلومات متخصصة تسمح بأداء معظم المهمات الأساسية على الأقل للتأمين الصحي. وخطوة خطوة فإن على النظام أن يبني فروعا في جميع المناطق والمحافظات أو حتى في المديريات وإن الحاجة إلى البنية الأساسية والتكنولوجيا ستتزايد مع توسع النظام واستيعاب مجموعات من السكان.

ويرتبط بصورة وثيقة بطلب الحيز المادي معدات مكان العمل وتكنولوجيا الكمبيوتر هي الحاجة المتزايدة للموظفين المؤهلين والتي ستنشأ لأن عدد مناسب من الموظفين المدربين جيداً للتعامل مع مختلف مهام التأمين الصحي ستكون له حاجة. ويبدو حالياً أن الموارد البشرية هي التحدي الكبير حيث أنه حتى قطاع التأمين الخاص يطلب موظفين مؤهلين لتغطية جزء صغير من السوق. سيتطلب النظام على مستوى البلاد آلاف من الأشخاص الذين لديهم معارف معقولة في الكمبيوتر ويستطيعون إنجاز مختلف المهام مثل انتساب الأعضاء والإدارة ومعالجة المطالبات والمساءلة والرقابة وتتبع الاحتيال وغيرها من المهام الكثيرة بطريقة موثوق بها ويعتمد عليها. وفي ذات الوقت ستكون هناك حاجة لمئات من الاقتصاديين الصحيين وخبراء التأمين والاختصاصيين الآخرين لإدارة النظام الوطني الذي يحقق قابلية الحياة المالية والاستدامة. وأخيراً وليس آخراً فإن عدد من المدراء الكبار ذوي التأهيل العالي سيكون ضرورياً لإدارة التأمين الصحي ولضمان المساءلة وكذلك الأداء الجيد.

وعلى المستوى السياسي فإن الإعلان الصريح للممثلين ذوي المستوى العالي ومزيد من الالتزام فيما يتعلق بنظام التأمين الصحي الوطني في اليمن سيكون أمراً ضرورياً. إن النظام البرلماني الديمقراطي في اليمن لم يصاحبه ثقافة متأصلة من المشاركة المدنية والمسئولية. ومن الواضح أن معظم المواطنين قد تعودوا على انتظار إشارات وخطوات "من الأعلى" ويترددون في اتخاذ المبادرة حتى عندما يكونوا معنيين بصورة عالية في بعض القضايا. ومن جانب آخر كذلك فقد كانت للناس تجارب أن المبادرات من الأسفل إلى الأعلى تصل إلى نتيجة الإجهاض عندما تشترك الحكومة أو منظمات القطاع العام أو حتى تتولاها. إن كلا العاملين يجعل من الجلي أن الالتزام السياسي المعلن والواضح على المستوى الأعلى سيكون شرطاً أساسياً لنظام التأمين الصحي الوطني في اليمن.

3-1-8 تنظيم المشروع

نوصي بإنشاء تنظيم مشروع مهني – في صورة مركز اختصاص التأمين الصحي (أنظر الباب 2-6) – من أجل الإعداد لبناء التأمين الصحي الوطني. إن عوامل النجاح الأساسية لمثل هذا الإجراء هي التالية:

- وضوح أهداف المشروع والنهج النظامي.
- قرار رئاسي أو من مجلس الوزراء بإنشاء المركز.
- ميزانية مالية كافية من الأموال المحلية أي 200 مليون ريال يمني في العام لإدارته بصورة مستقلة عن الدعم الدولي.
- استيعاب مهني محلي لديه تجربة دولية كثيفة جداً في مجال التأمين الصحي والتمويل الصحي ولديه مراجع موثوق بها بصورة عالية أو في البداية مدير مشروع دولي.
- بنية أساسية كافية (بما فيها التدريب).
- بناء لجنة مهمات من المهنيين ومجلس استشاري للمركز (أنظر الفصل 5-6-1).

وبالنسبة للنظرة الواقعية من الضروري وصف مختلف مهام تنظيم المشروع ودمج المساهمين في بنية المشروع المهنية وإرساء أولويات وتحديد المعالم الأساسية الملموسة وخطوات تحقيقها. وقد قدمت أمثلة للمهام الأساسية في الجدول التالي:

الجدول رقم (26): مهام تنظيم المشروع		
الإدارة	**التنفيذ**	**الدعم**
إنشاء دعم سياسي	بناء الإدارة	التسويق
التخطيط التفصيلي	اختيار وتوظيف الموظفين	التوثيق
الرقابة	إنشاء نظام مالي ونظام مساهمات المشتركين	التمويل / الميزانية
التقييم	تحديد مناطق ريادية وتنفيذ النظام	مساعدة المشروع
تنظيم المشروع	بناء نظام التدريب	تحليل البيانات
إدارة موظفي المشروع	مدراء التدريب	الرقابة
	توسيع المشروع	

لإعداد وتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني من الضروري أن تستأجر لجنة مهمة من 25 خبيراً على الأقل 15 منهم من المهنيين اليمنيين و 10 من خبراء التأمين الصحي الدولي وبعض منهم يمول من صناديق دولية. وسوف تكون هناك حاجة لـ 12 شهراً على الأقل من التحضير لجعل الهيئة الإدارية للتأمين الصحي تقوم بالعمل. وفي أي حالة ينبغي أن يكون في أذهاننا أن المهنيين اليمنيين الذين يعملون في تنظيم المشروع ينبغي أن يكونوا جزء من الإدارة التالية لهيئة التأمين الصحي. ينبغي أن يتم الاستئجار في ضوء المعايير المذكورة في الجدول رقم (12).

إن إشراف الحكومة هو متطلب أساسي وعامل حاسم لنجاح العملية. لذلك ينبغي أن تتضمن خطة التنفيذ بنية مهنية لإدارة خطوات الإصلاح في المستقبل. عند بناء هذه البنية ينبغي أن نأخذ بالاعتبار جعل أولئك المساهمين المشاركين يكونون جزءاً من الهيئة الإشرافية التالية لنظام التأمين الصحي الوطني. وفي البداية نوصي بمجلس استشارة يتكون من خبراء التأمين الصحي الرئيسيين في البلد ومنظمات مهنية وغير حكومية مختلفة ودعم من قبل الوزارات المشاركة في التأمين الصحي (أنظر الباب 5-6-1).

3-2 تنظيم وإنفاذ الجودة

إن إعمال خدمات طبية ذات جودة عالية يحتاج إلى مساندة مستمرة. إن التحدي الرئيسي هو تقديم خدمات شفافة. ودون شفافية معقولة من الصعب تقريباً تعزيز الجودة العالية في تقديم الخدمات. وهناك عدة سبل ممكنة:

- تعزيز البيانات الموجودة: والأساسي هو الحصول على بيانات موثوق بها وصحيحة أي حول التشخيص والعلاجات.

- إدخال و/أو تحسين معايير التوثيق: يمكن تقييم الخدمات الموثقة فقط. وتظهر بعض التجارب أن إدخال معايير التوثيق البسيطة (أي في المستشفيات كشرط لدفع الفواتير) يحسن من جودة العلاجات.
- حوافز الدفع: تكيف أنظمة الدفع الموجهة بالنتائج لوضع الحوافز الصحيحة في توجيه الجودة. وينبغي تفضيل الرسوم الفردية أو المبالغ المقطوعة على المدفوعات المكلفة للرسوم من أجل الخدمات فهي تعد بجودة أفضل (في الأمد الطويل) وأسعار أقل.
- وضع معايير الحد الأدنى: في الكثير من البلدان تحدد السلطات وتكرس معايير الحد الأدنى لمختلف العلاجات. وتطور في أحيان كثيرة من قبل منظمات الأطباء. وفي بعض الأحيان يتم تحديدها من قبل الحكومة. وفي أي حالة لجعلها فاعلة فإن قبول المعايير هام للغاية. ولذلك فإنه أمر إلزامي صياغتها مع ممثلين من أولئك الذين عليهم أن ينفذوا المعايير في وقت لاحق. ويمكن لهذه المعايير – في المدى الطويل – أن تؤدي إلى إرشادات.
- الإرشادات: وخصوصاً البلدان عالية التطور تحاول حالياً إعمال تحسين الجودة بوضع إرشادات. وفي بعض البلدان فإن إرشادات العلاج إلزامية وفي أخرى فإن الإرشادات لها طبيعة استشارية فقط. وعلى الرغم من أن التجارب الأولى مع الإرشادات المنفذة والمطورة في بلدان متطورة واعدة ففي الوقت الحالي لا يبدو أنها الاختيار الأول في البلدان النامية لإنفاذ الجودة وينطبق ذات الشيء مع معايير الحد الأدنى وتحتاج الإرشادات إلى قبول كبير من الأطباء. وهو أمر غير ممكن التفكير في إيجاده دون الأطباء الممارسين.

وفي طاقم موظفي مركز التأمين الصحي أو هيئة التأمين الصحي فإن الاختصاصيين في ضمان الجودة يكونون ضروريين وينبغي اختبارهم في الكثير من المحاولات التي يتم القيام بها في هذا المجال على مستوى العالم. يحتاج ضمان الجودة إلى بعض الاستثمارات في الرأسمال البشري وفي الربط بين التأمين الصحي وخبراء الصحة ومقدمي الصحة. وإن الارتباط مع كليات الطب ينبغي إنشاءه أيضاً.

3-3 تقسيم عملية التنفيذ إلى مراحل والتخطيط والإدارة

إن العناصر الأكثر أهمية لتقسيم تنفيذ التأمينات الصحية إلى مراحل هي التالية:

- لتنفيذ نهائي سريع بالكامل للتأمين الصحي أو
- لاختيار الموظفين العموميين – أي العسكريين والمدرسين أو
- للمناطق الريادية أي صنعاء وعدن أو
- لربط التأمينات الصحية الحالية و/أو
- لبناء إدارة المشروع ومركز التأمين الصحي

وقد تم ذكرها في عدة أبواب من قبل. إن الباب التالي سيضيف إلى ذلك مزيد من التفاصيل فيما يتعلق بمختلف السيناريوهات للتأمينات الصحية الاختيارية. وفيما يتعلق بخطة تنفيذ مختلف خيارات التأمين الصحي يجب أن نرجع أولاً مع ذلك إلى تعديل معنى (التنفيذ) والتخطيط خلال العقود الأخيرة والمتصفة بالتحول من التخطيط الصحي إلى إدارة النظام الصحي.

لقد كان التخطيط الصحي هماً رئيسياً لإدارة الخدمات الصحية في القرن الأخير. وفي الأساس فقد كان عقله الموجه نموذج سيماشكو في تخطيط الخدمات الصحية في الاتحاد السوفيتي بينما نماذج بفرج وبسمارك في الخدمات الصحية قد أختيرت منذ وقت طويل للعمليات الإدارية لحل المشكلات. ومع ذلك فإن أفكار التخطيط الصحي قد وجدت طريقها إلى أنظمة الرعاية الصحية الغربية أيضاً. وقبل وقت طويل وفي كل العالم فقد حل محلها نهج أكثر مرونة وتعددية لتنسيق السياسات الصحية لمختلف الشركاء في القطاع الصحي حيث لدى كل شريك ضمن مجال مسئوليته تخطيطه الأصغر الخاص وإجراءاته الإدارية. وبعد سقوط الاقتصاديات المخططة وعولمة نهج الأسواق بدأ تخطيط الصحة تغيير طبيعته الأساسية. وخطوة فخطوة ركزت الحكومات أكثر فأكثر على وظائفها الأساسية لتنظيم القطاع الصحي والإشراف عليه والمكون من الكثير من الشركاء المختلفين. وفي بلدان غربية عديدة فإن فكرة الدولة كمقدم خدمات صحية قد أستبعدت منذ وقت طويل. وقد أتبعت البلدان في طور الانتقال هذا الاتجاه بصورة تدريجية. وبانقضاء الألفية بدأ النقاش الدولي مؤكداً على لعب الحكومات دور الإشراف باتجاه القيمة لصالح المصلحة العامة.

ولهذا السبب فإن خطة التنفيذ للتأمينات الصحية في اليمن بحاجة إلى مكون أساسي واحد وهو الحوارات المستمرة بين المساهمين (مقدمي المقترحات والشركاء ومقدمي الخدمة والمرضى وأي مجموعة أخرى يمكن أن تتأثر أو يمكن أن تعطي دعماً وإرشاداً) وعلى أمل أن تكون مدفوعة بالإشراف الذي دافعه القيمة من وزارة الصحة أو من قبل أي عامل آخر للمصلحة العامة. إن تخطيط التنفيذ للتأمينات الصحية ينبغي أن يدفع بالمعنى الجديد للتخطيط الصحي والذي يوجد باختصار وبوصف تحليلي في الجدول التالي والذي يمكن دعمه بصورة أفضل بإيجاد "مجموعة تخطيط" أو "لجنة استشارة" أو "لجنة توجيه" ... الخ. نوصي بمركز للتأمين الصحي يدعم بلجنة استشارة قوية مجربة وملتزمة.

الجدول رقم (27): العناصر الأساسية لتخطيط صحي "جديد"		
التخطيط الصحي السليم	بحاجة تقدير	يحدد الاحتياجات الصحية واحتياجات الخدمات الصحية والمشكلات والفرص وإطارها الاجتماعي والاقتصادي.
	التشاور والمشاركة	تشاور مع السلطات ومقدمي الخدمة والفاعلين الآخرين في القطاع الصحي حول احتياجاتهم ومشاكلهم وفرصهم.
		يتضمن المواطنين في تقديرات الحاجة ويقدر الأفضليات وطلبات المستهلكين
	الأهداف والإستراتيجيات	إيضاح الأهداف والمقاصد وأولويات الشركاء المشاركين ويطور مبررات لتحديد الأولويات
		يصف ويوصي بأولويات التغييرات والخدمات والمشروعات والبرامج والسياسات ويوصي بالتكتيكات
	تنسيق وشراكات ومفاوضات	ينسق ويعطي الإرشاد لنشاطات التخطيط الصحي لمختلف شركاء النظام الصحي.

الجدول رقم (27): العناصر الأساسية لتخطيط صحي "جديد"		
		يحدد التعاون الممكن للشركاء الآخرين ومصادر التمويل
		يساعد في التفاوض على نشاطات مشتركة أو منسقة لجميع الشركاء المعنيين المشتركين
	التحاليل والتقييمات	تقدر منافع وأضرار مختلف الخيارات المقترحة أي فيما يتعلق بالتكاليف والفعالية.
		تراقب وتقيم تنفيذ الخطط والمشروعات والبرامج وإنجازاتها أي في الوفاء بأولويات وزارة الصحة.
	اللامركزية	تدعم التخطيط الصحي الإقليمي والمحلي وتفوض – إن أمكن – عمليات التخطيط إلى مستويات أدنى بمفهوم التخطيط التشاركي.
	الوسائل والتدريب	تحدث بانتظام وسائل التخطيط الصحي والموارد الداعمة أي البيانات والطرق وتعطي تغذيات رجعية حول وسائل التخطيط الصحي.
		تدرب الموظفين في مهارات التخطيط الصحي.
	المعلومات	تعد وثائق أساسية مبنية على البرهان لاجتماعات التخطيط وكخلفية تعد لصناعة السياسة.
دعم السياسة الصحية	الجمع	جمع أوراق السياسة لشركاء النظام الصحي وتحديد احتياجات تعديل السياسات الحكومية
	السيناريوهات	تخريط الاتجاه لتغييرات السياسة الصحية الممكنة.
	وضع الأدوار	تقدير و/أو تحديد أدوار مختلف الفاعلين في النظام الصحي أي القطاع الخاص والقطاع العام من أجل تمويل وتقديم الخدمات (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).
	الأدوات	تحدد أدوات السياسة والترتيبات التنظيمية المطلوبة في كل من القطاعات العامة والخاصة للإيفاء بأهداف النظام (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).
	التمكين	يضع أجندة بناء القدرة والتطوير التنظيمي (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).
	الإرشاد	يقدم الإرشاد لوضع أولويات للنفقات وبذلك يربط تحليل المشكلات بالقرارات حول تخصيص الموارد (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).
	التحالفات	تدعم المناهج في كل القطاع لتنسيق كل الفاعلين ذوي الصلة وتبدأ بنقاشات السياسة.
	الاستشارات	تطلب آراء الخبراء وتستشير الباحثين والمدراء في الخدمات الصحية.

الجدول رقم (27): العناصر الأساسية لتخطيط صحي "جديد"		
	المخاطر	تقدر المخاطر والمعاني المتضمنة المحتملة المباشرة والغير مباشرة للسياسات (الممكنة).
	التحاليل	تحدد الهموم الرئيسية للسياسات الصحية أي الجودة والعدالة والاستجابة والمساواة.
دعم الإشراف الصحي	التنظيم	يدعم وضع القواعد وضمان التقيد بها (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).
	المعرفة	تدعم ممارسة الذكاء وتقاسم المعلومات (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).
	الإستراتيجيات	تدعم تقدير وتصميم الإستراتيجيات والأدوار والموارد (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).
	الأداء	يدعم تحسين الأداء (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).
	التميز	يدعم اكتشاف وتشجيع الممارسات الأفضل.

نفترض أن خطة أكثر تفصيلية لتنفيذ التأمين الصحي لن تكون ضرورية في الوقت الحالي أو حتى الأسوأ ستكون مظللة. إن وضع التأمينات الصحية ليست مهمة هندسية مثل بناء طريق أو طائرة. إن وضع التأمينات الصحية هي عملية اجتماعية بها شركاء متفاعلين في أطرهم المؤسسية. ويبدو نظرياً أن من المهم تحديد أدوار "اللعبة" التي يلعبونها مدفوعين بأدوارهم الاجتماعية والاقتصادية التي يتوقعون أدائها. لكن حتى وضع أدوار اللعبة يمكن أن تتولاه لعب القوة. إن جميع المساهمين المشاركين سيتصرفون بحسب مصالحهم أو كيفية رؤيتهم لها – أكانت صحيحة أم خاطئة – إنها مثل لعبة كرة القدم دون حكم ومحكم وحتى دون ميدان محدد بوضوح للعب فيه. إن المهارات الإدارية مطلوبة أكثر من المهارات التخطيطية. إننا لا نتوقع مستقبل العمليات الاجتماعية لكننا نستطيع أن نبقي على استمرار العمليات وفي الاتجاه الصحيح.

ولذلك نقترح – وللمصلحة العامة – بناء ودعم مؤسسة جديدة – مركز للتأمين الصحي – والتي تشارك بفاعلية ودافعها القيمة في عملية اجتماعية نحو تأمينات صحية اجتماعية لمصلحة كل المواطنين اليمنيين. إن هذا عنصر رئيسي لتنفيذ الخطة.

وبالرغم من جميع هذه الإيضاحات (دفعاً لسوء الفهم) نقدم للمناقشة خطة التنفيذ وجدول الأعمال التالي والتي يجب مراجعتهما مراراً وتعديلهما بحسب الظروف والفرص. هناك مثل أمريكي لاتيني قديم من عهد الرومان يقول: أغتنم كل فرصة. وينبغي أن يكون هذا هو شعار تطور التأمين الصحي في اليمن كذلك.

الجدول رقم (28): السمات المعلمية لتطور التأمين الصحي في اليمن			
العام	السمات المعلمية للتأمين الصحي	البناء المؤسسي	النصيحة
2005	مراجعة الدراسة والتخطيط ووضع الميزانية لمركز اختصاص التأمين الصحي	السكرتارية	لجنة التوجيه
2006	موافقة على قانون التأمين الصحي العسكري. اختبار ريادي للقانون العسكري في صنعاء. الموافقة على قانون التأمين الصحي الوطني. تصميم مشروع للمدرسين. حوارات بين البرامج الموجودة. بدء الدعم من قبل مركز اختصاص التأمين الصحي. دعم للتأمينات الأصغر. زيادة التغطية للفقراء من قبل وزارة الصحة العامة والسكان. التدقيق والتقييم الدولي. زيادة الدعم الدولي.	مركز اختصاص التأمين الصحي.	مجلس الاستشارة والمانحين.
2007 2008	تكثيف الدعم من قبل مركز اختصاص التأمين الصحي الموافقة على قانون هيئة التأمين الصحي توسيع البرنامج العسكري تصميم مشروع مشترك مع الشرطة اختبار ريادي للمدرسين دعم التأمينات الأصغر دعم ريادي للمشتغلين ذاتياً زيادة وزارة الصحة العامة والسكان لبرامج الوقاية دفع وزارة المالية لمساهمات الفقراء التدقيق والمراجعة الدولية تزايد الدعم الدولي	مركز اختصاص التأمين الصحي 1	المجلس الاستشاري والمانحين
2009 2010	توحيد جميع برامج الضمان برامج الضمان تختبر التعاقد مع مقدمي صحة خارجيين دعم هيئة التأمين الصحي لبرامج الضمان	انقسام هيئة التأمين الصحي الوطني ومركز اختصاص التأمين الصحي إلى	المجلس الإشرافي ومجلس الاستشارة والمانحين

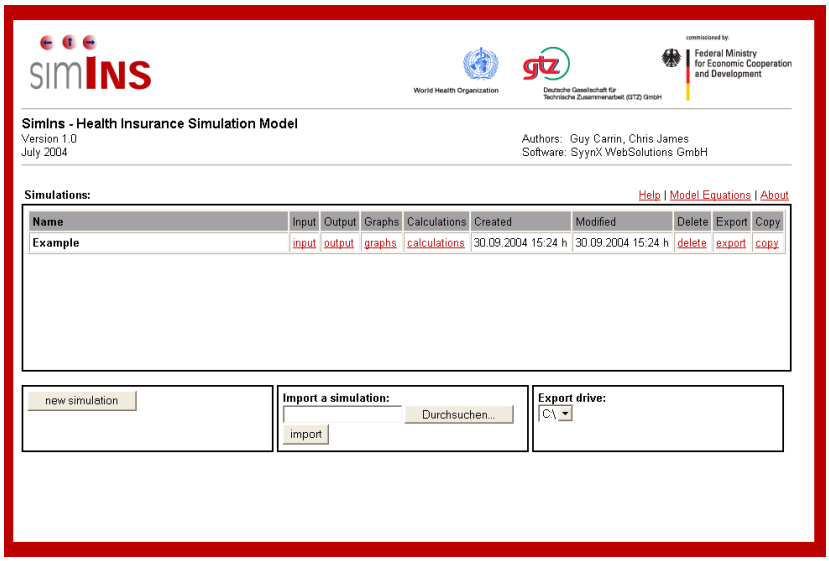
الجدول رقم (28): السمات المعلمية لتطور التأمين الصحي في اليمن			
العام	السمات المعلمية للتأمين الصحي	البناء المؤسسي	النصيحة
	التأمين الصحي للمدرسين في صنعاء وعدن برنامج طوعي للمشتغلين ذاتياً خطة توافق لبرامج الشركات دعم للتأمينات الأصغر دفع وزارة المالية لإسهامات الفقراء زيادة وزارة الصحة العامة والسكان لبرامج الوقاية التدقيق والتقييم الدولي زيادة الدعم الدولي	مجموعة تفكير لهيئة التأمين الصحي ومركز مستقل لتدريب التأمين الصحي والأبحاث والاستشارات	
2011 2012	دراسات تقييمية حول التجارب مراجعة كاملة لهيئة التأمين الصحي المدرسين في محافظة كاملة برامج الضمان على المستوى الوطني دفع وزارة المالية لمساهمات الفقراء تعزيز التأمينات الأصغر برامج الشركات لجميع القطاعات الخاصة تناقص الدعم الدولي	هيئة التأمين الصحي الوطني ومركز اختصاص التأمين الصحي 2	المجلس الإشرافي ومجلس الاستشارة
2010 2014	توسع تدريجي لجميع البرامج دفع وزارة المالية لمساهمات جميع الفقراء زيادة وزارة الصحة العامة والسكان لبرامج الوقاية تدقيق وتقييم شامل مراجعة الدعم الدولي	هيئة التأمين الصحي الوطني ومركز اختصاص التأمين الصحي 2	المجلس الإشرافي ومجلس الاستشارة
2015	مراجعة وتخطيط – نهج تشاركي لجميع الشركاء والعملاء		

4- تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية الكلية للتأمين الصحي الوطني المقترح15

4-1 مقدمة

أعدت مجموعة من تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية باستخدام برنامج محاكاة التأمين الصحي لمنظمة الصحة العالمية – المنظمة الألمانية للتعاون الفني نسخة سيمانس2 [16]. إن سيمانس هي وسيلة محاكاة التأمين الصحي التي تحلل الآليات الأساسية للتأمين الصحي. فهي تتوقع تطور الدخول والنفقات بحسب افتراضات معينة على مدى فترة 10 سنوات. إن استخدامه الرئيسي هو التنبؤ المالي ببرامج التأمين الصحي الاجتماعي ولكن يمكن استخدامه أيضاً للتأمين الصحي الذي أساسه المجتمع. إن المتغيرات الرئيسية في التأمين الصحي – التغطية السكانية والدخول ومساهمات التأمين الصحي والمدفوعات المشتركة وتكاليف الرعاية الصحية ومعدلات الاستخدام – يمكن تغييرها بحسب ست مجموعات سكانية وحتى خمسة فئات خدمة صحية.

الشكل رقم (5): شاشة سيمينس



لسيمينس ثلاثة استخدامات رئيسية:

1- شرح المعاني الضمنية للسياسات الأولية فيما يتعلق بمتغيرات التأمين الصحي الرئيسية وبذلك تعكس (على عكس الوضع) خيارات سياسية مختلفة.

---

[15] إعداد جوي كارن واول دوتنشيم وبلقاسم صبري ومنظمة الصحة العالمية.

[16] أنظر جي كارن وسي جيمس 2005 نموذج محاكاة التأمين الصحي سيم انس: المنظمة الألمانية للتعاون الفني وجنيف: منظمة الصحة العالمية.

2- لتحديد أي مجموعات من المساهمات و/أو أنماط الاستخدام و/أو تكاليف الرعاية الصحية يمكن أن تضمن التوازن المالي في بيئة ديناميكية ومتغيرة.
3- لبيان تأثير التأمين الصحي على البنية الشاملة للتمويل الصحي.

وتشمل النتيجة الأساسية تقديرات نفقات الرعاية الصحية على غير المؤمنين والمؤمن عليهم. وهذه مبنية على أساس تقديرات التكلفة (لمختلف فئات الخدمة الصحية) مضروبة في معدلات الاستخدام المصاحبة (لمجموعات سكانية مختلفة وتفصل أيضاً إلى غير مؤمن عليهم ومؤمن عليهم). ويأتي تمويل النفقات الصحية من الميزانية الصحية الحكومية ورسوم المستخدمين ومساهمات التأمين الصحي والمدفوعات المشتركة والدعم الحكومي للتأمين الصحي. يعطى اهتمام خاص لحساب الإيرادات – النفقات للتأمين الصحي الاجتماعي والفوائض أو العجوزات وطرق تمويل العجوزات وخصوصاً من قبل الحكومة.

4-2 غرض التنبؤات المالية والبدائل الخارجية

4-2-1 مدخل

تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية المقدمة في هذه الدراسة يجب أن تفهم بأنها أولية جداً (حيث أن مزيد من التنقية للبيانات مطلوب ليتم إدخالها)[17]. إنها تعطي تقدير تقريبي أولي لمختلف السيناريوهات والتي من بينها ينبغي لصناع السياسة أن يختاروا إحداها والتي هي أكثر جدوى من وجهة النظر الاقتصادية والاجتماعية والسياسية. هناك حاجة للقيام بمزيد من دراسات التكليف (وضع التكاليف) المعمقة الإضافية ودراسات تأمينية أكثر نقاوة واستخدام نتائجها في تحليل سيناريو أكثر موثوقية.

4-2-2 الخواص الأساسية للسيناريوهات البديلة

إن الخواص الأساسية في تقديرات الاحتمالات المستقبلية التي تم القيام بها هي: سرعة التنفيذ وتكلفة حزمة المزايا ومعدلات الاستخدام والدعم الحكومي في برنامج التأمين الصحي.

ستؤدي توليفات بديلة لهذه الخصائص إلى بناء سيناريوهات بديلة.

سرعة التنفيذ

إن الخاصية المهمة في تحليل السيناريو هي سرعة تنفيذ تغطية التأمين الصحي. يمكن احتساب سيناريو تنفيذ فوري وتحليله. ومع ذلك وكما أوضح بأعلاه (الباب 7-2) فإن إستراتيجية التنفيذ للتغطية الفورية للقطاع الرسمي بكامله بحلول 2007م (المشار إليها بـ "الدفعة الكبيرة") تتضمن العديد من المشكلات. والأكثر

[17] ستكون مهمة مركز اختصاص التأمين الصحي المستمرة أو مجموعة التخطيط لهيئة التأمين الصحي الوطني أن تجري تنقية لمدخلات البيانات واستخدام نتائج تلك التقديرات الاحتمالية المستقبلية لحوارات مع الشركاء وصناع السياسة. نعتبر أن نماذج المحاكاة كمساهمات قيمة لعمليات المناقشة.

حراجة هو العجز الكبير في التأمين الصحي (عند تنفيذ رزمة فوائد أساسها الشركات لجميع المواطنين) وعدم التغطية للمشتغلين ذاتياً والفقراء على الإطلاق وبذلك عدم تقديم أي مساواة. إن الهم الكبير الآخر هو أن تغطية نصف السكان خلال عام واحد من المحتمل جداً أن يكون غير مجدي فنياً.

ومن وجهة نظر المساواة فإن المشتغلين ذاتياً والذين يتضمنون قسماً كبيراً من الفقراء يحتاجون إلى أخذهم في الاعتبار من بداية عملية التنفيذ. ومع ذلك فإن الدعم الحكومي يمكن أن يكون مطلوباً لدعم تغطية التأمين الصحي مالياً للمشتغلين ذاتياً وخصوصاً الفقراء. إن حالة المالية العامة ربما لا تسمح مع ذلك لصناع السياسة تبني التنفيذ السريع. وإذا ما أخذنا تلك الاعتبارات فإن التنفيذ التدريجي لتغطية التأمين الصحي هي الأكثر جدوى لكل من الأسباب الفنية والاقتصادية. وانسجاماً مع الباب 7-4-2 فإن تقديرات الاحتمالات المستقبلية تأخذ بالاعتبار لذلك إطاراً زمنياً أكثر واقعية للتنفيذ لخمس سنوات على الأقل لما يسمى بالقطاع الرسمي وسنوات أكثر للمستخدمين ذاتياً.

حزمة المزايا

يؤخذ في الاعتبار نوعين من حزم المزايا. الأولى مبنية على المستوى الحالي للإنفاق الصحي كما قدمت في حسابات الصحة الوطنية[18]. إن تكلفة حزمة المزايا المعروضة قد وضعت مساوية لمتوسط الإنفاق المنفق للفرد (بعد خصم 33 بليون ريال يمني للعلاج في الخارج و 10 بليون ريال يمني من العلاج الذاتي).

ويقوم هذا بإعطاء أسباب أنه بافتراض الوضع الحالي في معدلات الاستخدام فإن هذه الرزمة مجدية مالياً على مستوى الاقتصاد الكلي. وبمثل هذه الرزمة لن يجرى تحسين لكامل جودة الخدمات الصحية مع ذلك. وبالإضافة لذلك فإن الموظفين المستفيدين حالياً من الرزمة الأفضل في الشركات سيفقدون طبعاً فوائد التأمين الصحي. ومع ذلك فإن الافتراض المتضمن هو أن الفرق بين الرزمة في الشركات وحزمة المزايا الأقل (على أساس المستوى الحالي للإنفاق الصحي) ستغطى بترتيبات تأمين صحي خاص على المستوى الفردي أو على مستوى الشركات.

إن قيمة حزمة المزايا الثانية التي تسمى رزمة فوائد الشركات مبنية على قيمة حزمة المزايا التي تعطيها المؤسسة العامة للاتصالات ناقصاً 33 بليون ريال يمني للعلاج في الخارج. وفي السيناريوهات التي تستخدم هذه الرزمة فإن جميع المواطنين الغير مؤمنين حتى الآن وخصوصاً المستخدمين ذاتياً سيتلقون بذلك تغطية تأمينية أفضل.

في سيمينس ندخل قيمة حزم المزايا البديلة هذه عن طريق خمسة عشر نوعاً من الخدمات الصحية كحد أقصى. ومع ذلك وبسبب عدم كفاية البيانات فقد ميزنا فقط الرعاية الخارجية والداخلية في تقديرات الاحتمالات المستقبلية الحالية. من المهم مع ذلك التأكيد هنا أنه في تقديرات الاحتمالات المستقبلية فإن هذا النوع من

---

[18] "النفقات على الصحة" طبعة منظمة الصحة العالمية وجدول هيئة الصحة الوطنية وجدول هيئة التأمين الصحي لمنظمة الصحة العالمية – اليمن (nha@who.int) .

المدخلات يحتاج إلى تحسين. إن دراسة معمقة عن حزمة المزايا التي يمكن أن يعطيها التأمين الصحي الوطني وحول تكاليف الخدمات الصحية ضمن تلك الرزمة هو أمر مطلوب. وبالإضافة لذلك ستحتاج معدلات الاستخدام للخدمات الصحية في تلك الرزمة إلى أن تجمع أو يجري تقديرها.

معدلات الاستخدام

بالتنفيذ التدريجي لتغطية التأمين الصحي للجميع لا يحتمل أن تبقى معدلات الاستخدام كما هي. وبالنسبة لأولئك المؤمن عليهم حديثاً فإن المدفوعات المنفقة ستنخفض بصورة كبيرة. ويحتمل أن نلاحظ "تأثير سعري" مع طلب المؤمن عليهم لخدمات صحية أكثر من قبل. وبالنسبة لعدد من المؤمن عليهم وخصوصاً الفقراء فإن الطلب سيرتفع بصورة كبيرة: إذ سيجدون أنفسهم في وضع به يعطيهم التأمين الصحي مطالبات على خدمات الرعاية الصحية مقارنة بالوضع السابق حيث طلبهم للخدمات الصحية يحدد بصورة رئيسية بقدرتهم على الدفع فقط.

وبالنظر إلى الاعتبارات السابقة يؤخذ في الحسبان بديلين لتحليل السيناريو:

1- معدلات استخدام منخفضة والتي يمكن وصفها بأنها "جارية".
2- معدلات استخدام متزايدة (ثلاث زيارات خارجية لكل فرد و 3% معدل قبول داخلي).

لربما يكون البديل الأخير الأكثر واقعية من البديلين بعد إدخال التأمين الصحي.

الدعم الحكومي

إن دعم الحكومات للتأمين الصحي الاجتماعي شائع تماماً في برامج التأمين الصحي الاجتماعي الثابتة وخصوصاً لتغطية تكاليف الرعاية الصحية للفقراء والعاطلين عن العمل ... الخ والذين لا يستطيعون بذاتهم دفع مساهمات منتظمة في مثل تلك البرامج وإنه لأمر طبيعي أن يعتمد مبلغ الدعم الحكومي على ما تستطيع الحكومة بمجملها أن تتحمله وترغب في تحويله إلى التأمين الصحي الاجتماعي.

في الأربعة السيناريوهات من بين الخمسة سنقدم مستوى دعم الحكومة (كنسبة من الإيرادات الحكومية الإجمالية) الذي ستكون له حاجة لتحقيق التوازن المالي في التأمين الصحي. وبالطبع سيحتاج الأمر إلى تقدير ما إذا كان الدعم "المطلوب" مجدي مالياً للحكومة. وفي السيناريو الخامس أوضحنا ما يمكن حدوثه إذا كان هناك عائق شامل على دعم الحكومة ومساوي لـ 1% من الدخل الحكومي الإجمالي.

صورة عن السيناريو

فيما يلي نقدم السيناريوهات الخمسة التي جرى تحليلها وهي تغطية الفترة من عام 2004م إلى عام 2014م. إنها متفاوتة هنا بحسب مستوى حزمة المزايا ومعدلات الاستخدام والدعم الحكومي. هناك فوارق أخرى في المتغيرات والحدود المدخلة وستتوفر هذه عند طلبها.

الجدول رقم (29): السمات الأساسية للسيناريوهات			
السيناريوهات	حزمة المزايا	معدلات الاستخدام	الدعم الحكومي
السيناريو 1 أ	مبني على مستوى الإنفاق الصحي	جاري	دعم متضمن للتوازن المالي للتأمين الصحي الاجتماعي
السيناريو 1 ب	مبني على المستوى الحالي للإنفاق الصحي	متزايد	مثل أعلاه
السيناريو 2 أ	رزمة مبنية على أساس الشركات	جاري	مثل أعلاه
السيناريو 2 ب	رزمة مبنية على أساس الشركات	متزايد	مثل أعلاه
السيناريو 3	رزمة مبنية على أساس الشركات	متزايد	1% من إجمالي الإنفاق الحكومي

4-3 البيانات المستخدمة

4-3-1 التنفيذ التدريجي لتغطية التأمين

إن سيناريوهات تقدير الاحتمالات المستقبلية تتشارك في نفس البيانات وتعكس قرار السياسة بالتنفيذ التدريجي. إن التغطية في أربعة من السيناريوهات الخمسة المقدمة يوسع بحسب الجدول رقم (30) والشكل (6) بأدناه.

الجدول رقم (30): التغطية: المسار الزمني للتوسع والتنفيذ التدريجي (بالمليون)								
في نهاية فترة المحاكاة: تغطية القطاع الرسمي 100% وتغطية القطاع الغير رسمي 85%								
بالملايين	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
إجمالي السكان المؤمن عليهم	2.294	9.431	12.908	15.461	18.15	20.545	22.613	27.784
ومنهم:								
معالين لمستخدمين ذاتياً	0	2.584	3.723	4.925	6.194	7.533	8.944	10.43
مستخدمين ذاتياً	0	0.606	0.873	1.155	1.453	1.767	2.098	2.447
موظفين حكوميين	0.436	0.942	1.154	1.187	1.222	1.257	1.293	1.311
مستخدمين	0	0.168	0.288	0.415	0.549	0.628	0.646	0.665
متقاعدين	0	0.112	0.231	0.238	0.244	0.251	0.259	0.266
معالين آخرين	1.858	5.018	6.639	7.54	8.488	9.109	9.373	9.645
التغطية السكانية (%)	%10.36	%41.38	%55.04	%64.06	%73.09	%80.40	%86.00	%91.60

وهذا يعكس تغطية القطاع الرسمي في مراحل بحسب البنية المؤسسية وإدراج تدريجي لقطـــاع المـــستخدمين ذاتياً.

الموظفين الحكوميين: نفترض أنه في سنة البداية يغطي التأمين الصحي العسكريين فقط (حوالي 400 ألـــف موظف بالإضافة إلى المعالين). إن العسكريين هم هيئة منظمة بدرجة كبيرة معروفة بأنها مع إدخال التـــأمين الصحي ولذلك فهي ستسهل إدخاله. وسنة البداية هذه يمكن استخدامها كذلك للبحث عن وتصحيح المـــشكلات الفنية الناشئة أثناء التنفيذ. وتشهد السنة الثانية إدراج الشرطة وموظفي الأمن الآخرين (حـــوالي 200 ألـــف موظف) وكذلك وزارة التربية والتعليم (حوالي 240 ألف موظف) ويدرج المعالين في كل حين. وأخيراً وفي السنة الثالثة سيتم تغطية جميع الموظفين الحكوميين ومعاليهم.

موظفو القطاع الرسمي

بدءاً من السنة الثانية يفترض النموذج تغطية تدريجية لموظفي القطاع الرسمي ومعـــاليهم بـــدءاً بـــــ 30% ووصولاً إلى تغطية كاملة على مدى فترة خمس سنوات.

المتقاعدين

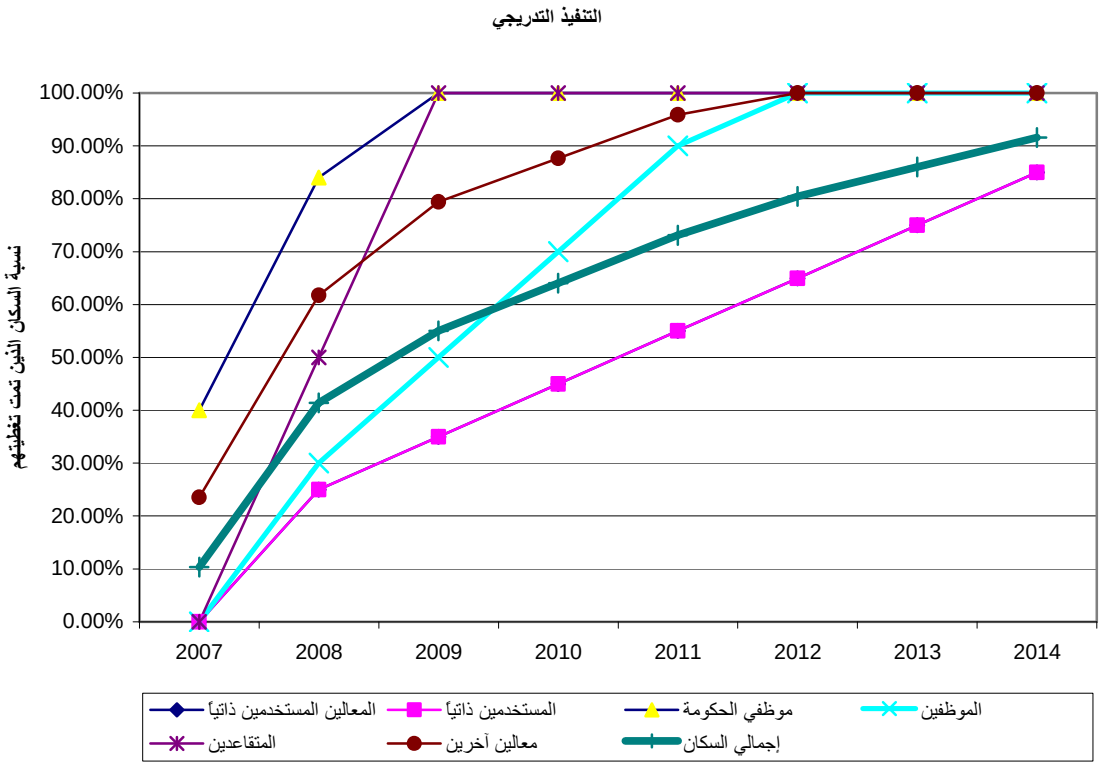
تبدأ تغطية المتقاعدين كذلك في السنة الثانية وتشملهم جميعاً خلال عامين.

المستخدمين ذاتياً والفقراء

تصوغ السيناريوهات الجهود لتوفير العدالة وتشمل المستخدمين ذاتياً والسكان من الفقراء مع الـــزمن. وفـــي السنة الثانية يتم تغطية ربع من المستخدمين ذاتياً والفقراء ثم يزداد ذلك بـــ 10% في السنة ليصل إلى 85% في نهاية فترة المحاكاة. وضمن هذا يعفى نصف من جميع المستخدمين ذاتياً من دفع المساهمة إلى الحـــساب لفقرهم. أما السيناريو الخامس المقدم هنا فيختلف في التقديرات الاحتمالية المستقبلية لتغطية المستخدمين ذاتياً والفقراء وقد تم إيضاح هذا في ذلك القسم.

الشكل رقم (6)

التغطية: المسار الزمني للتوسع والتنفيذ التدريجي (% من إجمالي السكان)



4-3-2 حسابات الصحة الوطنية 2003 – 2004

استخدمت البيانات والافتراضات المقدمة أدناه في الجدول (31) والجدول (32) لبناء بيانات "الأساس".

الجدول رقم (31): بيانات وافتراضات حسابات الصحة الوطنية

متغيرات	بيانات وافتراضات
الإنفاق الحكومي العام على الصحة (بالأسعار الجارية)	46745 مليون ريال (2003) عدل هذا الرقم للتضخم ومعدل النمو الحقيقي للناتج المحلي الإجمالي للحصول على: 54317.7 (2004)
النفقات الخاصة على الصحة (بالأسعار الجارية)	85993 مليون ريال (2003) عدل هذا الرقم للتضخم ومعدل النمو الحقيقي للناتج المحلي الإجمالي للحصول على: 99923.9 (2004)
الإنفاق الحكومي العام	929916 مليون (2004)
الناتج المحلي الإجمالي (بالأسعار الجارية)	2531635 مليون ريال (2004)
سعر الصرف (الريال إلى الدولار الأمريكي)	184.78 (2004)
إجمالي السكان (بالألف)	20239

4-3-3 بيانات اقتصادية كلية أخرى استخدمت في سنة الأساس (2004)

الجدول رقم (32): بيانات سيناريو اقتصاد كلي		
المتغير	**القيمة**	**المصدر**
معدل النمو السكاني		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
معدل النمو الحقيقي للناتج المحلي الإجمالي		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
إجمالي الإيرادات الحكومية كـ % من الناتج المحلي الإجمالي		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
تركيب إجمالي الإيرادات الحكومية • ضرائب على الدخل وأرباح وإيرادات رأس المال • ضرائب غير مباشرة • ضرائب على التجارة الدولية • إيرادات ضريبية أخرى • إيرادات غير ضريبية • منح		• تقدير إجمالي الدخل الحكومي في عام 2004م على أساس الناتج المحلي الإجمالي لعام 2004م ونسبة 33.9% (البنك الدولي ولمحة عن الجمهورية اليمنية). • توزيع إجمالي الدخل الحكومي في مكوناته باستخدام تركيبة المالية العامة لعام 1999م (أنظر صندوق النقد الدولي الكتاب السنوي للإحصائيات المالية الحكومية لعام 2004م : ص 487)
التضخم		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
استخدام الناتج المحلي الإجمالي (في %) • الاستهلاك المحلي • استهلاك الحكومة • تشكيل الرأسمال الثابت الإجمالي • صادرات البضائع والخدمات • واردات البضائع والخدمات		على أساس البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية

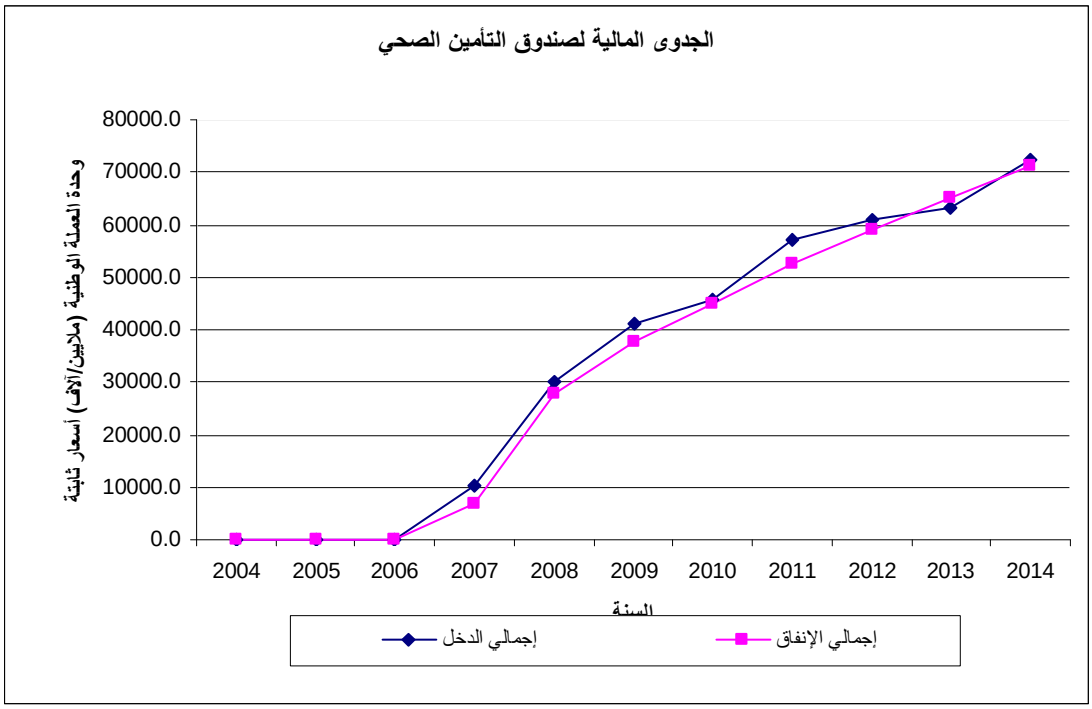
4-4 النتائج الرئيسية

4-4-1 سيناريو 1 أ: تنفيذ تدريجي في مستوى الإنفاق الحالي ومعدل استخدام ثابت

في سيناريو تقدير الاحتمالات المستقبلية الأولي درسنا التأثير الكلي لإستراتيجية التنفيذ التدريجي بينما نقدم فوائد متناسبة مع مستويات الإنفاق الإجمالي الجاري في البلاد. وفي هذه البنية يحقق التأمين الصحي ربحاً بحيث أن هذا هو السيناريو الوحيد الذي فيه المساهمات من القطاع الرسمي تخفض من الافتراض الأولي لـ 11%. يتدبر التأمين الصحي في الإبقاء على توازن مالي بمساهمات القطاع الرسمي التي تبدأ بـ 8% من الأجور وترتفع إلى 10% بنهاية فترة المحاكاة (أنظر الشكل 7). وبالتالي لا يطلب أي دعم حكومي في هذا التقدير للاحتمالات المستقبلية. من أجل تفاصيل النتائج المالية أرجع إلى الجدول (33).

على الرغم من التغطية لجميع السكان في الأخير فبدون طلب دعم سيكون هناك عدد من المحاذير لهذا السيناريو: تعني حزمة المزايا التي يمكن أن تعطى بتكلفة مساوية لمستويات الإنفاق العالي في البلاد كإجمالي تعني أن الفوائد ستكون أقل ومختلفة عن تلك التي يحصل عليها بعض الموظفين في القطاع الرسمي الآن. وبإدراج الأفقر والسكان الريفيين يجب أن تأخذ الفوائد المعطاة في الحسبان الاحتياجات الصحية الكلية للسكان وخصوصاً الخدمات الأولية والوقائية وكذلك صحة الأمومة والطفولة. إن موظفي القطاع الرسمي الذين لا يريدون تضييع بعض الفوائد التي يتمتعون بها الآن (مثل العلاج في الخارج) سيكون بمقدورهم شراء تأمين خاص إضافي وبمعدلات المساهمة التي تقتطع المبلغ الذي يكون هؤلاء الموظفين راغبين في دفعه وإدراج المستخدمين ذاتياً والفقراء ربما يكون هذا مغرياً. وبالطبع فإن المحذور الكبير هنا هو أن السيناريو يستخدم معدلات استخدام منخفضة ولذلك ربما لا يكون واقعياً.

الشكل رقم (7)



الجدول رقم (33): تقدير الاحتمالات المستقبلية سيمنيس

السيناريو رقم (1): تنفيذ تدريجي (مستوى إنفاق جاري)

السيناريو 1 أ: مستويات استخدام جاري

السيناريو 1 ب: مستويات استخدام متصاعدة

السيناريو 1 أ	مستويات الإنفاق الجاري / معدلات الاستخدام الجاري		
ملايين الريالات (أسعار ثابتة)	2007	2009	2011
الإنفاق	6821.1	37818.8	52431.7
الإيراد	10459.7	40965.1	57123.5
الرصيد	%34.80	%7.70	%8.20
الدعم الحكومي[1]	%0.0	%0.0	%0.0

السيناريو 1 ب	مستويات الإنفاق الجاري / معدلات الاستخدام الجاري		
ملايين الريالات (أسعار ثابتة)	2007	2009	2011
الإنفاق	6821.1	71769.6	99400.8
الإيراد	14382.1	56162.8	69837.1
الرصيد	%52.60	%27.80-	%42.50-
الدعم الحكومي[1]	%0.0	%1.0	%2.5

4-4-2 سيناريو 1 ب: التنفيذ التدريجي في مستوى إنفاق جاري ومعدل استخدام متزايد

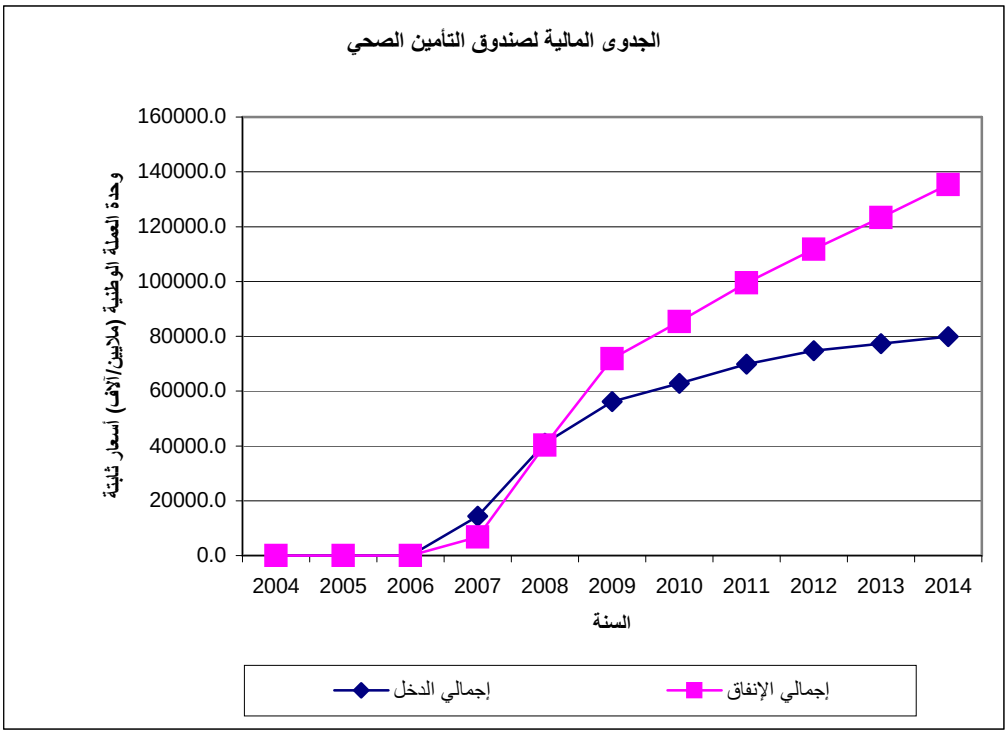
السيناريو 1ب ينفذ الزيادة المتوقعة في معدلات الاستخدام حيث يتزايد الوصول للخدمات الصحية بالتغطية. وتدفع التكاليف الناتجة لتقديم الخدمة الصحية التأمين بصورة كبيرة إلى الخسارة والعجز الناتج يرتفع إلى أكثر من 40% من الإيراد بحلول العام 2011م (أنظر الجدول 34 والشكل 8). ولتصحيح هذا العجز ستكون هناك

[1] ملحوظة:

1- الدعم الحكومي المطلوب للتوازن المالي كنسبة من إجمالي الإيرادات الحكومية.

حاجة لدعم حكومي للتأمين الصحي بنسبة 1% من إجمالي الإيرادات الحكومية في العام الثالث من التشغيل يزداد إلى 4% في العام الثامن. لاحظ أنه على عكس السيناريو السابق فإن هذا يتضمن إسهامات القطاع الرسمي بـ 11% من الأجور.

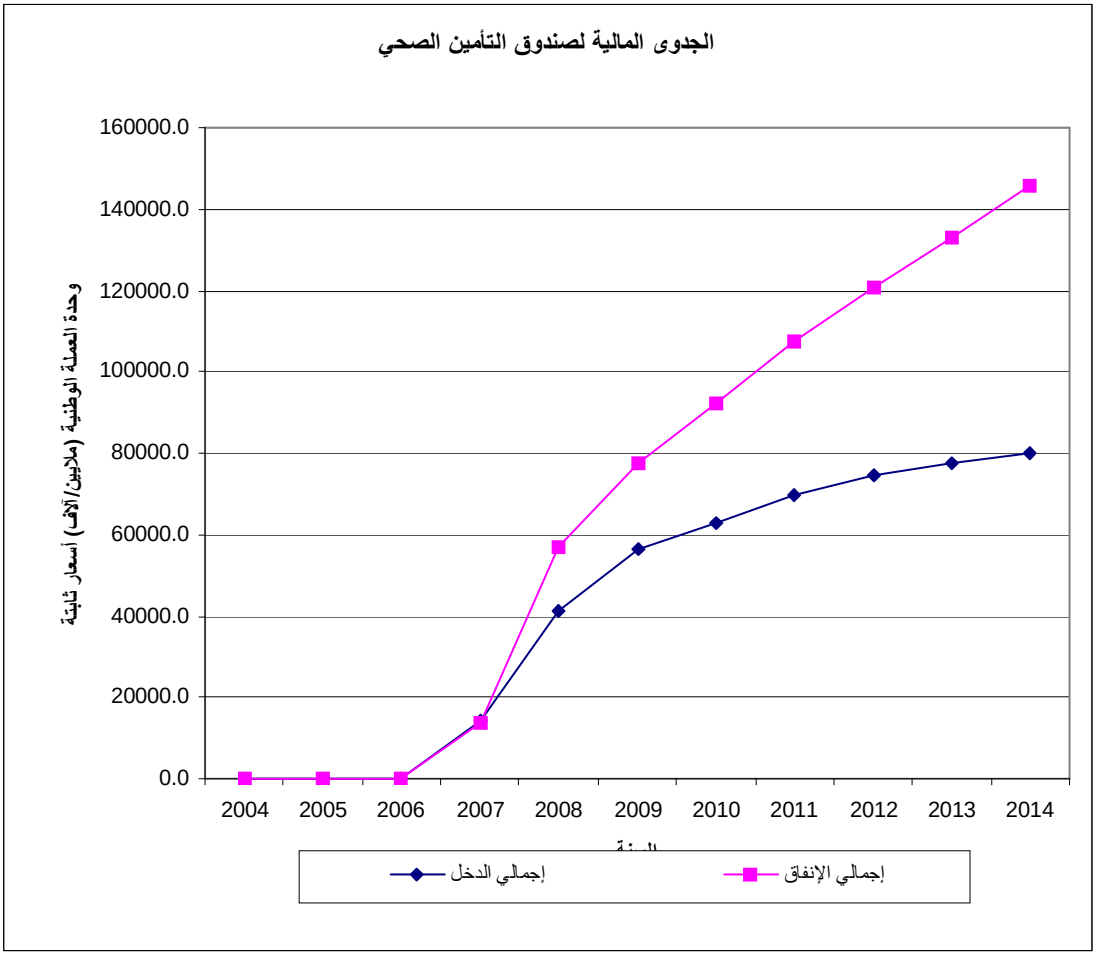
الشكل رقم (8)



4-4-3 سيناريو 2 أ: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا في الشركات ومعدل الاستخدام الثابت

بالنسبة للسيناريو 2 أ فقد بنيت الحسابات على تكاليف رعاية صحية أعلى والتي هي مساوية للتأمين الصحي الذي يغطي حزمة فوائد على أساس ما تعطيه الشركات حالياً (على أساس الفوائد الصحية للمؤسسة العامة للاتصالات). وبحسب هذا النظام يمكن أن يعطى موظفو القطاع الرسمي نفس الفوائد كما تلك التي يتلقوها الآن رغم عدم وجود علاج في الخارج وبالنسبة لأغلبية السكان ينبغي إنفاق المال على رزمة تعكس احتياجاتهم الصحية حيث أنها ربما تكون مختلفة عن متوسط الموظفين (الذكور).

الشكل رقم (9)



حسبما يمكن أن نرى في الشكل رقم (9) بنفس الأرباح عملياً كما في السيناريو السابق ولكن بنفقات أعلى بصورة كبيرة يتدبر التأمين الصحي تحقيق نقطة التعادل في العام الأول فقط (والتي أثنائها يغطى العسكريون فقط). قدمت النتائج المالية في الجدول رقم (34). العجز كنسبة أعلى منه حتى في السيناريو 1 ب رغم أن معدلات الاستخدام قد بقيت ثابتة في المستويات الجارية. ولتحقيق توازن الدفاتر سيكون الدعم ضرورياً طالما أن التغطية قد امتدت إلى المستخدمين ذاتياً والفقراء. سيكون المبلغ المطلوب يساوي 2% من الإيرادات الحكومية في السنة الثالثة من التشغيل يرتفع إلى 3.5% في السنة الخامسة.

الجدول رقم (34): تقدير الاحتمالات المستقبلية سيمنيس

السيناريو رقم (2): التنفيذ تدريجي (حزمة المزايا على أساس الشركات)

السيناريو 2 أ: مستويات استخدام جارية

السيناريو 2 ب: مستويات استخدام متصاعدة

السيناريو 2 أ	حزمة المزايا على أساس الشركات / معدلات الاستخدام الجاري		
ملايين الريالات (أسعار ثابتة)	2007	2009	2011
الإنفاق	13958.4	77388.3	107290.5
الإيراد	14382.1	56234.2	69930.6
الرصيد	%2.95	%37.60-	%53.40-
الدعم الحكومي[1]	%0.0	%2.0	%3.5

السيناريو 2 ب	حزمة المزايا على أساس الشركات / معدلات الاستخدام الجاري		
ملايين الريالات (أسعار ثابتة)	2007	2009	2011
الإنفاق	13958.4	146041.3	202470.5
الإيراد	14382.1	56313.3	70446
الرصيد	%3.00	%159.30-	%187.40-
الدعم الحكومي[1]	%0.0	%8.0	%11.0

4-4-4 سيناريو 2 ب: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا على أساس الشركات ومعدل الاستخدام المتصاعد

بإعطاء التأمين الصحي رزمة فوائد أعلى مما تتلقاه أغلبية السكان حالياً نحن نفترض أن الناس سيبدأون في استخدام أكثر للخدمات الصحية.

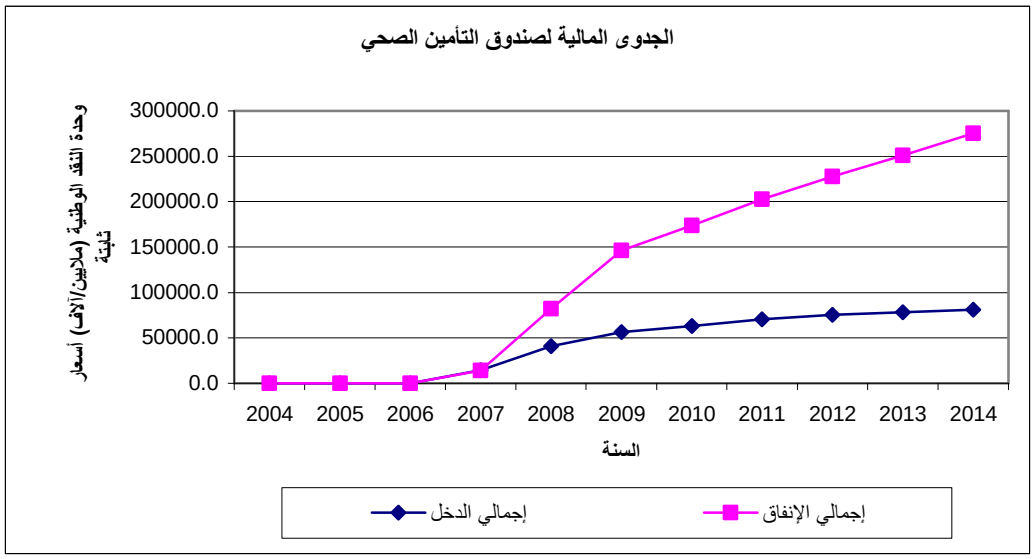
سيناريو 2ب يعكس معدل الاستخدام المتزايد هذا وبينما حزمة المزايا ، كما في السيناريو السابق ، مساوية مالياً للفوائد الصحية التي أساسها الشركات.

[1] ملحوظة:

1- الدعم الحكومي المطلوب للتوازن المالي كنسبة من إجمالي الإيرادات الحكومية.

إن نظرة سريعة إلى الشكل رقم (10) ستجعل عدم الاستدامة المالية واضحة لهذا السيناريو. والنتائج المالية مبينة في الجدول رقم (35): والعجز الناتج سيبلغ أكثر من 1.5% من إيرادات التأمين في العام الثالث من التشغيل. ونظرياً فإن هذا العجز يمكن استبعاده بدعم التأمين الصحي بـ 8% من الإيرادات الحكومية في عام 2009م والتي سترتفع إلى 11% في عام 2011م.

الشكل رقم (10)



5-4-4 سيناريو رقم (3): التنفيذ التدريجي بحزم المزايا في الشركات والعائق المالي العام

بالنسبة للسيناريو رقم (3) فقد تطرقنا لقضية التوازن المالي من زاوية مختلفة. إن الدعم الحكومي قد تحدد الآن بـ 1% من الإيراد الحكومي والذي يعكس احتمال العائق المالي العام. وعندئذ نعدل الحدود الأخرى لنرى كيف نستطيع الاقتراب من سيناريو تأمين صحي متوازن مالياً لكنه عادل كذلك.

ولما كان الكثير من العاملين في القطاع الرسمي يمكن أن يقاوموا الدفع إلى تأمين اجتماعي يعطي فوائد أقل مما تعودوا الحصول عليها فيتم الإبقاء على النفقات على مستوى الشركات (مساوي للسيناريو 2أ و 2ب). يتم الإبقاء على اسهامات القطاع الرسمي عند 11% كحد أقصى. وحيث أن مثل هذا الترتيب لازال سينتج عنه عجز كبير جداً تتخذ إجراءات إضافية لتخفيض التكاليف وزيادة الإيرادات:

- تتم زيادة المدفوعات المشتركة إلى 20%.
- تقسم مساهمات المستخدمين ذاتياً إلى أثنتين:

- 1000 ريال للشخص المتوسط في هذه الفئة (أرقام 2004م ويعدل التضخم في السنوات التالية).
- 500.000 من المستخدمين ذاتياً الأغنياء يدفعون مساهمة تساوي 4% من الراتب وهذا يساوي مرتين متوسط الراتب الحكومي.

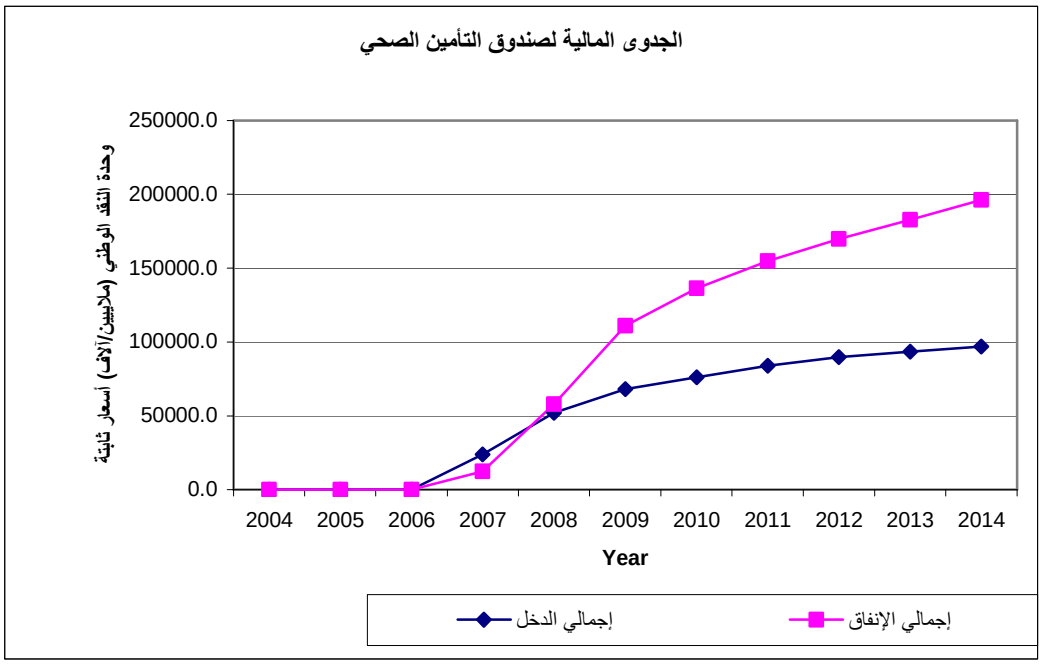
- في العام الأول من التشغيل يعفى أفراد أقل في فئة المستخدمين ذاتياً من دفع المساهمة.
- مد التغطية للمستخدمين ذاتياً والفقراء يخفض بصورة كبيرة بحيث أنه بنهاية فترة المحاكاة يغطى النصف فقط (أنظر الجدول 36).

الجدول رقم (35): تغطية المستخدمين ذاتياً والفقراء في السيناريو رقم (3): توسع أبطأ (في %)

السنة	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
تغطية المستخدمين ذاتياً	%0	%10	%20	%30	%35	%40	%45	%50

قدمت النتائج الكاملة في الشكل رقم (11) وفي الجدول رقم (36). وعلى الرغم من أن السيناريو قد حاول الإبقاء على النفقات أقل والإيرادات أعلى من مستويات السيناريو السابق فلا زالت فجوة مالية واسعة موجودة بحلول العام الثالث من التشغيل. وتأخذ هذه الأرقام بالاعتبار الدعم الحكومي بنسبة 1%. ومع ذلك يبلغ عجز التأمين الصحي 63% من الإيرادات في عام 2007م و 84% في عام 2011م.

الشكل رقم (11)



الجدول رقم (36): تقدير الاحتمالات المستقبلية سيمنيس			
السيناريو رقم (3): تنفيذ تدريجي (حزمة المزايا في الشركات وقيد المالية العامة بمستويات الاستخدام المتصاعدة			
السيناريو 3	رزمة المنافع في الشركات / قيد المالية العامة / معدلات الاستخدام المتصاعدة		
ملايين الريالات (أسعار ثابتة)	2007	2009	2011
الإنفاق	12407.4	111108.9	154808.4
الإيراد	23938.4	68127.1	84072.8
الرصيد[1]	%48.20	%63.10-	%84.10-
الدعم الحكومي[2]	%1.0	%1.0	%1.0

في هذا السيناريو أدرجنا سقف لدعم التأمين الصحي يأتي من خارجه. وهذا محتمل حيث أن هناك الكثير من المطالبات المتنافسة لأي أموال يمكن استخدامها للدعم سواء كانت تلك من الحكومة أو من مصادر أخـــرى. وقد عدلنا مستويات المساهمة لمحاولة وكسب أقصى إيراد معقول من داخل نظام التأمين الصحي. وقد ضحينا بالعدالة والتضامن في مجالات عدة وتحديداً المدفوعات المشتركة الأعلى واستثناءات أقل وتغطية أدنـــى (أو أبطأ) للمستخدمين ذاتياً والفقراء. ومع ذلك فإن هذا لم ينتج عنه توازن مالي لتقدير التوقعات المستقبلية للتأمين الصحي هذا.

وللإنطلاق من هنا هناك بعض الأسئلة الهامة التي تحتاج إلى أن نطرحها: إلى أي مدى توجه اليمن سياســـة تأمينها الصحي مع الهدف المعياري لتوفير نظام عادل ووصول إلى الرعاية الصحية للجميـــع؟ إن التـــوازن المالي من السهل ايجاده بالتأكيد عندما تكون التغطية محدودة على القطاع الرسمي. ومع ذلك فإن نظام التأمين الصحي سيحكم عليه في الأخير بحقيقة إلى أي قدر ساهم في مجتمع أكثر صحة وأفضل لأن هـــذه العدالـــة مهمة. إن التضامن بين أولئك الذين يكسبون الكثير وأولئك الذين لديهم أقل مسألة مهمة. إن التغطية والوصول إلى الجميع بأسعار يستطيعون تحملها هي قضية هامة. وكما رأينا في هذه السيناريوهات فإن الحصول علـــى نظام صحي مستدام وعادل هو مسألة صعبة ليس فحسب من وجهة النظر المالية. إن درجة التضامن أو الدعم المتبادل وإدراج المستخدمين ذاتياً وإعفاء الفقراء من الدفع ودعم النظام من الحكومة أو المصادر الأخرى هي مسألة متروكة للمجتمع اليمني ليناقشها. ثم ستجري بعدها صياغة المعاني المتضمنة المالية لهـــذه الخيـــارات بسيناريوهات سيمنيس أخرى.

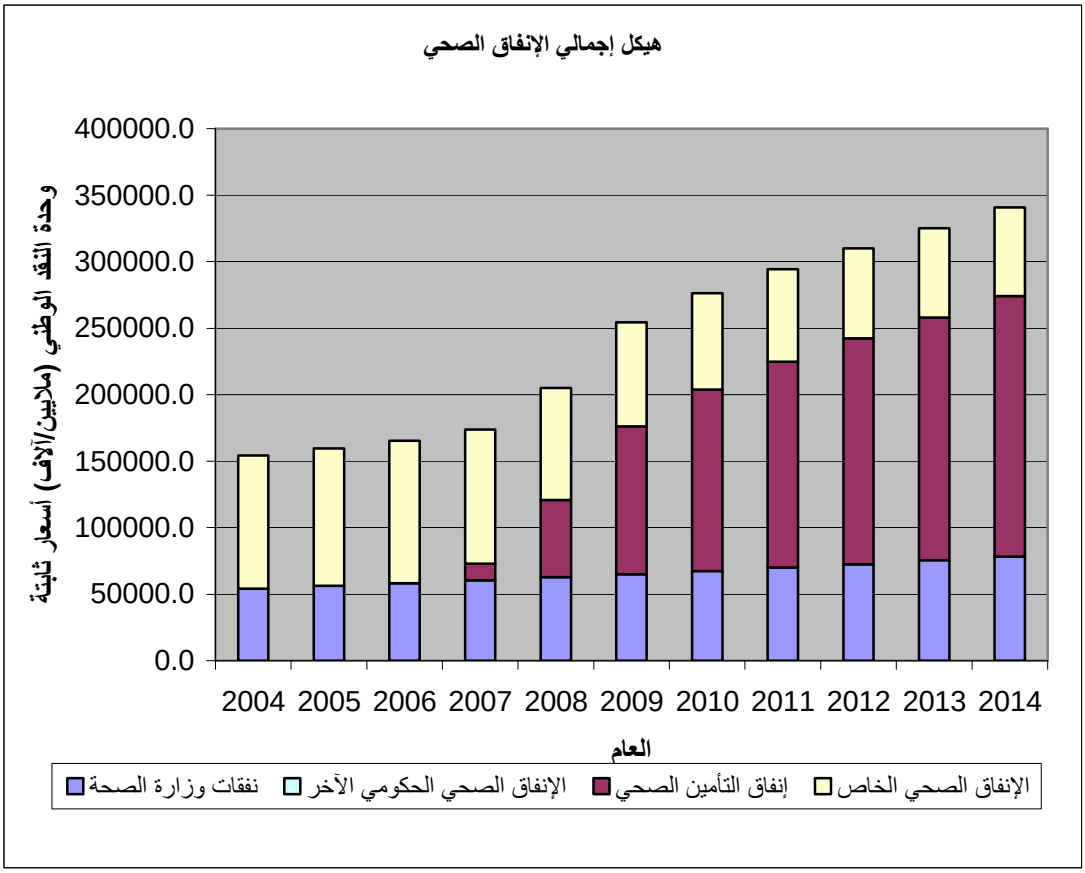
[1] الرصيد بعد الدعم الحكومي بـــ 1% من إجمالي الإيرادات الحكومية.

[2] الدعم الحكومي مقفل عند 1% من إجمالي النفقات العامة (قيد المالية العامة).

4-4-6 بنية الإنفاق الصحي الشامل

أخذ الشكل رقم (12) بأدناه من السيناريو رقم (3) ويشرح أحد الخصائص الأساسية المشتركة لجميع تقديرات الاحتمالات المستقبلية الخمسة: ولما كان التأمين الصحي ينفذ وتمد التغطية تدريجياً لكل السكان فإن بنية النفقات الصحية تتغير. فالنفقات الصحية تنتقل من الخاص والإنفاق المنفق إلى الدفع المسبق في نظام صحي وتتزايد حصة نفقات الرعاية الصحية المتبادلة من خلال التأمين الصحي بينما يتناقص الإنفاق الخاص. وبالإضافة لذلك فعندما يحصل قسم أكبر من السكان على الوصول إلى رزمة كثيفة أكثر من الخدمات الصحية من خلال التأمين يتزايد الإنفاق الشامل في قطاع الصحة.

الشكل رقم (12): بنية الإنفاق الصحي الإجمالي



4-5 التحديات الرئيسية

ضمان الموارد المالية الضرورية

إن زيادة نوعية الخدمات الصحية (مع أثرها اللاحق على تكاليف الخدمات) وتحسين استخدام الرعاية الصحية ومد الوصول الشامل للخدمات الصحية إلى جميع السكان هي أهداف هامة في الإطار اليمني. يمكن استخدام التأمين الصحي الاجتماعي كعربة رئيسية للعمل باتجاه هذه الأهداف. ومع ذلك فهناك حاجة لتحديد الموارد المالية. وحتى إدخال حزمة الفوائد الأولى (المنخفضة) في الوقت الذي يجري افتراض استخدام أكبر من

الرعاية الصحية يؤدي إلى عجوزات مالية كبيرة. وستكون هناك حاجة للدعم الحكومي والذي يمثل نظرياً المبلغ الرئيسي ويتبع ذلك أن تكاليف فرصة ذلك الدعم ربما تكون ضخمة. إن إدخال رزمة فوائد أفضل أساسها الشركات مع معدلات استخدام أعلى يزيد الحاجة أكثر للدعم الحكومي والذي قدر الآن أنه سيكون أكبر من ميزانية وزارة الصحة الحالية. وأخيراً فعندما يتم إدخال قيد على الدعم الحكومي (أنظر السيناريو الخامس) ترتفع العجوزات المالية أكثر.

ومن التحليل الأولي للسيناريو نستنتج لذلك أن الجدوى المالية للتنفيذ التدريجي المفترض لبرنامج التأمين الصحي أكثر إشكالية.

إمكانية تبني بنية التأمين الصحي الاجتماعي

من وجهة النظر المالية يمكن أن يستحق الأمر النظر في جدوى بنية متعددة التمويل للضمان الصحي الاجتماعي. على سبيل المثال يمكن تطوير تغطية سكان القطاع الرسمي أكثر بجعلهم يستفيدون من رزمة فوائد الشركات الموجودة. ويمكن القيام بذلك ضمن صندوق تغطية المرض للموظفين والموظفين المدنيين وعندها يمكن أن يكون هناك صندوق تغطية المرض للمستخدمين ذاتياً حيث بواسطته سيتم إدخال رزمة فوائد أقل. ينبغي إتخاذ إجراءات خاصة بالنسبة للمستخدمين ذاتياً ذوي الدخل المتوسط والكبير والمسجلين والذين توجد لهم تقديرات دخل معقولة (بحيث يستطيعون دفع المساهمات). إن صندوق آخر يمكن تكوينه من اتحاد برامج التأمين الاجتماعي المجتمعية.

يمكن أن تكون حزم المزايا في الصناديق المختلفة مختلفة في البداية بسبب اختلاف قدرة المساهمين على الدفع. ومع ذلك ومع النمو الاقتصادي وتحسن توزيع الدخل فإن هذه الرزم يمكن أن تغطي رزمة فوائد مشتركة على مدى عدد معين من السنوات. وإذا تحدثنا من الناحية المالية على الأقل فيبدو أن هذا أكثر عملياً.

إن تنظيم مثل هذه البنية يمكن أن يسبب مزيد من القلق مع ذلك. وفي بلدان كثيرة لديها بنية متعددة الصناديق تعمل الصناديق تحت مظلة مجلس التأمين الصحي الوطني أو هيئة التأمين الصحي الوطني وهناك حاجة بالنسبة للأخيرة أن تمارس إشرافاً مهماً على مثل هذه البنية للصناديق المتعددة للاستجابة للأهداف الوطنية المشتركة. وبالإضافة لذلك عليها تنظيم أي تحويلات بين مختلف الصناديق على سبيل المثال حصة معينة من إيرادات الصناديق الموسرة (عادة صناديق تغطية مرض الموظفين والموظفين المدنيين هي إحداها) يمكن سحبها لصالح الصناديق الأقل يسراً. وبالإضافة لذلك فإن هيئة المظلة هذه عليها أن تتفاوض مع الحكومة حول الدعم الحكومي الذي سيدعم مالياً مختلف الصناديق وخصوصاً الأقل يسراً منها.

مجموعة عمل حول تمويل التأمين الصحي الاجتماعي[19]

في هذا الباب نقدم المجموعة الأولى من توقعات الاحتمالات المستقبلية الأولية لمختلف السيناريوهات. وهناك مزيد من العمل يحتاج إلى القيام به من أجل تحديد تحت أي ظروف يمكن للتأمين الاجتماعي في اليمن أن ينظر إليه في آخر الأمر:

1- هناك حاجة أن يتم إدخال جميع البيانات حالياً في نموذج محاكاة سيمنيس لمراجعتها

(1) فئات الخدمات الصحية مع تكاليفها الوحدية ومعدلات الاستخدام (وبذلك نتأكد أن معدلات الاستخدام للنساء والأطفال قد أخذت بالاعتبار بصورة صحيحة.

(2) تحديث حسابات الاقتصاد الكلي والمالية العامة لسنة الأساس من تقديرات الاحتمالات المستقبلية تحديداً لعام 2004م.

2- سيناريوهات جديدة من أجل استكشافها:

(1) إمكانية تعديل بنية الضرائب مع دراسة لمتغيراتها الاقتصادية الكلية مثل الاستخدام والاستثمار والنمو الاقتصادي).

(2) إمكانية هبات دولية للمساعدة في استدامة تمويل برنامج التأمين الصحي الاجتماعي.

يمكن القيام بهذا العمل من قبل مجموعة عمل فنية (والتي يمكن إنشائها من قبل لجنة التوجيه الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي). وستحتاج مثل هذه المجموعة أن تضم خبراء وطنيين من وزارات الصحة والمالية والعمل وأن تضم كذلك خبير قانوني وطني. وبدورها ستدعم هذه المجموعة بمساعدة فنية دولية.

إن التفاعل ضمن مجموعة العمل هذه سيعزز بصورة كبيرة واقعية سيناريوهات بديلة أخرى. وعلى سبيل المثال سيكون من الأسهل دراسة المعاني المتضمنة المالية لأي تغييرات في القانون المقترح حالياً. أو أن القيود المحددة من قبل وزارة المالية يمكن النظر فيها من البداية.

[19] ضمن مركز اختصاص التأمين الصحي المقترح أو هيئة تأمين صحي وطني.

5- خارطة طريق نحو التعاون الدولي لنظام التأمين الصحي في اليمن

5-1 طلب المساعدة الفنية

وبمجاراة الدراسات السابقة (أي فتاح 2003) فقد أظهر هذا التحقيق أن مجموعة من الشروط المسبقة الأساسية لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني لم يتم الوفاء بها بعد في اليمن. ومن جانب ينطبق هذا على الوضع في نظام الرعاية الصحية وكذلك على الحاجة الملحة لنظام معلومات موثوق به. ومن جانب آخر فإن معظم المتطلبات الأساسية لتنفيذ والقيام بنظام التأمين الصحي الوطني ليست موجودة ولم يتم البدء فيها بعد على الرغم من أنه قد أوصي بها بوضوح في مراجعات وتحاليل سابقة[20]. إن معظم الشروط الضرورية لتنفيذ نظام التأمين الصحي في اليمن قد ذكرت في مقترحات التمويل الصحي المعدة في هذه الدراسة وخصوصاً في الخيار الثالث الذي يدعو إلى التركيز بصورة أساسية على التحديات والمهام المتبقية.

ومن أجل التغلب على العوائق الموجودة ولإعداد تنفيذ نظام تأمين صحي وطني في اليمن ضمن إطار زمني معقول ينبغي التخطيط لمختلف المهام والبدء بها بأسرع وقت ممكن بطريقة منسقة بصورة جيدة. يمكن القيام بأعمال متوازية في مختلف مجالات الطلب وفي الموضوعات المتعددة التي ينبغي الإيفاء بها قبل التنفيذ الناجح لنظام تأمين صحي وطني أو حتى نظام تأمين صحي اجتماعي في اليمن.

وخلال فترة التنفيذ بكاملها سيكون الدعم الفني والاستشارة ضروريين بحسب عملية التنفيذ. وهكذا ينبغي أن يكون التخطيط والميزانية مرنين بما فيه الكفاية للسماح لمدخلات واستثمارات إضافية عند الطلب عندما تكون مطلوبة.

5-1-1 ورش العمل والدراسات والخبرة الفنية

هناك حاجة لمزيد من الاجتماعات وورش العمل والمؤتمرات وكذلك منتدى حوار سياسي مستدام مع مشاركة كل المساهمين من أجل العمل على الملكية الوطنية لتقرير الدراسة والتوصيات المتضمنة. وتتضمن الخطوات التحضيرية نحو نظام تأمين صحي وطني البحث عن فهم عريض وإجماع بين جميع الأطراف المشتركة. إن النقاش المفعم بالحيوية الذي أثير أثناء التقديم الأولي لنتائج الدراسة وعواقبها يحتاج إلى متابعة تسمح بصنع قرار تشاركي وديمقراطي وإجماعي أكثر. ولذلك هناك حاجة مطلقة لسلسلة من الاجتماعات وورش العمل تركز على الجوانب الفنية وكذلك الجوانب السياسية والمعوقات والتحديات للتأمين الصحي. إن تأسيس (إعطاء طابع المؤسسية) لاجتماعات منتظمة بمجموعة من الممثلين محددة جيداً لكل المجموعات الاجتماعية ذات الصلة يمكن أن يضمن الاستمرارية ويحسن النتيجة.

---

[20] على سبيل المثال النقطة الخامسة من المراجعة التي أنجزت من قبل خبير المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط في منظمة الصحة العالمية منذ ثلاث سنوات والذي بين ما يلي: ينبغي تبني برنامج تدريب كثيف منذ البداية لجميع مستويات موظفي التأمين الصحي وخصوصاً في الإدارة ونظم إدارة المعلومات والاقتصاديات الصحية والعلوم التأمينية والأنظمة المالية والمحاسبية والتكاليف وإدارة العقود والرعاية المدارة وإدارة الحالات (فتاح 2003 ، ص 2).

ولتنفيذ نظام تأمين صحي وطني وربما اجتماعي في اليمن فإن سلسلة من البيانات والمعلومات التي لازالت مفقودة ينبغي الكشف عنها من أجل السماح لإستراتيجيات أساسها البرهان. ويشير هذا ليس فحسب إلى مزيد من البيانات المرتبطة بالصحة والقضايا التأمينية وإنما كذلك إلى صورة أوضح للخلفية الاجتماعية الاقتصادية والاجتماعية الثقافية والظروف في اليمن. يجب تناول بنية القوة السياسية والاقتصادية والمساءلة وقضايا الجندر بصورة حاسمة لتنفيذ نظام التأمين الصحي والتي تسهم في تحقيق الأهداف الصحية وتحسين صحة السكان وتخفيض الفقر. ينبغي البدء بالدراسات التالية أثناء مرحلة التحضير وستكون هناك حاجة للخبرة الفنية أيضاً. سيتم التعرف على الخبراء الوطنيين والخبراء الفنيين الدوليين للمساعدة في تنقية الورقة السياسية لتطوير التأمين الصحي الاجتماعي وفي إدارة ندوة السياسة الصحية وفي تنقية السيناريوهات المقترحة وفي إدارة مختلف المجموعات العاملة وفي دعم والقيام بالدراسات التالية:

- دراسة تأمينية من أجل فهم أعمق لبيانات حساب الصحة الوطنية:
  - الموارد المالية وتخصيصها وتدفقها في الميدان.
  - تحليل التكاليف وإعداد التكاليف والتخصيص ووضع الأموال في قنوات على المستوى الوطني وفي المنشآت الصحية على مختلف المستويات.
  - إعادة هيكلة تخصيص الموارد بحسب متطلبات تخفيض الفقر والتضامن ومساواة الجنسين.
  - الدعم الفني لتكلفة حزمة المزايا للتأمين الصحي الوطني.
- دراسات رائدة حول قضايا الجندر الخاصة مثل العيادات المتنقلة والزيارات المنزلية لصحة الأمومة.
- التتبع المنهاجي والتقدير لممارسات التضامن وبرامج التضامن الموجودة في اليمن.
- مسح تقديرات الاحتمالات المستقبلية والطلبات والأولويات لمختلف المجموعات (العمال والموظفين والمستخدمين ذاتياً والمرأة والمزارعين ... الخ) والمساهمين.
- دراسات حول قبول وأداء برامج التأمين الصحي التي أساسها المجتمع.
- دراسات حول جدوى البطاقة المجانية والتحويلات النقدية والدعم الآخر المدفوع بالطلب في الإطار الاجتماعي لليمن.
- دراسات حول إمكانية ربط برامج الفوائد الصحية للشركات بنظام التأمين الصحي الوطني.
- دراسات حول إمكانية ربط مشروعات التأمين الصحي التي أساسها المجتمع بنظام التأمين الصحي الوطني.

5-1-2 الدعم القانوني وأنظمة المعلومات

ينبغي إعداد سلسلة من القوانين واللوائح أو تحديثها بحسب السيناريو المتفق عليه لتطوير التأمين الصحي الاجتماعي. يمكن تطوير قاعدة بيانات للتشريعات وأن تركز الجهود على الاستفادة من الوسائل القانونية المماثلة التي طبقت في بلدان أخرى داخل وخارج المنطقة. وهناك حاجة كذلك لقاعدة بيانات تأمين صحي وطني عن مقدمي الخدمة العامة والخاصة والمنشآت والمؤسسات المقدمة للخدمات الصحية والموارد البشرية وصور عن الأوبئة والسكان ومعلومات أخرى تتعلق بالرعاية الصحية والتمويل الصحي. وبالتعاون مع

منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي والمانحين الدوليين الآخرين فإن لجنة توجيه وطنية للتأمين الصحي الاجتماعي ستحدد الخبرة الفنية الضرورية لإعداد أنظمة تأمين صحي على المستوى الوطني.

وعلى الرغم من أن التقيد بالقوانين وقبولها متدني عموماً في اليمن فقد تعودت المشروعات السياسية على البدء بتنظيم والتصويت على مقترحات القوانين. وفي الحقيقة فإنه ليس ممثلي الحكومة فقط يعتبرون إجازة قانون تأمين صحي جديد كنقطة بداية حاسمة لتنفيذ النظام الوطني وإنما كذلك معظم المساهمين. وفي الوضع السياسي عندما طلبت هذه الدراسة فإن مقترح القانون الذي رفض في مجلس الوزراء يبدو أنه هماً رئيسياً لكل المساهمين المشتركين.

إن إحدى نتائج عواقب مختلف نتائج هذه الدراسة هي حقيقة أن القرار القانوني المقترح سيكون بحاجة إلى مزيد من التحديد والتكيف مع تصميم نظام التأمين الصحي الوطني الذي ستختاره الحكومة والمجتمع. وتبدو النسخة الحالية من المقترح أنها غير كافية لتغطية كل جوانب موضوع معقد كهذا التأمين الصحي والذي تقوده أهداف مثل تخفيض الفقر والعدالة والتغطية الشاملة. وبذلك وفي مرحلة مبكرة فإن الدعم الفني فيما يتعلق بالجوانب القانونية وبصورة رئيسية لمقترح القانون سيكون هناك شعور بأنها أولوية.

إن أحد الموضوعات التي ينبغي تناولها هي العلاقة بين التأمين الصحي في مفهومه الواسع والتأمين لمشكلات صحية ترتبط بالعمل مثل حوادث العمل أو أمراض العمل. والآخر يجب أن يعالج المعاني المتضمنة لتشريع العمل الحالي حول التأمين الصحي. وهكذا فإن أربعة قضايا رئيسية على الأقل تحتاج إلى مزيد من التحقيق والمقترحات:

- دراسة الإطار القانوني الشامل للحماية الاجتماعية في اليمن مركزين بصورة خاصة على تلك الجوانب المستقاة من قانون العمل.
- دراسة مزايا ومضار ربط التأمين الصحي العام بالتأمين الصحي المرتبط بالعمل.
- إعداد إطار قانوني محدد للبلد لتنفيذ التأمين الصحي.
- إعداد تصميم قانوني لهيئة التأمين الصحي.

5-1-3 بناء القدرة

تواجه اليمن حالياً حاجة هائلة من الموظفين المؤهلين لتنفيذ وإدارة نظام التأمين الصحي الوطني. وإذا أصبحت الحماية الاجتماعية في الصحة هدفاً رئيسياً للسياسة الوطنية فليس المطلوب استثمارات كبيرة فحسب فيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية والبنية التحتية لكن حتى استثمارات في الموارد البشرية وبناء القدرة. وبذلك فإن خارطة الطريق للتأمين الصحي في اليمن ينبغي أن تتضمن العناصر التالية من أجل خلق المتطلبات الأساسية الضرورية وللوفاء باحتياجات مثل هذا المشروع الطموح:

1- مطلوب تدريب الموظفين في جميع المجالات المتعلقة بتطوير برنامج التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن والمجالات التي سيغطيها التدريب هي التالية:

2- مهارات إدارية على مستويات مختلفة: إستراتيجية وعملياتية ومستوى متوسط ... الخ.

3- الاقتصاديات الصحية وتمويل الرعاية الصحية (إعداد التكاليف وتحليل التكاليف والإدارة المالية والتخطيط ... الخ).
4- مهارات لإدارة هيئة التأمين الصحي.
5- وعلى رأس هذه الزمالات في هذه المجالات وغيرها من المجالات سيتم تعزيز القدرات الوطنية كذلك من خلال جولات دراسية للمهنيين اليمنيين ليكونوا على إطلاع ببرامج مماثلة طورت داخل وخارج المنطقة.
6- وبالنظر إلى مشكلات اللغة فإن بعض التدريب يمكن القيام به في اليمن بإحضار خبراء من البلدان التي تتحدث باللغة العربية. وينبغي أن يتضمن التدريب مهارات اللغة وبصورة خاصة اللغة الإنجليزية للمهنيين الذين سيتعاملون مع إعداد النظام الصحي الاجتماعي.

ومن أجل بناء وإدارة نظام تأمين صحي ستكون هنالك حاجة لطيف واسع من المعارف العامة والمهارات المحددة. وفي الوقت الحالي لا تتوفر العمالة المؤهلة بأعداد كافية ومجموعة من المؤهلات الضرورية لازالت غير موجودة على الأجندة التعليمية والأكاديمية في اليمن. وهكذا فإن برنامج تدريب كبير لموظفي التأمين الصحي ينبغي أن يبدأ بأسرع وقت ممكن من أجل تحقيق المتطلبات الأساسية من الموارد البشرية لتنفيذ النظام الوطني. وينبغي أن تركز الإستراتيجيات الأكثر أهمية لبناء القدرة على المناصرة السياسية والإدارة والتدريب الفني وتنمية المهارات الشخصية.

أولاً وقبل كل شيء سيكون بناء القدرة في الاقتصاديات الصحية والتمويل الصحي مطلوباً لمجموعة محورية موسعة من خبراء التأمين الصحي. ويشمل هذا إعداد التكاليف وتحليل التكاليف والإدارة المالية وغيرها. ينبغي أن توفر الدورات التدريبية كذلك اختصاصات تنظيمية وإدارية ضرورية لإقامة وتنفيذ والرقابة على برنامج التأمين الصحي ولذلك فإن تدريب الإدارة على مختلف المستويات سيكون ذو أهمية قصوى حيث أنه تطوير للمناصرة السياسية والتسويق الاجتماعي والاتصال. إن تنفيذ بحث علمي مصاحب ينبغي أن ينجز إقامة نظام التأمين الصحي الوطني من البداية ولذلك ينبغي إشراك نواة من الباحثين والأكاديميين من كل البلاد في عملية التنفيذ.

ومع ذلك ينبغي أن لا يركز بناء القدرة على مهارات محددة مرتبطة بالتأمين فقط. فلإدارة وتنفيذ نظام تأمين صحي على المستوى الوطني ستكون هناك حاجة لمئات بل لآلاف من الموظفين المؤهلين لمختلف المهام ومجالات العمل. وبصورة أساسية فإن الإجراءات المحاسبية والرقابة اللاحقة ستتطلب عدداً كبيراً من الناس الذين لن يحتاجون إلى مهارات محددة جداً. ومع ذلك فإن المعلوماتية وتكنولوجيا المعلومات وكذلك غلبة معقولة للغة الإنجليزية ستكون ضرورية لعمليات أساسية مثل معالجة البيانات والتوثيق.

ومن أجل إشباع الطلب المتزايد باستمرار للموظفين المؤهلين بعد بدء التأمين الصحي في اليمن ينبغي تقديم التدريب داخل اليمن وكذلك على المستوى الدولي. ينبغي أن يتوفر في البلاد عدد كافٍ من المؤسسات لكل المهارات الأساسية – اللغة وتكنولوجيا المعلومات والمحاسبة والإدارة الشخصية والمالية والرقابة والتعاقد ... الخ. وبالنسبة للمؤهلات الأكثر نوعية وبصورة رئيسية الموظفين ذوي الرتب العالية ينبغي أن تكون لديهم

فرصة المشاركة في تدريب وندوات ودراسات ما بعد التخرج على مستوى دولي وحضور دورات تدريبية معينة مثل تلك التي تقدمها منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي وآخرين.

5-1-4 تصميم مؤسسة تأمين صحي اجتماعي

هناك حاجة لدعم فني في تطوير البنية الإدارية لهيئة التأمين الصحي الاجتماعي بما في ذلك نظام معلومات الإدارة ونظام إعداد الفواتير والرقابة ... الخ. يمكن لمنظمة الصحة العالمية تنسيق دعم دولي في هذا المجال.

إن التعزيز المؤسسي ذو أهمية قصوى كذلك في المرحلة التحضيرية من تنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي وعند إنشاء هيئة التأمين الصحي وبعد البدء ببرنامج التأمين الصحي الاجتماعي. إن إنشاء السكرتارية الفنية للجنة التوجيه الوطنية هو حجر الزاوية المهمة في هذا الخصوص. فسوف تمكن من التحضير السلس للتأمين الصحي الاجتماعي في اليمن ويسير هذا العمل متوازياً مع ومرتبطاً بصورة وثيقة ببناء القدرة لتطوير الخبرة الوطنية الضرورية. ينبغي بذل الجهود كذلك لتحديث المنشآت الصحية العامة والتي ستشترك في تقديم الخدمة (لرفع مستوى المنشآت في مستويات مختلفة ويشمل ذلك المعدات الحيوية الطبية والتدريب ... الخ). ينبغي أن يتضمن تصميم وتنفيذ هيئة التأمين الصحي التأمين الأصغر واللامركزية ومعالجة المطالبات والرقابة والتفتيش وجميع المهام الأخرى ذات الصلة بالتأمين الصحي.

إن التصميم الملائم لمؤسسة التأمين عامل حاسم لأداء وقابلية الحياة واستدامة التأمين الصحي الوطني. وفي إطار اجتماعي حيث يسود سوء الاستعمال وانعدام الثقة فإن الشفافية والمساءلة والسمعة الجيدة ذات أهمية قصوى لنجاح أي صندوق. ينبغي دراسة شروط الإطار العام التي وصفت باختصار في هذه الدراسة من أجل القدرة على تطوير إطار قانوني وتنظيمي وإداري لتنفيذ هيئة التأمين الصحي. ويمكن تأسيس هذه الهيئة خطوة بخطوة: أولاً وبصورة فورية كسكرتارية فنية لمجلس الاستشارة للتأمين الصحي الاجتماعي والتي يمكن تحويلها كخطوة ثانية إلى مركز اختصاص التأمين الصحي والذي بدوره وبعد الوفاء بالكثير من الشروط المسبقة يمكن إدماجه (جزئياً) في هيئة التأمين الصحي الوطني.

ينبغي أن يتم تصميم الإطار المؤسسي والمؤسسات بطريقة تسمح بإدراج جميع المجموعات الاجتماعية وخصوصاً الفقراء والنساء. يعتمد كل العمل التخطيطي والمفهومي فيما يتعلق بالتأمين الصحي في اليمن بصورة رئيسية إن لم يكن بصورة وحيدة على الأعضاء الذكور في المجتمع في الوقت الذي مساهمة المرأة ضعيفة ومقتصرة عادة على بعض المجالات المختارة القليلة جداً مثل صحة الأمومة. لقد تعود الفقراء على مواجهة أكبر المخاطر الصحية ولكن صوتهم ربما يسمع عندما يأتي الأمر لتنفيذ الحماية الاجتماعية وتحسين صحة السكان. وهكذا فإن المشاركة الكافية لمعظم المجموعات الهشة يجب ضمانها في مؤسسة التأمين الصحي سواء كانت هيئة واحدة أو تنظيم لامركزي.

إن الشرط الأساسي الآخر لنجاح مؤسسة التأمين الصحي والذي يبدو أنه حاسم في البيئة الاجتماعية الثقافية اليمنية هو الحيلولة دون أي نوع من سوء الاستعمال والإثراء الذاتي والفساد. ولذلك يجب أن تدار هيئة

التأمين الصحي الوطني بصورة مستقلة وليست مؤسسة تديرها الحكومة مع مجلس تـدقيق وإشـراف قـوي وفعال. وبمواجهة إنعدام الثقة الواسع الانتشار في المؤسسات العامة وجميع أنواع الـصناديق التـي تـديرها الحكومة فإن الرقابة الصارمة على الموارد والقواعد الواضحة للتدفقات النقدية والضوابط التقييدية يجـب أن تكون موجودة. ينبغي إعداد إرشادات ومبادئ لضمان درجة عالية من الشفافية والمساءلة والحد مـن سـوء الاستخدام وتنفيذ عقوبات كافية وذلك سيتطلب رواتب فوق المتوسط وكذلك رقابة وإشراف فاعلين. ومع ذلك ومن أجل تحقيق كل من المساءلة العالية والسمعة والمشاركة الدولية النشطة فـي مجلـس الإدارة والتـدقيق لمؤسسة / مؤسسات التأمين الصحي فإن ذلك أمر نوصي به على الأقل أثناء إقامـة وتنفيـذ نظـام التـأمين الصحي الوطني.

إن التسويق الاجتماعي والعلاقات العامة عناصر مهمة كذلك يمكن أن يكون لها تأثير علـى تنفيـذ التـأمين الصحي. تتطلب المشاركة الاجتماعية الوعي الاجتماعي والمعلومات من خلال المسرحيات في وسائل الإعلام ودوراً هاماً في السياسة الاجتماعية. إن الصحافة الجيدة تفرض الشفافية وتساعد على تتبع والتقليل من سـوء الاستعمال والفساد. وهكذا فإن المهنيين في التأمين الصحي ينبغي أن يكونوا مدركين للرأي العام ومـستعدين لتحديات العلاقات العامة الجيدة للترويج للتأمين الصحي.

يبدو أن النشاطات الموازية ضرورية من أجل التنفيذ الناجح لنظام التأمين الصحي الـوطني. يجـب علـى الحكومة الوطنية أن تركز على المهام التالية:

- رفع مستوى منشآت الرعاية الصحية.
- تحسين تقديم الرعاية الصحية.
- تنفيذ إشراف صارم على تقديم الرعاية الصحية.
- تنفيذ الرقابة على الجودة والضمان.

5-2 خارطة طريق للتأمين الصحي الاجتماعي لليمن

إذا وافقت الحكومة الوطنية ومجلس الشورى والبرلمان على تنفيذ التأمين الصحي في اليمن واختارت الأكثر إقناعاً من بين مختلف الآراء فإن الدعم الإضافي من المجتمع الدولي ينصح به بدرجة كبيرة ويتوقـع عمليـا كذلك من قبل كل المساهمين. وفي هذه الحالة ستصبح الجهود المشتركة لكل المانحين باتجاه نظـام التـأمين الصحي الوطني جزءاً هاماً من أجندة الإصلاح. ويرجع هذا إلى الدعم المالي وكـذلك الـدعم الفنـي مـن المنظمات المتعددة الأطراف والثنائية. إن إحدى المهام سيتم توجيهها مستقلة عن الصناديق المختلفة والموارد الموجهة لتحسين القطاع الصحي والإصلاح باتجاه التأمين الصحي. وفي الأجل القصير فإن أفـضل طريقـة لتطوير وتنفيذ منتدى التأمين الصحي بين المانحين ينبغي تحديدها والاتفاق عليها.

يجعل التقييم الواقعي للوضع الحالي فترة زمنية بين 3 إلى 4 سنوات فترة معقولة لتطوير التـأمين الـصحي الاجتماعي بما في ذلك التشريع والدعم والدعم الإعلامي والتكييف المؤسسي والمساعدة الفنية وبناء القدرة.

5-2-1 الاستشارة الوطنية أو مجلس التوجيه

إن أحد العناصر الهامة التي ستكون ضرورية لتعبيد الطريق نحو نظام تأمين صحي على المستوى الوطني في اليمن هو لجنة التوجيه الوطني للتأمين الصحي الاجتماعي. ويبدو لعدة أسباب أنه من الأفضل أن يكون مكان هذه اللجنة بالقرب من وزارة الصحة العامة والسكان طالما أنها تعبر عن رغبة واضحة والتزام فيما يتعلق بنظام التأمين الصحي الوطني. وعلى الرغم من أن وزارة الصحة العامة والسكان قد راكمت مجموعة من التجارب فيما يتعلق بالتأمين الصحي وكلفت بهذه الدراسة فإن عدة بيانات من الوزارة ومن خارج الوزارة تعطي بعض الاسباب للشك في درجة الا قتناع المطلوبة. ومع ذلك فإن الرأي بتنظيم لجنة التوجيه في ارتباط وثيق بمنظمة الصحة العالمية هو حجة هامة لإعطاء وزارة الصحة العامة والسكان الدور القيادي.

وعند إنشاء لجنة التوجيه الوطني لتطوير التأمين الصحي الاجتماعي ينبغي بذل الجهود للحصول على الالتزام السياسي في أعلى المستويات لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي. ستطور لجنة التوجيه وذراعها التنفيذي السياسة اللازمة وتكلف بالأوراق الفنية التي تعتبرها ضرورية. وعليها كذلك تنظيم عملية خلق الإجماع وأن تحصل على قرار مدعوم على نطاق واسع حول الرأي في طلب تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني.

وبطلب من وزير الصحة العامة والسكان وربما أيضاً من قبل بعض أعضاء مجلس الوزراء سيعين رئيس الوزراء أعضاء لجنة التوجيه. وينبغي أن تشمل هذه اللجنة أكثر الممثلين التزاماً ومعرفة بالتالي:

- المساهمين الرئيسيين
  - برامج التضامن
  - برامج التأمين الصحي الاجتماعي (أي للشركات)
  - برامج التأمين التي أساسها المجتمع
  - اتحادات العمال أو ممثلي الموظفين
  - نقابات أصحاب العمل أو جمعياتهم
  - اتحادات المرأة
  - منظمات المجتمع المدني
  - المنظمات الغير حكومية
  - الجامعات والأكاديميات
  - صناديق التقاعد
- الهيئات الحكومية
  - مكتب الرئاسة
  - رئيس الوزراء
  - وزارة المالية
  - وزارة الصحة العامة والسكان
  - وزارة الخدمة المدنية والتأمينات
  - وزارة الشئون الاجتماعية والعمل

- وزارة التخطيط والتعاون الدولي
- وزارة الأوقاف والإرشاد
- وزارة التربية والتعليم (إذا كانوا سيشتركون في التأمين الصحي الاجتماعي)
- وزارة الدفاع (إذا كانوا سيشتركون في التأمين الصحي الاجتماعي)
- وزارة الداخلية (إذا كانوا سيشتركون في التأمين الصحي الاجتماعي)

يجب على المجموعة المحورية دعم المجموعة التوجيهية أو المنتدى الاستشاري أو لجنة التوجيه في اليمن التي ستعين من قبل رئيس الوزراء. ستكون مجموعة شراكة بين الوزارات وبين الهيئات وبين القطاع العام والمدني أو مجلس من ممثلين ذوي مستوى رفيع من كل القطاعات ذات الصلة مدعومين من الحكومة وبصورة رئيسية وزارة المالية ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة العمل والشئون الاجتماعية ووزارة التخطيط والتعاون الدولي ووزارة الدفاع ووزارة الداخلية ووزارة الأوقاف والإرشاد. يجب أن تضم مجموعة التوجيه هذه وبصورة فورية المساهمين الأكثر صلة والمجتمع المدني أي التأمينات الصحية الموجودة وصناديق التقاعد والجمعيات المهنية والاتحادات وممثلي المرأة ومنظمات المجتمع المدني والجامعات وجميع المساهمين الآخرين. وينبغي أن يصبح تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني ليس مشروعاً فقط بين الوزارات ولكن بصورة خاصة مشروع يشارك فيه المجتمع ويربطه مع المجتمع المدني وكذلك بالتعاون الدولي والوطني.

بعد مراجعة السيناريوهات المقترحة لتطوير التأمين الاجتماعي لليمن من قبل التعاون الفني الألماني بدعم فني من منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي ينبغي أن توكل المتابعة إلى المجموعة الاستشارية الوطنية المذكورة أو لجنة التوجيه. وعلى هذه المجموعة أن تحقق رؤية عالية وأن يرأسها رئيس الوزراء وأن تتم متابعة الأهداف التالية:

- إعداد ورقة سياسة على أساس دراسة التعاون الفني الألماني ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي حول التأمين الصحي الاجتماعي مبرزة مبررات ذلك الخيار السياسي وأثره المحتمل.
- توفير منتدى سياسة يهدف إلى تنقية الخيارات المتفق عليها لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي.
- تعبئة الموارد البشرية والمالية الضرورية لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي.
- الإشراف على تنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي.
- القيام بالتسويق الاجتماعي لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي.

يمكن أن تكون هناك حاجة لخبرة فنية للمساعدة في إعداد خطة عمل للسكرتارية ولجنتها الاستشارية الوطنية أو لجنة التوجيه من أجل بلوغ أفضل أهدافها.

ومن بداية الفصل الأول من عام 2006م وبعد تأمين الميزانية الضرورية فإن (وزارة الصحة العامة والسكان والمانحين) سيكونون قادرين على توظيف موظفين وطنيين ودوليين وعلى إدارة العمل طوال العام وأن تستأنف لجنة التوجيه وظائفها. من الأفضل استيعاب سكرتارية الدعم الفني في وزارة الصحة العامة والسكان (مطلوب 3 إلى 4 مكاتب إضافية لهذا الخصوص). ينبغي القيام بالترتيبات اللازمة لتأمين الدعم اللوجستيكي.

سيعد الذارع التنفيذي للجنة التوجيه بمساعدة الخبراء الفنيين برنامج عمل لعام 2006م وما بعده. سترفع جميع تقارير لجنة التوجيه وتتابع النشاطات المخطط لها.

يجتمع مجلس الاستشارة أو لجنة التوجيه أربع مرات في العام لإعداد أوراق سياسة وللاتفاق على التوجيهات الإستراتيجية لتنمية التأمين الصحي الاجتماعي. تبدأ مجموعات العمل بمجلس الاستشارة أو لجنة التوجيه لإعداد الأوراق الفنية الضرورية حول موضوعات محددة تتعلق بتطوير التأمين الصحي الاجتماعي. يوكل إلى لجنة تنفيذية تتكون من السكرتارية الفنية والممثلين الرئيسيين للوزارات والمساهمين للقيام بالتحضيرات الضرورية لتطوير التأمين الصحي الاجتماعي ويشمل ذلك:

- تحديد الخبرة الفنية المطلوبة.
- تعبئة الموارد المالية.
- استقدام الخبراء الفنيين.
- جمع البيانات وتحليلها وإنشاء قاعدة بيانات تطوير التأمين الصحي الاجتماعي.
- التكليف بأوراق الأبحاث.
- إدارة ندوات وورش عمل فنية.
- التسويق الاجتماعي لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي.

ينبغي أن تعطي مجموعة التوجيه أو مجموعة الاستشارة الدعم لصناع القرار الحكوميين المسئولين للإعداد لتكوين هيئة تأمين صحي مستقلة في اليمن وتحديد المهام الضرورية للخطوات التالية في الاتجاه نحو نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن. يجب عليها العمل في ملكية هذه الدراسة وتكييفها للطلب السياسي والاجتماعي والتوقعات في البلاد. على المجموعة أن تدفع عملية إيجاد الإجماع إلى الأمام فيما يتعلق بأفضل خيار لتنفيذ التأمين الصحي.

5-2-2 المجموعة المحورية أو السكرتارية

على المستوى الوطني وبصورة فورية يمكن أخيراً تكوين مجموعة محورية قوية في وزارة الصحة العامة والسكان بدعم من منظمة الصحة العالمية وآخرين. ويشمل هذا من جانب توسعة عدد الأشخاص المشتركين حالياً في الإصلاح الصحي وقضايا التأمين الصحي بموظفين إضافيين لوقت كامل من حوالي أثنين من المهنيين وثلاثة أشخاص موظفي دعم كسكرتارية. ينبغي أن يساند الموظفين المحليين خبراء دوليين بتمويل من المانحين وإعطاء دعم فني وضمان الارتباط بالمجتمع الدولي. يمكن أن يكون مقر المجموعة المحورية وكذلك السكرتارية المقابلة أخيراً في وزارة الصحة العامة والسكان من أجل أن يكون لها الدعم الفني المستمر والمساندة من منظمة الصحة العالمية وسوف تضم الأفراد التاليين:

- ثلاثة مسئولين حكوميين ذوي تجربة وملتزمين (منتدبين على أساس وقت جزئي).
- أثنين موظفين يمنيين مهنيين على أساس وقت كامل (اقتصادي ومحامي / مدير).
- أثنين موظفين مهنيين دوليين على أساس وقت كامل (مستشار سياسة أول واقتصادي صحة).
- ثلاثة موظفي دعم على أساس وقت كامل.

وفي البداية ينبغي تغطية تكاليف التشغيل للسكرتارية بإعادة التخلي عن موظفي الحكومة وموظفي المشروع والأموال وإعادة تنظيم الدعم الفني والمالي الدولي المتوفر أيضاً. وسيمنع هذا من أن تكون المجموعة قادرة على البدء فقط بعد مفاوضات مطولة والذي سيوهن كامل العملية باتجاه نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن. ينبغي للتعاون الفني الألماني ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي المساعدة في إعداد المهام للموظفين الفنيين الذين سيوظفون محلياً ودولياً. يمكن إدماج المجموعة المحورية هذه في وقت متأخر في مركز اختصاص التأمين الصحي حالما يتم تأسيسه ووضع الميزانية له ويمكنه البدء بالعمل كنواة لهيئة التأمين الصحي الوطني المستقبلية.

5-2-3 التفاعل والارتباط

توفر السكرتارية الفنية الدعم اللازم من حيث الدعوة للاجتماعات والندوات العديدة وإعداد واستكمال أوراق السياسة والأوراق الفنية لتطوير التأمين الصحي الاجتماعي والتحضير لتنفيذ السيناريو المتفق عليه. يوكل إلى السكرتارية الفنية كذلك تنسيق مساهمة المانحين في دعم تطوير التأمين الصحي الاجتماعي كونه الأجندة الرئيسية لبرنامج إصلاح القطاع الصحي. وينبغي بذل الجهود لتوليد الدعم المالي اللازم لجميع المانحين العاملين في البلدان والمشاركين في مساعدة برنامج القطاع الصحي بما في ذلك المانحين الثنائيين والبنك الدولي ومنظمات ومؤسسات الأمم المتحدة الأخرى والمؤسسات من غير الأمم المتحدة. ينبغي تطوير تنسيق قوي بين السكرتارية الفنية ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي والشركاء الآخرين المشاركين في تطوير التأمين الصحي الاجتماعي. ومن خلال علاقتها المباشرة بمكتب منظمة الصحة العالمية في البلد في صنعاء فإن السكرتارية الفنية سترتبط بكل من منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي من أجل توليد الدعم الفني الضروري لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي.

يمكن لاتحاد التعاون الفني الألماني ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي أن يعود بقيم المشاركة والجوانب السياسية والأخلاقية الضرورية من الحكم الجيد والإشراف وكذلك الخبرة الدولية في مجال التأمين الصحي الاجتماعي. ويمكنه دعم لجنة الاستشارة في متابعة وتنسيق المانحين. ويمكن لأعضاء الاتحاد تغطية مجالات عامة أكثر وكذلك مجالات محددة جداً من الطلب وبحسب سجل الاتحاد من المعرفة وتوفر الخبراء. أما فيما يتعلق بالمهام المحددة الأخرى يمكن للاتحاد أن يبحث عن وينسق الدعم من المانحين الآخرين أي أن التعاون الفني الألماني يمكنه أن ينسق دعم المانحين في منظمة التعاون الاقتصادي – DAC وفي الهيئات الدولية الأخرى.

5-2-4 الإطار الزمني

يقترح الجدول التالي جدولاً زمنياً لتنفيذ خريطة الطريق المقترحة باتجاه نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن.

الجدول رقم (37): الإطار الزمني المقترح				
	2006	2007	2008	2009
لجنة الاستشارة أو لجنة التوجيه مع السكرتارية	ر1			
تطوير منتدى تأمين صحي اجتماعي وندوات ... الخ	ر2			
دعم قانوني ومعلوماتي	ر2--------ر2			
مساعدة فنية لمختلف الدراسات	ر2----------ر1			
إيجاد مركز لاختصاص التأمين الصحي	ر3			
التخطيط لهيئة التأمين الصحي الوطني	ر3------ر3			
إنشاء هيئة التأمين الصحي	ر1			
بناء القدرة	ر1----------ر4			
ر = ربع				

Q = الفصل

3-5 طلب المساعدة الفنية

إن متطلبات الحد الأدنى المالية السنوية بالدولار الأمريكي لتشغيل لجنة التوجيه الوطني وسكرتاريتها لتنفيذ نظام التامين الصحي الوطني في اليمن ينبغي أن تشتمل على البنود التالية:

الجدول رقم (38): تكاليف مجلس الإستشارة مع السكرتارية	
بند الميزانية	**المبلغ بالدولار الأمريكي**
موظفين مهنيين وطنيين	60.000
موظفي دعم وطنيين	20.000
موظفين دوليين	200.000
دعم إمدادي	40.000
اجتماعات وسفر ... الخ	80.000
مصروفات أخرى	100.000
الإجمالي	**500.000**

ينبغي أن تتوفر هذه الميزانية بأسرع وقت ممكن والأفضل في بداية العام 2006م. إذا لم تتوفر نقداً عندها ينبغي توفرها عيناً بإعادة تعيين الأفراد والمواد والبنود الأخرى. إن 50% من هذه التكاليف على الأقل ينبغي أن تتحملها الحكومة اليمنية. بالنسبة لمفاوضات الميزانية للعام 2007م على الحكومة اليمنية أن تطلب تخصيص ميزانية 200 مليون ريال يمني من قبل وزارة المالية لبناء مركز اختصاص التأمين الصحي الذي أوصى به فريق الدراسة. وستكون هذه إشارة طيبة بالالتزام الوطني وسوف يقدرها مجتمع المانحين بكل تأكيد.

إن لميزانية الـــ 200 مليون ريال يمني لمركز اختصاص التأمين الصحي إمكانية المساهمة في عدد كبير من القضايا التي يجب تناولها في اليمن إذا قررت البلاد بدء محاولة تنفيذ التأمين الصحي. ويبدو أن أكثر المهـــام القادمة صلة هي التالية:

- فعاليات المناصرة نحو نظام تأمين صحي اجتماعي وطني بالمشاركة مع جميع المعنيين والمساهمين الملتزمين ومجلس الاستشارة الوطني للتأمين الصحي الاجتماعي (لمزيد من التفاصيل أنظر البـــاب 2-6).
- اكتشاف ومزيد من التحليل لبرامج التضامن.
- ملاحظة وتحليل التأمينات الصحية للشركات.
- متابعة إرشاد البرامج التي أساسها المجتمع.
- تنسيق وإشراف الأبحاث وبناء بنك بيانات معرفية ونظام صحي ومعلومات إدارية.
- تدريب وتطوير الموارد البشرية.

سيقوم هذا المركز بتوسيع السكرتارية المذكورة بأعلاه وستكون نواة لهيئة التأمين الـــصحي الوطنيـــة فـــي المستقبل.

إن كل من الدراسات الوبائية والتأمينية والدراسات الأخرى المذكورة بأعلاه تعتبر ضـــرورية لتنفيـــذ نظـــام التأمين الصحي الوطني في اليمن وستكون تكلفتها حوالي 200 ألف إلى 500 ألف يـــورو بحـــسب نطـــاق وتغطية التحقيقات.

الجدول رقم (39): تكلفة الدراسات لنظام التأمين الصحي الاجتماعي

الدراسة	التكلفة التقديرية (باليورو)
دراسة تأمينية لفهم أعمق لبيانات حساب الصحة الوطنية	500.000
مسح توقعات وطلبات وأولويات مختلف المجموعات الاجتماعيـــة (العمـــال والموظفين والمستخدمين ذاتياً والنساء والمزارعين ... الخ) والمساهمين	500.000
تتبع وتقدير نظامي للممارسات التأمينية وبرامج التضامن الموجودة في اليمن	250.000
دراسات حول قبول وأداء برامج التأمين الصحي التي أساسها المجتمع.	250.000
دراسات حول جدوى البطاقة المجانية وتحويل الأموال والدعم الآخر الـــذي دافعه الطلب في الإطار الاجتماعي لليمن	300.000
دراسات حول إمكانية ربط الفوائد الصحية للشركات وبرامج التأمين الصحي المجتمعية بنظام التأمين الصحي الوطني	300.000
دراسات ريادية حول قضايا الجندر الخاصة مثل العيادات المتنقلة والزيارات المنزلية لصحة الأمومة	300.000
الإجمالي	**2.400.000**

على الحكومة اليمنية أن تضع ميزانية بأسرع وقت ممكن لجزء كبير من تلك التكاليف من أموال الحكومة الخاصة لتعطي دليلاً على الرغبة والالتزام السياسي تجاه نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني.

4-5 شروط لمزيد من المساندة والدعم الدولي

بدون شك فان على المجتمع الدولي دعم عملية الإعداد والإقامة والتنفيذ. إن التمويل الخارجي ذو الصلة الذي يخرج كثيراً عن الإمكانيات الاقتصادية للبلاد سيكون حتمياً لأي محاولة جادة لخلق نظام ينجز بصورة جيدة يضمن التمويل العادل والوصول الكافي إلى الرعاية الصحية. ومع ذلك فإنه ينبغي مساندة الدعم الدولي بكل دعم واضح ومؤكد من الجانب اليمني بما في ذلك تولي جزء كبير من الاستثمارات الضرورية وتكاليف التشغيل لعملية التبديل. سيكون مزيد من المفاوضات ضرورياً لتحديد مجالات الأولوية ونسبة المشاركة الوطنية في التمويل.

ويجب القول بوضوح أن الدعم الدولي سيقتصر على الاستثمارات خلال مرحلة التنفيذ وربما للنفقات المستمرة على البنية الأساسية والصيانة وبناء القدرة وغيرها. ومع ذلك فإنه لا ينبغي أن يتوفر التمويل الدولي ولن يتوفر لأداء وتكاليف تشغيل التأمين الصحي وخصوصاً لتغطية نفقات الرعاية الصحية للمسجلين. إن نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن يمكنه بناء مساعدة دولية سخية عندما يتعلق الأمر بإقامة وتنفيذ التأمين الصحي إنما يجب تطوير النظام بطريقة تجعله قابل للحياة مالياً ومستقل دون دعم من خارج البلاد.

إن الالتزام الخارجي مشروط إلى حد ما بالإيفاء بتوقعات معينة تجاه الإشراف والحكم الجيد. وهذا الشيء الجيد يمكن إظهاره إذا تم التطرق لكل أو بعض من المجالات الآتية:

- التركيز على الفقر وتخفيف الفقر.
- فرض العدالة والتضامن
- الشفافية والمساءلة
- نسبة مساهمة عالية للمرأة
- إشراك المنظمات النسوية
- إشراك الاتحادات العمالية والمنظمات الغير حكومية والمجتمع المدني

إن الخيار الإضافي بتحسين أداء وقابلية الحياة لنظام تأمين صحي ناشئ يتآتى من استخدام الفرص لتخفيض العبء المالي وخصوصاً أثناء التنفيذ والتمديد. ومع ذلك فإن الأمراض المعدية الموجودة تمثل تحدياً كبيراً لنظام الصحة اليمني وبذلك ستتطلب موارد كبيرة من صندوق التأمين الصحي الوطني. وعلى الرغم من أن طيف الأمراض المعدية أوسع فان الملاريا والسل وكذلك HIV / الإيدز لها تأثير كبير على الطلبات الوبائية والإنفاق الصحي. يتيح المجتمع الدولي الموارد الخاصة للوقاية والعلاج وبصورة خاصة لهذه الأمراض الثلاثة. ومع ذلك ففي كثير من البلدان النامية فإن إدارة واستخدام أموال المانحين غير كافية وتمنع البلدان الفقيرة من استلام كل الأموال المخصصة. ويصدق هذا بصورة خاصة على الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز

والسل والملاريا (GFATM) والذي يفتقد النظراء ذوي الاعداد الجيد والموثوق بهم من أجل استعمال الأموال بشفافية ومسئولية وكفاءة. ومقابل هذه الخلفية فإن نظام التأمين الصحي الوطني يمكن أن يصبح مؤسسة توجيه لإدارة وتخصيص أموال مفردة لغرض معين من صندوق مكافحة الإيدز والسل والملاريا. وسيكون الأخير سعيداً أن يكون له نظير وطني قادر على توجيه الموارد المخصصة لمكافحة الإيدز والملاريا والسل. ويمكن أن تتسلم هيئة التأمين الصحي الوطني الموارد المطلوبة لتغطية هذه الأمراض وإدراج العلاج في حزمة المزايا.

5-5 قضايا التعاون الأخرى

إلى جانب النظام الصحي فإن سلسلة من المهام الإضافية ربما تساند تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني وتشجيع الدعم العلمي.

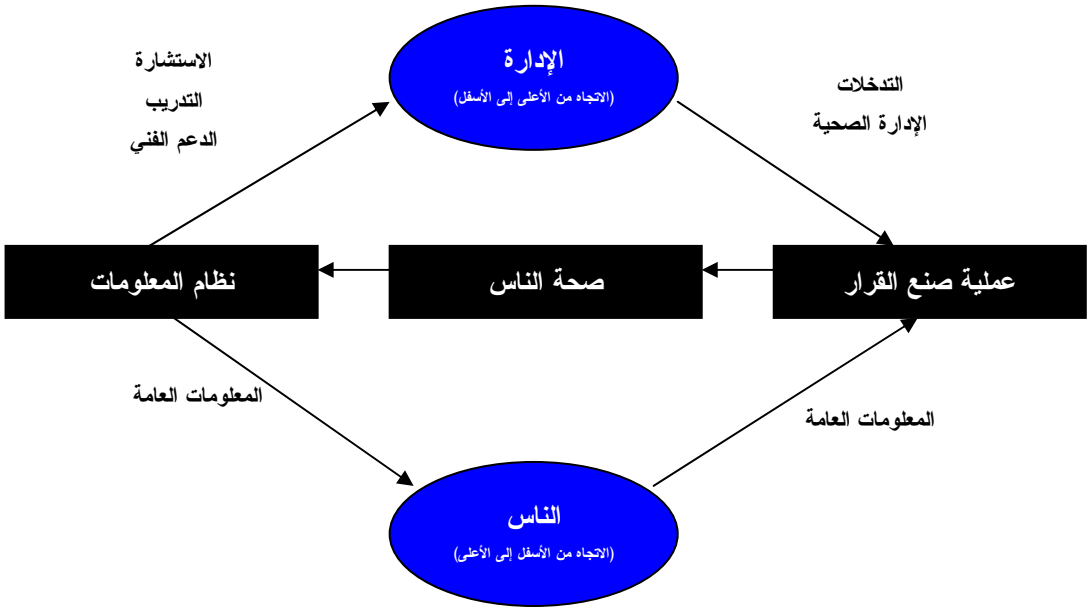
وعلى الرغم من أن كلية الطب بجامعة صنعاء لها تسمية رسمية "الطب والعلوم الصحية" فإن البرنامج التدريسي الذي يقدم بعيد نسبياً عن الوفاء بمعايير ما يناقش دولياً كمفهوم "الصحة العامة الجديدة". إن المنهج في جامعة صنعاء لا يشمل الأمراض الوبائية[21] وصحة المجتمع بما في ذلك الاحصائيات الحيوية وعلم الأمراض الوبائي العام والنوعي والسكان والرعاية الصحية الأولية والإدارة الصحية ومنهاجية الأبحاث والمنهج مركز بصورة كثيفة على وجهة نظر الأطباء ويتناول الطلبات الطبية التقليدية (جامعة صنعاء ، 2000 ، ص 48 FF). ومع ذلك فإن المشاكل الهيكلية والطلبات الاجتماعية السياسية التي نوقشت بأعلاه ينبغي أن تدار فقط بواسطة نهج متعدد الاختصاصات بصورة صارمة وتعاون مختلف المهن. وينطبق هذا كذلك على مشكلات البنية التحتية والمشكلات التنظيمية التي تواجهها الخدمات الصحية على كافة المستويات وبصورة أساسية من قبل وحدات الرعاية الأولية ومراكز الرعاية الأولية (لاسر 2002 ، ص 77).

وفي البيئة الأكاديمية أصبحت الصحة العامة نوع من الطراز البدائي من المعرفة متعددة الاختصاصات ومتعددة المهن التي تجمع علوم الطب الأحيائي والعلوم الاجتماعي (هارلمان 1995 و 1996) من حيث أنها تحتوي على أربعة أفرع محورية من المعرفة على الأقل لعلم الأوبئة التطبيقي والإدارة الصحية والترويج الصحي والصحة البيئية. وإذا حدث من جانب آخر وأن أحد النماذج المركزية للصحة العامة بقي صالحاً وتحديداً أن حالة الصحة تحدد كذلك بواسطة عدد من المحددات البيئية غير الرعاية الطبية مثل الظروف الاجتماعية الثقافية والاجتماعية الاقتصادية لاقتصاد كلي واقتصاد جزئي حي والقضايا الاجتماعية الثقافية والظروف المعينة ضمن المجتمع فيصبح من الواضح أن تحسين صحة السكان غير قابلة للتحقيق إذا ما أتبعنا اقتصاراً النموذج الطبي. ومع ذلك وفي معظم الأماكن في كل العالم فإن برامج التدريب العالمي لمهنيي الصحة العامة تستوعب ضمن كليات الطب (تلشنسكي 2000). وحسب هذه النظرة الضيقة من الصعب تطوير "العلوم الصحية" كمجال أكاديمي مستقل. وهكذا فإن إيجاد معاهد أو أكاديميات مستقلة للصحة العامة / العلوم الصحية يمكن أن تكون لها حاجة في اليمن من أجل إنجاز سلسلة المهام القادمة المختصرة في المخطط التالي:

---

[21] ساعة واحدة فقط خلال السنة الثانية (جامعة صنعاء 2000 ، ص 9).

الشكل رقم (13): نهج عملياتي لتحسين صحة الناس



المصدر: لاسر 2002 ، ص 81

إن الافتقار إلى معاهد صحية عامة "حديثة" متعددة الاختصاصات وأكاديميات علوم صحية في اليمن يعتبر عائقاً لتنفيذ التأمين الصحي على نطاق واسع. هناك حاجة للتعليم العالي المتعلق بفهم الصحة السكانية وكل المهارات ذات الصلة بالتأمين الصحي. وهكذا فإن على المانحين الدوليين دعم وزارة التربية والتعليم والمساهمين الآخرين لإقامة العلوم الصحية والاقتصاديات الصحية والإدارة والأكاديميات الأخرى ذات الصلة في البلاد ولدعم التدريب التخصصي في الخارج لأفراد التدريس والأبحاث. وفي ذات الوقت ينبغي أن يكمل المحاضرون والاستشاريون الدوليون هيئات الأكاديميات الوطنية ويشاركون في نشاطات تدريس منتظم. إن على منظمة الصحة العالمية والمانحين الآخرين أن يوفروا مدخلات إضافية للبرامج الحالية مثل دورات إدارة المستشفيات في جامعة عدن وبدء أو الترويج لتنفيذ برامج أكاديمية أخرى.

يوصى مركز اختصاص التأمين الصحي البحث عن اتصالات مكثفة وتعاون مع المعاهد والجامعات في البلاد وخارجها. ويمكنه أن يبدأ ويدعم مركز لدراسات الإستراتيجية الصحية (مثل ذلك الذي نفذ في دمشق) ويشمل مدرسة للإدارة ومعاهد للصحة العامة والسكان والاقتصاديات الصحية. ومن المحتمل أن يتوفر تمويل إضافي من المانحين لتعزيز قوة الأكاديميات ومساندة علمية لنظام التأمين الصحي. ويمكن أن يكون الدعم الذي تعطيه اللجنة الأوروبية لبناء بنية وشبكة معاهد العلوم الصحية ضمن ميثاق الاستقرار في جنوب أوروبا الشرقية مثالاً لكيفية دعم مدارس الصحة العامة وإنشاء تعاون علمي في المنطقة.

6- ملـــخـــص

6-1 مقـــدمـــة

إن أكثر من نصف السكان اليمنيين لا يحصلون على رعاية صحية. وهذا جزئياً بسبب الحاجة إلـــى منـــشآت تقديم الخدمة في متناول اليد وخصوصاً في المناطق الريفية حيث أن أثنين من بين كل ثلاثة من المـــواطنين مستثنين من الرعاية الصحية. إن العامل الآخر الذي له صلة هو عدم قدرة السكان الفقراء في المساهمة فـــي دفع قيمة الرعاية الصحية. إن تغطية التأمين الصحي غير موجودة عملياً وبرامج الدفع المسبق نـــادرة جـــداً وبالكاد تكون محتملة. إن على الناس تغطية معظم الصرفيات من أموالهم الخاصة ولذلك فإن الكثير من الناس غير قادرين على دفع قيمة الرعاية الصحية التي يحتاجونها والكافية في وقت الحاجة.

لقد أثيرت بعض المبادرات السياسية في الماضي من أجل التغلب على هذا الوضع بتنفيذ حماية اجتماعية في الصحة. إن التأمين الصحي بصورة خاصة لديه إمكانية في التقليل من حواجز الحصول على الرعاية الصحية ولمنع الإفقار الذي سببه المرض وللتغلب على استثناء الكثير من المـــواطنين مـــن الـــصحة. إن الـــصناديق الجماعية هي الأفضل بالنسبة لتمويل صحي عادل لأن الأفراد أو المجموعات يمكنهم تخصيص مبلـــغ مـــن المال يحتملوه للحصول على الحق في تلقي الدعم المالي عند حدوث مخاطرة صحية مؤمن عليهـــا. يجعـــل التأمين الصحي الدفع عن الصحة مستقلاً عن استخدام العيادات والمستشفيات أو الصيدليات لأن الناس يدفعون قبل أن يمرضوا وليس فقط عندما يكونون مرضى حيث أن معظم الناس عليهم أن يحصلوا علـــى الخـــدمات الآن بجزء كبير جداً من المصروفات المنفقة. وهو يسهم في مخاطر مختلفة لأن كل شـــخص يـــدفع ولـــيس المرضى فقط أو المعرضين للمرض. إن حالات المرض الخطير والمكلف التي لا تحدث في أحيـــان كثيـــرة يمكن الدفع عنها بواسطة صندوق تأمين صحي وخصوصاً الأغنياء والأصـــحاء وعنـــدما يـــستطيع جميـــع المواطنين أن يتمتعوا بفوائد التأمين الصحي. نحن نتحدث عن نظام تأمين صحي وطني عندما تجمع جميـــع أشكال التمويل الصحي لتوفير الرعاية الصحية في حالة الحاجة وليس فقط بحسب القدرة على الدفع.

6-2 الشروط المرجعية

وعلى أساس قرار مجلس الوزراء بالجمهورية اليمنية تم التعاقد مع التعاون الفني الألماني وذلك للقيام بدراسة حول تقدير الوضع ومقترحات من أجل نظام تأمين صحي وطني. والشروط المرجعية هي التالية:

12- جمع وتلخيص وسبك كل الوثائق ذات الصلة وقواعد البيانات المعدة لليمن وتقـــديم صـــورة للتحليـــل المقارن للوضع في اليمن مع بلدان مختارة في المنطقة والعالم.

13- تحديد برامج التضامن الموجودة الهامة في اليمن وتحليل هيكلها وتأثيرها وأدائها.

14- مراجعة برامج التأمين الصحي الحالي في اليمن بما في ذلك برامج القطاع الخاص والتأمين الصحي الخاص والتأمين الصحي المجتمعي وبرامج التأمين الصحي الجماعية.

15- القيام بمسح وتحليل لرأي التمويل الصحي للسياسيين والقادة الإسلاميين والمواطنين وشركاء التنمية والسلطات المحلية والمسئولين في الوزارات وشركات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمنظمات الغير حكومية ونقابات العمال والجمعيات الطبية.

16- القيام بزيارات ومقابلات في الوزارات والمؤسسات المركزية الأخرى ومع مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمجالس المحلية في المديريات والمكاتب الصحية على مستوى المحافظات والمديريات.

17- مقارنة الوضع الحالي في اليمن مع تجارب بلدان مماثلة في المنطقة وفي العالم من أجل تحديد ما هي الشروط المسبقة المطلوبة لبدء نظام تأمين صحي وطني.

18- تحليل ومناقشة في ورشة / ورش عمل لكل الاستنتاجات وخيارات تمويل الرعاية الصحية البديلة المقترحة مع الشركاء الرئيسيين واستخلاص استنتاجات مقابل خلفية الحقائق في اليمن.

19- إعداد ثلاثة مقترحات تمويل صحي بديلة على الأقل والتي تضمن عدالة تقديم الرعاية الصحية. وينبغي أن يغطي كل مقترح قضايا تتعلق بتحصيل الإيرادات والدفع لمقدم الخدمة والاختيار ووحدة التسجيل ورزمة المنفعة وترتيبات الإسهام وجدول المساهمة والطريقة والشراء.

20- اقتراح خطة تنفيذ ذات مراحل للتوسع الإقليمي والاجتماعي والتنظيمي بحسب أولويات وقدرات إدارة وجودة الخدمات الصحية الحالية واستعداد المجموعات السكانية.

21- إعداد إطار عمل تمويل تأمين صحي وطني لكل مقترح وكذلك توقعات أولية مالية كلية للعشر سنوات الأولى.

22- تحديد مجالات الطلب للمساعدة الفنية المستقبلية لإنشاء نظام تأمين صحي وطني في اليمن.

3-6 المنهاجية

أكمل فريق الدراسة الألماني بتعاون وثيق مع شركاء من وزارة الصحة العامة والسكان. وقد شارك مهنيون يمنيون في كل مراحل جمع البيانات والتحليل كـ "توأم" للخبراء الدوليين بروح التعلم المشترك وبناء القدرة. وقد أستكمل الفريق باستشاريين أخصائيين من منظمة الصحة العالمية ومن مكتب العمل الدولي. تم القيام باستكشاف ومراجعة شاملة لما كتب حول الموضوع وقد ترجمت الوثائق الهامة إلى اللغة الإنجليزية. أجريت مقابلات مع أكثر من 230 شريك من السلطات الوطنية والمحلية والبرلمان ومجلس الشورى (الغرفة الثانية) وأصحاب العمل والاتحادات وبرامج التأمين الصحي وصناديق التقاعد ومنظمات المجتمع المدني والوكالات المانحة. وقد شارك أكثر من 20 مجموعة من قادة الرأي بوجهات نظرهم حول التأمين الصحي الاجتماعي في استبيان اختيار متعدد. أجابت أكثر من 30 شركة عامة على الاستبيان حول تكاليف ومنافع برامجها

الصحية لموظفيها وأسرهم. وقد ألقى مسح آخر الضوء على الوظائف المسائية لموظفي الخدمة المدنية ورغبتهم في الالتحاق بالتأمين الصحي. لقد أضافت الزيارات الميدانية في أربع محافظات إلى المعرفة المكتسبة. وفي سلسلة من ورش العمل نوقشت الاستنتاجات المؤقتة وقد تم بناء إجماع لفريق الدراسة وشركائهم اليمنيين من أجل تقديم تقديرات وخيارات في ورشة عمل أكبر في 11 – 2005/9/12م مع أكثر من 80 مشاركاً. وفي 3 أكتوبر 2005م نوقشت خيارات وتوصيات مع أعضاء من البرلمان ومجلس الشورى والأحزاب السياسية ووزارة الصحة ومن المقرر أن يقدم عرض إلى مجلس الوزراء.

6-4 الخلفية

يعيش معظم سكان اليمن الـ 20 مليون في فقر شامل ويفتقرون إلى الخدمات الحكومية. يتجاوز نمو السكان التنمية الاقتصادية وسوف تتضاءل الاحتياطيات النفطية في المستقبل المنظور. ينبغي تصميم والبدء في سياسة تنمية مستدامة ويجب أن يكون تكوين رأس المال البشري أحد الاهتمامات الكبرى مع الصحة والتربية والتعليم كدافعين للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. إن الصحة هي استثمار اقتصادي كلي وينبغي تتميم تنمية الموارد البشرية بإستراتيجية إنتاج متنوعة وتحويل التدهور البيئي المتزايد.

إن معظم الأمراض والوفيات في اليمن ممكن تجنبها بتكلفة أقل. ومع ذلك فإن الوقاية وتشجيع سلوكيات طلب الصحة المناسبة للأسر ليست أولوية في قرارات تخصيص الموارد للرعاية الصحية. في المجتمع اليمني المطبب بقوة فإن الرعاية الأولية لها وضع متدني على الرغم من أنها اقتصادية الكلفة بالنسبة للأمراض الممكن تجنبها وكذلك الأمراض المزمنة والحديثة المتزايدة. إن أكثر من نصف السكان لا يحصلون مطلقاً على الرعاية الصحية وخصوصاً النساء المستثنات والمهمشات. وقد تفاقم هذا الوضع عن طريق التوزيع الغير عادل لمنشآت الصحة العامة وبقلة التمويل بصورة ملحوظة لتكاليف تشغيل المنشآت الصحية العامة. إن المستشفيات في القطاع العام بصورة عامة يستفاد منها بشكل أقل عموماً وجودة خدماتها مشكوك فيها. وأما القطاع الخاص فإنه غير منظم بصورة صحيحة وجودة خدماته غير مؤكدة. هناك طلب كبير جداً على العلاج في الخارج في حالة الأمراض الخطيرة.

إن ما يقارب 29% من إجمالي الإنفاق الصحي في اليمن من أموال القطاع الخاص والأموال العامة يستخدم للعلاج في الخارج. إن حوالي 2 من كل 3 ريالات تنفق على الرعاية الصحية من قبل الأسر هي مدفوعات منفقة في حالة المرض. إن تكاليف الرعاية الصحية الكبيرة للغاية تمس فقط عدد قليل من الناس والأمراض غير متوقعة والأسعار في الحالة الفردية غير معروفة بشكل واسع. وحيث أن الحماية الاجتماعية في الصحة مفقودة فإن هذه الظروف تجعل عدد كبير من الأسر في حالة إفقار بالعلاج الغالي والأمراض الكارثية ووفاة أفراد الأسرة. وحتى بالنسبة للأمراض العادية فإن عليهم إنفاق الكثير من المال. وعلى الرغم من القرارات الرئاسية ذات الصلة وقواعد الإعفاء الحالية للفقراء فإن الرعاية الصحية العامة لا تعطى بأي حال مجاناً. إن تقاسم التكلفة من قبل المرضى يمول 45% من التكاليف في المستشفي الحكومي الأكبر وهو مستشفى الثورة. وعلى رأس هذا فإن معظم مقدمي الخدمات يحصلون على مدفوعات غير رسمية. يقول 84% من قادة الرأي

بأن تقاسم التكلفة غير منظم بصورة جيدة ويؤكد 91 % أن تقاسم التكلفة يـؤدي إلـى تأجيـل العـلاج. إن الاعفاءات للفقراء تعطى فقط إلى فئة صغيرة جداً. وهذا بسبب قلة التمويل للمنشآت العامة وتـدني معنويـة الموظفين التي لم تزداد برفع رواتبهم من دخل تقاسم التكلفة. وفي المساء فإن نفس الموظف يكسب في السوق السوداء أو اقتصاد الظل للرعاية الصحية. إن البرنامج الممتاز لاستعادة تكاليف الأدوية عن طريق صـندوق الدواء بالنسبة للأدوية الأساسية قد وقع في فخ سوء الإدارة والفساد. إن البرنامج الحكومي الجيد جداً للإعفاء من التكلفة بالنسبة للأمراض المزمنة والكارثية لم ينفذ بصورة سليمة. وكانت النتيجة إنفاق خاص كبير وقت الاستخدام.

- إنفاق كبير للأمراض الممكن تجنبها.
- إنفاق كبير للحالات الكارثية.
- إنفاق كبير للعلاج في الخارج.
- إنفاق كبير للأدوية.
- إنفاق كبير للمدفوعات الغير رسمية والمدفوعات تحت الطاولة.

يقصد بالتأمين الصحي تنظيم وتقليل المدفوعات المنفقة وتحويل العبء الكبير الغير متوقع لبضعة أشخاص في مدفوعات مسبقة منتظمة للجميع بحيث يمكن إعطاء الرعاية الصحية بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع فقط.

5-6 الأمن الاجتماعي والحماية

إن شبكة أمن اجتماعي لليمنيين هي أولوية إستراتيجية تخفيض الفقر للحكومة. وقد تم إنشاء صندوق التنميـة الاجتماعي المشهور لتخفيف آثار برامج الإصلاح الاقتصادي. ويمكنه مواجهة بعض القـضايا مثـل تـوفير الحصول على الخدمات الأساسية في التعليم والصحة والمياه والتمويل الصغير وكذلك خلق فـرص وظيفيـة وبناء قدرة الشركاء المحليين غير أن معظم الأسر قد تركت لوحدها في حالة الهزات الهيكلية أو العـشوائية مثل الفيضانات والحريق والسطو وهلاك المحاصيل والتضخم وتعديلات العملة وزيادات الأسـعار والبطالـة والحوادث والمجاعة والإعاقة واحتياجات الرعاية الطويلة أي جميع الكوارث (الصغيرة) التي بإمكانها تدمير وجود الأفراد والأسر وحتى الأسر الموسعة. ولا توجد إدارة كوارث حكومية أيـضاً. إن العنـصر الوحيـد للحماية الاجتماعية الذي تطرقت إليه الحكومة هو برنامج تأمين للوفاة والعجز والتقاعد وهو يغطي العسكريين والشرطة والإدارة الحكومية بصورة جيدة لكن تغطية قطاع الاستخدام الرسمي الخاص متدنية جداً. ومع ذلك فإن تنفيذ تأمين التقاعد لحوالي مليون موظف قد كان إنجازاً هاماً.

6-6 برامج التأمين الصحي الموجودة

إن لدى اليمن تاريخ غني من التضامن ومن مبادرات مساعدة الذات المحلية. إن الكثير منها تغطيات صغيرة ومحدودة وبدون شك فإن هذا كنز من الأفكار الجيدة والممارسات الأفضل. ويجب استكشافها أكثر وتقديرها ونشرها وتكرارها حيثما كان ذلك ممكناً. إن هذا تكليف قوي لنشاطات المتابعة نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن. والأمثلة هي برامج التضامن للمدرسين وموظفي المستشفيات التي تجاوزت الصحة والرعاية الصحية.

لقد نوقشت برامج التأمين الصحي المجتمعية وأوصي بها عالمياً. إنها برامج تطوعية في الغالب مرتبطة بمنشآت الرعاية الصحية العامة أو الخاصة. إن أثنتين من تلك المحاولات يروج لها في اليمن في محافظتي تعز وحضرموت وكلاهما غير جاهزتين للتنفيذ بالكامل وتسود بعض الشكوك فيما يتعلق بقابلية تكرارها في مناطق أخرى.

إن برامج الفوائد الصحية في الشركات في القطاع العام والخاص تظهر ملامح مختلفة جداً ومفيدة فيما يتعلق بحزم المزايا والعضوية والتعاقد مع مقدم الخدمة والدفع وكذلك إدارة المخاطر والتمويل المشترك. يبدو أن الشفافية المالية والإدارة ضعيفة وهناك مجال واضح لتحسين وتعزيز هذه البرامج والتي متوسط تكلفتها حوالي 45 ألف ريال يمني (تساوي حالياً 234 دولار أمريكي) لكل موظف (وأسرة) في السنة. ربما وينبغي أن يستفيد نظام التأمين الصحي الوطني من عدة تجارب ومن المعرفة المتوفرة في كيفية إدارة تلك الصناديق. يجب إعداد دراسات أكثر عمقاً حول هذه البرامج المماثلة.

6-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي

يناقش التأمين الصحي الوطني والاجتماعي في اليمن منذ الوحدة عام 1990م ولقد تم إدخال استقطاعات الرواتب الخاصة بالتأمين الصحي بوقت قصير بعد ذلك ولكن لم يتبعها تقديم منافع التأمين الصحي. ومنذ العام 1995م تقترح وزارة الدفاع مشروع تأمين صحي للقوات المسلحة ونفس الخطوة توجد الآن لتغطية الشرطة والأمن السياسي وكل هذه القوات تقارب نصف مليون موظف. أما بالنسبة لقطاع الاستخدام المدني العام والخاص الرسمي فقد قدم مقترح قانون وزارة الصحة العامة والسكان عدة مرات إلى مجلس الوزراء الذي قرر في عام 2004م التعاقد على دراسة لتقدير المقترحات والبدائل:

يتوقع المجتمع الدولي تأميناً صحياً اجتماعياً مستداماً وحقيقياً لجميع المواطنين وخصوصاً لاستفادة الفقراء والمجموعات الهشة والمرأة المستثنين منهاجياً من الحصول على تقديم عادل وموثوق به للخدمات العامة المطلوبة. إن تمكين الفقراء والمرأة بصورة خاصة ينبغي تعزيزه في هذا الإطار. وبالنظر إلى الفساد الواسع الانتشار في جميع القطاعات العامة والخاصة تقريباً فإن بناء هيئة تأمين صحي شفافة وذات مصداقية وقابلة

للمساءلة سيكون أكثر الشروط المسبقة أهمية للتأمين الصحي الذي يمكن أن يضمن تقديم رعاية صحية قابلة للحصول وعالية الجودة لأولئك المحتاجين.

إن معظم الشركاء الذين تمت مقابلتهم لفريق الدراسة لا يبدو أنهم متحمسين فيما يخص التأمين الصحي وقد أشار معظمهم إلى الصعوبات في إقامة صندوق موثوق به بعد تكرار التجارب السيئة مع الصناديق في مجالات الصحة والمجالات الأخرى. إن معظم من تمت مقابلتهم ذكروا أولويات أخرى تتعلق بالاحتياجات الأساسية التي لازالت غير مشبعة لأغلبية السكان وقد أظهر استبيان أعطي لقادة الرأي في اليمن صورة إيجابية أكثر قليلاً. إنهم منتظمين تماماً في رفض الممارسات الحالية لتقاسم التكلفة في المنشآت الصحية العامة ومعظمهم تقريباً يؤيدون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الذي يغطي كل الأسرة. ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً ومن الأفضل أن يكون تنظيمه على المستوى الوطني وأن تعتمد الإدارة على تنظيم تأمين صحي مستقل. إن 77% من قادة الرأي يودون أن يبدأ التأمين الصحي فوراً أو خلال العامين القادمين.

6-8 تجارب البلدان الأخرى

في البلدان المجاورة ضعيفة الدخل فإن مستويات عالية غير مقبولة من المصروفات المنفقة وتضاؤل الإنفاق الحكومي على الصحة شائعة مثلها في اليمن. ففي جيبوتي غطي موظفو الخدمة المدنية والعسكريين والشرطة بمشروع منافع صحية. وفي السودان يغطي التأمين الصحي الاجتماعي 22% بما فيهم موظفو الخدمة المدنية والطلاب وقدماء المحاربين وأسر الشهداء. وفي الباكستان ليس هناك مشروع تأمين صحي رسمي. وفي البلدان ذات الدخل المتوسط في المنطقة تمول الرعاية الصحية من خلال خليط من المشروعات التي تعتمد على الضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي والدفع الذاتي. وفي المغرب تصل تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 17% وفي لبنان ومصر تغطي نحو نصف السكان وفي الأردن وسعت الإصلاحات الأخيرة من تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 60%.

أما التجارب من بلدان أخرى فيمكن أن تكون مفيدة لليمن أيضاً. فتجارب بلدان جنوب شرق آسيا تدل على الحاجة إلى برامج خاصة ودعم حكومي لإسهامات الفقراء. وتشير تجارب دول أمريكا اللاتينية أن حزم المنافع المستهدفة ذات جدوى حتى في الظروف الاقتصادية الهشة وهي هامة لضمان أن إسهامات التأمين الصحي توجه حقيقة نحو المنافع الصحية. ويمكن أن تعطي أفريقيا أمثلة جيدة لإستراتيجيات الدعم لمشاريع التأمين الصحي الناشئة في صورة مراكز اختصاص تأمين صحي. واليمن لا تقف لوحدها في محاولة إدخال نظام تأمين صحي وطني واجتماعي فيمكنها الاعتماد على تجارب البلدان الأخرى وينبغي أن تستفيد من شبكة مناسبة لمثل هذه التجارب.

6-9 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن

إن التأمين الصحي ليس مفهوماً سهلاً وخاصة في العالم الإسلامي. فالوعي والفهم ليس منتشراً والدافع وحملات التعبئة مطلوبة لنشر الأفكار الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي وللتأكيد على ارتباط / ارتباطه بفكرة التكافل التي يتشارك فيها معظم الشعب العربي تقريباً. يجب أن يقتنع صناع القرار النافذين أيضاً وإن القيادة مهمة في عدة مستويات من صنع القرار السياسي. يمكن أن يبقى التأمين الصحي الاجتماعي فقط بشراكة وثيقة وبتقسيم واضح للعمل مع الحكومة وخصوصاً مع وزارة المالية من أجل التمويل وفرض الضرائب التصاعدية على الأصحاء والأغنياء ومع وزارة الصحة من أجل الإشراف والوقاية من الأمراض الممكن تجنبها والترويج من خلال التعليم الصحي للجميع. وفي اليمن يمكن أن يكون من الصعب استعادة ثقة قطاع الجمهور وصناع الرأي. لقد أسيئت إدارة أموال الصحة وأسيء استخدامها بالفساد. لم تعط استقطاعات التأمين الصحي من المرتبات أي عائد في صورة منافع صحية. ومن أجل استعادة الثقة المفقودة يبدو أن أحد الشروط المسبقة الغير قابلة للنكران هو إدارة مستقلة بارزة ملتزمة تماماً بمبادئ الشفافية والمصداقية والمساءلة. هناك حاجة إلى نهج مهني حازم مثله مثل الحاجة إلى موظفين ذوي معرفة في جميع المجالات التخصصية الكثيرة للتأمين الصحي ومتفانين للأخلاقيات الأساسية للخدمة العامة للمصلحة العامة.

6-10 نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجدول التالي يقارن القطاعات الرئيسية للعمالة اليمنية بخيارات التمويل الصحي

مكونات اختيارية لنظام تأمين صحي وطني في اليمن					
خيارات التمويل الصحي من قبل / قطاع الاستخدام الرئيسي للأسر	القوة العاملة (تقديرات سريعة ومدورة)	خيارات التمويل الصحي			
		مساهمات ضريبة مرتبات في التأمين	تأمين المستخدمين ذاتياً	برامج مشاركة المجتمع	الخدمات العامة التي أساسها الضريبة
الحكومة	420.000	37.5 %			
العسكريين	350.000				
الشرطة	150.000				
الشركات العامة	70.000				
الشركات المختلطة	10.000				
شركات القطاع الخاص الرسمي	500.000				
المستخدمين ذاتياً الميسورين	500.000		12.5 %	↑↑↑↑↑↑↑↑	
المستخدمين ذاتياً الفقراء	1.000.000			10 % ↓↓↓↓↓↓↓↓ إستراتيجية التوسع	50 %
عاطلين عن العمل وفقراء	1.000.000				
الأسر في اليمن	4.000.000	37.5 %	12.5 %	(~10 %)	50 %
السكان في اليمن	22.000.000	37.5 %	12.5 %	(~10 %)	50 %
المصادر: تقديرات واحتسابات خاصة					

يمكن أن يغطي مقترح قانون التأمين الصحي الاجتماعي بالجدول 1.5 مليون موظف مع مساهمات مستقطعة من مرتباتهم يساهم فيها أصحاب العمل والموظفين. بالنسبة لرجال الأعمال المستخدمين ذاتياً الميسورين ينبغي إعداد نظام مناسب. بالنسبة لـ 50% على الأقل من السكان الفقراء والعاطلين عن العمل والعاملين جزئياً ينبغي استخدام الضرائب والموارد الحكومية الأخرى. ستحتاج التأمينات الصحية المجتمعية إلى إعادة تأمين من قبل الحكومة لتغطية الأسر الأكثر فقراً وخصوصاً في المناطق الريفية. وبالنظر إلى هذه الرؤية الشاملة تم تصميم ومناقشة ثلاثة خيارات بديلة من أجل نظام تأمين صحي وطني في اليمن وجرى تحليلها: (أ) خيار سرعة كاملة ودفعة كبيرة من أجل قطاعات الاستخدام الرسمية. (ب) خيارات إضافية (ج) بناء الشروط المسبقة المؤسسية الضرورية لنظام تأمين صحي وطني واجتماعي رشيد.

6-11 خيار التأمين الصحي (أ): الدفعة الكبيرة

أعلن وكيل وزارة الخدمة المدنية والتأمينات في اجتماع مع فريق الدراسة أنه بنهاية العام 2006م سيبدأ وقت التأمين الصحي لجميع موظفي القطاع العام. وتعطي زيادات المرتبات المخططة للقطاع المدني فرصة فريدة من أجل البدء بأسرع وقت ممكن باستقطاع مساهمات التأمين الصحي من المرتبات. وهذا يعكس فكرة حوالي ثلاثة أرباع قادة الرأي الذين جرت مقابلتهم. ينبغي أن يبدأ التأمين الصحي فوراً وأن يبدأ في القطاع العام. إذا كان ولابد من إدراج شركات القطاع الخاص تلك والتي هي قانونياً ملزمة بالمساهمة في برامج التقاعد كذلك فيمكن تغطية عدد إجمالي من الموظفين قدره 1.5 مليون مع أسرهم المقدرة بحوالي 7 أفراد للأسرة. وهذا النهج يمكن أن يفيد نصف السكان في اليمن.

إن المساهمات الخاصة بالأجور وقدرها 6% (أصحاب العمل) و5% الموظفين كما أقترح في قانون التأمين الصحي الاجتماعي ستدر 58 بليون ريال يمني في العام وإذا أدرج أيضاً حوالي 200 ألف متقاعد فهذا سيزيد الإنفاق الصحي الحالي في اليمن بحوالي 40%.

ماذا يمكن شراؤه بهذه الأموال التي في أيدي هيئة التأمين الصحي؟ إن حزمة منافع صحية جيدة جداً قد قدمت من قبل مؤسسة الاتصالات لموظفيها وأسرهم وإذا كانت حزمة المنافع هذه ستتوفر لجميع المنخرطين وقدرهم 1.5 مليون وأسرهم والمتقاعدين سينشأ عجز يقارب 50 بليون ريال يمني في العام. ماذا يمكن أن نفعل لتخفيض هذا العجز؟

- إن المشاركة في التكلفة من قبل المرضى ستكون أمراً صعباً المحافظة عليه طالما أن التأمين الصحي سيحول المصروفات المنفقة إلى مدفوعات مسبقة.
- إن حزم المنفعة المخفضة ذات جدوى ومسترجعة إذا أستثني العلاج في الخارج بصورة خاصة. إن تأمين صحي "صغير للجميع" سيعطي حزمة منافع أصغر بصورة كبيرة والتي تقارب نمط الإنفاق الحالي في اليمن ويمكن أن يكون هذا ذي جدوى بالمفهوم المالي.
- لا يمكن زيادة معدلات المساهمة طالما أن الحصة 6% و5% عالية جداً في الإطار العربي ورواتب العاملين والموظفين ضئيلة حقيقة.
- الموظفين بدون أسرهم يمكن أن يستفيدوا أولاً ولكن يمكن أن يكون ذلك مثار جدل بحسب القيم اليمنية.
- يمكن تقديم الرعاية ضد الأمراض المزمنة والكارثية من قبل الحكومة وليس من قبل التأمين الصحي والذي سيقلل بصورة كبيرة من العجز.
- ينبغي إدخال ترشيد الأدوية على كل حال أي ينبغي إعادة صندوق أدوية دوار وموثوق به.
- يمكن التفاوض حول أسعار مقدمي الخدمة بإشراك قوة اقتصاديات الحجم الكبير.

- إن الاختيار والرقابة على مقدمي الخدمة ينبغي أن يكمل إستراتيجية احتواء التكاليف.

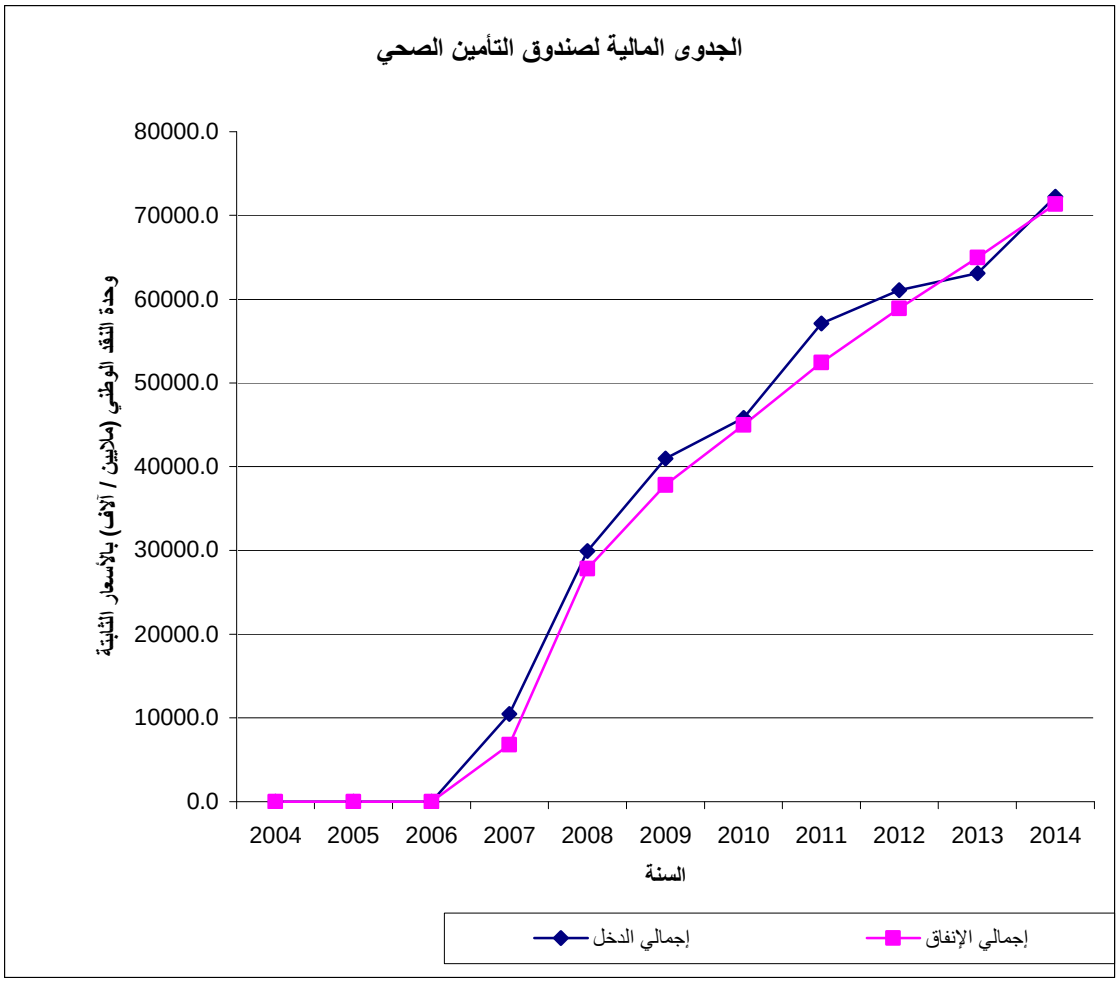
وبالإضافة لذلك ينبغي استكشاف صناديق إضافية للصحة والرعاية الصحية وتجنيدها على سبيل المثال:

- صناديق حكومية إضافية للصحة المقدمة لضمان تغطية تكاليف التشغيل على الأقل للمنشآت العامة – مضاعفة الأموال سيكون أفضل وعادل.
- ضرائب تفرد لغرض ارتكاب الأخطاء وضرائب أخرى مثل الضرائب على السجائر والقات والمعدات الكبيرة والبترول.
- أموال الزكاة والأوقاف لمصلحة صحة الفقراء والفئات الهشة من أجل دفعها لمساهمات التأمين الصحي لأولئك الذين سيعفون من المساهمات.
- إنفاذ مناسب لقوانين الضريبة الحالية وتعزيز الضريبة التصاعدية.

في حالة إرادة سياسية واضحة وملتزمة يمكن التغلب على عائق المال لخيار الدفعة الكبيرة للتأمين الصحي. ومع ذلك فإن أحد الشروط الأولية الأساسية الأكثر صعوبة في التطبيق هي: هيئة تأمين صحي موثوق فيها ومستقلة. إن أحد الخيارات هي إتباع نمط الصندوق الاجتماعي للتنمية أو صندوق الأشغال العامة. وبالإضافة لذلك فان الافتقار إلى المهنيين المدربين بصورة كافية وذوي التجربة هو كذلك معوق كبير لتنفيذ التأمين الصحي في الأجل القصير وينبغي استكمال بناء القدرة وتطوير الموارد البشرية سريعاً عن طريق استقدام خبراء أجانب مؤقتاً. وتبقى هناك بعض الصعوبات: التعاقد مع مقدمي خدمات بجودة عالية من قبل التأمين الصحي والغير موجودين في أجزاء كثيرة من البلاد والبيانات والمعلومات حول أنماط المخاطر والطلبات غير متوفرة أيضاً. وحالياً فإن معظم المتطلبات الأساسية للتأمين الصحي لم يتم الوفاء بها.

ومع ذلك فإن إستراتيجية الدفعة الكبيرة ستكون فرصة ممتازة من أجل التحسين الجذري المطلوب بصورة عاجلة أو حتى التغيير الحاسم والجذري للنظام الصحي. إذا أرادت الحكومة أو الصناديق الخيرية دفع المساهمات للفقراء وإذا تولت الريادة في ذلك هيئة تأمين صحي مرشدة ووطنية وغير فاسدة عندها فإن أفضل مقدمي الخدمة فقط يمكن التعاقد معهم من أجل رعاية اقتصادية لأي شخص يحتاجها. ويمكن أن يؤدي هذا إلى تقديم أكثر كفاءة وفعالية للرعاية الصحية والتي يستحقها سكان اليمن بصورة عاجلة. ومع ذلك فإن إستراتيجية الدفعة الكبيرة بإتجاه نظام تأمين صحي وطني هي معقولة لكنها قليلة الجدوى في ظل الظروف الراهنة.

إن أحد السيناريوهات الفرعية لإستراتيجية الدفعة الكبيرة مذكور صراحة لأن هذا هو السيناريو الوحيد الذي لا يؤدي إلى عجز مالي في المدى الطويل كما هو مبين في الشكل التالي:



وعلى الرغم من أنه في آخر الأمر يغطي كامل السكان ولا يتطلب دعم فهناك عدد من المحاذير لهذا السيناريو. إن حزمة المنافع التي يمكن إعطاءها بتكلفة مساوية لمستويات الإنفاق الحالية في البلد ككل يعني أن المنافع ستكون أقل من ومختلفة عن تلك التي يحصل عليها بعض الموظفين في القطاع الرسمي حالياً. وبإدراج السكان الأفقر والريفيين يجب أن تأخذ المنافع المعطاة بالحسبان كامل احتياجات الصحة للسكان وبالخصوص الخدمات الأولية والوقائية وكذلك صحة الأمومة والطفولة. إن موظفي القطاع الرسمي الذين لا يريدون أن يضيعوا فرصة بعض المنافع التي يتمتعون بها الآن (مثل العلاج في الخارج) سيكون بمقدورهم شراء تأمين خاص إضافي وبمعدلات مساهمة تقتطع مبلغ يكون هؤلاء الموظفين راغبين في دفعه وإدراج الموظفين لذاتهم والفقراء فيمكن أن يكون هذا جذاباً. ومن الطبيعي أن هناك محذور كبير هو أن السيناريو يستخدم معدلات إستفادة منخفضة ويمكن لذلك أن لا يكون واقعياً.

6-12 خيار التأمين الصحي (ب): التطور التزايدي

يمكن القيام بإدخال تزايدي أو تعزيز التأمين الصحي عن طريق الآتي:

- من الأسفل إلى الأعلى بتحسين وربط برامج المنفعة الصحية الحالية وجعلها متوافقة كما توجد في شركات عامة وخاصة أو عندما يبدأها مانحون دوليون في صورة برامج تأمين صحي مجتمعية و/أو
- من الأعلى إلى الأسفل بدعم تلك القطاعات الفرعية العامة الراغبة والجاهزة للإنطلاق في تأمين صحي اجتماعي مثل القطاع العسكري والقطاع التعليمي على سبيل المثال.

وبالتزامن مع ذلك يجب على الحكومة تحقيق تغطية خدمات صحية لجميع الفقراء بتكلفة اقتصادية.

إن الجيش والشرطة والأمن السياسي وعددهم حوالي نصف مليون موظف جاهزين وراغبين أن يكون لهم برنامج تأمين صحي وذلك منذ سنوات. إنه رقم جيد كبداية من أجل بدء اسهام مشترك معقول يحتاج إليه التأمين الصحي الاجتماعي إذا – وكما أعلن سيكون هناك مشروع مشترك للشرطة والأمن السياسي مع الجيش. لقد أعطيت الإرادة السياسية والهيكل الإداري الداعم لصندوق التأمين الصحي. إن لدى جميع القطاعات الفرعية الثلاثة الخبرات مع صناديق تأمين التقاعد. وعلى أساس قوتهم السياسية فجميعهم سيتاح لهم أموال دعم كافية وإعادة تأمين من قبل الحكومة. وعندما يظهر عامل محدد فإن حقيقة الإشتراك في التأمين الصحي توجه أساساً لتمويل توسعات المستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة على سبيل المثال للحصول على قسم معالجة السرطان ولتحسين إدارة أمراض القلب والاختصاصات الأخرى الغير متوفرة بصورة كافية. لن يحصل الجنود والشرطة على أي منافع إضافية طالما أنهم يتلقون مبدئياً رعاية صحية مجانية لأنفسهم وأسرهم في المنشآت الصحية لمستخدميهم. وبالإضافة لذلك فإنهم معفيين عموماً من تقاسم التكلفة وإسترداد التكلفة في المنشآت الصحية العامة. سيعطي الدعم الحكومي الإضافي لإدخال التأمين الصحي لهذه المجموعات مزايا إضافية لمجموعة تحظى بميزات. ومع ذلك فإذا نفذت المستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة الأمر الرئاسي بالتنازل عن تقاسم التكلفة للنساء الحوامل والأشخاص الذين لديهم أمراض مزمنة وإعفاء الفقراء من تقاسم التكلفة فإن ذلك سيوفر أسباباً جيدة لأن يبدأ التأمين الصحي العسكري قريباً وحينئذ فإن تجارب ذات صلة ستتآتى من المشروع العسكري والتي يمكن أن تثري النقاش حول نظام تأمين صحي وطني. وبإمكان الرئيس ذاته وينبغي له أن يضمن أن هذا القطاع العام سيكون مفيداً بصورة متزايدة لأكثر الناس فقراً في حاجة له.

وفي حالة وزارة التربية والتعليم التي تمثل ما يقارب ربع مليون مدرس فإن الخيارات ليست واضحة مثلها مثل قطاعات الأمن العام. ومع ذلك وبدعم لها بإشراف الرئيس ورئيس الوزراء فإن موظفي التربية والتعليم يمكن أن يكونوا بادئ جيد للتأمين الصحي الاجتماعي. توجد القيادة والإلتزام على المستوى السياسي الأعلى ضمن الوزارة. وبدون شك فإن أماكن العمل المتناثرة للمدرسين وبصورة أساسية خارج المدن الأكبر وحتى خارج المدن الأصغر تقلل من خيارات التعاقد مع مقدمي رعاية صحية وضبط جودتها في الوقت الحالي. لذلك يجب أن تكون إستراتيجية التنفيذ تدريجية: في صنعاء أولاً ثم في مدن كبيرة مختارة وبعدئذ في محافظات مختارة. سيكون ذلك صعباً ولكن مع دعم سياسي ومالي جيد سيكون استثماراً جيداً. إن هيئة تأمين صحي وطني صغيرة عليها أن تدعم هذه التجربة الاجتماعية. إن المانحين الدوليين مرحب بهم للإنضمام

والمساعدة خلال عقد من الزمان. هناك حاجة إلى مركز لاختصاص التأمين الصحي للدعم والإرشاد. إن هيئة إشرافية على التأمين الصحي وضمان إعادة التأمين من قبل الحكومة هما شرطان مسبقان أساسيان.

إن ربط وتقوية وتوسعة برامج المنفعة الصحية الحالية للجماعات العامة والخاصة هو عنصر ثالث لإستراتيجية التوسع المتزايد بإتجاه نظام تأمين صحي وطني. إن الكثير من التجارب متاحة والمزيد يمكن إستكشافها وسيتم تحليلها. هناك إمكانية قوية كهذه متوفرة في اليمن ومن الغريب أنها لم تستخدم بعد من قبل. إن اتحادات العمال وجمعيات أصحاب العمل هم شركاء ملتزمين. ومع ذلك ينبغي ضمان أنها لن تجرد من امتيازاتها ببرنامج التأمين الصحي الوطني. وكما بينا بأعلاه فسوف ينتج عجز لتكرار برامجها على المستوى الوطني وهذه ليست هي الحال مع تأمينات الصحة المجتمعية الناشئة أخيراً والتي تستحق الدعم الكامل للخدمات العامة والصناديق العامة. ينبغي جذب المهنيين الدوليين والأموال لتعزيز تلك البرامج بما في ذلك أي نوع من التأمينات الأصغر.

6-13 البديل (ج): العمل والشبكة

هناك مجموعة من الظروف الغير مواتية لنظام التأمين الصحي الوطني في اليمن وهي:

- انعدام الثقة الواسع الانتشار فيما يتعلق بالصناديق العامة أو الصناديق التي تديرها الحكومة.
- لا يوجد دعم منظور ودعم سياسي قوي وقيادة في الحكومة والأحزاب السياسية.
- صعوبات غير قابلة للتغلب عليها تقريباً في تغطية السكان الريفيين ذوي الحاجة.
- القطاع الضخم من الفقراء العاطلين عن العمل والمشتغلين لذاتهم على هامش البقاء.
- حقيقة أن التأمين الصحي هو تقريباً موضوع الطبقة الوسطى.
- النطاق المحدود ونوعية الرعاية الصحية التي تعطى في البلاد.
- غياب أي إدارة ورقابة على الجودة في مختلف قطاعات الرعاية الصحية.
- المتاجرة على نطاق عام بالرعاية الصحية العامة والخاصة والغير رسمية.
- الهروب من الرعاية الصحية اليمنية بالبحث عن العلاج في الخارج.
- احتياجات الأولوية للنظام الصحي في الوقاية والترويج والرعاية الصحية الأولية.

ليس من السهل التغلب على هذا العجز والاختناقات والعقبات فالأمر بحاجة إلى حملات توعية وإجراءات تشجيع وتعبئة وتدريب وتعليم ونشاطات ترويجية كثيرة لتبرير الأولوية المعطاة للتأمين الصحي ولضمان أن تأمين صحي اجتماعي "جديد" يمكن الوثوق به. وينبغي أن يبنى هذا على حقائق وأرقام وعلى بيع منتج جيد يمكن إثباتها كممارسة جيدة أو ممارسة أفضل. إنها بحاجة إلى بيانات ومعلومات يوثق بها حول الأوبئة

وطلب وعرض الرعاية الصحية العامة والخاصة والغير رسمية. وهي تتطلب إشرافاً فاعلاً وكفؤاً على الرعاية الصحية في كل اليمن وأنظمة سليمة لإعطاء التراخيص والمصادقات وإعادة المصادقات وكذلك أنظمة العقاب وإنفاذها. وهي تتطلب تحسين الكفاءات الإدارية وأنظمة تحفيز وتثبيط توجه نحو الأداء. إن هناك حاجة عاجلة وجريئة للتدريب وبناء القدرة ، إن كل الشروط المسبقة الكثيرة للإدارة الجيدة بحاجة إلى تعزيزها ليس فحسب من أجل إدخال التأمين الصحي ولكن بالنظر إلى الحكم الجيد في مؤسسات مستدامة وذات مصداقية: الأموال والعقول المدبرة والآليات والتحفيز والتعبئة والعمالة والقياس والرقابة والكثير من الإدارة الجيدة. إن التأمين الصحي سيكون أحد المستفيدين فقط من ذلك الإتجاه نحو إدارة حديثة من أجل ثقافة إدارة جيدة.

14-6 تقدير للخيارات البديلة

هناك حاجة إلى عدة شروط مسبقة لبدء أو تنفيذ مختلف البدائل والبدائل الفرعية. في الجدول التالي تم تلخيصها وتقديرها بصورة موجزة.

تقدير البدائل					
عمل الإنتظار	التصاعد	حجم صغير للجميع	الدفعة الكبيرة	الشروط المسبقة	
+	~/+	+	-	موارد مالية كافية ؟	الأموال
+	~/+	~	-	القيادة والإرادة ؟	العقل المدبر
+	+	~	+	مفهوم وفكرة واضحين؟	
~	~/+	~	~	دعم قوي من القادة؟	
~		~	-	إدارة مناسبة	الآليات
~	~	~	-	دعم حكومي؟	
~	~	~	-	دعم المانحين ؟	
~	-	-	-	رقابة كافية ضد الفساد؟	
~	-	~	-	مقدمي خدمة عالية الجودة كافين ؟	الأسواق
+	~	~	~	إنفاذ القوانين والأنظمة؟	الكتيبات
~	-	~	-	كادر مؤهل بصورة كافية	العمالة
~	~	~	-	المعرفة والوعي والإثارة ؟	الدافع
~	~	-	-	إجماع الشركاء ؟	
+	-	+	-	دعم تضامني للفقراء ؟	
-	-	-	-	الثقة ؟	

تقدير البدائل					
عمل الإنتظار	التصاعد	حجم صغير للجميع	الدفعة الكبيرة	الشروط المسبقة	
~	-	-	-	بيانات ومعلومات كافية ؟	القياس
+	+/~	~	-	ملخص التقدير	

من المستحسن البدء بالبديل الأخير المذكور وخصوصاً بمركز اختصاص التأمين الصحي والعمل خطوة بخطوة في دعم المحاولات المتزايدة من أجل نظام تأمين صحي وطني واجتماعي في اليمن.

6-15 مجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي

إن مركز اختصاص التأمين الصحي سيكون مفيداً لدعم إيجاد ثقافة لإدارة محسنة وتنفيذ التأمين الصحي المتزايد. إن مثل هذا المركز سيكون له مجموعة من المهام:

- الاكتشاف والتحليل الإضافي لمشاريع التضامن بما في ذلك منح برامج التضامن الأفضل وتكرار الممارسات الجيدة والتشاور لأجل مشروعات التضامن الحالية والمعتزمة في إطار حملة توعية شاملة بأن هناك حاجة لتلك البرامج من أجل تعزيز الرأسمال الاجتماعي اليمني والذي هناك حاجة كبيرة له من أجل التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

- مراقبة وتحليل التأمينات الصحية الجماعية في القطاعات العامة والخاصة بما في ذلك المشورة والنصح الفني لمثل هذه التأمينات الصحية وربط تلك البرامج في جمعية أو اتحاد لبرامج الشركات. التنفيذ الطوعي لإعادة التأمين على برامج الشركات يمكن أن يصبح مهمة إضافية هامة لتوسعة الإسهام المشترك للمخاطر وتقليل مخاطر الشركات الفردية وتمكين حزم المنفعة الموسعة في صورة خطوات.

- المتابعة والإرشاد والمشورة للبرامج المجتمعية وتنفيذ إعادة التأمين للبرامج المجتمعية. وفي هذا الخصوص فإن الضغط وخلق الوعي ينبغي أن يتم القيام به من أجل تحسين جدوى البرامج المجتمعية وخصوصاً تلك التي لها جذور طبيعية في اليمن ووجدت في اليمن.

- المناصرة الدائمة والضغط باتجاه نظام تأمين صحي اجتماعي وطني عن طريق كتابة المقترحات والأبحاث والاتصالات وتصميم السياسات والدفع من أجل إيجاد التوافق بين برامج التأمين الصحي ودمجها في نظام وطني واحد يحفظ النهج المتعدد الأطراف.

- التدريب في صور كثيرة: تدريب موظفي التأمين الصحي المحتملين داخل الجمهورية: تكنولوجيا المعلومات واللغة الإنجليزية والصحة وقضايا تتعلق بالتأمين الصحي وتدريب موظفي التأمين الصحي المحتمل أن يكونوا قادة خارج اليمن: والتمويل الصحي والسياسة الصحية والتأمين الصحي ... الخ وورش متكررة بموظفين اختصاصيين دوليين واستشاريين في اليمن وتشجيع مشاركة العقول المدبرة في ندوات ومؤتمرات دولية والشراكة مع مركز الدراسات الإستراتيجية الصحية في دمشق والمؤسسات المماثلة في أماكن أخرى ... الخ. لقد بدأ التعاون الفني الألماني (GTZ) مراكز لاختصاص التأمين الصحي ويقوم بدعمها في بلدان عديدة. إن الارتباط والتعلم المشترك من تلك المراكز سيكون شيئاً مثمراً جداً.

يجب أن يثبت التمويل المحلي الملتزم أولاً وبصورة ثابتة الإرادة السياسية للإشتراك في نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني في اليمن. وبالإضافة لذلك تنفيذ المركز الوطني لاختصاص التأمين الصحي يمكن أن يدعم من قبل الوكالات الدولية وبصورة رئيسية من قبل اتحاد الحماية الاجتماعية في بناء الصحة من قبل التعاون الفني الألماني (GTZ) ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولي من أجل تنسيق الجهود وتوحيد القوى. ومن أجل إقامة مركز اختصاص التأمين هناك حاجة إلى إطار عمل قانوني يسمح لمركز الاختصاص ذلك أن يفتتح نشاطات في السوق الوطنية وأن يعمل كشركة منح امتياز. سيتطلب الدعم الفني لإيجاد وإقامة مركز اختصاص التأمين الصحي في البداية الخبرة الدولية والمعدات ولكن على المدى الطويل يفترض سحب الاستشارة الخارجية بحسب تنامي القدرة والاستقلالية للمشاركين اليمنيين. إذا ضمنت استدامة مركز اختصاص التأمين الصحي فسيكون بمقدور المركز إعطاء دعم طويل الأجل لأي برنامج تأمين صحي ناشئ لديه أداء ويمكن أن تكون هذه مساهمة حاسمة لتنفيذ مشروع تأمين صحي وطني في اليمن. وخطوة فخطوة يمكن تحويل مركز اختصاص التأمين الصحي إلى هيئة تأمين صحي وطنية.

يمكن لمركز اختصاص التأمين الصحي كذلك أن يتولى دور مجموعة تفكير على المستوى الوطني. إن أداء ونطاق عمل مركز الاختصاص ربما يكون غير محدود ويمكن أن تنشأ مهام أخرى بحسب إستراتيجيات التنفيذ والنجاح. ومع ذلك فإن معدي الدراسة يودون التأكيد على حقيقة أن مركز اختصاص التأمين الصحي سيكون شرطاً مسبقاً مهماً جداً لكل خيارات التأمين الصحي التي طرحت في دراستنا. ينبغي تكييف نشاطات الأولوية بكل تأكيد لإستراتيجية البلد المختارة لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني. وبينما تتطلب الدفعة الكبيرة والخيارات التزايدية كل من التدريب والدعم الفني فإن إستراتيجية الانتظار والعمل ستركز أكثر على بناء القدرة. وإذا قررت الحكومة اليمنية أن تقوم بخطوة شجاعة بإتجاه نظام وطني يقدم تغطية شاملة منذ مرحلة مبكرة جداً فستكون هناك حاجة لمركز اختصاص التأمين الصحي من أجل إعداد وتقديم النصح للموظفين الفنيين لصندوق التأمين الوطني الوحيد ولدعم المجموعة الحالية وكذلك المشروعات المجتمعية الناشئة. وفي الإستراتيجية التصاعدية ستكون المهمة الرئيسية لمركز التأمين الصحي هي تقدير مشروعات التأمين الحالية و/أو الناجحة وإيجاد التوافق بينها. وفي الخيار الأكثر حذراً سيكون تركيز مركز اختصاص التأمين الصحي أولاً على بناء القدرة والتقدير.

من أجل تنفيذ مركز اختصاص التأمين الصحي اليمني هناك عدة خيارات ممكنة. ومع ذلك فإذا أرادت وزارة الصحة العامة والسكان أن تكون العامل الرائد لإقامة نظام تأمين صحي وطني فينبغي عليها كذلك أن تكون شريكاً رئيسياً لمركز الاختصاص. وعندما تظهر إستراتيجية قابلة للحياة فإن إيجاد مركز اختصاص التأمين الصحي كمشروع مشترك لوزارة الصحة العامة والسكان والمشاركين الآخرين المعنيين أي وزارة المالية ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات والوزارات الأخرى وصندوق أو صناديق التأمين الصحي وممثلي الشركة والمشروعات المجتمعية ومقدمي الرعاية الصحية والموظفين الأكاديميين ومنظمات المجتمع المدني والاستشاريين الاختصاصيين فيمكن تطوير مركز اختصاص التأمين الصحي أو تحويله إلى نوع من مجموعة التفكير لهيئة التأمين الصحي الناشئة.

6-16 الدعم الدولي

هناك حاجة للدعم الفني والمالي الدولي وهو أمر مرحب به في اليمن. إن ورش العمل والدراسات والاستشارات والدعم القانوني وبناء القدرة وتصاميم مختلف الخيارات للتأمين الصحي الاجتماعي والوطني والربط الوطني والدولي كلها تستحق التعاون الدولي. ونوصي بتعيين لجنة توجيه بصورة فورية من قبل رئيس الوزراء تتكون أساساً من التالي:

- الوزارات وخصوصاً تلك المسئولة عن المالية والصحة والشئون الاجتماعية والخدمة المدنية والأوقاف وتلك التي يمكن أن تتبنى التأمين الصحي قريباً مثل الدفاع والداخلية والتربية والتعليم.
- برامج التضامن ومشروعات التأمين الصحي وجمعيات أصحاب العمل والموظفين أو اتحاداتهم ومنظمات المجتمع المدني والجامعات والمنظمات النسوية والخبراء البارزين الآخرين والشركاء والمشاركين بما في ذلك مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب.

ولهذا المجلس الأهداف التالية:

- إعداد وثيقة سياسة بناءاً على دراسة التعاون الفني الألماني (GTZ) ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولي حول التأمين الصحي الاجتماعي.
- تقديم ندوة سياسة حول جميع الجوانب المرتبطة بما في ذلك إعادة صياغة مقترحات قانونية.
- تعبئة الموارد البشرية والمالية اللازمة لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي.
- تقديم المشورة لإعداد وتنفيذ التأمينات الصحية الاجتماعية.
- القيام بالتسويق الاجتماعي لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي.

سيتحول هذا المجلس في وقت لاحق إلى مجلس استشاري دائم لهيئة التأمين الصحي الوطني.

تكوين سكرتارية فنية للجنة التوجيه حالاً بإعادة تكليف المهنيين المحليين والدوليين وتدعم فنيا من قبلً مكاتب منظمة الصحة العالمية والتعاون الفني الألماني (GTZ) في اليمن. بأسرع وقت ممكن ينبغي بناء مركز مستقل لاختصاص التأمين الصحي بـ (أ) قرار مجلس الوزراء بتشكيله (ب) ميزانية سنوية قدرها 200 مليون ريال يمني تعطى من الجمهورية اليمنية (ج) دعم دولي إضافي مثلاً من صناديق البنك الدولي. ويحول هذا المركز خطوة بخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني تكرر التجارب الجيدة للصندوق الاجتماعي للتنمية وتكيفها لمؤسسة مستقلة وذات مصداقية ومسئولة وشفافة إلى مؤسسة عامة غير ربحية للتأمين الصحي الاجتماعي. وسوف تقود هذه الهيئة المناهج التصاعدية نحو تأمين صحي اجتماعي وطني في اليمن.

6-17 وجهة نظر

في بعض البلدان أستغرق الأمر وقتاً طويلاً لتغطية جميع السكان بالتأمين الصحي الاجتماعي الالزامي. وبعض البلدان النامية – وحتى تلك الفقيرة – قامت به بصورة أسرع نسبياً. واليمن لن تحتاج إلى عقود لتكييف عدالة التمويل الصحي مع الرعاية الصحية الجيدة للجميع. إذا وجدت إرادة سياسية متزايدة بصورة واضحة والتزام بنظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني في اليمن وإذا أمكن تعبئة الدعم الفني الدولي عندها يمكن لليمن أن تعطي جميع مواطنيها في المستقبل المنظور رعاية صحية جيدة في حالة الحاجة وليس فقط بحسب المقدرة على الدفع. وهذا ما يعتزم التأمين الصحي الاجتماعي تحقيقه.

7- المطبوعات والمنشورات[22]

1- أجيمانج – جوا ، بيتر (1998) : قدرة ورغبة الناس على الدفع لرعايتهم الصحية – حالة مقاطعة لوسوتو في تنزانيا. إدارة الصحة الاستوائية والصحة العامة – جامعة هايدلبرج.

2- السروري ، AW وآخرين (2001): تقاسم التكلفة للرعاية الصحية الأولية في القطاع العام في اليمن – صنعاء (أوكسفام – وزارة الصحة العامة والسكان).

3- السروري ، AW – السفياني بي (2005): تقرير استشارة لإدارة الجودة – صنعاء: وزارة الصحة العامة والسكان.

4- ارهين – تينكورانج ، داينا (2000): تعبئة الموارد للصحة: حالة إعادة مراجعة لرسوم المستخدمين ، سلسلة أوراق العمل لصحة الأمومة والطفولة الورقة رقم WG3:6 واشنطن DC.

5- ارهين – تينكورانج ، داينا (2001): التأمين الصحي للقطاع الرسمي في أفريقيا: سمات التصميم والحماية من المخاطر وتعبئة الموارد. سلسلة أوراق العمل لصحة الأمومة والطفولة الورقة رقم WG3 : 1 واشنطن DC.

6- بارلديس ، كارمن ، كاريراس ، لوكاس (2003): الرغبة في الدفع لبطاقة صندوق صحة المجتمع في المقاطعة الريفية متوارا ، تنزانيا – دار السلام.

[22] أدرجت قائمة كاملة للمطبوعات والمنشورات في الجزء الأول من تقرير دراستنا.

7- بارنج هاوسن ، تل ، سويربورن ، رينر (2002): مائة وثمانية عشر عاماً من نظام التأمين الصحي الألماني: هل هناك أي دروس للبلدان متوسطة وضعيفة الدخل؟ العلوم الاجتماعية والطب 54, S, 1595-1597.
8- كارن ، جوي (2002): التأمين الصحي الاجتماعي في البلدان النامية: تحدي مستمر. مجلة الضمان الاجتماعي العالمي 55 ، 57 – 69 ICCN : 0020-871X.
9- كارين ، جوي (2005 A): بنية نموذج المحاكاة الأساسي سيمنيس. لم يشار إلى مكان النشر.
10- كارين ، جوي (2005 B): بنية نموذج المحاكاة الأساسي سيمنيس. لم يشار إلى مكان النشر.
11- كارين ، جوي وكريس جيمس (2005): مؤشرات الأداء الرئيسية لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي.
12- كارين ، جوي وآخرين (2003): إستراتيجية التأمين الصحي الاجتماعي الوطني. ملاحظات ومقترحات لبعثة منظمة الصحة العالمية والتعاون الفني الألماني المشتركة حول التأمين الصحي الاجتماعي في كينيا ، يونيو 3 – 13 2003 ، نيروبي.
13- دريس – زين الدين الإدريسي (2005): إستشارة حول الحساب الصحي الوطني. نتائج أولية لاستشارة قصيرة الأجل حول حسابات الصحة الوطنية في اليمن ، منظمة الصحة العالمية / المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط.
14- هوبر ، جوتز ، هوهمان ، جورجن ، رينهارد ، كريستن (2003): منظمة الصحة المشتركة – خمس سنوات من التجربة في غرب أفريقيا ، GTZ ايسشبورن.
15- هارلمان ، كلاوس ، لاسير ، اول ريش (1995): العلوم الصحية كتحدي متبادل المعارف: تطوير مجال علمي جديد : لاسر ، اولريش دوليو ، ايفيلين ، ستوك ، كرستيان: الأسس العلمية لسياسة صحة عامة في أوروبا – جوفينتا – فيرلاج ، وينهيم ، ص 104 – 131.
16- كون ، سولمان (2002): تحقيق التأمين الصحي للجميع: دروس من جمهورية كوريا – جنيف (منظمة العمل الدولي).
17- وزارة الصحة العامة (2002): القرار الوزاري رقم (3/53) 2002م حول الوضع المجاني للنساء اللائي لا يستطعن الدفع ، صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان).
18- نورماند ، شارلس ، ويبر ، اكسل (1994): التأمين الصحي الاجتماعي: كتاب إرشادي للتخطيط – منظمة الصحة العالمية / مكتب العمل الدولي – جنيف.
19- طرموم ، عبدالعزيز (2003): تحليل نقدي لتطبيق النظام المالي والمحاسبي اللامركزي للرعاية الصحية على مستوى المديريات: حالة النظام الصحي في مديرية القطن – صنعاء.
20- تولشنسكي – T.H-E.A فارافيكوفا (2000): الصحة العامة الجديدة: مدخل إلى القرن الواحد والعشرين – المطبعة الأكاديمية سان دياجو.
21- جامعة صنعاء (2000): نشرة كلية الطب والعلوم الصحية ، صنعاء.

الملحق (1):

ملاحظات على مقترح قانون التأمين الصحي الاجتماعي

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
المادة (1): يسمى هذا القانون (قانون التأمين الصحي الاجتماعي).	**مادة إضافية:** على الرغم من التضامن الوطني وللمصلحة المشتركة لجميع المواطنين فإن الهدف الرئيسي لهذا القانون هو تخفيض العبء الكبير للنفقات المنفقة في حالة الأمراض وخاصة للفقراء والقطاعات الهشة من السكان. ينوي التأمين الصحي الاجتماعي المساهمة في التمويل المستدام لرعاية صحية عالية الجودة للجميع ولكل الناس. إن كل فرد في مجتمعنا اليمني سيحصل على رعاية صحية جيدة بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع. ستحل المدفوعات المسبقة للرعاية الصحية محل تقاسم التكلفة في حالة المرض.

المادة (2): التعاريف		**موافق**
الجمهورية:	الجمهورية اليمنية	
الوزارة:	وزارة الصحة العامة والسكان	
الوزير:	وزير الصحة العامة والسكان	
القانون:	قانون التأمين الصحي الاجتماعي	
المجلس:	مجلس مؤسسة التأمين الصحي	
المؤسسة:	مؤسسة التأمين الصحي	
رئيس المجلس:	وزير الصحة العامة والسكان ورئيس مجلس مؤسسة التأمين الصحي	
صاحب العمل:	النظام الإداري للحكومة ووحدات كل من القطاعين العام والمختلط وكذلك أي شخص أو ممثل يشغل عاملاً أو أكثر بأجر.	
المؤمن عليه:	الموظف أو العامل أو المستفيد ، المستفيد من نظام التأمين الصحي ويدفع مساهمات منصوص عليها في التأمين الصحي الاجتماعي	
الموظف:	الشخص المستخدم في وظيفة للقيام بأي عمل ذهني أو مهني أو فني أو أعمال أخرى وهي الوظيفة الموافق عليها في ميزانية الحكومة والقطاع العام أو القطاع المختلط.	

[23] إن تعديل القانون وتنقيته بحسب ملاحظات الدراسة حول نظام التأمين الصحي الوطني مازال بحاجة إلى بعض المشاورات مع مجلس الإستشارة الذي أوصي به. سيدرج جميع المساهمين وكذلك جميع الممثلين للمجتمع المدني.

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
العامل: أي شخص ذكر أو أنثى يعمل كمستخدم لذاته تحت إشرافه وإدارته بأجر **المتقاعد:** شخص متقاعد لديه معاش تقاعدي بحسب قوانين الضمان الاجتماعي وقوانين التقاعد. **المساهمات:** أقساط كل من صاحب العمل والموظف المنصوص عليها في مواد هذا القانون. **الأجر الكامل:** أجر المؤمن عليه الذي يعتبر كأساس تحتسب عليه نسبة الاشتراكات وتؤخذ بالاعتبار كل الحوافز والفوائد. **إصابة العمل:** الإصابة بأحد الأمراض المهنية المبينة في جدول الأمراض المهنية المرفق باللائحة التنفيذية من هذا القانون وجميع الإصابات التي تحدث أثناء العمل وبسببه بما في ذلك الإصابات الخاصة بالطريق وكذلك الإصابات الناتجة عن الإجهاد والتعب بحسب الشروط والقواعد الصادرة عن وزير الصحة العامة والسكان. **المؤمن عليه المصاب:** المؤمن عليه المغطى بتأمين إصابة العمل والذي تعرض لإصابة. **المستمر في المعاناة:** المؤمن عليه المصاب الذي يشكو من نفس إصابة العمل بعد عودته إلى العمل بموافقة هيئة طبية على أساس تقرير طبي. **الشخص المريض:** الشخص المصاب بمرض أو إصابة ليس إصابة عمل.	
المادة (3): ينشأ نظام تأمين صحي اجتماعي ويشمل: أ- تأمين المرض. ب- تأمين إصابة العمل. النظام بحسب نصوص هذا القانون إلزامي.	**الإبدال:** ينشأ نظام تأمين صحي اجتماعي ويغطي أولاً تأمين المرض ويمكن أن يمتد فيما بعد إلى تأمين إصابات العمل بحسب قرار مجلس الوزراء. وسوف يصمم ويعد ويختبر ويقر ويدعم ويوجد توافق خطوة بخطوة بين كل محاولات التأمين الصحي للهيئات العامة والخاصة والشركات والمجتمع وللمستخدمين ذاتياً والعاطلين عن العمل ولأولئك الذين لا يستطيعون دفع مساهمات التأمين بذاتهم. بالنسبة لموظفي القطاعات العامة وقطاعات الاستخدام الخاصة تكون العضوية إلزامية. وبالنسبة لقطاعات المجتمع الأخرى يحدد ذلك بقرار من المجلس ما إذا كانت العضوية إلزامية أو اختيارية.
المادة (4): تغطي نصوص هذا القانون: 1- العاملين المشمولين بالقانون رقم (19) لعام 1991م الخاص بالخدمة المدنية.	**يضاف:** أفراد أسرة المؤمن عليه يتلقون نفس الفوائد المنصوص عليها بالقانون. ويشمل أفراد الأسرة

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
2- العاملين المشمولين بقانون العمل رقم (5) لعام 1995م وتعديلاته. ومع الاحتفاظ بنصوص المعاهدات الدولية التي وافقت عليها الجمهورية نافذة فإن الأجانب المشمولين بقانون العمل والذين يشملهم هذا القانون يجب أن يكون لديهم عقد لا يقل عن عام واحد وتتبنى بلدانهم نفس الوضع. 3- أي قطاعات أخرى يقر مجلس الوزراء تغطيتها بهذا القانون والغير مشمولة بنصوص القانونين المذكورين بأعلاه في الفقرة (1) والفقرة (2) من هذه المادة. 4- المتقاعدين الذين تقاعدوا بحسب القانون المدني. 5- بقية مواطني الجمهورية الذين يوافق مجلس الوزراء على تغطيتهم بهذا القانون.	الزوجة / الزوج / الشريك والأطفال تحت السن القانونية. بالنسبة للآباء والأمهات وأفراد الأسرة الآخرين الذين يعيشون في أسرة المؤمن عليه سيتم إعداد ترتيبات خاصة.
المادة (5): تشمل نصوص هذا القانون أولئك المذكورين في المادة (4) بالتدريج قطاعياً أو جغرافياً.	**موافق**
المادة (6): يعفى من نصوص المادة (4) من هذا القانون تأمين إصابات العمل التي تغطي العاملين الذين هم أقل من 18 سنة من العمر.	**موافق**
المادة (7): الخدمات المقدمة من التأمين الصحي إلى المؤمن عليه تشمل خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل في مختلف مستوياته والفحوصات الطبية المطلوبة له كما هو محدد في اللائحة التنفيذية من هذا القانون.	**يضاف:** ستعطى رزمة فوائد شاملة واقتصادية. تفاصيل حزمة المزايا ستعد ويجري اختبارها على أساس الدراسات التأمينية وتوفر مقدمي الخدمة وكذلك بحسب المفاوضات للدعم الحكومي الذي سيعطى نقداً أو عيناً من قبل الحكومة أو المنشآت الصحية العامة. ستكون الوقاية والرعاية الصحية الأولية لجميع المواطنين مسئولية مستمرة لوزارة الصحة العامة والسكان حتى تتولى هيئة تأمين صحي كل الرعاية الصحية. وسوف يقرر في وقت لاحق ما إذا كانت المدفوعات

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
	للإجازة المرضية والفوائد المرتبطة بها ستدرج ومتى سيبدأ ذلك.
الجزء الثاني: التأمين على المرض **القسم الأول:** التمويل ونطاق التنفيذ	
المادة (8): يمول التأمين على المرض من الموارد التالية: أولاً: المساهمات الشهرية التي تشمل: أ- مساهمة الموظف التي تشكل 6% من راتب المؤمن عليه المشمول بنصوص هذا القانون بحسب الفقرات (1) و(2) من المادة (4) من هذا القانون. ب- مساهمة الحكومة التي تشكل 6% من المعاش التقاعدي للمتقاعدين بحسب الفقرة (4) من المادة (4) من هذا القانون. ج- مساهمة المؤمن عليه التي تشكل: 1- 5% من أجور أولئك المشمولين بحسب الفقرات (1) و(2) من المادة (4) من هذا القانون. 2- 5% من المعاش التقاعدي لأولئك المتقاعدين بحسب الفقرة (4) من المادة (4) من هذا القانون.	**يضاف:** د- الأساس هو حجم ودورية مساهمات المجموعات السكانية الأخرى التي ستدرج في نظام التأمين الاجتماعي والتي ستحدد في عملية تطوير واختبار برامج التأمين الصحي الملائمة لهم.
ثانياً: مدفوعات المشاركة للمؤمن عليه 1- الدفع المشترك للمؤمن عليه بثلث سعر الأدوية خارج المستشفيات باستثناء الأمراض المزمنة التي تقرر بقرار من وزير الصحة العامة والسكان. 2- الدفع المشترك من قبل المؤمن عليه من تكلفة الخدمات خارج المستشفى بنسبة لا تزيد على ثلث سعر الخدمة الموافق عليها من قبل المؤسسة أو ثلث تكلفتها ويصدر	**البديل:** المدفوعات المشتركة تفرض فقط لتفادي المخاطر المعنوية. وتحدد مبالغها أثناء تنفيذ العملية. بالنسبة للمرض الخطير ينبغي أن لا يتجاوز الدفع المشترك دخل شهر واحد للشخص المؤمن عليه.

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
وزير الصحة العامة والسكان قرار يحدد قيمة الدفع المشترك ذلك وشروطه بحسب مقترح من رئيس مجلس إدارة المؤسسة.	
ثالثاً: إيرادات أخرى: إيراد ضريبة السجائر الذي يساوي 5 ريالات على كل 20 سيجارة محلية أو أجنبية بيعت في السوق المحلية. وتحصل هذه الضريبة من خلال قرار وزير المالية بالتنسيق مع وزير الصحة العامة والسكان.	**يضاف:** الإيرادات الإضافية من الضرائب على القات والبضائع الإستهلاكية الأخرى أو السلع سيتم التفاوض عليها. إن جمع أموال إضافية لدفع مساهمات الفقراء والمجموعات الهشة من الزكاة وأموال الأوقاف سيدافع عنها بقوة والشركاء المرتبطين بهذه القطاعات سيدعون للمشاركة بروح التضامن للجميع.
رابعاً: حصيلة استثمار الموارد المذكورة بأعلاه	**يضاف:** ينبغي أن يسود مبدأ التكافؤ الجماعي. ينبغي إنفاق 90% على الأقل من الإيرادات المنتظمة للفوائد الصحية للمؤمن عليه.
المادة (9): يجوز لمجلس الوزراء بمقترح من وزير الصحة العامة والسكان أن يمد التغطية بحسب المادة (4) بإضافة قطاعات جديدة وتحديد قيمة المساهمات والدفع المشترك والراعين بما لا يزيد عن ضعف القيمة المحددة في هذا القانون.	**تشطب:** الكلمات الأحد عشر الأخيرة من المادة.
المادة (10): تشمل نصوص هذا الجزء المؤمن عليهم بالتدريج بحسب المادة (4) من هذا القانون بقرار من وزير الصحة العامة والسكان بعد عرض إلى مجلس الوزراء.	**يضاف بعد وزارة الصحة العامة والسكان:** أو المساهمين الآخرين
المادة (11): يجوز لوزير الصحة العامة والسكان إصدار قرار بتنفيذ نصوص هذا التأمين على زوجة المتقاعد المتوفي (الأرملة) بعد عرض إلى مجلس الوزراء والتنسيق مع وزير التأمينات. ويبين هذا القرار شروط وأوضاع الاستفادة من هذا التأمين ونسبة	**يضاف بعد وزارة الصحة العامة والسكان:** أو المساهمين الآخرين.

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
المساهمة.	
المادة (12): مؤسسة التأمين الصحي مسئولة عن تقديم خدمات التأمين الصحي المنصوص عليها في هذا القانون من خلال مقدمي الصحة الذين تحددهم داخل أو خارج منشآتها وبحسب مستويات الرعاية الطبية والقواعد الصادرة بقرار من وزير الصحة العامة والسكان.	**تعدل:** مؤسسة التأمين الصحي مسئولة عن التعاقد مع الخدمات الصحية الاقتصادية والعالية الجودة الأفضل المتوفرة لدى مقدمي الخدمة العامة والخاصة أو القطاعات المشتركة من مقدمي الخدمة. يكون ضمان الجودة وبرامج احتواء التكاليف المتطلبات الأساسية للتعاقد على الخدمات الصحية.
المادة (13): توقف تغطية هذا التأمين في الأوضاع التالية: 1- فترة عمل المؤمن عليه من قبل صاحب العمل غير مشمولة بهذا التأمين. 2- الفترات خارج البلاد لأي سبب. 3- فترة الإجازات الخاصة والإجازات الدراسية والبعثات العلمية التي يستخدمها المؤمن عليه خارج البلاد. 4- حالات وقف المعاش التقاعدي للأرملة.	**يضاف:** 5- يمكن تمديد التغطية بمساهمات طوعية يجري احتسابها.
القسم الثاني: خدمات التأمين الصحي المقدمة للمؤمن عليه	
المادة (14): خدمات التأمين الصحي المقدمة إلى المؤمن عليه تعني الخدمات الوقائية والعلاجية وإعادة التأهيل والفحوصات الطبية كما هي محددة في اللائحة التنفيذية للقانون وتحديداً الخدمات التالية: 1- الخدمات الطبية المقدمة من طبيب عام. 2- الخدمات الطبية في مستوى تخصصي بما في ذلك أخصائي الأسنان. 3- العلاج والرعاية الداخلية في المستشفى وفي مؤسسة أمراض مزمنة أو مركز متخصص. 4- العمليات الجراحية والأنواع الأخرى من العلاج حسبما هو مطلوب.	**تشطب:** قد حوتها المادة (7).

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
5- فحوصات أشعة اكس والفحوصات المخبرية والفحوصات الطبية الأخرى وما في حكمها. 6- الفحوصات التشخيصية والعلاجية وما في حكمها. 7- صرف الأدوية المطلوبة في الحالات المذكورة بأعلاه. 8- الرعاية للمرأة المؤمن عليها أثناء الحمل والوضع. 9- تقديم خدمات إعادة التأهيل والأجهزة بحسب الظروف والأوضاع التي يحددها قرار من وزير الصحة العامة والسكان.	
المادة (15): تتولى مؤسسة التأمين الصحي مسئولية تدريب المؤمن عليه ورعايته طبياً في المنشآت المقدمة للخدمة المحددة من قبل المؤسسة ومن غير المقبول تقديم ذلك العلاج أو الرعاية الطبية في عيادات أو مؤسسات أمراض مزمنة أو مستشفيات أو مراكز تخصصية إلا بموافقة خاصة لذلك الغرض محددة الحد الأدنى من مستوى الرعاية الطبية وسعرها ولا يقبل مستوى الخدمات الطبية التي تكون أقل من مستوى الحد الأدنى المصدر بها قرار من وزير الصحة العامة والسكان.	**تشطب:** لقد تضمنتها المادة (12),
الجزء الثالث: **تأمين إصابات العمل** **التمويل وخدمات التأمين الصحي المقدمة والشروط التنفيذية**	
المادة (16): يمول تأمين إصابات العمل من قبل: 1- المساهمات الشهرية التي يكون صاحب العمل مسئول عنها بنسبة 2% من أجور	**تؤجل**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
المؤمن عليه المشار إليها بالمادة (4) من هذا القانون. 2- إيرادات استثمار المساهمات المشار إليها. يعفى أصحاب العمل من مساهمات المؤمن عليه المشار إليها بالمادة (6) من هذا القانون إذا تقرر أنها خارج الأجور.	
المادة (17): يقصد بخدمات التأمين الصحي المقدمة إلى أولئك المشمولين بتأمين إصابات العمل جميع ما هو مذكور في المادة (14) من هذا القانون ولائحته التنفيذية.	**تؤجل**
المادة (18): يكون صاحب العمل مسئولاً في حالة إصابة العمل على نقل المؤمن عليه إلى المنشآت العلاجية المحددة من قبل مؤسسة التأمين الصحي ويصدر قرار وزير الصحة العامة والسكان بالتعاون مع وزير التأمينات محدداً الشروط التنفيذية لتأمين إصابات العمل فيما يتعلق بإجراءات العلاج والرعاية الطبية وحالات عودة المعاناة أو المضاعفات الناتجة عن إصابة العمل وتسوية حالات العجز الدائم.	**تؤجل**
المادة (19): تعتبر إصابة عمل كل من حالات عودة المعاناة من نفس إصابة العمل السابقة أو المضاعفات الناتجة عنها.	**تؤجل**
المادة (20): يحدد بقرار من وزير الصحة العامة والسكان بالتنسيق مع وزير التأمينات الإجراءات التي تتخذ من قبل المؤمن عليه في حالة طلب إعادة تقييم قرار العلاج المقدم بإنهاء العلاج والعودة إلى العمل أو رفض العدوى بمرض مهني أو عدم تسوية العجز أو نسبته التقديرية.	**تؤجل**
المادة (21):	**تؤجل**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
تصدر حالات وأوضاع اعتبار الإصابة ناتجة عن إجهاد أو تعب من العمل بقرار من وزير الصحة العامة والسكان بالتنسيق مع وزير التأمينات.	
الجزء الرابع: **إنشاء صندوق للتأمين على المرض وتأمين إصابات العمل وتمويله وإدارته وواجباته ومسئولياته**	
المادة (22): ينشأ صندوق لتمويل خدمات التأمين الصحي وجميع شئونه وتحديداً للوفاء بهذه المتطلبات: 1- تعتبر المعايير الأساسية للجودة الكلية في إتمام العقود مع مقدمي الخدمة وتحقيق الأداء الاقتصادي في تقديم الخدمة والإشراف على إنجازها. 2- وضع الأسس المالية لنفقات الصندوق. 3- الرقابة المالية والمتابعة الكاملة لكل بنود تقديم الخدمة.	**يعدل العنوان:** تأمين إصابات العمل – تشطب **إبدال كل المواد:** ستصمم هيئة تأمين صحي مستقلة وتنشأ فيما بعد. وسيتم التحضير لذلك من قبل مركز اختصاص التأمين الصحي ومجلس الاستشارة المتعدد القطاعات الذي سينشأ بقرار من مجلس الوزراء. التصميم سيقتفي أثر الصندوق الاجتماعي للتنمية ويجب أن يكون معهداً مستقلاً بمصداقية وشفافية ومساءلة عالية بحسب قواعد الأداء التي يوجهها نظام الثواب والعقاب. وسيكون أفضل مثال للحكم الجيد والإشراف في الجمهورية اليمنية ويرحب بالمشورة والتعاون والتدقيق الدولي.
المادة (23): يدير الصندوق مؤسسة عامة تسمى مؤسسة التأمين الصحي ولها شخصيتها المستقلة ورئيس مجلس إدارتها هو وزير الصحة العامة والسكان ويساعده رئيس مجلس إدارة ونائب رئيس مجلس إدارة ويكون لها ميزانيتها والتي هي جزء من الميزانية العامة للدولة. إن أعضاء المجلس وواجباته ومسئولياته تحدد بمرسوم رئاسي بعرض من وزير الصحة العامة والسكان.	
المادة (24): مؤسسة التامين الصحي مسئولة عن علاج المصابين	

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
أو المرضى المؤمن عليهم وترعاهم طبياً حتى يتم شفائهم أو معالجة حالتهم بالعجز. يكون للمؤسسة الحق في مراقبة المصاب أو المصاب المريض في أي موقع تحت العلاج ويقصد بالعلاج والرعاية الطبية ما هو منصوص عليه بالمادة (4) من هذا القانون.	
المادة (25): تتكون أموال الصندوق من الآتي: 1- الإيرادات المنصوص عليها بهذا القانون. 2- الدعم والهبات والمنح التي يقرر مجلس الصندوق قبولها. 3- عائدات استثمار أموال الصندوق. 4- الموارد الأخرى الناتجة عن نشاطات الصندوق.	
المادة (26): بقرار من مجلس الوزراء بموجب عرض من وزير الصحة العامة والسكان يمكن تغيير قيمة المساهمات والدفع المشترك بحسب نتيجة التحقيق في الوضع المالي للصندوق كل خمس سنوات.	
المادة (27): في حالة وجود فائض في أموال الصندوق يحتفظ بهذا الفائض في حساب خاص ويكون إنفاقه فقط بموافقة المجلس لهذه الأغراض تحديداً: 1- تحديث مستوى خدمات التأمين الصحي المقدمة إلى المؤمن عليهم. 2- توسيع التغطية في نظام التأمين الصحي المنصوص عليها بهذا القانون. 3- تمويل برامج البناء والاستثمار والتدريب وبرامج الأبحاث والأنظمة المختلفة المرتبطة بنشاطات المؤسسة.	

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
الجزء الخامس: **أحكام عامة**	
المادة (28): خدمات التأمين الصحي للمصابين أو المرضى المؤمن عليهم توفر داخل الجمهورية حتى يتم العلاج أو يسوى العجز. يكون للمؤسسة وفروعها في المحافظات الحق في مراقبة المصاب أو المريض المؤمن عليه في أي مكان يعالج فيه. لن يكون مستوى خدمات التأمين الصحي أقل من المستوى الأدنى المذكور في قرار وزير الصحة العامة والسكان. ويمكن للمصاب أو المريض المؤمن عليه أن يطلب رعاية طبية في مستوى أعلى من مستوى التأمين المقرر ويدفع التكلفة الإضافية من حسابه الخاص.	**تعدل:** كلمة "الحد الأدنى" تستبدل بـ "اقتصادي".
المادة (29): يكون مقدم الخدمة مسئولاً عن إشعار كل من المؤمن عليه وصاحب العمل في نهاية علاج المصاب المؤمن عليه وفترة الإجازة المرضية الموثقة بالاستمارات التي وافق عليها المجلس بقرار بحسب الشروط والأوضاع المحددة بذلك القرار. فترة الإجازة المرضية إلزامية لصاحب العمل.	**موافق**
المادة (30): يكون صاحب العمل مسئولاً عن القيام بكل الفحوصات الطبية قبل الاستخدام للمرشحين المفترض استخدامهم وتقوم بهذه الفحوصات المؤسسة أو فروعها في المحافظات بحسب الشروط والأوضاع والأحكام للياقة الطبية الصادرة بقرار من وزير الصحة العامة والسكان بالتنسيق مع وزير التأمينات. وتكلفة هذه الفحوصات تدفع بحسب تكلفتها الفعلية بقائمة أسعار المؤسسة.	**تؤجل**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
المادة (31): صاحب العمل مسئول عن القيام بالفحص الطبي الدوري للموظفين المعرضين للمخاطر المهنية ويمكن أن يصابوا بأي أمراض مهنية مبينة في الجدول رقم (1) من الأمراض المهنية المنصوص عليها في اللائحة التنفيذية لهذا القانون. وتقوم بهذا الفحص المؤسسة أو فروعها في المحافظات بحسب التكلفة الفعلية بقائمة أسعار المؤسسة. يصدر وزير الصحة العامة والسكان قرار بظروف وشروط تنفيذ هذه الفحوصات. ويكون صاحب العمل مسئولاً عن تقديم كل الوثائق والمعلومات والتسهيلات المطلوبة لأداء هذه الفحوصات في وقتها. المؤسسة التي تقوم بهذه الفحوصات مسئولة عن إشعار جميع السلطات المعنية بالأمراض المهنية المكتشفة بين العاملين والوفيات الناتجة.	**تؤجل**
المادة (32): حالات العجز توثق بشهادة من المؤسسة وتحدد بقرار من وزير الصحة العامة والسكان بالتنسيق مع وزير التأمينات. وتصدر اللجنة الطبية المحددة من قبل المؤسسة التقارير مدققة في العجز المتخلف الذي حدث للمؤمن عليه في حالات إصابات وأمراض العمل وتاريخه ونسبته. وتكون اللجنة الطبية مسئولة في حالات إصابات وأمراض العمل أن تشعر هيئة التأمين الصحي والمؤمن عليه بأثر العجز ونسبته. ويجوز للمؤمن عليه أن يطلب إعادة التقييم للقرار الطبي بحسب المادة (20) من هذا القانون.	**موافق**
المادة (33): حالة تقدير درجة العجز المتخلف من إصابات العمل والقواعد والأنظمة المذكورة في الجدول (2) بحسب تقدير درجة العجز المتخلف لإصابة العمل يتم تبنيه كما هو مذكور في التفاصيل باللائحة التنفيذية لهذا القانون وكذلك يؤخذ بالاعتبار في حالة تقدير العجز	**تؤجل**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
الدائم المتخلف لحالات المرض لتوثيق ما إذا كانت الحالة عجز كامل أو جزئي.	
المادة (34): إيرادات المساهمات للمؤسسة وفروعها تعفى بحسب أحكام هذا القانون من كل أنواع الضرائب وكذلك كل الوثائق والاستمارات والبطاقات والعقود والشهادات والمطبوعات وكل الأعمال الكتابية الأخرى المطلوبة لتنفيذ هذا القانون معفية من أي ضرائب.	**موافق**
المادة (35): كل أنواع تمويل المؤسسة وفروعها الثابتة أو المنقولة وكل نشاطاتها الاستثمارية معفية من جميع أنواع الضرائب وكذلك جميع نشاطات المؤسسة وفروعها معفية من أن تشملها أحكام القوانين التي تحكم الإشراف والرقابة على مؤسسات التأمين.	**موافق**
المادة (36): تعفى من رسوم المحاكم كل مستويات مطالبات العدالة المتعلقة بتنفيذ أحكام هذا القانون سواء من جانب المؤسسة وفروعها أو من المؤمن عليه.	**موافق**
المادة (37): موظفو المؤسسة أو فروعها الذين يوجهون للتحقيق في نشاطاتها لهم الحق في دخول أماكن العمل أثناء أوقات العمل الرسمية للقيام بالتحقيقات المطلوبة ومراجعة الوثائق والدفاتر وأوراق العمل والمحررات والملفات والوثائق المطلوبة لتنفيذ أحكام هذا القانون. يصدر قرار من وزير الصحة العامة والسكان بالتنسيق مع وزير العدل فيما يتعلق بشروط وأوضاع وسلطات هذه المهمة.	**تؤجل**
المادة (38): على المنشآت الحكومية والإدارية أن تزود المؤسسة وفروعها بالبيانات المطلوبة حول عدد أولئك المشمولين بأحكام هذا القانون وتوزيعهم الجغرافي وأوضاعهم ومهنهم وكل ما هو مطلوب لتنفيذ	**موافق**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
نشاطاتها.	
المادة (39): كل الإيرادات المالية للمؤسسة أو فروعها بحسب أحكام هذا القانون لها الأولوية على كل أنواع الأموال سواء كانت منقولة أو ثابتة مباشرة بعد رسوم العدل.	**موافق**

الملحق رقم (2):

توصيات أعضاء مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب السياسية ووزارة الصحة العامة والسكان فيما يتعلق بإدخال نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن – 3 أكتوبر 2005م

من أجل نظام تأمين صحي وطني في اليمن[24]

ملخص سياسي للنتائج والتوصيات

1- ينبغي دعم نظام التأمين الصحي. فهذا نتيجة دراسة خبرة مستقلة تم التعاقد عليها مع مؤسسة الاستشارة للتعاون الفني الألمانية (GTZ) بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية (WHO) ومكتب العمل الدولي (ILO) يجب أن يتم القيام الآن بأفعال حقيقية ومخصصات لبناء التأمين الصحي أي لإقامة مركز اختصاص التأمين الصحي.

2- تناقص الإنفاق الصحي الحكومي خلال السنوات الأخيرة مقارنة بالناتج المحلي الإجمالي والنفقات الحكومية الإجمالية. لذلك فإن الدعم الإضافي من قبل وزارة المالية ينبغي أن يعطى من أجل مكافحة الأمراض الممكن تجنبها والمعدية (أي الملاريا و ARI والإسهال) بدعم الرعاية الصحية الأولية وتعزيز الوقاية والترويج الصحي. هناك حاجة لزيادة بنسبة100%. إن دور وزارة المالية هام جداً لتحسين نظام الصحة في اليمن ولجعله فعالاً وكفؤاً والتغلب على صعوبات فهم التكاليف الحالية للمنشآت الصحية العامة وعلى الأخص لتحسين وصول المرأة إلى الخدمات الصحية. إن على وزارة المالية أن تسهل إعادة هيكلة الرعاية الصحية بدعم التأمين الصحي من بدايته.

3- أما فيما يتعلق بالتأمين الصحي فنوصي بنهج خطوة خطوة يبدأ بالقطاع الحكومي سواء: (أ) بالقطاع الأمني (الجيش والشرطة والأمن السياسي) والقطاع التربوي أو (ب) بجميع القطاعات الحكومية في صنعاء وعدن. وإضافة إلى ذلك (ج) ينبغي ربط برامج الفوائد الصحية الموجودة لشركات القطاع الخاص والعام.

4- ينبغي الموافقة على مقترح قانون التأمين الصحي مع بعض التعديلات الطفيفة.

5- ينبغي بناء مركز مستقل لاختصاص التأمين الصحي: (أ) بقرار تأسيس من مجلس الوزراء (ب) ميزانية سنوية 200 مليون ريال يمني تعطى من قبل الجمهورية اليمنية (ج) بدعم دولي إضافي من صناديق البنك الدولي.

---

[24] لم تتم الموافقة بعد على هذه المسودة رسمياً.

6- ينبغي بناء هيئة تأمين صحي وطني خطوة بخطوة والتي تكرر التجارب الجيدة للصندوق الاجتماعي للتنمية وتتبناها هيئة التأمين الصحي المستقلة وذات المصداقية والمسائلة والشفافية. وهذه الهيئة ستقود النهج التزايدي نحو تأمين صحي اجتماعي وطني في اليمن.

7- في البداية فإن هذا المركز : (أ) سيعزز جميع محاولات التأمين الصحي في اليمن (ب) سيكتشف ويحلل ويدعم التأمينات الصحية الموجودة في القطاعات الخاصة والعامة (ج) التعاقد على دراسات حول وضع الصحة والرعاية الصحية والمصادقة على مقدمي الخدمة وموضوعات أخرى ذات صلة لدعم إدخال التأمين الصحي خطوة بخطوة وخصوصاً (د) تصميم والقيام بالتدريب حول التمويل الصحي والاقتصاديات الصحية والإدارة الصحية وإدارة التأمين الصحي مع الشركاء الآخرين (أي جامعة صنعاء ومركز الدراسات الاستراتيجية الصحية CSHS في سوريا (هـ) سيتم أيضاً دعم حملات توعية للجمهور وتثقيف صحي.

8- ينبغي تأييد فتوى لدعم التأمين الصحي للفقراء والمعوزين من أجل أن يكون بالمقدور استخدام بعض من أموال الزكاة والأوقاف في المستقبل لدعم الصحة والرعاية الصحية. ينبغي لحملة على المستوى الوطني للتأمين الصحي أن تنشر الأفكار الأساسية لأهمية التأمين الصحي وحول الصحة والتعليم كقوة دافعة للاقتصاد الكلي والتنمية الاجتماعية.

9- في إطار إدخال التأمين الصحي يجب مراجعة وتنقيح عدد من القوانين والقرارات وخاصة قرارات تقاسم التكلفة للرعاية الصحية في المنشآت العامة واستقطاع 1% من الرواتب لإصابات العمل ومختلف القوانين الضريبية.

10- إقامة التأمين الصحي الاجتماعي هو عملية اجتماعية. فجميع المساهمين والكثير من الخبراء في الصحة العامة والتأمين الصحي يجب مشاركتهم وخصوصاً مجلس الشورى وأعضاء البرلمان والأحزاب السياسية.

- برامج التضامن وبرامج التأمين الصحي وجمعيات أصحاب العمل والموظفين أو الاتحادات ومنظمات المجتمع المدني والجامعات والمنظمات النسوية والخبراء البارزين الآخرين والشركاء والمساهمين المدعومين من قبل:

- الوزارات وخاصة تلك المسئولة عن المالية والصحة والشئون الاجتماعية والخدمة المدنية والأوقاف وتلك التي يمكن أن تتبنى التأمين الصحي قريباً مثل الدفاع والداخلية والتربية والتعليم. ينبغي أن يشكلوا مجلس استشارة لمركز اختصاص التأمين الصحي.

صنعاء في 3 أكتوبر 2005م

المشاركين في مؤتمر التأمين الصحي من مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب السياسية ووزارة الصحة العامة والسكان:

مجلس الشورى:

السيد/ علي احمد السلامي

الدكتور/ احمد مكي

السيد/ عبدالولي الشرجبي

البرلمان

الدكتور/ عبدالباري دغيش

الدكتور/ ناصر محمد ثابت

السيد/ عبدالله المقطري

السيد/ عبده العودي

الأحزاب السياسية:

الدكتور/ هشام عون

السيد/ سلطان العتواني

السيد/ عبدالرقيب فتح

السيد/ خالد ناصر

وزارة الصحة

معالي البروفسور د/ محمد النعمي

البروفسور د/ عبدالمجيد الخليدي

البروفسور د/ أروى الربيع

د/ جمال ناشر

د/ صالح فدعق

د/ علي درهم

د/ رشاد شيخ

المحامي/ جمال السروري

د/ مصلح

د/ عادل الجساري

رئيس فريق دراسة التعاون الفني الألماني

البروفسور د/ ديتلف شويفل