نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجزء الأول: الخلفية والتقديرات

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

فريق دراسة التأمين الصحي اليمني

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

صنعاء ، أكتوبر 2005م

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن
الجزء الأول: الخلفية والتقديرات

جدول المحتويات

مقدمة 4
ملخصات تنفيذية 5
1- الخلفية 8
1-1 مدخل 8
2-1 التأمين الصحي 9
3-1 خيارات السياسة 11
4-1 المهام 12
5-1 ملخص 13
2- المنهاجية 13
1-2 مراجعة الوثائق 14
2-2 المقابلات 14
3-2 الاستبيان 15
4-2 ورشات العمل 17
5-2 طرق أخرى 18
6-2 تقدير مقارن 18
3- التقدير الأساسي للمحتوى 18
1-3 المجتمع والاقتصاد 18
1-1-3 الملامح الأساسية 18
2-1-3 قضايا ثقافية 19
3-1-3 من الناحية الاجتماعية الاقتصادية 22
4-1-3 الفقر 24
5-1-3 الاقتصاد الكلي 25
6-1-3 سياسات التنمية 27
2-3 القطاع الصحي 28
1-2-3 الوضع الصحي 28
2-2-3 الانتفاع والحصول على الرعاية الصحية 30
3-2-3 تقديم الرعاية الصحية ودفع المقابل لها 32
1-3-2-3 الصحة العامة 32
2-3-2-3 العناية في العيادات الخارجية 34
3-3-2-3 الرعاية الداخلية 36
4-3-2-3 الرعاية طويلة الأجل 37
4-2-3 تمويل الرعاية الصحية 37
5-2-3 مزايا الرعاية الصحية 45
6-2-3 إدارة الجودة 47
7-2-3 رضا العملاء 48
8-2-3 أجندة الإصلاح 48
9-2-3 المشكلات المتبقية وملخص 51
3-3 الضمان الاجتماعي والحماية 52
1-3-3 إدارة المخاطر الخاصة 52
2-3-3 إدارة المخاطر العامة 53
3-3-3 برامج التقاعد / العجز / الوفاة 54
4-3-3 الحوادث والحماية من إصابات العمل 57
5-3-3 الحماية من البطالة 58

6-3-3 حماية الرعاية طويلة الأجل 58
7-3-3 أسواق التأمين الإضافية 58
8-3-3 السياسات الرئيسية 59
4- المنافع أو الفوائد الصحية الموجودة / وبرامج التأمين 60
1-4 برامج التضامن أو التكافل 60
1-1-4 الاكتشاف والتعريف 60
2-1-4 التركيب 61
3-1-4 الأداء 61
4-1-4 الأثر 61
5-1-4 المعوقات والفرص 62
2-4 مشروعات التأمين الصحي المجتمعية 62
3-4 برامج الفوائد الصحية في الشركات 64
4-4 شركات التأمين الصحي الخاصة 69
5-4 برامج القطاع العام 71
6-4 مبادرات أخرى 73
5- الأهداف والتوقعات 74
1-5 الأهداف والمبادئ الإرشادية 74
2-5 الوفاء بالأهداف الشاملة من خلال التطرق إلى التحديات الاجتماعية السياسية في تصميم وتنفيذ التأمين الصحي الوطني 76
1-2-5 جوانب صحية تتعلق بالفقر وتمكين الفقراء 76
2-2-5 مساواة الجنسين والوصول إلى الخدمات الصحية 77
3-2-5 المساءلة والفساد في الإطار الصحي 79
3-5 نمط توقعات المشاركين في المقابلات في اليمن 79
4-5 نمط توقعات قادة الرأي في اليمن 80
6- التجارب الدولية 82
1-6 التجارب في البلدان المجاورة 82
2-6 تجارب عالمية أخرى 85
3-6 معايير لاقتراح واختيار البدائل 86
4-6 شروط مسبقة لبدء نظام التأمين الصحي الوطني 87
1-4-6 شروط مسبقة تاريخية 87
2-4-6 الشروط المسبقة التجريبية 87
3-4-6 مزيد من الشروط المسبقة 89
5-6 خيار نظري واحد: تقديم الصحة على أساس الضرائب 90
6-6 خيار نظري ثاني: أولوية التغطية للحالات الكارثية 93
7-6 الخيار النظري الثالث: حزمة فوائد شاملة إلى حد ما 94
1-7-6 التجارب من بلدان أخرى 94
2-7-6 خيارات لليمن 96
8-6 خلاصة 98
7- ملخص ونظرة عامة 98
1-7 مقدمة 98
2-7 الشروط المرجعية 99
3-7 المنهاجية 99
4-7 الخلفية 100
5-7 الأمن الاجتماعي والحماية 101
6-7 برامج التأمين الصحي الموجودة 101
7-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي 101
8-7 تجارب البلدان الأخرى 102
9-7 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن 102
10-7 نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن 103
11-7 خيار التأمين الصحي (أ): الدفعة الكبيرة 103

7-12 خيار التأمين الصحي (ب): التطور التزايدي (التدريجي) 106
7-13 البديل (ج): العمل والشبكة 107
7-14 تقدير للخيارات البديلة 107
7-15 مجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي 108
7-16 الدعم الدولي 109
7-17 وجهة نظر 110
8- المطبوعات 110
9- المشاركون في المقابلات 120

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 والشركاء الذين تشاركوا معنا في وجهات نظرهم ومعارفهم وحكمتهم.

ديتلف شويفل
التعاون الألماني الفني
الخدمات الدولية

صنعاء 10 أكتوبر 2005م

Title of the English version:
Detlef Schwefel, Jens Holst, Christian Gericke, Michael Drupp, Boris Velter, Ole Doetinchem, Rüdiger Krech, Xenia Scheil-Adlung, Guy Carrin, Belgacem Sabri, Jamal Nasher, Saleh Fadaak, Gamal Srori, Rashad Sheikh, Ali Al-Agbary: Towards a national health insurance system in Yemen. Part 1: Background and assessments, Sana'a, October 2005 (Study commissioned by the Republic of Yemen to the Consortium of German Development Cooperation (GTZ), World Health Organization (WHO), International Labour Office (ILO), financially supported by World Health Organization and the World Bank)

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

الجزء الأول: الخلفية والتقديرات

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 نحو نظام تأمين صحي اجتماعي وطني.

الخلفية

تتميز اليمن بالفقر 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 أعداداً 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 مقتصرة على بعض المجموعات السكانية وتغطيتها في كثير من الأحيان محدودة. إن تأمين التقاعد 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 الذي توفره مؤسسة الاتصالات

[1] ملخص سياسي لأعضاء مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب السياسية ووزارة الصحة مدرج كملحق (2) بالجزء الثاني من تقرير دراستنا. يعالج الجزء الثاني "الخيارات والتوصيات".

والتأمين الصحي وسينتج عنه عجز كبير. يمكن ضغط التكاليف على سبيل المثال باستثناء العلاج في الخارج أو بتخفيض رزمة المنافع بصورة كبيرة. إن مثل هذا السيناريو الصغير للجميع سيتفادى العجز. إن تحسين كفاءة تقديم الخدمة 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 متزايد 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 العسكرية والشرطة والأمن السياسي الإشتراك في مشروع مشترك بإتجاه التأمين الصحي لموظفيهم الذين يبلغ عددهم حوالي نصف المليون هو أمر ينبغي دعمه وإذا فتحت منشآتهم أبوابها لمعالجة الحالات الكارثية للفقراء وإذا 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 الإضافي 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 الإتجاه نحو ثقافة الإدارة الجيدة ولتعزيز الإدخال الإضافي 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 التي 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 والمساءلة ومبنية على المهنية المتحمسة. إن الدعم الفني الدولي مطلوب لبناء مثل ذلك المركز لإختصاص 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 الجهات التالية:

- 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.

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

وجهة نظر

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 قدرتهم على الدفع.

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجزء الأول: الخلفية والتقديرات

1- الخلفية

1-1 مدخل

منذ الوحدة والأزمات الاقتصادية في بداية أعوام التسعينيات إنخفض الإنفاق الصحي بصورة كبيرة مع تدهور لاحق للخدمات التي تؤمنها الدولة. لقد تفاقم الفقر على نطاق واسع بالآثار الجانبية لبرامج الإصلاح الهيكلي التي تبنتها الحكومة واليوم فإن الوضع الصحي في اليمن هو أحد الأقل حظوة في العالم وإن أكثر من نصف السكان في اليمن يفتقرون إلى الحصول على الرعاية الصحية. ويعود هذا جزئياً بسبب الحاجة إلى منشآت لدى مقدمي الصحة قابلة للوصول إليها وخصوصاً في المناطق الريفية حيث أكثر من أثنين من بين ثلاثة مواطنين مستبعدين من الرعاية الصحية. أما العامل الآخر ذو الصلة والذي يؤثر على إمكانية الحصول على الصحة فهو عدم قدرة السكان الفقراء دفع قيمة الرعاية الصحية. إن أقلية فقط لديها إمكانية الحصول على أي نوع من البرامج المدفوعة مسبقاً لتغطية النفقات الشخصية في حالة المرض. إن تكلفة العلاج وهي المحدد الرئيسي للحصول على خدمات الرعاية الصحية تجعل الفقراء يسقطون من النظام الصحي والتي توقعهم في فخ دورة الفقر والمرض ولها تأثيرات صحية عامة كبيرة.

ومقابل هذه الخلفية قررت الحكومة اليمنية دمج الخطة الخمسية وإستراتيجية تخفيف الفقر في خطة واحدة موجهة نحو بلوغ أهداف التنمية الألفية. لقد ذكرت كلا وثيقتي السياسة بوضوح الحاجة إلى إيجاد تمويل رعاية صحية قابل للتحمل للسكان وقد بدأت الحكومة في مبادرة طموحة وواعدة لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني. وقد أثيرت بعض المحاولات السياسية في الماضي من أجل إيجاد برامج تأمين صحي لمجموعات خاصة من السكان. ومع ذلك ولأسباب سياسية واجتماعية واقتصادية فلم يكن لدى أي من المشروعات الحظ في أن يوضع موضع التنفيذ. يجب على صناع القرار أن يدركوا أن تنفيذ مشروع تأمين صحي وطني هو أمر معقد وصعب ومهمة طويلة الأجل. تميل الآثار الإيجابية الى الظهور بعد الكثير من السنوات فقط. وفي غضون ذلك يمكن حتى أن تسبب مشكلات اجتماعية وآثار سلبية على بعض المجموعات السكانية.

ومن أجل منع هذه الصعوبات قدر الإمكان على تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني أن يأخذ بالاعتبار الوضع الحقيقي الغير ملمع والخادع في اليمن. وعلى المستوى السياسي الأعلى فإن تكرار المبادرات لتنفيذ التأمين الصحي في اليمن قد بدأت مثلاً برئيس الوزراء وأعضاء مجلس الوزراء الآخرين. لقد حثت حاجة البلاد إلى إعطاء الحماية الاجتماعية للمواطنين على محاولات عديدة لإيجاد نظام تأمين صحي وعلى سبيل المثال المقترحات القانونية المقدمة إلى مجلس الوزراء من قبل الجيش ووزارة الصحة العامة والسكان. ومع ذلك فإن صناع القرار السياسي المهمين لازالوا غير مقتنعين بأن اليمن قد وفت على الأقل بأكثر الشروط المسبقة الضرورية وشروط تنفيذ نظام تأمين صحي على المستوى الوطني. وبذلك فقد فوض مجلس الوزراء وزارة الصحة العامة والسكان أن تبدأ بدراسة شاملة حول البنى التحتية الاقتصادية الاجتماعية والشروط المالية في البلاد. إن هدف هذا البحث هو جمع وتحليل جميع المعلومات ذات الصلة بتخطيط نظام تأمين صحي وطني شامل ولإعداد خيارات بديلة لتمويل الرعاية الصحية في اليمن. ستساعد الاستشارة الوزارة في استكشاف أكثر الطرق ملائمة لتمويل نظام رعاية صحي مستقبلي في اليمن على أساس نظام التأمين الصحي الوطني من أجل مواجهة التحديات المرضية وتحديات الأولوية.

إن إنعدام الحماية الاجتماعية تجاه المخاطر الصحية في اليمن قد أدت بالكثير من المواطنين إلى تنظيم أنفسهم في مشروعات مجموعات مساعدة الذات والتضامن. ومع ذلك فإن فهم الجمهور للتأمين الصحي يبدو أنه متدني بصور عامة بين المواطنين وكذلك توقعات الكثير من المشاركين وصناع القرار الذين جرت مقابلتهم أثناء فترة الدراسة قد ظهر أنها متفاوتة. تبدو حماية المجموعة الاجتماعية الخاصة أنها الدافع الهام للتأمين الصحي في اليمن بينما يبدو مفهوم التغطية الشاملة أنه ضعيف. يواجه التأمين الصحي سلسلة من الخصوصيات الثقافية النوعية والدينية في اليمن لكن عدم الثقة الواسع الانتشار والفساد يبدو أنها المعوقات الأكثر صلة للتأمين الصحي.

لقد أصبحت المعارضة البرلمانية مسموعة بصورة متزايدة حول رفع الدعم وفساد الحكومة المدعوم وتدهور الاقتصاد (وحدة تبادل المعلومات الاقتصادية لعام 2005م ، الصفحة 2).

تعد هذه الدراسة وتناقش مختلف الخيارات لإيجاد نظام تأمين صحي وطني في اليمن. وتعطي صورة عامة عن الوضع الحالي والتوقعات بين المشاركين والشروط القانونية والمصالح السياسية والالتزامات والشروط المسبقة الاقتصادية والاجتماعية ونظام الرعاية الصحي والقضايا المتعلقة بعلاقات الدافع ومقدم الخدمة. وتستنتج الوثيقة بإعطاء أربعة خيارات مختلفة لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن ومناقشة مزاياه وعيوبه الخاصة.

2-1 التأمين الصحي

يشير التأمين إلى أي شكل من الصندوق الجماعي حيث الأفراد أو المجموعات يمكنهم تخصيص مبلغ مقبول من المال من أجل تلقي الدعم المالي عند حدوث مخاطرة مؤمن عليها. بدفع مساهمات منتظمة يحصل الشخص المؤمن عليه على حق الحصول على المساعدة في حالة الحاجة المتعلقة بمخاطر معينة.

وهكذا فإن العناصر النموذجية لمفهوم التأمين هي التالية:

- تقديم المال من عدد من الأشخاص لغرض مشترك أي أن كل شخص يدفع وليس فقط أولئك الذين يعانون من الخسارة أو المخاطر الأخرى المؤمن عليها. وهكذا فإنه ليس فقط أولئك الذين تحصل لهم حوادث يدفعون لتأمين السيارات لكن جميع سائقي السيارات الآخرين من أجل منع الخسائر الفردية العالية في حالة الحوادث في المستقبل.
- الدفع المسبق أي أن كل شخص يدفع قبل حصول الحادث أو مصيبة أخرى. وبذلك فإن الدفع مستقل عن المخاطر المؤمن عليها ويدفع المستفيدون مبالغ صغيرة مقدماً من أجل منع مصروفات عالية في حالة الحاجة.

ومع ذلك فإن التأمين الصحي له بعض الخواص المحددة التي تميزه عن أنواع التأمين الأخرى,. إن مخاطرة سوء الصحة شبه مستقلة عن سلوك الفرد وأولوياته وغياب الصحة يؤثر على النوعية الأساسية لوجود الإنسان. وهو مختلف عن الخسائر المادية بسبب الحوادث أو الحريق أو الأضرار الأخرى فالأمراض واعتلال الصحة يؤثر على الملامح الأساسية لبني البشر. تعتبر الصحة عموماً حق إنساني وسلعة اجتماعية وشرط مسبق للرفاهية والعمل والدخل. وفي الحقيقة فإنه وبينما حدود المساهمات أو التغطية المتعلقة بمخاطرة خطط تأمين مسئولية على السيارات أو الحريق مقبولة عموماً فإن استثناء أمراض معينة أو معاقبة حاملي الأمراض المزمنة بمساهمات كبيرة هو أمر قليل القبول.

ولهذا السبب فإن التأمين الصحي يجمع العناصر النموذجية لأي تأمين مع مهام محددة:

- تراكم المخاطر: حالات الأمراض الخطيرة مكلفة جداً لكنها لا تحدث إلا أحياناً. إذا أستطاع صندوق تأمين صحي أن يراكم عدد كافي من الناس بمختلف المخاطر الصحية فسيكون قادراً حتى على تغطية التكاليف العالية لعدد قليل جداً من الحالات.
- الدفع المسبق: يعني التأمين الصحي الدفع قبل الوقوع في المرض وليس فحسب عندما نحتاج إلى الرعاية الصحية حيث أن معظم الناس في اليمن عليهم فعل ذلك الآن من خلال تقاسم التكلفة.
- العدالة: بينما يجد الناس أنه من المبرر جعل أولئك الذين يسوقون على طرق خطيرة جداً أو يحبون اللعب بالشموع أن يدفعوا أكثر لخطة تأمين على السيارات أو الحريق فليست هذه هي الحال بالنسبة لأولئك الذين يصبحون مرضى فالأمراض غير قابلة للتنبؤ وهي مسألة مصير.
- عدم قابلية التنبؤ: وهو يختلف عن الأنواع الأخرى من التأمين حيث لا يمكن للناس أن يتوقعوا الأمراض التي سيتعرضون لها أثناء حياتهم وليس لديهم فكرة عن أي نوع من العلاج سيحتاجونه لمختلف الأمراض.

إن الحماية الاجتماعية العريضة من مخاطر سوء الصحة والمرض يمكن توفيرها بنظام صحة على النطاق الوطني وعن طريق التأمين الصحي الاجتماعي. يمكننا الحديث حول التأمين الصحي الوطني عندما يكون معظم الناس تقريباً ملزمين بالاشتراك في التأمين الصحي وخصوصاً الأغنياء والأصحاء وعندما يستطيع جميع المواطنين الاستفادة من الخدمات المؤمن عليها. يمكن تنظيم ذلك إما عن طريق مؤسسة تأمين صحي وحيدة أو

بتوليفة من أشكال التمويل الصحي المختلفة. إن المهمة الرئيسية لنظام وطني هي ضمان تقديم رعاية صحية في حالة الحاجة وجعلها مستقلة عن القدرة على الدفع. إذا دفع كل شخص في البلاد بصورة منتظمة مبلغ صغير من المال للحصول على الرعاية الصحية في حالة الحاجة فستتوفر الأموال لإعطاء رعاية صحية جيدة لجميع المواطنين بما في ذلك الفقراء والمعوزين. نحن نتحدث عن نظام تأمين صحي وطني عندما تجعل المحاولات المختلفة لتمويل عادل للصحة والرعاية الصحية في شبكة واحدة. ويمكن ان تكون هذه هي الحال في اليمن حيث هناك بضعة مبادرات مفيدة والتي يمكن تنسيقها في المستقبل: مشروعات التأمين الصحي الاجتماعي مثل تعز ومشروعات تقاسم التكلفة العادلة والمنظمة للمنشآت الصحية الحكومية ومشروعات التأمين الصحي للموظفين لشركات القطاع الخاص والعام وصناديق الأدوية الدوارة.

جدول رقم (1): المكونات الأساسية لمشروع تأمين صحي	
المميزات الأساسية لخطط الضمان الصحي	
1	إقامة المشروع
2	العضوية
3	التمويل
4	المنافع التي يوفرها مشروع 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	التأثيرات
14	السلطات الصحية ودور الدولة
15	خطط السنوات القادمة
المصدر: هوهمان 2000	

نحن نتحدث عن تأمين صحي اجتماعي على سبيل المثال عندما تكون المساهمات المنتظمة للأعضاء بحسب المرتبات أو الدخل إذا دفعت الأسر الصغيرة والأكبر نفس الإسهامات وإذا كان على المرضى أن لا يدفعوا أكثر من الأفراد الأصحاء. يجعل التأمين الصحي الاجتماعي حماية كل مواطن فرد من مخاطر الأمراض هماً لكامل المجتمع. إن المجتمع هو أكثر من مجموع أفراده أو سوق كبيرة منظمة على مستوى السكان ومصالح الفرد الحقيقية يتم تحقيقها بصورة أفضل فيه ومن خلال المجتمع. وإذا نفذ بعناية وتم تكييفه للظروف الخاصة في اليمن يستطيع التأمين الصحي الاجتماعي أن يحفظ التضامن والتغطية الشاملة.

ومع ذلك فلا زال الطريق طويلاً للحصول على نظام وطني ونظام تأمين صحي اجتماعي عامل. ففي ألمانيا أستغرق الأمر ما يقارب مائة عام ومن المهم أن نذكر لذلك أن المفهوم الكلاسيكي للتأمين الصحي الاجتماعي ينبغي توسيعه من أجل أن يسمح بإدراج المزارعين المستخدمين لأنفسهم: وعادة ما يتم تقاسم المساهمات بين أصحاب العمل والموظفين لكن في حالة الاستخدام الذاتي فلا ينطبق ذلك. يمكن أن نعتبر كوريا الجنوبية كنوع من البطولة الدولية لأن الأمر قد أستغرق أثني عشر عاماً فقط لتغطية جميع السكان بما في ذلك الفقراء والعاطلين عن العمل والمستخدمين لذاتهم. إن على كل شخص أن يفهم أن الأمر سيستغرق وقتاً في اليمن كذلك إنما على البلاد أن تبدأه بأسرع وقت ممكن.

ينظر أحياناً في اليمن إلى التأمين الصحي بأنه مرادف لبناء المستشفيات وتؤدي تجربة البلد في تقاسم التكلفة بالكثير من المشاركين أن ينظروا إلى التامين الصحي بأنه مصدر جديد للدخل بصورة أساسية للرعاية الصحية من الدرجة الثانية والدرجة الثالثة. وتأتي المشكلة النظامية الأخرى لتنفيذ التأمين الصحي في اليمن من الأثر القوي لرسوم المستعملين التي تم إدخالها في بداية أعوام التسعينيات تحت اسم تقاسم التكلفة. ان المدفوعات المشتركة المباشرة تبلغ ثلثي إجمالي الإنفاق الصحي وتدل على العبء الكبير على ميزانية الأسرة. وفي غضون ذلك فقد تعود جميع مقدمي الخدمات على توليد حصة دخل ملائمة عن طريق المصاريف الرسمية وكذلك الغير

رسمية للمستخدم. إن الدفع المباشر في لحظة الحاجة هو المضاد تماماً لما ينبغي ان يكون عليه التأمين الصحي ولكن لبلوغ هذه التغييرات في توقعات وسلوك مقدمي الخدمة سيكون تحدياً كبيراً لنظام التأمين الصحي الوطني. ينبغي أن يصاحب الإسهامات في التأمين الصحي انخفاضاً واضحاً وسيطرة صارمة على مصاريف المستخدم المباشرة.

3-1 خيارات السياسة

كان النظام السياسي في الجمهورية اليمنية الذي وجد بعد الوحدة في عام 1990م إنحرافاً كاملاً عن الأنظمة فيما كان يعرف سابقاً بشمال وجنوب اليمن. وبينما تطور الشمال "الجمهورية العربية اليمنية" إلى حكومة جمهورية مع تأثيرات تقليدية وقبلية قوية فإن جمهورية اليمن الديمقراطية الشعبية قد أصبحت دولة إشتراكية تميزت بمناهضة الرأسمالية وذات إيدلوجية علمانية ومساواة للجنسين. وخلال الثلاثين شهراً من المرحلة الانتقالية ساد نظام متعدد الأحزاب ممثل للديمقراطية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي – ص 3). إن أكثر من ثلاثين حزباً سياسياً قد وجدت تمثل كافة أشكال الطيف السياسي. ومع ذلك وبعد دورتين انتخابيتين في الأعوام 1993م و 1997م حكم عليها بأنها حرة وعادلة بصورة معقولة من قبل المراقبين الدوليين فإن معظم الأحزاب تفتقر إلى التأثير والقوة السياسية وتمثل أربعة منها فقط في البرلمان.

إن كل من الاقتراع البرلماني والانتخاب الرئاسي الأخير تمثل خطوات هامة في طريق تعزيز الديمقراطية في اليمن. وخلال الانتخابات العامة التي عقدت في 27 أبريل 1993م فاز المؤتمر الشعبي العام وهو الحزب الحاكم سابقاً في شمال اليمن حصل على 121 من المقاعد في البرلمان وفاز الحزب الاشتراكي اليمني وهو الحزب الحاكم سابقاً في جنوب اليمن على 56 مقعداً وفاز حزب ائتلاف إسلامي جديد وهو حزب الإصلاح على 62 مقعداً والـ 62 مقعداً الباقية ذهبت إلى أحزاب صغيرة وإلى المستقلين. وقد بقي الرئيس ورئيس الوزراء في وظيفتهما بعد الانتخابات وشكلت الأحزاب الرئيسية الثلاثة ائتلافاً تشريعياً (YCA 2005). وبعد فوزه الكاسح في الانتخابات التشريعية في أبريل 1997م لم يعد المؤتمر الشعبي العام وهو حزب الرئيس صالح يعتمد على بناء ائتلاف مع التجمع اليمني للإصلاح للشيخ/ عبدالله بن حسين الأحمر وبدأ في الحكم لوحده[2].

وفي الانتخابات البرلمانية في أبريل 2003م أحتفظ المؤتمر الشعبي العام بالأغلبية المطلقة. وبالرغم من بعض المشكلات في تصويت القاصرين عن السن القانونية واحتجاز صناديق الاقتراع وترهيب المقترعين والعنف الذي رافق الانتخابات فإن المراقبين الدوليين قد قدروا أن الانتخابات كانت عادلة وحرة بشكل عام (PDHRL ، 2005 ، ص 10) وقد أعطت نتيجة الانتخابات حزب المؤتمر الشعبي العام الحاكم أغلبية مريحة في البرلمان وهي 228 مقعداً بينما جميع أحزاب المعارضة مجتمعة لم تستطع أن تجند أكثر من 73 صوتاً في البرلمان (الإصلاح 47 ، والحزب الإشتراكي اليمني 7 والحزب الوحدودي الناصري 3 ، وحزب البعث العربي الإشتراكي القومي مقعدين والمستقلين 14 مقعداً) (وكالة الاستخبارات المركزية الأمريكية CIA ، ص 5).

لم يقدم البرلمان توازناً قوياً مع السلطة التنفيذية ولكنه قد أثبت على تزايد الاستقلالية عن الحكومة. وقد قاد رئيس حزب المعارضة الإصلاح ممثلي البرلمان المنتخب ليوقف فعلياً بعض المقترحات التشريعية للجهاز التنفيذي. ومع ذلك فلا زالت القوة السياسية لدى الفرع التنفيذي وخصوصاً الرئيس والذي هو القائد الأعلى للقوات المسلحة ورئيس مجلس القضاء الأعلى ورئيس الحزب الحاكم. يشترط الدستور استقلالية القضاء واستقلال القضاة ومع ذلك فإن القضاء ضعيف ويعيق الفساد وتدخل الفرع التنفيذي استقلاليته. يعين الفرع التنفيذي القضاة وقابلين للإقالة بحسب اختيار التنفيذي. كانت هناك تقارير بأن بعض القضاة قد تمت مضايقتهم وأعيد تكليفهم أو أقيلوا من وظائفهم على إثر أحكام ضد الحكومة. إن الكثير من المتقاضين يؤكدون والحكومة تعترف بأن علاقات القاضي الاجتماعية والرشوة أحياناً تؤثر على الأحكام أكثر من القانون أو الحقائق (نفس المصدر ، ص 1).

ومع ذلك فإن التطور السياسي على المستوى الوطني يبقى نقيضاً للعلاقات القبلية القوية طالما أن الهوية القبلية لازالت قوية اجتماعياً وسياسياً حتى اليوم (البنك الدولي ، 2002). إن القبائل هي العنصر الأساسي للكيان الاجتماعي لليمن لآلاف من السنين وتبقى هامة حتى اليوم. إن الكثير من المناطق وبصورة رئيسية الشمال الشرقي وضواحي صنعاء لها وجود قوي من التسلسل القبلي وتتميز بالتكوينات القبلية. لقد كان لدى الجزء

[2] هناك أكثر من 12 حزب سياسي ناشط في اليمن ومن أكثر الأحزاب بروزاً هي المؤتمر الشعبي العام للرئيس علي عبدالله صالح والتجمع اليمني للإصلاح للشيخ/ عبدالله بن حسين الأحمر وحزب البعث العربي الإشتراكي للدكتور/ قاسم سلام والحزب الناصري الوحدودي (عبدالملك المخلافي) والحزب الإشتراكي اليمني (علي صالح مقبل) ، وكالة الإستخبارات الأمريكية للولايات المتحدة الأمريكية CIA ، ص 6.

الجنوبي من البلاد تاريخ طويل من الرفاهية وإن المستعمرة البريطانية السابقة وعاصمة الجنوب اليمني الاشتراكي عدن هي أكثر الأجزاء حداثة في البلاد. ويظهر الغرب أوسع انفتاح باتجاه الخيارات السياسية الاجتماعية المختلفة[3].

إن القبائل هي وحدات سياسية موجودة في مناطق معينة ولها حدود ثابتة وعدد معروف من الأفراد. إن الانتساب القبلي هام بصورة خاصة لأولئك فيما كان يسمى بشمال اليمن سابقاً والذي يضم حوالي ثلثي السكان. لقد كانت القبائل في أحيان كثيرة متصارعة مع بعضها البعض ولكنها قد بدأت أخيراً في التوحد مع بعضها البعض من أجل الدعم المشترك تجاه الحكومة المركزية. إن للمنظمات القبلية قدر معين من الاستقلال السياسي والذي تتفاعل به مع القبائل الأخرى ومع الحكومة المركزية. والبعض منها تنظر إلى الحكومة بأنها مهددة للاستقلالية القبلية وكذلك الحياة والقيم التقليدية. توجد فوارق مناطقية كبيرة حتى ضمن المجتمع القبلي ويعتبر الكثير من اليمنيين الحضر أن القبائل والقبلية هي تخلف وبدائية (وزارة الخارجية ، 2005م).

ولقرون كثيرة كانت اليمن معزولة على نطاق واسع وفي مناطق كثيرة فإن النشاط الاقتصادي التقليدي والبنية الاجتماعية قد بقيت دون تغيير تقريباً حتى أعوام الستينيات. لقد أتى التحديث في نصف القرن الأخير بتكنولوجيات جديدة وانفتاح تدريجي للمجتمع لكن البنية الاجتماعية قد بقيت مع القليل من التغيير وينعكس ذلك في شكل ونطاق الخدمات الاجتماعية. واليوم تعتبر اليمن إحدى البلدان الأقل نمواً في العالم إذ أن حوالي 70% من السكان يعيشون في المناطق الريفية ومعظمهم في حالة فقر ويفتقرون إلى الحصول على معظم الخدمات الاجتماعية البدائية. إن نظام الرعاية الصحية حديث نسبياً وقد تطور فقط خلال العقود الأخيرة. ولا زالت الثقة في مقدمي الخدمة المحليين ضعيفة ويميل الميسورين إلى طلب الرعاية خارج البلاد. ولا زال هذا السلوك متجذر بعمق على الرغم من أن شبكة كبيرة من مقدمي الرعاية الصحية قد ظهرت في الآونة الأخيرة وحالياً تمتلك اليمن خليط غير متجانس من الأطباء والصيدليات والمراكز الصحية والعيادات والمستشفيات من القطاع العام والخاص.

ومع ذلك فلازالت مشروعات التأمين الصحي المعقولة والفعالة والتجربة فيما يتعلق بتمويل الرعاية الصحية لازالت مفقودة. تقوم الوزارة حالياً بإدخال مشروع رائد لتأمين صحي مجتمعي وهي راغبة في إدخال نظام وطني شامل للتأمين الصحي. توحي التجارب الدولية بأنه أمر يوصى به بقوة أن يتم تكييف مقاييس السياسة الاجتماعية بقدر الإمكان مع وضع معين في البلاد. ويعتمد على مجموعة من العوامل ما إذا كان نظام التأمين الصحي على مستوى البلاد كهذا يعطي خياراً معقولاً ولامركزياً في بعض الأحيان وإن لدى المشروعات المجتمعية أو التي ترتبط بمكان العمل فرص أفضل لتنفيذها بنجاح ثم توسيعها إلى مجموعات سكانية أخرى. إن أحد أكثر العوامل أهمية فيما يتعلق بتنفيذ أو مد أي مشروع تأمين صحي هي الجدوى العملية والمالية. إن خلق توقعات مبالغ فيها فيما يتعلق بالمنافع أو الحصة السكانية التي سيتم تغطيتها يمكن أن يكون مجازفة بالنسبة لمشروع التأمين الصحي الجديد.

وبعد التشاور أخيراً مع منظمة الصحة العالمية في أكتوبر 2003م قدم مقترح قانون التأمين الصحي الاجتماعي إلى الحكومة في فبراير 2004م ولكنه قد تم تأجيله من أجل مزيد من التفكير. إن جزء من الحكومة وبصورة رئيسية وزارة المالية ووزارة الشئون الاجتماعية والعمل تخشى بأن اليمن والقطاع الصحي بشكل عام لازال غير مستعد لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني. وقد بدت مسودة القانون غير ناضجة وغير مستكملة لتوفير إطار عمل قابل للحياة والتطبيق لتطوير الضمان الاجتماعي بما في ذلك التأمين الصحي للموظفين الحكوميين والموظفين في القطاع الرسمي على أساس المساهمات أو طرق التمويل الأخرى.

4-1 المهام

تحلل الدراسة وتصف الشروط المسبقة والخيارات والمعوقات والتحديات لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني في اليمن. وعلى أساس الاستقصاءات والمطبوعات السابقة التي يبدو أنها قابلة للوصول لأقلية صغيرة من صانعي الرأي فقط فإن الهدف هو جمع وسبك جميع المعلومات ذات الصلة من أجل التخطيط لنظام شامل. وقد تابع فريق الخبرة الدولي المسئول عن هذه الدراسة هذا الهدف لإعداد ثلاثة مقترحات بديلة خاصة باليمن لتمويل الرعاية الصحية من خلال مشروع على نطاق الوطن وربما مشروع وطني. ستساعد الخبرة التي تم التعرف عليها في البلاد الوزارة في استكشاف الطريقة الملائمة أكثر لتمويل نظامها في الرعاية الصحية. وفي ذات الوقت تحدد

[3] اتصال شفوي مع ثابت بجاش ، مسئول التنمية البرامجية في منظمة اوكسفام.

نقاط الضعف الرئيسية والضروريات فيما يتعلق بالإعداد الفني والمهني. ولذلك فإن الدراسة قد شملت المهام والموضوعات التالية:

1- جمع وتلخيص وسبك جميع الوثائق وقواعد البيانات ذات الصلة المعدة لليمن وتقديم صورة من أجل تحليل مقارن للوضع في اليمن مع بلدان مختارة في المنطقة والعالم.

2- تحديد مشروعات التضامن المهمة الموجودة في اليمن وتحليل بنيتها وتأثيرها وأدائها.

3- مراجعة مشروعات التأمين الصحي الموجودة في اليمن بما في ذلك برامج القطاع العام والتأمين الصحي الخاص والتأمين الصحي الاجتماعي وبرامج التأمين الصحي التي أساسها المجتمع.

4- القيام بمسح وتحليله حول الرأي في التمويل الصحي للسياسيين والقادة الإسلاميين والمواطنين وشركاء التنمية والحكومات المحلية والمسئولين في الوزارات وشركات التأمين والجمهور ومقدمي الرعاية الصحية الأولية ونقابات العمال والجمعيات الطبية.

5- القيام بزيارات ومقابلات في الوزارات والمؤسسات المركزية الأخرى ومقدمي الرعاية الصحية الحكوميين ومن القطاع الخاص والمجالس المحلية في المديريات والمكاتب الصحية على مستوى المحافظات والمديريات.

6- مقارنة الوضع الحالي في اليمن مع التجارب في بلدان مماثلة بالمنطقة وعلى مستوى العالم من أجل تحديد أي الشروط المسبقة مطلوب البدء بها كنظام تأمين صحي وطني.

7- المناقشة والتحليل في ورشة / ورش عمل لكل الاستنتاجات وآراء تمويل الرعاية الصحية البديلة المقترحة مع الشركاء الرئيسيين واستخلاص النتائج مقابل خلفية الواقع في اليمن.

8- إعداد ثلاثة مقترحات تمويل صحي بديلة على الأقل والتي تضمن عدالة تقديم الرعاية الصحية. يغطي كل مقترح قضايا تتعلق بتحصيل الموارد والدفع لمقدمي الخدمة واختيار ووحدة التسجيل ورزمة المنافع وترتيبات تقديم المال لغرض مشترك وجدول المساهمات وطريقته والشراء.

9- اقتراح خطة تنفيذية ذات مراحل للتوسع المناطقي والاجتماعي والتنظيمي بحسب الأولويات والقدرات الإدارية ونوعية الخدمات الصحية الحالية واستعداد المجموعات السكانية.

10- إعداد إطار عمل تمويل التأمين الصحي الوطني لكل مقترح وكذلك التوقعات الأولية للتمويل الكلي للعشر سنوات الأولى.

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

5-1 ملخص

يعد نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني بالتطرق إلى بعض من احتياجات الإصلاح للنظام الصحي في اليمن ولديه إمكانية تخفيض حواجز الحصول على الرعاية الصحية ولمنع الإفقار الذي سببه المرض. ومع ذلك فإن التنفيذ الناجح لنظام التأمين الصحي الوطني ليس مهمة سهلة. إن ذلك ربما يعني ثورة على مجموعة من الطرق وحشد من المصالح الكامنة في النظام الحالي. لا يتطرق التأمين الصحي فقط إلى مجال متخصص من التمويل الصحي إنه نهج جديد ينحو باتجاه ربط وتفاعل الحكومة ومقدمي الخدمة والمرضى ويمكن أن يكون له تأثيرات هامة على إنتاج الصحة وعلى سلوك طلب الصحة والوضع الصحي والتفاعل مع بقية المجتمع والاقتصاد.

2- المنهاجية

تم القيام بالدراسة بتعاون وثيق مع المقاول والنظراء. وبعد إعطاء أول موجز من قبل ممثل وزارة الصحة العامة والسكان تم ضم فريق من الشركاء اليمنيين إلى فريق الدراسة الدولي. إن هذا النهج "التوأمي" لكل من الخبراء الدوليين قد هدف ما يلي:

- المساعدة في فهم الإطار الاجتماعي والثقافي في اليمن.
- ترجمة المقابلات إن لزم الأمر من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية والعكس.

- توفير تعزيزا دائمً ومناقشة الدروس المستقاة.
- الاستغراق الكامل للنظراء اليمنيين في التحليل الدولي للتأمين الصحي.

لقد كان للنهج المختار أثر "فتح العيون" لكل من الطرفين المشتركين.

1-2 مراجعة الوثائق

قدم للمقاول والنظير في بداية الاستشارة نسخ إلكترونية من الكثير من الوثائق الهامة حول إصلاح القطاع الصحي والأنظمة الصحية في المديريات وتمويل الرعاية الصحية ومشروعات التعاون ... الخ. والكثير من الوثائق أستعيدت من الخبراء الدوليين والهيئات الدولية المتعاونة. وبالإضافة لذلك تم القيام مسبقاً ببحث مكثف في الإنترنت عن الوثائق ذات الصلة. وكان المجموع ما يقارب 300 وثيقة تمت مراجعتها وأخذ مقتطفات منها. يظهر الباب الثامن قائمة الوثائق التي تم الرجوع إليها. الباب الثاني من الجزء الثالث من تقرير الدراسة يقدم محتوى قرص مضغوط تم تسليمه إلى المقاول. كان ينبغي ترجمة العديد من الوثائق الهامة من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية

- مقترح قانون التأمين الصحي من قبل وزارة الصحة العامة والسكان.
- مقترح قانون هيئة التأمين الصحي.
- مقترح قانون التأمين الصحي للقوات المسلحة.
- تبادل الخطابات حول مقترح التأمين الصحي.
- ملاحظات مجلس الشورى حول مقترح قانون التأمين الصحي.
- ملاحظات اتحاد العمال حول مقترح قانون التأمين الصحي.
- أنظمة العلاج في الخارج.
- أنظمة الرعاية الصحية لمؤسسة الإسمنت.
- الصحة المهنية في اليمن.

وقد أدرجت هذه الوثائق في الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

2-2 المقابلات

إن المصدر الرئيسي للبيانات والمعلومات والمعرفة كان الاجتماعات والمقابلات لعدة شركاء ومشاركين في المركز أو في إطار التأمين الصحي. وعلى أساس طلبات الاستشاريين والتي جرت محاكاتها من قبل شركائهم تم الاتصال بعدة مؤسسات وأعطي الوقت لإجراء المقابلات. توجد قائمة بالمؤسسات التي تم الاتصال بها بالفصل (30) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا وخصوصاً:

- جميع الوزارات ذات الصلة.
- اللجان الصحية في البرلمان ومجلس الشورى.
- الأحزاب السياسية.
- أصحاب العمل ومنظمات العمال.
- المنظمات الغير حكومية.
- مقدمي الرعاية الصحية من القطاع العام والخاص.
- الحكومات المحلية والإقليمية.
- السلطات الصحية المحلية والإقليمية.
- التأمينات الصحية الخاصة.
- التأمينات الصحية للشركات الخاصة والعامة.
- معظم صناديق التقاعد.
- صناع الرأي.
- الهيئات والمانحين الثنائيين ومتعددي الأطراف.
- مؤسسات الأبحاث والتدريب.

تم القيام بالمقابلات مع شركاء الدراسة اليمنيين.

إن أكثر المعارف المكتسبة أهمية خلال المقابلات ومراجعات الوثائق قد تم تكثيفها فيما يسمى مواد معرفية ووزعت على الاستشاريين. يقدم الباب (29) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا تسعة من 1297 وصف قصير لتلك المواد المعرفية. إن كل المواد المعرفية تم غربلتها بحسب قيمتها لإدراجها في صنع القرار وكتابة التقرير.

3-2 الاستبيان

لقد استحقت بعض الموضوعات جمع مكثف أكثر للبيانات والمعلومات. وفي الشروط المرجعية أو المهام طلب مسح للرأي حول التأمين الصحي. وفي البداية توقعنا القيام بذلك المسح على أساس استمارة المقابلات الإرشادية والتي أعدت مسبقاً والتي كانت على أساس بعض خبرات الاستشاريين في جمع المعلومات حول الاحتياجات المنظورة عن مشورة التأمين الصحي من قبل مدراء البرنامج في آسيا وأمريكا اللاتينية وأفريقيا. أستخدمت هذه الاستمارة ضمنياً في كثير من المقابلات التي تم القيام بها وهي موجود في الباب (11) من القسم (3) من تقرير دراستنا. وخلال المناقشات الأولى ذكرت فرصة الحصول على مسح أكثر شمولية للرأي مدعوم مالياً من قبل البرنامج الذي يشارك في تمويله الاتحاد الأوروبي. وقد قبل ذلك بسرور وتمت صياغة استمارة مسح ومناقشتها مع النظراء, وبعد بعض الاختبار الريادي ترجمت الاستمارة إلى اللغة العربية وينبغي تطبيقها على خمسة ممثلين على الأقل لـ 24 مجموعة من قادة الرأي في اليمن. يظهر الجدول رقم (2) قائمة مجموعات قادة الرأي الذين جرت مقابلتهم من قبل فريق المقابلين المستقدمين من أكثر الموظفين معرفة في وزارة الصحة. استمارة المسح موجودة في الباب (12) من القسم الثالث من تقرير دراستنا.

الجدول رقم (2): مجموعات قادة الرأي لمسح أفضليات التأمين الصحي	
1	مسئولي وزارة الصحة
2	مسئولي وزارة الشئون الاجتماعية
3	مسئولي وزارة المالية
4	مسئولي وزارة الخدمة المدنية
5	الساسة الصحيين
6	سياسيين عامين
7	قادة إسلاميين
8	أعضاء المجالس المحلية
9	ممثلي حكم محلي آخرين
10	القضاة
11	الممرضين
12	أطباء خاصين
13	أخصائيي صحة عامة
14	أصحاب عمل في شركات خاصة كبيرة
15	أصحاب عمل في شركات قطاع مختلط كبيرة
16	قادة النقابات والعمال
17	جمعيات طبية
18	جمعيات أطباء أسنان
19	جمعيات صيادلة
20	قادة قبليين
21	أخصائي صحة عامة لهيئات المانحين
22	مانحين / هيئات دولية
23	شركات تأمين
24	منظمات غير حكومية
25	أشخاص آخرين تمت مقابلتهم

بدأ مسح الرأي في الأسبوع الأخير من أغسطس والقيام به حتى نهاية سبتمبر 2005م. سيتم ذكر آراء 110 من القادة في هذا التقرير. يظهر الجدول رقم (3) الموضوعات الأساسية التي عولجت في المسح.

الجدول رقم (3): الموضوعات الرئيسية لمسح آراء قادة الرأي حول التأمين الصحي			
1	بيانات أساسية	18	رزمة المنافع
2	معرفة برامج التضامن	19	مسئولية الحكومة
3	معرفة التأمينات الصحية	19	مسئولية التأمين الصحي
4	هل على الناس أن يدفعوا عن الرعاية الصحية؟	20	الأمراض المعفاة
5	هل يدفع الفقراء أيضاً؟	21	صندوق التقاعد كنموذج
6	التنظيم الجيد لتقاسم التكلفة	22	وكيل التأمين الصحي
7	هل تقاسم التكلفة عادل؟	23	الثقة في صندوق التأمين الصحي
8	تكرار المدفوعات الغير رسمية	24	خصائص التأمين الصحي الاجتماعي
9	مبلغ المدفوعات الغير رسمية	25	الخدمات الجديدة في التأمين الصحي
10	تأجيل العلاج	26	مستويات صناديق التأمين الصحي
11	حصة الإعفاء المطلوبة	27	عدد التأمينات الصحية
12	التأمين الصحي الإجباري	28	أفضل تفادي لسوء الاستعمال
13	نهاية المقابلة في حالة إنعدام الفهم	29	هل الرعاية الصحية الحكومية أفضل
14	المجموعات التي ستغطى أولاً	30	أي مقدمي خدمة
15	المجموعات التي لن تغطى	31	الحاجة الحقيقية للتأمين الصحي
16	أفراد العائلة الذين تتم تغطيتهم	32	بداية التنفيذ
17	المجموعات دون إسهامات	33	مبرر التأمين الصحي
		34	التأمين الصحي لأسرتك

أثناء المقابلات تم استكشاف تنوع وغنى المنافع الصحية للشركات أو برامج التأمين. الشركات العامة مثل:

- الشركات العامة الإنتاجية مثل مؤسسة الاتصالات.
- شركات الخدمات العامة مثل مستشفى الثورة ومستشفى السبعين.
- الشركات المختلطة مثل الخطوط الجوية اليمنية والبنك المركزي.

وقد تم سؤال الشركات كذلك حول رزم منافع برامجها والتكاليف أو النفقات لمشروعات المنافع هذه وقد أعد استبيان وأجريت مقابلات حتى نهاية سبتمبر 2005م. الاستبيان موجود في الباب (13) من القسم (3) من تقرير دراستنا والموضوعات الرئيسية مبينة في الجدول (4).

الجدول (4): الموضوعات الرئيسية لمسح مشروعات المنافع الصحية للشركات العامة	
1	إقامة المشروع: فترة إقامته والتاريخ والدوافع
2	العضوية: كيفية تأسيس العضوية؟ كم عدد الأعضاء؟ حصرية العضوية.
3	تعريف أفراد الأسرة المستفيدين من البرنامج.
4	التمويل ومصادر التمويل: الشركة أو اسهامات أو هبات
5	المزايا التي يوفرها برنامج التأمين: تعريف المزايا والحصول عليها
6	رزمة المنافع: الرعاية الأولية
7	الخدمات الوقائية
8	الخدمات الخارجية المتخصصة للمرضى
9	خدمات المختبر
10	الخدمات التشخيصية
11	رعاية المستشفى (الإيواء والإطعام)
12	الرعاية في المستشفيات (العلاج الطبي)
13	العمليات الصغرى
14	العمليات الكبرى
15	العلاج في الخارج
16	الأمومة

الجدول (4): الموضوعات الرئيسية لمسح مشروعات المنافع الصحية للشركات العامة	
17	الأدوية للحالات الحرجة
18	الأدوية للأمراض المزمنة
19	النقل
20	مزايا أخرى
21	المنافع المستثناة
22	الترتيبات المالية: كيفية الدفع للمنافع وقواعد الاسترداد والمشكلات العملية
23	كم صرفت الشركة في العام الماضي لرزمة المنافع الطبية كاملة.
24	الخدمات والمنتجات الأخرى التي يعطيها برنامج التأمين.
25	قضايا قانونية والدستور.
26	الإدارة والمهام الإدارية والطرق الإدارية.
27	تقديم الرعاية الصحية والوضع العام وتوفر تقديم الرعاية الصحية.
28	الدفع لمقدمي الخدمة وطريقته.
29	السلطات الصحية ودور الدولة وما هي الهيئة المسئولة عن الإشراف على برنامج التأمين وتنظيم نشاط برنامج التأمين الصحي
30	الخطط للسنوات القادمة
31	ملاحظات إضافية لمن أجريت معهم المقابلات

النتائج مدرجة في الجزء الثالث من تقرير دراستنا. يوصى بمزيد من التحليل طالما أن بعض هذه البرامج هي أفضل ممارسات والتي يمكن أن تستحق التكرار والتوسيع.

تم القيام أخيراً بمسح سريع وبسيط في وزارة الصحة العامة والسكان وكان مبنياً على المعرفة وأنه بالنظر إلى تدني المرتبات في القطاع الحكومي فإن الكثير من الموظفين يحاولون الحصول على وظيفة ثانية وحتى ثالثة في المساء وخصوصاً من بين الكادر المهني. وهذا الوضع يمكن أن يثير قضية ما إذا كان التأمين الصحي يمكن تأسيسه على استقطاعات من قوائم المرتبات أو ما إذا كان ينبغي تأسيسه على الدخل. الاستبيان والنتائج موجودة في الباب (14) من القسم (3) من تقرير دراستنا. يعطي الجدول رقم (5) نتيجتين فقط للمسح والتي قد تطرقت كذلك إلى قضية ما إذا كان موظفو الوزارة راغبين في الالتحاق بالتأمين الصحي العام.

الجدول رقم (5): المرتبات مقابل دخل موظفي وزارة الصحة والرغبة في الالتحاق بالتأمين الصحي		
متوسط المرتب الشهري في الوزارة بالريال اليمني	22.417	
متوسط الدخل الشهري للموظف بالريال اليمني	30.281	
متوسط الدخل الشهري للمهنيين بالريال اليمني	66.656	
الراغبين في الالتحاق بالتأمين الصحي	58	%95
الغير راغبين في الالتحاق بالتأمين الصحي	3	%5
المصدر: المسح السريع الخاص		

هذا المسح ليس ممثلاً ولكن قصد منه إعطاء ملامح أولية في قضيتين هامتين ويمكن تكراره على نطاق أوسع.

4-2 ورشات العمل

تم القيام بعدة ورشات عمل لتقاسم المعلومات والمعرفة. وعدة ورش عمل أصغر تعالج التخطيط والإيجاز والمراجعة وإعطاء تقارير موجزة. وتم القيام بورشتي عمل أكبر

- ورشة عمل فنية أستمرت يومين حول خيارات التأمين الصحي البديلة بأكثر من 70 مشارك في 11 و 12 سبتمبر 2005م بمشاركة مستشارين دوليين من التعاون الفني الألماني ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولي.
- ورشة عمل سياسية لمجلس الشورى والبرلمانيين والأحزاب السياسية في 3 أكتوبر 2005م.

- اجتماع عالي المستوى مع الأعضاء الأكثر أهمية في مجلس الوزراء (مخطط).

قصد من ورشات العمل أساساً تحقيق الإجماع تدريجياً للفريق وكل المشاركين المعنيين والشركاء حول إمكانية المستقبل للتأمين الصحي في اليمن.

5-2 طرق أخرى

تم القيام بالكثير من الزيارات لمقدمي الرعاية الصحية الحكوميين ومن القطاع الخاص وزيارات ميدانية إلى محافظات عدن وعمران وذمار وتعز مع المهنيين اليمنيين والشركاء.

6-2 تقدير مقارن

جميع مصادر المعلومات هذه كانت هامة لتشكيل فهم شركاء الدراسة الدوليين والوطنيين. ومع ذلك وحتى مع كل هذه المصادر من المعلومات تبقى حالات عدم تأكد رئيسية وكذلك الكثير من الشكوك فيما يتعلق بقيمة الأدلة التي تم جمعها. ويبدو أنه من الصعب جداً الحصول على بيانات إحصائية موثوق بها وصحيحة وحديثة. وكان من الصعب للغاية وجود مثل تلك البيانات البسيطة مثل قوائم جميع الأمراض في أحد المستشفيات والتي تقارن مع العدد الإجمالي للحالات في فترة زمنية معينة. وبالإضافة لذلك تظهر الكثير من الإحصائيات نسبة عالية بشكل مفرد من الأرقام التقريبية وتدل على أن الأرقام لم تؤخذ بجدية أو أنها قد أختلقت[4].

لقد كان من الصعب تقريباً وجود بيانات حديثة حول وضع الاستخدام في اليمن وكذلك حول عدد الموظفين في الخدمة الحكومية. ولذلك كان لا بد من استخدام التخمين البارع حيث تكون البيانات مفقودة أو يبدو أنها خاطئة أو مختلقة. وتسود حالات عدم التأكد ولهذا فإن أبحاث الأنظمة الصحية تحتاج إلى التعزيز والتمكين في اليمن.

3- التقدير الأساسي للمحتوى

1-3 المجتمع والاقتصاد

1-1-3 الملامح الأساسية

بعد توحيد الدولتين اليمنيتين في عام 1990م وبعد الحرب الأهلية في عام 1994م وبعد سياسات الإصلاح الاقتصادي الصعبة فإن اليمن الآن يتمتع بالسلام والديمقراطية واقتصاد السوق الحر. وحتى قبل ذلك فإن اليمن قد شهد تحسينات ملحوظة كما هي مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (6): الإنجازات في الوضع الصحي في اليمن منذ أعوام الثمانينات

السنة / الوضع الصحي	الثمانينات	2003م	نسبة التغيير
الحصول على الرعاية الصحية الأولية	30% (1996)	42%	40
توقع الحياة بالأعوام عند الولادة	46 سنة (1986)	59	28
نسبة وفيات الأطفال لكل ألف من المواليد الأحياء	130 (1989 / 1990)	82	37
الولادات المعتنى بها من أفراد مدربين	12% (1984)	27%	43
نسبة وفيات الأمهات (لكل 100.000)	1000 (1987)	570	43

المصادر: البنك الدولي 1990 ، منظمة الصحة العالمية 2005م ، البنك الدولي 2005م (أ) ، البنك الدولي 2005 (ب) ، بنك الأمل لعام 2005م ، وزارة الصحة العامة والسكان 2005م (أ)

[4] على سبيل المثال في البيانات الإحصائية حول العلاج في العيادات الخارجية في مستشفى الثورة لعام 2004م فإن نصف الأعداد الشهرية المقدمة تقريباً (46.57%) هي مضاعفات العدد 10 وأكثر من الثلث (53.29%) تنتهي بالخمسينات أو المئات والربع (24.75%) من جميع الأعداد الإحصائية تنتهي حتى بمئات (الجمهورية اليمنية لعام 2005م ، ص 14) (أنظر الفصل 18 من الجزء الثالث من تقارير دراستنا).

وأيضاً لازالت هناك ثلاث ملامح أساسية على الأقل تميز ظروف المعيشة الحالية لما يقارب الـ 20 مليون من اليمنيين

- إن معظم السكان يعيشون في مجمعات متناثرة في أقل من 500 شخص بعيداً عن تغطية الخدمات الصحية (الجمهورية اليمنية 2004 ب).
- إن ثلثي سكان اليمن لا يستطيعون تحمل شراء أغذية كافية لتلبية متطلباتهم الغذائية الأساسية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2005).
- إن النمو السكاني يتقدم بأكثر من 3% في العام ويغني البلاد بسكان من الشباب كما يظهر في الشكل التالي.

الشكل رقم (1): الهرم السكاني في اليمن لعام 2004م

المصدر: الجمهورية اليمنية 2004 ج

إن اكتشاف مصادر النفط والأسعار المرتفعة حالياً للنفط تبدو أنها فرصة جيدة لحل هذه المشكلات. ومع ذلك فإن إنتاج النفط قد هبط وإن احتياطيات النفط تتناقص. إن الحل المناسب لمعظم مشكلات التنمية الملحة تحتاج إلى أكثر من النفط والتحويلات من العمال اليمنيين في الخارج.

3-1-2 قضايا ثقافية

إن للإسلام تقليد طويل في اليمن حيث أن 98% من السكان مسلمين ويلعب الدين دوراً رئيسياً في المجتمع. وبينما الاختلافات الدينية لا يعترف بها بصراحة على أنها مفرقة فإنها توجد بين المناطق والمجموعات السكانية دون أن يكون لها تأثير كبير على الحياة الاجتماعية والسياسية. وفي مختلف أنحاء البلاد حيث التقاليد الثقافية والدينية لازالت أكثر نشاطاً منها في المدن الكبيرة فإن الناس يختلفون في كيفية التأكيد على الحماية الاجتماعية. ففي بعض المناطق أكثر من الأخرى فإن مفهوم التأمين لازال يربط (بالحرام) وهو ما يعني الممنوع بحسب القرآن. وهكذا فإن فكرة الدفع المسبق والتأمين ينبغي تطبيقها بطريقة مختلفة على سبيل المثال بمفهوم أن الناس يضعون بعض المال للآخرة من خلال حساب حالي يكرس لتمويل المساعدة الطبية للفقراء والمعوزين ويمكن أن يساعد ذلك في جعل اليمنيين يدركون لعلاقة مفهوم التأمين الصحي بالتقاليد والتعاضد الذي أساسه الدين ومبادرات مساعدة الذات.

ومن جانب فإن ختان الأطفال الذكور محدد بالقرآن وهو شائع جداً في اليمن ومن جانب آخر فإن بتر الأعضاء التناسلية للإناث لازال أيضاً موجوداً في مناطق عديدة من البلاد[5] وهذا يتعلق بقطاع الرعاية الصحية لأنه يمثل مصدراً إضافياً للدخل لمقدمي الرعاية الصحية ويبدو أن بعض مقدمي الرعاية يحصلون على دخل خاص بإعطاء هذه الخدمة في الوحدات او المراكز الصحية. وعموماً فإن معظم اليمنيين يميلون إلى رؤية الرعاية الصحية كإنتاج سوق عليهم أن يدفعوا مقابله وهذا السلوك قد تعزز بتنفيذ تقاسم التكلفة في بداية التسعينيات. إن فكرة تقاسم المخاطر والدفع المسبق وهماالعنصرين الرئيسيين للتأمين الصحي ليسا معروفين على نطاق واسع أو بالكاد تكون مفهومة من الأغلبية. وحتى بالنسبة لمجموعات المشاركين في البلد فإن التأمين الصحي يعني أولاً وقبل كل شيء بناء منشآت الرعاية الصحية وخصوصاً المستشفيات وليس آلية تمويل لتكاليف الرعاية الطبية.

وتاريخياً شاركت المجتمعات في تمويل الرعاية الصحية في اليمن بالمشاركة على أساس التقاليد الإسلامية في صورة ضريبة دينية تسمى الزكاة. إن هذه التقاليد مستقاة من التعاليم القرآنية وهي تلزم المسلمين إعطاء هبات خيرية مرة في السنة لمصلحة الفقراء. إن الزكاة هي إعادة توزيع طالما أن الموارد تحول من الأغنياء إلى الفقراء وعند ربطها بتمويل الصحة فإن لها إمكانية أن يكون لها تأثير مساواة إيجابي. إن الرعاية الصحية المدعومة بالزكاة تصبح أكثر قابلية للتحمل وبذلك أكثر إمكانية لحصول للفقراء عليها. ويأخذ الناس الزكاة بصورة جدية لكنهم مترددين في دفعها للحكومة وإلى المؤسسات التي تديرها الحكومة لأنهم يشكون في ما إذا كانت أموال الهبة ستضمن لهم حقاً مكاناً في الجنة عند إساءة استخدامها. وبحسب قول وزير الشئون الاجتماعية والعمل فإن 2.5% من دخل المسلمين يذهب إلى الزكاة ويبلغ حجمه ببساطه 70 إلى 100 بليون ريال يمني في السنة إذا جمعت من قبل مؤسسة موثوق بها[6].

وإلى جانب الزكاة فإن التقاليد الإسلامية في اليمن قد أوجدت وعززت مجموعة من ممارسات التكافل الإضافي والتجارب التي تستحق أخذها بالحسبان في تصميم وأداء نظام التأمين الصحي الوطني. يعطي الجدول التالي صورة عن ممارسات التكافل المحلي والشروط التي يمكن تحديدها في اليمن[7].

الجدول رقم (7): ممارسات التضامن في اليمن
• مبادرة (مبادرة تنمية المجتمع). • غرامة (تقاسم المجتمع أثناء الصراعات). • كفالة (ضمان طويل الأجل أو قصير الأجل أو كفالة) (دفع مصاريف للأسر الفقيرة والطلاب والسجناء واليتامى[8] ... الخ من قبل فرد أو مؤسسة رعاية ... الخ). • صدقة جارية (إحسان – وخصوصاً لمنشآت المجتمع). • أوقاف – أوقاف. • الزكاة : وهي إحسان وخصوصاً تلك التي لا تمر عبر القنوات الحكومية. • دين / سلف – قرض بدون فائدة. • إعفاء – إعفاء. • مقايضة – قبول بدائل مثل البضائع والمحاصيل ... الخ. • صندوق – صندوق رعاية اجتماعية وتأمين جزئي على سائقي التاكسي ... الخ. • تسجيل – مساعدة مرتبطة بالفقراء والعجزة ومرضى معينين ... الخ للبرامج الحكومية. • صيدلية ، معرض أو دكان خيري (بقالة رعاية ومقبرة رعاية ... الخ) تقاسم التكلفة من وجهة نظر الرعاية. • مساهمة – مساهمة نقدية أو مادية أو عينية لخدمة المجتمع. • حملة خيرية – حملات جمع أموال خيرية.
المصدر: أوكسفام

[5] إن نحو 2 من كل خمس من النساء اليمنيات قد صرحن بأنهن قد تعرضن للختان وتنخفض هذه النسبة بحسب مستوى ثقافة المرأة (41.7% من الأميات و 24.2% من النساء ذوي الثقافة العالية) المشروع العربي لصحة الأسرة.

[6] اتصال شفوي مع الوزير خلال اجتماع في 3 أغسطس 2005م.

[7] بحسب المعلومات والبيانات التي جمعتها أوكسفام في سياق الإعداد لتنفيذ أنظمة التأمين الصحي للمجتمع في اليمن (بجاش 2005)

[8] الحاجة الاجتماعية لليتامى منعكسة في برامج الرعاية العديدة في اليمن ليست مثار استغراب لأن نسبة الأطفال تحت سن الخامسة الذين أحد أو كلا أبويهما الطبيعيين قد توفي هو 4.8% (يتراوح بين 2.3% إلى 8.1%) وبالإضافة لذلك فإن 0.9% لا يعيشون مع أبويهم الطبيعيين (يتراوح بين 0.5% إلى 1.8%) اليونسيف 2003 ، ص 12.

فيما يتعلق بمهمات محددة خاصة بالصحة توجد مشروعات التضامن المحلية التالية في اليمن:

الجدول رقم (8): مشروعات التضامن في اليمن
• صيدلية خيرية. • مركز صحي مجتمعي / مستشفيات رعاية أو وحدات تعاونية (توليفة مصادر). • الآجل. • تقاسم تكلفة فعال أو عمل خاص في نفس المركز الصحي العام (نظام إعفاء قاصر جداً).
المصدر: اوكسفام

بالرغم من التقليد الطويل وثقافة مشروعات التضامن في اليمن فإن المعرفة حول وجودها وأدائها ونطاقها هو أمر نادر. إن تتبع مثل هذه الأنظمة حيث يمارس بعض الأشخاص أو المجموعات المساعدة التعاونية والدعم قد تحول إلى عملية بطيئة وخطوة خطوة. ويظهر ذلك أنه على المستوى السياسي ومستوى صناع القرار يعرف القليل حول كيفية تناول الناس في البلاد للحماية الاجتماعية الغير كافية. وخلال الدراسة يمكن الكشف عن عدد كبير من المشروعات التضامنية في كل البلاد. لقد كشف المسح مع قادة الرأي عن عدد كبير من المشروعات الغير معروفة من قبل. ومعظم هذه البرامج أو المشاريع تفتقر إلى الموارد الكافية وكذلك الإدارة الأساسية والقدرات الإدارية. غير أن الكثير من أنظمة الضمان الاجتماعي الوطني قد بدأت في التطور من منظمات صغيرة غير رسمية لمساعدة الذات (بارنج جوشن 2002 ، ص 1560). ويمكن ان يكون هذا أيضاً أحد الطرق القابلة للحياة في اليمن حيث الثقة في المبادرات التي تديرها الحكومة قد تضررت بدرجة خطيرة وحيث لدى الناس الثقة في المجموعات الصغيرة والمجموعات الاجتماعية المعروفة جيداً.

وبحسب البيانات من المواطنين فإن التطور الاجتماعي والاقتصادي الحالي يؤثر على التجانس الاجتماعي والثقة في اليمن. يشعر الناس أن رجال الأعمال والتجار المحليين أقل دعماً وأنهم يغدرون بالتضامن الاجتماعي. وهذا يجعل من الصعب إيجاد جمعيات محلية أو جمع الأموال لتشغيل وصيانة مشروعات المجتمع. لقد وضع التحضر السريع المصادر التقليدية للدعم والاستقرار تحت قدر كبير من الضغط. وفي السنوات الأخيرة نمت المنظمات الغير حكومية بسرعة من حيث العدد حيث وصل عددها إلى أكثر من 2400 جمعية في عام 1999م وقد أنشئت المنظمات الغير حكومية والتي هي أساساً خيرية في المدن الكبيرة.

إن الأمية لازالت هي المظهر الرئيسي لليمن على الرغم من التوسع الكبير أخيراً لمنشآت المدارس والتي زادت من جانب العرض (حبتور 202 أ) ولكن في جانب الطلب فإن السلوكيات الثقافية والتشتت الجغرافي للسكان يعيق التسجيل والتعليم الأفضل. وهذا عامل إنتاج سلبي جداً للصحة لأن النموذج الصحي على الرغم من كل مشكلات الفقر يعتمد كثيراً على مستوى الوعي وتعليم الأمهات والفتيات خصوصاً. إن التعليم هو أحد أكثر عوامل الإنتاج الأساسية للصحة.

إن تعدد الزوجات هي حالة مستمرة في اليمن حيث 6.3% من الزوجات متزوجات على أزواج لديهم زوجات عديدة مع حصة أكبر في المدن. ومع ذلك يبدو أنها تختفي رويداً رويداً حيث أن الشابات أقل احتمالاً أن يتشاركن في أزواجهن مع نساء آخرات (العمر 20 إلى 24 : 5% و 45 إلى 49 : 8%) وتتناقص هذه النسب بحسب المستوى التعليمي للمرأة من 6.6% بين الأميات إلى 4% بين حاملات شهادة الثانوية فما فوقها. ومع ذلك وفي الممارسة فإن معظم برامج المنافع الصحية في اليمن تشمل خيار الأزواج الذين لديهم زوجات عديدة بينما لا تغطي حتى زوج واحد بالنسبة للموظفات. وطالما أن تعدد الزوجات مقبول اجتماعياً فينبغي لنظام التأمين الصحي أن يأخذه بالاعتبار ومن جهة أخرى فإن تعريف العضوية يعطي خياراً للتأثير على عدد الأسر التي بها تعدد زوجات.

إن زواج الأطفال متكرر في اليمن ويؤثر بصورة رئيسية على الفتيات عندما يصلن إلى سن البلوغ. تميل الأسر الفقيرة إلى اعتبار البنات عبء كبير على الدخل وتحاول حل ظروفها الاقتصادية الصعبة بـ "بيع" أطفالهن من الإناث والتخلص من الحاجة لإعالتهن بأسرع وقت ممكن. لقد كشفت دراسة ميدانية حديثة مدعومة من قبل أوكسفام بأن زواج الأطفال موجود تقريباً في محافظات حضرموت والحديدة. وهو يؤكد أن الفتيات اللائي يتزوجن في سن مبكرة يؤدي بهن الأمر إلى الحمل المبكر ويفقدن فرص التعليم واكتساب الخبرات التي تسمح لهن في الحصول على دخل مستدام (يمن تايمز 22 سبتمبر 2005م).

إن العنصر المميز الآخر للمجتمع اليمني هو ضعف مشاركة المرأة على مستوى المجتمع. فقد أصبح ذلك واضحاً على سبيل المثال بمقارنة إحصائيات الحوادث في أكبر المستشفيات المتخصصة وهو مستشفى الثورة في صنعاء. إن ثلاثة فقط من بين كل مائة ضحية لحوادث المرور في عام 2004م قد كن من الإناث بينما أكثر من 13% كانوا من الأطفال. وفيما يتعلق باستخدام القطاع الرسمي يحتل الموظفون من الإناث على المستوى الوطني أقل من 1 من بين كل 26 موقع عمل مشغول بموظفين يمنيين في الشركات الخاصة[9].

ومن جانب آخر وبصورة خاصة في المناطق الريفية تتعرض المرأة مراراً لعبء مزدوج في إدارة العائلة وتوليد الدخل من خلال العمل في الحقل. وعلى الرغم من أن دستور الجمهورية اليمنية يعلن تساوي الحقوق بين الرجل والمرأة فإن الأخيرة ليس لديها الفرص المساوية للمشاركة في الحياة العامة. وعموماً فلا ينظر إلى المرأة بجدية مثلها مثل الرجل وفي الاجتماعات العامة يميل ممثلو الذكور إلى الضحك عندما تتحدث الإناث. وفيما يتعلق بالرعاية الصحية والضمان الصحي فسيكون من المهم التشديد على المعوقات الاجتماعية في المناطق التقليدية. وفي حالات كثيرة فإن الحصول على الرعاية المطلوبة للنساء محدودة لأنهن بحاجة إلى مرافق من الذكور لتقديم الطلب إلى المنشآت الصحية وينبغي أن يعاينهن عاملات صحيات وهن غير موجودات في المنشآت الصحية في معظم البلاد.

إن مصدر القوة الهام الآخر للوضع الاجتماعي والثقافي في اليمن يبدو أنه يتعلق بالتنفيذ والنظرة إلى نظام التأمين الصحي الوطني. وكما ذكر بأعلاه فإن الهياكل والتسلسل القبلي لازال موجوداً في كل البلاد وبصورة رئيسية في المرتفعات وفي المحافظات الشرقية. إن بناء الأمة عملية مستمرة وتدل الهوية الاجتماعية على الوضع المجتمعي والقبلي منه على الدولة اليمنية. وينعكس هذا في وجود عدد من برامج التضامن الصغيرة بينما وجهة نظر التضامن المجتمعي الشامل لازالت مفقودة أو لم تطور لدى معظم المواطنين. وبالإضافة لذلك فإن الأثر الملح للبنى القبلية على المجتمع يمكن أن يوضح صلة الأنماط الأبوية في المجموعات الاجتماعية والأفراد وعلى سبيل المثال فإن برامج المنافع الصحية التي تديرها الشركات تظهر توقعاً كبيراً في تسلم الدعم من الآخرين فلتكن منظمات خيرية ووزارة الصحة التي يتوقع منها إعطاء مجموعة من الخدمات المجانية أو مانح دولي أو وكالة تنمية. وعندما يأتي الأمر لبدء مبادرات وتحمل المسئولية يتردد الكثير ممن جرت مقابلتهم أو ينسحبون ويعبرون عن التوقع أن الحكومة أو أي قائد آخر عليه أن يبدأ الخطوات الأولى.

3-1-3 من الناحية الاجتماعية الاقتصادية[10]

لازال النمو السكاني كبيراً في اليمن وتلمح الأرقام الرسمية الحديثة إلى 3.02% (الجمهورية اليمنية – وزارة التخطيط والتعاون الدولي لعام 2005م) وفي مقاربة في مسح صحي مستقل إلى 3.1% (سويترس 2004). يقدر التحضر في اليمن بحوالي 5% وهو ينمو ضعف معدل النمو السكاني تقريباً (NN 2005) في أكبر مدينة ما يقارب 9% من السكان يعيشون فيها. وحوالي ثلاثة أرباع السكان يعيشون خارج المناطق الحضرية و 80% من السكان الريفيين يعيشون في تجمعات متناثرة فيها أقل من 500 شخص (الجمهورية اليمنية 2004 ب). إن متوسط حجم الأسرة يقدر بـ 8.14 فرد في الأسرة (اليونسيف 2003 ، ص 12). يظهر المسح أن متوسط الأسر الفقيرة هو 9.8 شخص (سويترس 2004 ، ص 13). وبحسب مسح آخر فإن متوسط حجم العائلة في اليمن هو 7 أفراد بينما 40% من الأسر لديها أكثر من 7 أفراد و 26.5% لديها من 1 إلى 4 والباقي وهو 32.9% من الأسر اليمنية فيها 5 إلى 7 أفراد (المشروع العربي لصحة الأسرة 2004 ، ص 12)[11].

يعيش الناس في بيئة متزايدة التدهور. وهذا بسبب التنمية الاقتصادية الغير منظمة تقريباً. ليست هناك سيطرة فعلية على استخدام المخصبات والمبيدات الحشرية. إن الوجه المهم أكثر هو الوضع المائي فاليمن تستهلك المياه فوق مواردها المائية القابلة للتجديد.

إن الزراعة والأسماك هي القطاعات الاقتصادية الأكثر أهمية للسكان لكن ليس هناك أمن غذائي للكثير من الناس. إن المؤشرات حول العجز الغذائي تلمح إلى ما يلي: التقزم 39% ، الهزال 13% ، نقص الوزن 39% ، نقص الوزن عند الولادة 19% ، معدل تضخم الغدة الدرقية الإجمالي 32% (إيواما 1999م) ، سوء التغذية عند الأطفال 46% (الجمهورية اليمنية 2004 ب). أما بالنسبة للأمن الغذائي فتصنف اليمن بأنها بلد منخفض الدخل

---

[9] 26089 امرأة من بين 685402 من الموظفين. – المصدر: نتائج مسح طلب القوة العاملة في المؤسسات الخاصة لعام 2003م.

[10] فيما يلي ستذكر فقط تلك الملامح الأساسية التي لها تأثير على سلوك طلب الصحة وعلى تقديم الخدمات الصحية وتمويلها.

[11] يبدو أن جميع الأرقام السكانية مشكوك فيها في إطار اليمن. يرجى ملاحظة أن أكثر من 10.8% من الأطفال تحت سن الخامسة لديهم شهادة ميلاد (المدى 0.7 إلى 46.4%). وفي العاصمة صنعاء فإن هذه النسبة هي 6.9% فقط (اليونسيف 2003 ، ص 12).

وذو عجز غذائي والواردات تفوق 75% من المواد الغذائية الرئيسية كالأرز والقمح. وبينما يبدو توفر المواد الغذائية بأنه مؤمن بصورة جيدة من الواردات فإن الحصول عليها يقيده إنخفاض القوة الشرائية. إن معدلات سوء التغذية العالية للغاية والوزن المنخفض عند الولادة ووفيات الأطفال في الكثير من مناطق اليمن تدل على نقص خطير ومزمن في الحصول على الغذاء. وعلى الرغم من أن توفر الغذاء على المستوى الوطني يبدو أنه كافياً فإن قسماً كبيراً من السكان لا يستطيع تلبية احتياجاته الاستهلاكية الغذائية بسبب الافتقار إلى الموارد. إن وضع الأمن الغذائي للأسر مهدد بعوامل طبيعية أخرى مثل الجفاف وانتشار الأمراض والفيضانات والتي لها تأثير على دخول الأسر الفقيرة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي) وتفاقم ممارسات التغذية الغير كافية والخاطئة حتى في المجموعات السكانية الاجتماعية الاقتصادية المتعلمة بصورة أفضل من المشكلة (الصبري 2001 ، ص 16).

إن بعض المؤشرات الاجتماعية مثل معدل الأمية والحصول على الرعاية الصحية تؤكد على وضع اليمن كأحد أفقر البلدان وأقلها نمواً في العالم. ومن بين السكان في عمر 10 سنوات فما فوق فإن حوالي ثلثين من الذكور وأقل من واحد من كل ثلاث من النساء قادر على القراءة والكتابة مع بعض الفوارق بين المناطق الحضرية والريفية. إن التحاق الفتيات بالمدارس أقل من 50% بينما يلتحق بالمدارس 75% من البنين (مسح صحة الأسرة اليمنية لعام 2003م).

الجدول رقم (9): النسبة المئوية لتوزيع السكان (10 سنوات وأكبر من ذلك) بحسب المستوى التعليمي والجنس ومكان الإقامة

المستوى التعليمي	حضري			ريفي			الإجمالي		
	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي
أميين	15.2	40.5	27.7	31.1	57.7	53.2	27.3	69.1	47.0
قراءة وكتابة	29.1	24.5	26.8	31.8	15.0	23.4	31.1	17.3	24.3
ابتدائي	13.2	9.9	11.6	12.8	4.7	8.8	12.9	6.0	9.4
إعدادي	17.2	11.4	14.4	12.1	2.8	7.5	13.4	4.9	9.2
ثانوي	18.2	10.6	14.4	9.7	1.2	5.5	11.8	3.5	7.7
جامعي	6.6	2.6	4.6	1.9	1.0	1.0	3.0	0.7	1.0
غير مبين	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5
العدد	7602	7428	15030	23492	23076	46568	31094	30504	61598

المصدر: مسح صحة الأسرة اليمنية لعام 2003م ، ص 15

ينعكس إنعدام القراءة والكتابة والتعليم الأساسي في نقص واضح للمهارات وفجوات المهارة في مختلف المستويات المجتمعية. إن المهارة هي القدرة على أداء مهمة في مستوى من الكفاءة محدد مسبقاً والعمال المهرة ينبغي أن يحصلوا على عوائد من تحسن الإنتاجية فيما يتعلق بالأجور العالية. إن لنقص المهارة تأثير محتمل ليس فقط على الاستخدام ولكن كذلك على سلسلة من المقاييس الاقتصادية الأخرى مثل الإنتاجية والكسب والنمو الاقتصادي (مهران 2004 ، ص 21). إن انخفاض مستوى التأهيل المهني يؤثر على التنمية الداخلية للمجتمع اليمني على مستويات مختلفة.

إن البطالة مثيرة في اليمن وخصوصاً بالنسبة للجيل من الشباب والتي تقدر تقريباً بـ 50% (يوسف 2004). وقد تبين رسمياً بأن نسبتها 11.5% (الجمهورية اليمنية – وزارة التخطيط والتنمية 2004) لكن تقديرات أخرى تشير إلى أنها 35% (السروري 2001 ووكالة المخابرات المركزية CIA 2005). ولهذا تأثير كبير على التأمين الصحي. إن هذا الأثر قد أزداد تفاقمه بحقيقة أن معظم الاستخدام في القطاعات الغير رسمية في الزراعة والأسماك. يظهر الجدول التالي تركيب الاستخدام في عام 2002م:

الجدول رقم (10): هيكل الاستخدام والدخل في عام 2002م

القطاع	العاملين	الدخل
الزراعة والأسماك	2163	56078
التعدين	18	36830
الصناعات الصغيرة	144	15509
الكهرباء والغاز والمياه	12	2359

الجدول رقم (10): هيكل الاستخدام والدخل في عام 2002م		
المباني	262	4986
التجارة والفنادق	484	18250
النقل	134	3771
البنوك	32	15705
الخدمات الشخصية والاجتماعية	245	2499
الحكومة	432	56888
الإجمالي	3926	212875
المصدر: وزارة التخطيط والتعاون الدولي في كتيب اتحاد العمال		

لا يوجد إيضاح للوحدات المذكورة.

من الملاحظ أن دخل أكثر من مليونين من العمال في الزراعة والأسماك يساوي دخل 432 ألف من الموظفين الحكوميين. لم تكن المعلومات المحدثة متوفرة وهذه البيانات لا تواكب القوة العاملة المقدرة وهي 4091000 في عام 1999م والعمالة المتوقعة لعام 2005م وقدرها 5116000 من العمال والموظفين (مهران 2004). تعتبر إنتاجية العمل منخفضة ويعطي الباب رقم (15) من الجزء الثالث من تقرير الدراسة بعض البيانات حول مسح العمالة الحديث لعام 2003م والذي يتناقض مع البيانات المقدمة بأعلاه طالما أنه يشير إلى أن الزراعة والصيد والغابات نسبتها 1.29% من العمال الذين جرى مسحهم و0.09 في الأسماك (الجمهورية اليمنية – وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2005). وفي هذا المسح فإن قطاع تجارة الجملة والتجزئة والصيانة يحتل 49.97% في أعلى القائمة[12] ولازالت هناك حالات عدم تأكد فيما يتعلق ببنية الاستخدام. ويرجع هذا إلى تقديرات قطاعات الاستخدام الرسمية كذلك. لم يكن من الممكن الحصول على رقم حديث حول الموظفين والعاملين في الإدارة الحكومية أي في الوزارات خصوصاً[13].

إن حالات إنعدام المساواة منتشرة فيما يتعلق بكافة الجوانب: ظروف المعيشة وظروف السكن والحصول على الخدمات العامة. إن عدم المساواة في الدخول كبيرة في البلاد. وتعكس عدم المساواة في اليمن اقتصاد متدني الدخول بصورة نموذجية حيث الأغنياء ونسبتهم 10% يحصلون على 34% من الدخل الوطني وينفقون 25.5% من كل المصروفات بينما الأفقر ونسبتهم 10% من الأسر يصرفون فقط 3.5%. إن تزايد الفقر والبطالة وسوء توزيع الدخل ينعكس في معامل جيني وهو 0.426 (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة). إن الأكثر اهمالاً هم عديدين وخاصة المجموعات المهمشة مثل الأخدام واللاجئين والعائدين.

4-1-3 الفقر

تزايد الفقر في السنوات الأخيرة بصورة مثيرة في اليمن. وقد أصبح الفقراء أفقر وقد أصبحت معيشة الكثير أقل وأقل استدامة. واعتماداً على التعريف المطبق فإن 30 إلى 40% من الأسر اليمنية في حالة فقر وتقع أغلبية هؤلاء في المناطق الريفية. تفتقر أعداد متزايدة من الناس الى الحصول على السكن المناسب ومياه الشرب الآمنة وخدمات الرعاية الصحية والتعليم والدخل والتغذية الكافية. إن معظم الموارد الطبيعية التي يمكن استخدامها لبناء معيشة مستدامة قد أفرط في استغلالها واستنضبت أو استنفذت (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة).

ويحتل الفقر المدقع نسبة 42% من السكان الذين يتاح لهم أقل من دولار واحد في اليوم للشخص الواحد. ولإشباع الاحتياجات الغذائية الأساسية فإن دولار ونصف مطلوب لذلك. إن أغلبية السكان وهي 69.6% في المناطق الريفية و 57.8% في المناطق الحضرية (بإضافة 66.9% على المستوى الوطني) يمكنهم أن يتحملوا فقط مستوى استهلاكي يستوعب أدنى المتطلبات الغذائية بالإضافة إلى ما يعتبر أنه طبيعي للمصروفات الغير غذائية في ذلك المستوى من الاستهلاك الغذائي. وعندما نضيف إلى هذا الحصة الضئيلة من السكان الذين يعيشون هامشياً فوق خط الفقر وبذلك يعيشون على حافة الفقر ومعرضين للتقلبات الاقتصادية الصغرى فإن ظاهرة الفقر العام في اليمن تصبح أكثر وضوحاً (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة لعام 2005م). إن جميع البيانات تأتي من

[12] يمكن إيضاح هذا بعينة هذا المسح.
[13] تجري وزارة الخدمة المدنية والتأمينات تحديث للبيانات ووعدت بتقديمها لفريق الدراسة.

الأعوام 1998م و 1999م. ويجري الإعداد الآن لمسح جديد لميزانية الاسرة وستكون النتائج متاحة في عام 2006م.

في أحد الكتب الأكثر شهرة المدعومة من البنك الدولي فإن وضع الفقراء في اليمن قد تم التطرق إليه من خلال مناقشات مجموعات محورية ومقابلات تحاول "إيقاظ صوت الفقراء" (ناريان 1999م).

الجدول رقم (11): الفقر في اليمن
اليمن : محاولة إيجاد مساعدة لإبنة معاقة منذ إعاقة أبنتها أخذت شريفة تمشي جيئة وذهاباً عدة مرات إلى وزارة الشئون الاجتماعية من أجل تسجيل أبنتها لدى صندوق الرعاية الاجتماعية بسبب إعاقتها. وقد أنفقت مبالغ كبيرة على المواصلات وسجلت أخيراً وتسلمت 1200 ريال يمني. وقد أعتقدت أن ذلك المبلغ سيستمر كمعاش شهري لكنها قد أبلغت بأنها دفعة واحدة فقط ولمرة واحدة. وقد شكت بأنها قد سجلت وأن المسئولين الحكوميين قد سرقوا نقودها خلال الأشهر اللاحقة ولكنها غير متأكدة من هذا وغير متأكدة من حقوقها فيما يتعلق بصندوق الرعاية الاجتماعية. وهي لم تنجح مع برنامج شبكة الأمان الاجتماعي للحكومة وقد حاولت شريفة الحصول على مساعدة من أحد المشايخ الأقوياء. وللقيام بذلك كان عليها أن تثبت أن لديها احتياج شرعي بالحصول على ورقة رسمية أو "ورقة". إن عملية الحصول على الورقة طويلة ومملة. فأولاً يجب على الشخص أن يكتب لها قصة ثم يجب عليها الحصول على جيران ليشهدوا على حقيقة قصتها وأخيراً يجب على العاقل أن يشهد ثم أستكملت أخيراً العملية وهي مسلحة بورقتها ذهبت إلى مكتب الشيخ. وقد جعلت تأتي وتذهب عدة مرات قبل أن تحضر أخيراً لمقابلته. وقد وضع الورقة خلف الجنبية (الخنجر اليمني) وأخبرها أن تعود وعندما عادت أخبرها أنه لم يستطع أن يجد الورقة ثم بعدها شكت إلى النساء في منزل أسرة الشيخ ولكنها لم تستطع أن تجعلهم يسمعوها. وفي محاولة أخيرة وجدت شخص من قريتها يعمل في مكتب الشيخ كجندي وطلبت مساعدته في أن تحصل على مقابلة أخرى مع الشيخ ولكنها عندما ذهبت للمتابعة أستمروا في القول لها أنهم قد أضاعوا الورقة وعند هذه النقطة سلمت أمرها.
المصدر: ناريان 1999م ، ص 83

إن الفقر ليس فقراً غذائياً وفقر دخل فحسب ولكنه مع ذلك حاد جداً في اليمن ويقدر بعض الخبراء بأن هذه المستويات في الوقت الحالي أعلى من 50% من السكان والذي من غير الممكن التدقيق فيه بالبيانات. إن الفقر هو بصورة خاصة وإضافية الافتقار إلى صوت المشاركة في الشئون الاجتماعية والوطنية والافتقار إلى التمكين.

5-1-3 الاقتصاد الكلي

إن اليمن وهي إحدى أفقر البلدان في العالم العربي قد أبلغت عن نمو قوي في منتصف التسعينيات في مقتبل إنتاج البترول. ولقد تضررت بالانخفاضات الدورية في أسعار البترول لكنها تستفيد الآن من الأسعار الكبيرة الحالية. ولقد أنطلقت اليمن في برنامج إصلاح هيكلي مدعوم من صندوق النقد الدولي صمم من أجل تحديث وتبسيط الاقتصاد والذي أدى إلى إعفاء كبير من الديون الخارجية وإعادة الهيكلة. ولقد وافق المانحون الدوليون في اجتماعهم في باريس في أكتوبر 2002م على حزمة دعم اقتصادي أخرى تقدر بـ 2.3 بليون دولار أمريكي. ولقد عملت اليمن على الاحتفاظ بسيطرة شديدة على الإنفاق وتنفيذ المكونات الإضافية لبرنامج صندوق النقد الدولي. إن معدل النمو السكاني العالي بصورة واضحة والشقاق السياسي الداخلي يعقد مهمة الحكومة. وتشمل الخطط تنويع الاقتصاد وتشجيع السياحة واستخدام أكثر كفاءة لموارد المياه النادرة (وكالة المخابرات المركزية CIA ، 2005م).

الجدول رقم (12): مؤشرات الاقتصاد الكلي لليمن	
تساوي القوة الشرائية للفرد في الناتج المحلي الإجمالي	800 دولار للفرد الواحد (تقديرات 2003م)
دخل الأسرة بحصة نسبية	الأدنى 10% : 3% الأعلى 10% : 25.9% (2003م)
معدل النمو الحقيقي للناتج المحلي الإجمالي	2.8% (تقديرات 2003م)
تركيب الناتج المحلي الإجمالي في %	الزراعة 15%

الجدول رقم (12): مؤشرات الاقتصاد الكلي لليمن	
	الصناعة 45% الخدمات 40%
المنتجات الزراعية	الحبوب والفواكه والخضروات والبقوليات والقات (شجيرة مخدرة بصورة معتدلة) والبن والقطن ومنتجات الألبان والماشية (الضأن والماعز والأبقار والجمال) والدواجن والأسماك
الصناعات	إنتاج النفط الخام وتكرير النفط والإنتاج الصغير لمصانع نسيج القطن والسلع الجلدية ومعالجة الأغذية والحرف ومصنع منتجات ألمنيوم صغير والإسمنت.
معدل نمو الإنتاج الصناعي	3% (تقديرات 2003م)
الصادرات	النفط الخام والبن والسمك المجفف والمملح
شركاء التصدير	الصين 31.7% ، تايلندا 20.3% ، الهند 15.6% ، كوريا الجنوبية 4.9% ، ماليزيا 4.3% (2003م)
الواردات	الغذاء والحيوانات الحية والآلات والمعدات والكيماويات
شركاء الورادات	الإمارات العربية المتحدة 12.9% والمملكة العربية السعودية 10.2% والصين 8.9% والولايات المتحدة الأمريكية 4.9% والكويت 4.4% وفرنسا 4.1% (2003)
الميزانية	الإيرادات 3.729 بليون دولار أمريكي النفقات 4.107 بليون دولار أمريكي بما في ذلك النفقات الرأسمالية غير متوفرة (تقديرات 2003م)
الإنفاق العسكري – نسبة من الناتج المحلي الإجمالي	7.9% (2003)
الدين العام	39.5% من الناتج المحلي الإجمالي
الدين الخارجي	6.044 بليون دولار أمريكي (2003)
معدل التضخم (أسعار المستهلك)	10.8% (تقديرات 2003م)
سعر الصرف	الريال اليمني للدولار الأمريكي غير متوفر (2003) و 175.625 (2002) و 168.672 (2001) و 161.718 (2000) و 155.718 (1999)
المساعدة الاقتصادية – متلقي	2.3 بليون دولار أمريكي (2003 – 2007 إنفاقات)
المصدر: وكالة المخابرات المركزية الأمريكية CIA – 2005م	

إن القطاع المهيمن في الاقتصاد اليمني هو قطاع النفط. فهو يسهم بحوالي ثلث الناتج المحلي الإجمالي لكنه يستخدم أقل من 1% من القوة العاملة وتحتوي صادرات النفط على ما يقارب 90% من الصادرات والموارد النفطية تمول حوالي ثلاثة أرباع المصروفات الحكومية. تؤثر تقلبات أسعار النفط على اليمن بصورة كبيرة وتنويع الصادرات هو الأقل في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

في عام 1995م تم البدء ببرنامج استقرار وإصلاح هيكلي بالتعاون مع صندوق النقد الدولي والبنك الدولي. وكانت نية البرنامج الأساسية هي إعادة هيكلة وتحويل الاقتصاد المخطط والذي تسيطر عليه الدولة إلى اقتصاد سوق حر. تم البدء بالإصلاحات برفع الأنظمة وتحرير التجارة الخارجية وتحديث النظام المصرفي وخصخصة الشركات التي تمتلكها الدولة ... الخ. وقد تم تحقيق استقرار اقتصادي كلي ملحوظ وقابلية تحويل حر لأسعار الصرف وتخفيض معدل التضخم. وقد هدفت الإصلاحات المالية إلى تخفيض الدعم الحكومي الكبير. وقد كان تخفيض فاتورة الأجور الضخمة في الخدمة المدنية هي الهدف الآخر الذي لم يتحقق مع ذلك. إن التحول من عجز الميزانية إلى فائض الميزانية قد أثر على ميزانيات القطاعات مثل ميزانيات الصحة والتربية والتعليم. إن السيطرة الشديدة على الإنفاق لازالت مستمرة وهي تلزم كل القطاعات أن تكافح من أجل أن تجعل طلبات إنفاقها مبررة عملياً. إن الإنفاق ليس دائماً في مصلحة الجمهور وبحسب تبرير منطقي فإن المصالح الممنوحة تتدخل والفساد واسع الانتشار. إن إيرادات الضرائب كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي قد أنخفضت إلى 7.1% من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2003م (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة 2005). إنها منخفضة كثيراً لكي نعتبرها تمويلاً عادلاً وينبغي التدقيق في الضرائب التصاعدية على سبيل المثال الضرائب على القات والأراضي والبترول والكثير من الإعفاءات الجمركية.

إن نمو الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي المتوقع من قبل وحدة تبادل المعلومات الاقتصادية هو 2.3% لعام 2006م وهو أدنى بكثير من النمو السكاني. إن تضخم متوقع بنسبة 17.5% سيؤثر خصوصاً على الأسعار الغذائية ويضيف إلى الصورة الشبه متجهمة (وحدة تبادل المعلومات الاقتصادية 2005).

6-1-3 سياسات التنمية

إن سياسات الإصلاح وإعادة الإصلاح ضرورية لكنها غير كافية لحل مشكلات اليمن. ينبغي أن يكون نمو الاقتصاد الكلي في مستوى رقمين لتخفيض الفقر بصورة كبيرة. وتحتاج السياسات السكانية إلى مؤسسات قوية وبعيدة المدى والتي لازال ينبغي بناؤها أو تعزيزها. إن ثروة اليمن هي سكانها ورأسمالها البشري ذو الإمكانية. إن بناء الرأسمال البشري بصورة أفضل يتم بالاستثمار في التعليم والصحة "في العقول والأجسام". ينبغي عدم إهمال الرأسمال البشري والاجتماعي في إمكانيته للتنمية الاجتماعية والاقتصادية. وهناك حاجة إلى بعد فلسفي جديد للسياسات التنموية الجديدة فلقد مضى عهد الصيغ القديمة.

يثبت الجدل في الاقتصاد الكلي والصحة (ساش 2001) ويؤكد أن الصحة هي عامل إنتاجي قوي للوصول إلى تعزيز الفرص الاجتماعية والاقتصادية والتنمية والصحة هي دافع للتنمية الاقتصادية والصحة والتعليم هي أكثر الوسائل قوة لتخفيف الفقر. وهذا هو استنتاج المجموعة عالية المستوى من المستشارين الصحيين مثل جيفري ساش بما في ذلك حائزين على جائزة نوبل في الاقتصاد مثل امرتيا سن وروبرت فوجل. والصحة تخلق الفرص الاقتصادية والاجتماعية لمكافحة الفقر وهذا هو موضوع التنمية الرئيسي بعد انقضاء الألفية. وضمن هذا الإطار فإن الإطار المفهومي للتنمية المستدامة في اليمن يضع الأعمدة الثلاثة لتقرير البنك الدولي حول مكافحة الفقر (البنك الدولي 2001) في المعادلة التالية: التمكين في الأمن يخلق الفرص أو بكلمات أخرى فإن التابعية والتضامن تولد الاستدامة.

- يتعلق التمكين بمبدأ "التابعية" ويعني أن على الحكومات أن تكون نشطة فقط إذا كانت مناطق ومجتمعات وأسر وأفراد لا يستطيعون الفعل بصورة أفضل بذاتهم. إن إنتاج الصحة ينبني بصورة كبيرة على تمكين الأفراد والأسر والمنظمات التي أساسها المجتمع من مكافحة الأمراض وحماية وتشجيع الصحة واستخدام مساعدة الذات عن معرفة وكذلك تمكين الحكومات المحلية ومؤسسات الرعاية الصحية من الأداء بفعالية وكفاءة وبجودة ممتازة.
- ويعني الأمن المبدأ القديم لـ "التضامن". سيعرض التمكين للخطر دون شبكات الأمان والمساهمات من أجل المخاطر والتي تقدم الطعام للمعوزين والفقراء وللفئات الهشة من السكان.
- إن تنمية اجتماعية واقتصادية مستدامة تنبني بصورة كبيرة على تمكين المجتمع المدني بكل طبقاته – الأفراد والأسر والمجتمعات والحكومات المحلية والوطنية. ومع ذلك فإن التمكين بحاجة إلى شبكات الأمان وإجراءات الحماية الاجتماعية أي للتغلب على المخاطر. ويخلق التمكين في الأمن الفرص للتنمية السياسية والاجتماعية والاقتصادية والصحة هي الثروة.

إن رأس المال البشري والاجتماعي هما الدافعين للتنمية المهملين في أحيان كثيرة. إنهما بحاجة إلى إحيائهما في اليمن. إن العقول والأجسام متوفرة بصورة كافية لكنها بحاجة إلى التمكين والإرشاد والإشراف.

الجدول رقم (13): التمكين في الأمن يخلق الفرص

ماذا	من أجل من	لماذا	الموضوع	الوسيلة
تابعية التمكين	**للأفراد والأسر**	لمنع الأمراض الممكن تجنبها	التثقيف والترويج الصحي	الصحة
		لتطبيق مساعدة الذات عن علم على سبيل المثال بالأدوية	قابلية الحصول على الأدوية وتحمل تكاليفها	الصحة
		للمكافحة من أجل الحكم الجيد في كل مكان	بناء القدرة	التعليم
	للمجموعات المدنية	لدعم الأسر والجوار	الاكتشاف والإدراج	التعليم

الجدول رقم (13): التمكين في الأمن يخلق الفرص				
ماذا	من أجل من	لماذا	الموضوع	الوسيلة
	للحكومات المحلية	للعمل لصالح الجمهور	إدارة الفعالية والكفاءة	التعليم
		لعمل ما لا يمكن أن تقوم به الأسر / المجموعات	الصحة العامة والعناية الخارجية والداخلية للمرضى	الصحة
		لدعم أولئك الذين لا يستطيعون مساعدة أنفسهم	الحماية الاجتماعية	الصحة
	للحكومة الوطنية	لتنظيم المصلحة العامة	التنظيم والإشراف	المجتمع المدني
		للقيام بما لا تستطيع المستويات الأخرى القيام به	الرعاية من المرتبة الثالثة وصناديق إعادة التأمين	الصحة
في الأمن (التضامن)	بجودة الرعاية الصحية	بتقديم خدمات عالية الجودة	تقديم خدمات جيدة في أي مكان	الصحة
	بالحماية الاجتماعية	لمساعدة الأفراد بدون حيلة	إجراءات حماية اجتماعية	الصحة
	بالتأمينات	لتركيم المخاطر العالية	التأمين الصحي الاجتماعي	الصحة
	بالسياسات	لتفادي الكوارث التي يصنعها الإنسان مثل الحروب	سياسة صحية أوسع	الصحة
	بالاستعداد للكوارث	للتخفيف من الكوارث الأخرى	سياسة صحية أوسع	الصحة
	وإجراءات أخرى	لاستدامة السلام	سياسة صحية أوسع	المجتمع المدني
خلق فرص (الاستدامة)	النمو الاقتصادي	من خلال الاقتصاد الكلي / ربط الصحة	على مستوى الاقتصاد الوحدي أيضاً	التنمية
	تنمية اجتماعية	من خلال زيادة المشاركة	بناء القدرة من الأسفل إلى الأعلى	التنمية
	الالتزام السياسي	من خلال تعزيز الديمقراطية والمسائلة	تمكين المجتمع المدني	التنمية

2-3 القطاع الصحي

1-2-3 الوضع الصحي

تواجه اليمن تحديات كبيرة في تحسين الوضع الصحي للسكان. المحددات الاجتماعية والاقتصادية الإساسية للصحة في دولة معدمة: انتشار الفقر وضعف المشاركة في التعليم الابتدائي وخصوصاً للفتيات وارتفاع معدلات الأمية ومحدودية الحصول على مياه الشرب الآمنة والإصحاح السليم. ومع 42% من السكان يعيشون تحت خط الفقر المطلق بدولار أمريكي واحد للفرد في اليوم فإن اليمن هي البلد الذي فيه معدل أعلى فقر وطني في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حيث معدل الأفراد الذين يعيشون في فقر مدقع يقع في نسبة 2.8% (البنك الدولي 2004). إن 28.5% من النساء و 69.5% من الرجال فقط يمكنهم القراءة (البنك الدولي 2005 ب) وإن 48% من الفتيات فقط و 66% من الفتيان يكملون تعليمهم الابتدائي. إن 9.6% فقط من السكان في الريف يحصلون على مياه الشرب الآمنة مقارنة بـ 52.4% من السكان الحضر (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ).

وبالإضافة لذلك يواجه أكثر من نصف السكان عوائق جغرافية ومالية كبيرة للحصول على حتى الخدمات الصحية الأساسية وهو موضوع تمت معالجته بتفصيل أكثر في القسم 3-2-2. وكنتيجة لذلك فإن مؤشرات الصحة في اليمن تبقى بين الأدنى في المنطقة.

الجدول رقم (14): مؤشرات الوضع الصحي الأساسية في اليمن ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا			
	العام	اليمن	متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
الوضع الصحي			
توقع الحياة عند الولادة بالسنوات (ذكور)	2003	57	67
توقع الحياة عند الولادة بالسنوات (إناث)	2003	61	70
معدل وفيات الأطفال لكل ألف من الولادات الحية	2003	82	n.a.
نسبة وفيات الأمهات (لكل 100.000)	2000	570	162
احتمال الوفاة (لكل 1000)			
• تحت سكن الخامسة (ذكور)	2003	119	n.a.
• تحت سن الخامسة (إناث)	2001	106	n.a.
• بين سن 15 و 59 (ذكور)	2001	298	n.a.
• بين سن 15 و 59 (إناث)	2001	227	n.a.
المصدر: منظمة الصحة العالمية 2005 أ والبنك الدولي 2005 أ والبنك الدولي 2005 ب			
ملاحظة: البيانات الموثوق بها غير متوفرة ووفيات حديثي الولادة لوحدها كانت 37 لكل 1000 من الوفيات الحية ووفيات المواليد الحديثة المبكرة 27 لكل ألف من الولادات الحية.			

في عام 2003م كان توقع الحياة عند الولادة للرجال أدنى 10 سنوات من المعدل لبلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وللنساء كان 9 سنوات أقل. إن نسبة وفيات الأمهات أعلى بأكثر من ثلاث مرات من المتوسط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا وهو أمر يبرز عدم المساواة الذي يواجه المرأة عند طلب الرعاية الصحية في اليمن حيث أن منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لديها أحد أسوأ حالات عدم المساواة في الصحة والرعاية الصحية بين الرجال والنساء مقارنة بمناطق العالم الأخرى. وهذا واضح أيضاً من مستويات الأمية العالية بصورة كارثية بين النساء الشابات في اليمن مقارنة بالرجال. وحالياً فإن التسجيل في المدرسة الابتدائية في العام الدراسي 1998م / 1999م قد كان 44.8% للفتيات و 75.8% للأولاد وهو منخفض مقارنة بالبلدان العربية الأخرى حيث مصر 89.6% للفتيات و 95% للفتيان أو سوريا 88.9% للفتيات و 95.9% للفتيان وللبلدان الأخرى منخفضة الدخل مثل الصين (94.7% للفتيات و 91.8% للفتيان) (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي / الصندوق العربي 2003). وبالإضافة لذلك تكمل في اليمن 4.2% فقط من الفتيات دراستهن الابتدائية مقارنة بـ 14.8% من البنين (وزارة الصحة العامة والسكان 2004). إن هذه البيانات تثير القلق بصورة خاصة حيث أن أمية الإناث والتعليم معروف أنها محدد كبير للصحة السكانية. إن اليمن كذلك هي إحدى البلدان القليلة في المنطقة حيث سوء التغذية هو مشكلة كبيرة وخصوصاً بين الأطفال. في عام 1997م كان 52% من الأطفال تحت سن الخامسة متقزمين و 46% بوزن ناقص (البنك الدولي 2005).

إن النمو السكاني بمعدل 3.02% في العام (الجمهورية اليمنية – الجهاز المركزي للإحصاء 2004) هو من بين الأعلى في العالم. ولقد ساهمت برامج تنظيم الأسرة الموجودة في التقليل من معدل الخصوبة إلى 6.5% في عام 2003م (الجمهورية اليمنية – الجهاز المركزي للإحصاء 2004) ولكن في أجزاء عديدة من البلاد لازال الوصول والأثر محدودين ويمكن تعزيزهما. لازالت الأمراض المعدية الممكن تفاديها منتشرة وتسبب فقدان عدد من سنوات العمر (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ ، ص 105). وفي ذات الوقت فإن أثر الإصابات والأمراض المزمنة مثل السرطان وأمراض القلب يبدو أنها متصاعدة على الرغم من أنه ينبغي القيام باستنتاجات عامة مع الحذر لأن حجم العينة الذي بني التشخيص عليه صغير جداً (سويترس 2004 ، ص 37). في عام 2003م عولج 13.1% من الذكور و 17.2% من المرضى الإناث في خدمات صحية عامة من أمراض مزمنة (المشروع العربي لصحة الأسرة 2004 ، ص 30). وهكذا تواجه اليمن النمط التقليدي لبلد نامي معرض لتحديات مزدوجة من النسبة العالية للأمراض المعدية الموجودة وزيادة واضحة للمشكلات الصحية المزمنة والمسببة للإنحلال. تثبت المؤشرات الموجودة الحاجة العاجلة لتحسين ظروف المعيشة الأساسية للسكان بما في

ذلك الحصول على الخدمات الصحية الأساسية والاستعداد في ذات الوقت لزيادة الطلب على الخدمات الصحية التخصصية الأكثر كلفة.

إن جزء كبير من عبء حالات الخدمات العلاجية في المستشفيات بصورة خاصة سيكون من الممكن تفاديه برعاية وقائية بسيطة ورعاية أولية أساسية. فعلى سبيل المثال زرنا أثناء بعثتنا إدارة الطوارئ لمستشفى السبعين في مدينة صنعاء. إن حوالي 80% من الأطفال (معظمهم تحت أقل من سنة من العمر) الموجودين في القسم وقت الزيارة يعانون من الإسهال والذي هو في معظم الحالات بسبب ممارسات التغذية الخاطئة بحسب قول الموظفين. وهذا مثال جيد كذلك لكيفية أن محو الأمية الأساسي لدى الأمهات والتثقيف الصحي الأساسي ونشاطات الإعلام يمكن أن تساعد في منع انتشار الأمراض والوفيات (وبعض الأطفال كانوا في درجة جفاف حادة) وتكاليف نظام الرعاية الصحي. وبحسب تقارير الأمراض من قبل المراكز الصحية والمستشفيات من عام 2003م والتي هي بعيدة عن أن تكون كاملة وموثوق بها فإن الحالات الأكثر شيوعاً تتضمن الجهاز التنفسي (307428 حالة) ويتبعها الحروق والجروح (92503 حالة) وعدوى الجهاز البولي (85279 حالة) وأمراض الجلد (84254 حالة) وحالات أمراض الولادة والنساء (45314 حالة) بدون حساب حالات الولادة المعسرة (4947 حالة) والإسهال (33748 حالة) وتعفن الأسنان (33233 حالة) والتيفود (22395 حالة) (وزارة الصحة العامة والسكان 2004). وعلى الرغم من أنه من الصعب تقدير نسبة الحالات الممكن تفاديها على نحو دقيق بسبب الافتقار الى المعلومات الأكثر تفصيلاً فمن الواضح أن معظم هذه الحالات كان يمكن تفاديها عن طريق الخدمات الوقائية المناسبة والخدمات العلاجية الإساسية.

2-2-3 الانتفاع والحصول على الرعاية الصحية

يقدر أن نحو 42% فقط من إجمالي السكان يستطيعون الوصول إلى المنشآت الصحية العامة. إن الرعاية الصحية بعيدة عن أن تكون قابلة للوصول في المناطق الحضرية ولكن في المناطق الريفية فإن 42% فقط من السكان يصلون إلى المنشآت الحكومية. وفي المناطق النائية مثل شمال شرق البلاد لا يوجد هناك أساساً منشآت رعاية صحية متوفرة ضمن منطقة الوصول الجغرافي.

وفي مسح تم القيام به في 24 مديرية من قبل وزارة الصحة العامة والسكان بدعم من برنامج دعم إصلاح القطاع الصحي للاتحاد الأوروبي لوحظ التفاوت في كثافة المنشآت الصحية بين 0.2 و 4.1 لكل 10.000 من السكان (أنظر الشكل (2).

الشكل رقم (2): عدد المنشآت الصحية لكل 10.000 من السكان في 24 مديرية

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان / HPTSU / الاتحاد الأوروبي 2005 ، ص 3

إن مشكلة عدم كفاية الوصول إلى الرعاية يتضاعف بتدني نوعية الرعاية المقدمة. هناك عدم كفاية كبيرة للإمدادات والمعدات المطلوبة حتى حيث يوجد موظفين كافيين (وزارة الصحة العامة والسكان / HPTSU / الاتحاد الأوروبي 2005). وهناك افتقار عادة إلى معايير الرعاية وبروتوكولات العلاج والأنظمة الأساسية (وإنفاذها) وصيانة سيئة للمنشآت. إن هذه العوامل تتضاعف لعدم كفاية الإشراف وممارسات الإدارة السيئة وإنعدام التخطيط وتدني المعنوية بين الموظفين الصحيين. وكل هذه العوامل تؤدي إلى تدني الاستفادة من المنشآت الحالية التي بها موظفين ونتائج صحية رديئة بين السكان المقصود خدمتهم من قبل هذه المنشآت.

إن إنعدام الوصول بسبب محدودية التغطية الجغرافية يضاعف إلى حد ما بالاستبعاد بسبب الحاجة إلى المدفوعات النقدية المطلوبة لتلقي الرعاية: التكاليف المباشرة لدفع الرسوم المطلوبة للاستشارات و/أو وصف العلاجات مرتفعة والتكاليف الإضافية للمواصلات إلى المنشآت تزيد من الحواجز المالية وخصوصاً بالنسبة للفقراء. إن الحصول على الرعاية المطلوبة للنساء محدود كذلك بالمعوقات الاجتماعية في مناطق تقليدية – الحاجة إلى مرافقة أحد الذكور إلى المنشآت والحاجة إلى المعاينة من قبل عاملة صحية والغير متوفرين في المنشآت الصحية في معظم البلاد.

إن العوائق الجغرافية والمالية للرعاية تنعكس في معدلات استفادة منخفضة وحتى بالنسبة لمعظم الخدمات الصحية الأساسية. فعلى سبيل المثال يتم الاعتناء بـ 72% من الولادات فقط من قبل موظفين مهرة و 50.6% فقط من النساء الحوامل في المدن و 26.1% في المناطق الريفية يتلقين تطعيم ما قبل الولادة ضد التيتانوس (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ). وبينما نصف الأطفال تقريباً تحت سن الخامسة لديهم بطاقة تطعيم (46.8%) فإن تغطية برامج تطعيم الأطفال تتفاوت بين 15.9% لجرعة كاملة ضد مرض فيروس الكبد ب (ثلاث جرع) و 26% بالنسبة لشلل الأطفال إلى 64% للحصبة و 68% لدفتيريا DPT3 و 73% لقاح السل (اليونسيف 2003 ، ص 13 ووزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ).

وفي تناقض واضح مع استبعاد مجموعة سكانية ذات صلة من الحصول على الرعاية الصحية الكافية يتميز المجتمع اليمني بدرجة عالية مثيرة للاستغراب من التطبيب. وبينما لازالت الأمراض القابلة للوقاية والعلاج منتشرة ولازالت الاحتياجات الصحية الأساسية لا يتم تلبيتها بالنسبة لمعظم اليمنيين فإن تركيز أي جدل للرعاية الصحية والتأمين الصحي يكون بوضوح على الرعاية الثانوية ومن الدرجة الثالثة. وهذا بالتأكيد بسبب التأثير الكبير للمهنيين الصحيين على قرارات سياسة القطاع حيث يبدو ان التجربة السريرية لها قيمة أكبر من المعرفة العامة والمعرفة الصحية المجتمعية. لكن المواطنين أيضاً يميلون إلى النظر إلى الرعاية الصحية والتأمين الصحي مباشرة بأنه يرتبط بالعلاج في المستشفيات بينما الوقاية والرعاية الأولية يبخس تقديرها عادة ويجري إهمالها.

ومع ذلك فإن تركيز الرعاية الصحية على العلاج التخصصي بعيد عن الوفاء بالتحديات الكبيرة في اليمن. إن البحث الدولي فيما يتعلق بدور الصحة في التنمية الاقتصادية الشاملة وتخفيض الفقر يشدد على أن التحسينات في الصحة لها إمكانية إنتاج عوائد أكبر (ساشس 2001). إن التأثير الإيجابي على النمو الاقتصادي للتدخلات الصحية هي الأعلى بالنسبة للإجراءات الوقائية والرعاية الأولية بينما الاستثمارات في تقديم الرعاية الصحية التخصصية لها تأثير صغير فقط على صحة السكان. لقد تم التأكيد على هذه الاستنتاجات أخيراً بالنسبة لليمن. وعلى الرغم من أن متوسط مساهمة التعليم تبدو أنها الأكثر صلة بالنسبة للنمو الاقتصادي (35.4%) فلا زالت عالية بالنسبة للصحة (23.4%) وهي ذات صلة أكثر من أثر الاستثمار الرأسمالي (8.8%). لكن نفس الدراسة تشير إلى أن برامج التحصين الموسع ليست اقتصادية فحسب ولكنها كذلك تنتج مردودات أعلى بالنسبة لكل ريال مستثمر (الزعيمي 205 ، ص 19).

إن الفجوة بين الاحتياجات الصحية الموضوعية والاحتياجات الملموسة في اليمن قد أنتجت سلسلة من الحقائق التي من الصعب تجاوزها والتي يجب أخذها في الحسبان عند تخطيط وتنفيذ نظام التأمين الصحي في اليمن. فمن جانب فإن الهدف الطموح في إيجاد نظام وطني يلزم السياسيين وصناع القرار بمواجهة الحاجات التي لم تلبى للفقراء وسكان الأرياف بتحسين الوقاية بصورة أساسية والرعاية الأولية. ومن جانب آخر الافتقار إلى الوصول وتدني جودة الخدمات الحكومية قد نتج عنها نمو سريع للقطاع الخاص في الأجزاء الحضرية والشبه حضرية من البلاد. وحيث أن أسعار الخدمات الصحية في القطاع الصحي ضعف إلى عشرة أضعاف تلك الخدمات في القطاع العام وهي أساساً غير محتملة بالنسبة لأغلبية السكان فإن عرض القطاع الخاص المتزايد غير قادر على تغطية الاحتياجات الأساسية لمعظم المواطنين وأقل بالنسبة للفقراء. ومع ذلك فإن القطاع الخاص هو مشارك هام عندما

يأتي الأمر لتنفيذ نظام التأمين الصحي في اليمن. وهكذا فإن احتياجات السكان ومصالح المجموعات ذات النفوذ ينبغي موازنتها بعناية من أجل إيجاد أفضل السبل نحو الاستدامة والتغطية الشاملة.

3-2-3 تقديم الرعاية الصحية ودفع المقابل لها

تشغل وزارة الصحة العامة والسكان نظام من أربع مراتب لمنشآت الرعاية الصحية وتقديم الرعاية الصحية الأولية في الوحدات الصحية والمراكز في القرى وعلى مستوى المديريات والرعاية الثانوية في المستشفيات الريفية (المديريات) والمستشفيات في المحافظات والرعاية الثالوثية في مستشفيات الإحالة في صنعاء وعدن. وبالإضافة إلى نظام الرعاية الصحية العام والذي رغم أنه عام فإنه يتطلب تقاسم كبير للتكاليف من قبل المرضى يعمل نظامين متوازيين. يتكون النظام الفرعي الثاني من المستشفيات الخاصة والمراكز الصحية والصيدليات والممارسات الطبية الغير منظمة أساساً ويقدم خدمات فقط على أساس الرسوم من أجل الخدمة ولموظفي الشركات المغطين الذين لهم الحق في منافع الرعاية الصحية من قبل مستخدميهم الذين لديهم عقود مع مقدمي الخدمات هؤلاء والتي هي بالتالي محدودة أساساً على قطاع المستشفيات. أما النظام الفرعي الثالث فهو تقديم خدمة الرعاية الخاصة الغير رسمية من قبل أطباء وموظفين صحيين آخرين مثل القابلات والممرضات الموظفات رسمياً في القطاع العام واللائي يمارسن خارج مكان عملهن في المساء مقابل رسوم للخدمة والذي يوجد حوافز غير صحيحة للإحالة الذاتية للمرضى من الرعاية العامة إلى الرعاية الخاصة الغير رسمية لتحقيق دخول أعلى معروفة جيداً من الكثير من الأنظمة الصحية والتي تشغل أنظمة رعاية صحية غير رسمية موازية على سبيل المثال الكثير من البلدان في وسط وشرق أوروبا. وبشكل عام يواجه نظام الرعاية الصحية الحالي سلسلة من المعوقات المختلفة: تغطية خدمات صحية محدودة ومنشآت صحية غير كافية وتدني جودة الخدمات ونقص كمية ونوعية الموارد البشرية وإنخفاض المرتبات وإنعدام الحوافز وأنعدام الإدارة المنسقة ونظام المراقبة والمعلومات ومحدودية الموارد المالية وعدم كفاية إشراك المجتمع وعدم كفاية الإدارة والرقابة وتوفر البيانات وضمان الجودة. تضع هذه الظروف تحديات كبيرة في تنمية الموارد البشرية وهكذا في التنمية الاجتماعية والاقتصادية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي / الجمهورية اليمنية 2005 ، ص 13).

1-3-2-3 الصحة العامة

تواجه اليمن تحديات اجتماعية واقتصادية خطيرة تؤثر على قطاع الصحة العامة وجهودها في تحسين الوضع الصحي العام على مستوى الوطن. إن هذه البلاد بتاريخها العريق من الحضارة تستيقظ وتاريخها الحديث قصة كفاح نحو الرفاهية (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 ب ، ص 5). وبينما توجد مجموعة من النشاطات الصحية العامة في اليمن فهي تفتقر إلى سياسة صحية عامة واضحة ومحددة. وهذا بالتأكيد بسبب التطور الحديث للنظام الصحي في البلاد حيث ومنذ ثلاثين سنة فقط فإن أغلبية المواطنين كانت تفتقر إلى أي نوع من تقديم الرعاية الصحية الموثوق بها. ولمواجهة مثل هذا الطلب المعقد والضخم ركزت الحكومة على تلك النشاطات التي بدا أنها ذات الأهمية الأقصى في تلك اللحظة لبناء منشآت الرعاية الصحية في بعض المناطق النائية وتحسين البنية التحتية للمراكز الموجودة وتنظيم النشاطات الوقائية الأساسية.

إن النشاط الصحي العام الأساسي في اليمن هو برنامج التحصين الموسع الذي بدأ منذ 25 سنة. وفي الوقت الحالي تغطي خدمات التحصين سبعة أمراض قابلة للوقاية وهي: السل وشلل الأطفال والدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس لدى المواليد الجدد والحصبة ومنذ عام 1998م مرض الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب. يقدم البرنامج خدماته من خلال شبكة القطاع الصحي العام بواسطة خدمات ثابتة ومتنقلة وبعيدة. إن هدف استراتيجية التحصين العام هي زيادة معدلات التغطية وفي النهاية تحقيق تغطية شاملة وإدخال اللقاح الخماسي من عام 2005م فما بعد. يهدف البرنامج كذلك إلى تغطية 60% من التيتانوس والسل للنساء الحوامل بحلول عام 2007م وإيقاف فيروس الحصبة المحلي وإنهاء التيتانوس في المواليد الجدد بحلول العامة 2006م.

ومع ذلك فإن معدلات التحصين لازالت غير مرضية (أنظر أعلاه) وإن انتشار شلل الأطفال أخيراً والذي كان يعتبر بأنه من الأمراض المستأصلة يشدد بصورة مثيرة على الحاجة إلى المزيد والكثير من حملات التحصين الفعالة. تقدم منظمة الصحة العالمية دعماً مالياً وفنياً للحكومة اليمنية طالما ثبت أن البرنامج الوطني غير كافي ولكن هناك حاجة الى مزيد من الجهود لتوجيه الموارد وتقديم استراتيجيات مناسبة. وفي عام 2003م كان اجمالي الانفاق على التحصين لا يزيد على 14.1 مليون دولار أمريكي. وهذا يساوي تكلفة للفرد الواحد مقدارها 70 سنت أو أقل من 2% من الإنفاق الصحي للفرد الواحد. وهكذا فإن مضاعفة نفقات برامج التطعيم في اليمن سيكون له أثر ضئيل على الانفاق الصحي الإجمالي ويمكن تعويضه بسهولة بتخفيض الخدمات الغير اقتصادية واستخدام الأدوية الغير رشيدة.

بحلول منتصف العام 2004م أعيدت هيكلة وزارة الصحة العامة والسكان بهدف الإدارة الفعالة لنشاطاتها المختلفة وضمان التعاون. يترجم القطاع الجديد للرعاية الصحية الأولية تركيز الوزارة نحو تقديم حزمة أساسية من الخدمات الضرورية لأغلبية السكان وضمان تكامل الخدمات ميدانياً. يوضح الشكل أدناه الهيكل التنظيمي الجديد.

وعلى المستوى المركزي فقد كانت أولويات الصحة الوطنية هي تعزيز نظام الرعاية الصحية الأولية والتي رافقها إستحداث قطاع للرعاية الصحية الأولية في الهيكل الجديد لوزارة الصحة العامة والسكان وزيادة ميزانية المركز والمحافظات للنشاطات المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية. يحدد دور وزارة الصحة العامة والسكان بطريقة جديدة وسوف تركز الوزارة بصورة متزايدة على التخطيط والتنظيم وكذلك على تقديم الخدمات الصحية العامة والوقائية. وفي ذات الوقت سوف تتخلص تدريجياً من الدور المباشر في الإدارة العملياتية للخدمات الصحية العلاجية. ستتوقف المكاتب الصحية في المحافظات عن تولي المسئولية المباشرة عن الإدارة العملياتية للخدمات الصحية وتلعب بدلاً عن ذلك دوراً إدارياً. وإلى جانب البرامج الوقائية المذكورة بأعلاه ستركز السياسة الصحية العامة على تقديم نطاق محدود من المزايا الصحية العلاجية الأساسية على أساس تقاسم التكلفة وخصوصاً استهداف الفقراء (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 ب ، ص 17). وبالإضافة لذلك فإن برامج مكافحة الأمراض السارية لكامل السكان تعتبر مهمة صحية عامة وخصوصاً بالنسبة لتلك الأمراض التي لها امتدادات خارجية مثل الأمراض الاسهالية المعدية والملاريا و schistosomiasis والسل والتهاب الكبد والإيدز / STD والجذام وداء الكلب (نفس المرجع ، ص 18).

الشكل رقم (3): الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان

المصدر: وزارة الصحة العامة والسكان 2005 ب ، ص 12 ، تم التعديل قليلاً من قبل كاتبي التقرير

وعلى الرغم من العدد الكبير من المنشآت الصحية العامة في البلاد ومع ذلك فإن الافتقار الحالي للخدمات والثقة على مستوى القرى والمديريات تضطر الناس لتجاوز مقدمي الخدمة من المستوى الأول والبحث عن الرعاية في المحافظة وفي المنشآت الحكومية على المستوى الوطني أو في القطاع الخاص. وهذا يخلق صرفيات رعاية صحية كبيرة بالنسبة للمستهلكين وعدم كفاءة كبير في النظام مع وجود عمالة صحية حكومية ومنشآت صحية باقية دون عمل في المحيط. إن اعتبارات التكلفة والكفاءة وكذلك تحليل احتياجات الرعاية الصحية والإمكانيات قد

أدت إلى تصميم آلية تقديم خدمة قطاع عام ذات أربعة اتجاهات مع حدود مقرة بصرامة تسمح بتحقيق أهداف القطاع العام الأساسية فيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية القابلة للتحمل. يتوقع أن يكون النظام فعالاً لكل من الحكومة ومستهلكي الرعاية الصحية (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 ب، ص 18).

إن الخطوة الرئيسية ستكون تنفيذ نظام الصحة في المديريات والذي يوفر مستوى الحد الأدنى من منشأة صحية واحدة بموظف واحد تعمل على مستوى المديرية لكل مديرية وتحت سقف نظام صحي في المديريات فإن الخدمات الصحية المجتمعية ستقدم للجمهور. ستدعم مستشفيات المحافظات والمستشفيات على المستوى الوطني لتقديم خدمات ذات نوعية جيدة يقودها مجلس مستقل من المديرين بموجب نظام جديد لإدارة المستشفيات يسمى استقلالية المستشفى. ومع ذلك فإن الإستراتيجية الموصوفة والمشروع الذي أعدته وزارة الصحة يكشف عن افتقار بعيد لرعاية صحية عامة مناسبة ميدانياً وارتباط غير كافي وغير فعال لتقديم الرعاية الصحية على مستويات مختلفة. هناك حاجة لمزيد من المحاولات لتحسين كفاية وإمكانية الوصول والتحمل لخدمات الرعاية الصحية التي تقدم للجمهور.

2-3-2-3 العناية في العيادات الخارجية

تقدم الرعاية في العيادات الخارجية في القطاع العام في الوحدات الصحية والمراكز الصحية والتي موظفوها في معظم الأحيان هم ممرضين وقابلات ومرشدين صحيين إضافيين مثل مسئولي التطعيم مع دعم من المسئولين الإداريين المحليين ودعم فني من مكاتب الصحة في المحافظات. إن حوالي 1 من بين 10 مراكز صحية به 2 إلى 5 سرر وموظفيها في معظم الأحيان من الممارسين العامين. إن معظم الأطباء العاملين في رعاية العيادات الخارجية يعاينون مرضاهم في الأقسام الخارجية بالمستشفيات أو في عياداتهم الخاصة. إن معظم الأطباء العاملين في القطاع العام في الصباح يقدمون استشاراتهم الخاصة في المساء سواء في مستشفيات خاصة أو في عياداتهم الخاصة.

في عام 2004م كان هناك 65 مركزاً صحياً وبها أسرة و 535 مركز صحي دون أسرة و 2075 وحدة صحية و 333 مركز صحة أمومة وطفولة في القطاع العام (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 د). وهذه الأرقام يجب تفسيرها بحذر بحيث أنه في عدة مناسبات فإن المعلومات المقدمة من قبل المركز الصحي والمسئولين في المحافظة إلى وزارة الصحة العامة والسكان يبالغ فيها من أجل الحصول على أموال أكثر من الميزانية المركزية. ولهذا السبب بدأت وزارة الصحة العامة والسكان القيام بمسح للمنشآت الصحية على الرغم من أن هذه الدراسة يمكن أن ترجع فقط إلى البيانات من المحافظات الست التي أدرجت حتى نهاية سبتمبر 2005م. سوف يأتي مسح وزارة الصحة العامة والسكان المستمر بمعلومات تفصيلية أكثر حول نطاق الرعاية الصحية في اليمن. وفي العينة الصغيرة المتوفرة حتى الآن فقد أصبح من الواضح مع ذلك أن هناك اختلافاً واسعاً بين البيانات التي وفرت رسمياً وبين الواقع. لقد قام فريق الاستشارة التابع للتعاون الفني الألماني بزيارة إلى مستشفى ريفي في محافظة ذمار والذي ليس به أي أسرة وكان ينبغي تصنيفه كمركز صحي دون أسرة أي بمستويين تحت مستواه الرسمي. إن المثال الحي الآخر للإنعدام الواضح لتوفر الرعاية الصحية الأولية هو مركز مسيب الواقع في بناية واسعة مع آثار لمعدات معقولة لكنها غير مستخدمة. ويبقى المركز الصحي متروكاً بدون عمل (كالأرض التي تترك موسماً كاملاً بدون زرع رغبة في إراحتها) والموظفين غير موجودين. وهذا بالتأكيد بسبب فقدان الإشراف والرقابة وكذلك الطلب من المواطنين ولكن يبدو أن سوء الاستعمال على المستوى المحلي يعرقل الوضع على حساب السكان (قارن مجلس الشورى 2005).

الجدول رقم (15): كثافة منشآت الرعاية الأولية مقارنة بحجم السكان في المحافظات
أعداد المنشآت الصحية للعام 2004 وحجم السكان للعام 2003م

المحافظة	السكان (2003)	مراكز صحة الأمومة والطفولة	مراكز صحة الأمومة والطفولة / 10.000	وحدات صحية	وحدات صحية / 10.000	مراكز صحية بدون أسرة	مراكز صحية بدون أسرة / 10.000
مدينة صنعاء	1834293	29	0.16	4	0.02	1	0.01
صنعاء	1115547	54	0.48	163	1.46	101	0.91
عدن	559572	8	0.14	1	0.02	16	0.29
تعز	2532594	6	0.02	122	0.48	78	0.31
الحديدة	2157293	0	0.00	137	0.64	41	0.19

الجدول رقم (15): كثافة منشآت الرعاية الأولية مقارنة بحجم السكان في المحافظات أعداد المنشآت الصحية للعام 2004 وحجم السكان للعام 2003م							
لحج	701086	0	0.00	134	1.91	18	0.26
إب	2214030	4	0.02	135	0.61	74	0.33
أبين	463333	36	0.78	109	2.35	10	0.22
ذمار	1320971	105	0.79	141	1.07	44	0.33
شبوة	505139	0	0.00	80	1.58	17	0.34
حجة	1512309	20	0.13	155	1.02	22	0.15
البيضاء	622598	2	0.03	76	1.22	28	0.45
حضرموت	936355	35	0.37	234	2.50	6	0.06
صعدة	660374	7	0.11	75	1.14	8	0.12
المحويت	495823	3	0.06	117	2.36	5	0.10
المهرة	78104	6	0.77	66	8.45	4	0.51
مأرب	251565	0	0.00	53	2.11	17	0.68
الجوف	481202	1	0.02	121	2.51	27	0.56
عمران	1085259	6	0.06	86	0.79	7	0.06
الضالع	444175	11	0.25	66	1.49	11	0.25
الإجمالي	**19971622**	**333**	0.17	**2075**	1.04	**535**	0.27

المصدر: حسابات خاصة على أساس البيانات من وزارة الصحة العامة والسكان للعام 2004م. محافظة ريمة التي أنشئت حديثاً وسكانها 385 ألف نسمة غير مدرجة في أرقام السكان حيث أن إدراجها / استبعادها في إحصائيات وزارة الصحة العامة والسكان غير منسجم مع التقرير السنوي لوزارة الصحة العامة والسكان.

تختلف كثافة خدمات الرعاية الأولية للسكان بصورة كبيرة بين محافظة وأخرى كما يصوره الجدول رقم (15). تتراوح كثافة مراكز الأمومة والطفولة من 0 إلى 0.79 مركز لكل 10.000 من السكان بمتوسط 0.17 وكثافة وحدات صحة الرعاية الأولية تتراوح من 0.02 إلى 2.51 لكل 10.000 نسمة بمعدل 1.04 وكثافة المراكز الصحية دون أسرة تتراوح من 0.01 إلى 0.81 لكل 10.000 نسمة بمتوسط 0.27. ويبقى هذا الاختلاف كذلك إذا لم تؤخذ مدينة صنعاء في الاعتبار. ولذلك فإن كثافة خدمات الرعاية الأولية تتفاوت بمعامل 80 إلى 100 بين المناطق. وهذا يعكس إنعدام كلي للحساب الرشيد لتوزيع الموارد الحكومية بحسب الاحتياجات الصحية للسكان.

صوت الشعب
"نحتاج إلى موظفين أمناء". "يجب عليهم الاعتناء بكل المرضى وليس الأغنياء والصفوة". "يجب أن يتعلموا أننا أمانة في أعناقهم".
المصدر: السروري 2004.

توفر وزارة الصحة العامة والسكان بعض البيانات البدائية حول القطاع الخاص. في عام 2003م كان عددها 115 مركزاً صحياً خاصاً و 545 عيادة طبيب و 709 عيادة تخصصية و 260 عيادة أسنان و 41 عيادة قبالة في البلاد تقع أغلبيتها في مدن صنعاء وعدن وذمار (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ). ومع ذلك فإنه مثلما هو الحال مع البيانات حول المنشآت الصحية العامة فإن علينا تفسير هذه البيانات بحذر كبير. إن الكثير من العيادات الخاصة التي أعطيت تراخيص لم تفتح أبداً. إن عدد وحجم أو نوعية مقدمي الخدمة من القطاع الخاص لا تجري مراقبته حالياً من قبل وزارة الصحة العامة والسكان والمسئولة عن تراخيص مقدمي الخدمة من القطاع الخاص مستخدمة قائمة مكتوبة باليد بترتيب تسلسلي بالتراخيص.

إن بيانات استخدام الرعاية الخارجية متوفرة فقط بالنسبة للخدمات المقدمة من قبل مستشفيات ومراكز صحية بها أسرة وهكذا فهي ليست تمثيلية (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ). في دراسة للبنك الدولي بياتي وآخرين 1998 قامت بمسح في عام 1996م بين 884 أسرة في أربع مناطق جغرافية في اليمن حول استخدام الرعاية الصحية والنفقات المصروفة على الصحة. استنبطوا معدلات الاستخدام السنوي للعيادات الخارجية بـ 0.99 للمناطق الريفية في صنعاء و 1.34 لمدينة صنعاء و 1.74 لتعز و 2.73 في لحج ووجدوا كذلك تفاوتاً كبيراً في معدلات الاستخدام بحسب المجموعة العمرية مع معدلات أدنى من ما هو متوقع للأعمار تحت سن الخامسة في

المناطق الريفية بالرغم من حقيقة أن معدلات الوفيات وعبء المرض في هذه المجموعة العمرية عالٍ بدرجة خاصة في اليمن. إن الاستنتاج الآخر الجدير بالملاحظة هو معدلات استخدام أعلى للبنين في أعمار 6 إلى 15 سنة مقارنة بالبنات من نفس العمر. وحيث أنه لا يوجد هناك سبب بيولوجي لهذا الفارق فإن هذه المعدلات ربما تدل على تمييز يتعلق بالجنس بالنسبة للفتيات. وقد أنعكس هذا أيضاً في الفوارق في النفقات الصحية للرعاية الخارجية بين الفتيان والفتيات (بياتي 1998).

3-3-2-3 الرعاية الداخلية

في المناطق الريفية تقدم بعض الرعاية الداخلية من قبل المراكز الصحية التي بها أسرة لكن معظم الرعاية تقدم في المستشفيات الريفية ومستشفيات المحافظات. في عام 2004م كان هناك نحو 65 مركزاً صحياً بإجمالي أسرة 270 في البلد. لقد بينت 124 من المستشفيات الريفية أنها تدير 3903 سرير و 44 مستشفى في المحافظات لديها 8769 سرير (وزارة الصحة العامة والسكان / الاتحاد الأوروبي 2004). إن صحة هذه الأرقام الرسمية تتضمن نفس المحددات الشاملة كما أوجزت في القسم حول الرعاية الخارجية. تتراوح كثافة الأسرة الداخلية بين 1.19 سرير لكل 10.000 من السكان في حجة إلى 33.8 سرير لكل 10.000 من السكان في محافظة المهرة مع متوسط 6.48 سرير لكل 10.000 (الجدول رقم 16).

الجدول رقم (16): كثافة الأسرة الداخلية للسكان. البيانات حول المنشآت الصحية من بيانات عام 2004م والبيانات حول السكان من عام 2003م

المحافظة	السكان (2003)	الأسرة في المراكز الصحية	الأسرة في المراكز الصحية / 10.000	الأسرة في المستشفيات الريفية	الأسرة في المستشفيات الريفية / 10.000	الأسرة في مستشفيات المحافظات	الأسرة في مستشفيات المحافظات / 10.000	إجمالي الأسرة / 10.000
مدينة صنعاء	1834293	0	0	60	0.33	1680	9.16	9.49
صنعاء	1115547	0	0	191	1.71	50	0.45	2.16
عدن	559572	7	0.13	0	0.00	1330	23.77	23.89
تعز	2532594	0	0	203	0.80	1396	5.51	6.31
الحديدة	2157293	0	0	90	0.42	513	2.38	2.80
لحج	701086	12	0.17	838	11.95	238	3.39	15.52
إب	2214030	0	0	345	1.56	480	2.17	3.73
أبين	463333	0	0	330	7.12	240	5.18	12.30
ذمار	1320971	0	0	101	0.76	184	1.39	2.16
شبوة	505139	0	0	250	4.95	150	2.97	7.92
حجة	1512309	0	0	30	0.20	150	0.99	1.19
البيضاء	622598	0	0	120	1.93	1000	16.06	17.99
حضرموت	936355	217	2.32	647	6.91	574	6.13	15.36
صعدة	660374	34	0.51	93	1.41	50	0.76	2.68
المحويت	495823	0	0	90	1.82	100	2.02	3.83
المهرة	78104	0	0	120	15.36	144	18.44	33.80
مأرب	251565	0	0	5	0.20	90	3.58	3.78
الجوف	481202	0	0	210	4.36	100	2.08	6.44
عمران	1085259	0	0	0	0.00	210	1.94	1.94
الضالع	444175	0	0	180	4.05	90	2.03	6.08
المجموع	**19971622**	**270**	0.14	**3903**	1.95	**8769**	4.39	6.48

المصدر: حسابات خاصة مبنية على البيانات من وزارة الصحة العامة والسكان لعام 2004م

إن المستشفيات الثلاثية الأربعة في مدينة صنعاء توفر بين 241 و 500 سرير كل منها وفي عدن هناك أثنين من المستشفيات الثالوثية بها 199 و 405 سرير على التوالي. إن عدد من المحافظات الأخرى على سبيل المثال حضرموت وتعز لديها مستشفى واحد أو حتى مستشفيين ثالثيين بنفس الحجم. وبصورة أخرى فإن معظم المستشفيات لديها بين 30 و 100 سرير (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ).

رأي القادة	
6% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يتعاقد التأمين الصحي مع مقدمي الخدمة العامة فقط.	8% من قادة الرأي يقولون ينبغي على التأمين الصحي التعاقد مع مقدمي الخدمة من القطاع الخاص فقط.
المصدر: مسح التعاون الفني الألماني (GTZ) والمجموعة الأوروبية 2005م.	

أما فيما يتعلق ببيانات الاستخدام فمن الجدير أن نذكر أن معظم المستشفيات لا توفر بيانات حول حالات الدخول أو الخروج إلى وزارة الصحة العامة والسكان. على سبيل المثال من بين 11 مستشفى في المناطق الريفية من محافظة صنعاء فإن مستشفى واحد فقط (مستشفى بني مطر) قد قدم البيانات المطلوبة (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ + هـ) ولذلك يوفر مسح البنك الدولي من عام 1996م (بياتي 1998) البيانات التمثيلية فقط حول استخدام المرضى المقيمين في المستشفيات في اليمن. وقد وجد أن استخدام خدمات المستشفيات الداخلية يتفاوت بصورة كبيرة بحسب الموقع. في مناطق صنعاء الريفية وتعز كان الاستخدام أقل من حالة علاج في المستشفى لكل 100 من السكان في العام بينما مدينة صنعاء ولحج فإن معدلات الاستخدام قد كانت 2 و 2.5 لكل 100 من السكان في العام على التوالي (بياتي 1998). ومثله في معظم البلدان فإن معدلات الاستشفاء كانت أعلى بالنسبة للإناث (1.7 / 100 / في العام) منه بالنسبة للذكور (1.2 / 100 / في العام) إلا في محافظة تعز حيث كانت منخفضة بالتساوي لكل من الجنسين (0.9 / 100 / في العام). عن كل من معدلات الاستخدام في العيادات الخارجية وداخل المستشفيات منخفضة مقارنة بالمعدلات العالمية. وعلى سبيل المثال في مصر 3.3 لكل 100 مواطن في العام أدخلوا إلى المستشفيات في عام 1994م (بياتي 1998).

4-3-2-3 الرعاية طويلة الأجل

تقدم الرعاية طويلة الأجل في اليمن من قبل الأسر بصورة حصرية تقريباً. لا توجد هناك منشآت عامة للمسنين أو المرضى أمراض مزمنة تتطلب رعاية تمريضية طويلة الأجل. لم نأتي على منشآت صحية خاصة تعتني بهذه الحاجة أيضاً. يضم مستشفى الجمهورية التعليمي في مدينة صنعاء مركز لإعادة تأهيل المعاقين تديره الجمعية الخيرية للأم ثيريزا. ويعمل المركز الوطني لإعادة التأهيل في صنعاء بـ 112 موظف في الرعاية للمرضى الخارجيين. ويقدم إليه بالمتوسط 10.000 طلب إعادة تأهيلفي الشهر مثل Hotback وجالفان والعلاج المائي والتمارين. إن حصته في تقاسم التكاليف من إيراد إجمالي 64 مليون ريال يمني في العام هو 6% فقط والذي يشير إلى نهج يدعم الفقراء.

4-2-3 تمويل الرعاية الصحية

البيانات الحسابية للصحة العامة لعام 2003م تم تحديثها من قبل منظمة الصحة العالمية بنهاية سبتمبر 2005م (دريس 2005). يلخص الجدول التالي أكثر البيانات ذات الصلة التي تم تحديثها حول تمويل الرعاية الصحية في اليمن.

الجدول رقم (17): تمويل الرعاية الصحية في اليمن	
إجمالي الإنفاق الصحي	115,102,000,000 YR 627,000,000 US-$
الإنفاق للفرد من نفقات الأسرة في عام 2003م (أسعار 1998)	64.543 YR
إجمالي الإنفاق الصحي للفرد	33 US-$
إجمالي الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي	5.6%
إجمالي إنفاق الأسرة على الصحة في عام 2003م بالأسعار الجارية	39,292,240,138 YR 214,038,284 US-$
إجمالي الإنفاق الفردي من الأسرة على الصحة في عام 2003م (بالأسعار الجارية)	11,3 US-$
المدفوعات المنفقة من الأسرة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي	57%
النفقات الحكومية	32%
النفقات الخاصة	59%
المانحين الدوليين	9%
المصدر: دريس 2005	

إن أحدث تحديث تم إجراءه على حسابات الصحة الوطنية لليمن يكشف الأغراض التالية حيث تنفق الأسر في اليمن أموالها على الرعاية الصحية في:

الجدول رقم (18): إنفاق الأسرة الصحي في اليمن			
الإنفاق / الاستخدامات	مليون ريال يمني	مليون دولار أمريكي	النسبة من الإجمالي
أدوية وعقاقير	24,086	131	37,1%
علاج في الخارج	31,253	170	48,1%
أجور الأطباء	3,851	21	5,9%
جراحة	2,082	11	3,2%
تجهيزات طبية	1,572	9	2,4%
إقامة في المستشفى	864	5	1,3%
أخرى	1,297	7	2,0%
إجمالي نفقات الأسر	65,005	354	100%
دفع تكاليف العلاج في الخارج من قبل وزارة المالية	1,108		
دفع تكاليف العلاج في الخارج من قبل أصحاب العمل	1,400		
دفع تكاليف العلاج في الخارج من قبل وزارة المالية وأصحاب العمل	2,508		
المصدر: دريس 2005			

الأرقام مختلفة بحسب المصادر المختلفة. وهذا أمر لا يمكن فهمه طالما أن كل هذه البيانات مبنية على تقديرات سريعة جداً وتخمينات بارعة. ليست هناك طريقة للحساب للصحة الوطنية مثلها مثل الحساب لشركة صغيرة. إن إجمالي المبلغ المصروف على الصحة يتراوح بين حوالي 26 دولار أمريكي و 69 دولار أمريكي بحسب المصادر المختلفة (كونستيبل 2002 وسويترس 2004 ورودس 2004).

إن أعلى حصة في حسابات الصحة الوطنية للأسرة هي عند الدفع للصحة وقت الاستخدام. وهذا تماماً ما يحاول التأمين الصحي أن يشير إليه كدفع مسبق. لقد حسبت منظمة الصحة العالمية 66% كحصة القطاع الخاص من إجمالي الإنفاق على الصحة وحسابات الصحة توصلت إلى 62% وتقديرات البنك الدولي 75% لعام 1998م. إن آخر تقدير تم التوصل اليه هو 59%. إن الإنفاق الشخصي عالٍ بصورة خاصة للأمراض الكارثية ويشير إلى هذا حقيقة أن 40% - بحسب أحدث تقديرات: 48% - منها يذهب للعلاج في الخارج. وما يبقى صحيحاً بالنسبة للأغنياء ينطبق على الفقراء أيضاً.

يعطي الجدول التالي فكرة عن الإنفاق الخاص لدخول المستشفيات للأسر الريفية بصورة رئيسية ومع ذلك ينبغي أن نذكر أن المسح قد بني على عينة صغيرة نسبياً وربما لا يكون تمثيلياً. لكن حتى بهذا الرقم الصغير هناك حالة علاج واحد في الخارج تم ذكره وقياسه.

الجدول رقم (19): الإنفاق الخاص لمستشفيات الرعاية في المناطق الريفية باليمن		
	عدد حالات الإدخال إلى المستشفى	متوسط التكلفة للإدخال إلى المستشفى بما في ذلك حالة واحدة خاصة – بحاجة إحالة إلى سوريا
منشآت الصحة الحكومية	8	$ 184.55
منشآت الصحة الخاصة	8	$ 328.60
الإجمالي	16	$ 245.04
المصدر: سويترس 2004		

إزداد الإنفاق الخاص على الصحة بعد إدخال الحكومة لتقاسم التكلفة من عام 1997م للمنشآت الحكومية. الدخول الثابت أو معدل سعر التذكرة هو 50 ريال على سبيل المثال للمعاينة بالإضافة إلى مدفوعات بحسب جدول الأجور. مثلاً الأشعة فوق الصوتية 800 ريال وفحص أمراض النساء 100 ريال. تحدد هذه الأجور أو الرسوم من قبل المجالس المحلية وتتفاوت طبقاً لذلك. دخل تقاسم التكلفة هو:

- 40% للموظفين.
- 40% لتغطية التكاليف الجارية.
- 10% للتثقيف والترويج.
- 10% للقرطاسية والمصاريف المكتبية الأخرى.

صوت الشعب:

"يجب عليك شراء كل شيء من السوق (الصيدليات الخاصة) وحتى متطلبات العملية".
"إذا معك النقود ستعالج وإذا لم يكن معك نقود فلن تعالج".
"إذا لديك الريال جميع العاملين سيخدموك وإذا لم يكن لديك الريال فاعتني بنفسك".

المصدر: السروري 2004

لقد لوحظ وجود منافع تمثلت في زيادة الموارد وزيادة الجودة والإمداد وخدمات المرضى المدفوعة قيمتها والحوافز للموظفين (أوكسفام 2001). أما المضار فقد درست من قبل أوكسفام: فوارق كبيرة وعجز كبير وإرشادات كتابية نادرة وإعفاءات جزافية وممثلي المجتمع لا يلعبون دوراً في ذلك وإدارة مالية ومسك سجلات ضعيف وقد ثبت أن تقاسم التكاليف ليس له أثر على الجودة. لم تتحسن معنوية الموظفين لكن تقاسم التكاليف قد زاد من توجههم نحو الربح. ولقد أكتشف بعض الإهدار في الإيرادات (السروري 2001). إن تكاليف المستخدمين تولد حالياً بعض الإيرادات للمنشآت الصحية الحكومية. والتقديرات تتراوح بين مليون ريال يمني في العام (إدارة تقاسم التكلفة في وزارة الصحة العامة والسكان) إلى 4 بلايين في العام (رودس 2004) إلى أكثر من 10 بلايين في العام آخذين في الاعتبار على سبيل المثال أن مستشفى الثورة وبه 863 سرير لديه إيرادات سنوية 1.7 بليون ريال يمني (طرموم 2004) ومستشفى الجمهورية في صنعاء وبه 450 سرير يحصل على 15 مليون ريال يمني في الشهر[14] مقارنة بإجمالي 12.672 سرير في البلاد. إن مستشفى ريفي صغير يديره أخصائيون صينيون بصورة رئيسية يدر 10.35 مليون ريال سنوياً من الدخل في مستشفى به 104 سرير مع معدل إشغال 30% (طرموم 2003).

تعطى الإعفاءات من تقاسم التكلفة في المنشآت الصحية لحوالي 10% من المرضى. وتتفاوت الحصة بين المستشفيات المختلفة التي تمت زيارتها متراوحة من 1 إلى 40%. لقد حددت قواعد وأنظمة ولكنها عادة أو على الأقل في أحيان كثيرة لا يجري اتباعها وبعض المنشآت لديها لجان لإتخاذ القرار وفي معظم الأحيان فإن اختيار الموظف هو الذي يقرر. وفي حالات كثيرة يعفى الجنود والشرطة والأشخاص المهمين جداً حتى من دفع قيمة الدواء من صندوق الأدوية حيث الاعفاءات غير متوقعة.

رأي القادة	
78% من قادة الرأي يقولون: تقاسم التكلفة سيء وغير عادل	**84% من قادة الرأي يقولون: تقاسم التكلفة غير منظم بصورة جيدة**
المصدر: مسح التعاون الفني الألماني (GTZ) واللجنة الأوروبية 2005	

ولتخفيض التكاليف الخاصة للرعاية الصحية أقيم صندوق دوار للأدوية على مستوى البلاد وله بعض الآثار المفيدة في تخفيض أسعار الأدوية الأساسية للمستخدمين بصورة كبيرة. تباع هذه الأدوية في المنشآت الحكومية بربح 10% وبتوزيع حسابي واضح أي:

- 2% للأطباء.
- 1% للمدير.

[14] نتيجة مقابلة تلفونية لعضو الفريق مع إداري في المستشفى.

- 2% للصيدلاني.
- 5% لنقل الأدوية.

وتظهر دراسة تقييم: "تكاليف الأدوية (حيث تتوفر) في المنشآت الحكومية لازالت مرتفعة (على الرغم من أنها أقل كثيراً من الصيدليات الخاصة)[15]" وسياسات الإعفاء (للفقراء) متضاربة وغير مراقبة جيداً[16] ويبقى نظام التوزيع غير كفؤ للغاية[17] والطبيعة "الدوارة" لصندوق الأدوية لا تعمل[18] وفي بداية هذا العام قطعت وزارة المالية بالكامل التمويل لصندوق الأدوية ملاحظة أن لديه ديون متراكمة يقال أنها أكثر من 2 بليون ريال يمني لأدوية وزعها وكان يفترض أن يدفع قيمتها[19] (بنك الأمل 2005). وفي غضون ذلك لم يعد صندوق الدواء مستمراً بسبب مشكلات اضافية من الكسب الغير مشروع والفساد.

ومن الناحية السياسية ينظر الى ذلك كاشارة بان تمويل الصناديق محفوف بالمخاطر ويقال ان مجلس الوزراء قد قرر اخيراً عدم السماح بصناديق جديدة.

وعلى اساس قوائم الاسعار الموجودة والمعلومات الاضافية اعد فريق الدراسة تقديراً سريعاً لتكاليف الرعاية الصحية للعلاج في المستشفيات لمجموعات من المشكلات الصحية المتكررة. تحاول البيانات المحتسبة ان تعطي فكرة عن مصاريف تقاسم التكلفة الرسمية. تم اختيار نمط العلاج المقدر بحسب المعايير العملية (منافع وأسعار محددة جيداً ومعايير علاج معقولة ... الخ) ولا يدعى أنها كاملة. ومع ذلك فإنها تعطي فكرة لما يجب على الناس أن ينفقوه على الرعاية الصحية على الرغم من أنها لا تأخذ بالاعتبار المدفوعات الإضافية للرشاوي. ويعطي الجدول التالي صورة عن تقديرات الأسعار الرسمية الإجمالية لبعض العلاجات في مستشفيات مختارة.

الجدول رقم (20): تقدير تقاسم التكاليف الرسمية لعلاجات طبية شائعة مختارة

المشكلة الصحية / منافع العلاج	العدد	مستشفى الثورة في صنعاء	مستشفى الجمهورية في صنعاء
التهاب المرارة			
استئصال المرارة مع تصوير الأوعية الصفراء علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	1 5	35,000 7,500 / *40,000*	30,000 5,000 / *15,000*
الإجمالي		42,500 / *75,000*	35,000 / *45,000*

[15] وجد تقييم برنامج عمل الأدوية اليمني (YemDAP) أن "الأسعار المتوسطة في الصيدليات الخاصة كانت في المتوسط 665% من أسعار الصيدليات الحكومية" (ص 5) و"أدنى أسعار في المنشآت الخاصة لازالت 3.5 مرة أعلى من تلك في الصيدليات الحكومية" (ص 14) وتعطي المنشآت الحكومية في أحيان كثيرة "أدوية أخرى بتنوع أسعار وبعض الأحيان أكثر غلاءاً بصورة كبيرة من أسعار التكلفة المحددة بإضافة 10%" (ص 14).

[16] وجد تقييم للأسر قام به التقييم النهائي المذكور بأعلاه أن "الفقراء جداً (17% من العينة) ينفقون في المتوسط 19.8 دولار أمريكي لكل زيارة رعاية صحية على الأدوية – "والذي كان أكثر من المتوسط لجميع المجموعات الاجتماعية الاقتصادية في العينة" (ص 6).

[17] على الرغم من أن صندوق الأدوية يستطيع أن يبيع الأدوية فقط إلى المنشآت الحكومية فإنه شيء مألوف بالنسبة لتلك المنشآت أن تشتري وتبيع الأدوية الإضافية من القطاع الخاص (بأرباح كبيرة) (حتى الأدوية المتنافسة والتي عليها العلامات). وبالإضافة لذلك يسلم صندوق الأدوية حتى مخازنه الأربعة في المناطق فقط ويبقى نظام التوزيع الغير كفؤ من تلك المخازن إلى المنشآت دون تغيير وغير كفؤ بصورة كبيرة (ص 17).

[18] كان يفترض في المنشآت إيداع الإيرادات من مبيعات الأدوية في حساب البنك المركزي ولا يسمح بحسابات الملكية المحلية. لكن ليس كل المنشآت قد فتحت حسابات لدى البنك المركزي فمعظمها قد أستمرت في الحصول على الأدوية من الصندوق. ودون حساب مصرفي مع ذلك فإن المنشآت لديها حافز في أن تخزن وتبيع الأدوية المشتراة من الصيدليات الخاصة وهذا يقوض غرض صندوق الأدوية.

[19] لا تمول وزارة المالية صندوق الأدوية مباشرة لكنها تقدم الأموال من خلال بند في الميزانية للأدوية والمستلزمات الطبية يقدم أموال على المنشآت لشراء أدوية من صندوق الأدوية وهذا البند مع ذلك قد كان يستخدم ليدفع قيمة جزء فقط من الأدوية التي تمون فعلياً إلى المنشآت والتي إما تعتمد على أدوية الهبات او على رغبة صندوق الأدوية في تقديم أدوية بديلة مقابل وعود الدفع فيما بعد. إن تموين صندوق الأدوية وتمويل المنشأة لم يدعم أبداً من قبل المانحين. وكما أشير في التقييم النهائي المذكور بأعلاه فإن معظم المانحين (اليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية والبنك الدولي) لازالت لديهم فنوات شرائهم وتوزيعهم الخاصة (ص 12).

الجدول رقم (20): تقدير تقاسم التكاليف الرسمية لعلاجات طبية شائعة مختارة			
المشكلة الصحية / منافع العلاج	العدد	مستشفى الثورة في صنعاء	مستشفى الجمهورية في صنعاء
استئصال المرارة بتنظير جوف البطن / MIS علاوة يومية لمستشفى الجراحة / الخاص	1 2	20,000 3,000 / *16,000*	30,000 3,000 / *6,000*
الإجمالي		23,000 / *36,000*	33,000 / *36,000*
التهاب الإصبع الزائدة الحاد			
استئصال الأصبع الزائدة البسيط علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	1 3	10,000 4,500 / *24,000*	8,000 3,000 / *9,000*
الإجمالي		14,500 / *34,000*	11,000 / *17,000*
وضع من دون مضاعفات			
وضع الجنين الرأسي عند الولادة وشق الفوهة الفرجية تصوير بجهاز الموجات فوق الصوتية عناية مباشرة بالمولود الجديد علاوة توليد يومية في المستشفى العام	1 1 1 3	5,000 900 0 4,500	0 750 2,000 3,000
الإجمالي		10,400	5,750
مرض القلب التاجي			
ترقيع بتحويلة تاجية شريانية علاوة يومية للوحدة التاجية علاوة يومية طبية أشعة إكس للصدر أمامي وجانبي مرتين جلسات علاج فسيولوجي تكاملي جلسات تدريب قلبي – تنفسي نقل الدم في غرفة العمليات	1 4 10 1 4 10 2	3,800,000 [20] 8,000 15,000 600 0* 0* 0 [21]	Ø
الإجمالي			

[20] قوائم الأسعار لمركز القلب في مستشفى الثورة تحدد الخدمات بالدولار الأمريكي على سبيل المثال جراحة القلب المفتوح بمبلغ 20 ألف دولار.

[21] تغطى من خلال التبرعات بالدم من الأقرباء.

الجدول رقم (20): تقدير تقاسم التكاليف الرسمية لعلاجات طبية شائعة مختارة			
المشكلة الصحية / منافع العلاج	**العدد**	**مستشفى الثورة في صنعاء**	**مستشفى الجمهورية في صنعاء**
تجبير مشاشي أو كردوسي العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص) جلسات تدريب ديناميكية جلسات إعادة تثقيف حول الحركة إزالة مواد عظام العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص)	1 10 15 20 1 2	40,000 15,000 / *80,000* 0* 0* 20,000 3,000 / *16,000*	30,000 10,000 / *30,000* 0* 0* 8,000 2,000 / *6,000*
الإجمالي		78,000 / *156,000*	50,000 / *74,000*
المشكلة الصحية / الخدمات	**العدد**	**السعيد – تعز**	**مستوى المستشفى الخاص**
التهاب المرارة			
استئصال المرارة مع تصوير الأوعية الصفراء علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	1 5	60,000 20,000	60,000 [22] 40,000
الإجمالي		80,000	
استئصال المرارة بتنظير جوف البطن / MIS علاوة يومية لمستشفى الجراحة / الخاص	1 2	80,000 8,000	70,000[23] 16,000
الإجمالي		88,000	
التهاب الإصبع الزائدة الحاد			
استئصال الأصبع الزائدة البسيط علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	1 3	40,000 12,000	25,000/30,000[24] 24,000
الإجمالي		52,000	
وضع من دون مضاعفات			
وضع الجنين الرأسي عند الولادة وشق الفوهة الفرجية تصوير بجهاز الموجات فوق الصوتية عناية مباشرة بالمولود الجديد علاوة توليد يومية في المستشفى العام	1 1	15,000 1,000	5,000[25] 1,200

[22] الحريبي والمتوكل واليمني الألماني.
[23] اليمني الألماني – صنعاء ومستشفى الحريبي في صنعاء.
[24] الحريبي: 25 ألف والمستشفى اليمني الألماني: 30 ألف ريال يمني.

الجدول رقم (20): تقدير تقاسم التكاليف الرسمية لعلاجات طبية شائعة مختارة			
المشكلة الصحية / منافع العلاج	العدد	مستشفى الثورة في صنعاء	مستشفى الجمهورية في صنعاء
	1 3	1,000 12,000	2,000 24,000
الإجمالي		29,000	32,200
مرض القلب التاجي			
ترقيع بتحويلة تاجية شريانية علاوة يومية للوحدة التاجية علاوة يومية طبية أشعة إكس للصدر أمامي وجانبي مرتين جلسات علاج فسيولوجي تكاملي جلسات تدريب قلبي – تنفسي نقل الدم في غرفة العمليات	1 4 10 1 4 10 2	Ø	Ø
الإجمالي			
تجبير مشاشي أو كردوسي العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص) جلسات تدريب ديناميكية جلسات إعادة تثقيف حول الحركة إزالة مواد عظام العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص)	1 10 15 20 1 2	140,000[26] 40,000 15,000[27] 20,000 20,000 4,000	100,000 80,000 30,000 40,000 40,000 16,000
الإجمالي		239,000	306,000
المصدر: حسابات خاصة على أساس قوائم الأسعار الموجودة (مستشفى الثورة لعام 2005م ومستشفى الجمهورية لعام 2005م ومستشفى السعيد التخصصي في تعز لعام 2005م) ومعلومات إضافية من مقدمي الصحة			

فيما يتعلق بتقاسم التكلفة ليس من الواضح حتى ما إذا كان جميع تلك الإيرادات يصرح بها بصورة سليمة ولا تعتبر أنها غير رسمية وأنها مدفوعات رشاوي لاستعمال الموظفين الخاص في المنشآت العامة. وهذا من الصعب للغاية التحقيق فيه لأن رسوم المستخدمين الرسمية يضاف إليها أموال إضافية غير رسمية يطالب بها من قبل العاملين الصحيين لسلسلة واسعة من الخدمات والعلاجات. إن تنفيذ تقاسم التكلفة في منشآت الرعاية الصحية العامة قد فتح الباب على مصراعيه للمتاجرة بالرعاية الصحية وشجع على ثقافة عامة من التحويل إلى فوائد عاجلة. فعلى سبيل المثال تعود الأطباء على طلب ثلث أو حتى نصف رسوم المستخدم الرسمية كمدفوعات إضافية من أجل تقديم خدمة طبية معينة وأما الممرضين والقابلات فإنهم معتدلين قليلاً لكنهم يطلبون مدفوعات إضافية كذلك.

---

[25] الرسوم تطبق في مستشفى السبعين.

[26] رسوم العملية 120 ألف بالإضافة إلى 20 ألف لمواد التخدير (صفيحة).

[27] العلاج الطبيعي غير مشمول ويجب استئجاره من خارج المستشفى والتقدير هو 1000 ريال يمني لكل علاج.

رأي القادة

90% من قادة الرأي يقولون:
أن المدفوعات الغير رسمية تعطى بصورة متكررة (حوالي 200 ريال للرعاية الصحية الأولية و 2000 ريال في المستشفيات).

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

يبرر عاملي الرعاية الصحية طلبهم لأموال إضافية بالرواتب المتدنية جداً المدفوعة في القطاع العام وكذلك الحاجة إلى شراء معداتهم الخاصة للحصول على شروط عمل ملائمة. وفي الحقيقة فإن نقص المعدات الحاد في منشآت الرعاية الصحية العامة يقلل من الجودة والكفاءة ويقدم تبريراً آخر لمدفوعات الرشوة والفساد. وبطريقة مساوية فإن ضعف رواتب الموظفين هو موضوع رئيسي يجب التشديد عليه كذلك لمواجهة تحديات نظام التأمين الصحي الوطني. يكسب الأطباء بين 20 و 30 ألف ريال شهرياً في المستشفى العام والممرضات والقابلات لا يحصلن على أكثر من 15 ألف ريال يمني وهذا بوضوح اقل من ما يدفعه القطاع الخاص وينتج عنه الفساد وتكاليف عالية بصورة جزافية للمرضى.

بالنسبة للمرضى هناك إنفاق خاص عالي وقت الاستخدام:

- إنفاق عالٍ للحالات الكارثية.
- إنفاق عالٍ للعلاج في الخارج.
- إنفاق عالٍ للأمراض الممكن تجنبها.
- إنفاق عالٍ للأدوية.
- إنفاق عالٍ للمدفوعات الغير رسمية والرشاوي.

صوت الشعب:

"باع أحدهم أرضه عندما أحتاجت زوجته إلى عملية ... ولسوء الحظ ماتت في المستشفى ... وقد خسر كل من أرضه وزوجته".
"إن أب لأسرة قد توفي بعد لدغة ثعبان ... ببساطة لأن عائلته ليس عندها مال لأخذه إلى المستشفى ... لذلك فإن أسرته قد فقدت عائلها وأصبحت تعتمد على مساعدة الآخرين".
"كان لدى أحدهم دكان وباعه لتغطية علاجه في الخارج ... كان مصاباً بمرض القلب ... والآن عاد لجمع المال وكسب رزقه بالعمل الشاق والتقتير الشديد".

المصدر: السروري 2002

إن حوالي 28% من تمويل الرعاية الصحية يأتي من مصادر حكومية فقط. إن آخر تحديث لحسابات الصحة الوطنية يحتسب 32228560000 ريال يمني من الحكومة (دريس 2005) بينما المصادر الأخرى بمبلغ 19 بليون ريال يمني فقط للعام 2004م (رودس 2004). هناك تنوع مذهل لأموال مختلف الوزارات المستخدمة للصحة. تستخدم وزارة المالية وكثير من الوزارات الأخرى الأموال خصوصاً لدعم العلاج في الخارج في حالة الحاجة. تبقي وزارة المالية على رقابة صارمة عن طريق التوزيع المباشر إلى المستلمين والتي يشرف عليها موظفوها الخاصين في وزارة الصحة والوسطاء الآخرين. ويبدو أن الحوارات المهنية لتوزيع الموارد بين الوزارات نادرة. ويجادل البعض بوجود فجوة كبيرة بين الميزانيات والنفقات. كانت أحدث مراجعة للنفقات الصحية العامة غير واضحة في هذا الموضوع. هناك توزيع غير متوازن للأموال الحكومية مع إنفاق مفرط للاستثمار وميزانيات ونفقات غير كافية بصورة كبيرة للتكاليف المتكررة. وتفاقم استثمارات المستشفيات الجديدة من الحاجة إلى التكاليف المتكررة وتكاليف التشغيل (بنك الأمل 2005). وإجمالاً فإن مخصصات قطاع الصحة قد تضاءلت بالمعنى النسبي خلال الفترة 1998م حتى 2003م (دريس 2005م):

- مؤشر النفقات الحكومية الإجمالية (1998 – 2003) 260.3
- مؤشر نمو الناتج المحلي الإجمالي (1998 – 2003). 244.9
- مؤشر الإنفاق الصحي الحكومي (1998 – 2003). 239.1

هناك تنسيق ضعيف جداً على كافة المستويات الحكومية للخطط مع الميزانيات. فالإنفاق الفعلي يختلف بصورة كبيرة في أحيان كثيرة عن الميزانيات الموافق عليها وليست هناك مساءلة عن الميزانيات أو مستويات الإنفاق. يبدو أن ممثلي وزارة المالية يمارسون درجة غير متناسبة من الرقابة على الإنفاق في كل مستويات النظام الصحي الحكومي وممارسات إعداد الميزانيات والنفقات لا يبدو أنها تدعم احتياجات تنفيذ البرامج الحكومية. إن توقيت تحرير أموال الاستثمار مغاير للتنفيذ الميسر للمشروعات المخطط لها وتحرير الأموال للعمليات الجارية وطلب الفواتير مسبقاً عن الإنفاق يجعل من الصعب على مدراء الصحة أن تكون لديهم الموارد التي يحتاجونها عندما يحتاجون إليها (بنك الأمل 2005 ، ص 25). ومن وجهة نظر المهنيين الصحيين توفر الأموال المتكررة في مستويات أدنى كثيراً من الطلبات والاحتياجات. ومن وجهة نظر المسئولين في وزارة المالية فإن الكثير من الطلبات لا يوجد لها أساس من حيث النمط الفعال والكفؤ للإنفاق والنتيجة هي نقص تمويل حاد للرعاية الصحية العامة (كونستيبل 2002). أما الضحايا الأساسيين فهم المرضى المشاركين في التكلفة والذين عليهم تعويض ذلك.

رأي القادة	
91% من قادة الرأي يقولون: أن تقاسم التكلفة يؤدي على تأجيل العلاج.	**63% من قادة الرأي يقولون: أن الأمراض المعفية ليست معفية من تقاسم التكلفة**
المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005	

5-2-3 مزايا الرعاية الصحية

لا تعرف وزارة الصحة العامة والسكان حالياً حزمة من المزايا أو المنافع التي يجب تقديمها إلى عامة الناس من قبل المستشفيات الحكومية والمراكز الصحية أو الوحدات الصحية. ولذلك فإن إدارة كل مؤسسة حرة في تقديم سلسلة من المنافع كما تحب – وأفضليات السكان لم يجري تقييمها والقوائم غير مبنية على احتياجات واضحة. وفي أفضل الحالات ربما تبنى حزم المنافع على خبرة المهنيين الصحيين والمعدات المتوفرة. وفي أسوأ الحالات فإن المنافع التي تعطى تفصل لتعظيم موارد تقاسم التكلفة والموارد من المدفوعات الغير رسمية في منشأة صحية. وبسبب الإحصائيات البدائية والغير موثوق بها حول الخدمات الصحية المقدمة فعلياً في كافة مستويات نظام الرعاية الصحية فمن غير الممكن حقاً للوزارة أو أي مراجع خارجي الحصول على صورة المنافع التي تقدم حالياً للسكان دون اللجوء إلى مراجعات كبيرة. وبالمثل فإن بيانات الاستخدام من القطاع الخاص ليست متاحة. ولذلك ينبغي اتخاذ بعض الإجراءات بالوكالة لنأخذ في الحسبان الحصول على صورة تقريبية لمنافع وأسعار الخدمات الصحية التي تعطى حالياً للمرضى في اليمن.

رأي القادة
77% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن تدرج الأدوية في حزمة منافع التأمين الصحي.
المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

إن أحد إجراءات الوكالة المستخدمة هنا هي استخدام بيانات الاستخدام على أساس المسوحات الصحية. وإجراءات أخرى تشمل إحصائيات وزارة الصحة العامة والمستشفيات وكذلك قوائم الأسعار الرسمية للمستشفيات والإحصائيات المالية من برامج المنافع الصحية للشركات.

بيانات المسح:

بحسب مسح بياتي وعلي لعام 1998م فإن معظم زيارات الرعاية الصحية للسكان الذين جرى مسحهم كانت للرعاية العلاجية. في المناطق الريفية يتردد 0.6 إلى 2.4% من المرضى الخارجيين من أجل الرعاية الوقائية. وفي المناطق الحضرية طلبت الرعاية الوقائية في 6% من الزيارات. إن أسباب طلب الرعاية التي أثيرت في هذا المسح تعطي فكرة سريعة عن طلب الخدمات الصحية في اليمن (الجدول 21).

الجدول رقم (21): أسعار المستشفيات في مدينة صنعاء – يوليو 2005م						
	المستشفيات الحكومية			المستشفيات الخاصة		
	مستشفى الثورة	مستشفى الجمهورية	مستشفى السبعين	المستشفي اليمني الألماني	مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا	مستشفى الدكتور/ الحريبي
العيادة الخارجية – في النهار	200	200	100	770	800	500
عيادة الطوارئ – ليلاً	200		150		1200	500
استشاري مطلوب من الخارج	500				2500	2000
استشاري في المستشفى	na			1350	1200	500
طبيب متخصص	500	200			800	
طبيب استشاري أجنبي				3850		
الفحوصات						
تخطيط الدماغ الكهربائي ECG	500	500		1350	1500	850
تخطيط دماغ كهربائي 24 ساعة	4000			8850	9000	
تخطيط صدى القلب	2000	2000		4400	5000	
تصوير الجمجمة	8000	8000	6000	9400	30000	10000
مخطط كهربائية الدماغ EEG	3000			6350	6000	6000
العمليات	**			***	****	
استئصال أصبع زائدة	10000	15000		50000		30000
رتق الفتق	20000	25000		50000	50000	45000
استئصال البواسير	7500	12000		37500	40000	20000
استئصال الدرقية (إجمالي فرعي)	20000	20000		62500	110000	65000
التوسيع والكشط	5000	9000	5700	19000	20000	3000
عملية قيصرية	10000	25000	10200	65000	70000	40000
وضع طبيعي	5000	7000	2200	25000	25000	20000
ختان		1500	500	5800	5000	2500

* 3200 عند الإدخال بصرف النظر عن طول الإقامة.
** تكاليف للشركات ضعف أسعار الجمهور – بالنسبة للدفع المتأخر.
*** زائداً التخدير.
*** زائداً رسوم غرفة العمليات.

إحصائيات وزارة الصحة العامة والسكان:

إن أكثر احصائيات الاستخدام حتى الآن قد توفرت من قبل وزارة الصحة العامة والسكان في تقريرها السنوي. وآخرها من عام 2004/2003. وحيث أن وزارة الصحة العامة والسكان تسجل بعض المؤشرات الأساسية مثل عدد زوار العيادات الخارجية وعدد العمليات الجراحية وتغطية التحصين والتشخيصات المخبرية (الدم الروتيني والكيمياء الحيوية وتحليل البول وتحليل البراز) وإحصائيات حول الأشعة والفحوصات الأخرى (عضوي – محدد مثل الجهاز الهضمي وعدد تخطيطات القلب بالكهرباء).

إحصائيات المستشفيات

توفر إحصائيات المستشفيات صورة أكثر وضوحاً عن الخدمات المقدمة في المستوى الثانوي أو الثالوثي. توجد قائمة مفصلة للخدمات التي تقدم في مستشفى الثورة ومستشفى الجمهورية التعليمي في صنعاء. وتظهر إحصائيات الخدمات للأعوام 2004م لكل قسم في كلا المستشفيين طيف واسع من التدخلات الجراحية التي تم القيام بها والتي يمكن أن تكون من مستشفى ثالوثي.

قوائم أسعار المستشفيات

يعطي الجدول رقم (21) صورة عن أسعار تدخلات مختارة في عدد من المستشفيات الرئيسية في العاصمة وتحوي كل من مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة. كما كان واضحاً من المقابلات مع عدد من مدراء المستشفيات فإن المستشفيات لا تعرف تكاليف الخدمات الفردية أو التدخلات المقدمة. وهكذا الأسعار الخاطئة في كل من المستشفيات وبين المستشفيات. يبدو أن الأسعار في اليمن تعكس الرغبة في دفع أكثر من التكاليف الفعلية. وينطبق ذلك على كل من المستشفيات العامة والخاصة. إن المثل الوحيد لحساب الكلفة إلى الدخل الذي قابلناه قد كان جراحة القلب المفتوح في المستشفى اليمني الألماني حيث تكاليف توفير فريق جراحة كانت معروفة أنها تكلف 42.000 دولار في الشهر. وهذا يتجاوز إلى حد كبير الإيرادات من متوسط عشر عمليات تقدم في الشهر. ولذلك لزم إيقاف الخدمة أخيراً.

6-2-3 إدارة الجودة

القطاع العام:

وزارة الصحة العامة مسئولة عن ضمان الجودة في قطاع الرعاية العلاجية في المستشفيات الحكومية ولديها قسم لضمان الجودة في المديرية الخاصة بها في تقاسم التكلفة. ونظرياً يفترض قيام القسم بمراجعات منتظمة لجميع المستشفيات في اليمن. ومع ذلك فإن عدد المراجعات المخطط لها في عام 2005م هي 11 مستشفى 4 منها في مدينة صنعاء وواحد في عدن و 2 في كل من المحافظات الثلاث الأخرى (إب ولحج وحجة). يتم القيام بمراجعات وزارة الصحة العامة والسكان للعام 2005 ط بعدد من قوائم الفحص خاصة بالأقسام الخارجية وغرف الطوارئ والعنابر والمختبرات. ومع ذلك فإن المكونات البنائية الأساسية يتم تقييمها كذلك (وزارة الصحة العامة والسكان F 2005). لا العمليات ولا نتائجها تجري مراقبتها وعلى رأس هذا كله بحسب المعلومات الغير رسمية من وزارة الصحة العامة والسكان فإنه حتى هذه المراجعات الأساسية لا يتم القيام بها.

ونظرياً في حالة عدم الوفاء بمعايير الجودة تقدم وزارة الصحة العامة والسكان توصية إلى مدير المستشفى مع موعد نهائي متفق عليه لحدوث التحسينات. ثم يتم القيام بمراجعة أخرى بعد شهرين إلى ثلاثة أشهر. وإذا كانت معايير الجودة لا تزال لم يتم الوفاء بها ينتج عن ذلك تضمينات ميزانية من خلال وكيل الوزارة للرعاية العلاجية.

لم تكن مفاهيم إدارة الجودة السريرية معروفة لمسئولي الوزارة الذين جرت مقابلتهم. في المنشآت الصحية لا يحدث أي تدريب في إدارة الجودة ولا توجد أنظمة إدارة الجودة في أي مكان في المؤسسات. ورسمياً تم تعيين منسقي ضمان الجودة في المحافظات لكن دورهم غير محدد ولا يرى مسئولو الوزارة أي نشاطات تأتي منهم فيما يتعلق بضمان الجودة أو تحسينها. وحالياً يتم القيام بمشروع ريادي لضمان الجودة في مستشفى خليفة (السروري والصعفاني 2005) وتم إعداد خطة جودة لليمن والتي لازالت مع ذلك في مراحلها المفاهيمية (اوفرت فيت 2002). يحتوي تعليم الجودة على ورشات عمل منذ عامين لمسئولي الصحة في المحافظات: إدخال مقرر ضمان الجودة في منهاج المعاهد الصحية والتي هي مسئولة عن تدريب الموظفين الصحيين حسبما هو مخطط. تم إعداد كتيب لهذا الغرض لكنه لم ينفذ بعد.

رأي القادة

89% من رأي القادة يقولون: أتوقع خدمات جيدة بالتأمين الصحي.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية لعام 2005م

القطاع الخاص

ضمان الجودة في القطاع الخاص هو كذلك مسئولية وزارة الصحة العامة والسكان. ومع ذلك فإن هذا مستقل عن برنامج ضمان الجودة للمستشفيات الحكومية. إن قسم الخدمات الطبية الخاصة مسئول عن إعطاء التراخيص للمنشآت الخاصة. يتم الاحتفاظ هناك بقائمة مكتوبة باليد لكل المنشآت الصحية التي أعطيت لها تراخيص وتحتوي على 542 مستشفى مستوى ثاني و 168 مركز صحي خاص (أغسطس 2005). ومع ذلك فإن القائمة واقعية حيث أن الكثير من المؤسسات إما لازالت لا تعمل أو أنها لم تعد تعمل ووزارة الصحة العامة والسكان

ليس لديها معرفة عن النشاطات الحالية لمقدمي الخدمة من القطاع الخاص. وفي الآونة الأخيرة تم إدخال قائمة ترخيص مماثلة لقائمة المراجعة للمستشفيات العامة. ومرة أخرى فإن الجوانب الهيكلية فقط من الجودة يتم تقديرها ومشكلة أخرى هي أن الكثير من التراخيص قد منحت قبل إدخال هذه الآلية الجديدة ومراجعات المنشآت الخاصة يتم القيام بها حالياً. وكما كان واضحاً من المقابلات مع مدراء المستشفيات من المستشفيات الخاصة فإن إدارة الجودة في المستشفيات مقتصرة حالياً على نشاطات الإصحاح الأساسية والتي تقع تحت تسمية نظافة المستشفى في البلدان المتطورة. ومرة أخرى لا توجد أنظمة إدارة جودة سريرية. وقد ثبت هذا كذلك بواسطة بعض إحصائيات المستشفيات وقوائم الأسعار والتي تظهر أن الإجراءات التي تعتبر الآن ممارسة غير ملائمة في معظم الحالات لازالت منتشرة على نطاق واسع في اليمن مثل استئصال اللوزتين أو استئصال الزائدة الأنفية والحلقات المثبتة لعدوى الأذن.

صوت الشعب

"الحكومة تتحدث عن الصحة للجميع لكن ذلك كذب وفي الحقيقة ينبغي أن يسموها المرض للجميع".
"نحن لسنا طائشين على الرغم من أننا نقترب من العام 2005م فسنكون مقتنعين إذا تلقينا خدمات مثل تلك التي أعتدنا عليها في عام 1995م".

المصدر: السروري 2004

3-2-7 رضا العملاء

تم القيام بدراسات قليلة فقط حول رضا العملاء عن الخدمات الصحية في اليمن. وفي مسح حول مشاركة المجتمع قام به السروري في عام 2004م فإن السؤال هو ما إذا كان الناس في الشمايتين في تعز يمكن أن يفهموا ويقبلوا برامج الدفع المسبق للصحة والتي أثارت رداً عاطفياً عاصفاً حول رداءة جودة الخدمات الصحية في مستشفى المديرية وكذلك في المنشآت الصحية الأخرى. لقد عبر الجميع عن عدم رضاهم عن الخدمات المقدمة حالياً. وعلى الرغم من أنهم يدركون أن تكلفة الخدمات تقع على المواطنين فقد أكدوا أن الناس غير راغبين في قبول الدفع المسبق ما لم يروا تحسناً ملموساً في جودة الخدمات (السروري 2004) والاستشهادات من المقابلات تشمل ما يلي:

في تقييم نظام إدارة الجودة بمستشفى خليفة (الشمايتين – تعز) تم طرح أسئلة حول رضا العملاء عن الخدمات المقدمة من قبل المستشفى, وقد ذكر 56% من المرضى الذين أجريت معهم مقابلات بأن سلوك الموظفين كان جيداً مقارنة بـ 29% يقولون أنه حسن و 16% ذكروا أن سلوك الموظفين رديء. وبصورة عامة فإن 15% من المرضى كانوا راضين جداً بزيارتهم مقارنة بـ 48% والذي كانوا راضين و 37% كانوا غير راضين. إن الأسباب الرئيسية لعدم الرضا قد كانت: الخدمات المجاورة ، سلوك الموظفين الجيد ، النظافة وأخرى مثل العلاج الفعال. إن الأسباب الرئيسية لعدم الرضا كانت: تأخر الطبيب وسوء التنظيم في الدخول إلى غرفة الاستشارة وغيرها مثلاً إنعدام الأدوية ورداءة السلوك ورداءة النتائج المخبرية (السروري / الصعفاني 2005).

إن سويترس وآخرين (2004) قد قاموا بمسح آخر في أربع محافظات. وقد وجدوا أن الجودة المنظورة للمجيبين أفضل في المنشآت الصحية الخاصة منها في المنشآت الحكومية. وبصورة خاصة كان هناك فارق كبير فيما يتعلق بالاحترام المنظور للعاملين الصحيين والذي بموجبه فإن 41% فقط من المجيبين قد أعتقدوا أن العاملين الصحيين الحكوميين كانوا محترمين مقارنة بـ 85% في القطاع الخاص. إن النظرة إلى وفرة الأدوية في كل من المنشآت الصحية الحكومية والخاصة كان أقل من 50% وإنما بصورة خاصة أقل في المنشآت الحكومية الخاصة بنسبة 16% فقط. ومشكلة جودة أخرى ظهر أنها وقت الانتظار الطويل مع 16% فقط من المجيبين يعتقدون أن وقت الانتظار في المنشآت الصحية الحكومية كان معقولاً (سويترس 2004).

3-2-8 أجندة الإصلاح

إن على أي إصلاح جيد للقطاع الصحي أن يباشر القضايا الرئيسية لأداء القطاع الصحي. وقد حاولت منظمة الصحة العالمية قياس أداء جميع البلدان (منظمة الصحة العالمية للعام 2000م) وعلى نحو لا يمكن إنكاره مع بعض الأخطاء لكن بصورة مستقيمة وذات صلة. ويمكن أن يفيد هذا كعامل حث لإصلاحات القطاع الصحي. الاستنتاجات المقارنة لمنظمة الصحة العالمية مبينة في الجدول التالي.

الجدول رقم (22): أداء النظام الصحي المقارن في اليمن									
ترتيب بلوغ واداء النظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية *	بلوغ الأهداف						الإنفاق الصحي للفرد بالدولار	الأداء	
	الصحة		الإستجابة		العدالة في الإسهامات المالية	بلوغ الأهداف الكلي		على مستوى الصحة	الأداء الكلي للنظام الصحي
	المستوى	التوزيع	المستوى	التوزيع					
المملكة العربية السعودية	58	70	67	50-52	37	61	63	10	26
الإمارات العربية المتحدة	50	62	30	1	20-22	44	35	16	27
المغرب	110	111	151-153	67-68	125-127	94	99	17	29
قطر	66	55	26-27	3-38	70	47	27	53	44
مصر	115	141	102	59	125-127	110	115	43	63
ليبيا	107	102	57-58	76	12-15	97	84	94	87
لبنان	95	88	55	79-81	101-102	93	46	97	91
إيران	96	113	100	93-94	112-113	114	94	58	93
العراق	126	130	103-104	114	56-57	124	117	75	103
سوريا	114	107	69-72	79-81	142-143	112	119	91	108
اليمن	141	165	180	189	135	146	182	82	120
* كل الأرقام تشير إلى ترتيب البلدان بين 1 و 191.									

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2000): تقرير الصحة في العالم لعام 2000م. الأنظمة الصحية: تحسين الأداء ، جنيف (منظمة الصحة العالمية لعام 2000).

إن إصلاح النظام الصحي الذي بدأ في عام 1998م وتمت صياغته نهائياً في عام 2000م قد تناول الأهداف التالية بصورة خاصة (وزارة الصحة العامة والسكان 2000 أ).

- حصول كافي / شامل على خدمات الرعاية الصحية.
- المساواة في كل من التقديم وأخيراً التمويل للرعاية الصحية.
- تحسين كفاءة التوزيع والكفاءة الفنية لنظام تقديم الخدمة.
- تحسين جودة الخدمات الصحية.
- الاستدامة المالية طويلة الأجل للنظام.

مكونات إصلاح القطاع الصحي الرئيسية:

- اللامركزية.
- إعادة تعريف دور القطاع العام.
- النظام الصحي في المديريات.
- إشراك المجتمع.
- تقاسم التكلفة.
- سياسة الأدوية الأساسية وصندوق دواء.
- نتائج على أساس تركيز الإدارة على الجندر.
- استقلالية المستشفيات.
- التعاون بين القطاعات.
- تشجيع القطاع الخاص والمنظمات الغير حكومية.
- تشجيع التجديد.
- النهج على مستوى ا لقطاع.

إن هذه القائمة الطويلة من المكونات تثبت بوضوح كافٍ أي وظيفة هرقلية كان ينبغي البدء بها. فلقد بدأت بتقدير جيد جداً للمشكلات والفرص والتهديدات. إن بعض الإنجازات الجيدة يمكن إكمالها لكن بالنظر إلى المشكلات الغامرة والمعوقات وخصوصاً في مجالات التمويل لا يمكن القيام بالجميع بحسب الخطط والتوقعات. إن الكثير من المشكلات لازالت بحاجة إلى حل وقد سمينا فقط تلك التي تؤثر تحديداً على المجالات التي تغطيها دراستنا للتأمين الصحي.

- فيما يتعلق بالعلاقة المتوترة بين وزارة المالية ووزارة الصحة ينبغي أن يكون هناك حوار مكثف ومهني بينهما. إن إدماج خبراء الصحة العامة في وزارة المالية والاقتصاديين الصحيين والأخصائيين الماليين في وزارة الصحة سيكون نافعاً. ويمكن أن يؤدي هذا إلى فهم أفضل وزيادة شفافية المعاملات والتوزيعات. وينبغي أن يتغلب هذا كذلك على الاستخدام الغير كفؤ للأموال العامة في النظام الصحي والتوزيعات الغير منتظمة للأموال لمجالات أولوية قدرت بحسب أفضل معلومات خبراء الصحة العامة. ويمكن أن تكون الندوة حول التأمين الصحي هي وسيط بين القطاع العام والمهنيين الماليين.

- تمديد تغطية الخدمات الصحية للسكان الريفيين يمكن أن يعزز أخيراً بالتعاقد مع مقدمي خدمة – سواء مرتبطة بمنظمة غير حكومية أو عامة أو خاصة – لتقديم الرعاية الصحية في المناطق النائية مثلاً خبرة جواتيمالا التي لاقت نجاحاً جيداً. ويمكن أن يشمل هذا أيضاً التعاقد مع أطباء يمنيين أو أجانب لبناء فريق صغير مع قابلتين يشغل متنقلاً باستخدام بيت الأطباء أو أي موقع آخر كمقر رئيسي. إن إدخال نظام دفع موجه نحو الأداء سيكون أمراً هاماً. إن التحسين الكبير لخدمة الرعاية الصحية في المناطق الريفية هو أحد المتطلبات الأساسية لنظام تأمين صحي اجتماعي وطني. وطالما أن هذا لا يمكن التعاقد عليه من قبل هيئة تأمين صحي وطنية مع أفضل مقدم صحة محلي مقيم فإنه ينبغي تحسين تقديم الرعاية الصحية الحكومية بصورة كبيرة في هذا المجال ذو الأولوية الكبيرة.

- إصلاح المسئوليات النظامية وصنع السياسات لوزارة الصحة العامة والسكان من خلال توسعة إدارتها في السياسة الصحية وإيكال صلاحية إشرافية لها على قضايا مثل ضمان الجودة والمصادقات وإعطاء التراخيص وتمويل الرعاية الصحية وما شابه ذلك. ينبغي إتباع نهج الخطوة خطوة في فصل الوظائف التنظيمية والمالية وتقديم الخدمة في وزارة الصحة العامة والسكان. إن مناقشة تقسيم جديد للعمل بين هيئة التأمين الصحي المستقبلية ووزارة الصحة ينبغي عدم تأجيله إنما يجب أن يبدأ فوراً وحتى قبل إتخاذ القرارات حول تنفيذ التأمين الصحي.

- إنشاء بيت مقاصة للأفكار الجديدة والابتكارية لتقديم الرعاية الصحية والتمويل والندوة – بمساعدة مجتمع الخبرة الدولي – من أجل عروض سياسة منتظمة ومناقشات وحوارات بما في ذلك جولات دراسية للفاعلين الرئيسيين الملتزمين لمشاهدة الابتكارات القابلة للتكرار في أماكن أخرى. سيكون المانحون الدوليون نافعين في هذا المجال. ويشمل ذلك أيضاً استكشاف أفضل ممارسات إدارة الرعاية الصحية فيما يتعلق بكل البرامج الصحية المختلفة وطرق تقديم الصحة في اليمن وإعطاء الأفضل وتكرار دروسه ورسائله أولاً في مواقع اختبار ثم على المستوى الوطني. ومن بين مشروعات إدارة الرعاية الصحية المكتشفة الأفضل في الفلبين على سبيل المثال حيث هناك الكثير من مشروعات تمويل الرعاية الصحية المحلية وبرامج التضامن والتأمينات الصغيرة (شويفل 1995) ويمكن أن تأتي بتركيز جديد وطازج للنقاشات السياسية على المستوى الوطني ولتحسين مقترح قانون التأمين الصحي الوطني.

- ينبغي تعزيز حوارات السياسة حول مزايا وعيوب اللامركزية. وينبغي أن لا يكون الهدف متابعة إتجاهات السياسة الدولية عملية موضة إنما فاعلية وكفاءة لأفضل تقسيم للعمل لمختلف المساهمين المشتركين والذي ينبغي أن يكون هو المعيار الرئيسي. ويمكن أن ينتج عن ذلك استعادة السياسة المركزية لبعض المهام وتعزيز مشاركة المجتمع لمهام أخرى. وهذه القضية لها تأثيراتها على التأمين الصحي وقد حذر بعض الشركاء الذين جرت مقابلتهم من عدم الإشراف على فرص اللامركزية ولكن كذلك المخاطر التي تم التعرض لها على سبيل المثال من قبل صندوق الأدوية الفاسد والذي كان فكرة لامعة لكنه سقط في فخ الفساد. وهذه القضية أيضاً ينبغي تناولها مرة أخرى في حوارات السياسة.

- تعزيز نظام معلومات الصحة ومعلومات الإدارة الذي يعطي شفافية حول عبء العمل وإنتاج المنشآت الصحية ونمط التشخيصات والعلاجات والمكونات الأساسية الأخرى لضمان جودة براجماتي وذو معنى وبرنامج زيادة الكفاءة. إن البيانات الموثوق بها والصحيحة مفقودة في كل قطاعات المجتمع اليمني. وهذا

يعيق الشفافية ويجعل من الصعب تصميم سياسات على أساس الوضوح. وبالنسبة للتأمين الصحي فإنها عنق زجاجة حقيقي.

- ينبغي التغلب على محاباة الجندر للنظام الصحي وخاصة بإدماج الكثير من النساء في عمليات إتخاذ القرار وفي مستوى التنفيذ بالقرب من العملاء.

رأي القادة	
47% من قادة الرأي يقولون: أن على التأمين الصحي التعاقد مع أفضل مقدمي الخدمة.	**46% من قادة الرأي يقولون: أن على التأمين الصحي أن يتعامل مع خليط من مقدمي الصحة.**
المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية للعام 2005م.	

3-2-9 المشكلات المتبقية وملخص

من المهم مع ذلك التأكيد أنه لا يتوقع تناول قضايا مثل المصادقة والتشهيد وإعطاء التراخيص والتأمين الصحي والخصخصة أو تطوير القطاع الخاص أثناء فترة برنامج الإصلاح هذا (البنك الدولي 2000 ، ص 28). إن تمويل الرعاية الصحية والتأمين الصحي هما أكثر المشاكل الباقية أهمية لحلها في النظام الصحي في اليمن.

إن أثر المدفوعات المنفقة الخاصة من أجل الرعاية الصحية كبير للغاية فيما يتعلق بمصاريف تقاسم التكلفة الرسمي. ومع ذلك فإن الوضع قد تفاقم بالمدفوعات الغير رسمية التي أدخلت على نطاق كبير لموظفي الرعاية الصحية والتي تستخدم وتفرض مبالغ محددة جيداً من المال كشرط مسبق للخدمات الصحية على الأقل من أولئك الذين يعتبرون قادرين على الدفع. يشرح عاملو الرعاية الصحية طلبهم للمال الإضافي بالتدني الكبير لرواتبهم المدفوعة في القطاع العام والحاجة إلى شراء معداتهم الخاصة التي يستخدمونها في العمل. وهكذا فإن الموظفين الذين تدفع لهم أجور زهيدة ومعداتهم ناقصة في منشآت الرعاية الصحية ينبغي مواجهتهم من أجل هزيمة دفع الرشوة والفساد على نطاق واسع. وهذا الوضع يدل على جانب آخر للمشكلة الرئيسية المتبقية المذكورة بأعلاه.

وضمن الأرقام لليمن من الواضح أن الحصة بين الرعاية الأولية ورعاية المستشفى تميل بإتجاه الخدمات داخل المستشفيات وأن توزيع خدمات المستشفيات حول البلاد فيها محاباة كبيرة لصالح المدن الرئيسية (كونستيبل 2002). إن كل محاولات الإصلاح لا يمكنها حل هذه المشكلة والمشكلة الطاغية لتدني الكفاءة والفعالية للخدمات الصحية. إن أمراض الفقراء هي الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة والانتشار الكبير للأمراض المعدية. إن معظم الوفيات والأمراض والمعاناة قابلة لتجنبها ولكنه لم يتم تجنبها بشكل صحيح بالوقاية وتشجيع الرعاية الصحية الأولية. إن قطاع الخدمات الصحية مقسم إلى ثلاثة قطاعات فرعية وهي القطاع العام والقطاع الخاص وواحد بينهما حيث موظفي القطاع العام يقومون بصورة غير رسمية بوظائف خاصة. إن الجزء الأعظم من الخدمات مخصخص فعلياً. تباع خدمات القطاع العام في السوق وتتنافس مع القطاعات الأخرى. ولازالت بضعة مجالات عامة وجيوب باقية: معظم الخدمات الوقائية قليلة جداً وتقديم الخدمات المجانية يتم لأمراض مختارة وحالات مزمنة. إن التفشي الأخير لشلل الأطفال قد أظهر بوضوح بأن كل الإجراءات التي أتخذت حتى الآن لم تكن بعد كافية للتعامل مع الظروف الاجتماعية الاقتصادية والجغرافية الصعبة في اليمن وأن مزيد من الجهود الأخرى ضرورية. وعلى الرغم من النصوص القانونية الواضحة وحتى القرارات الجمهورية فإن البراهين المتعلقة بالحاجة إلى إنفاذ الرعاية المجانية للظروف الكارثية والمزمنة تشير إلى بقاء مشكلات أيضاً. إن القرار بتقديم خدمات أولوية مجانية يعتمد أكثر من ذلك على القرار الطارئ والاعتباطي للموظف المعني وليس على حقوق شفافة وقابلة للمطالبة بها.

إن الحصة العالية بصورة مستمرة للنفقات الصحية الخاصة وقت استخدام الخدمات الصحية تتعلق بمشكلة أساسية أخرى والتي تأتي تحديداً من أسباب لماذا تم التكليف بهذه الدراسة: بصورة رئيسية الافتقار إلى الدفع المسبق والتضامن أو برامج التأمين التي تعطي حماية اجتماعية فعالة من المخاطر المالية لسوء الصحة. لكن النسبة العالية للغاية من المدفوعات المنفقة لها ارتباط أيضاً بسياسة تقاسم التكلفة التي أدخلت منذ نحو عقد من الزمان تقريباً. وفي اليمن فإن الآثار النموذجية والغير ممكن تجنبها والغير مرغوبة لرسوم المستخدم في الرعاية الصحية قد تكثفت بمشكلة كبيرة تتعلق بتطبيق التنازلات والاعفاءات. والعبء المالي لنفقات الرعاية الصحية على الأسر أعلى لأن سوق الرعاية الصحية يفتقر إلى التنظيم ويعاني من خصخصة متقدمة لتقديم الخدمة وربما من عدم الكفاءة لمقدمي خدمة صحة عامة أقل كلفة. وفي هذا الإطار فإن التعاقد على الخدمات إلى أفضل مقدمي الخدمة في كل البلاد ولكل سكانها من قبل هيئة التأمين الصحي الوطنية المستقبلية ينبغي اعتباره كإجراء جذري

لإعادة هيكلة الرعاية الصحية. وعندها ستتراجع الحكومة إلى وظائفها الأساسية في التنظيم والإشراف وتقديم السياسات وضمان الوضع القانوني الكامل وبرامج المراقبة والتنظيم وإنفاذ المساءلة وجودة تقديم الرعاية الصحية.

3-3 الضمان الاجتماعي والحماية

3-3-1 إدارة المخاطر الخاصة

في حالة ظروف صحية كارثية يترك المواطن في اليمن لوحده تقريباً. وعليه أن يدفع أو يلعب دور مستجدي مساوم في أماكن الخدمة العامة. إنه عادة لا يحصل على الرعاية الصحية المجانية. وينطبق ذات الشيء على جميع الصدمات البنيوية أو العشوائية التي يمكن أن تصيب الأسرة في حالات الفيضان والحريق والسرقة وتلف المحاصيل والتضخم وتقلبات العملة والبطالة والحوادث والمجاعات أي كل الكوارث الصغيرة التي يمكن أن تحطم وجود الأفراد وأسرهم وحتى الأسر الممتدة. تشمل الإستراتيجيات للتعامل مع هذه الصدمات ما يلي:

- التقليل من المخاطرة: إجراءات تتخذ قبل الصدمة والتي تقلل من احتمال حدوث حالة المخاطرة. وبخصوص السياسة الحكومية فإن ذلك يتضمن على سبيل المثال إجراءات السياسة الاقتصادية للتقليل من خطر التضخم أو أزمات العملة.

- تخفيف المخاطر: إجراءات تتخذ قبل الصدمة تقلل من حجم حالة مخاطرة محتملة. والأمثلة من مستوى الأسرة تشمل تنويع إستراتيجيات المعيشة (بحيث أنه إذا أنخفض دخل نشاط بصورة كبيرة فإن المعاش أو الدخل يمكن استمرار الحصول عليه من نشاطات أخرى). استثناء التأمين (الرسمي أو الغير رسمي) وحصاد العلاقات الاجتماعية والتي يمكن أن تكون مساعدة في حالة أزمة.

- التعامل مع المخاطر: الإجراءات المتخذة عند حدوث مخاطر والتي تقلل أو توزع الآثار والأمثلة على ذلك تشمل بيع الأصول وتخفيض الاستهلاك أو القيام بنشاطات خطرة جسمانياً أو اجتماعياً أو غير موافق عليها لكسب المعيشة (نورتون 2001).

لا يوجد أي من هذه الإستراتيجيات في اليمن على مستوى موسع.

بالنسبة للنساء خصوصاً فإن إدارة المخاطر صعبة حسبما يمكن أن نرى من استمارة المقتطفات التالية (صوت الفقراء) التي استنبطت من البنك الدولي.

الجدول رقم (23): مخاطر إدارة مخاطر المرأة
في الكثير من المجتمعات هناك إمكانية وصول ضعيفة للنساء إلى مراكز الشرطة والذهاب إلى مراكز الشرطة يمكن أن يكون فعلاً خطيراً في ذاته. وفي اليمن على سبيل المثال بينت النساء أنهن لا يستطعن الوصول إلى مراكز الشرطة لأن الشرطة ستضحك منهن ولن تسمح لهن أسرهن بذلك. " لا يمكن للمرأة الذهاب لوحدها إنما فقط مع زوجها أو أخيها أو مع جار. وحتى إذا كانت الجريمة خطيرة جداً وحتى إن كان مركز الشرطة قريب جداً فليس مقبول من الناحية الاجتماعية للمرأة أن تذهب إلى مركز الشرطة. ومن جانب اخر إذا كان هناك مركز شرطة به موظفات من النساء افصحت النساء بأن بإمكانهن الذهاب إليه سواء لوحدهن أو مع أقارب من الذكور".
المصدر: ناريان وآخرات 1999 ، ص 77 ، (البنك الدولي: صوت الفقراء)

وعلى المستوى الخاص فإن الإدخار يمكن أن يكون إستراتيجية لكن الإدخارات السالبة بمعنى المديونية الدائمة تقريباً للكثير من الفقراء إلى مقرضي أموال محليين أمر شائع كإدخار حقيقي عيناً وموجودات لكنه قد جفف الطعام والحلي أو المواشي. عندما يسود الفقر وقلة الاستهلاك فإن الإدخار ليس تأجيل للاستهلاك ولكنه طريقة معقولة للحياة بتقليل الاستهلاك المنافي للذوق السليم واستخدام الموارد النادرة بصورة أكثر فعالية والمثل الهام لذلك هو الاستثمار في الصحة والتعليم للأطفال. إن مثل هذا النوع من سياسات الإصلاح الرشيد للأسر لاستمرار الصدمات العشوائية توجد بالتأكيد في اليمن إنما لازالت دون اكتشاف أو وصف أو تحليل أو تكرار. إن برنامج

تمكين تثقيفي للكبار وإدراج مثل هذه الموضوعات في المنهج في المدارس لازال أمر مفقود. وإدارة المخاطر الخاصة لازالت غير مدعومة بالبرامج الحكومية. ويترك الناس لوحدهم مع صدمات حياتهم.

الجدول رقم (24): كيفية تغلب الفقراء في اليمن على المشكلات والمصاعب
لتقدير آليات تغلب المجتمعات الفقيرة على المشكلات والمصاعب في اليمن فقد حددت دراسة ميدانية للحماية الاجتماعية في عام 1998م المجتمعات المستهدفة بأنها فقيرة جداً بمستواها من دخل الأسرة – وفي هذه الحالة أقل من 5.000 ريال في الشهر. إن خط الفقر الغذائي لعام 1998م كما حدد من قبل المكتب الإحصائي اليمني كان حوالي 2500 ريال للشخص الواحد في الشهر أو 20.000 لأسرة مكونة من 3 كبار و 5 أطفال. وقد طلبت الدراسة من المشاركين وضع أولويات لكيفية إنفاق 500 ريال إضافية في الشهر. وقد رد أكثر من 85% بأنهم سينفقون المبلغ بالكامل على الغذاء و 4% سينفقون البعض على الملابس و 4% على تسديد ديون وأقل من 1% على الأدوية أو العلاجات الطبية. كيف تعيش هذه الأسر ؟ لقد ساعدت القروض الغير رسمية في الأجل القصير. إن نحو 47% من أولئك الذين سئلوا عليهم أموال لأقارب أو جيران و 42% عليهم مبالغ لبائعي التجزئة أو التجار المحليين. إن نحو 60% من المشاركين عليهم مبالغ تصل إلى 20.000 ريال و 15% إلى 40.000 و 9% حتى 100.000 ريال. وفي مثل هذه المجتمعات الفقيرة فإن القدرة على التسديد متدنية للغاية: حوالي 65% من أولئك الذين أقترضوا لم يسددوا ديونهم و 15% سددوها جزئياً و 20% فقط سددوها بالكامل. لقد كشفت الدراسة أن الديون الغير مدفوعة أو المدفوعة جزئياً وخصوصاً إلى تجار التجزئة أو التجار قد كانت في الأساس خط جاري من الإقراض يقوم المدينون بتسديد ما يستطيعون عندما يكونوا قادرين. كانت الديون للأسرة والجيران عادة أصغر بكثير وتميل إلى أن تسدد بسرعة. لم يذكر المشاركون برامج المساعدة الحكومية كمصدر ممكن للدخل في أوقات الأزمات. وفي الحقيقة أن القليل جداً من برامج المساعدة الحكومية قد وصلت إلى هذه المجتمعات.
المصدر: البنك الدولي 2001. ذكر ذلك في ندوة بحث اقتصادي عام 2002م ، ص 105

إن معظم المجتمعات الفقيرة في اليمن تعتمد على نوع ما من آليات تخفيف المخاطر الغير رسمية. وتشمل آليات التخفيف الإقتراض والاعتماد على المنظمات الخيرية والطوعية (الأرحبي 2000).

3-3-2 إدارة المخاطر العامة

إن إستراتيجيات إدارة المخاطر غير معروفة على نطاق واسع في اليمن وحسب المعلومات التي جمعت لا يوجد برنامج منهاجي يدار من قبل الحكومة وبرنامج يقي استمرار الضرر. لم تكشف مجموعة الدراسة أي نوع من السيطرة على الكوارث التي تديرها الدولة أو خطة إغاثة في البلاد ومع ذلك تظهر التجارب أنه في أوضاع معينة (على سبيل المثال أثناء الحرب الثانية في العراق) فإن خطط الإخلاء الغير مخطط لها وكذلك إستراتيجيات الإغاثة من الكوارث قد جرى تصميمها. ومع ذلك وبحسب المعلومات المتوفرة فإنه لا يوجد أي من القوات المسلحة التي بها موظفين كافين مستعد بصورة دائمة للحيلولة أو التخفيف من الطوارئ الوطنية أو الكوارث.

يمكن لعدة عوامل أن تشرح إنعدام إدارة المخاطر من قبل الحكومة في اليمن. إن البلاد لم تتأثر بكوارث طبيعية حادة خلال العقود الأخيرة ومن غير المحتمل أن تتعرض للكوارث أو السيول الكبيرة أو الفيضانات. إن بناء الأمة الحديث نسبياً والوضع الاجتماعي السياسي المعقد في البلاد تعتبر أسباباً هامة لعدم وجود برامج طوارئ حكومية أو برامج تخفيف. إن البنية الاجتماعية الثقافية التقليدية للمجتمع اليمني قد بنيت أساساً على مجموعات اجتماعية صغيرة ومعزولة نسبياً وقد كانت إدارة المخاطر تحدياً بالنسبة للمنظمات القبلية والمجموعات الفرعية الأخرى ولم ينظر إليها كمهمة تتولاها الدولة. ومع ذلك فإن مشروع مساعدة إنساني لمجابهة السيول الجارفة والكوارث قد أنشئ أخيراً بدعم مالي من المجموعة الأوروبية. وفي غضون ذلك فقد بدأ مشروع الـ 37.000 يورو حملة بإعطاء دورات تدريبية وورش عمل من أجل تجهيز اليمن بأشخاص أكفاء وخبرة فنية لإدارة الكوارث الطبيعية (يمن تايمز 12 سبتمبر 2005).

أما فيما يتعلق بالإستراتيجيات المذكورة بأعلاه (3-3-1) توجد إستراتيجيات تخفيض المخاطر العامة في اليمن وتحديداً سياسات سوق العمل المطبقة والتدريس والتعليم وبرامج التدريب الأخرى التي تديرها الدولة. يشمل

تخفيف المخاطر أنظمة التقاعد في القطاع العام والتأمين الإجباري لمخاطر معينة مثل حوادث العمل والأمراض المهنية والوفاة والعجز والرعاية الصحية (المادة 118 من قانون العمل). وإستراتيجيات التعامل مع المخاطر الموجودة تغطي الأشغال العامة والاستثمارات في البنية التحتية والخدمات والتحويلات الحكومية إلى المعوزين مثل اليتامى والأرامل والمساعدة الاجتماعية للفقراء من خلال صندوق الرعاية وصندوق العمال والصندوق الاجتماعي للتنمية وغيرها (الأرحبي NY ، ص 6). وبلا شك فإن الصناديق الحكومية المختلفة تقوم بالإنجاز بطرق متغايرة جداً. يفتقر صندوق الرعاية بوضوح إلى الكفاءة ويدفع مبالغ تافهة من الأموال إلى المستفيدين والتي لم تكيف مع التضخم منذ سنوات كثيرة. ومن جانب آخر فإن صندوق الأشغال العامة وخاصة الصندوق الاجتماعي للتنمية لديها سمعة ممتازة في اليمن وقد حققت مستوى غير معهود من الشفافية والثقة في إطار البلاد وتساهم بفعالية في تخفيف الفقر والتنمية.

3-3-3 برامج التقاعد / العجز / الوفاة

إن صناديق التقاعد وتغطية المخاطر في حالة العجز والوفاة هي أجزاء هامة من نظام الضمان الاجتماعي. وفيما يتعلق بهدف بناء تأمين صحي وطني في اليمن يمكن أن تكون صناديق التقاعد مفيدة بطريقتين على الأقل:

- أولاً من وجهة نظر أنها جزء من حزمة المنافع لنظام التأمين الصحي الوطني (بعض برامج التأمين الصحي مثلاً تغطي تكاليف الجنازة).
- ثانياً بالنسبة لقضية ما إذا كانت البرامج الموجودة يمكن استخدامها من الناحية الفنية لدعم أو حتى لبناء هيئة التأمين الصحي الوطنية على الأقل بمفهوم أنها موجودة في البلاد وأنها نماذج لممارسة جيدة.

وفي أي حالة فإن تجاربها يجب أن لا تبقى دون استعمال مثلاً فيما يتعلق بجمع المساهمات وإدارة عضوية عدد كبير من الناس.

إن لدى اليمن ممارسة مختلفة تماماً ببرامج التقاعد الموجودة. هناك خمسة صناديق: الأمن السياسي والشرطة والجيش والعام والخاص. وتتغير مسئوليات السلطات أحياناً كثيرة. وحتى عام 1999م كانت هيئات التقاعد العامة والخاصة تحت سقف واحد. لقد كانت هيئة التقاعد العامة تحت وزارة الشئون الاجتماعية والعمل حتى عام 2000م ثم تحولت إلى وزارة الخدمة المدنية والتأمينات. لدى الهيئات العامة للتأمينات والتقاعد استقلالية رسمية ومالية بحسب قوانين خاصة ويشرف عليها مجلس إدارة يرأسه وزير الخدمة المدنية والتأمينات ويتألف من ممثل عن البنك المركزي ووزارة المالية ووزارة التجارة والصناعة ووزارة التخطيط والتنمية ورئيس الهيئة العامة. ومهماتها الشاملة هي تسجيل الأعضاء وجمع المساهمات وصرف المعاشات التقاعدية واستثمار الاحتياطيات.

صندوق التقاعد الحكومي به حالياً نحو 450 ألف مشترك ويعطي معاشات إلى 61.000 مستفيد متقاعد. ويأتي أعضاء صندوق التقاعد الحكومي في الأساس من ثلاثة قطاعات: الوزارات والشركات العامة والشركات المختلطة.

الجدول رقم (25): متسلمي المعاشات التقاعدية والتعويضات المدفوعة من قبل الهيئة العامة للتأمين والمعاشات للأعوام 2002 – 2004م بالريال اليمني

السنة	إجمالي المتقاعدين	معاشات التقاعد	تعويض نهاية الخدمة	مصاريف الضمان	مصاريف إصابة العمل	مصاريف تأمينات أخرى	المجموع
2002	54.721	6.040.542.000	30.631.000	12.267.000	2.304.000	28.237.000	6.113.981.000
2003	57.411	7.228.989.000	23.909.000	20.544.000	1.817.000	29.388.000	7.304.647.000
2004	59.932	8.792.499.030	22.373.486	26.175.883	21.600.725	37.410.293	8.900.059.417

المصادر: الهيئة العامة للتأمينات والمعاشات ، كتاب الإحصاء السنوي 2004م

تجمع المساهمات كاستقطاعات نسبية من مجموع المرتبات. يدفع صاحب العمل 6% شهرياً (زائد 1% لإصابات العمل) ويدفع الموظف 6%. وقبل العام 2000م كانت مساهمات التقاعد تفرض من الراتب الأساسي وفيما بعد ذلك من الراتب مع العلاوات. والعلاوات تقارب 100% من الراتب. تقدر المرتبات الحالية في القطاع العام بحوالي 25.000 ريال يمني قبل الاستقطاعات. إن حجم مساهمات التقاعد حوالي 20 بليون ريال يمني في السنة

ومن جانب آخر هناك صرفيات معاشات حوالي 9 بليون في السنة. إن أرباح ضخمة تتراكم حالياً. إن الاحتياطيات المتراكمة حوالي 140 بليون ريال يمني. والدخل من الاستثمارات الذي تولد في عام 2004م هو 16.5 بليون ريال يمني.

تودع المساهمات في حساب مصرفي للهيئة العامة للتقاعد في البنك المركزي. وبسبب البنية اللامركزية (بحسب قانون السلطة المحلية) يذهب المال أولاً في صورة أجور ومرتبات من وزارة المالية إلى المديريات وتحتسب المساهمات ويعيدوها إلى المستوى المركزي ثم تذهب إلى البنك المركزي. يتكون عدد الموظفين الذين يديرون برنامج التقاعد من حوالي 1.000 شخص في 22 فرعاً في كل البلاد. هناك تكافؤ معين بين المبلغ الإجمالي للمساهمات والتقاعد. وبالإضافة لذلك هناك تسوية منتظمة للمعاشات. تتم زيادة المعاشات تلقائياً بنصف نمو متوسط دخل الموظفين (تسوية ديناميكية 50%). بالنسبة لموظفي القطاع العام فإن الاستحقاق الكامل لفوائد المعاش تنشأ في سن 60 عام وبعد 35 سنة من الخدمة. وفي حالة إصابة العمل أو المرض المهني يحصلون على 100% من الاستحقاق. وفي حالة حادثة مميتة / إصابة فإن الأرملة أو الأطفال الصغار يتسلمون كذلك كامل المعاش. تعطى الاستحقاقات الجزئية بعد 30 سنة من الخدمة للذكور بعد 25 سنة من الخدمة في سن 50 سنة وللإناث بعد 20 سنة من الخدمة وفي سن 46 سنة أو بعد 25 من الخدمة للسجناء. ونظرياً يمكن أن يكون هناك استحقاقات تقاعد مضاعفة لموظفي الخدمة العامة الذين عملوا كذلك في القطاع الخاص. وفي الحقيقة أن ذلك نادر جداً لأن الناس حتى الآن مترددين بوضوح في دفع مساهمة ثانية.

إن المزايا الإضافية تتعلق بإصابات العمل / العجز / الوفاة وهي:

- مبلغ مقطوع (يصل على 200 دولار أمريكي) يستعمل مثلاً للعلاج الطبي.
- معاشات بحسب قيمة العضو المصاب.
- معاش تقاعدي كامل في حالة العجز.
- وفوائد الوفاة في حالة انطباقها.

لا يوجد هناك حزمة فوائد طبية لمعالجة إصابات العمل وإعادة التأهيل.
كيف يحصل المستفيدون على مالهم ؟ تدفع الفوائد إما إلى الحساب المصرفي للشخص المتقاعد أو بالنسبة لأولئك الذين ليست لهم حسابات إلى حساب خاص في مكتب البريد.

الجدول رقم (26): تحويل مدفوعات المعاشات من قبل مكتب البريد لعام 2004م بملايين الريالات	
العسكريون	15.866,2
المدنيون	8.581,8
وزارة الداخلية	2.781,6
المجموع	27.229,6
المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء في الجمهورية اليمنية لعام 2005م.	

يتسلم صندوق التقاعد للجيش فعلياً إسهامات من 350 ألف عضو ويدفع لـ 104710 متقاعد. إن الأساس المالي هو إسهام من مرتبات الأعضاء بنسبة 6% وإسهام إضافي من الحكومة بنسبة 6% والراتب الأساسي للجنود حوالي 13.000 ريال يمني مع علاوات إضافية ترفعه إلى حوالي 20.000 ريال يمني. بعد 20 سنة من الخدمة يكون متوسط الراتب حوالي 30.000 ريال يمني لذلك فإن متوسط التقاعد حوالي 20.000 ريال يمني بالشهر. في يونيو 2005م حقق البرنامج حوالي 1.3 بليون ريال يمني من الدخل و 1.6 بليون ريال يمني من المصروفات. وكان إيراد الاستثمار في العام الماضي حوالي 18 بليون ريال يمني. يتلقى متقاعد الجيش معاشاً تقاعدياً كاملاً بعد 20 سنة من الخدمة. تضم إدارة صندوق التقاعد العسكري أربع إدارات هي: الرقابة / التقييم والميزانية والمرتبات والمعلومات. وبها 137 موظفا في يوليو 2005م. حصلت إدارة البيانات على معلومات فعلية حول المتقاعدين وأسرهم (في المتوسط للعضو 5 أقارب) وجمع البيانات بالكمبيوتر والتعريف بحسب الصورة هي أجزاء من النظام.

أمن صندوق التقاعد للشرطة في يوليو 2005م على 115.000 شرطي ودفع لـ 18.630 متقاعد. متوسط الراتب في الشرطة حوالي 20.000 ريال. إن الإسهامات وحزمة المنافع مماثلة لصندوق تقاعد الجيش. وفي هذه الحالة هناك إسهام شهري من وزارة المالية بمبلغ 220 مليون ريال يمني بالإضافة إلى 120 مليون ريال يمني دعم من الحكومة. ومن جانب آخر هناك نفقات بحدود 275 مليون ريال يمني. صندوق تقاعد الشرطة نفسه أستثمر 6.5

مليون دولار أمريكي في المستشفى السعودي الألماني وفي مدارس تعليم قيادة السيارات والمباني. إن نشوء صناديق التقاعد للشرطة وللأمن السياسي قد أقترح منذ وقت من الزمان. وطالما أن صندوق الأمن السياسي يقال أنه يحدث عجزاً فإن الإدماج موضع خلاف وهو أمر مفهوم من وجهة نظر صندوق الشرطة. يوجد في الإدارة 160 موظفا يعملون في ست إدارات هي: المرتبات والمالية والاستثمار والشئون القانونية والشئون الإدارية والتخطيط. ويخططون لبناء إدارة جديدة لجمع البيانات بالكمبيوتر. وفي الواقع ليس هناك تعريف للمتقاعدين وتتم ممارسة الدفع إلى الأعضاء بواسطة الصورة بالكمبيوتر الشخصي مثله في الجيش ولكن يخطط ذلك لصندوق تقاعد الشرطة أيضاً.

وإلى جانب البرامج العامة هناك صندوق التقاعد الخاص. وبحسب القانون فإن تأمين التقاعد الخاص إلزامي للشركات التي بها خمسة أو أكثر من الموظفين. وضعت معدلات استقطاعات الرواتب كنسبة 6% من رواتب الموظفين و 9% من أصحاب العمل. وحالياً هناك 6543 شركة فقط مسجلة و 5530 شركة مستمرة في دفع مساهمات التقاعد. وحتى الآن سجل 180 ألف عضو لدى هيئة التقاعد الخاص ولكن يستمر أقل من 80 ألف. إن معظم شركات القطاع الخاص في اليمن لا تدفع بصورة ملائمة إلى صندوق التقاعد والكثير منها يقال أنه لا يصرح بالأجور بصورة صحيحة. ويقدر أنه ليس حتى 15% من الشركات الخاصة التي ينبغي أن تلتحق بصندوق التقاعد تفعل ذلك الآن.

الجدول رقم (27): أعضاء صندوق التقاعد الخاص في مايو 2005م	
مدينة صنعاء	29500
تعز	17634
الحديدة	11875
عدن	9457
حضرموت	7813
إب	1845
ذمار	350
المجموع	74382
المصدر: صندوق التقاعد الخاص	

قامت هيئة التأمين الخاص بدفع إسهامات مبالغ مقطوعة إلى الأعضاء السابقين الغير مستمرين الكثيرين بقيمة 760906934 ريال يمني منذ بداية هذه المؤسسة. إن تسديد المبلغ المقطوع يتم إذا كان ليس هناك أكثر من 109 أشهر من مدفوعات المساهمة. تعطى معاشات التقاعد فقط بعد 180 شهراً على الأقل من مدفوعات المساهمة. ومبدئياً يمكن دفع مساهمات صندوق التقاعد إلى الأعضاء إذا غيروا الشركة.

الجدول رقم (28): منافع التقاعد الخاص المستلمة بنهاية العام 2004م	
الوفيات	6316875
العجز	2662610
الشيخوخة	9505616
المجموع	18485101
المصدر: صندوق التقاعد الخاص	

يعين رئيس مجلس إدارة هيئة التأمين الخاص من قبل الحكومة على الرغم من أن أصحاب العمل والموظفين يدفعون جميع المساهمات. وعلى صندوق التقاعد الخاص كذلك أن يودع أمواله في البنك المركزي.

ماذا تعني الممارسة الحالية لصناديق التقاعد في اليمن بالنسبة لنظام التأمين الصحي الوطني؟ إن لدى اليمن برامج تأمين عاملة من الرواتب. على الرغم من أن إنتاجيتها يمكن تحسينها وإن خبرة الإدارة والبنية الأساسية للبيانات يمكن استخدامها للدعم المباشر أو الغير مباشر لبرنامج تأمين صحي اجتماعي. إن أحد الخيارات هو بناء برامج تأمين صحي للجيش والشرطة. إن من الممكن مبدئياً إدارة صندوق الصحة وصندوق التقاعد تحت سقف

واحد. ولهذا الخيار نظرياً مزايا تحقيق التعاون وبناء النظام بسرعة مع الموظفين والذين قد حصلوا جزئياً على تأهيل مناسب. يمكن استخدام مخزون البيانات كذلك لإدارة بيانات برنامج التأمين الصحي. وبالطبع فمن الممكن كذلك إدارة مشروعين مستقلين تحت سقف واحد في نفس القطاع. وفي هذه الحالة من الضروري ضمان نقل البيانات لأن المتقاعدين ربما يكونون كذلك أعضاء مساهمين في صندوق الضمان الصحي. لقد أشارت المقابلات مع رؤساء كل من صندوق التقاعد العام في أغسطس 2005م أن هناك استعداد أساسي لمثل هذا التعاون. ومع ذلك فإن صندوق التقاعد وصندوق التأمين الصحي مختلفين عند إدارتهما. إن مثال واحد فقط هو تعاقد مقدمي الخدمة الطبية وهو أمر يحتاج إلى مؤهلات خاصة جداً.

4-3-3 الحوادث والحماية من إصابات العمل

تعالج الكثير من القوانين والقرارات الوزارية الصحة المهنية وإصابات العمل. أوكل إلى وزارة الشئون الاجتماعية والعمل وكذلك وزارة الخدمة المدنية والتأمينات أدوار نشطة للإشراف على مسئوليات أصحاب العمل من القطاع العام والخاص بحسب قانون العمل. وبحسب القانون ينبغي دفع تأمين إصابات العمل من قبل صاحب العمل بمبلغ 4% من الراتب. يقتطع 1% من راتب الموظف لإصابات العمل أيضاً. ولا يمكن أن نثبت خارج نطاق الشك ماذا يتم بهذه الإسهامات إن دفعت على الإطلاق. إن معظم المصادر تشير بأنه لا يوجد منافع خاصة محددة يتم تقديمها. لا توجد هناك وحدة أو إدارة للصحة المهنية في وزارة الصحة العامة والسكان[28].

يدفع برنامج تأمين إصابات العمل أو الحوادث عادة مبلغ محدد لإصابة معينة على سبيل المثال لفقدان عضو. يمكن أن تشمل السياسات كذلك منفعة نقدية معينة للأسرة في حالة وفاة سببها إصابة عمل. إن معظم البلدان قد كونت نظام تأمين اجتماعي والذي فيه تدفع التكاليف الطبية للإصابات (أو الأمراض) بواسطة برنامج تأمين صحي ويدفع برنامج العجز(مدمج في التأمين الصحي أو برنامج التقاعد) لخسائر الدخل بسبب العجز الناتج عن إما الإصابة أو المرض. وفي اليمن تضمن قانون العمل[29] نصوص مختلفة للقطاع الخاص للصحة المهنية والسلامة (أنظر القسم التاسع من قانون العمل) على سبيل المثال على أصحاب العمل أن يوفروا الرعاية الصحية للموظفين وفي حالة المرض أو الإصابة يكون من حق الموظفين إجازات مرضية مستمرة أو متقطعة بحسب معدلات محددة (أنظر المواد 79 إلى 82 من قانون العمل). لقد دلت المقابلات أن هذه الأنظمة والمنافع تتم مراعاتها في الشركات الخاصة إنما بمدى مختلف بالنسبة لحزم المنافع الملموسة. هناك ممارسة مماثلة في القطاع العام تعمل بصورة عامة على مستوى أكثر شمولية منه في القطاع الخاص. وتغطي هذه الممارسة بصورة أساسية الشركات الأكبر ومتوسطة الحجم بمستوى مقبول.

يغطي مقترح القانون حول التأمين الصحي وتأمين العمل فعلياً كل من التأمين الصحي العام وتأمين العمل. ومع ذلك من الممكن أن نوصي بمناقشة لإتخاذ قرار ما إذا كانت البلاد ترغب في ضم الرعاية الصحية المتعلقة بالعمل مع نظام التأمين الصحي الوطني. تدير الكثير من البلدان نظام مستقل يدفعه أصحاب العمل فقط لتغطية إصابات العمل والأمراض المهنية. وفي معظم البلدان الغربية تعتمد تغطية إصابات العمل وأمراض العمل بصورة حصرية على أصحاب العمل. إن الفكرة مبنية على حقيقة أن هناك علاقة واضحة بين العمل والحوادث / الأمراض وأن ظروف العمل لها تأثير كبير على الوضع الصحي للمستخدم. ولذلك من المناسب أن يكون لصاحب العمل حافز في أن يخلق (نسبياً) ظروف عمل صحية بدفع التكاليف أو إذا وجد هناك برنامج بدفع 100% من المساهمات. ويتبع قانون العمل اليمني وجهة النظر هذه بل أنه حتى يوسع واجبات أصحاب العمل على سبيل المثال بالنصوص بالدفع المستمر للدخل في حالة العجز بسبب المرض أو الإصابة. ومع ذلك فعملياً أدى هذا بالكثير من الشركات إلى ربط برامجها للمنافع الصحية مباشرة بالالتزامات القانونية لتغطية التكاليف الصحية المرتبطة بالعمل. لقد أظهرت المقابلات مع ممثلي الشركات المكلفين بإدارة برامج المنافع الصحية بأنه لا يوجد تمييز واضح بين التأمين الصحي وتأمين العمل فيما يتعلق بالالتزامات القانونية.

نوصي بالتفكير في هذه النصوص كذلك فيما يتعلق بالتنافسية المستقبلية للاقتصاد اليمني في السوق العالمية. إن بناء نظام تأمين صحي حديث يمكن حتى أن يلزم الاستثمارات الخاصة في اليمن. إن النصوص القانونية مثل مسئولية أصحاب العمل الوحيدة عن الدفع للإجازات المرضية سيناقش كذلك بالتأكيد تحت ذلك التركيز. ومقارنة بالبلدان الأخرى فإن قانون العمل اليمني يفيد الموظفين بمدفوعات عالية وطويلة الأجل نسبياً في حالة المرض. وهذا ربما يكون مثبطاً للاستثمارات الخارجية في اليمن.

---

[28] الباب (27) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا يقدم وثائق حول الصحة المهنية من وجهة نظر اتحاد العمال في اليمن.

[29] نسخت الأبواب ذات الصلة من قانون العمل في الباب (25) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

5-3-3 الحماية من البطالة

إن الحماية الاجتماعية للعاطلين عن العمل تعطى أساساً من قبل العائلة الممتدة. إن على عامل واحد أن يطعم 5 معالين. هناك سياسة خاصة وسياسة عامة تتعلق بالبطالة في اليمن. فالاستخدام المؤقت يقدم من خلال مشروعات الأشغال العامة والصندوق الاجتماعي للتنمية. إن عدد الموظفين الكبير الذي تدفع له أجور منخفضة في الإدارة الحكومية هو السياسة التي تطبق عموماً. لقد قصد من إصلاح الخدمة المدنية الذي يدعمه الاتحاد الأوروبي السيطرة على هذه المشكلة. وبالنظر إلى البطالة الكبيرة والفقر الكبير في اليمن هناك سياسة واحدة معقولة على نحو خاص: معلومات الرأسمال البشري بروح تمكين الناس من خلق ووجود وشغل الوظائف بصورة ملائمة. إن إستراتيجية تنمية الموارد البشرية هي عنصر هام لإستراتيجية التنمية في اليمن.

6-3-3 حماية الرعاية طويلة الأجل

يوفر صندوق الرعاية الاجتماعية في اليمن ما يلي:

- شبكة أمان دائمة لليتامى والمرأة بدون عائل والعاجز عجز دائم وكامل والعاجز عجز دائم وجزئي والفقير والمعوز (الجمهورية اليمنية 1999).
- شبكة أمان مؤقت للعجز لمدة قصيرة أو متوسطة والأسر المهجورة وأسر المسجونين.

يعطى الدعم عينياً أو نقدياً. والأهلية مبنية على استنتاجات مسح الفقر الوطني لعام 1999م ومسح ميزانية الأسرة لعام 1998م. يتوقع أن تكون تحديثات هذه المسوحات متوفرة في عام 2006م. ومنذ عام 1996م حتى نهاية العام 2004م دعم صندوق الرعاية الاجتماعية 647333 حالة فيها 2.8 مليون فرد و 43% من المستفيدين هم من النساء المهجورات (أي الأرامل والمطلقات والعوانس) و 18% من الأشخاص المسنين و 16% من المعاقين. ويتلقون حالياً 1000 إلى 2000 ريال يمني (5 إلى 10 دولار أمريكي) في كل فصل من السنة. إن الميزانية السنوية لصندوق الرعاية الاجتماعية تقدر بحوالي 15 مليون ريال يمني (78 ألف دولار أمريكي) وهذه ميزانية منخفضة جداً بالنظر إلى الفقر الواسع. وبالإضافة لذلك هناك تقارير حول الفساد ومستفيدين وهميين في الصندوق وحول مصروفاته الإدارية الكبيرة. لا يمكن للمنظمات الغير حكومية والخيرية أن تملأ الفجوة بين العرض والحاجة. يجب على العجز عجز طويل الاعتماد على الأسر والجيران والتجار. وفي أحيان كثيرة ينتهون بمديونيات دائمة دون مفر.

7-3-3 أسواق التأمين الإضافية[30]

تتقاسم سوق التأمين في اليمن أثنا عشر شركة. المتحدة للتأمين لديها 32% من حصة السوق فيما يتعلق بنسبة أقساط السوق. وتتبعها الأمانة بـ 13% ومأرب بـ 12% والشركة اليمنية العامة للتأمين بـ 11% أما مقدمي التأمين الآخرين فهم صغار نسبياً. إن نسبة نمو المتحدة كبيرة جداً وتقدر بـ 33% وحتى إن تجاوزتها التأمينات الإسلامية بـ 46% والوطنية بـ 59% فإنها تعطي المنتجات التالية:

الجدول رقم (29): محافظ التأمينات في اليمن الأقساط المباشرة بالريال اليمني	
تأمين تعويضات السيارات والعمال*	1.983.078.000
تأمين البضائع في البحر	1.610.316.000
حوادث متفرقة	1.184.168.000
تأمين الحريق	1.097.187.000
التأمين على الحياة	611.147.000
التأمين الهندسي	309.760.000
إجمالي أقساط التأمين	6.795.656.000
* هذين المنتجين المختلفين لا يمكن فصلهما بصورة مناسبة. أعداد العملاء المؤمن عليهم أو الشركات لم تقدم.	
المصدر: السيد/ عادل يحيى محمد الكوبي	

[30] جمعت البيانات من قبل السيد/ عادل يحيى محمد الكوبي والذي أستئجرت خدماته خصيصاً لهذا الغرض.

تغلب المخاطر على أسواق التأمين فأمان للتأمين على سبيل المثال حققت في عام 2004م نسبة خسارة 1.419% في الحريق والأمانة حققت نسبة خسارة 81% في عام 2003م بينما جميع الشركات الأخرى حققت نسب خسائر تتراوح من 0% إلى 31%. كانت نسب الخسارة الأعلى بالنسبة للحريق في عام 2004م. ويثبت هذا بوضوح الحاجة إلى إعادة التأمين في جميع أسواق التأمين ويكرر الأمر في نسب خسائر التأمين البحري التي تجاوزت 144% بالنسبة للمتحدة في عام 2003م و 362% بالنسبة لسبأ. إن جميع شركات التأمين الأخرى تقريباً قد كانت محظوظة أنها أقل من 50%. فيما يتعلق بالحوادث المتفرقة في عام 2003م وعام 2004م فجميع نسب الخسارة كانت أدنى من 100%. وقد تعرضت الشركة اليمنية للتأمين وإعادة التأمين لأعلى نسبة خسارة في قطاع الهندسة بـ3.876%.

واجمالاً فإن 40 ريال يمني أو 0.20 دولار أمريكي تصرف سنوياً للتأمين لكل فرد من السكان. وهذا منخفض جداً بالمقارنات الدولية. وهو لا يعكس دلالة إيجابية للتأمين في العالم الإسلامي وخصوصاً فيما يتعلق بالمنتجات مثل التأمين على الحياة. وعندما عرضت جامعة صنعاء التأمين على الحياة على أساتذتها ومعلميها رفضه الكثير منهم لأنه حرام أي أنه لا يناسب القيم السائدة.

8-3-3 السياسات الرئيسية

إن الفقر الشديد والبطالة الواسعة تجعل من الصعب إعادة التوزيع وإستراتيجيات الحماية الاجتماعية. يترك الجزء الرئيسي من السكان لوحده ليخفف ويتعامل مع المصائب. إن العلاقات العائلية وشبكات القرابة والتحويلات من أفراد العائلة في الخارج هي أكثر الملاجئ نجاحاً. يمكن لأسر بكاملها الاستمرار في البقاء أو يمكن أن تقع في فقر مدقع إذا كانت الصدمات خارج القدرات المحدودة للأسر المصابة بالفقر. هناك حاجة عاجلة لشبكات الأمان وإجراءات الحماية الاجتماعية بسبب وبرغم انتشار الفقر الكبير. ينبغي إعادة تقدير السياسات الرئيسية في هذا الخصوص.

- التمويل الصغير.
- برامج الأشغال العامة.
- الصناديق الاجتماعية.
- دعم الغذاء للمستهلكين.
- المساعدة النقدية.
- برامج التقاعد.

باستثناء برامج التقاعد فإن هذا خارج نطاق وغرض هذا التقرير. ضمن نطاق وغرض هذا التقرير تكرار أن الاستثمار في الرأسمال الوطني والاجتماعي مسألة هامة في هذا الإطار. إن التعليم والصحة ليسا دافعين للتنمية فحسب وإنما كذلك إجراءات فعالة للحماية الاجتماعية. ومع ذلك فإن على الحكومة أن تعطي المساندة والإشراف وهذا لازال مفقوداً إلى حد كبير في اليمن.

تتناول ورقة إستراتيجية تخفيض الفقر لعام 2002م (الجمهورية اليمنية 2002) ثلاثة أهداف أساسية شاملة:

1- تحقيق النمو الاقتصادي وخلق فرص وظيفية وتوسيع الفرص الاقتصادية للفقراء بمعالجة الأسباب الهيكلية للفقر وبالتركيز على الوقاية من الفقر وتوفير وسائل معيشة مستدامة.

2- تعزيز قدرات الفقراء وزيادة أصولهم ومردوداتهم التي يحصلون عليها من تلك الأصول من أجل مزيد من المساواة بتحسين الظروف الاجتماعية والإنتاجية والاقتصادية للفقراء وأولئك القريبين من خط الفقر.

3- تخفيض معاناة وهشاشة الفقراء بدعم شبكة الأمان الاجتماعي.

إن محاورها أو أعمدتها الأربعة قد عرفت بما يلي:

- تحقيق النمو الاقتصادي.
- تنمية الموارد البشرية.
- تحسين البنية التحتية.
- إعطاء الحماية الاجتماعية.

وفي أعمدة الحماية الاجتماعية الأربعة ذكرت أربعة مجالات وهي تحديداً: شبكات الأمان الاجتماعي والضمان الاجتماعي. ويقصد بالضمان الاجتماعي تحقيق "التوسع الرأسي في نظام الضمان ليشمل التأمين الصحي وأفقياً لتغطية نسبة أكبر من الموظفين في المشروعات الخاصة وفي التشغيل للذات". والثاني لم يتم تحقيقه حتى الآن ولكن يجب أن نذكر بوضوح أن وجود صناديق التقاعد في القطاعات العامة هو إنجاز كبير جداً حتى إذا كان لازال هناك إمكانية لتحسينها وتعزيزها. بالنسبة للأول تحاول هذه الدراسة حول نظام التأمين الصحي الوطني لليمن أن تساهم فيه.

4- المنافع أو الفوائد الصحية الموجودة / وبرامج التأمين

4-1 برامج التضامن أو التكافل

لا أحد يخطط أن يمرض أو أن يكون عاجزاً لكن المرض والحوادث تحدث. ومع التكلفة الكبيرة للرعاية الصحية وحقيقة أنها تتزايد بحسب معدل التضخم فإن الأسرة اليمنية المتوسطة لن تكون قادرة على تدبير تكاليف الرعاية الصحية دون بعض المساعدة. ومقارنة مع الـ 75% من تمويل نفقات التكاليف الصحية فإن بعض ممن جرت مقابلتهم من الخبراء اليمنيين يقدرون بأن المبلغ أكبر من ذلك – معظم البلدان الصناعية أنشأت أنظمة هجينة والتي فيها القطاع العام "والذي عليه أكبر قدر من المسئولية" يعمل إلى جانب القطاع الخاص كلاهما في تمويل الرعاية الصحية. وحتى مع التأمين يمكن أن تكون المصاريف المنفقة كبيرة جداً وتجعل من الضروري إدراج أموال للرعاية الصحية في ميزانية الأسرة. إن برنامج تأمين صحي جيد يحمي من كارثة اقتصادية بطريقتين الأولى التأمين الصحي الذي يغطي العلاج الطبي في المستشفيات والمصاريف الجراحية والطبية ستخفض بدرجة كبيرة المصاريف الشخصية. وثانياً تأمين دخل العجز والذي سيحل على الأقل محل جزء من الدخل المفقود بسبب المرض أو الإصابة. إن الأخيرة قد كانت الدافع المركزي في الكثير من البلدان الأوروبية في القرن التاسع عشر لبناء كل من صناديق حالة المرض المجتمعية والتي في الشركات. وفي بداية القرن العشرين حوت الاحصائيات الألمانية الوطنية على سبيل المثال حوالي 70 ألف منها ومعظمها كان مجتمعيا والأخرى كانت في الشركات أو لمجموعات خاصة من الموظفين أو المهنيين. إن أكثر حزم المخاطرة أهمية في البداية الأولى كان استمرار دفع الأجور في حالة المرض وفيما بعد غطت الحزمة كذلك العلاجات الطبية والأدوية وقد أدرج علاج أفراد الأسرة (الزوجة / الشريك والأطفال) بحسب مبادئ التضامن. وفي هذه الأيام قل عدد صناديق حالة المرض في ألمانيا بصورة كبيرة (حوالي 260) وهي مطلوبة بالقانون العام أن توازن الدخل والإنفاق ولا يسمح لها بالحصول على ربح. وفيما بعد أعطى قانون هيكل الرعاية الصحية كل مؤمن عليه تقريباً الحق في اختيار صندوق حالة المرض بحرية كاملة. ولتزويد جميع صناديق حالة المرض بمجال من مستوى المنافسة من أجل تفادي جعل جميع المؤمن عليهم يختارون برامج بمعدل إسهام منخفض بسبب صورة جيدة من المخاطر تاريخياً – تم إدخال برنامج تعويض حسب هيكل المخاطر.

4-1-1 الاكتشاف والتعريف

إن المشاركة الفاعلة في إتخاذ القرار ووضع السياسة كذلك كأولويات سياسية هي محدد هام لنطاق ومدى التغييرات على المستوى الاجتماعي وفيما يتعلق بالتنمية البشرية. وبالرغم من الإطار الديمقراطي الشامل الذي أوجد خلال عملية الوحدة يبدو أن المجتمع اليمني عموماً شبه ضعيف وغير مؤكد في اليمن. وبالرغم من الإطار الديمقراطي الحالي فإن البيئة القانونية والإدارية المضيقة نسبياً تميل إلى الحد من مشاركة الناس وإعتقاهن. ومع ذلك فإن قانون المنظمات الغير حكومية الجديد الذي تم تبنيه في فبراير 2001م يتوقع أن يكون له تأثير إيجابي على الشبكات الاجتماعية الغير رسمية وخصوصاً تلك المبنية على الانتساب القبلي وهناك شبكة أمان اجتماعي تقليدي قوية من الدعم الخيري للفقراء (البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة NY). وبصورة عامة فإن لدى اليمن تاريخ ثري من التضامن ومبادرات مساعدة الذات المحلية والمساعدة المتبادلة واضحة في تقليد المدفوعات الجماعية لتكاليف المشروعات للمصلحة العامة على مستوى القرية أو القبيلة (بياتي 2002 ، ص 14).

إن أكثر المبادرات المحلية المشهورة لمساعدة الذات الناجحة في اليمن كانت الحركة التعاونية التي بدأت في 1962م. ومع ذلك فمنذ أعوام الثمانينيات فقد شاركت فيها الحكومة وبالتالي فقدت حيويتها وفاعليتها. ومنذئذ بدأت منظمات مجتمع مدني أخرى في اتخاذ مكانها ولكن لم يكن لأي منها الدينامية وامتداد هذه التعاونيات (مكرر). ومع ذلك فإن أساليب التعاون الغير رسمي التقليدي على مستوى المجتمع يبدو أنها لازالت هامة وبصورة رئيسية في المناطق الريفية. إن معظم التنمية الاجتماعية تحدث باستخدام تلك البنى التقليدية أو الغير رسمية. هناك إتجاه متنامي من قبل الحكومة ومنظمات التنمية الدولية وإلى حد ما المنظمات الغير حكومية

المحلية لتبني نهج مشاركة المجتمع بعدد كبير من المشروعات الموجودة التي تتضمن معظم القطاعات الخدمية وتنفذ في معظم المناطق الجغرافية باليمن. إن الكثير من هذه المشروعات كبيرة جداً في كل من ميزانياتها ونطاقها الجغرافي (بياتي 2002 ، ص 3).

يمكن أن نجد سلسلة من أعمال التضامن الغير رسمي وبحجم صغير كذلك في التجمعات الحضرية ومعظمها منظمة بين المجموعات المهنية والعمالية مثل المدرسين وسائقي التاكسي وموظفي المستشفيات وعمال الموانئ وغيرها. في عدة محافظات عملت جمعيات المدرسين على تنفيذ برامج تضامن لموظفي التربية والتعليم لكن الاستدامة كانت مختلفة بحسب المجموعات المحلية والمناطق. وبحسب المعلومات التي تم جمعها أثناء المقابلات ومن خلال مسح الآراء (أنظر 2-3 و الجزء الثالث من تقرير الدراسة) في صنعاء وعدن على الأقل فإن المدرسين قد انتظموا في مكاتب إقليمية لوزارة التربية والتعليم للاحتفاظ بمشروعات تضامن تمول بمساهمات منتظمة. إن مشروعات مثيلة قد أنشئت بين موظفي المستشفيات مثلاً في مستشفى السبعين في صنعاء حيث كل الموظفين يساهمون شهرياً بمبلغ مائة ريال لصندوق تكافل يغذى بالإضافة لذلك بإيراد كشك التلفون في المستشفى.

4-1-2 التركيب

إن أحد أكثر الملامح المميزة لبرامج التضامن في اليمن يبدو أنه ضعف المعرفة حول وجودها وأدائها. إن التجارب مع الدعم التعاوني والهياكل التعاونية والتكافل منتشرة وفي أحيان كثيرة توجد في المناطق النائية. وبالرغم من ثراء الطرق باتجاه المساعدة التعاونية وتخفيف الكوارث فإن الجمع المنظم للتجارب والدروس المستقاة مفقود وفي المدة الأخيرة فقط بدأ بعض الخبراء فقط التركيز على التكافل في المجتمع اليمني.

إن مشروعي التكافل الذين يمكن تقديرهما خلال فترة الدراسة قد ظهرا من مبادرات من الأسفل إلى الأعلى بدأت من موظفين من أجل مساعدة زملائهم في مواجهة الأعباء المالية للمرض. وكلا المشروعين قد تضمنا موظفي القطاع الرسمي ومع ذلك فلم تعطى مشاركة صاحب العمل وهي بالضرورة غير مطلوبة. وكونها غير رسمية فإن المبادرات التي يدفع بها الموظفون والانتساب إليها طوعي تغطيتها محدودة بعلاوة مالية منخفضة نسبياً في حالة الحاجة. ومع ذلك فمن المعروف أن كلا المشروعين يطبقان استقطاعات تلقائية من الرواتب لجمع المساهمات وأحد المشروعين قد كون دخلاً إضافياً من خلال تقديم خدمة إضافية.

إن التنظيم والأداء ضعيفان نسبياً ويعتمدان على الموظفين الملتزمين بدرجة عالية والذين لا يقبضون مدفوعات إضافية خاصة بالإدارة والمهام الأخرى المتعلقة بذلك. وحيث أن الفوائد تسلم مباشرة إلى المشترك مستقلة عن مقدمي الرعاية الصحية فإنها تنطبق ليس على التقاعد ولا للدفع إلى مقدمي الخدمة. إن إدارة المخاطر ومتابعة الاحتيال والمهام النموذجية الأخرى لبرامج التأمين الصحي لا ينظر إليها أنها ضرورية والعلاقة بين الموظفين وبرنامجهم تعتمد على الثقة وحسن النية.

4-1-3 الأداء

الحماية الاجتماعية تجاه المخاطر الصحية في اليمن مفقودة أيضاً في القطاع الاقتصادي الرسمي. إن الكثير من مقدمي الرعاية الصحية العامة يعطون في أحيان كثيرة أولوية الوصول إلى المقتدرين أو حتى رعاية مجانية لموظفي الحكومة وخصوصاً لموظفي قوات الأمن. ومع ذلك فبالنسبة للموظفين في الشركات الخاصة فإن الرعاية الصحية متاحة فقط كمنتج سوقي عليهم أن يدفعوا من أجل كل مادة. وهكذا فإن المرض الشديد والمزمن يمكن أن يؤدي إلى الإفقار حتى بالنسبة لأولئك المواطنين الذين يتسلمون راتباً منتظماً وينتسبون إلى الميسورين في اليمن.

4-1-4 الأثر

بأي صورة لدى برامج التضامن أو أنظمة التأمين الصحي للمجتمع مصلحة في بناء التأمين الصحي الوطني في اليمن؟ ما هي نقاط القوة ؟ وما هي نقاط الضعف ؟ وما هو الأساس لتنفيذ ذلك النظام في اليمن؟ يمكن أن لا يكون هذا واضحاً بصورة كاملة في إطار إستراتيجية نحو نظام التأمين الصحي الوطني. وفي الحقيقة فإن منظمات الدعم التعاوني والدعم بين مجموعات محددة ومشروعات التضامن هي عادة صغيرة الحجم وبعيدة عن أن تشمل العدد من الناس ذو الصلة بالأمر. ومع ذلك يمكن أن تصبح نقاط بداية لمشروعات أوسع بفوائد أكثر شمولية وخصوصاً إذا كان هناك عدد كبير موجود من هذه المشروعات.

وإلى جانب التجارب الأوروبية القديمة في مشروعات الصحة المجتمعية فهناك مع ذلك بعض السنوات من التجربة مع منظمات صحة تعاونية يحكمها الذات طورت محلياً على سبيل المثال في غرب أفريقيا (أنظر هيوبر 2003). ومحلياً طورت مشروعات تأمين صحي محكومة ذاتياً وينظر إليها بأن لديها إمكانية كبيرة في تعزيز الوصول إلى الرعاية الصحية النوعية والمساهمة في التنمية الاجتماعية والمؤسسية للمجتمع. إن بعض تلك التجارب يمكن أن تكون مفيدة للمشروع اليمني. وهذا على خلفية ان اليمن قد كان لها عدة تجارب في بناء وتعزيز بعض العناصر اللامركزية من نظام رعايتها الصحي:

- منذ العام 1999م بناء النظام الصحي على أساس المديريات في جميع المحافظات الـ 21 والتي بها 229 مديرية أغلبيتها ريفية.
- محاولة تحويل المشروعات والنشاطات المختلفة تماماً إلى إستراتيجية مستدامة وشاملة منذ العام 2000م.
- محاولة تنفيذ نظام تحفيز يعطي حوافز لتلك الوحدات الأكثر فاعلية والتي لديها نتائج أفضل.
- لامركزية محدودة للميزانيات على الأقل على مستوى المحافظات.

وبصورة عامة هناك على الأقل موطني قوة لأنظمة التأمين الصحي في المجتمع وفي المديريات: وأحد مواطن القوة هذه هو درجة أعلى من اختراق الامتداد الذي تحقق من خلال المشاركة المباشرة للمستفيدين أو ممثليهم على الأقل. وموطن القوة الثاني هو قبول وتقيد أفضل وخصوصاً في المديريات الريفية. ومن جانب آخر هناك مواطن ضعف واضحة تشرح حقيقة أن بناء مثل ذلك النظام يحتاج إلى الكثير من الوقت ويغطي في البداية في أحيان كثيرة أقلية صغيرة فقط من السكان:

- مستوى متدني من الدخول يمكن تعبئته من المديريات الفقيرة.
- استبعاد متكرر للأفقر من الفقراء من المشاركة.
- الحجم الصغير للأموال المتراكمة للمخاطر هو مشكلة في حالة الإنفاقات الكبيرة والأمراض الكارثية.
- قدرة إدارية محدودة.

وعلى إثر نتائج المقابلات مع الخبراء اليمنيين لا يبدو أن هناك قاعدة عريضة فعلياً لتنفيذ نظام تأمين صحي على أساس المجتمع. إن أثر والتقيد بنظام الرعاية الصحي الحالي في المديريات هي بعيدة كل البعد في الحقيقة عن أن تكون مرضية وخصوصاً إذا ما أخذنا أهداف الصحة الوطنية في اليمن بالحسبان. ومع ذلك فسيكون من الضروري اللجوء إلى وحدات إدارية لامركزية موجودة لبناء تأمين صحي على المستوى الوطني. يمكن أن تلعب المشروعات الموجودة والمنظمات على الأقل دوراً تكميلياً في بناء نظام تأمين صحي على المستوى الوطني في مدى أبعد.

4-1-5 المعوقات والفرص

إن أحد المعوقات لتمديد نطاق وتغطية مشروعات التضامن وإنشاء نظام تأمين صحي وطني تأتي من أثر تقاسم التكلفة الذي أنشئ منذ أكثر من 10 سنوات. وعلى الرغم من أن عدد من الخبراء ذوي الصلة يجادل بأن تقاسم التكلفة والمدفوعات المنفقة تنتج وعياً بالتكلفة من جانب المستخدم ويمكن بذلك أن تعد المواطنين لقبول مشروع التأمين (شاو / جريفن 1995). إن الاعتبارات النظرية بدلاً عن ذلك تتضمن أن تكاليف المستخدم تميل إلى إعاقة منطق وفوائد مشروعات تأمين صحي أوسع. إن تقاسم التكلفة المباشر من قبل المرضى هو بدلاً عن ذلك مضاد للدفع المسبق لمنع المخاطر ويميل إلى تقويض توقعات المواطن وثقته في أنظمة الحماية الاجتماعية الموجودة. أما فيما يتعلق بعدالة وإمكانية الحصول فإن الدفع المسبق يفضل على الدفع المنفق وحتى في حالة تراكمات المخاطر الصغيرة أو لحزمة فوائد صغيرة من أجل تخفيف الآثار الأسوأ ولمنع الإفقار بسبب المرض (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 38 ، 77 – 99).

4-2 مشروعات التأمين الصحي المجتمعية

إن قدرة الاقتصاد اليمني المتدنية والبنى المؤسسية الغير ملائمة يجعل من الصعب تنفيذ تأمين صحي اجتماعي شامل في الأجل القصير وحتى في الأجل المتوسط وستبقى الاستدامة غير مؤكدة لوقت طويل. وهكذا فإن مشروعات التأمين الصحي التكميلية المجتمعية للقطاع الغير رسمي وسكان الأرياف يمكن أن تصاحب برنامج إجباري وطني للقطاع الرسمي. إن مشروع التأمين الصحي الاجتماعي يمكن أن يساهم في تحسين الوصول

المالي للرعاية الصحية وكذلك جودة تقديم الخدمة الصحية وتعزيز مشاركة المجتمع وتقوية القدرات الإدارية والمالية في المراكز الصحية ومستشفيات المديريات.

ان مبادرات المجتمع أو المبادرات التعاونية بالحماية ضد تأثيرات الرعاية المعاكسة للمدفوعات المنفقة واعدة. وهكذا فإن التعاون الفني الدولي يشجع بصورة متزايدة مشروعات التأمين الصحي الغير رسمية كبرامج تشكل منها التنمية الأكثر استدامة للتأمين الاجتماعي في البلدان منخفضة الدخل. لقد كان لها نجاحاً مختلطاً لكنها تفتح السبيل للسكان الريفيين أن يكون لهم بعض الحماية من طرف ثالث (ارهن تينكورانج 2001 ، ص 10 وميلس / بينيت 2002 ، ص 213 F). إن مراجعة برامج تمويل المجتمع تسمح بالاستنتاج أن الحكومات يمكن أن تساهم في فعالية واستدامة مشروعات التمويل الصحي للمجتمع عن طريق الدعم الموجه بعناية والحماية الممولة من الحكومة ضد التقلبات في الإنفاق وإعادة التأمين للحوادث الكارثية وإدارة الحالات (بريكر وآخرين 2002 ، ص 149). إن استخدام إعادة التأمين حيث تشتري برامج التأمين المجتمعي التأمين للحماية ضد التقلبات العشوائية في المطالبات – قد أوصي بها كوسيلة لتحسين قابلية مشروعات التأمين المجتمعي للحياة في القطاع الغير رسمي (درور 2001 ، ص 675 F). عن طريق توزيع المخاطر على مجموعات سكانية أكبر يقلل إعادة التأمين من احتمال الإعسار في برنامج التأمين المجتمعي (درور / بريكر 2002 ، ص 111 إلى 116). ويبقى هذا النهج غير مختبر من الناحية العملية بصورة كبيرة. إن التوقع هو أن مثل هذه الآلية لديها إمكانية في الوصول إلى المجموعات السكانية التي لا تصل إليها خدمات الحكومة والخدمات الصحية الخاصة بما في ذلك المجموعات المستبعدة اجتماعياً (مثل تلك التي لديها مشكلات صحية عقلية) (قارن بديكسن وآخرين 2002 ، ص 12). وفي المدى الطويل يؤمل أن هذه البرامج يمكن ربطها مع بعضها البعض في نظام حماية عام (ميلس / بينيت 2002 S 208).

وحالياً يوجد مشروع لتنفيذ برنامج مجتمعي في الشمايتين في محافظة تعز. وقد أعدت الفكرة على أساس التجارب في لاوس ولازالت ينبغي تكييفها مع الظروف في اليمن. وبذلك فإن مشروع التأمين لازال قيد الإعداد ولم يبدأ بعد ميدانياً. سيكون الانتساب طوعياً وقد كان التوقع منه أن يكون حتى أعلى من 50% من السكان المستهدف والذي عدده حوالي 40 ألف شخص. ستكون وحدة الإشتراك هي العائلة الممتدة وستتفاوت المساهمة الشهرية بين 3.2 و 5.2 دولار أمريكي بحسب حجم الأسرة. وستشمل حزمة الفوائد جميع الخدمات المتاحة في مستشفى المحافظة في الشمايتين: الرعاية العامة والتخصصية الخارجية وكذلك الرعاية الداخلية للتخصصات الرئيسية الأربعة. وسيدفع للمستشفى بحسب نظام ضريبة الرؤوس ولن يدرج أي مركز صحي في شبكة مقدم الخدمة.

ومع ذلك فإن زيارة لفريق الدراسة في الشمايتين قد كشف عن المشروع الذي سينفذ مشروع مجتمعي لازال عليه التغلب على مجموعة من المعوقات والصعوبات قبل استطاعته أن يبدأ. ومن الواضح أن مشاركة المجتمع يبدو أنها ضعيفة بصورة تثير الاستغراب لمشروع كان يفترض أن يعتمد على المواطنين ويمنح خيارات لإشباع احتياجاتهم الصحية الأكثر صلة والملموسة. لقد اشعر المجلس الصحي في الشمايتين جزئياً فقط وبالكاد يشترك في المشروع. وفي ذات الوقت فإن التوقعات الكبيرة نسبياً قد أوجدت لدى المواطنين فيما يتعلق بنطاق الفوائد الصحية التي سيتم تغطيتها. وسيكون من الصعب الوفاء بهذه التوقعات لأي نوع من المشروعات المجتمعية وهكذا فإن الإحباط ربما يأتي نسبياً إذا لم يستطع المشروع البدء في تقديم الخدمات خلال بضعة أشهر. ومن جانب آخر فإن مقدم الخدمة الوحيد المنظور للمشروع المجتمعي هو مستشفى خليفة في الشمايتين والذي لم يوافق بعد على التعاون. وبعد عدة أشهر من التحضير وإعداد إجراءات واستمارات تفصيلية جداً فإن التعاقد مع مقدم الخدمة لازال غائباً آخذين بالاعتبار أن الثقة في مستشفى خليفة متدنية وأن سلسلة من المخالفات على المستوى المركزي قد أبلغ عنها وأن خيار برنامج التأمين الصحي المجتمعي في الشمايتين أن يرى النور في يوم من الأيام يبدو أنه قد تأثر بصورة سيئة.

يناصر الكثير من الخبراء أساساً ثلاثة نماذج مختلفة من التأمين الصحي الاجتماعي تحديداً التأمينات الصحية المجتمعية في المديريات والتأمينات في المستشفيات أو برامج التأمين على أساس مقدم خدمة والتأمين الصحي المجتمعي من خلال منظمة غير حكومية أو منظمة صحة تعاونية على مستوى محلي. إن مساهمة رئيسية في المفهوم قد أتت من تجارب مماثلة في أرمينيا لكن التكييف لظروف اليمن الخاصة قد تحول إلى أمر أكثر صعوبة مما كان متوقعاً. وبالرغم من بعض الاعتبارات التفصيلية والملموسة فيما يتعلق بتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي فإن مقترحات أوكسفام لازالت تنتظر ترجمتها إلى واقع.

يمكن الترويج لنجاح وقابلية مشروعات التأمين الصحي الاجتماعي للحياة بواسطة إستراتيجيات مختلفة. ينبغي أن تكون حزمة الفوائد قابلة للتحمل وتشمل الخدمات الأساسية المفصلة لاحتياجات الرعاية الصحية وأفضليات السكان. ينبغي أن تؤخذ في الحسبان التكاليف الفعلية لحزمة الفوائد في الاعتبار عند احتساب الأقساط. ومن خلال تحقيق الكفاءة التنظيمية والمالية يمكن للمشروع أن يجد سبل فاعلة للتعامل مع الاختيار المعاكس والمخاطر المعنوية. وببلوغ معدل عضوية كبير وتوفير الخيار في جعل وحدة الإشتراك هي كامل الأسرة فإن ذلك يحسن الاستدامة. وبالإضافة لذلك يمكن للدعم الدولي ودعم المنظمات الغير حكومية أن يسهم من خلال الدعم الفني والمالي.

إن نهج الأجل القصير / الطويل وفترة التعلم ستكون ضرورية من أجل تبني مفهوم التأمين الصحي الاجتماعي في الإطار الاجتماعي والثقافي في اليمن. إن عدة خطوات مثل صياغة إطار عمل وتنفيذ مشاريع صغيرة ريادية في مرحلة مبكرة والتقييم وإعادة صياغة إطار العمل وجيل ثاني من مشروعات ريادية أكبر وإعادة التقييم والتنفيذ على مستوى أكبر ... الخ ينبغي توقعها من البداية. إن الالتزام الحكومي القوي سيكون شرطاً مسبقاً ضرورياً لنجاح كامل الفكرة. تلعب الحكومة دوراً حاسماً في تشجيع التصميم والتنفيذ الجيد لمشروعات التأمين الصحي المجتمعية. إنها مسئولة عن الإطار السياسي والقانوني والتنظيمي وعليها ضمان أن تنفيذ مشروعات التأمين الصحي المجتمعية لا يتداخل مع تشريعات أخرى وأن احتياجات ومصالح الأعضاء محمية وأن الدعم الفني متوفر لإيجاد برامج جديدة.

3-4 برامج الفوائد الصحية في الشركات

تعطي برامج التأمين الصحي في الشركات منافع مماثلة مثل التأمينات الصحية المجتمعية. إنها قريبة من مصالح المنتفعين وتشمل في أحيان كثيرة أشكال من المشاركة المباشرة للموظفين المؤمن عليهم مما يعزز القبول والتقيد بالبرامج. هناك أيضاً منفعة إضافية من مشاركة أصحاب العمل والتي يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي على كفاءة المشروع وتوجيهه نحو الهدف. ومع ذلك فإن هناك بعض نقاط الضعف والمعوقات كانت واضحة كذلك: تعكس برامج الفوائد الصحية للشركات في أحيان كثيرة علاقة أبوية بين صاحب العمل والموظفين وتعتمد جزئياً على القرارات الفردية حالة بحالة بدلاً من حقوق ممنوحة. والأكثر أهمية هي حقيقة أن حجم البرامج صغير في الكثير من الحالات من اجل تغطية فعالة للمخاطر وخصوصاً عندما يتعلق الأمر بالمصاريف الكبيرة والأمراض الكارثية. إن العيب الآخر هو مشكلة أن هذه ليست طريقة لإشراك الأفقر من الفقراء في نظام التأمين. غير أن مساهمات أصحاب العمل والموظفين هي عنصر أساسي لبناء وتمويل نظام تأمين صحي وطني.

رأي القادة

58% من قادة الرأي يقولون:
ينبغي حصول الموظف وزوجته وأطفاله وأبويه على فوائد التأمين الصحي

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

وعلى عكس المشروعات المجتمعية هناك برهان أن التأمينات الصحية في الشركات تعمل الآن في اليمن. إن الافتقار العام إلى الحماية الاجتماعية الصحية يؤثر كذلك على أصحاب العمل وقد أدى بكثير من الشركات إلى إعطاء الدعم للمصاريف الطبية وتغطية تكاليف العلاج الطبي. تتقيد برامج الفوائد الصحية في الشركات جزئياً بالالتزامات القانونية لتأمين الحماية ضد حوادث العمل والأمراض المهنية. ومع ذلك ففي كثير من الحالات فإن نطاق هذه البرامج يتجاوز التغطية للمشكلات الصحية المرتبطة بالعمل وتشمل غير الأشخاص العاملين وكذلك المشكلات الصحية العامة. إن الأساس القانوني للقطاع الخاص هو قانون العمل المذكور بأعلاه ومكملاته والرجوع إلى نصوص قانون التأمينات الاجتماعية (وخصوصاً المواد 118 و 119 من قانون العمل ، أنظر الباب 26 من الجزء الثالث من تقرير دراستنا).

وبالتأكيد هناك معنى لإدماج الخبرة العملية للبرامج اليمنية الموجودة في بناء تأمين صحي وطني. وعلى أساس خلفية الوضع اليمني الخاص والتجربة في البلدان الصناعية مع التأمينات الصحية في الشركات يوصى بالنظر في السبل والإجراءات التالية لإدماج الممارسات الجيدة للصناديق الحالية في الشركات باليمن:

- تحديد حزمة فوائد أساسية بالرجوع إلى الممارسة اليمنية الجيدة لبرامج الشركات وتقنينها في قانون الضمان الصحي الوطني. وللسماح بالاختيار الحر بين صناديق حالة المرض الغير ربحية ولتمكين حزم

الفوائد الإضافية (على سبيل المثال للعلاج الطبي في الخارج) التي ينبغي تمويلها بإسهامات إضافية من أصحاب العمل والموظفين. لهذا ومن أجل إعداد خطة تنفيذ من الضروري للغاية أن تكون هناك صورة أعمق تشمل تواريخ حقيقية بالنسبة لصناديق الشركات الموجودة (حجم الصندوق والناس المؤمن عليهم وحزم المنافع والمساهمات والعقود ونوعية وكمية موظفي الإدارة ... الخ). لقد تم البدء بجمع البيانات من قبل مجموعة دراستنا[31] لكن ينبغي القيام بتحليل بيانات من قبل مديرية التأمين الصحي في وزارة الصحة. وفي أي حال من الضروري اكتشاف والاحتفاظ بالممارسات الجيدة وخلق وضع النجاح للمشاريع الموجودة.

- ولتزويد جميع البرامج الصحية بمستوى من التنافس يمكن إدخال تعويض هيكل مخاطر كجزء من نظام التأمين الصحي الوطني. إن هدف مثل هذا التعويض لهيكل المخاطر سيكون مساواة الفوارق في معدلات المساهمة (بالرجوع إلى حزمة الفوائد الأساسية المحددة) المنسوبة إلى التفاوتات بين صناديق التأمين في مستويات الدخل وهيكل المخاطر. وبحسب الأهداف الصحية الوطنية اليمنية وبالنظر إلى معدلات المساهمة المخطط لها للمسودة النهائية لقانون التأمين الصحي الاجتماعي سيحتاج نظام الأموال المقدمة لغرض مشترك إلى تمويل إضافي قوي من إيرادات الضرائب. إن المدفوعات التحويلية العامة تجيز في ذات الوقت التزاماً للتأمينات الصحية في الشركات لتأمين ليس موظفي الشركة بما في ذلك العاطلين عن العمل منهم.

تعطي أنظمة قانون العمل حماية سخية والحصول على إجازات مرضية كبيرة لأولئك الموظفين والعاملين الذين لديهم عجز مؤقت في العمل بسبب مشكلات صحية. وخلال الشهرين الأولى يحق للموظف الحصول على إجازة مرضية بأجر كامل وخلال الأشهر الثالث والرابع يتلقى 85% وخلال الشهر الخامس والسادس 75% و50% من أجره المنتظم حتى نهاية الشهر الثامن. إن المصروفات الكبيرة للموظفين المرضى يفترض أن تؤدي إلى حافز أكبر لمالكي الشركة لدعم أو تنفيذ نظام تأمين صحي وطني أو اجتماعي يغطي الإجازات المرضية كذلك.

وخلال هذه الدراسة فإن الفريق قد تمكن من تتبع والاتصال والتحليل الموجز لما مجموعه 20 من الفوائد الصحية للشركات أو المشاريع التأمينية في اليمن (9 في القطاع الخاص و 9 في القطاع العام وواحد في شركات مختلطة). تظهر المشاريع الموجودة في اليمن مجموعة واسعة من حزم الفوائد والأنظمة فيما يتعلق بالحماية المالية تجاه تكاليف الرعاية الصحية. ومع ذلك نلاحظ تنوعاً كبيراً في شركات القطاع الخاص حيث التغطية يمكن أن تنحصر في علاوات منتظمة يقصد بها النفقات الصحية أو أن تكون شاملة لجميع الموظفين. يبدو أن الشركات العامة تعطي حزم فوائد متغايرة أكثر وشاملة نسبياً على الرغم من أن الإنفاق الإجمالي وخاصة للفرد الواحد يتفاوت بين حوالي 30 ألف وأكثر من 100 ألف ريال للموظف في العام.

أشار مدراء برامج شركات عديدة إما إلى التغييرات الأخيرة لتغطية الفوائد أو ظروف الوصول أو بروز خطط لإدخال فوائد جديدة وإضافية. ومن الواضح أن وضع البرامج الخاصة وكذلك برامج الشركات العامة تتضمن تطوراً مستمراً وعملية تكيف. ويصبح هذا واضحاً كذلك في بيان استشارة حديثة: "باستثناء شركة هنت اليمنية للنفط. تعتمد جميع البرامج إما على طبيب / أطباء معينين من قبل الشركة أو التسديد للموظف مقابل استلامات حصل عليها من ممارسين طبيين وصيدليات لبضائع وخدمات قدمت. لم يقم أي من هذه البرامج بمحاولة جمع البيانات الضرورية التي تسمح للمدراء بتقدير مدى إساءة الاستعمال وفرط الاستعمال أو الاحتيال, إن كل الرعاية الموفرة هي على أساس رسوم من أجل خدمة ومن غير المحتمل أن أي من الشركات تحصل على قيمة كاملة للمبالغ التي تدفعها دون ذلك النوع من التقدير الإداري". (كونستيبل 2002 ، ص 10). وبصورة تختلف عن هذا التقييم المبني على تقدير خمسة برامج فقط تستنتج هذه الدراسة أن برامج الفوائد في الشركات تعطي سلسلة واسعة من التجارب المهمة فيما يتعلق بتنظيم تقديم الرعاية الصحية والسيطرة عليها.

بعد تقييم عدد مجموعه 19 برنامج فوائد صحية في الشركات يمكن استخلاص مجموعة من الاستنتاجات من التنظيم وكذلك من التكييف المستمر لمختلف البرامج الموجودة. وخلال فترة الدراسة كان بمقدور الفريق الاتصال بـ 9 مشروعات خاصة (3 حجم صغير بها 30 و 40 و 50 موظف و4 مشروعات حجم متوسط بها 140 إلى 400 موظف وشركة واحدة كبيرة بها أكثر من 1000 موظف ومجموعة شركات بها 9000 موظف تقريباً) وشركة مختلطة (بها حوالي 4000) موظف و 9 شركات عامة (3 حجم متوسط بها 200 إلى 700 موظف تقريباً و 6 شركات كبيرة تستخدم بين 1100 و 10.000 فرد).

[31] الأبواب 12 و 30 من الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

تمثل برامج فوائد الشركات المصدر الأكثر انتشاراً لتغطية طرف ثالث للخدمات الصحية في اليمن. فيما يتعلق بتسعير برامج الفوائد فهي مثيرة للاهتمام بصورة خاصة لأنها تقدم تقديرات تكاليف تقريبية ولكن بيانات حقيقية للخدمات الصحية المقدمة حالياً في اليمن. تلخص الأرقام التالية استنتاجاتنا الرئيسية فيما يتعلق ببرامج الشركات في اليمن وتقدم صورة لإنفاق الرعاية الصحية للفرد. وإجمالاً فإن برامج الشركات الخاصة تظهر سلسلة واسعة من النطاق والتغطية فيما يتعلق بالمنافع وكذلك العضوية مقارنة بالمشروعات العامة التي تميل إلى منح حزمة فوائد شاملة نسبياً وإنفاق أموال أكثر على الرعاية الصحية.

الشكل رقم (4): متوسط النفقات الصحية في الشركات الخاصة

المصدر: يظهر هذا الشكل مشروعات الشركات الخاصة تلك التي لا تقيد الفوائد الصحية على الموظفين وتغطي كل الأسرة وهكذا فإن الإنفاق للفرد يفترض أن يغطي الاحتياجات الصحية للموظف ومعاليه / معاليها. تعتمد البيانات على حسابات خاصة طبقاً لمعلومات تم توفيرها من قبل أفراد مسئولين عن برامج الفوائد الصحية (بالنسبة للمختصرات أنظر قائمة المختصرات أو الجدول بأدناه).

وبينما تنفق معظم البرامج الخاصة بين 20.000 و 40.000 ريال يمني في السنة ويغطي الموظف كامل وفي بعض الاحيان الأسرة الممتدة فإن أحد البنوك التي تعمل على مستوى دولي تدفع أكثر من 100.000 ريال خصوصاً للعلاج في الخارج. وفي جميع برامج الشركات الخاصة المبينة في الشكل بأعلاه فإن الموظف وكامل أسرته وفي بعض الأحيان يشمل حتى الأبوين يستحقون تلك الفوائد. ولهذه المجموعة من المشروعات الخاصة فإن متوسط ما يدفع على الفرد هو 39125 (يتراوح بين 21.875 – 103.680 ريال يمني والإنحراف المعياري 23.853) والمتوسط المرجح يأخذ بالحسبان العدد الإجمالي للموظفين بحسب الشركة وحتى أن هناك برامج فوائد تصل إلى 41.960 ريال يمني. يمكن أن يكون هذا مؤشر أن الشركات الأكبر تميل إلى إنفاق مبالغ أكبر على الفرد للرعاية الصحية للموظفين.

فيما يتعلق بتصميم الأساليب الإشرافية والإدارية وكذلك نطاق التغطية تظهر برامج الفوائد الصحية التي جرى تقديرها تنوعاً كبيراً. وبينما تحصر بعض الشركات الدعم للرعاية الصحية في علاوات ثابتة – سواء كرفع عام للرواتب أو بحسب الفواتير الطبية أو الصيدلانية المقدمة من قبل الموظفين – تسدد شركات أخرى لموظفيها كل أو جزء من النفقات على الرعاية الصحية وحتى أن البعض يقدم تغطية كاملة بما في ذلك العلاج خارج البلاد.

يعتمد الإشراف بصورة رئيسية على موظفي الموارد البشرية وفي بعض الأحيان على شركة أطباء متعاقد معها وتخصص الميزانية بحسب الإنفاق المنتظم أو تكيف باستمرار للحاجة المستقبلية. وبصورة عامة ليس هناك تتبع للسيطرة على الاحتيال بطريقة منهاجية وتلعب الثقة في أحيان كثيرة بالأشخاص المعروفين شخصياً دوراً مهماً في الاختيار والدفع إلى مقدمي الخدمة. وهكذا تطبق آليات التوجيه وإدارة المخاطر وإستراتيجيات احتواء التكاليف بصورة عشوائية وهي متخلفة في الغالب.

إن أكبر مجموعة شركات تستخدم 9.000 شخص تقريباً غير أنها تعتبر حالة استثنائية. في منتصف التسعينيات بدأت أكبر مجموعة شركات في اليمن بتنفيذ برنامج تأمينها الصحي الخاص بإسهامات ترتبط بالدخل يتم تقاسمها بين صاحب العمل (2%) والموظف (1%) وبإدراج مساهمة الشركة في التأمين الصحي فإن تكاليف ونفقات العلاج الطبية لموظفي الشركة خارج اليمن بالنسبة لشركات هائل سعيد تبلغ 7250 ريال يمني للموظف الواحد كنفقات رعاية صحية سنوية بينما متوسط مساهمة الموظف بحوالي 3900 ريال يمني في العام. وهكذا فإن المبلغ المصروف على الفرد للرعاية الصحية يزيد قليلاً على 11.000 ريال يمني. وإذا بدأنا من الأساس وهو 8 أفراد للأسرة و 7 معالين لكل موظف وبافتراض حاجة رعاية صحية مماثلة لجميع المستفيدين المحتملين فإن تمديد التغطية إلى أفراد الأسرة سيتضمن متوسط تقديري لنفقات الشركة بمبلغ 58000 ريال يمني لكل موظف في العام. توجد مجموعة من إستراتيجيات إدارة المخاطر واحتواء التكاليف من أجل تقليل المخاطر المعنوية ولمنع النواقص المالية. يحصر صندوق التأمين في هائل سعيد التغطية على الموظفين فقط وأفراد أسر الأشخاص العاملين في أحدى شركات المجموعة في تعز لا يحق لهم التمتع بالفوائد. إن تغطية نفقات رعايتهم الصحية تعتمد على رب الأسرة أو على دعم مالي تطوعي من المنظمة الخيرية في الشركة. إن مجموعة من الاستثناءات على سبيل المثال علاج الأمراض المزمنة والمكلفة قد حدت من الحصول على الفوائد وقد تم تنفيذ دفع مشترك 5% لتقليل إساءة الاستخدام والإنفاق.

وبصورة عامة فإن برامج الشركات العامة التي جرى تقديرها أثناء الدراسة حول نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن تنفق أموال أكثر على الرعاية الصحية لموظفيها. إن واحدة من تسع شركات قطاع عام تستثمر 23.000 ريال يمني فقط في الصحة وأثنتين فوق ذلك قليلاً أي بمبلغ 30.000 ريال يمني لكن معظم الشركات الأكبر تخصص 60.000 ريال يمني وأكثر للرعاية الصحية للموظفين. وفي قطاع الشركات العامة فإن متوسط ما يدفع على الفرد هو مبلغ 43.471 ريال يمني (المدى بين 23.000 – 91.358 ريال يمني والإنحراف المعياري 27.768 ريال يمني) والمتوسط المرجح آخذين في الاعتبار التأثير النسبي لبرامج الشركات المختلفة وبرامج الفوائد تصل حتى إلى 47.565 ريال يمني. يوضح الشكل التالي المبالغ المنفقة للفرد لتوفير الرعاية الصحية للموظفين العاملين في المشروعات العامة بما في ذلك متوسط الإنفاق على توفير الرعاية الصحية.

الشكل رقم (5): متوسط النفقات الصحية في الشركات العامة والمختلطة

المصدر: برامج الشركات العامة تغطي كامل وفي بعض الأحيان العائلة الممتدة ولذلك فإن الإنفاق للفرد يفترض أن يغطي الاحتياجات الصحية للموظف ومعاليه / معاليها. تعتمد البيانات على حسابات خاصة بحسب معلومات قدمت من موظفين مسئولين عن مشروعات الفوائد الصحية (بالنسبة للمختصرات أنظر قائمة المختصرات أو الجدول بأدناه).

كانت المعلومات التفصيلية متاحة كذلك من شركة مختلطة واحدة هي اليمنية – الخطوط الجوية اليمنية (51% يمنية و 49% المملكة العربية السعودية). في النصف الأول من عام 2005م وفرت اليمنية الرعاية الصحية لـ 3897 موظف ومعال (الزوجات والأطفال) بمبلغ 43520614 ريال يمني. وهذا يساوي إنفاق 22335 ريال يمني لكل موظف في العام. وبافتراض حجم عائلي أقل من المتوسط وهو 6 أفراد فإن ذلك سيساوي إنفاق صحي 3722 ريال يمني للفرد في العام لبرنامج فوائد صحية سخي أكثر بمقاييس اليمنية.

وإلى حد كبير فإن ما يلاحظ فيما يتعلق بإشراف وإدارة وأداء برامج شركات القطاع الخاص يصلح كذلك للمشروعات العامة. ومع ذلك وفي كل الحالات تشمل التغطية كامل الأسرة الأساسية وفي أحيان كثيرة كذلك أبوي الموظف الذين يعيشون في نفس الأسرة. وبصورة أساسية فإن الشركات الأكبر تطبق مجموعة من الآليات لاحتواء نفقات الرعاية الصحية ولتقليل سوء الاستعمال ومعظمها أدخلت بطاقة الهوية الشخصية مع صور جميع المستفيدين. إن أقلية فقط من البرامج التي جرى تقديرها تحصر دعم الرعاية الصحية في علاوات ثابتة تدفع للأدوية. وبينما تسدد بعض البرامج لموظفيها نسبة متغيرة من نفقات الرعاية الصحية فإن مشروعات عامة عديدة توفر تغطية كاملة بما في ذلك العلاج خارج البلاد. إن لدى الشركات الأكبر موظفين إداريين وطبيين متخصصين في الرعاية الصحية. والأغلبية قد تعاقدت مع مقدم / مقدمي خدمة مفضلين وفي معظم الحالات لا يجب على المستفيدين أن يقوموا بأي مدفوعات طالما يتلقون خدمات بعد موافقة مسبقة من الشركة. تنفذ برامج قليلة آلية فعالة جزئياً للسيطرة على وتتبع الاحتيال وتوجد أساليب عديدة من معالجة المطالبات والدفع لمقدم الخدمة. ومع ذلك فإن إدارة المخاطر واحتواء التكاليف وإستراتيجيات التأمين الأخرى تتطلب مزيد من التطوير. ومن الواضح أن معظم البرامج تتعرض لإصلاحات متكررة وتكييفات بحسب المشكلات التي تم ملاحظتها والتحديات المستقبلية. وفي بعض الأحيان فإن التجديدات في إحدى الشركات تعطى لمشروع آخر. وهكذا فإن المطلوب هو تقييم أكثر تفصيلاً للبرامج الموجودة وبصورة رئيسية عمليات الإصلاح الجارية من أجل الاستفادة من التجارب المتراكمة. إن جميع برامج الشركات العامة والخاصة تتضمن معوقات منهاجية فيما يتعلق بالقدرة الإدارية الخاصة بالتأمين الصحي وتطبق مجموعة محدودة من طرق الشراء والدفع لمقدمي الخدمة. إن جميع الشركات تقريباً تدفع لمقدمي الخدمة بحسب آلية الرسوم مقابل خدمة والمفاوضات المالية نادرة. وبالإضافة لذلك يبدو أن الشفافية المالية والإدارية ضعيفة وتقود الأبوية الكثير من برامج الفوائد. إن المشكلة الرئيسية التي واجهها فريق الدراسة أثناء التقدير كانت حقيقة أن الموظفين المسئولين عن برامج الفوائد الصحية كانوا مدركين فقط في حالات استثنائية لما تنفقه الشركة على الرعاية الصحية للموظفين. إن البيانات المفصلة للمصاريف على الأدوية والعلاج في العيادات الخارجية والداخلية والترقيد في المستشفيات والعلاج في الخارج كان من الصعب الحصول عليها وبذلك فإن التحليل التفاضلي للنفقات بحسب المستويات المختلفة للرعاية الصحية قد كان شبه مستحيل. وبالإضافة لذلك فإن سلسلة من التكاليف المتعلقة بالصحة لم تذكر من قبل الموظفين وظهرت فقط عندما طلبت مجموعة الدراسة صراحة بنوداً مثل المهنيين الصحيين للشركة والعلاوات الإضافية والتمويل الإضافي في حالات خاصة. وهكذا فإن تكاليف الرعاية الصحية للشركات المقدمة هنا ستكون تقديرات متدنية عموماً للنفقات الحقيقية التي ستكون أعلى فيما إذا أبلغ عن كل أنواع الدعم المرتبط بالصحة المعطى للموظفين وتم أخذه بالحسبان.

يعزى الافتقار العام للشفافية المالية كذلك إلى حقيقة أن جزء فقط من الفوائد يغطى ببرامج يتضمن حق الموظف في الحصول عليها في حالة الحاجة. إن إمكانية الحصول وبصورة رئيسية على نطاق سلسلة الفوائد الصحية يعتمد على قرار حالة بحالة من مدراء الشركات. لقد حددت عدة شركات هامش قرار واشترطت حجم الدعم المالي بأداء العمل مستخدمة الفوائد الصحية كحافز إضافي للموظفين. وهذا يعكس النمط الأبوي المعمم في العمل والعلاقات الاجتماعية الأخرى في اليمن ويفتح المجال للجزافية فيما يتعلق بفوائد التأمين الصحي.

وأخيراً وليس آخراً ينبغي أن نذكر الفارق الجنسي الأساسي فيما يتعلق بتغطية المعالين. إن كل البرامج التي جرى تقييمها باستثناء تأمين هائل سعيد التي تقصر الاستحقاق على الموظفين فقط قد صرحت أنها تغطي أفراد العائلة بما في ذلك عدة زوجات والكثير من الأطفال. ومع ذلك يصدق هذا فقط بالنسبة للموظفين الذكور بينما لا يقدم أي من البرامج الرعاية الصحية لزوج موظفة وتبقى تغطية الأطفال غير واضحة. إن المبدأ يمكن أن يعكس الظروف السائدة في اليمن حيث يعيل رب الأسرة الذكر الأسرة عادة. ومع ذلك فإن معدل البطالة الكبير (الذي

يؤثر كذلك على العاملين الذكور) والتغييرات خطوة خطوة للأنماط الاجتماعية التقليدية يضع موضع الاستفهام الخطير التمييز بالنسبة للموظفات فيما يتعلق بتغطية الرعاية الصحية. إن التغلب على عدم المساواة بين الجنسين ينبغي أن يصبح هماً مركزياً لأي نهج نحو نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن.

يوجز الجدول التالي الاستنتاجات حول البرامج الموجودة في الشركات باليمن وهو يشمل كذلك اسم الشركة بالكامل وعدد الموظفين وبذلك يسمح باستخلاص بعض الاستنتاجات فيما يتعلق بالتغطية المطلقة وأثر كل مشروع فوائد على مستوى السكان. وبافتراض متوسط حجم الأسرة فإن البرامج المقدرة التي تغطي جميع أفراد الأسرة تحتوي أكثر من 200.000 شخص أو 1% من سكان اليمن. ولمزيد من التفاصيل يرجى الرجوع إلى الباب 16 من الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

الجدول رقم (30): بعض برامج الفوائد الصحية

الشركة	الموظفين	إجمالي الإنفاق الصحي (ريال يمني)	الإنفاق لكل موظف في العام
مشروعات الشركات الخاصة			
البنك العربي	310	32,140,850	103,680
العربية للتأمين	40	1,350,000	33,750
مجموعة هائل سعيد	8676	62,918,234	7,252
شركة هنت اليمنية للنفط	1083	49,000,000	45,245
مأرب للتأمين	138	3,825,200	27,719
بنك التضامن الإسلامي	400	8,750,000	21,875
البنك الوطني	300	7,500,000	25,000
الوطنية للتأمين	50	1,750,000	35,000
التأمين الإسلامي اليمني	30	1,080,000	36,000
البنك الإسلامي اليمني	373	8,900,000	23,861
برامج الشركات العامة			
شركة النفط اليمنية فرع عدن	5,400 1,300	118,800,000	91,385
الشركة اليمنية لإعادة التأمين	200	4,600,000	23,000
البنك الأهلي اليمني	683	30,855,000	45176
المؤسسة العامة للاتصالات	5700	353,000,000	61,930
المؤسسة العامة للكهرباء	10,000	340,000,000	34,000
الهيئة العامة للأرصاد والطيران	2,300	70,000,000	30435
البنك المركزي المقر الرئيسي في صنعاء فقط	2,100 1,100	145,000,000 115,000,000	69,048 104,545
بنك التسليف التعاوني الزراعي	1,100	38,000,000	34,545
تيليمن			
برامج الشركات المختلطة			
اليمنية	3,897	93,000,000	23,865

4-4 شركات التأمين الصحي الخاصة

تم القيام بمراجعة كذلك لشركات التأمين الصحي الخاصة العاملة في اليمن. ومن الواضح أن التأمين الصحي الخاص له تاريخ قصير في اليمن. وقد بدأت دراسة حديثاً بينت أنه لا يوجد هناك سياسة تأمين رعاية صحية جرى التسويق لها في اليمن (كونستيب 2002 ، ص 6). وفي غضون ذلك تقدم شركتين على الأقل من الـ 12 شركة تأمين الخاصة العاملة في اليمن – وثلاث أخرى ستبدأ في المستقبل القريب – خططاً صحية في اليمن.

وجميعها بدأت أعمالها بتقديم تأمين طرف ثالث من قبل الشركات الدولية وخصوصاً BUPA (جمعية الحكماء المتحدة البريطانية) و IDI (التأمين الدولي الدنماركي) وميونخ لإعادة التأمين وشركات أخرى. وعلى سبيل المثال تقدم الوطنية للتأمين التأمين الصحي بحسب مختلف المحافظ للعربية لإعادة التأمين (لبنان) والمصرية لإعادة التأمين (مصر).

يمكن للأفراد في اليمن والموظفين الأجانب مع الشركات الكبيرة شراء أو أن يعملوا على الشراء نيابة عنهم من قبل مستخدمهم لغطاء تأمين رعاية صحية لدى معيدي التأمين الدوليين بتكلفة متوسطها 800 دولار أمريكي تتضمن 350 دولار أمريكي تدفع إلى منظمة الإغاثة على النطاق الدولي SOS وتعطي جميع عقود طرف ثالث حاملي البوالص الفوائد في منشآت اليمن والأردن ومصر أو المنشآت الأوروبية.

على المستوى الوطني يباع التأمين الخاص فقط إلى الأفراد لكن المشترين الرئيسيين هم أصحاب العمل من أجل موظفيهم كجزء من حزمة فوائد الاستخدام. بدأت العربية للتأمين بتنفيذ خطط تأمين صحي خاص في عام 2002م وتبعتها الوطنية للتأمين في عام 2004م عارضة حزمتي تأمين صحي خاصة بها معاد تأمينها لدى جمعية الحكماء المتحدة البريطانية في لندن. وبذلك فإن سوق التأمين الخاص حديث جداً والتجارب بدائية حتى الآن. ومع ذلك من الواضح أن حصة السوق للمؤمنين الصحيين من القطاع الخاص محدودة جداً في بلاد مثل اليمن حيث دخل الأسرة لكل فرد 3367 ريال يمني (21 دولار أمريكي) في عام 1999م (البنك الدولي 2002 أ ، (1) ، ص 25). إن إجمالي حجم أقساط التأمين لكامل سوق التأمين في اليمن يقدر بأقل من 30 مليون يورو ولا يعد التأمين الطبي بأكثر من 300 دولار أمريكي[32].

وعلى الرغم من أن شركات التأمين الصحي الخاص تغطي حصة الأغنى والأكثر صحة من السكان فإنها تواجه المشكلات النموذجية للأموال المشتركة الصغيرة جداً المخصصة للمخاطر. وحتى الآن لا يوجد برنامج إعادة تأمين في اليمن لكن الأموال المشتركة للمخاطر على نطاق وطني يخطط لها ويتم التفاوض عليها بين مختلف الشركاء في شركة متخصصة للتأمين الطبي (أخصائيي التأمين الطبي). تشعر شركات التأمين الخاص بأنها قد شجعت أخيراً من قبل أخصائيي التأمين الطبي والتي تعمل كوكيل طرف ثالث وتدعم شركات التأمين الخاص.

وبالإضافة لذلك يتوقع مدراء الشركات الخاصة بشكل عام مشكلات رئيسية للتأمين الصحي الخاص في اليمن بصورة رئيسية لافتقار العمالة المجربة وتكنولوجيا المعلومات ورداءة جودة وتأهيل مقدمي الخدمة وعدم وجود الأدوية الجيدة والرقابة على الأسعار وأسعار القطاع الصحي الغير منظمة وغياب اتحادات المهنيين[33].

وفي اليمن وزارة التجارة والصناعة هي مسئولة عن الإشراف والرقابة على جميع شركات التأمين بما في ذلك مؤمني الصحة من القطاع الخاص. ينظم قانون التأمين وإعادة التأمين سوق التأمين الخاص. لا تستطيع وزارة الصحة العامة والسكان ولا تتدخل في نشاطات سوق التأمين الصحي الخاص ولا يوجد إشراف خاص بالقطاع أو رقابة عليه حتى الآن. ولذلك لا يحق لوزارة الصحة مراجعة سلامة الملائمة الوبائية ولا فرض حزم فوائد معينة من أجل ضمان تغطية رشيدة للمسجلين.

فيما يتعلق بتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني يقترح بعض المؤمنين من القطاع الخاص أن يتم تغطية موظفي القطاع العام والخاص من قبل شركات التأمين الصحي الخاصة[34]. وفي المدة الأخيرة كان لدى وزارة الداخلية رغبة في التعاقد مع اليمنية للتأمين الإسلامي لمنح تغطية فوائد صحية لنحو 100 إلى 120 ألف من الشرطة والموظفين المدنيين. ومع ذلك فإن قسط التأمين لتغطية الموظف فقط (دون الأسرة) سيكون حوالي 200 دولار أمريكي في العام. وهذا كان غير مقبول بالنسبة للوزارة التي حسبت مساهمة بحوالي 20 دولار في العام للمسجل في التأمين. ويظهر هذا المثال الفوارق الواضحة بين تقديرات القطاع العام والاحتساب التأميني من قبل شركات التأمين الخاص. والمشكلة الأخرى التي ذكرها ممثلو المؤسسة العامة للكهرباء تشير إلى تركيز التأمين الصحي الخاص في المدن الكبيرة وعدم وجود فروع ومقدمي خدمة متعاقد معهم في مجموعة المحافظات والمناطق الريفية. وهكذا فإن التأمين الصحي الخاص غير جذاب لأي شركة تعمل على نطاق البلاد وفي المناطق النائية.

في بعض البلدان طور مؤمنو الصحة من القطاع الخاص حزم خدمات أساسية والتي تعطي الوصول والعلاج لأولئك الذين لديهم أكثر المشكلات الصحية شيوعاً. ويقترح مشاركون عديدون بأن نظام التأمين الصحي الوطني

---

[32] اتصال من مجيب عبدالجبار ردمان ، المدير العام للوطنية للتأمين.
[33] اتصال شفوي مع السيد/ صالح بدر ، المدير العام لشركة اليمن الإسلامية للتأمين.
[34] اتصال شفوي مع السيد/ صالح بدر ، المدير العام لشركة اليمن الإسلامية للتأمين.

ينبغي أن يعتمد على شركات التأمين الخاصة وعلى التنافسية المدفوعة بالسوق[35]. وفي اليمن تركز تغطية التأمين الصحي مع ذلك بصورة قوية على الرعاية في المستشفيات وتبحث جميع الشركات الخاصة الموجودة عن مزايا تنافسية بعرض العلاج خارج البلاد. أما المساهمات فهي كبيرة جداً مقارنة بالقوة الشرائية في البلاد وتزيد الاستقطاعات الصريحة من الصرفيات المنفقة في الصحة.

لا تخطط أي من شركات التأمين الصحي الخاص الربحية لتطوير أو إعطاء أي منتج يمكن أن يكون قابلاً لأن يتحمله الجزء أكبر من السكان. لا يتوقع من حزمة فوائد كهذه أن تكون على المستوى الوطني لأنه حتى في القطاع الخاص فإن القدرات الإدارية ضعيفة نسبياً والتعاون مع القطاع العام لا يبدو أنه خيار قابل للحياة. وبالإضافة لذلك فإن مدراء شركات التأمين الخاص يقولون إنهم لا يستطيعون تغطية الفقراء وأن على الحكومة أن تعتني بهم. إن حزم التأمين الخاص القليلة المتاحة في اليمن تركز أساساً على الرعاية عالية الجودة والعلاج خارج البلاد ولذلك فهي بعيدة عن الوفاء بمعظم الأنماط الوبائية واحتياجات الرعاية الصحية للبلاد.

وتلعب شركة أنشئت من قبل صندوق التأمين في هائل سعيد دوراً خاصاً وهي تقع في تعز والتي يمكن اعتبارها شركة تأمين صحي خاصة لا تسعى للربح. إن أكبر مجموعة شركات في اليمن قد كونت برنامج تأمين خاص بها في منتصف التسعينيات من أجل تغطية نفقات الرعاية الصحية لموظفيها. والإشتراك إجباري لكل الموظفين العاملين في إحدى الشركات المشتركة والتمويل يتم تقاسمه بين صاحب العمل والموظفين ويعتمد على الاستقطاعات التلقائية من الرواتب. وتوجد مجموعة آليات إدارة المخاطر واحتواء التكاليف ويتعاون الصندوق مع مقدم خدمة مفضل مملوك للشركة ومرتبط بها بصورة وثيقة لمعظم أنواع الخدمات تقريباً. وفي الآونة الأخيرة بدأ صندوق التأمين لهائل سعيد في مد حصة سوقه المحدودة بإنشاء عقود مع شركات ومؤسسات أخرى وحتى الآن مع شركة إنتاج اصباغ وجامعة تعز. وبهذا فإن صندوق التأمين الموجود في مستشفى هائل سعيد في تعز قد حقق زيادة 15% من المستفيدين ويخطط لمزيد من العقود مع شركات أخرى في تعز. يبدو أن الصندوق مرن فيما يتعلق بطرق التمويل مثلاً مساهمات موظفي الجامعة هي أسعار متساوية للفرد وبذلك لا ترتبط بالأجور. وحيث أن صندوق التأمين لهائل سعيد مرتبط بالاقتصاد الرسمي وبأكثر مجموعة الشركات الخاصة نجاحاً في اليمن فإن الدروس المستفادة لنظام تأمين صحي وطني تتضمن نفس الحدود كما هي مذكورة عموماً لبرامج الشركات. ومع ذلك فإن هذا النوع من برامج الفوائد الصحية الغير ربحي يستحق مزيد من المراقبة والتقدير من أجل تقييم إمكانيتة في المساهمة في التغطية الشاملة. ويصدق هذا خصوصاً لأنه في حالة مجموعة هائل سعيد يمكن ملاحظة جهود الإزدواجية مع منظمات خيرية تديرها الشركة. ولقد أكتسب اتحاد الشركات التجربة برفع التأمين الصحي مع تمويل إضافي من خلال الهبات والزكاة وفوائد الرعاية وأثبت أن مشروعات أساسها المساهمة يمكن إكمالها بموارد أخرى مخصصة لأغراض محددة.

5-4 برامج القطاع العام

إن محاولات القطاع العام في تنفيذ التأمين الصحي لها تاريخ طويل نسبياً بدأ عملياً منذ وحدة الدولتين اليمنيتين. وفي الحقيقة فإن اهتمام الحكومة بالتأمين الصحي قد ظهر أخيراً منذ عام 1992م. ومع ذلك فإن استدامة مختلف المبادرات والمقترحات كان من الصعب تحقيقه لأنها كانت معتمدة بدرجة كبيرة على أشخاص وتوقفت دائماً عندما أختفت الشخصيات المسئولة من المسرح السياسي. وتعطي القائمة التالية صورة عن مختلف المحاولات ومقترحات القوانين التي بدأت منذ عام 1990م.

الجدول رقم (31): محاولات القطاع العام في التأمين الصحي

العام	المبادرات
1990	المحاولات الأولى للتأمين الصحي في عام 1990م. غادر وفد إلى تونس برئاسة الدكتور/ احمد محمد ، المدير العام لمستشفى الثورة والوزير السابق لقمان مروجين لأفكار التأمين الصحي في ذلك الوقت ومدعومين من قبل رئيس الوزراء الإشتراكي حينها. دراسة سي روس انتوني (من المعونة الأمريكية) تقترح بدء التأمين الاجتماعي بموظفي الحكومة وبمساهمة بمعدل متساوي للأفراد.

[35] الدكتور/ احمد الهمداني – رئيس مجلس إدارة البنك الوطني ويحيى محمد الخولاني – رئيس الاتحاد العام لنقابات العمال في اليمن.

الجدول رقم (31): محاولات القطاع العام في التأمين الصحي	
العام	**المبادرات**
1991 / 1990	أول مشروع تأمين صحي للقطاع العام فقط: معدل المساهمة المقترح 3% للموظف بالإضافة إلى 4% (الحكومة = صاحب العمل) والتمويل من خلال استقطاعات من الرواتب وحزمة فوائد شاملة نسبية لكنها محدودة على صاحب العمل وعدم العضوية لأفراد الأسرة.
1991	إدخال استقطاع 2% من الرواتب للتأمين الصحي.
1994	مقترح تأمين صحي لاختبار ريادي في مستشفى الثورة: تغطية شاملة (في السنوات الثلاث الأولى) لا يشمل العلاج في الخارج وعلاج داخلي مجاني في مستشفى الثورة و 20% دفع مشترك للرعاية الخارجية. تغطية المعالين بمساهمة إضافية بمعدل متساوي (75 ريال يمني للمرأة و 50 ريال يمني للطفل). وكان يعتقد أنه حافز لتنظيم الأسرة.
1995	استعادة المناقشة حول التأمين الصحي في اليمن على الأجندة السياسية كان متزامناً مع تنفيذ تشارك التكلفة. إعداد وتقديم أول مشروع تأمين صحي للجيش إلى البرلمان ومجلس الوزراء: نسبة المساهمة المقترحة للجنود 2% وللضباط 3% من الراتب.
2000	زيارة مدير الصحة من السودان (فدعق 2005) وثاني تقديم لمقترح قانون التأمين الصحي العسكري إلى مجلس الوزراء.
2001	تقدير أولي لجدوى إنشاء نظام رعاية صحية على أساس التأمين الصحي الاجتماعي بدعم من منظمة الصحة العالمية (فارزن 2001) وقد رفضت الاستنتاجات والتوصيات طالما أنها عالجت بصورة أساسية توليد الدخل وليس التحسينات الموازية في نوعية وكمية الرعاية. التقديم الثالث لمقترح قانون الجيش إلى مجلس الوزراء.
2002	في الأول من مارس طلب نائب رئيس الوزراء من وزارة الصحة العامة والسكان باسم مجلس الوزراء إنشاء صندوق تأمين اجتماعي طالباً جدول زمني بنهاية نفس الشهر. تم القيام بمسح برامج التأمين الصحي الموجودة بمساعدة الدعم لإصلاح القطاع الصحي من اللجنة الأوروبية (كونستيبل 2002) وقد شمل مسح شركات التأمين الصحي الخاصة وبرامج التأمين للقطاع العام والتأمين الصحي في المستشفيات والبرامج المدفوعة مسبقاً والتأمين الصحي في الشركات وبرامج أخرى. إن المذكرات الأساسية حول إعداد إستراتيجية تمويل الرعاية الصحية الوطنية قد أقترحت وقد أوصي بورشة عمل تدريبية لتمويل الرعاية الصحية وإصلاحات الرعاية الصحية المرتبطة بها. في أبريل نظمت وزارة الصحة العامة والسكان مدعومة بدعم من إصلاح القطاع الصحي للجنة الأوروبية ورشة عمل تدريبية لأربعة أيام تحت عنوان "مفهوم وتفعيل تمويل الرعاية الصحية والتأمين الصحي في البلدان النامية".
2003	تم القيام بمشاورات من قبل منظمة الصحة العالمية في أكتوبر حول مقترح قانون التأمين الصحي الاجتماعي وقد قدمت مسودة القانون بصورة عامة إطار عمل جيد لتطوير الضمان الاجتماعي بما في ذلك التأمين الصحي لموظفي الخدمة المدنية والموظفين في القطاع الرسمي. تمت صياغة قانون التأمين الصحي في لجنة مكونة من وزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة المالية ووزارة الشئون الاجتماعية والعمل ممثلة بهيئات التقاعد ووزارة الصحة العامة والسكان. جرت استشارة الاتحادات العمالية والشركاء الآخرين ومجلس الشورى كذلك وقدمت التوصيات إلى الرئيس من قبل رئيس الوزراء لمباشرة تنفيذ القانون. تم إنشاء لجنة وطنية للتأمين الصحي بمشاركة وزارة الصحة العامة والسكان ووزارة المالية ووزارة الشئون الاجتماعية والعمل ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات واتحاد العمال والغرفة التجارية وآخرين.

الجدول رقم (31): محاولات القطاع العام في التأمين الصحي	
العام	المبادرات
2004	قدم مقترح قانون التأمين الصحي والعمل إلى مجلس الوزراء لكن مجلس الوزراء رفض الموافقة وأجله من أجل مزيد من التفكير وأشترط موافقة على دراسة مسبقة وقد خشيت وزارة المالية خصوصاً ووزارة الشئون الاجتماعية والعمل بأن اليمن غير جاهزة للتأمين الصحي. إن جزء من الحكومة وخاصة وزارة المالية قد شاركت وجهة النظر هذه. أما التقديم الرابع لنسخة معدلة من قانون التأمين الصحي العسكري إلى مجلس الوزراء فقد تم بمعدلات مساهمة 3% للجنود و5% للضباط. كانت وزارة الداخلية راغبة في التعاقد مع اليمن للتأمين الإسلامي من أجل منح تغطية فوائد صحية لـ 100 إلى 120 ألف من الموظفين المدنيين غير أن قسط التأمين لتغطية الموظف فقط (دون الأسرة) كانت حوالي 200 دولار أمريكي في العام وهو مبلغ كبير بالنسبة لوزارة توقعت مساهمة في حدود 20 دولار أمريكي في العام لكل مسجل في التأمين.
2005	دراسة "نحو نظام تأمين صحي وطني" أتخذ بها قرار من قبل مجلس الوزراء وأوكلت إلى وزارة الصحة العامة والسكان. مقترح قانون ببرنامج تأمين صحي للشرطة خطط له ويناقش حالياً في وزارة الداخلية لكنه غير متوفر حالياً حتى كمسودة.

إن عدم الاستمرارية السياسية هي مشكلة رئيسية وتفاقم من العوائق الحالية الأخرى لسياسة اجتماعية حاسمة في اليمن. إن عدة مقترحات لم تتغلب على وضع الوثائق المكتوبة الورقية التي تختفي في الأدراج الكثيرة للمكاتب المستعملة بأقل من طاقتها. فعلى سبيل المثال فإن المشروع التجريبي الذي به يشتري الصندوق الخدمات من مستشفى الثورة على أساس ضريبة الرؤوس قد أحتوى على جوانب تفصيلية جداً وقدم إلى وزارة الصحة العامة والسكان من قبل نائب العميد الحالي لكلية الطب بجامعة صنعاء من ضمن آخرين. ومع ذلك ففي كل وقت تتغير فيه الإدارة أو الوزير فإن كل المحاولات والأفكار السابقة يجري دفنها والذاكرة المؤسسية لم تتطور بصورة تسمح بالاحتفاظ ومزيد من التطوير للمفاهيم والمقترحات.

ومن الواضح إن اليمن لا يمكن أن تنظر إلى الوراء لثروة مثيرة من المبادرات والمقترحات العامة لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني أو اجتماعي. وربما يكون الأمر أن المقترحات تستحق إعادة فحصها في الوضع الحالي بينما البلد لازالت تنظر لمناهج مناسبة لتنفيذ التأمين الصحي في اليمن. لا يمثل الإطار القانوني العام مشكلة كبيرة وفي الحقيقة فإن قانون العمل الذي أصبح نافذاً في منتصف التسعينيات يتوقع حماية صحية للموظفين المستقلين. ومع ذلك لا يطبق بصورة نظامية وتعتمد الفوائد الممنوحة أساساً على معايير أصحاب العمل.

6-4 مبادرات أخرى

لقد طورت شركات القطاع العام سلسلة واسعة من حزم الفوائد الموجهة نحو الحماية الاجتماعية في الصحة لكنها جميعاً برامج صغيرة الحجم نفذت على مستوى الشركات. ومع ذلك فلازالت بعيدة عن بناء برنامج عام ويجب النظر إليها بدلاً عن ذلك كمبادرات مشروعات عامة. وفي نفس الطريقة فإن كثير من المشروعات الخاصة قد نفذت قانون العمل بإعطاء فوائد رعاية صحية لموظفيها (أنظر 4-3). وبدون شك فإن برامج الفوائد الصحية التي تقودها الشركات لديها إمكانية أن تصبح عناصر هامة ونقاط تركيز لنظام التأمين الصحي الوطني. وخلال السنوات الأخيرة تكتشف شركات التأمين الخاص ببطء السوق الوطنية للتأمين الصحي الذي يقدم تقليدياً من قبل ممثلي طرف ثالث لشركات دولية. إن المحاولات الحذرة لتطوير سوق تأمين صحي وطني في اليمن قد دعمت في الآونة الأخيرة من قبل أخصائيي التأمين الطبي بإعطاء الخبرة وربما إعادة التأمين للمؤمنين من القطاع الخاص في اليمن.

يبدو أنه لازال مبكراً الحديث حول تأمين صحي مجتمعي كبرنامج عام. ومع ذلك فإن التخطيط لبرامج المجتمع وتصميمها مستمر والمفاهيم تنتظر القبول من قبل المشاركين المحليين والتنفيذ الميداني. وبالإضافة لذلك توجد سلسلة واسعة من برامج التضامن أو الممارسات في البلاد وبصورة رئيسية في المناطق الريفية والمناطق النائية ولكن كذلك في التجمعات الحضرية مثال في المناطق المجاورة وفي أماكن العمل والمجتمعات. وفي هذا الإطار فالتحقيق الذي بدأته أوكسفام في عام 2001م في مجال الحماية الاجتماعية الغير رسمية هو محاولة عالية القيمة

لتحليل ملامح ونمط التضامن المتأصل والدعم التعاوني في اليمن. كان بمقدور فريق المنظمة الغير حكومية الكشف والتقدير لسلسلة من مفاهيم وممارسات التضامن في المجتمع التي ينبغي أخذها في الاعتبار بتخطيط وتنفيذ تأمين صحي في البلاد (أنظر 4-1) ومع ذلك يمكن ظهور مزيد من المبادرات وينبغي التحقيق فيها من أجل إثراء التجربة الوطنية للدعم التعاوني والتضامن لمصلحة نظام تأمين صحي وطني.

5- الأهداف والتوقعات

سيتم الحكم على نظام التأمين الصحي الوطني فيما يتعلق بإنجازات التحسينات الموعود بها والنجاح وكذلك الاستدامة سيعتمدان على دعم المجتمع بكامله. إن تحقيق الأهداف وإنجاز دعم مجتمعي واسع يتطلب المهنية من جانب في التصميم الفني مثلاً فيما يتعلق بالجدوى الاقتصادية والإدارية. ومن جانب آخر فإنه أمر حاسم مماشاة المؤسسات الجديدة التي لها قيم وعمليات تاريخية أدت إلى الخواص الحالية للسياسة والحركات العمالية والأنماط المجتمعية وتوزيع الثروة والفقر والدين والثقافة.

إن أثر البيئة الاجتماعية السياسية الحالية والمعوقات المرتبطة بها في تحقيق الأهداف الكلية يقلل من تقديرها في أحيان كثيرة عند إعداد برامج حماية صحية جديدة. ومع ذلك فإن التجربة الدولية في تنفيذ برامج تأمين صحي على نطاق الأمة تظهر أن الافتقار إلى دعم المشاركين الرئيسين وحتى الفشل يمكن أن يكون نتيجة سوء مقارنة النظام الجديد مع الهياكل الموجودة والأنماط السلوكية في المجتمع. ولذلك فمن الضروري إعداد ملامح السياسة التي تواجه التحديات خارج الجدوى الفنية وبذلك ضمان أمكانية تحقيق الأهداف الكلية.

5-1 الأهداف والمبادئ الإرشادية

يشدد الإطار القانوني والسياسي الشامل الحالي في اليمن على تحسين ظروف المعيشة والبيئة الاجتماعية والاقتصادية والصحة والسكان. تنعكس هذه الأهداف الشاملة في إصلاحات القطاع الصحي في الماضي والمسودة النهائية لقانون التأمين الصحي الاجتماعي والبرامج الرئيسية والنشاطات التي تقوم بها الحكومة اليمنية والمؤسسات الأخرى بالتعاون مع المنظمات الدولية والثنائية مثل منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي والتعاون الفني الألماني.

شملت النشاطات الدولية مشاريع التعاون الفني التي تدعمها منظمة العمل الدولي مثل التحليل المقارن للتشريعات والممارسات الوطنية في ضوء المعاهدات الأساسية لمنظمة العمل الدولي والمكونات المنفذة المتعلقة بأنظمة معلومات سوق العمل وتنمية الموارد البشرية. وبالإضافة لذلك تستفيد منظمات العمال وأصحاب العمل في اليمن من مساهمات مكتب العمل الدولي الفنية والمالية. وقد أدى هذا إلى المصادقة على الكثير من معاهدات مكتب العمل الدولي بما في ذلك كل المعاهدات الأساسية الثمان تحديداً:

- معاهدة رقم (29) العمل القسري 1930م.
- معاهدة رقم (87) حرية تكوين الجمعيات وحماية الحق في التنظيم 1948م.
- معاهدة رقم (98) الحق في التنظيم والمفاوضات الجماعية 1949م.
- معاهدة رقم (100): معاهدة الأجور المتساوية 1951م.
- معاهد رقم (105): إلغاء العمل القسري 1957م.
- معاهدة رقم (111): التمييز (الاستخدام والتشغيل) 1958م.
- معاهدة رقم (138): معاهدة الحد العمري الأدنى 1973م.
- معاهدة رقم (182): أسوا أشكال عمالة الأطفال 1999م.
- معاهدة رقم (144): المشاورات ثلاثية الأطراف (معايير العمل الدولية) 1976م.

وحالياً, يقوم اتحاد التعاون الفني الألماني ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي في التأمين الاجتماعي بدعم جهود الحكومة في إدخال نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن.

يهدف الإطار السياسي الشامل للتأمين الصحي الوطني في اليمن إلى المساهمة في صحة أفضل وخصوصاً للفقراء من خلال تحسين آليات التمويل. وبذلك على نظام التأمين الصحي الوطني أن يكافح من أجل وصول شامل إلى الخدمات الصحية وربطها بالبرامج والنشاطات المتعلقة بتحقيق أهداف التنمية الألفية وإستراتيجيات تخفيض الفقر وخصوصاً الجهود ذات الصلة في هذا الإطار للقضاء على الفقر المدقع وتشجيع مساواة الجنسين وبصورة خاصة إزالة الحواجز أمام وصول المرأة إلى الرعاية وتخفيض وفيات الأطفال وتحسين الصحة العقلية ومكافحة نقص المناعة HIV والسل والملاريا والأمراض الأخرى.

وبالنتيجة يحتاج تصميم التأمين الصحي الوطني إلى أن يشدد على الأهداف الرئيسية التالية:

- تحقيق وصول شامل من خلال إدخال تغطية التأمين الصحي الوطني والحماية من الفقر المرتبطة بالصحة. ويشمل هذا ضمان أن التغطية تصل إلى الفقراء والمرأة والمهاجرين والمسنين والمتقاعدين والمجموعات الهشة الأخرى. وبالإضافة لذلك فإن إدماج المستبعدين ينبغي أن يركز على الاستجابة إلى الاحتياجات وتحسين قابلية الوصول والاستفادة من الخدمات الصحية بينما يؤخذ في الاعتبار قدرة الأسر على الدفع.
- الكفاح من أجل استدامة وتضامن التمويل على أساس الحكم الجيد والاستخدام الكفؤ للموارد. ينبغي أن يؤدي هذا إلى تخفيض كبير أو إلغاء لرسوم المستخدمين للمجموعات الهشة مثل الفقراء والنساء والأطفال وخصوصاً في الرعاية الأولية. أما الملامح الأخرى التي ينبغي أخذها في الاعتبار فتشمل الرقابة الفاعلة والتدقيق للأموال والرقابة على تنفيذ القوانين والأنظمة.
- دعم الدور النشط للدولة في تقديم وتشجيع وتوسيع التأمين الصحي الوطني. ويشمل ذلك دعم إعداد الآليات الابتكارية مثل برامج التأمين الصغيرة في المجتمع وبالخصوص في المناطق ذات القدرات الإدارية والمالية المتدنية حيث من غير الممكن تقديم التغطية مباشرة من خلال البرامج النظامية. الارتباطات بين التأمين الصحي الوطني والبرامج الابتكارية ينبغي أن ينبني من أجل بقاء برامج صغيرة الحجم ودعم تقديم حزم فوائد شاملة.

هناك عدة خيارات للتعامل مع هذه الأهداف الأساسية بحسب الوسائل المالية والإطار الاقتصادي والاجتماعي الاقتصادي وهناك قدر كبير من المرونة بالنسبة لكيفية تحقيقها. تشمل الأهداف الإستراتيجية تعظيم العضوية والدخل والفوائد على سبيل المثال من خلال تحسين كفاءة الإدارة واللامركزية وإتخاذ القرار الذي توجهه الحاجة في حزم الفوائد.

تساعد بعض المبادئ الإرشادية المتفق عليها عموماً في التعرف على الطرق الملائمة في الوفاء بالأهداف المذكورة:

- المساواة في العلاج والمساواة في الحصول على الخدمات الصحية.
- التضامن في التمويل من خلال الأموال المجمعة للمخاطر.
- الشمولية في تأطير الحقوق.
- المسئولية الشاملة للدولة.
- الإدارة الشفافة والديمقراطية بما في ذلك نهج الإدارة التشاركي والحكم على أساس الحوار الاجتماعي مع العمال والموظفين والشركاء الآخرين.

عند تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار بأن العملية السياسية لإتخاذ القرار الجماعي والاشتراك النشط لجميع الشركاء في التأمين الصحي الوطني سيستغرق وقتاً ويتطلب موارد. يشمل الشركاء الأساسيين في نظام التأمين الصحي الوطني إلى جانب ممثلي الأعضاء أعضاء محتملين مثل المستبعدين ومنظمات العمال وأصحاب العمل والحكومة وبرامج المجتمع والبرامج الابتكارية الأخرى التي توفر الخدمات الصحية والفقراء والنساء والمهن الطبية ومقدمي الخدمات والمانحين. وبالإضافة لذلك فإن الحصول على الموافقة من مختلف الأطراف الخارجية مثل اللجنة الوطنية للمرأة لزيادة التعاون ستكون قضايا رئيسية.

2-5 الوفاء بالأهداف الشاملة من خلال التطرق إلى التحديات الاجتماعية السياسية في تصميم وتنفيذ التأمين الصحي الوطني

من أجل الوفاء بهذه الأهداف فإن النظام الصحي اليمني ومؤسساته وسلوك الأفراد والأسر والسكان جميعهم بحاجة إلى التقيد بالتغيير والتكيف معه. إن إطار سياسة ممكنة من أجل برنامج تأمين صحي وطني عادل ومستدام في اليمن يتطلب بصورة خاصة إزاحة الحواجز وتطوير حلول خاصة بالبلاد ويبقى ذلك صحيحاً بصورة خاصة لجوانب الفقر المرتبطة بالصحة وتمكين الفقراء وعدم مساواة الجنسين والأثر على الوصول إلى الخدمات الصحية والمساءلة والفساد المرتبط بالخدمات الصحية.

يبين أحدث تقرير لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي أن اليمن "موبوءة بالفساد" في كل القطاعات بما في ذلك تلك الهيئات المكلفة بالمساءلة ومنع الفساد. إن إنعدام المساءلة السياسية مرتبط بصورة وثيقة بفقدان فصل السلطات وتركيز السلطات[36] وهكذا فإن السيطرة على أعمدة الدولة محدودة ومشاركة اليمن في "الحرب على الإرهاب" هو السبب الوحيد بالتأكيد لماذا الولايات المتحدة الأمريكية تمتنع عن إبداء الملاحظات على إنعدام الشفافية والمساءلة السياسية. إن الصحفيين الذين يبرزون للجمهور حوادث مخالفة ويكتبون حول إمكانية الاحتيال حيث يمكن تورط ممثلين للحكومة يتعرضون لمخاطرة أن يصبحوا ضحايا الاختطاف والانتهاكات الجسدية. يذهب سياسيو أحزاب المعارضة إلى الجمهور لنقد ممارسة الإثراء الشخصي والجزافية وحصانة المجموعات القوية وذات الامتيازات. فيما يتعلق بالنظام الصحي في اليمن تواجه وزارة الصحة والسكان إتهامات قوية بأنها قلعة سوء استخدام وتضليل للموارد . وبسبب الوضع في القائمة السوداء كان على الوزير أن يبدأ بإغلاق 107 مؤسسة صحية في البلاد بعد انتهاكات صحية عامة (يمن تايمز 12 سبتمبر 2005م).
وهذه العوامل لها تأثيرات عميقة على حصول المستفيدين في المستقبل على الخدمات الصحية وكذلك على العدالة والمساواة. وسوف تؤثر بصورة مباشرة على فعالية البرنامج. وطبقاً لذلك يحتاج تصميم وتنفيذ النظام الصحي الوطني إلى معالجة دليل ذوصلة بالبيئة الاجتماعية السياسية للبلاد. وعليه ان يتخذ إجراءات من اجل أن يمنع قدر الإمكان السلوك الفاسد لموظفي التأمين الصحي والتقليل من الاحتيال والوقوف أمام العجز فيما يتعلق بالثقة والاعتمادية الاجتماعية.

1-2-5 جوانب صحية تتعلق بالفقر وتمكين الفقراء

تعيش قطاعات واسعة من السكان في اليمن في فقر مدقع. وتؤثر محدودية الحصول على الخدمات الصحية على اعتلال الصحة وضمان الدخل والفقر ومن جانب آخر يمكن أن يسهم تطوير النظام الصحي بشكل كبير في تخفيف الفقر وهو جزء مكمل للتنمية المستدامة.

في البلدان النامية يتعرض 178 مليون شخص في العام إلى نفقات صحية كارثية وأكثر من 100 مليون يدفعون إلى الفقر بسبب تكاليف الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية 2005 C). وبالنظر إلى حصة المدفوعات المنفقة على النفقات الصحية في اليمن يمكن الافتراض فيها أن تكاليف الرعاية الصحية تلعب دوراً مهماً في الإفقار وتعمق فقر السكان. وفي أحيان كثيرة يتحمل الفقراء العبء المالي لاعتلال الصحة وفقدان الدخل والوفورات المرتبطة بذلك. وفي حالات كثيرة يؤدي اعتلال الصحة إلى فخ الفقر الطبي. ومن أجل مماشاة العبء لمالي لاعتلال الصحة تستخدم الأسر في أحيان كثيرة إستراتيجيات مهددة للرفاهية على سبيل المثال بيع الأصول مثل الأرض.

وحتى أولئك الذين لديهم نوع من الحماية الصحية يمكن أن يعانوا من أن حزم الفوائد لا تحميهم من التكاليف الكارثية. ويعني ذلك أنهم يتجاوزون قدرة الأسر على الدفع وعلى الناس أن يستخدموا وفوراتهم أو حتى بيع الأصول الهامة للحصول على الدخل. وبالتالي المعاناة من تأثيرات الفقر السلبية وسوء التغذية ووفيات الأطفال وصحة الأمومة والأمراض مثل الإيدز. إن المعنيين أكثر هم سكان الأرياف والنساء والعمال في الاقتصاد الغير رسمي والمستخدمين لأنفسهم والعاطلين عن العمل والمسنين. وكنتيجة لذلك تظهر عدم المساواة في الوصول واستثناء مجموعات معينة. ويصبح هذا الوضع أكثر سوءاً بضعف إنفاذ القانون والعجز المؤسسي.

[36] الرئيس هو القائد الأعلى للقوات المسلحة ورئيس مجلس القضاء الأعلى ورئيس الحزب الحاكم الذي له أغلبية واسعة في البرلمان.

ومن وجهة النظر الاقتصادية فإن الأمراض التي لا تعالج وإنعدام الحصول على الخدمات الصحية يؤثر على الإنتاجية ودخل الفرد وسنوات من الدخل بسبب إنخفاض توقع الحياة والوضع الصحي.

وبالإضافة لذلك فإن تشتيت التمويل الصحي يمكن أن ينتج عنه زيادة النفقات الصحية الوطنية. وأخيراً فإن إنعدام الحصول على الخدمات الصحية يؤثر على القدرة التنافسية للاقتصاد في الأسواق العالمية. ومن وجهة النظر الاجتماعية فإن تحسن الحصول على الخدمات وتحسن المساواة المرتبطة بذلك تؤدي إلى تنمية اجتماعية وتساعد على تشجيع السلام الاجتماعي والاستقرار.

ومقابل هذه الخلفية سيكون من الضروري تغطية المجموعات الأكثر هشاشة من البداية الأولى لتنفيذ نظام التأمين الصحي. إن تغطية أولئك الميسورين يحتاج أن يجمع مع زيادة تغطية الفقراء من أجل المشاركة في الأموال المخصصة للمخاطر على أساس التضامن. إن التغطية المقتصرة على مجموعات مغلقة مثل الشرطة والعسكريين لا تتماشى مع الأهداف الرئيسية للقانون ولا يمكن النظر إليها على أنها خيار قابل للحياة. وبالإضافة لذلك من الضروري إدماج كل شركاء التأمين الصحي الوطني كما أوجز بأعلاه في عملية إتخاذ القرار وإدارة النظام الجديد. سيكون من الضروري إشراك أولئك الأكثر احتياجاً بصورة خاصة. إن مشاركة واسعة لهذه المجموعات ستضمن أن النظام الجديد يرشد بصورة كافية ويكيف للاحتياجات ويكسب ثقة السكان ويتلقى الدعم التمويلي الوطني والدولي.

إن تمكين الفقراء ومؤسساتهم الصحية المبنية على التضامن وكذلك النساء هو أمر أساسي لنجاح نظام التأمين الصحي الوطني. وبالرغم من مستويات كبيرة من الأمية وإنعدام الوعي بالعمليات السياسية فإن تحسين حصول هذه المجموعات على الخدمات الصحية سيشكل الرأي العام حول النظام الجديد ويؤثر على التهرب من دفع المساهمات. لذلك سيكون من الضروري طلب التغذية الرجعية وتمكين هذه المجموعات أي من خلال تقديم التدريب الفني والإداري وإعداد كتيبات ومواد أخرى ذات صلة حول النظام الصحي الوطني.

وبالنظر إلى النسبة الكبيرة من الفقراء الذين يعيشون ويعملون في الاقتصاد الغير رسمي في اليمن سيكون من الضروري كذلك إشراك مجتمعات ومنظمات غير حكومية في البحث عن حلول لتناول الفقر المرتبط بالصحة في مشروعات ترتبط بنظام التأمين الصحي الوطني. يمكن للمجتمعات وبرامجها أن تكون فعالة جداً في الوصول إلى الفقراء وتحصيل مساهمات العاملين في القطاع الغير رسمي وتخفيض النفقات للأكثر هشاشة. ينبغي تقديم الدعم لتنفيذ وتطوير هذه البرامج من خلال تعزيز المهارات في المحاسبة والإدارة وتخصيص الميزانيات الصحية وإيجاد الشفافية فيما يتعلق بميزانيات الصحة والتخصيص والإنفاق والرقابة المستمرة على عملية التنفيذ.

ومن أجل دعم ديمومة الأموال المخصصة للمخاطر التي هي في أحيان كثيرة على نطاق صغير سيكون من المفيد البحث عن علاقات مالية وإدارية مناسبة للتأمين الصحي الوطني وتوفير الدعم المالي والفني فيما يتعلق بالإدارة والإشراف والحكم. ومن أجل الوصول إلى العمال بصورة أفضل في الاقتصاد الغير رسمي وأسرهم من المستحسن أن تجري عملية لامركزية كفؤة لنظام التأمين الصحي الوطني وتتكون ليس من هيئة واحدة فقط وإنما شبكة من كل البرامج والمؤسسات التي تقدم الخدمات إلى السكان. إن التمويل الخارجي مثل الهبات والقروض ينبغي أن تعوض النقص في الدخل. ومع ذلك ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار أن التمويل الخارجي غير مستدام وأن زيادة الاعتماد يمكن أن يعوق تنفيذ نظام الصحة الوطني.

5-2-2 مساواة الجنسين والوصول إلى الخدمات الصحية

السكان من الإناث اليمنيات مهمش بصورة كبيرة ومستثنى من عدد كبير من النشاطات الاجتماعية الاقتصادية. يتميز وضع النساء بنسبة عالية من أمية الإناث (74% في ريف اليمن بحسب مسح القوة العامة لمنظمة العمل الدولي لعام 1999م) والتي غالبا ما تؤدي إلى إنعدام المعلومات المتعلقة بحقوقهن مثل العلاج المجاني في الخدمات الصحية العامة. وبالنتيجة فإن هذه الحقوق لا تستخدم ويمكن أن لا يحصلن على الخدمات الصحية بسبب المدفوعات المنفقة الكبيرة.

وبالإضافة لذلك فإن مشاركة النساء في سوق العمل الرسمي بنسبة 21.8% منخفضة مقارنة بـ 69.9% من مشاركة الذكور. وفي الوقع أن 13.8% من استخدام الإناث هو في وظائف مدفوعة الأجر (مكتب العمل الدولي 1999). إن مساهمة الإناث في سوق العمل (92.7%) معظمها في القطاع الخاص وبصورة خاصة في الزراعة (87.2%) (مكتب العمل الدولي 1999). وعند تصميم برنامج تأمين صحي وطني هناك حاجة أن يؤخذ

بالاعتبار أنه حتى أغلبية النساء العاملات لن يستفدن من تحسين الحصول على الخدمات الصحية إذا لم تشمل التغطية أفراد الأسرة.

إن الميزة الأخرى ذات الصلة لسوق العمل تتضمن حقيقة أن معظم الموظفين المتزوجين في اليمن يعيشون لحسابهم في المدن الكبيرة بينما زوجاتهم وأسرهم يعيشون في المناطق الريفية. وينطبق هذا بصورة خاصة على الأشخاص العاملين في الشرطة والجيش لكن كذلك على مجموعات أخرى خاصة الفقراء والأسر ذات الدخل المنخفض. وهذا النمط بحاجة إلى أخذه في الاعتبار عند اتخاذ القرار حول تغطية التأمين الصحي الوطني: بالنظر إلى إنعدام البنية التحتية الطبية في المناطق الريفية فإن الاستبعاد الفعلي للنساء والأطفال من الحصول على الخدمات الصحية يمكن أن يكون هو النتيجة. إن الخيارات التي تحصر التغطية على هذه المجموعات وحتى إذا نظر إليها فقط في الحالة البدائية للتنفيذ فهي تناقض الهدف الشامل للوصول المتساوي والمساواة. وعلى الرغم من حقيقة أن القوانين اليمنية تراعي أن الرجال والنساء يتمتعون بحقوق والتزامات متساوية فهناك الكثير من العادات الاجتماعية الثقافية التي تقوض المساواة بصورة كبيرة. وهي تتضمن إذن الزوج بأن تعمل في القطاع العام والقيود على حركة المرأة خارج بيتها وقيود الشرشف وإنعدام الحصول على الموارد والتحكم فيها.

إن هذه العادات الاجتماعية الاقتصادية لها تأثير كبير على وصول المرأة إلى الخدمات الصحية وبحاجة إلى أخذها بالاعتبار عند صياغة نظام التأمين الصحي الوطني. وتوضح الأمثلة التالية درجة التمييز التي تتحدى المرأة في اليمن:

- وحتى نساء الأعمال يعشن تحت قيود الحركة ولا يمكنهن مغادرة بيوتهن دون مرافقة أو "الأطمئنان" من قبل الزوج أو الأب أو الأبن. وهذا عائق كبير على سبيل المثال للقابلات.
- وإذا مرضت فإن المرأة وأطفالها يجب أن تأخذ الموافقة وتحتاج إلى مرافقة / حراسة مثلاً من قبل أزواجهن أو آبائهن أو الأخوة أو الأبناء إذا أردن الحصول على الخدمات الصحية. وبسبب تأثيرات الوقت والتكلفة للمدفوعات المنفقة فإن هذا يرفض في أحيان كثيرة حتى مراحل حادة من المرض. وبالإضافة لذلك فإن تكاليف المواصلات إلى الخدمات الصحية تتضاعف.
- تحتاج الطبيبات والممرضات إلى تغطية الرأس – وفي بعض الأحيان حتى كامل الوجه باستثناء عيونهن مع بالشراشف حتى عند قيامهن بمهنتهن.
- وتنطبق نفس القاعدة على المرضى من الإناث اللائي يسمح لهن فقط بإزالة الشرشف إذا كان العلاج سيتم في الوجه.

ويزداد هذا الوضع سوءاً بحقيقة أنه في حالات كثيرة تعطى صحة الذكور الأولوية في تخصيص الميزانية الصحية في حالة ندرة الموارد. إن المثال الدارج يمكن أن نراه في إنعدام الميزانيات المخصصة لبنوك الدم المستخدمة بـ 45% من قبل النساء اللائي يضعن مواليدهن. وهذه الأنماط والبنية الطبية الرديئة وخصوصاً في المناطق الريفية لها تأثيرات بعيدة المدى على حصول النساء والأطفال على الخدمات الصحية وأوضاعهم الصحية. أما النساء في الأسر الفقيرة فهن غالباً الضحايا الأكثر لهذه العادات. إن توقع الحياة للنساء ووفيات الأطفال والمعدلات العالية من سرطان الثدي وعنق الرحم تعكس نموذج الحياة هذا والظروف الموصوفة المرتبطة بذلك.

وتجاه هذه الخلفية فليس من المستغرب أن للفقر في أحيان كثيرة وجه مؤنث في اليمن. لذلك يحتاج نظام التأمين الصحي الوطني الجديد إلى تناول قضايا المرأة كما هو مبين بأعلاه. إن الهدف الشامل في هذا الخصوص ينبغي أن يكون تحسين حصول المرأة على الخدمات الصحية من خلال ميزات مثل:

- التمثيل المتساوي للنساء والرجال في المؤسسات الاستشارية والتنفيذية الجديدة مثل مجموعة مهمة الشركاء ومجلس الإدارة لهيئة التأمين الصحي ومؤسسات الرقابة.
- تمثيل متساوي للمستشارين من الإناث والرجال في تصميم حزم الفوائد والمجموعات الاستشارية الأخرى.
- إدراج الأسر في تغطية التأمين الصحي الوطني.
- تمديد التغطية لسكان الأرياف والفقراء والعمال وأسرهم في القطاع الغير رسمي من بداية مراحل التنفيذ.
- نصوص معينة لتحسين حصول المرأة على الخدمات الصحية مثل الحوافز المالية للفحوصات المنتظمة للنساء والأطفال.

- تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية من خلال أطباء متنقلين يزورون النساء والأطفال في بيوتهم على سبيل المثال في المناطق الريفية.
- تغطية تكاليف نقل المرافقين للنساء الفقيرات.
- حملات توعية للنساء فيما يتعلق بالحقوق المرتبطة بالتأمين الصحي الوطني.
  - آليات مؤسسية تهدف إلى ضمان مشاركة المرأة في كل مستويات عملية اتخاذ القرار.
  - صياغة سياسات لتخصيص الميزانيات لصحة النساء.

3-2-5 المساءلة والفساد في الإطار الصحي

إن الدلائل المستقاة من الصحف المحلية والرأي العام توحي في حالات كثيرة بأن الأموال المخصصة للقطاع الصحي يتم المساس بها بانعدام المساءلة والفساد. وحالياً يترجم هذا في أحيان كثيرة في تمويل غير كافي للمنشآت الصحية والمستشفيات وانعدام البنية التحتية وتدني نوعية الخدمات ونقص الأدوية وميزانيات تشغيل وصيانة محدودة للمنشآت. وبالإضافة لذلك فإن الوعود القانونية في أحيان كثيرة لا تطبق في الواقع. مثل مجانية العلاج للفقراء أو للنساء عند الولادة والصرفيات المنفقة لا تستعمل بصورة منتظمة. وتجاه هذه الخلفية فإن تهديدات رئيسية لأعضاء وأعضاء محتملين في التأمين الصحي الوطني تتضمن زيادة الفقر بسبب مدفوعات المساهمة دون تحسن الحصول على الخدمات الصحية النوعية. ويشارك في هذه المخاوف الميسورين لأن معدلات المساهمة في برامج الضمان الاجتماعي الحالية قد بلغت 20% من الرواتب ويزيد عليها نحو 15 إلى 22% من الضرائب. ستضيف المساهمات لنظام التأمين الصحي الوطني من هذه الاستقطاعات من الرواتب. وبالإضافة لذلك وفي حالة المرض تتوقع مسودة التشريع لنظام التأمين الصحي الوطني مدفوعات مشتركة تبلغ ثلث سعر الأدوية والخدمات للمؤمن عليها.

وهذا يؤدي إلى درجة عالية من عدم الثقة في المؤسسات العامة ويثير في هذه المرحلة المبكرة من أنظمة التأمين الصحي الوطني نقاشات حول سوء استعمال الأموال التي سيتم تحصيلها. إن مثل هذه الرؤى يمكن أن تؤدي إلى إنعدام دعم المشاركين الأساسيين في النظام الصحي الذين يتراوحون من وزير المالية ومجتمع المانحين الدوليين إلى التهرب من المساهمات وبالتالي فشل الإصلاح. إن الأسباب المتنوعة من وراء الإنعدام الواضح للمساءلة يشمل ضعف رواتب الموظفين في جميع المؤسسات المشاركة في القطاع الصحي وإنعدام الرقابة واستقلالية المؤسسات بما في ذلك مقدمي الخدمة والمشاركين الآخرين. والتدقيق والمراقبة مفقودين في كل مؤسسة تقريباً وحصانة الإثراء الشخصي الغير مشروع وكذلك القبول العام المستمر طويلاً لسوء الاستعمال والفساد. ومن أجل تفادي أي مزيد من الضرر للنوايا الطيبة للإصلاح والتزام الحكومة يقترح أن يتم التناول في مراحل مبكرة جداً بمناقشات داخلية وعامة للإجراءات ضد سوء الاستعمال والفساد في نظام التأمين الصحي الوطني.

إن الإجراءات الفعالة التي تتناول قضايا المساءلة والفساد ينبغي أن يتم توقعها في تصميم النظام الجديد. وهي تتضمن سلسلة من الإجراءات مثل التنفيذ الصارم للحقوق والالتزامات المنظورة بالقانون والشفافية في تخصيص واستعمال الأموال والحكم الديمقراطي والرقابة والتدقيق المستقلين بما في ذلك تلك التي يشترك فيها مدققون دوليون. إن المتابعة الكافية والعقاب للاحتيال الذي يتم اكتشافه على سبيل المثال حرمان مقدمي الخدمة من الدفع لهم يجب أن يكون موجوداً و وكذلك حملات العلاقات العامة حول الفساد التي يجب أن تلعب دوراً هاماً. إن الوسائل الإضافية المفيدة لمنع سوء استعمال الأموال يمكن تناولها بإيجاد آليات إشراف جديدة مثل مجالس المراقبة المحلية وإدخال الحوافز مثل نشر النتائج الإيجابية للتدقيق ونشر المعلومات حول الممارسات الجيدة.

3-5 نمط توقعات المشاركين في المقابلات في اليمن

إن معظم اليمنيين والكثير من المشاركين في المقابلات لا يعرفون ما هو نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني. إن كلمة (تأمين) لها بعض التناقض في العالم الإسلامي وهي ليست دلالة إيجابية على الإطلاق. وقد عزز من هذا لسوء الحظ ظرفان هما:

- تأمينات التقاعد الخاصة والعامة ليس لها سمعة كبيرة. تستقطع المساهمات بانتظام من المرتبات لكن الفوائد تعطى فقط بعيداً في المستقبل للبعض وللآخرين يبدو أن التقاعد ضئيل جداً في حالة يمكن الحصول عليها بعد وقت طويل من الخدمات في الحكومة أو في القطاع الخاص. إن الكثير من الناس – لا يهم الأمر إن كان صحيحاً أو خطئاً – يشكون من صناديق تأمين التقاعد وثلث من جرت مقابلتهم قد ذكروا أن تلك الصناديق ينبغي عدم أخذها كمثل للتأمين الصحي.

- ومنذ بداية التسعينيات كانت الاستقطاعات تؤخذ من المرتبات باسم الخدمات الصحية أو التأمينات الصحية والتي هي في الواقع غير موجودة ولقد عادت المساهمات المستقطعة إلى الخزينة الوطنية وأختفت إلى حد ما. وحدث نفس الشيء مع الاستقطاعات باسم إصابات العمل والتي لم ترى أبداً عودة منظورة في خدمات للعامل أو الموظف. هناك العديد من تلك الاستقطاعات على سبيل المثال في حالة المدرسين الذين بدأت نقابتهم ببرنامج تضامن على أساس استقطاعات طوعية والتي تحولت بعدئذ إلى استقطاعات إجبارية طلبت من وزارة التربية والتعليم دون فوائد عائدة من ذلك.

وحتى من جرت مقابلتهم من رتب عالية وشركاء المناقشة لم يكونوا متحمسين للتأمين الصحي. إن القليل جداً قد عبروا عن أن التأمين الصحي هو ضرورة ولكن مع الإدراك المتحمس لمنافعه لليمن لم يكن من الممكن اكتشافه. إن الكثير من المشاركين في المقابلات وخصوصاً في الأحزاب السياسية قد ذكروا بأن هناك أولويات أكثر أهمية للتعامل معها: "تأمين الغذاء" كما سماه أثنان من المشاركين ومكافحة أمراض الفقر والإجراءات الوقائية لتفادي الأمراض الممكن تفاديها والمعاناة.

ومع ذلك هناك انفتاح مهذب لنقاش قضايا التأمين الصحي وحتى بالتفصيل وبالخصوص بين السياسيين الذين سؤلوا. ولكن التوجه نحو الأهداف والتصور السياسي لم يتم إعطاؤه ولا أي ملاحظة. وبالنسبة لأثنين من الأحزاب المعارضة فإن التأمين الصحي هو ذريعة لتحويل مسئولية معينة للحكومة إلى هيئة تأمين صحي غير معروفة والتي يمكن أن تواجه مشكلات الثقة والمصداقية. وبالنسبة للأحزاب الأخرى هناك أولويات أكثر أهمية للحملات السياسية.

لقد قدمت الاتحادات العمالية ذاتها كأحد الشركاء القليلين جداً المطالبين بالتأمين الصحي. إن توقعاتهم منمطة بحسب تجارب زملاء في الشركات العامة والمختلطة الذين تلقوا فوائد طبية دون دفع مساهمات عنهم. وإنسجاماً مع هذا فإنهم يقبلون معدل مساهمة أقصاه حوالي 2% من مرتباتهم مع حصة 5 إلى 6% من أصحاب العمل. إن مثل هذه المساهمة ينبغي أن توفر أكمل حزمة فوائد ممكنة بما فيها الأب والأم الذين يعيشون في منزل العامل. ويخشى عمال الشركات العامة والمختلطة أن برنامج تأمين صحي وطني سيضر ببرامج الفوائد الحالية التي دافعوا عنها في نزاعات ومفاوضات عمالية طويلة.

إن أصحاب العمل من الشركات العامة راغبين في التأمين الصحي. فيمكنه تخفيض التكاليف الكبيرة التي ينفقونها الآن لحزم الفوائد الطبية وخاصة في حالة الأمراض النادرة والكارثية بصورة كبيرة والتي تحتاج إلى عدة معالجات في الخارج. ويصدق ذات الشيء بالنسبة للشركات الخاصة التي بدأت في إعطاء برامج فوائد إضافية لموظفيها وعامليها بما في ذلك حزم الفوائد الطبية. وزيادة على ذلك يأملون الاستفادة من إدراج فوائد الإجازة المرضية في التأمين الصحي الاجتماعي من أجل تخفيض مدفوعاتهم للعاملين خارج الواجب في حالة المرض الطويل.

ومن بين المهنيين الطبيين ربما هناك أفضل فهم للتأمين الصحي. ومع ذلك فإن المصالح المكتسبة تتدخل بقوة وتبدو حالات تحسن الدخل أنها دافع هام للأطباء بصورة رئيسية ولكن كذلك للممرضات والموظفين السريريين. إن الاختيار الرشيد لمقدمي الخدمة بحسب معايير واضحة للجودة والكفاءة وعلى أساس قرارات المدراء والاقتصاديين لن يكون رأيهم المفضل. لقد حاولت الجمعية الطبية أن تقنع أعضاءها ببناء تضامن أو برنامج تأمين. وقد رفضت الأغلبية الموافقة على ذلك.

4-5 نمط توقعات قادة الرأي في اليمن

تشير بعض نتائج 110 شخص ممن جرت معهم مقابلات من قادة الرأي في اليمن إلى النمط التالي من الأفضليات: تشير أرقام النسب المئوية أي نسبة ممن جرت مقابلتهم يقفون وراء البيانات التالية:

- 91% هناك حاجة حقيقية للتأمين الصحي.
- 84% تقاسم التكلفة غير منظم بصورة جيدة.
- 91% تقاسم التكلفة يؤدي إلى تأجيل العلاج.
- 90% المدفوعات الغير رسمية تعطى في أحيان كثيرة (حوالي 200 ريال للرعاية الصحية الأولية و 2000 ريال في المستشفيات).
- 89% يتوقعون خدمات جيدة بالتأمين الصحي.
- 87% سيلتحقون بالتأمين الصحي.

- 78% تقاسم التكلفة سيء وغير عادل.
- 77% ينبغي إدراج الأدوية في حزمة الفوائد.
- 75% ينبغي تنظيم التأمين الصحي على المستوى الوطني.
- 72% سيثقون في صندوق التامين الصحي.
- 80% ينبغي تغطية موظفي الحكومة أولاً بالتأمين الصحي.
- 63% الأمراض المعفاة لا يعنى بها.
- 63% منظمة تأمين صحي مستقلة كوكيل.
- 58% الموظف والزوجة والأطفال والأبوين ينبغي أن يحصلوا على الفوائد.
- 54% ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً.
- 52% ينبغي أن يبدأ التأمين الصحي فوراً.
- 41% صندوق التقاعد نموذج للتأمين الصحي.
- 35% المتقاعدون فقراء جداً ليدفعوا للرعاية الصحية.
- 0% التأمين الصحي ينبغي أن يفيد الموظفين فقط (وليس الأسر).

ستذكر نتائج مسح الرأي في أبواب مختلفة من التقرير.

السؤال الأول من الاستبيان حاول استخلاص معلومات حول برامج التضامن الموجودة للصحة في اليمن. ويعرف الكثير من قادة الرأي تلك البرامج كما هو مبين في الجدول التالي.

الجدول رقم (32): معرفة قادة الرأي لبرامج التضامن

نوع البرنامج	%
الدعم من قبل الجيران و/أو الأسرة	58
الدعم من قبل منظمات خيرية وهبات	52
مساعدة الذات أو دعم مشترك لمجموعات اجتماعية	49
دعم من قبل أصحاب العمل لتغطية تكاليف الرعاية الصحية	04
دعم من قبل مجموعات دينية مثل المساجد	27
دعم مشترك للمهن مثل الأطباء	25
دعم من خلال مساهمات الزكاة للصحة	13
سمح بالاجابات المتعددة المصدر: مسح رأي للتعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية	

إن أعلى درجة وبحسب التوقعات هو دعم الجيران والأسر. ومع ذلك يدل نفس الرقم أيضاً إلى حقيقة أن 42% من المجيبين لم يذكروا ذلك. هل يمكن تفسير هذا كإشارة على تنامي الفردية وفقدان الروابط العائلية في مجتمع متمدن؟ إن دراسات معمقة يمكن أن تدرس هذه المواضيع. ومما هو مثير للاهتمام أيضاً بأن أصحاب العمل قد ذكروا مرات كثيرة أكثر من المجموعات الدينية . هذه الإجابات ينبغي دراستها بعمق بمقابلات مركزة على مجموعات. إنها تشير إلى موضوعات علاقات اجتماعية مثير للاهتمام .

فيما يتعلق بتقسيم العمل المقترح بين الحكومة والتأمين الصحي هناك رأي واضح نسبياً للقادة فيما يتعلق بالرعاية الصحية الأساسية بما في ذلك الوقاية والتطعيم وصحة الأمومة والطفولة والرعاية الصحية الأولية والتي يجب أن تبقى في أيدي الحكومة. فيما يتعلق بالحالات المزمنة والكارثية هناك شعور مزدوج ما إذا كانت الحكومة أو التأمين الصحي سيكون العامل الرائد في ذلك. إن المجال الرئيسي للتأمين الصحي ينظر إليه بأنه مجال الرعاية الصحية العلاجية.

الجدول رقم (33): رأي القادة فيما يتعلق بتقسيم العمل المقترح بين الحكومة والتأمين الصحي		
البرامج الصحية	الحكومة	التأمين الصحي
	%	%
رعاية صحة الامومة والطفولة	93	9
برامج التطعيم	92	6
الوقاية من الأمراض	91	5
معالجة الامراض المعدية	89	12
الرعاية الصحية الاولية	85	01
تشجيع أنماط الحياة الصحية	82	12
الحالات الطارئة المهددة للحياة	76	33
الأمراض المكلفة جداً والكارثية	65	59
معالجة الأمراض المزمنة	58	54
الرعاية الصحية الثانوية	51	51
الأدوية	45	77
التشخيصات	38	73
الحوادث (الكسور والرضوض ... الخ)	37	75
العلاج في العيادات الخارجية	34	75
الرعاية الصحية المتخصصة أو الثالوثية	32	75
مفصل بحسب مسئوليات الحكومة أولاً المصدر: مسح قادة الرأي للتعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية لعام 2005م		

توجد مراجعة أكثر شمولية في الجزء الثالث من تقرير دراستنا. نوصي القيام بمثل هذه الدراسات مع قادة الرأي في المناطق الريفية أيضاً من أجل الحصول على صورة أكثر تمثيلية للسلوكيات والآراء. سيجري تحليل كامل للنتائج من قبل شريك دراستنا وخاصة فيما يتعلق بإنحرافات مجموعات معينة من قادة الرأي عن المجرى الرئيسي للآراء.

6- التجارب الدولية

يمكن إعداد خيارات التأمين الصحي نظرياً كما هو الحال مع كثير من المطبوعات المكتوبة في هذا الموضوع من قبل اقتصاديي الصحة واختصاصيي الصحة العامة. إن وجهات نظرهم ونظرياتهم مفيدة جداً لصياغة خيارات التأمين الصحي. إن بعض الوثائق ذات الصلة ستدرج في الملحق الإلكتروني بتقرير دراستنا. إن الخيار الآخر لتطوير آراء تمويل مالي هو النظر إلى التطور التاريخي في بلدان معينة أو في مقارنة متبادلة لعدة بلدان. سوف ننظر أولاً في بلدان شرق البحر المتوسط وشمال أفريقيا والبلدان المجاورة لليمن ثم نقدم دروساً سريعة من بلدان متطورة أخرى حول العالم[37] وأخيراً سوف نناقش بعض الاتجاهات الملحوظة للاتجاهات التاريخية طويلة الأجل في غرب أوروبا.

6-1 التجارب في البلدان المجاورة

إن منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط بحسب منظمة الصحة العالمية تغطي 22 بلداً وسكانها حوالي 500 مليون. لقد أشتركت المنطقة في قيم اجتماعية ترجع إلى التاريخ والثقافة المشتركة مثل العدالة الاجتماعية والمساواة والتضامن. إن الحق في الصحة والرعاية الصحية شيء معترف به في الكثير من الدساتير وجميع البلدان قد وقعت على إعلان الماتا الذي يدعو للصحة للجميع من خلال الرعاية الصحية الأولية. أما الحماية

[37] ستعطى تفاصيل أكثر في مختلف أبواب الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

الاجتماعية فهي مضمونة من خلال أنظمة تمويل الصحة بالضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي والخاص ومن خلال برامج محدودة جداً لمساعدة المجتمعات لنفسها.

ومع ذلك فإن منطقة شرق البحر المتوسط مختلفة تماماً كذلك فيما يتعلق بالدخل والإنفاق الصحي والمعايير الصحية ومستويات تطور النظام الصحي. إن الناتج المحلي الإجمالي للفرد في الإمارات العربية المتحدة هو مائة مرة أكثر من الصومال والإنفاق الصحي للفرد في أفغانستان حوالي 10 دولار أمريكي والبلدان منخفضة الدخل لازالت في مراحل مبكرة من الانتقال المرضي والسكاني. وبسبب هذه الاختلافات فإن بلدان المنطقة مقسمة إلى ثلاث مجموعات: الدخل الكبير والمتوسط والمنخفض.

بلدان الدخل الكبير

تمثل 8% من إجمالي المنطقة وتمثل أساساً بالبلدان المنتجة للنفط بما فيها بلدان الخليج وليبيا. وفي هذه البلدان الحماية الاجتماعية شبه شاملة حيث أن الوصول مضمون تقريباً وبصورة مجانية من خلال ميزانية الحكومة. وخلال العقد الأخير وبسبب الضائقات المالية التي سببتها حروب الخليج وهبوط أسعار النفط فقد بدأت وزارات الصحة بنوع من مشاركة الكلفة عند الاستخدام والتي يقصد بها أساساً تقليل المخاطر المعنوية. وكذلك تم التضييق على الإنفاق الحكومي وبذلت جهود لاستثناء الوافدين من السكان من نظام الحكومة عن طريق إنشاء أنظمة تأمين صحي لهم موجهة أساساً لاستخدام الخدمات الخاصة من خلال ترتيبات رسوم للمستخدمين. وتفسر هذه السياسات في الإطار السياسي والاجتماعي بأنها تحرك نحو دور متنامي للقطاع الخاص في كل من تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية. يعكس تحليل حساب الصحة الوطنية في بعض البلدان حصة متزايدة للأسر في الإنفاق الصحي الإجمالي.

وحيث أن الأجانب من السكان يمثلون في بعض البلدان بين ثلث وثلثي إجمالي السكان فإن منظمة الصحة العالمية قد ناصرت الاحتفاظ بالبرنامج الوطني في الوقت الذي يجري فيه تطوير آليات تقاسم التكلفة من خلال مستخدميهم لتخفيض الضغط على الإنفاق الحكومي. ويبدو أن الضغط لتطوير تأمين صحي خاص للأجانب هو آتٍ للقطاع الصحي الخاص الجريء ويسمع صداه بسياسات الخصخصة. كذلك فإن التأمين الصحي الخاص يستخدم كذلك في بعض بلدان الخليج بصورة خاصة لبعض الشركات الكبيرة. إن الجهود في تطوير تأمين صحي تعاوني مستمرة لحوالي 6 ملايين عامل أجنبي في المملكة العربية السعودية ويجري تطوير بعض أشكال التأمين الصحي الاجتماعي والخاص في كل من الإمارات العربية المتحدة والكويت. يتم القيام بدراسات في البحرين بمساعدة بعض الشركات الخاصة.

البلدان ذات الدخل المتوسط

تمثل هذه المجموعة 42% من إجمالي بلدان منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط وتمول الرعاية الصحية من خلال مزيج من الحماية الاجتماعية على أساس الضرائب وأنظمة الدفع الذاتي. بدأ التأمين الصحي الاجتماعي في بداية الستينيات مع موجة الاستقلال ويتطور تدريجياً بحسب البيئة السياسية والاقتصادية.

ففي المغرب وعلى الرغم من أن التأمين الصحي الاجتماعي قد بدأ في نهاية الستينيات فإن التغطية الحالية حوالي 17% من إجمالي السكان. تشمل التغطية 90% من موظفي الخدمة المدنية وأسرهم والشركات العامة الكبيرة و 30% من العاملين في القطاع الخاص وأسرهم. وقد تم تطوير برنامج تأمين إجباري جديد في عام 2005م في كل من القطاعين العام والخاص والذي سيرفع التغطية إلى 34% من إجمالي السكان. يعطى تركيز خاص على توفير التأمين الصحي الاجتماعي للفقراء من خلال برنامج خاص يمول بالضرائب والهبات الخيرية. وفي لبنان فإن نصف السكان مغطى بالتأمين الصحي الاجتماعي بما في ذلك موظفي الخدمة المدنية والعاملين في القطاع الخاص والعسكريين والشرطة. يمكن مراجعة الأرقام أخيراً إلى الأدنى بالنظر إلى التكرار المتوقع للسكان المسجلين. ستحاول عملية الإصلاح كذلك توسيع التغطية إلى بعض فئات المستخدمين ذاتياً.

وفي الأردن وسع الإصلاح الأخير من التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي إلى 60% من السكان رغم أن البيانات نادرة نسبياً في هذا الخصوص. ويضم السكان المؤمن عليهم الموظفين المدنيين والعاملين في المشروعات العامة والخاصة والعسكريين واللاجئين الفلسطينيين الذين يمثلون حوالي ثلث إجمالي السكان.

بدأت مصر التأمين الصحي الاجتماعي في بداية الستينيات للعاملين في القطاعات العامة والخاصة دون تغطية أسرهم. وقد طورت منظمة التأمين الصحي شبكة واسعة من التسهيلات تشمل مراكز صحية ومستشفيات من

مختلف المستويات في المدن الكبرى. وقد أبرمت عقود كذلك مع مقدمي الخدمة الخاصة. قي عام 1995م أمتدت التغطية إلى الطلاب وأخيراً أمتدت كذلك إلى الأطفال تحت سن عام واحد باعتبارهم المجموعة الأكثر هشاشة. وفي الوقت الحالي فإن التغطية تشمل حوالي 51% من إجمالي السكان. ومع ذلك فإن الإنفاق الخاص للأسر حوالي 58% و برنامج الإصلاح يهدف تغطية شاملة.

بدأت تونس تأمين اجتماعي صحي لموظفي الخدمة المدنية والعاملين في القطاع الخاص في بداية الستينيات بينما تغطى مجموعة الفقراء والمجموعات الهشة بخدمات الحكومة المجانية. تقدم خدمات التأمين الصحي من خلال برنامجين: صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين في القطاع الخاص ومعاليهم وصندوق الحماية الاجتماعية لموظفي الخدمة المدنية ومعاليهم. ويحصل المرضى المؤمن عليهم على خدمات مجانية من المنشآت الصحية العامة على الرغم من أن بعض الدفع المشترك قد أدخل منذ العام 1982م من بعض المراكز الصحية التابعة لصندوق الضمان الاجتماعي ومن مقدمي خدمة خاصة من خلال بعض الترتيبات الخاصة. لقد طور برنامج إصلاح التأمين الصحي الجديد صندوق علاج أمراض عام والذي سيعمل لكل المرضى المؤمن عليهم والذي سينفتح أكثر للقطاع الخاص المتوسع. وحالياً 90% من السكان لديهم تغطية وفي معظم البرامج يقدم تأمين إضافي من خلال التأمين الصحي التعاوني أو المشترك والخاص.

وفي جمهورية إيران الإسلامية تقارب تغطية التأمين الصحي الاجتماعي 90% من إجمالي السكان. ومع ذلك فإن تحليل حساب الصحة الوطنية الأخير والدراسات حول الإنفاق الكارثي قد أظهر تزايد عدم المساواة في الإنفاق الصحي حيث أن 53% من كامل الإنفاق تتحمله الأسر وأن 2% من الأسر تعاني من الإنفاق الكارثي. يركز برنامج الإصلاح على التقليل من عدم المساواة بزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة وعلى تحقيق تغطية شاملة.

البلدان ذات الدخل المنخفض

في البلدان ذات الدخل المنخفض فإن القطاع الرسمي محدود وهذا يشرح تدني التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي والخاص. إن الإنفاق الحكومي في هذه البلدان متدني ومتضائل في حالات كثيرة مما يؤدي إلى معدلات عالية وغير مقبولة من الصرفيات المنفقة التي تصل إلى 75%. وحتى وظائف الصحة العامة الأساسية لا تمول جيداً في القطاعات الحكومية. ولدى بعض البلدان برامج تأمين صغيرة متناثرة على أساس العمل تغطي المستفيدين لبعض الوقت فقط.

في جيبوتي يغطي برنامج محدود موظفي الخدمة المدنية مع أسرهم. ولدى الجيش والشرطة تغطية خاصة لأنفسهم وأسرهم. يخطط برنامج إصلاح القطاع الصحي لتحسين الحماية الاجتماعية من خلال التوسع إلى موظفي القطاع الرسمي.

وفي السودان بدأ التأمين الصحي الاجتماعي في بداية التسعينيات والتغطية الحالية حوالي 22% من إجمالي السكان بما في ذلك موظفي الخدمة المدنية والطلاب وقدماء المحاربين وأسر الشهداء. تبذل الجهود لتقدير جدوى تطوير تأمينات صحية أساسها المجتمع. وتعد الخطط لبدء التدريب في التأمين الصحي الاجتماعي بدعم فني من منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي باستخدام مواد تدريبية لـ STEP.

وفي باكستان لا يوجد هناك برنامج تأمين صحي اجتماعي رسمي رغم أن العاملين في الشركات الخاصة والعامة لديهم برامج تأمين خاصة تستخدم خدمات القطاع الخاص. وتبذل الجهود لتطوير شكل من أشكال التأمين الصحي الاجتماعي للعاملين في القطاع الرسمي وتجرى الدراسات من قبل منظمة الصحة العالمية لتنفيذ برامج تأمين مجتمعية مبنية على برامج تأمين صغيرة.

الاستنتاج

إن هدف التغطية الشامل وتحسين الحماية الاجتماعية يقع في مرتبة عالية على أجندة كل الإصلاحات في مختلف مجموعات الدخل. ألتزمت البلدان في تحسين حصة التمويل وفي تخفيض الإنفاق الكارثي وتوفيق مختلف برامج التأمين للتغطية لتفادي الإزدواجية والتشتت.

ومع ذلك فإن التحدي الرئيسي يبقى بالنسبة للبلدان منخفضة الدخل هو المستوى المتدني للإنفاق الكلي على الصحة. وحيث أن آفاق النمو الاقتصادي ليست واعدة فإن بعض البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل معطلة

بالحروب والصراعات السياسية حيث أن عبء الدين يحد بصورة قوية من الإنفاق العام على الصحة وينبغي بذل الجهود لزيادة التضامن الإقليمي والعالمي من أجل تطوير الصحة. يجب على منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي وكل الشركاء المعنيين دعم الجهود الوطنية والإقليمية الهادفة إلى تحسين الحماية الاجتماعية في الوقت الذي يناصرون الاستثمار في الصحة كما أوصت بذلك لجنة منظمة الصحة العالمية حول الاقتصاديات الكلية والزراعة.

2-6 تجارب عالمية أخرى

يمكن أن تشير تجارب بلدان أخرى إلى فرص ونواقص. في الباب العشرين من الجزء الثالث من تقرير دراستنا قدمت أمثلة للتأمين الصحي من آسيا وخصوصاً تلك البلدان في مستوى مماثل للتنمية الاقتصادية كاليمن عندما بدأوا في إدخال التأمين الصحي. الباب رقم (21) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا يقدم أمثلة من ثلاثة بلدان في أمريكا اللاتينية ويستخلص النتائج لليمن. الباب (22) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا يعطي تقريراً عن التأمينات الصحية في مصر والجزائر وسوريا من وجهة نظر ألمانية. إن مثل هذه الأمثلة يمكن أن تفيد المناقشة حول التأمينات الصحية في اليمن.

الجدول رقم (34): دروس التأمين الصحي الدولي لليمن

البلد	الدروس لليمن
الجزائر	تفادي التخفيضات الكبيرة للناتج المحلي الإجمالي للصحة تعمل صناديق التأمين الصحي الاجتماعي على دعم متبادل للرعاية الصحية للفقراء.
تشيلي	التغطية الشاملة ممكنة. أنظمة صحية مجزأة – تديرها الدولة والتأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص – غير كفؤة. التأمين الخاص وأسواق التأمين الخاص بحاجة إلى تنظيم قوي وفعال. ينبغي تغطية الفقراء دون تمييز. ربط التمويل بالضرائب للفقراء مع التأمين الصحي الوطني أمر ممكن. آليات إعفاء جيدة ضرورية لحماية الناس من الافقار.
مصر	تفادي معدلات المساهمة المنخفضة جداً. عدم السماح للشركات في الاختيار. تثبيط برامج التأمين الطوعي البديلة. تفادي امتيازات الرعاية الصحية التي تنقص من التضامن.
السلفادور	هناك طريق طويل نحو التغطية الشاملة. مطلوب تعاون وثيق للمؤسسات العامة والغير عامة. تحسين تقديم الرعاية الصحية العامة ذو أهمية بالغة. تتبع وتقدير كل برامج تمويل الصحة الموجودة نقطة بداية ضرورية. تنسيق مختلف الصناديق سيشجع التضامن والعدالة. الربط يمكن أن يحسن النتائج الصحية.
كينيا	إعطاء وقت لتطوير إستراتيجية وخطة تنفيذ وتشريع – ليبدأ مبكراً. ضم جميع الشركاء في عملية التخطيط. التطرق لكل الهموم قبل تقديم الحزمة النهائية للموافقة وخصوصاً أولئك المسئولين من وزارة المالية. بدء العمل في بناء القدرة ومكاسب الكفاءة والإدارة الأفضل الآن – ليس هناك حاجة إلى تمرير قانون أولاً. لا تتوقع أن أي أحد سيتخلى بالمجان وبصورة جاهزة عن أي منافع يتمتع بها حالياً.
الباراجواي	مبادرات الحكومة بإتجاه التأمين الصحي الاجتماعي يمكن أن تحل المسألة. يمكن لمجموعات مهنية خاصة أن تتولى القيادة في الضمان الاجتماعي. المدرسون يتبعون المجموعات الأكثر نشاطاً فيما يتعلق بالتأمين الصحي. الإدارة والإدارة الكافية هامين للتأمين الصحي. معالجة المطالبات والدفع لمقدمي الخدمة لها صلة باحتواء التكلفة.
الفلبين	إدراج برنامج للفقراء. تدفع الحكومة مساهمات الفقراء. من الصعب تغطية المشتغلين لذاتهم على نطاق صغير.

الجدول رقم (34): دروس التأمين الصحي الدولي لليمن	
البلد	الدروس لليمن
كوريا الجنوبية	بدء برنامج للفقراء. القيام ببحث أنظمة صحية واسع. القيام بالتأمين تدريجياً في قطاع الاستخدام الخاص. تفادي المساهمات المنخفضة كثيراً. إعطاء دعم للمشتغلين ذاتياً. تقديم تدخلات للاقتصاد في الكلفة. الرقابة على وصف الأدوية وأسعارها.
سوريا	برامج فوائد صحية للوزارات مختلفة ضمن وبين بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. المدرسون في معظم الأحيان القوة الدافعة لتأسيس التأمين الصحي.
تايلندا	إعطاء رعاية طبية مجانية للفئات الهشة بما في ذلك أطفال المدارس. دعم مشروعات المجتمع الطوعية مع إعادة التأمين. برنامج إضافة 100 ريال يمني سعر متساوي لكل حالة مرض لغير المؤمن عليهم.
المصادر: الأبواب 19 إلى 22 من الجزء الثالث من تقرير دراستنا وكذلك الجزء الرابع	

إن هذه الملخصات القصيرة لتجارب في أجزاء أخرى من العالم تظهر أن اليمن يمكنه أن يتعلم من كثير من البلدان. ليس هناك تأمين صحي يمكن تكراره 100% في بلد آخر. ولكن هناك عدد لا بأس به من أوجه التشابه التي ينبغي التعامل معها. إن مشكلة تغطية أو ضم الفقراء والعاطلين عن العمل هو أحد الموضوعات الأساسية والموضوع الآخر هو صعوبة تغطية وضم الذين يعملون لأنفسهم. إن تقسيم العمل أو التعاون بين التأمينات الصحية والخدمات الحكومية هو موضوع يمكن دراسته في جميع البلدان التي لديها تأمين صحي. سيكون من غير الاقتصادي ومن غير المعقول إهمال التجارب من الخبرات الاجتماعية في بلدان أخرى حيثما يمكن تحديدها وبالنسبة لبحث وإدارة الأنظمة الصحية ليس هناك طريقة أفضل للتعلم من التمعن باهتمام في بلدان أخرى وتاريخها. وهذا عامل تبصير حقيقي ويمكن تفادي تكرار نفس الأخطاء.

3-6 معايير لاقتراح واختيار البدائل

ليس هناك أبداً خيار وحيد. الاقتصاد هو علم الخيارات. إن اقتصاديات الصحة هي فن لتطوير ومناقشة والدفاع عن خيارات ومحاولة إيجاد أفضلها لتحسين صحة الناس. إن تكاليف الفرصة هي تلك التكاليف التي علينا دفعها إذا لم نختر أفضل بديل أو خيار. ولذلك يجب علينا أن نكون ابتكاريين في تطوير ومناقشة والدفاع عن خيارات وللبحث في كل مزاياها وعيوبها والتكاليف المباشرة والغير مباشرة والتكاليف المادية والغير مادية. لا يهم كيف تولد الخيارات فيمكن أن تكون الخيارات أولاد غير شرعيين ولكن أكثر الخيارات مناسباً سيبقى. ولذلك لا نحتاج لمعايير لاقتراح خيارات يمكن لكل شخص أن يقترح أي خيار والأكثر هو الأفضل.

نحتاج إلى معايير لاختيار الخيارات. وإذا كانت لدينا رؤية وهدف واضحين وإذا كانت هذه الرؤية والهدف قابلة للقياس وكذلك الخصائص الرئيسية للخيارات عندها يمكننا اختيار أفضل الخيارات بطريقة رياضية. وفي الحياة الحقيقية والاجتماعية ليست هذه هي الحال ولذلك علينا جمع كل الدلائل المتوفرة والحجج والبيانات والآراء والتقديرات من وجهة نظر مقدمي المقترحات النصيرة وكذلك من أولئك المستفيدين أو الذين من المحتمل أن يتضرروا من الخيارات. إنه حوار اجتماعي مطلوب للتعامل مع الخيارات والموازنة الرشيدة للمنافع والعيوب لمختلف قطاعات المجتمع. وفيما يتعلق بالتأمين الصحي فإن الحوار بين الحكومة والعمال وأصحاب العمل والخبراء الصحيين والمجتمع المدني وكل الأطراف المشاركة ضروري لاختيار أفضل خيار. إنه ليس قرار الحكومة بل إنها عملية اجتماعية. إن ندوة لمناقشة مختلف الخيارات مع ممثلين من جميع الأطراف المعنية ومن المجتمع هو أمر ضروري لتطوير نظام تأمين صحي. ولا يمكن تصميمه في المكاتب بل يجب أن يقدم إلى عملية اجتماعية لموازنة المنافع والمضار من مختلف وجهات النظر لجميع المناصرين والشركاء والمرضى والفقراء. إن ندوة حوار هي خطوة ضرورية بإتجاه نظام تأمين صحي وطني رشيد.

4-6 شروط مسبقة لبدء نظام التأمين الصحي الوطني

1-4-6 شروط مسبقة تاريخية

إذا نظرنا إلى تاريخ أوروبا يمكننا محاولة أن نجد ما هي الشروط المسبقة الموجودة لبدء برنامج تأمين صحي وطني. لقد بدأت برامج التأمين الصحي عندما كان الكثير من السكان لازالوا فقراء جداً. وحتى بعد الحروب تم إستعادة التأمينات الصحية في مختلف البلدان. إن التأمين الصحي ليس بضاعة ترفيه للبلدان الغنية فحسب فكل البلدان الأوروبية تقريباً مغطاة الآن بتأمينات صحية غير ربحية وبعيدة المدى ضمن إطار أوسع من التأمينات الاجتماعية. إن مد تغطية التأمين الاجتماعي ليشمل التأمين الصحي في أوروبا قد أتبع هذا النمط تقريباً الذي تتبعناه بتحليل علم السياسة الكمي (البير 1985):

1- من العاملين إلى الأمم أي أنه كان نهج تزايدي بدأ بالعمال الذين يتقاضون مرتبات.

2- من تأمينات الحوادث إلى تأمينات البطالة أي أن تأمين حوادث العمل قد تبعه التأمين الصحي وأتى التأمين ضد البطالة في وقت متأخر.

3- من التأمين الطوعي إلى التأمين الإجباري أي أنه بدأ ببرامج تضامن جرى التوافق بينها خطوة فخطوة وأدمجت في شبكات أكثر شمولية.

4- من السيطرة إلى الثقة والحق أي كانت هناك ضوابط شديدة في البداية.

5- من النقدي إلى العيني أي أن الفوائد كانت تعطى بصورة متزايدة عيناً وليس نقداً وكانت تعطى الفوائد النقدية أثناء الإجازة المرضية أولاً لتغطي الاحتياجات الأساسية للأسر وجاءت الرعاية الصحية فيما بعد ذلك.

6- من العمال إلى المستخدمين لذاتهم أي أن المستخدم لذاته دخل التأمين الصحي فيما بعد كما هو مجرب الآن في الكثير من البلدان النامية أيضاً.

7- من الفقراء إلى الأغنياء ومن الضعفاء إلى الأقوياء أي أن تغطية الفقراء كان الهدف الرئيسي للتأمينات الصحية الاجتماعية في أوروبا. وهذا يختلف عن مناهج التأمين الصحي التي يناصرها بعض المؤلفين من الولايات المتحدة الأمريكية.

8- من مساعدة الذات إلى المؤسسات أي أن برامج التضامن قد تحولت خطوة فخطوة إلى أوضاع مؤسسية أكبر.

9- لعبت الدولة دوراً غير واضح نوعاً ما أي أنه كان من غير الضروري أن تكون العامل الدافع للتغيير وفي بعض الأحيان كان العمال وأصحاب العمل يلعبون دوراً أكثر نشاطاً.

10- لعبت الأحزاب السياسية دوراً غير محدد أي أن اللون السياسي للأحزاب السياسية المشتركة كقوة دافعة لم يكن يهم كثيراً لتصميم وتنفيذ التأمين الصحي في أوروبا.

11- العوامل الاجتماعية الاقتصادية لم تكن حاسمة أي أنه في بعض البلدان بدأت في الفقيرة وفي بلدان أخرى في أوضاع أفضل.

12- لم يكن الانتشار عامل إساسي أي أن التجارب من الخارج قد أستشيرت لكنها لم تكن حاسمة في تنمية برامج التأمين الصحي الوطنية والمحلية.

الرسالة الرئيسية هي: أن نظام التأمين الصحي الوطني يمكن أن يبدأ في ظروف مختلفة جداً وما هو مطلوب أكثر هو الوعي والإرادة السياسية والفرصة.

2-4-6 الشروط المسبقة التجريبية

هناك عدة متطلبات أساسية لإقامة برامج تأمين صحي والتي انبثقت عن المقابلات والمناقشات مع الشركاء من مختلف المنظمات والمؤسسات في اليمن. والقائمة التالية هي لذلك تفكير في مجموعة من الشكوك وأسئلة الشركاء اليمنيين وليست مجموعة من القضايا التحليلية والأكاديمية وذلك لأخذها في الاعتبار.

- الفكرة: أولاً وقبل كل شيء من المهم أن تكون الفكرة واضحة ويشترك فيها الجميع أن التأمين الصحي مفيد بسبب مبدأه في مدفوعات صغيرة لتغطية مخاطر كارثية كبيرة. ليس كافياً أن يقتنع الخبراء ولكن من المهم أن هذه الفكرة يشارك فيها مجموعة معينة من المجتمع وأن هناك أمثلة من برامج التضامن (حتى بحجم صغير) ومشروعات التأمين الصحي المنبثقة عن التشارك في هذه الفكرة من قبل عدد من الشركاء. إن نشر وتكرار هذه الأفكار غير ذي جدوى فقط للتسويق ولكن بتسويق منتج جيد يكون مقبولاً في أوضاع ثقافية ودينية عديدة. إن مبدأ التضامن لوحده لن يكفي لإقناع الناس والشركاء. إن الأنانية المستنيرة ستقبل أيضاً أن التأمين الصحي يجب أن يكون إجبارياً للكثير ولتوفير المال فردياً في حالة الحاجة الغير متوقعة. إن الدافع والتعبئة يجب أن تعزز انتشار ونمو الفكرة الأساسية البسيطة للتأمين الصحي.
- القوة: إذا دعمت هذه الفكرة من قبل الأشخاص الأقوياء والنافذين فإن المحاولات صغيرة الحجم يمكن أن تتوسع إلى برنامج أوسع وما هو ضروري لتجميع المال لغرض مشترك بصورة جيدة على سبيل المثال لإشراك الكثير من الأعضاء أن يكونوا مستعدين لتغطية المخاطر النادرة والقوة لوحدها مع ذلك ليست كافية يجب أن يصاحبها قيادة أي شخصية قوية تشجع شخصياً وتدفع بمبادئ التأمين الصحي الاجتماعي. ينبغي أن يكون هذا القائد قادراً على إقناع الشركاء والمشاركين المحتملين على سبيل المثال وزارة المالية. ويجب أن تكون لديه القدرة في تقاسم الشيء المثير للتأمين الصحي مع آخرين. إن نجمة مضيئة واحدة أو أكثر مطلوبة ونستطيع أن نقول أنه عقل ما نحتاج إليه شخص يعتني ببنات أفكاره التي تدعى التأمين الصحي الاجتماعي.
- المبادئ: إن الفكرة الأساسية للتأمين الصحي تقوم على عدة أعمدة
  - لا يمكن أن يبقى التأمين الصحي الاجتماعي من ذاته بل يجب أن تكون هناك مساعدة حكومية لدعم إنتاج الصحة عن طريق الترويج والوقاية وتقديم الرعاية الصحية الأساسية. ويمكن فعل ذلك إما مباشرة من قبل مقدمي خدمة عامة أو يمكن التعاقد عليه. والشيء المهم هو أن تتم بصورة رشيدة أي أن كفاءة جميع المشروعات تنفذ بدقة وأن هموم الفاعلية تتناول على سبيل المثال حملة استخدام رشيدة للأدوية ونظام إحالة عن طريق بواب موثوق فيه وأمين. يجب أن يكون هناك مساعدة حكومية في صورة إعادة تأمين بالنسبة للمشاريع الناشئة أو برامج التأمين الصحي الصغيرة أيضاً.
  - والمبدأ الآخر هو أن الأفقر يجب أن يساعدهم الأيسر سواء بنظام الضريبة أو من خلال مشاركة مدعومة أو حتى مشاركة مجانية في البرنامج أو كلاهما. وينطبق ذات الشيء على المزارعين والتجار من حجم صغير المستخدمين لأنفسهم الذين عائداتهم ضئيلة وعلى العاطلين عن العمل وأولئك المتأثرين لوقت معين بصدمات أو ظروف هشة معينة. إن قواعد إعفاء نافذة وواضحة ومجدية للدفع عن الرعاية الصحية أو التأمين الصحي هي واجب.
  - والمبدأ الثالث هو أنه ينبغي أن لا يكون هناك خاسرين إذا أمكن عند إدخال التأمين الصحي إلى بنية موجودة لديها برامج منافع صحية عاملة لعاملين وموظفين مختارين ومحظوظين. إن حقوق العمل المكتسبة تستحق حمايتها. ويبقى ذات الشيء صحيحاً بالنسبة لبعض المشاركين والذين قد بدأوا بمقترحات مشاريع تأمين صحي على سبيل المثال القوات المسلحة والشرطة.
  - والمبدأ الرابع يبدو أنه بسيط: فالتأمين الصحي ينبغي أن يفيد أعضائه بطريقة ملحوظة وهذا يعني أن الدفع المسبق هو دفع مسبق وينبغي أن يكون دفع مسبق أي يجب أن لا يكون هناك خلط مع المدفوعات اللاحقة في صورة تقاسم تكلفة وتشارك في الدفع إلا في الحالات حيث ذلك مطلوباً لإدارة مخاطر معنوية.
- المساندة الحكومية: إن السلطة المؤسسية ينبغي أن تساند نشر وتكرار فكرة التأمين الصحي وأن تعطيها الاستدامة
  - فأولاً وقبل كل شيء فإن إعطاء بعض الأولوية للصحة الأساسية والتعليم الأساسي كدافعين للتنمية الاقتصادية هو مهمة ينبغي متابعتها من قبل حكومة وطنية رشيدة وقيادة التأمين الصحي عليها أن تقنع القادة الحكوميين حول العلاقة الحقيقية بين الاقتصاد الكلي والصحة والتعليم.
  - تعديل القوانين الحالية المالية والتقاعدية وقوانين العمل هو مساندة ثانية هامة وكذلك صياغة ونقاش أكثر من طرف ومراجعتها على فترات دورية من أجل التعلم من التجارب.

- والقضية الثالثة والأساسية جداً هي توجيه الأموال المخصصة للصحة من أجل الاستخدامات الصحية. ولم تكن هذه هي الحال دائماً في الماضي في اليمن. وهذا يعني أنه يجب أن يكون هناك تقسيم واضح للعمل بين صندوق الصحة أو صناديق الصحة العديدة والحكومة. يجب على الحكومة أن لا تخلط الصناديق التي تدار بحسب إتخاذ القرار الواعي في صحة عامة رشيدة. على الحكومة أن تمارس الإشراف لمساندته وتقويته. إن التقسيم الواضح للعمل بهذا الخصوص يجب أن يبدأ ويتم الحفاظ عليه.

- الإدارة: هناك حاجة إلى إدارة حديثة بمستوى عالي من المهنية والتجربة المتحمسة لا تسمح بالممارسات الروتينية والبيروقراطية. ينبغي أن تسند الإدارة من قبل مجموعة تفكير ممتازة وابتكارية وبالحوارات المؤسسية والمؤثرة مع المرضى (مثلاً مجموعات مساعدة الذات لمرضى السكري ومنظمات المجتمع المدني) والشركاء (مثل قطاع العمل) ومقدمي الخدمة (العامة والخاصة) والمنافسين (برامج الفوائد الصحية أو برامج التأمين الصحي الأخرى). ويجب أن يكون الهدف هو تحقيق تعليم مشترك خطوة فخطوة وتوافق تدريجي للبرامج ووضع أموال للغرض المشترك بصورة أفضل وتقاسم المخاطر. وهناك حاجة إلى تكرار التقييم لتحقيق الأهداف.

- الثقة: الثقة في الصناديق مفقودة في اليمن ولقد ذكر عن ابتزاز للأموال وفساد مرة فمرة في كل المقابلات. إن الشفافية والمساءلة والمصداقية يمكن تحقيقها بصورة أفضل بالاستقلال عن الحكومة وعن طريق المشورة والمراجعة الداخلية المستمرة والمشورة والمراجعة المدنية والدولية. وبالنظر إلى بساطة إجراءات الشفافية وقواعد التمويل والفوائد الواضحة ينبغي إدخالها مع تعاريف واضحة لحقوق والتزامات العملاء ومقدمي الخدمة ومعلومات واضحة وصادقة لكل الشركاء بما في ذلك وسائل الإعلام. يمكن استعادة الثقة فقط إذا رأى العملاء أن هناك قيمة لمدفوعاتهم المسبقة. لازالت الرعاية الصحية ذات الجودة العالية نادرة في اليمن ومع ذلك فهناك أمثلة وسبل لتحسينها من خلال التعاقد الانتقائي لأفضل مقدمي الخدمة واتجاه دائم ومستديم نحو ضمان الجودة.

- السيطرة: ويصاحب الشفافية المتزايدة إنفاذ القواعد والأنظمة عن طريق نظام فحص ورقابة صارمين. ومحاولة منع الفساد والطفيلية والمتطفلين والمستغلين والعملاء الوهميين والموظفين الوهميين ومقدمي الخدمة الوهميين ويتطلب ذلك الكثير من الذكاء والحدس والخيال. ينبغي بناء وكالة مخابرات مركزية داخل هيئة التأمين الصحي لزيادة الكفاءة ولتفادي تكاليف الفرصة وإنفاق الموارد النادرة لأغراض التأمين الصحي بدلاً من الأرباح الخاصة. ويجب أن توجد عقوبات واضحة وقاسية ونظام قضائي يستطيع ويفعل وراغب في إنفاذ العقوبات. إن التأمين الصحي ليس جزيرة في اليمن – إن عليه أن يواجه الحقائق المحيطة به وذكاء الناس الذين يحاولون الاستفادة منه. إن هذا أحد التحديات والتهديدات الأكثر أهمية. إن المستغلين المحتملين ليسوا الأفراد فحسب ولكن كذلك المؤسسات حيث يمكن أن تختفي الأموال وتوجه نحو استعمالات أخرى كما قد تم تجريبه على نطاق واسع في اليمن وإنها ليست مهمة سهلة بأي حال.

- البداية الجيدة: يبدو أنه لأمر حيوي أن يكون هناك مشروع يعرض صورة جيدة في البداية وهو المشروع الذي يستطيع مماشاة أفضل نوايا التأمين الصحي مع أفضل تنفيذ وأفضل ممارسات. إن التماثل مع صندوق الأدوية الممتاز ولكن الذي أسيء استخدامه ينبغي أن يتم تجنبها. إن القولبة بعد صناديق التقاعد ينبغي أن تتم بعناية لأنها لا تعتبر من قبل الكثير بأنها أمثلة أفضل. إن المماثلة مع الصندوق الاجتماعي للتنمية لن تكون سيئة والتي تعتمد على مساندة دولية قوية وشخصية بارزة حقاً مثل المدير. والبداية الطيبة مطلوبة مع مجموعة أو قطاع من السكان تسهل إدارته. وفي حالة الإرادة السياسية والدعم ينبغي أن لا تكون البداية صغيرة وهزيلة.

6-4-3 مزيد من الشروط المسبقة

هناك عدد من الشروط الإضافية تحتاج إلى الإيفاء بها وهناك بعض الأسئلة الأساسية بحاجة إلى إجابة قبل أن تستطيع اليمن البدء بإنشاء التأمين الصحي الاجتماعي. إن بعض هذه الأسئلة تتعلق بالإجماع السياسي والإرادة وأخرى بالوضع الاقتصادي وبسوق العمل. وأخيراً وليس آخراً هناك الكثير من الأسئلة الفنية والإدارية بحاجة إلى إجابة. إن حقيقة أن هناك مسودة قانون تأمين صحي موجودة قدمت إلى الحكومة في فبراير عام 2004م يشير إلى أن هناك بعض الخطوات التي أتخذت للإجابة على بعض تلك الأسئلة. ومن جانب آخر فإن تقنين قانون التأمين الصحي قد أجل لأن جزء من الحكومة قد أعتقد بأن اليمن ليست جاهزة بعد للإصلاح. وهذا يؤكد على أنه من الضروري تحديث وجعل الأهداف السياسية واقعية وتحليل الوضع فيما يتعلق بالشروط المسبقة الأساسية

لتقدير التأثيرات الواقعية للإصلاح المخطط له وكذلك لتقدير البدائل الاختيارية. فأولاً وقبل كل شيء هناك حاجة إلى إجماع عريض للشركاء لتنفيذ مثل هذا الإصلاح وهذا شرط ضروري لأي خطوات لاحقة للتنفيذ.

إن الشروط المسبقة العامة لبدء نظام التأمين الصحي الوطني هي التالية:

- الإجماع في مجموعة صناع القرار السياسي في اليمن والمشاركين والدعم من الرئيس ورئيس الوزراء.
- الدعم من المساهمين الدوليين والمانحين (على سبيل المثال البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي ... الخ).
- الانفتاح واستيعاب الإصلاح من سكان اليمن.
- الحد الأدنى من المؤمن عليهم في البداية.
- قدرات إدارية كافية.
- بنى أساسية فنية أساسية على الأقل ميزانية كافية لإنهاضه.
- الانفتاح على الدعم الخارجي وتنفيذ النظام من قبل إدارة مشروع مهنية.
- نظام العقوبات والمخالفات.
- الرغبة لكل من: التنظيم بالقوانين (إطار عمل قانوني) ومراجعة / تحديث القوانين الموجودة.

وإلى جانب هذه الشروط المسبقة (أنظر المواصفات في القسم الثاني من تقرير دراستنا) من الضروري الإجابة على السؤال ما إذا كان هناك بنية رعاية صحية مقبولة موجودة تكون قادرة على تقديم خدمات صحية تكون جزءاً من حزمة فوائد التأمين الصحي.

وعلى أساس هذه الشروط المسبقة يمكن أن نذكر بعض الاستنتاجات الهامة من مقابلاتنا وتحليلنا للوثائق:

- إن الفساد في المجتمع اليمني قد كان الموضوع الرئيسي في معظم المقابلات.
- في أغسطس 2005م يبدو أن هناك جزئياً فقط إجماع على بناء تأمين صحي وطني يتبع معايير الشفافية والمساءلة والمصداقية.
- القوانين الحالية مثل قانون العمل للقطاع الخاص فيه بعض النصوص الجيدة فيما يتعلق بالرعاية الصحية في الشركات وتأمينات الخدمة وأنظمة أخرى على سبيل المثال استمرار المرتب في حالة الإجازات المرضية والذي لا يتلاءم مع قانون التأمين الصحي الوطني الحديث وينبغي مراجعته وتكييفه. هذا أيضاً لأنها غير جذابة للاستثمارات الخاصة في الاقتصاد اليمني. من جانب فإن الكثير من مؤشرات الصحة اليمنية سيئة تماماً ومن جانب آخر هناك المئات من المهنيين (أطباء وصيادلة) عاطلين عن العمل أو في بطالة مقنعة. إن بناء تأمين صحي وطني لوحده لا يمكنه حل هذه المشكلة إنما هناك حاجة لاستثمار عام في المنشآت والأفراد وتوزيع مهني للموارد وتنفيذ نظام عقوبات.
- هناك الكثير من الممارسة الجيدة ضمن برامج الصحة الحالية وخاصة في قطاع الشركات الخاصة والعامة ولكن هناك أيضاً تنوع مذهل لمختلف حزم الفوائد والتمويل وتعبئة الموارد وإجراءات الرعاية الصحية. إن التنوع هو ميزة أيضاً ولهذا السبب ينبغي الاحتفاظ بالممارسة الجيدة والتي تستطيع أن تعطي توجيه لمزيد من خطوات الإصلاح. لذلك من الضروري إدماج الممارسات الجيدة في الإصلاح بإستراتيجية شاملة على مستوى الأمة.

5-6 خيار نظري واحد: تقديم الصحة على أساس الضرائب

وعلى النقيض من معظم البلدان التي لديها تأمين صحي اجتماعي حيث تم تبيان هدف التغطية الشاملة قريب جداً فقد كانت التغطية الشاملة سمة مركزية للبلدان التي لديها نماذج تمول بالضرائب (بوس وآخرين 2005). وفي نيوزيلاندا فإن هدف السياسة الرئيسي هو توفير "رعاية مجانية للجميع" والتي يعود تاريخها إلى عام 1938م وقد تبعتها المملكة المتحدة بإيجاد خدمة الصحة الوطنية في عام 1948م – "عام وشامل ومجاني في نقطة التقديم".

وفي أوروبا الشمالية واستراليا فإن أنظمة الرعاية الصحية التي تمول بالضرائب والاستحقاق لخدمات الرعاية الصحية مبنية على الإقامة مثلها في المملكة المتحدة وأستراليا ونيوزيلاندا أو البلدان الاسكندنافية – بصرف النظر عن الجنسية. إن السكان بدون غطاء في هذه البلدان هم لذلك قليلين جداً ومنحصرين أساساً في المهاجرين الغير شرعيين. ومقارنة مع هذه البلدان فإن التغطية العامة هي ظاهرة حديثة جداً في بلدان جنوب أوروبا التي تمول الضرائب ولكن بحلول العام 2002م فإن كل البلدان التي لديها خدمة صحية وطنية في جنوب أوروبا قد حققت كذلك التغطية العامة تقريباً.

وفي إيطاليا تم إدخال خدمة صحية وطنية بهدف تغطية عامة في عام 1978م وقبل عام 1978م كان 93% من السكان مشمولين بالتأمين الصحي العام رغم أن ذلك تحت شروط متفاوتة بصورة كبيرة. وقد غير إصلاح عام 1978م مبدأ تمويل الرعاية الصحية: ألغي التضامن ضمن الفئات المهنية لصالح التضامن بين الأجيال والذي ساند إدخال تغطية شاملة ومجانية لكل المواطنين الإيطاليين أما المقيمين الغير إيطاليين فلم يكونوا مشمولين بموجب هذا التشريع. وفي عام 1998م فقط كان للمهاجرين الشرعيين نفس الحقوق كالمواطنين الإيطاليين. وقد أتخذت إجراءات كذلك لتوفير بعض الرعاية للمهاجرين الغير شرعيين والذين يحصلون الآن على مجموعة محدودة من خدمات الرعاية الصحية وخصوصاً علاج الأمراض المعدية وبرامج الرعاية الصحية للرضع والنساء الحوامل (دوناتيني 2001).

وبحسب آخر مسح صحي وطني في عام 1997م فإن 94.8% من سكان أسبانيا مشمولين بموجب الانتساب الإجباري لنظام الصحة الوطني و 4.6% من سكان أسبانيا – موظفي الخدمة المدنية ومعاليهم – قد أخذوا تأمين لدى صندوق تعاوني غير ربحي. إذا لم يكن الأفراد مشمولين بالبرنامج الوطني فهذا عادة لأسباب العضوية في برنامج تأمين بديل مرتبط بالوظيفة وليس على أساس عدم القدرة على المساهمة. إن المجموعة الصغيرة من سكان أسبانيا الغير مغطاة رسمياً سواء بنظام التأمين الوطني أو الصندوق التعاوني تتكون أساساً من أولئك الغير ملزمين بالانضمام لنظام الضمان الاجتماعي وتزامنياً غير مؤهلين للوصول من خلال البرنامج الغير إسهامي للفقراء. وهذه المجموعة المستثناة تتكون أساساً من مهنيين ليبراليين مستخدمين لذاتهم وأصحاب عمل (ريكو 2000). إن الحصول على الخدمات الصحية في أسبانيا مرتبط بملكية تارجيتا ساليتاريا انديفايدول (TSI) والبطاقة الصحية الإلكترونية الفردية. ومنذ العام 2001م TSI متاح للمواطنين وكذلك للمقيمين من الأجانب. ليس هناك فرق بين المواطنين الأسبان والمهاجرين وحتى إذا اعتبروا "غير شرعيين" وتهدف مبادرة جديدة في كاتلونيا الى توسيع مجموعة المهاجرين الذين يحوزون TSI بصرف النظر عن وضعهم القانوني وبذلك يكون بمقدورهم الوصول إلى شبكات الصحة العامة. بإعطاء المعلومات وتسهيل الوصول وتحسين المعرفة حول الخدمات التي يشملها "TSI" سيتم تحقيق الإستراتيجيات للسكان المهمشين (فيلاسكو – جاريدو 2005).

وفي البرتغال بالإضافة إلى النظام الصحي الوطني والذي يغطي 83.5% من سكان البرتغال فإن 10% تغطيهم برامج التأمين الصحي البديلة و 6.5% بالصناديق التعاونية. وعموماً فإن الفوائد التي يتم الحصول عليها بموجب التأمين الخاص أو برامج الصناديق التعاونية تتجاوز تلك التي توفر بنظام الصحة الوطني. ومع ذلك ففي كلا النظامين الفرعيين فإن مساهمات صاحب العمل والموظف غير كافية في أحيان كثيرة لتغطية كامل تكاليف الرعاية وبالتالي فإن نسب كبيرة من التكاليف تحول على نظام الصحة الوطني. وقد كان سبب ذلك المسجلين في هذه الصناديق الذين لا يصرحون بعضويتهم عند تلقيهم العلاج ضمن نظام الصحة الوطني وبذلك يعفون الصناديق من المسئولية عن كامل تكاليف رعاية أفرادهم. إن العلاقة بين نظام الصحة الوطني والأنظمة الفرعية قد تم تناوله صراحة بالتشريع في نهاية عام 1998م. لقد تم تصميم برنامج "اختياري" مسيطر عليه بصورة شاملة والذي بموجبه يمكن تحويل المسئولية الكاملة عن الرعاية الشخصية في النظام الصحي الوطني إلى الهيئات العامة أو الخاصة عن طريق مساهمة يتم إنشائها بعقد مع وزارة الصحة. وقد أبرمت ثلاث اتفاقيات بين وزارة الصحة وأنظمة فرعية. وتحول الدولة سنوياً إلى تلك الهيئات مبلغ بحسب الأفراد لكل مستفيد ومقابل ذلك يدفع النظام الفرعي المقابل كامل السعر لخدمات مستشفيات النظام الصحي الوطني ويتوقف عن الاستفادة من الدفع المشترك للنظام الصحي الوطني في صرف الأدوية. إن مزايا تحسين الربط بين النظام الصحي الوطني والأنظمة الفرعية لا ريب فيه. ومع ذلك فهناك برهان صارخ على اختلاف بين سهولة التحويلات المالية من وزارة الصحة إلى الأنظمة الفرعية والصعوبة التي تواجهها خدمات نظام الصحة الوطني في إعداد الفواتير عن الخدمات المقدمة للمستفيدين من الأنظمة الفرعية (بنتيس 2004).

هناك 13 بلداً من بين الـ 25 بلداً التي راجعها تقرير بوس (2005) والتي تحصل بصورة رئيسية على نفقاتها للرعاية الصحية من مدفوعات الضرائب. وهم يحصلون على مدفوعات الضرائب كضرائب مباشرة مثلاً ضرائب شخصية ، ضرائب على دخل الأشخاص وضرائب على دخل الشركات أو كضرائب غير مباشرة مثل

ضريبة القيمة المضافة. إن بعض هذه البلدان وخصوصاً آيسلندا وفنلندا والسويد تعتمد بالإضافة لذلك على مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي على الرغم من أنها صغيرة مقارنة بمدفوعات الضرائب.

أما أسبانيا وآيسلندا فقد تحولت من نظام الصحة الاجتماعي وتدبرت الانتقال إلى مدفوعات الضرائب كآلية تمويل رئيسية. وفي كلا البلدين فإن السبب الرئيسي لهذا التغيير يمكن أن ننظر إليه في التصاعدية الأعلى المنظورة لآلية دفع الضرائب على الرغم من أن مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي إذا صممت طبقاً لذلك كان يمكنها ربما أن تحقق مستوى مماثل من التصاعدية كما تحقق فعلياً بالتغيير في أسبانيا (أي من التنازلي في عام 1980م إلى لا تصاعدي ولا تنازلي في عام 1990م).

الجدول رقم (35): الانتقال من التأمين الصحي الاجتماعي إلى التمويل بالضرائب في آيسلندا وأسبانيا
أكثر من 60% من النفقات الصحية في آيسلندا تم تمويلها بمساهمات تأمين بمعدل متساوي لصناديق الأمراض حتى عام 1972م. ولأن هذه المساهمات قد نظر إليها بأنها تنازلية أكثر مما ينبغي وحيث أن النفقات الصحية ترتفع بسرعة في نفس الوقت فقد تقرر التحول إلى مدفوعات الضرائب. وفي الفترة الانتقالية من عام 1972م إلى عام 1989م بقيت صناديقحالات الأمراض لكنها لم تتسلم تمويلها كاملاً من مدفوعات الضرائب 80% من الدولة و 20% من الحكومات المحلية (هالدرسون 2003). وقد أعتمدت أسبانيا بصورة رئيسية كذلك على مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي. وفي منتصف السبعينيات أسهمت مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي بحوالي ثلثي نفقات الرعاية الصحية الإجمالية بينما غطي الثلث المتبقي من خلال مدفوعات الضرائب. وفي عام 1986م ومع إدخال خدمة الصحة الوطنية بدأ تحول أساسي نحو التمويل بالضرائب. وبحلول العام 1989م عكس النمط السابق لأول مرة بمدفوعات الضرائب مشكلة 70% ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي هبطت إلى حوالي 30% من الإجمالي. وطوال أعوام التسعينيات تناقصت باستمرار مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي (ريكو وسابس 2000).
المصدر: بوس 2005

وعلى نقيض آيسلندا وأسبانيا فقد أدى المستوى المتناقص للتمويل بالضرائب إلى زيادة نسبية (وإن تكن صغيرة) في نسبة مساهمات الضمان الاجتماعي في فنلندا. وقد تناقصت حصة المدفوعات من الضرائب من 66.1% من إجمالي الإنفاق الصحي في عام 1975م إلى 59.7% عام 2002م بينما أزدادت مساهمات الضمان الاجتماعي من 12.6% عام 1975م إلى 15.9% عام 2002م. وهذا التحول سببه بصورة رئيسية الركود الاقتصادي الذي واجهته فنلندا في التسعينيات (جارفلن 2002). وقد عانت كندا والنرويج اقتطاعات هائلة في حصة الضرائب كنسبة من الإنفاق الصحي – لصالح آليات التمويل الخاص. ومع ذلك فإن هذا التطور لا يعكس بالضرورة نقصاً في الضرائب المتاحة (كما هو في فنلندا) إنما انخفاض كبير في الإنفاق الصحي من الموارد العامة ويكشف ذلك عن هشاشة المدفوعات الضريبية في تغيير الأولويات السياسية.

وبدلاً من أن تستمد مدفوعات الضريبة كضرائب مباشرة أو غير مباشرة على الدخل العام يقترح البعض لذلك ضرائب مفردة لغرض معين للإنفاق الصحي. ومما هو مستغرب تماماً بأن تلك الضرائب لا توجد في البلدان التي تمول بصورة رئيسية بالضرائب (ولو أنه في حالة السويد يمكن المحاجة بأن الضرائب في المقاطعات مفردة لغرض معين بحكم الواقع حيث أن الأغلبية العظمى منها تستخدم للرعاية الصحية. وبدلاً من ذلك تم إدخال الضرائب المفردة لغرض خاص كمصدر للتمويل التكميلي في البلدان التي بها أساساً تمويل ضمان اجتماعي. ففي فرنسا تجمع نسبة 3.3% من إجمالي الدخل الصحي كضرائب مفردة لغرض معين على استخدام السيارات واستهلاك التبغ والكحول. وبالإضافة لذلك يطلب من صناعة الأدوية دفع ضرائب مفردة لغرض معين على الدعاية تبلغ 0.8% من دخل الصحة الإجمالي (ساندير 2004). وتجمع ألمانيا ضرائبها على استهلاك التبغ بيورو واحد تقريباً للباكت في ثلاث خطوات بحلول العام 2005م والتي توجه نحو الضمان الصحي الاجتماعي من أجل موازنة معدلات الاسهام[38].

إن الافتراض العام هو أن المدفوعات الضريبية تلعب أساساً دوراً ضمن أنظمة الرعاية الصحية الممولة بالضرائب وتعتمد بلدان الضمان الصحي الاجتماعي في غالبيتها على المساهمات المرتبطة بالأجور لتمويل أنظمتها الصحية. ومع ذلك ففي النمسا وبلجيكا وسويسرا واليابان تجمع أكثر من 10% من نفقاتها الصحية

[38] أعطيت الضريبة على استهلاك التبغ تسمية ضريبة لغرض معين من قبل الحكومة الألمانية على الرغم من أن الإفراد لغرض معين غير ممكن عملياً في إطار النظام الضريبي الألماني.

الإجمالية من خلال الضرائب – وتصل إلى 30% في حالة النمسا (بوس 2005). وبالإضافة لذلك ومما يثير التشوش أكثر ففي الاحصائيات الدولية من غير الواضح في أحيان كثيرة ما إذا كان الإنفاق من خلال الضرائب يتضمن الدعم الضريبي لصناديق حالات الأمراض أو ما إذا كانت هذه مدرجة كموارد تأمين صحي اجتماعي. وبكلمات أخرى فإن الحصة المبينة لمدفوعات الضرائب في بعض البلدان يمكن أن تنقص تقدير المبلغ الفعلي للموارد المحصلة من خلال الضرائب طالما أن هذه ربما تتضمن إعادة تخصيص الموارد.

6-6 خيار نظري ثاني: أولوية التغطية للحالات الكارثية

إن آلية تمويل جديدة تطورت خلال الثمانينيات هي نهج حسابات التوفير الطبي (بوس 2005). وبموجب هذا النهج فإن المبلغ المتوقع من المال المطلوب يجري ادخاره مسبقاً من قبل كل فرد في حساب خاص يجنب لتغطية مصاريف الرعاية الصحية. وعلى نقيض مدفوعات الضرائب ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي فإن الموارد المحصلة لا يجري دفعها لغرض مشترك وهي لذلك تجمع مع شكل ما من التأمين الصحي تجاه المخاطر المالية العالية من المرض. إن تسديد التكاليف الصحية في إطار التأمين عالي المخاطر محصور سواء على تكاليف علاجات محددة بدقة وخصوصاً تلك التي ربما تعرض المؤمن عليه لمخاطرة مالية عالية (مثلاً في حالة الأمراض الشديدة أو المزمنة) أو تحدث فقط زيادة على استقطاع معين والذي هو مقتصر على مبلغ محدد في العام. يمكن تقديم تغطية التأمين عالي المخاطر هذا بواسطة ضريبة أو بنظام صحي اجتماعي أساسه التأمين أو بتأمين صحي خاص (شريوت 2004).

ولما كان حساب الوفورات الطبية لمساهمات التأمين الصحي الاجتماعي الإجباري تطلب من الفرد كل شهر (في بعض الأحيان يشاركه صاحب العمل) أن يدفع مبلغاً ثابتاً أو حصة بنسبة مئوية من الدخل الإجمالي إلى حساب وفورات طبي على أساس إجباري فإن الطبيعة الإجبارية لحسابات الوفورات الطبية على النقيض من حسابات البنوك الخاصة تضمن أن الفرد يكوّن في الواقع احتياطيات رأسمالية يمكنه اللجوء إليها في حالة المرض.

وإذا استنفذ الحساب ولم يسدد عن التأمين عالي المخاطر فإن المصاريف الناتجة يجب دفعها بكشف الحساب أو بوسائل خاصة (نيكولاس 1997) وإذا لم تستنفذ الأموال في الحساب الخاص بنهاية سنة معينة فإن الأموال الباقية ستدخر في حساب الشخص لتغطية صرفيات صحية مستقبلية مع خضوعها لمعدل معين من الفائدة. ويعتمد الأمر على تنظيم النظام يمكن أيضاً إنشاء احتياطيات كاحتياطيات شيخوخة للوقت الذي لم يعد فيه الفرد المستخدم يكسب مالاً. والأشخاص الذين لم يعودوا موظفين يكسبون حينها لم يعودوا ملزمين أن يدفعوا مساهمات لحساب الإدخار الطبي. وبالإضافة لذلك من الممكن كذلك لحامل الحساب أن يورث أي أموال أدخرت إلى ورثته.

إن الأسباب الرئيسية الثلاثة لإدخال حسابات التوفير الطبي كآلية تمويل هي لمنع المجازفات المعنوية في الإنفاق بربط موارد الرعاية الصحية بالمسئولية الفردية لتجنيب احتياطيات للشيخوخة ولتحقيق إمكانية احتمال أعلى لأقساط التأمين الصحي الطوعي بتوفير وسائل لتغطية الاستقطاعات. هناك حالياً نهجين مختلفين لحسابات التوفير الطبي في البلدان عالية الدخل تستخدم في سنغافورة والولايات المتحدة الأمريكية. كان لدى سنغافورة في السابق نظام يمول بصورة كبيرة بالضرائب مع مساهمات مدفوعات ضريبية بـ 51% من إجمالي الإنفاق الصحي في عام 1965م. وفي بداية الثمانينيات تم توقع زيادة استثنائية في نسبة كبار السن في السكان وزيادة مصاحبة لنفقات الرعاية الصحية بسبب التقدم الطبي. وقد تنبأوا بأن نظام الرعاية الصحي الذي يمول بصورة رئيسية بالضرائب في بيئة نفقات رعاية صحية متزايدة وإيرادات ضريبية متناقصة كنتيجة لتناقص قوة العمل لم يعد طريقة مناسبة للتمويل في المدى البعيد (فوا 1991). ولذلك فقد قصد من إصلاح النظام حل المشكلة السكانية المتوقعة وفي نفس الوقت لإيجاد حوافز للتصرف اقتصادياً في الوقت الذي يحترم فيه تقديم خدمات الرعاية الصحية كمورد نادر. وبإيجاد بنية جديدة للتمويل فقد أنتقلت سنغافورة نحو نظام مختلط مبني على أساس اسهامات التأمين الصحي الاجتماعي (7%) ومدفوعات في حسابات التوفير الطبي (8.5%) ومدفوعات ضريبية (26.5%) وأقساط تأمين صحي طوعي (15%) ومدفوعات منفقة (43%) (شريوج 2003)[39].

وبالرغم من مزاياه فإن نظام حسابات التوفير الطبي في سنغافورة يثير عدداً من قضايا العدالة بسبب تناقصيتها وهي لذلك غير مناسبة لكل بلد (نيكولاس 1997م). وعلى النقيض من سنغافورة فإن هدف النهج في الولايات المتحدة الأمريكية مركز بدلاً عن ذلك على احتواء التكاليف والتوسع في تغطية التأمين ليشمل نسبة الـ 15% من غير المؤمنين وهكذا يفيد بصورة أساسية في تمويل استقطاع كبير من أجل تخفيض مدفوعات القسط.

[39] حصص أقساط التأمين الصحي الطوعي ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي تقديرية. وجميع الحصص الأخرى على أساس بيانات وزارة الصحة في سنغفورة (2002) للعام 2000م.

الجدول رقم (36): حسابات التوفير الطبي في سنغافورة
في البداية في عام 1984م تم إدخال نظام حسابات التوفير الطبي والذي يسمى ميدي سيف في سنغافورة. وفي هذا النظام كل مواطن موظف في دولة سنغافورة يكسب يلزم بدفع حصة 6 إلى 8% من دخله – بحسب سنه – إلى حساب فردي تديره الدولة. تستثمر الأموال المدخرة في الحسابات في سوق رأس المال من قبل الحكومة وتدفع الفائدة بسعر السوق الجاري (اشير 1995م). وفي حالة المرض يمكن للفرد أن يدفع لعلاجه وعلاج معاليه من الوفورات في حساب مدخراته الطبية. ومع ذلك فإن تكاليف المستشفى فقط وتكاليف خارجية معينة مختارة توافق عليها الدولة في قائمة خدمات يمكن تمويلها بحساب الوفورات الطبية. يتلقى المواطنون كشوفات منتظمة بالحساب تبين الوضع الحالي لحساب الوفورات وحالما يظهر حساب التوفير الطبي (ميدي سيف) رصيد 30 ألف يورو فإن كل المبالغ المودعة أكثر من هذا المبلغ تحول تلقائياً إلى بناء حساب الوفورات للفرد المعني وهو حساب يلزم كل مواطن موظف في سنغافورة الاحتفاظ به من أجل ادخار المال سواء لشراء عقار أو لاستثمار في تعليم أطفاله. وقد أستكمل هذا النظام لبرنامج تأمين صحي عالي المخاطر (يسمى الدرع الطبي) يدفع من مساهمات تعتمد على السن والتي يمكن تمويلها من الأفراد من حساب الوفورات الطبية الخاص ويقصد بها تمويل كل من العلاجات المكلفة في المستشفيات وكذلك العلاجات الخارجية للأمراض المزمنة. وبالإضافة لذلك يستخدم صندوق (يسمى ميدي فند أو الصندوق الطبي) لدعم الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين ليس لديهم حساب وفورات طبية تحت تصرفهم أو الغير قادرين على تجنيب وفورات كافية. يمول الصندوق الطبي من قبل الدولة من الضرائب العامة. إن تنفيذ نظام حسابات التوفير الطبي في سنغافورة لم يستكمل بعد بالكامل لأن الجيل الداخل في التقاعد قبل عام 1984م لم يكن قادراً على مراكمة مخزونات رأسمالية ولذلك يمول من قبل أفراد العائلة أو بمساعدة الدولة. ولهذا السبب فإن التنفيذ الكامل للنظام لن يتم تحقيقه حتى العام 2030م. وبصرف النظر عن حسابات التوفير الطبي فإن الحصة المتدنية من النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي وهو 3.7% (عام 2002م) يمكن أن تنسب إلى الشباب من السكان وبرنامج حوافز لفئات المستشفيات. ومع ذلك يوجد هناك عدد من الدلائل على أساس مختلف الدراسات بأنهم قد حققوا على الأقل مساهمة كبيرة في هذه الحصة المتدنية (بريسكوت / نيكولاس 1998 وشيريوج 2004). وفوق هذا فإن الأصول المتراكمة لكل حسابات التوفير الطبي قد بلغت حوالي 13.1 بليون يورو (2001) وبذلك فهي تشكل مصدراً هاماً من رأس المال للاستثمارات في الاقتصاد الوطني في سنغافورة (اشير 2002).
المصدر: بوس 2005

7-6 الخيار النظري الثالث: حزمة فوائد الشاملة إلى حد ما

1-7-6 التجارب من بلدان أخرى

ومنذ تبني تقرير التنمية العالمي ذو الاعتبار الكبير سنة 1993م (الاستثمار في الصحة) فإن مفهوم حزمة الرعاية الصحية الأساسية على أساس خدمات أظهرت أنها الأكثر اقتصادية قد تم تبنيها مبدئياً أو عملياً من قبل عدد كبير من البلدان (البنك الدولي 1993). وفي غضون ذلك فإن الكثير من المانحين المتعددين والثنائيين قد شجعوا أو روجوا لتبنيها. ومع ذلك فإن مفهوم الحزمة لم يكن بذلك الجديد ويعكس فكرة أن الرعاية الصحية الأولية الشاملة المقترحة مثلاً في المآاتا في عام 1973م مكلفة جداً لكثير من البلدان النامية (إنسور 2002 ص 247). ومع ذلك فإن الكثير مما كتب حول حزم الخدمات الأساسية والضرورية يركز من جانب على التصميم والتنفيذ ومن جانب آخر على الوسائل المنهاجية لقياس المنافع الاقتصادية وسنوات الحياة التي يتم بلوغها والمشكلات المتعلقة بذلك. لقد أعطي اهتمام قليل نسبياً بتقييم الاستراتيجية ميدانياً وحول الاثر على الصحة والمؤشرات الاجتماعية الأخرى (نفس المرجع ص 248).

وفي معظم البلدان التي قررت اتباع النهج نحو تنفيذ الرعاية الصحية الأساسية بما في ذلك الفوائد الصحية التالية:

1. الرعاية الصحية الإنجابية – بما في ذلك الأمومة الآمنة (رعاية الولادة الأساسية والرعاية ما قبل وما بعد الولادة)، وتنظيم الأسرة والخدمات الإنجابية الأخرى بما في ذلك الأمراض المنقولة جنسياً.

2. رعاية صحة الطفولة – بما في ذلك عدوى الجهاز التنفسي الحادة وأمراض الإسهال والأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم ورعاية المراهقين المنفذة من خلال إدارة متكاملة لنهج مرض الطفولة.
3. مكافحة الأمراض المعدية – بما في ذلك السل والجذام والملاريا وأمراض الخيطيات والحمى السوداء والأمراض الجديدة.
4. الرعاية العلاجية المحدودة – وتركز على الإسعاف الأولي للرضوض والطوارئ الطبية والجراحية والربو وأمراض الجلد والعيون وعدوى الأسنان وأمراض الأذن.
5. اتصال تغيير السلوك ينفذ كطريقة للتأثير على السلوكيات الصحية وممارسات طلب الرعاية الصحية من خلال جميع مكونات حزمة الخدمات الأساسية (إنسور 2002 ص 249).

بدأت في الآونة الأخيرة سلسلة من المبادرات في أمريكا اللاتينية للتغلب على الإقصاء الاجتماعي في الصحة ولتحسين تغطية الحماية الاجتماعية في الصحة. وقد كان إنفاذ إجراءات السياسة الاجتماعية من قبل مبادرات المانحين الدوليين (مبادرة HPIC وأهداف التنمية الألفية) حافزاً أو دافعاً قوياً للحكومات لإيجاد خطط تأمين موجهة بحزمة فوائد محدودة مخصصة أساساً لمشكلات صحة الأمومة والطفولة. وقد كانت بوليفيا إحدى البلدان الأولى لبدء تنفيذ برامج التأمين الصحي للأمومة والطفولة على المستوى الوطني.

نشأ التأمين الصحي الأساسي البوليفي في عام 1999م كبرنامج سياسة اجتماعية كان يفترض أن تتطور إلى برنامج تأمين. أما مصدر التمويل فهو الموارد الضريبية الوطنية الموجهة من خلال البلديات بحسب معدل متساوي للأفراد. إن التأمين الصحي الأساسي في بوليفيا قد ركز على الفقراء من السكان في المناطق الريفية والضواحي الحضرية. والتسجيل مجاني وتعطى الخدمات مجانية من الدفع المشترك. يعتمد الدفع لمقدم الخدمة على البلديات وتقديم الرعاية الصحية أساساً على المنشآت العامة. لقد أعطى التأمين الصحي الأساسي في بوليفيا حزمة من الفوائد محددة جيداً بحسب المشكلات المرضية الأكثر أهمية والاحتياجات الصحية الخاصة بأمراض الأمومة وأمراض الطفولة المبكرة. وفي غضون ذلك تطور التأمين الصحي الأساسي البوليفي إلى تأمين الأمومة والطفولة الموحد (سومي) والذي يمنح حزمة فوائد أوسع تشمل الأمراض المعدية الحادة باستثناء الإيدز. وتنظم العضوية ببطاقة تأمين تسلم من السلطة المحلية والانتساب إلى التأمين الصحي الأساسي البوليفي أعلى في المناطق الريفية. ومع ذلك فإن البيانات الموثوق بها حول عدد المستفيدين المنتسبين فعلياً من الصعب للغاية استكشافها.

الجدول رقم (37) بعض المؤشرات عن بوليفيا	
إجمالي عدد السكان	8,808,000
الناتج المحلي الإجمالي للفرد	2,568
توقع الحياة عند الولادة بالسنوات (ذكور / إناث)	67.0/63.0
توقع الحياة الصحية عند الولادة (ذكور/ إناث) في عام 2002م	55.2/53.6
وفيات الطفولة (ذكور / إناث) (لكل ألف)	64/68
وفيات البالغين (ذكور / إناث) (لكل ألف)	180/247
إجمالي النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي في عام 2002م	179
إجمالي النفقات الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (2002)	7.0
المصدر: منظمة الصحة العالمية 2005 ب ، أرقام العام 2003م ما لم يشار لذلك	

صممت حزمة فوائد التأمين الصحي الأساسي البوليفي بحسب الاحتياجات الصحية الأكثر أهمية في البلاد. ويعتمد حجم الفوائد المغطاة أساساً على الوضع المالي للخزانة العامة ويخضع لأسباب اقتصادية ومرضية ويتبع منطق علاقة التكلفة – الفعالية. تغطي الخدمات الـ 76 في حزمة التأمين الصحي الأساسي البوليفي 56% من الضرورات التي تتعامل مع المشكلات المرضية الأكثر صلة وتعطي أولوية لأمراض الأمومة والطفولة المبكرة. وتغطي الفوائد الأمراض الأكثر صلة التي تسبب انتشار الأمراض والوفيات في بوليفيا ويمثل توسيعاً لتأمين الأمومة والطفولة الموجود من سابق.

إن حزمة التأمين الصحي الأساسي البوليفي قد أنحصرت في الأمومة ومشكلات صحة الأطفال وبعض الأمراض الوبائية المعدية وبهذا فإن معظم الأمراض الأخرى وعلاجاتها قد أستبعدت. لا يمنح برنامج الضمان الصحي الأساسي البوليفي أي جراحة غير نساء وولادة أو جراحة عظام ولا علاج للأمراض المزمنة والحادة إلا

الأمراض المعدية المختارة ولا علاج تخصصي. لم تعطي حزمة الفوائد أي خيار لاختيار مقدمي الخدمة والمسجلين. وقد حصرت النشاطات الترويجية عملياً في تنظيم الأسرة. ويبدو أن الوقاية كانت بالأساس في صورة لقاحات مختلفة بما في ذلك مضاد الفيروسات الثلاثي (MMR) و OPV وتطعيم المناعة من السل (BCG) والتطعيم ضد التيفوس الثلاثي (DPT) الممتد إلى التهاب الكبد الوبائي (ب) وإنفلونزا هيموفلس (ب). إن مؤشرات التطعيم عالية نسبياً في معظم أجزاء البلاد (معدلات التغطية تتراوح بين 87.01% و 94.78% وتغطية اللقاحات الكلية 80.88% للأطفال تحت سن عام واحد.

يغطي برنامج تأمين الطفولة والأمومة الموحد (سومي SUMI) الفوائد التالية:

1- الأطفال تحت سن الخامسة من العمر

- الرعاية الصحية والتغذية.
- التطعيم الشامل للأطفال.
- الترويج الغذائي والتغذية.
- علاج معظم الأمراض القاتلة ذات الصلة بما في ذلك الإسهال الحاد وعدوى الجهاز التنفسي.

2- الرعاية الصحية للمرأة في سن الخصوبة.

- مراقبة دورية ما قبل الولادة وعناية الوضع وما بعد الوضع.
- وقاية وعلاج مضاعفات الحمل.

3- تنظيم الأسرة وعلاج الأوبئة

- خدمات المعلومات والتثقيف وتنظيم الأسرة.
- تشخيص وعلاج السل.
- تشخيص وعلاج الأمراض المنقولة بالجنس باستثناء علاج الإيدز.
- تشخيص وعلاج الملاريا.
- تشخيص وعلاج الكوليرا.

تصمم حزم مزايا أساسية لتحسين الوصول إلى رعاية صحية يمكن احتمالها لفئات السكان الأكثر حاجة وهي تستهدف زيادة استخدام المنشآت الصحية من الفقراء وتقديم خدمات فاعلة للأمراض الأكثر استيطاناً وجعل الرعاية الصحية المختارة متوفرة في المناطق الريفية. في الحقيقة، تظهر الدلائل من دراسات سابقة أن أسلوب حزمة المزايا الأساسية قد أثبت نجاحه في تعزيز التمويل العام للمستويات الأساسية من الرعاية وفي توجيه الموارد إلى تقديم الخدمات الصحية الأساسية ولتحويل الانتباه من المستشفيات إلى الوحدات والمراكز الصحية (إنسور 2002، ص 254). يبدو أن النقطة الأخيرة ذات أهمية قصوى في حالة اليمن حيث أنه ينبغي مراعاة درجة عالية من التطبيب (قارن الباب 3-2-1) "التأمين الصحي" والذي ينظر إليه غالباً كمعادل للمستشفى. لذلك، يجب التغلب على المعوقات التنظيمية والمؤسسية وأخيراً وليس آخراً المعوقات السياسية التي تحد من تدفق الموارد الإقليمية والمحلية من أجل جعل الاتجاه نحو المزايا الأساسية ممكناً وفاعلاً.

2-7-6 خيارات لليمن

إن الوضع الاجتماعي الاقتصادي وظروف الصحة والرعاية الصحية في اليمن فيها مجموعة من أوجه التشابه مع بوليفيا. وبالتأكيد فإن بعض المؤشرات تبدو أسوأ في اليمن لكن نمط الأمراض والتحديات الوبائية هي نفسها تقريباً. وبمواجهتها لأهداف التنمية الألفية فقد قررت الحكومة البوليفية القيام بمحاولة جادة لتحسين المؤشرات الصحية الأكثر إقلاقاً باستثمار موارد عامة. تمنح بوليفيا حزمة منافع أساسية شاملة صممت أساساً للمعوزين. ولقد أثبتت الحكومة البوليفية بتمويل التأمين الصحي الأساسي البوليفي وتأمين الأمومة والطفولة الموحد أن لديها الرغبة في الدفع عن الفقراء.

وبحسب التقديرات الأخيرة يمكن لليمن أن تقدم رعاية أولية شاملة وفقاً لحزمة فوائد أساسية بتكلفة سنوية بين 8 إلى 15 بليون ريال على افتراض معدل اتصال بحوالي زيارة واحدة لكل فرد في العام (روديز 2004 ، ص 17). وبالرغم من إنعدام البيانات العام والمعلومات في اليمن فإن بعض التقديرات التقريبية متوفرة فيما يتعلق

بالتكلفة المحتملة لتنفيذ حزمة فوائد أساسية تغطي في الأساس صحة الأمومة والطفولة وكذلك أكثر الأمراض عدوى. وبحسب دراسة حديثة فإن إجمالي حجم الاستثمارات المطلوبة لبلوغ الأهداف المرتبطة بأهداف التنمية الألفية في خطة الاستثمار الصحي ولتقديم التدخلات في مجالات الأولوية تبلغ 14133763450 دولار أمريكي أو 53.52 دولار للفرد الواحد للفترة 2006 – 2015. إن معظم التحديات المحددة بأهداف التنمية الألفية مرتبطة بصورة وثيقة بحزمة فوائد أساسية معقولة لليمن وبحيث أن التقديرات التالية تعطي فكرة عن التكاليف المتوقعة.

الجدول رقم (38): النفقات التقديرية لتغطية فوائد أساسية موجهة لأهداف التنمية الألفية في اليمن

نوع التدخل	التكلفة الإجمالية لحزمة أساسية ضرورية (دولار أمريكي)	التكلفة للفرد في العام (دولار أمريكي)
صحة الأمومة	755,890,409	2.83
صحة الطفولة	1,324,589,359	4.91
الملاريا	621,494,461	2.28
السل	92,549,568	0.34
الإيدز	364,453,504	1.32
الإجمالي	3,158,977,301	11.34

المصدر: كومبرنول 2005 ، ص 22. ينبغي أن نأخذ بالاعتبار بأنه بحسب تحرياتنا والمقارنات مع بلدان أخرى في ظروف اجتماعية واقتصادية مماثلة فإنه يبدو أن انتشار السل قد قلل من تقديراته بصورة عامة في كل البيانات المتوفرة

أما فيما يتعلق بالوضع الوبائي الشامل في اليمن فإن حزمة الفوائد الأساسية يجب أن لا تركز على تحقيق أهداف التنمية الألفية وتخفيض الفقر فقط. وبالإضافة إلى استمرار الأنماط التقليدية المرتبطة بالفقر مثل سوء التغذية والأمراض المنقولة فإن العبء الاجتماعي والتمويلي في تزايد للأمراض "الحديثة". وعلى الرغم من عدم وجود بيانات وبائية يعتمد عليها لكل السكان فإن مجموعة من المسوحات والدراسات النوعية تكشف عن انتشار ارتفاع الضغط والسكري وأمراض القلب والأوعية والأمراض الخبيثة في اليمن[40]. وبالنظر إلى ندرة الموارد والقيود المالية يجب على حزمة الفوائد الأساسية أن تركز على الوقاية والتتبع المبكر والعلاج الملائم من أجل تفادي أو على الأقل تأجيل النتائج المرضية.

أما فيما يتعلق بارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب فعلى سبيل المثال فإن الاعتبارات النظرية المؤكدة بتجارب سريرية ووبائية توحي بأن مضغ القات عامل مخاطرة ذو صلة (حجر 1996). وإن الآثار السلبية على الصحة تزداد بازدياد استخدام المبيدات الكيماوية والمخصبات التي تنتج تسمم حاد لماضغي القات لوقت طويل (ديت 2005). ولذلك فإن الإجراءات الوقائية يجب أن تؤكد على صلة تخفيض الاستخدام الواسع الانتشار لوريقات القات وخصوصاً بالنسبة للشباب. وحيث أن القيود في أحيان كثيرة تفتقر إلى التأثير فإن هذه تبدو حجة قوية لإدخال ضريبة قات خاصة للصحة من أجل جمع مزيد من الأموال لنظام التأمين الوطني. ويعتمد التشخيص المبكر للأمراض القابلة للعلاج بدرجة كبيرة في الحصول على الرعاية الصحية القابلة للاحتمال من حيث الدفع والممارسة الحالية لتقاسم الكلفة تمنع الكثير من المواطنين من الاتصال بمقدمي الخدمة في وقته وفي مرحلة مبكرة. ولذلك فإن لدى نظام تأمين صحي وطني إمكانية تخفيض التكاليف الإجمالية بتخفيض الحاجة لتعقيدات مكلفة للأمراض قليلة الكلفة عموماً.

ومن أجل تغطية الامراض الحضارية المستقبلية فان دراسة طلبت من وزارة الصحة العامة والسكان ونفذها خبير من اللجنة الاوروبية موازية لدراسة حول التامين الصحي تقترح مد نطاق اهداف التنمية الالفية الى مجموعة من الخدمات الاخرى التي يجب ادراجها في حزمة الفوائد الاساسية. وفيما يتعلق بالامراض المعدية القابلة للعلاج والجذام[41] والديدان الطفيلية[42] والبلهارسيا كذلك تستحق إجراءاً منسقاً وتوفر الأدوية في حالة

[40] بحسب دراسة أجريت بين عامي 2000م و 2001م فإن 18% من المرضى في المستشفيات قد عانوا من ضغط الدم (معلومات شفوية أعطيت من قبل البروفسور محمد يحيى النعمي – وزير الصحة العامة والسكان). وتظهر إحصائيات مستشفى الثورة 665 حالة من ضغط الدم و 1774 مريض يعالجون من أمراض القلب المزمنة أو الحادة.

[41] بحسب بيانات نشرت في اثناء مؤتمر دولي حول الجذام عقد في صنعاء في بداية سبتمبر 2005م وفي بداية عام 2005م فقد كان انتشار الجذام 286063 حالة بينما في عام 2004م كان تاثير المرض 407791 حالة (يمن تايمز 12 سبتمبر 2005).

[42] يبدو أن الديدان الـ Echinococcus بصورة خاصة ذات صلة وبائية حيث تشير احصائيات مستشفى الثورة إلى 57 من أكياس Hydatod التي أجريت لها جراحة في عام 2004م.

الحاجة. يجب أن تأخذ الحزمة الأساسية في الحسبان تقليل تقديرات محتملة لانتشار ضغط الدم بالتركيز على التشخيص المبكر والعلاج[43]. إن المشكلة هي ارتفاع تكلفة ضغط الدم والعلاج لأنه من الصعب حساب انتشاره ويمكن أن يقلل من تقديراته بصورة كبيرة. وبالإضافة إلى أنماط الأمراض المذكورة بأعلاه توحي دراسة المجموعة الأوروبية بإدراج العناية الأساسية بالعيون كذلك والحالات الطارئة الطبية والجراحية (الإصابات وعضات الحيوان والصدمات والحروق ومرض البطن الحاد والجراحات الصغرى (الختان وتنظيف أو قطع الدمامل ... الخ) (نيو 2005 ، ص 12).

وبصورة مستقلة عن القرار الذي سيتخذ حول أكثر حزم الفوائد الأساسية ملائمة لليمن يجب أن يقال بوضوح بأن الجهود التقليدية ستكون حتمية لتنفيذ وضمان توفر تلك الحزمة وخصوصاً الوحدات الصحية والمراكز الصحية التي يجب تحسينها وتكييفها لضرورات تقديم خدمة فعالة. وبالإضافة إلى زيادة المنشآت والموارد البشرية فستكون هناك حاجة لاستثمارات أخرى لتحسين قدرة النظام في تخطيط وتمويل وتقديم خدمات صحية عالية الجودة. ويتضمن هذا بصورة أساسية تعزيز القدرة الإدارية وتحسين المراقبة والتقييم وضمان الجودة وتحسين طلب ووصول المجتمع للتدخلات الأساسية وأنظمة معلومات صحية أفضل وأنظمة وأبحاث معلومات صحية أفضل وكذلك تحسين الحصول على الأدوية الأساسية القابلة لتحمل تكاليفها (قارن كومبرنول 2005 ، ص 19 F).

8-6 خلاصة

بالنسبة لأبحاث الأنظمة الصحية وإدارة الأنظمة الصحية ليس هناك مصدر أفضل للبرهان والإلهام من المقارنات الدولية ومراجعة التطورات التاريخية في الأنظمة الصحية في الخارج. وهذا مبدأ تبني عليه المنظمات الدولية التي تتعامل مع الأنظمة الصحية. إن نظرة إلى البلدان المجاورة مفيدة جداً ومن المفهوم تفضيل المقارنة مع بلدان من مستوى مماثل من التنمية. ومن أجل القدرة على فهم الاتجاهات طويلة المدى فمن الضروري مع ذلك ملاحظة التطورات التاريخية في البلدان الأغنى والأكثر تطوراً والتي في وقت معين من الوقت قد مضى – كان لديها مراحل تطور أقل تقدماً كذلك. فعندما بدأت كوريا الجنوبية وألمانيا التأمين الصحي كانوا في مستويات مماثلة من التطور كما هي عليه اليمن اليوم. إن التعلم من أخطاء الآخرين يمكن أن يوفر الكثير من المال ويمنع الاحباط. وبلدان أخرى لم تقتفي طريق التأمين الصحي. ومن الضروري التعلم منها أيضاً. ينبغي أن تؤخذ كل الخيارات في الاعتبار من أجل القدرة على اتخاذ القرار الرشيد في اختيار نظام التمويل الصحي الأفضل لليمن.

7- ملخص ونظرة عامة

1-7 مقدمة

إن أكثر من نصف السكان اليمنيين لا يحصلون على رعاية صحية. وهذا جزئياً بسبب الحاجة إلى منشآت تقديم الخدمة 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

[43] فيما يتعلق بتكاليف أساليب العلاج المختلفة فإن النهج الأكثر تقليدية المبني على B-blockers و/أو الأدوية المدرة للبول Diuretics يمكن أن يكون أكثر البرامج مناسباً وقابل لتحمل تكاليفه لتغطية الطلب ضمن الحزمة الأساسية. ومع ذلك فإن المادة الأولى يمكن أن تثير مقاومة لأنها مضادة لآثار القات وعلى كل حال فإن الإجراءات الوقائية مثل وقف مضغ القات تبدو أنها أكثر احتمالاً لتخفيض ضغط الدم وتخفيض تكاليف العلاج.

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 وعندما 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.

7-2 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 الموجودة الهامة 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 / ورش عمل لكل الاستنتاجات وخيارات تمويل الرعاية الصحية البديلة المقترحة مع الشركاء 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.

7-3 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 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 الخيارات والتوصيات مع أعضاء من البرلمان ومجلس الشورى والأحزاب السياسية ووزارة الصحة ومن المقرر أن يقدم عرض إلى مجلس الوزراء.

4-7 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 المستثنيات 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 المستشفى 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 الإعفاءات 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.

7-5 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 وتعديلات 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.

7-6 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.

7-7 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 72% من قادة الرأي يودون أن يبدأ التأمين الصحي فوراً.

7-8 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.

7-9 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن

إن التأمين الصحي ليس مفهوماً سهلاً وخاصة في العالم الإسلامي. فالوعي والفهم ليسا منتشرين 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 هي 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.

10-7 نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجدول التالي يواجه 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 ضريبية مرتبات في التأمين	تأمين المستخدمين ذاتياً	برامج مشاركة المجتمع	الخدمات العامة التي أساسها الضريبية
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 رشيد واجتماعي.

11-7 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 شرائه 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 ستوفر 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 سيكون أمر صعب 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 اكتشاف 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 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 أكثر صعوبة في التطبيق: هيئة تأمين صحي موثوق فيها ومستقلة. إن أحد الخيارات هو إتباع نمط الصندوق الاجتماعي للتنمية أو صندوق الأشغال العامة. وبالإضافة إلى الافتقار إلى المهنيين المدربين بصورة كافية وذوي التجربة وهو 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 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 الموجودة.

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 لدى ذاتهم والفقراء فيمكن أن يكون هذا جذاباً. ومن الطبيعي أن هناك محذور كبير هو أن السيناريو يستخدم معدلات فوائد منخفضة ويمكن لذلك أن لا يكون واقعياً.

12-7 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 من الصعب ولكن مع دعم سياسي ومالي جيد ستكون 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 تأمين 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 الصغيرة.

13-7 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 شبه 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.

14-7 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	الإضافة	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؟	

تقدير البدائل					
الشروط المسبقة		الدفعة الكبيرة	حجم صغير للجميع	الإضافة	عمل الإنتظار
	دعم المانحين ؟	-	~	~	~
	رقابة كافية ضد الفساد؟	-	-	-	~
الأسواق	مقدمي خدمة عالية الجودة كافين ؟	-	~	-	~
الكتيبات	إنفاذ القوانين والأنظمة؟	~	~	~	+
العمالة	كادر مؤهل بصورة كافية	-	~	-	~
الدافع	المعرفة والوعي والإثارة ؟	-	~	~	~
	إجماع الشركاء ؟	-	-	~	~
	دعم تضامني للفقراء ؟	-	+	-	+
	الثقة ؟	-	-	-	-
القياس	بيانات ومعلومات كافية ؟	-	-	-	~
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.

15-7 مجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي

إن مركز اختصاص التأمين الصحي سيكون مفيداً لدعم إيجاد ثقافة إدارة 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 فطرية 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 بمركز 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 تكون غير محدودة ويمكن أن تنشأ مهام أخرى بحسب إستراتيجيات التنفيذ والنجاح. ومع ذلك فإن معدو 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 الناشئة التي أساسها المجتمع. وفي الإستراتيجية التزايدية 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.

16-7 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.

- بـرامج التـضامن ومـشروعات التـأمين الـصحي وجمعيـات أصـحاب العمـل والمـوظفين أو اتحـاداتهم ومنظمـات المجتمـع المـدني والجامعـات والمنظمـات النـسوية والخبـراء البـارزين الآخـرين والـشركاء والمشاركين بما في ذلك مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب.

ولهذا المجلس الأهداف التالية:

- إعداد وثيقة سياسة بناءاً علـى دراسـة التعـاون الفنـي الألمـاني (GTZ) ومنظمـة الـصحة العالميـة ومنظمـة 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.

- تكون سكرتارية فنية للجنة التوجيه حـالاً بإعـادة تكليـف المهنيين المحليين والـدوليين وتـدعم فنيـا مـن قبـلً مكاتب منظمة الصحة العالمية والتعاون الفني الألماني (GTZ) في اليمن. بأسرع وقت ممكن ينبغي بنـاء مركز مستقل لاختصاص التأمين الصحي بـ (أ) قرار مجلس الوزراء بتشكيله (ب) ميزانيـة سنوية قدرها 200 مليون ريـال يمنـي تعطـى مـن الجمهوريـة اليمنيـة (ج) دعم دولـي إضـافي مـثلاً مـن صـناديق البنـك الدولي. ويحول هذا المركز خطوة بخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني تكرر التجـارب الجيدة للـصندوق الاجتماعي للتنمية وتكيفها لمؤسسة مستقلة وذات مصداقية ومسئولة وشفافة إلى مؤسسة عامة غير ربحيـة للتأمين الصحي الاجتماعي. وسوف تقود هذه الهيئة المناهج التزايدية نحـو تـأمين صـحي اجتمـاعي وطنـي في اليمن.

17-7 وجهـة نـظـر

في بعض البلدان أستغرق الأمر وقتاً طويلاً لتغطية جميع السكان بالتأمين الصحي الاجتمـاعي الاجبـاري. وبعض البلدان النامية – وحتى تلك الفقيرة – قامت بـه بـصورة أسـرع نـسبياً. والـيمن لـن تحتـاج إلـى عقـود لتكييـف عدالـة التمويل الصحي مع الرعايـة الـصحية الجيدة للجميع. إذا وجدت إرادة سياسية متزايدة بـصورة واضـحة والتـزام بنظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني في اليمن وإذا أمكن تعبئـة الـدعم الفنـي الـدولي عنـدها يمكـن لليمن أن تعطي جميع مواطنيها في المستقبل المنظور رعاية صحية جيدة في حالة الحاجة وليس فقط بحسب المقدرة علـى الدفع. وهذا ما يعتزم التأمين الصحي الاجتماعي تحقيقه.

8- المطبوعات

1- اجيمانغ-جياو، بيتتر (1998) : قدرة ورغبة الناس في دفع مقابل رعـايتهم الـصحية- حالـة منطقـة لوشوتو في تنزانيا. إدارة الصحة الاستوائية والصحة العامة- جامعة هيدلبرغ.
2- عبد الكريم الأرحبي (2000): الفقر وإدارة المخاطر الاجتماعية في اليمن- صنعاء
3- ألبير، جينز (1985):
4- مستشفى الجمهورية عدن (2004): كتاب الإحصاء السنوي لعام 2004 عدن.
5- مستشفى الجمهورية (2005): قائمة أسعار الخدمات الطبية، صنعاء (مستشفى الجمهورية.
6- مستشفى الجمهورية التعليمي (2005): إحصائيات المستشفى صنعاء (مستشفى الجمهورية)
7- رياض الكوري (2000): قضايا تمويل القطـاع الـصحي العـام فـي اليمن ، وزارة الـصحة العامـة/ مشروع صحة الأسرة (إيدا صنعاء)
8- مستشفى السعيد التخصصي في تعز (2005): قوائم أسعار الخدمات الصحية تعز

9- السروري عبد الوهاب، السفياني (2005): تقرير استشاري لإدارة الجودة، صنعاء: وزارة لصحة العامة والسكان.
10- السروري عبد الوهاب (2004): إعداد مشروع ريادي للتأمين الصحي الاجتماعي في الشمايتين تعز ، تقرير حول مشاركة المجتمع- صنعاء: وزارة الصحة العامة والسكان.
11- السروري عبد الوهاب وآخرين (2001): تشارك التكلفة للرعاية الصحية الأولية في القطاع العام في اليمن، صنعاء (أوكسفام) وزارة الصحة العامة والسكان).
12- السروري عبد الوهاب، والحبشي وسعاد وبالابوف ودينا (2001): تقاسم التكلفة في منشآت الرعاية الصحية العامة باليمن- تقرير دراسة أوكسفام- صنعاء.
13- مجلس الشورى (2005): تقرير عن زيارات لجنة الصحة في مجلس الشورى إلى مراكز الرعاية الصحية في مختلف المحافظات- مسودة صنعاء.
14- خالد الصريمي (1999) سلوك البحث عن الرعاية الصحية للمرضى اليمنيين في الأردن: دراسة وصفية. عمان (جامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا).
15- مستشفى الثورة (2005): قائمة أسعار الخدمات الطبية صنعاء (مستشفى الثورة)
16- أحمد اليمني وأحمد حزام (2003): ديناميكية الديمقراطية- الأحزاب السياسية في اليمن- بون
17- أيه أو كيه جيزوند هيتزكاس (2005): الفوائد الاجتماعية/ نظام التأمين: صورة حالية – بون
18- أوياما أتسوكو (1999): نحو دائرة فعالة – تقرير تغذية للشرق الأوسط وشمال أفريقيا- واشنطن (شبكة التنمية البشرية العالمية)
19- الشركة العربية للتأمين (2005): سياسة طبية لمجموعة عينة- صنعاء
20- إرهين- تنكورانغ، ديانا(2000): تعبئة الموارد للصحة: حالة رسوم المستخدمين- مجموعة أوراق عمل ورقة رقم WG3 -6 واشنطن دي سي
21- إرهين- تنكورانغ، ديانا (2001): التأمين الصحي للقطاع غير الرسمي في أفريقيا: سمات التصميم والحماية من المخاطر وتعبئة الموارد. مجموعة أوراق عمل ورقة عمل رقم WG3 : 1 واشنطن دي سي)http://www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf(
22- آرتياجا، أوسكار، ثولوج، سوزان، نوجيرا، آنا كريستينا، داراس، كريستيان(2002): معلومات حول العدالة في الصحة.
23- أسجاري، علي، وليبز، كين، تاجافاي، علي أكبر، رافين، موجتابا (2004): تقدير رغبة الأسر الريفية في دفع مقابل التأمين الصحي.
24- أشر أم جي (2002): إصلاح التقاعد في مجتمع غني وسريع الشيخوخة- ورقة أعدت للندوة الدولية حول إصلاحات التقاعد في البلدان الأفريقية، برنامج السياسة العامة الآسيوية، جامعة هيتو تسوباشي- طوكيو.
25- السعدي عبدالله وآخرين (1992) رغبة الناس في الدفع مقابل خدمات رعاية طبية في الجمهورية اليمنية- صنعاء (وزارة الصحة)
26- الصبري، علي، واتواتر أمان، الحمزي، ناهد، مهيوب صباح (2001) الوضع الغذائي للأطفال تحت سن الخامسة في الحضانات ورياض الأطفال في مدينة صنعاء، الجمهورية اليمنية- المجلة الطبية اليمنية.
27- الزلب، عبد الله علي (2005): وضع الجندر في الاتجاه الرئيسي- دليل مرجعي- صنعاء
28- بجاش ثابت (2005): أهمية بناء برامج حماية صحية داخلية في تصميم نظام التمويل الصحي المجتمعي لليمن أوكسفام- صنعاء.
29- بارا لديس، كارمن، كاريراس، لوكاس (2003): الرغبة في الدفع مقابل بطاقة الصندوق الصحي الاجتماعي في منطقة متوارا الريفية – تنزانيا- دار السلام.
30- بارنيغ هاوسيل، تلساور بورن، رينر (2002): 118 عاما من نظام التأمين الصحي الألماني: هل هناك أي دروس للبلدان متوسطة ومتدنية الدخل؟ العلوم الاجتماعية والطب.
31- بياتي، شارون، الثور، صبرية، بجاش، ثابت (2002): تجارب مشاركة المجتمع في اليمن تقرير وطني- أوكسفام- صنعاء.
32- بياتي، شارون، كومار، قاسم (1998): مستهلك الرعاية الصحية اليمني: التكاليف المنفقة واستخدام الرعاية الصحية، واشنطن دي سي البنك الدولي.
33- بنتيس أم ماتياس دياس، شيلاريدس، بانكوس كايت(2004): أنظمة الرعاية الصحية في طور الانتقال- البرتغال، بروكسل: المرصد الأوروبي للأنظمة والسياسات الصحية.
34- برتل سمان (2003): فهرس تحول 2003 اليمن.

35- بيتران، ريكاردو، جوديون، أورسولا (2003) التخليات والاعفاءات للخدمات الصحية في البلدان النامية البنك الدولي- الأمن الاجتماعي، سلسلة نت برايمر واشنطن http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/65538a343139acab85256cb70055e6ed/2327dc75151b9f1385256cf0005e323c/$FILE/0308.pdf)

36- مكتب الديمقراطية وحقوق الانسان والعمل (2005): اليمن – تقارير البلد حول ممارسات حقوق الإنسان.

37- بوس شرييوغ وجيريك (2005): تحديات التمويل الصحي في البلدان عالية الدخل- سلسلة أوراق نقاشات السياسة الصحية الوطنية البنك الدولي واشنطن دي سي (تحت الطبع)

38- كارا بيكو، شيلا (1998): المجتمع المدني في اليمن- الاقتصاد السياسي لمذهب الفعالية في الجزيرة العربية الحديثة (مطبعة جامعة كمبريدج)

39- كارين جوهي (2002): التأمين الصحي الاجتماعي في البلدان النامية: تحد مستمر، تقرير الضمان الاجتماعي الدولي.

40- كارين جوهي (2005): هيكل نموذج المحاكاة الأساسي سيمنز

41- كارين جوهي (2005): هيكل نموذج المحاكاة الزائد سيمنز.

42- كارين جوي وكريس جيمس (2005): مؤشرات الأداء الأساسي لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي

43- كارين جوي وآخرين (2003): استراتيجية التأمين الصحي الاجتماعي الوطني، ملاحظات ومقترحات لبعثة منظمة الصحة العالمية والتعاون الفني الألماني المشتركة حول التأمين الصحي الاجتماعي في كينيا 3-13 يونيو 2003- نيروبي.

44- وكالة المخابرات المركزية: كتاب حقائق عن العالم -واشنطن (www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/ym.html)

45- شابان جاد (2005) اليمن: خطأ آخر لصندوق النقد الدولي؟ في يمن تايمز 28 يوليو 2005 ص 3

46- كومبر نول فيليب (2005): تقدير تكاليف تناول الصحة لأهداف التنمية الألفية في اليمن- صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان)

47- كونيستيبل بي جيه (2005): تمويل الرعاية الصحية وإصلاحات الرعاية الصحية المصاحبة: تطوير استراتيجية تأمين الرعاية الصحية الوطنية – صنعاء (المجموعة الأوروبية ووزارة الصحة العامة والسكان)

48- دوسوسنا، شحاته وإبراهيم (2001): تقرير مقارن لاستنتاجات حسابات الصحة الوطنية من ثمان بلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، شراكات الإصلاح الصحي، تقرير فني رقم 64. (http://www.phrplus.org/Pubs/te64fin.pdf)

49- دونا تينا أيه، ريكو دمبروسي، إم جي، لوسكالزو أيه، أورزيلا إل وآخرين: أنظمة الرعاية الصحية إيطاليا، كوبنهاجن : المرصد الأوروبي حول أنظمة الرعاية الصحية.

50- دريشبول (1993): تريبيس الحكومة والتاريخ في اليمن أوكسفورد.

51- دريس زين الدين الإدريسي (2005): استشارة حول حساب الصحة الوطنية، نتائج أولية لاستشارة قصيرة الأجل حول حسابات الصحة الوطنية في اليمن، منظمة الصحة العالمية/ المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط.

52- درور وديفيد (2001): إعادة تأمين للتأمين الصحي للقطاع غير الرسمي- مجلة الصحة العالمية (http://whqlibdoc.who.int/bulletin/2001/issue7/79(7)672-678.pdf)

53- درور، ديفيد، بريكر، الكساندر (2002): إعادة التأمين الاجتماعي: نهج جديد لتمويل الصحي الاجتماعي المستدام. منظمة العمل الدولي/ البنك الدولي- واشنطن. http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/11/01/000094946_02102204203143/Rendered/PDF/multi0page.pdf

54- صندوق الدواء للتموين الصحي (2000): قائمة للمستشفيات اليمنية- صنعاء صندوق الدواء وزارة الصحة العامة والسكان.

55- صندوق الدواء للتموين الطبي (2001): إرشادات العلاج في اليمن وقائمة الأدوية الأساسية الطبعة الثانية صنعاء صندوق الدواء (وزارة الصحة العامة والسكان)

56- صندوق الدواء للتموين الطبي (2005): قائمة أسعار أدوية الأمراض المزمنة (صندوق الدواء، وزارة الصحة العامة والسكان).

57- صندوق الدواء اليمني (2002): شروط الشراء العامة لتموين الأدوية والأجهزة الطبية لصندوق الدواء، صنعاء (صندوق الدواء، وزارة الصحة العامة والسكان)

58- صندوق الدواء اليمني (2002): شروط خاصة تتعلق بهذا الطلب للحصول على مناقصات صنعاء (صندوق الدواء، وزارة الصحة العامة والسكان).

59- منتدى البحث الاقتصادي للبلدان العربية وإيران وتركيا(2002): الاتجاهات الاقتصادية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (2002) القاهرة الجامعة الأمريكية في مطبعة القاهرة.

60- إنسور، تيم، ديف سين، بريتي: علي، لياقوت، حسين، عطيه: آرا بيجون، شميم، مورال، حامد، (2002). هل حزمة المزايا الأساسية مفيدة للفقراء؟ دليل أولي من بنغلاديش. اتش بول آند بلان 17 (ملحق 3) اس 247-256
http://heapol.oupjournals.org/cgi/content/abstract/17/3/247

61- الزعيمي جمال (2005): اقتصاديات الصحة في الجمهورية اليمنية، دراسة نظرية وعملية في مجلة الصحة اليمنية والأبحاث الطبية العدد رقم 2 و 6 يونيو 2005.

62- الصندوق الاجتماعي للتنمية (2003) دراسة تقييم الأثر- التقرير النهائي للبنك الدولي.

63- إسماعيل عبد الرحيم وآخرين (1993): ممارسات الأطباء في وصف الأدوية في صنعاء اليمن(كلية الطب والعلوم الصحية- جامعة صنعاء قسم الصيدلة)

64- دعم اللجنة الأوروبية لإصلاح القطاع الصحي في اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان (2004): تقرير حول استشارات المجتمع والمشروع الريادي لتأمين صحة المجتمع – الشمايتين تعز- صنعاء (اللجنة الأوروبية ووزارة الصحة العامة والسكان)

65- اللجنة الأوروبية ووزارة الصحة العامة والسكان (2004): الإعداد لمشروع ريادي للتأمين الصحي المجتمعي في الشمايتين تعز، تقرير حول استشارة مجتمعية- صنعاء

66- بنك الأمل، الأن(2005): تقرير الانفاق الحكومي والقطاع الصحي في الجمهورية اليمنية 1999-2003 صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان).

67- فارزين، محمد علي (2001): تقرير جدوى التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن، تقرير بعثة الاسكندرية (منظمة الصحة العالمية- مكتب منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط).

68- فتاح سلامة وحسن عبدالواحد (2003): مراجعة التأمين الصحي في الجمهورية اليمنية تقرير تكليف، الاسكندرية (مكتب منطقة شرق البحر المتوسط بمنظمة الصحة العالمية)

69- فؤاد وفاطمة: استراتيجية الاتصال في وثيقة استراتيجية تخفيض الفقر صنعاء
http://www.yemen-prsp.org/site/uploads/communication_strategy_in_prsp.ppt

70- فريدريك إيبرت ستيفونغ (2005) التقارب الإقليمي حول دور وسائل الإعلام العربية الحرة في التنمية الاقتصادية صنعاء (يمن تايمز).

71- جيريك كريستيان (2004): تمويل الرعاية الصحية في مصر: قضايا حالية وخيارات الإصلاح جامعة برلين. http://www.ww.tu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp05-2004.pdf

72- التعاون الفني الألماني (1999): برنامج التأمين الصحي المشترك للمقيمين غير السعوديين، إيشبون

73- جيني جوستافو ، هولست جينز (2003): تقرير تقييمي http://www2.gtz.de/health-insurance

74- يورجن هولمت وآخرين (2003) التعاون اليمني الألماني من أجل التنمية، برنامج مشترك ومراجعة القطاع الصحي صنعاء 2003.

75- حق هيلبراند وإدجار بيريلانس وروبرت سويترز (2002): برنامج عمل الأدوية في اليمن التقرير النهائي صنعاء (وزارة الصحة العامة وسفارة مملكة هولندا).

76- عبد العزيز حبتور (2002): التعليم جسر إلى المستقبل- صنعاء

77- عبد العزيز حبتور (2002): جذور الحضارة الإسلامية- صنعاء

78- مستشفى حدة التخصصي (2005): أسماء بعض مستفيدينا – صنعاء

79- حجر إيه كيه (1996): مضغ القات كعامل مخاطرة لأمراض القلب التاجية في اليمن، مجلة الطب اليمنية.

80- هلدرسون إم بانكواس كايت (2003) أنظمة الرعاية الصحية في طور الانتقال- آيسلندا كوبنهاغن: المرصد الأوروبي حول أنظمة الرعاية الصحية.

81- هاران وديف وآخرين (2004): تقرير تقييم إصلاح القطاع الصحي في اليمن وعناصر لإمكانية برنامج مستقبلي المجلد الأول: التقرير الرئيسي صنعاء

82- السياسة الصحية ووحدة الدعم الفني/ برنامج دعم إصلاح القطاع الصحي للاتحاد الأوروبي- اليمن- تقرير إصلاح القطاع الصحي- المسودة الأولى صنعاء.

83- هوهمان يورجن وآخرين (2001): منهاجية تقييم التأمين الصحي ونظام المعلومات- ايشورن التعاون الفني الألماني).

84- هوهمان يورجن وشرام برند (2003): مركز اختصاص التأمين الصحي- مشروع قطاع التأمين الصحي الاجتماعي.

85- هولست جينز (2004): الحماية الاجتماعية في باراغواي (وزارة التخطيط- مشروع التعاون الفني الألماني (تخطيط التنمية المستدامة) http://www2.gtz.de/health-insurance/download/proteccion-socia-paraguay.pdf

86- هولست جينز (2004): تمويل التأمين الصحي في الباراغواي http://www2.gtz.de/health-insurance/download/esquemas-salud-paraguay.pdf

87- هولست جينز (2005): الاختيار المتساوي – سلسلة وثائق العمل إدارة الدراسات في سانتياغو

88- هولست جينز، لاسير أوليرش، هوهمان يورجن (2004): نظام التأمين الصحي التشيلي: مصدر عدم مساواة وانعدام أمن اجتماعي- مجلة الصحة العامة، سبرينغر فيرلاج هيدلبرغ. http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0026-5

89- هيوبر، جوتز، هوهمان يورجن، رينهارد كريستين (2003): تنظيم الصحة التعاونية- خبرة خمس سنوات في غرب أفريقيا، منظمة التعاون الفني الألماني.

90- هرلمان، كلاوس لاشر أوليرش (1995): العلوم الصحية كتحدي متعدد الاختصاصات: تطوير مجال علمي جديد -في لاسر أوليرش إفلين ستوك كريستيان : الأسس العلمية لسياسة الصحة العامة في أوروبا- جوفنتا فيرلاج

91- هرلمان كلاوس، لاسر، أوليرش، باري (1996): النظرية والممارسة في الصحة العامة في هرلمان، كلاوس، لاسر، أوليرش: الكتاب الدولي للصحة العامة- مطبعة غرينوود ويست بورت.

92- إسحاق، خالد، سيف، عبده: استراتيجية الاتصالات وخطة العمل لإستراتيجية تخفيض الفقر/ أهداف التنمية الألفية- صنعاء- البرنامج التنموي للأمم المتحدة. http://www.yemen-prsp.org/site/uploads/communications_strategy_and_workplan_for_prsp-mdg_001.ppt

93- جارفلين جيه، ريكو إيه وسيتاني تي (2002): أنظمة الرعاية الصحية في طور الانتقال- فنلندا، كوبنهاغن: المرصد الأوروبي حول أنظمة الرعاية الصحية.

94- كيث مان، ماثياس (1998): التأمين الصحي الخاص في تشيلي: تأمين أساسي أو تكميلي للخدمات الصحية الخارجية؟ مجلة الضمان الاجتماعي الدولي.

95- لاسر أوليرش (2002): تأسيس التدريب الصحي العام والعلوم الصحية.

96- ليبيج كلاوس (2001): الإصلاحات المستمرة للأنظمة الصحية في أمريكا اللاتينية: هل تستطيع الإصلاحات الموجهة بالسوق المساعدة في حل المشكلات؟: سوتير هرمان شنيك، رولف: العدالة الاجتماعية في اقتصاد السوق- بيتر لانغ فرانكفورت.

97- لوفل، أدوين (1993): برنامج استرداد التكلفة، مديرية ذي سفال, أطباء بلا حدود وزارة الصحة العامة والسكان- صنعاء.

98- لوفل، أدوين (1993): برنامج استرداد التكلفة، مديرية ذي سفال (فريق أطباء بلا حدود في مديرية ذي سفال) وزارة الصحة العامة والسكان- صنعاء.

99- شركة مأرب للتأمين (2005): فوائد التأمين الصحي- صنعاء

100- مهران فرهد (2004): تحليل نتائج مسح طلب العمل للمؤسسات في اليمن (2002-2003). http://www.yemen-prsp.org/site/uploads/labor_demand_survey.pdf

101- ميلس، آن بينيت سارة (2002): دروس حول الاستدامة من بلدان الدخل المتوسط والمنخفض، تمويل الرعاية الصحية، خيارات لأوروبا، موسيالوس إلياس، ديتسون، آن، فيجوراس، جوزيب وآخرين باكنغهام مطبوعات الجامعة المفتوحة. http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf

102- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (2004): صحة الجزائريات والجزائريين تقرير سنوي- الجزائر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح مستشفيات الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

103- وزارة الاقتصاد (2000): ملخص اقتصادي شهري فبراير 2000 جمهورية مصر العربية- القاهرة

104- وزارة الصحة (1997): تقاسم التكلفة للخدمات الصحية مقترح لقرار مجلس الوزراء- صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان)

105- وزارة الصحة العامة (1999): قرار وزير الصحة العامة رقم 1 لعام 1999 فيما يتعلق باللوائح الداخلية لصندوق الدواء- صنعاء وزارة الصحة العامة والسكان.

106- وزارة الصحة العامة (2000): إصلاح القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية، استراتيجية الإصلاح- صنعاء.
107- وزارة الصحة (2000): إصلاح القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية، استراتيجية الإصلاح- صنعاء.
108- وزارة الصحة العامة (2000): حسابات الصحة العامة لليمن- صنعاء.
109- وزارة الصحة العامة (2002): القرار الوزاري رقم 3/53 /2002 حول التوليد المجاني للنساء اللائي لا يستطعن الدفع- صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان).
110- وزارة الصحة العامة (2004): الهيكل التنظيمي يناير 2004 -صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان).
111- وزارة الصحة العامة/ وحدة السياسة الصحية والدعم الفني/ برنامج دعم إصلاح القطاع الصحي للاتحاد الأوروبي (2005): تقرير إصلاح القطاع الصحي المسودة الأولى- صنعاء.
112- وزارة الصحة العامة والسكان (2001): كتاب الوصفات الطبية للأدوية الأساسية الطبعة الأولى- صنعاء وزارة الصحة العامة والسكان.
113- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): تقرير الإحصائيات الصحية السنوية للأعوام 2003-2004 -صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان).
114- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): قطاع الرعاية الصحية الأولية برنامج التحصين الموسع، مسودة خطة الاستدامة المالية- صنعاء وزارة الصحة العامة والسكان.
115- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): إصلاح القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية – استراتيجية الإصلاح- صنعاء.
116- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): أعداد منشآت مقدمي الصحة العامة في محافظات اليمن الواحد والعشرين- صنعاء وزارة الصحة العامة والسكان، إدارة الخدمات الطبية الخاصة.
117- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): أعداد المنشآت الصحية المرخص لها في أربع محافظات من اليمن: مدينة صنعاء ومحافظة صنعاء وعمران وذمار (وزارة الصحة العامة والسكان، إدارة الخدمات الطبية الخاصة)
118- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): قائمة مقارنة للتدقيقات في المستشفيات- صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان وحدة ضمان الجودة للمستشفيات العامة).
119- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): قائمة مقارنة الترخيص للمراكز الصحية، قسم الخدمات الطبية الخاصة- صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان)
120- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): قائمة مقارنة الترخيص للمستشفيات، قسم الخدمات الطبية الخاصة- صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان)
121- وزارة الصحة العامة والسكان (2005): قائمة التدقيقات المخططة للمستشفيات لعام 2005- صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان، وحدة ضمان الجودة للمستشفيات العامة)
122- وزارة الصحة العامة والسكان، اللجنة الأوروبية (2004): أنظمة لمشروعات رائدة للتأمين الصحي المجتمعي- صنعاء
123- موندي، مارثا (1995): الحكومة المحلية: القرابة والمجتمع ونظام الحكم في اليمن الشمالي، لندن الناشرون تاورز
124- ناريان، ديبا وآخرون (1999): صوت الفقراء المجلد الأول هل يسمعنا أحد، أصوات من 47 بلداً، واشنطن- البنك الدولي.
125- نيو إنجيو (2005): استشارة حول حزمة المزايا الأساسية- تقرير بعثة استشارة قصيرة، النسخة النهائية، وزارة الصحة العامة والسكان واللجنة الأوروبية صنعاء
126- نيكولاس إل إم، ريسكوت إن، فوا كيه (1997): حسابات الوفورات الطبية للبلدان النامية، تحديثات في تمويل الرعاية الصحية البنك الدولي ورقة مناقشات رقم 365 واشنطن البنك الدولي. http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48624/oj_singapore.doc
127- مسح الأسرة (2003) -صنعاء.
128- قادة التغيير: الجمهورية اليمنية ممارسة السياسة (2005).
129- جداول عديدة حول نفقات الرعاية الصحية في اليمن صنعاء وزارة الصحة 2005، لم يشار إلى الكاتب.
130- نورماند تشارلز وويبر أكسل (1994): التأمين الصحي الاجتماعي: كتاب دليل التخطيط- منظمة الصحة العالمية/ مكتب العمل الدولي- جنيف.

131- نورتون إندي وآخرين (2001): مفاهيم ومناهج الحماية الاجتماعية: الانعكاسات على السياسة والممارسة في التنمية الدولية معهد لندن للتنمية الخارجية.
132- موظف مراقب (2005): القوائم السوداء للفساد في الوزارات في يمن أوبزرفر 6 أغسطس 2005.
133- أوفريتيت جيه (2002): خطة تفصيلية للاختبار ونظام إدارة الجودة- تقرير غير منشور- صنعاء وزارة الصحة العامة والسكان.
134- أوكسفام (2001): تقرير ورشة عمل حول " التجارب الحالية لتقاسم التكلفة في اليمن" 27 يونيو 2001- صنعاء (أوكسفام وزارة الصحة العامة والسكان).
135- منظمة الصحة الأمريكية (2002): الصحة في الأمريكيتين- تشيلي طبعة 1998 المجلد الثاني- واشنطن
136- مشروع كل العرب لصحة الأسرة (2004): مسح صحة الأسرة اليمنية 2003 – مؤشرات مختارة.
137- بيترز ديفيد إتش وآخرين (2002): أنظمة صحة أفضل لفقراء الهند: نتائج وتحليل وخيارات – واشنطن (البنك الدولي).
138- فوا كيه إتش (1991): خصخصة وإعادة هيكلة الخدمات الصحية في سنغافورة – سنغافورة معهد الدراسات الاقتصادية. ورقة طارئة رقم 5.
139- بريكر ألكساندر وكارين جوي ودرور ديفيد وجاكاب ميليتيا وهياو ويليام وإرهين- تنكورانغ ديان (2002): فعالية التمويل الصحي المجتمعي في الوفاء بتكاليف المرض. نشرة منظمة الصحة العالمية 143-150 جنيف. http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n2/a10v80n2.pdf
140- بريسكوت إن ونيكولاس إل إم (1998): مقارنة دولية لحسابات الوفورات الصحية في ورقة مناقشات البنك الدولي رقم 392: خيارات في تمويل الرعاية الصحية وضمان الشيخوخة واشنطن: البنك الدولي ص 19-32.
141- ردمان مجيب (2005): التأمين الصحي- حقائق وطموحات صحيفة الثورة رقم 14746 ، 23 مارس 2005.
142- رفيد (1997): التأمين الصحي الخاص في مصر في شيبر جيه جي جيه طبعة التجديدات في تمويل الرعاية الصحية واشنطن دي سي: ورقة نقاشات البنك الدولي رقم 365.
143- رنان، علياء، ندى كمال وإبراهيم علي (1998): حسابات الصحة الوطنية في مصر 194-95 القاهرة وبوسطن إدارة التخطيط وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية وبيانات لمشروع اتخاذ القرار مدرسة هارفارد للصحة العامة.
144- الجمهورية اليمنية (1990): قانون للمرسوم الجمهوري رقم 22 لعام 1992 المتعلق بالتحكيم، القانون المعدل 97/32 صنعاء
145- الجمهورية اليمنية (1991): قانون رقم 19 (1991): قانون الخدمة المدنية – صنعاء (الجريدة الرسمية).
146- الجمهورية اليمنية (1992): المرسوم الجمهوري الخاص بالقانون رقم 37 لعام 1992 الخاص بالإشراف والرقابة على الشركات ووسطاء التأمين – صنعاء.
147- الجمهورية اليمنية (1995): المرسوم الجمهوري حول القانون رقم 5 لعام 1995 الخاص بقانون العمل صنعاء.
148- الجمهورية اليمنية (1996): قانون رقم 31 لعام 1996 الخاص بالرعاية الاجتماعية صنعاء.
149- الجمهورية اليمنية (1997): تقاسم التكلفة للخدمات الصحية- مقترح لقرار مجلس الوزراء – وزارة الصحة العامة صنعاء
150- الجمهورية اليمنية (1997): المرسوم الجمهوري بالقانون رقم 5 لعام 1995 الخاص بقانون العمل وتعديلاته بالقانون رقم 25 لعام 1997 – صنعاء.
151- الجمهورية اليمنية (1999): قانون رقم 60 لعام 1999 حول المشروعات الطبية والصحية الخاصة صنعاء.
152- الجمهورية اليمنية (1999): قانون رقم 17 لعام 1999 الخاص بتعديلات بعض مواد القانون رقم 31 لعام 1996 الخاص بصندوق الرعاية الاجتماعية- صنعاء
153- الجمهورية اليمنية (2000): قانون رقم 4 لعام 2000 الخاص بالسلطة المحلية – صنعاء (وزارة الشؤون القانونية والبرلمانية)
154- الجمهورية اليمنية (2002): تقرير نهائي حول عملية عد المؤسسات لعام 2002 – صنعاء.
155- الجمهورية اليمنية (2002): ورقة استراتيجية تخفيض الفقر 2003-2005 صنعاء.

156- الجمهورية اليمنية (2003): الصندوق الاجتماعي للتنمية : رؤية للمرحلة الثالثة (2004-2008) صنعاء.
157- الجمهورية اليمنية (2004): مسودة قانون رقم (--) لعام (---) الخاص بالزكاة وإنشاء صندوق الرعاية- صنعاء
158- الجمهورية اليمنية (2004): الصندوق الاجتماعي للتنمية- التقرير السنوي لعام 2004 صنعاء.
159- الجمهورية اليمنية (2004): تعداد عام 2004 صنعاء
160- الجمهورية اليمنية (2005): مستشفى الثورة النموذجي العام – صنعاء إدارة الإحصائيات والتسجيل الطبي صنعاء
161- الجمهورية اليمنية، وزارة الدفاع، هيئة الأركان العامة، إدارة الخدمات الطبية العسكرية: مسودة قانون التأمين الطبي للقوات المسلحة صنعاء
162- الجمهورية اليمنية، وزارة التربية والتعليم: اللجنة الوطنية من أجل التعليم للجميع -صنعاء
163- الجمهورية اليمنية: وزارة التربية والتعليم: الاستراتيجية الوطنية للتعليم الأساسي في الجمهورية اليمنية 2003-2015 صنعاء.
164- الجمهورية اليمنية: وزارة الشؤون القانونية والبرلمانية (2000): المرسوم الجمهوري رقم 269 لعام 2000 الخاص باللائحة التنفيذية لقانون السلطة المحلية- صنعاء.
165- الجمهورية اليمنية، وزارة الشؤون القانونية والبرلمانية (2002) قانون رقم 4 لعام 2000 الخاص بالسلطة المحلية- صنعاء.
166- الجمهورية اليمنية، وزارة الشؤون القانونية والبرلمانية (1997): قانون رقم 10 لعام 1997 الخاص بإنشاء الصندوق الاجتماعي للتنمية – صنعاء
167- الجمهورية اليمنية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء (2004): كتاب الإحصاء السنوي لعام 2003- صنعاء
168- الجمهورية اليمنية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، الجهاز المركزي للإحصاء 02005): كتاب الإحصاء السنوي لعام 2004 مسودة (سلم كنسخة إلكترونية).
169- الجمهورية اليمنية، وزارة الصحة العامة والسكان (2004): الدفع للأمام بعملية إصلاح القطاع الصحي في اليمن ورشة عمل الصندوق الهولندي للتنمية الدولية، عرض بالكمبيوتر- صنعاء
170- الجمهورية اليمنية، وزارة الصحة العامة والسكان (2005): تقرير الاحصائيات الصحية السنوية للأعوام 2003-2004 -صنعاء.
171- الجمهورية اليمنية، وزارة الصحة العامة والسكان، وحدة السياسة الصحية والدعم الفني (2002): النموذج الوطني لنظام الصحة في المديريات- صنعاء 2002 (وزارة الصحة العامة والسكان)
172- الجمهورية اليمنية، رئاسة مجلس الوزراء (2003): الصندوق الاجتماعي للتنمية كتيب التشغيل- صنعاء
173- الجمهورية اليمنية، اتحاد نساء اليمن (2004): الاجتماع السنوي الأول للمجلس المركزي
174- روديس جرانت(2004): قضايا التكلفة والتمويل فيما يتعلق برزمة الخدمات الأساسية- صنعاء (اللجنة الأوروبية ووزارة الصحة العامة والسكان)
175- ريكو إيه سابيس وآر وويسباو دبليو (2000): أنظمة الرعاية الصحية الانتقالية- أسبانيا كوبنهاغن: المرصد الأوروبي لأنظمة الرعاية الصحية.
176- مستشفى السبعين (2005): قائمة أسعار الخدمات الطبية صنعاء (مستشفى السبعين)
177- ساش جفري طبعة (2001): الاقتصاد الكلي والصحة: الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية منظمة الصحة العالمية.
178- ساش جفري وآخرين (2001): الاقتصاد الكلي والصحة: الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية جنيف (منظمة الصحة العالمية).
179- ساندير إس باريس، في بولتون، دي ثومبسون، إس وسيالوس إي (2004): أنظمة الرعاية الصحية الانتقالية- فرنسا، كوبنهاغن: المرصد الأوربي حول أنظمة الرعاية الصحية
180- شريوج جيه (2003): حسابات الوفورات الطبية ، بادن-بادن (نوموس)
181- شريوج جيه (2004): التنمية السكانية والمخاطر المعنوية: التأمين الصحي مع حسابات الوفورات الطبية. أوراق جنيف حول المخاطر والتأمين29 : 687-704
182- شريوج جيه و ليم إم كيه (2004): أنظمة الرعاية الصحية في سنغافورة – 20 عاماً من حسابات الوفورات الطبية، تقرير دايس- مجلة المقارنات المؤسسية.

183- شويفل ديتليف (2004): التمويل العادل للصحة والرعاية الصحية. ورقة نقاش لمجموعة العمل للجنة الأوروبية حول التمويل العادل. كلفت من قبل الوكالة الألمانية للتعاون الفني برلين. 78 صفحة.
184- شويفل ديتليف وغيما بالوز (1995): تعزيز الإدارة الجيدة للرعاية الصحية. في الفليبين مانيلا ص 24-66.
185- شور بول وجريفن شارلز (1995) تمويل الرعاية الصحية في أفريقيا شبه الصحراوية من خلال رسوم المستخدمين والتأمين ,البنك الدولي- واشنطن.
186- شوي دين ودولوف فيليب (2004): بعض الملاحظات حول احتساب معدلات الفرد ومعدلات المساهمة في التأمين الصحي المجتمعي- فيانتين.
187- الصندوق الاجتماعي للتنمية (2000): كراسة تصميم طريق التغذية- صنعاء
188- الصندوق الاجتماعي للتنمية (2004) الموروث الثقافي ووحدة طرق التغذية: كتيب التشغيل (مسودة)- صنعاء.
189- الصندوق الاجتماعي للتنمية: لوائح وإجراءات التعاقد المجتمعي- صنعاء.
190- صندوق الرعاية الاجتماعية: نشرة صندوق الرعاية الاجتماعية- رقم 1 يناير – مارس 2005.
191- سويترز آر الجنيد إم ، هاراند دي دوباي كيه ماكدوناه إس (2004): تقرير مسح الأسر والمنشآت التحتية الذي تم القيام به في محافظات عدن والحديدة وإب وريمة- صنعاء: وزارة الصحة العامة والسكان
192- 191 إس إس بي تي دبليو (2004) آسيا والمحيط الهادي اليمن ص 209
193- طرموم (2000): مراجعة التخطيط وإعداد الميزانيات والأداء لوزارة الصحة العامة والسكان، الموارد المالية في اليمن، وزارة الصحة العامة/ مشروع صحة الأسرة (إيدا- هيئة التنمية الدولية)- صنعاء
194- طرموم عبد العزيز (2003): تحليل نقدي لتطبيق النظام المالي والمحاسبي للرعاية الصحية اللامركزية على مستوى المديريات: حالة النظام الصحي لمديرية القطن – صنعاء.
195- طرموم عبد العزيز (2004): الغات والتجارة الخارجية اليمنية في الخدمات الصحية صنعاء (أعدت لمنظمة الصحة العالمية ومكتب منطقة شرق المتوسط)
196- وحدة المعلومات الاقتصادية (2005): تقرير البلد سبتمبر 2005 اليمن لندن www.eiu.com
197- وحدة المعلومات الاقتصادية (2005): لمحة عن اليمن: تقرير عن البلد سبتمبر 2005 لندن www.eiu.com
198- تورشنسكي وورافيكوفا (2000): الصحة العامة الجديدة: مدخل إلى القرن الواحد والعشرين- المطبعة الأكاديمية سانديا غو
199- ساناتوس زافيريس (2000): الحماية الاجتماعية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مجلة البنك الدولي القاهرة/ واشنطن. http://www.worldbank.org/wbi/mdf/mdf3/papers/labor/Tzannatos.pdf
200- الأمم المتحدة (2003): تنفيذ المعاهدة الدولية حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية تقارير أولية مقدمة من قبل الدول بموجب المواد 16 و 17 من ملحق المعاهدة- اليمن. http://www.hri.ca/fortherecord2003/documentation/tbodies/e-1990-5-add54.htm
201- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2003): برنامج اللامركزية ودعم التنمية المحلية- صنعاء.
202- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (2005): تقرير التنمية البشرية العربية 2004 من أجل الحرية في العالم العربي- نيويورك.
203- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي اليمن صورة عن البلد
204- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الصندوق العربي للتنمية الاجتماعية والاقتصادية (2003) تقرير التنمية البشرية العربية 2003- بناء مجتمع المعرفة نيويورك.
205- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/ الجمهورية اليمنية (2005): استراتيجية تنمية الموارد البشرية مسودة 2005- صنعاء
206- الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وآخرين (2003): حسابات الصحة الوطنية اليمن- صنعاء (عرض بالكمبيوتر).
207- جامعة صنعاء (2000): نشرة كلية الطب والعلوم الصحية- صنعاء
208- مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا (2005) قائمة أسعار الخدمات الطبية- صنعاء

209- فان دو فن ووينانـد (2001): بعض الملاحظات على الرعاية الصحية التشيلية. تقرير حول بعض الملاحظات على النظام الصحي التشيلي. جزء من مشروع إكلاك/ جي تي زد حول الرعاية الصحية في أمريكا اللاتينية. روتردام.

210- فيلاسكو جاريدو، وإم بوس (2005): تقرير التكنولوجيا الصحية- مدخل إلى أهداف ودور الدليل والتركيبة في أوروبا. موجز عن السياسة. كوبنهاغن/ بروكسل: المرصد الأوروبي حول الأنظمة والسياسات الصحية (تحت الطبع)

211- ويدن نيتزر إيفا (1998):

212- البنك الدولي (1990): الجمهورية العربية اليمنية، مشروع تنمية القطاع الصحي تقرير تقييم الموظفين.

213- البنك الدولي (1990): الجمهورية العربية اليمنية مشروع تطوير القطاع الصحي تقرير تقييم الموظفين واشنطن (البنك الدولي).

214- البنك الدولي (1993): تقرير التنمية الدولية 1993: الاستثمار في الصحة. البنك الدولي واشنطن دي سي
http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1993/06/01/000009265_3970716142319/Rendered/PDF/multi0page.pdf

215- البنك الدولي (1996): الجمهورية اليمنية- تقدير الفقر، واشنطن

216- البنك الدولي (1996): الجمهورية اليمنية- تقرير النفقات العامة، واشنطن (البنك الدولي).

217- البنك الدولي (2000): مذكرة استراتيجية القطاع الصحي واشنطن.

218- البنك الدولي (2001): تقرير التنمية الدولية 2001/2000- مكافحة الفقر (مطبعة جامعة أكسفورد)

219- البنك الدولي (2001): اليمن- مشروع دعم إصلاح القطاع الصحي . تقرير البعثة 16-26 يونيو 2001 واشنطن 2001.

220- البنك ادولي (2002): مشروعات وبرامج. واشنطن دي سي.
http://web.worldbank.org/external/default/main?menuPK=310199&pagePK=141143&piPK=399272&theSitePK=310165

221- البنك الدولي (2002): الباراغواي مكافحة الفقر. وتخفيض الفقر وقطاع الإدارة الاقتصادية، أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي تقرير رقم : 22703 مجلد رقم 1 تقرير ملخص

222- البنك الدولي (2004): الفقر في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا- موجز عن القطاع.
http://lnweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Sectors/MNSED/7207569843A8C7C385256DA300453D4C?OpenDocument

223- البنك الدولي (2004): وثيقة تقييم المشروع حول القرض المقترح بمبلغ 60 مليون دولار أمريكي للجمهورية اليمنية للصندوق الاجتماعي للتنمية في اليمن المشروع الثالث واشنطن (البنك الدولي).

224- البنك الدولي (2005): إحصائيات الصحة والتغذية والسكان
http://devdata.worldbank.org/hnpstats/td1.asp?content=health

225- البنك الدولي (2005): قاعدة بيانات مؤشرات التنمية الدولية إبريل 2005

226- البنك الدولي (2005ج): تقرير التنمية الدولية 2006: العدالة والتنمية. البنك الدولي، واشنطن دي سي http://media.worldbank.org/secure/wdr/wdr2006/pdf/complete.pdf

227- منظمة الصحة العالمية (2000): تقرير الصحة العالمية لعام 2000، الأنظمة الصحية: تحسين الأداء، جنيف، منظمة الصحة العالمية. http://www.who.int/whr/2000/en/

228- منظمة الصحة العالمية (2005): البيانات الإحصائية اليمنية.

229- منظمة الصحة العالمية (2005): تقرير الصحة العالمي 2005- جعل كل أم وطفل في الحسبان، جنيف منظمة الصحة العالمية.

230- منظمة الصحة العالمية (2005): مسح الصحة العالمية، جنيف.

231- برنامج عمل الأدوية اليمني (2002): التقييم النهائي- برنامج عمل الأدوية اليمني – صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان، سفارة مملكة هولندا).

232- برنامج عمل الأدوية اليمني (2002): تقرير الإنجاز 1/2002 صنعاء (فريق برنامج عمل الأدوية اليمن).

233- المستشفى اليمني الألماني (2005): قائمة أسعار الخدمات الطبية صنعاء (المستشفى اليمني الألماني)

234- برنامج قطاع الصحة اليمني الألماني (2000): تقاسم التكلفة للرعاية الصحية. تقدير الأداء في 18 مديرية يدعمها برنامج قطاع الصحة اليمني الألماني، تقرير ملخص صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان والتعاون الفني الألماني).
235- يوسف طارق (2004): الاستخدام والتنمية والعقد الاجتماعي في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا واشنطن (مكتب كبير الاقتصاديين لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ، البنك الدولي).
236- زيلر بنفريد وشارما مانوهار (1998): التمويل الريفي وتخفيض الفقر. تقريرالسياسة الغذائية، معهد أبحاث السياسة الغذائية العالمي واشنطن دي سي.

9- المشاركون في المقابلات

الاسم الكامل	المؤسسة والوظيفة[44]
د. ثامر عبد الكريم	رئيس الجمعية الطبية
د. عبد القادر علي عبده	الحزب الاشتراكي اليمني
السيد قاسم عبدالله عبد العزيز	وزارة الصحة العامة والسكان المدير التنفيذي صندوق الدواء للتموين الطبي
معالي السيد عبدالعزيز عبدالغني	رئيس مجلس الشورى
البروفيسور فيصل عبد الفتاح إبراهيم	جامعة تعز – عميد كلية الهندسة وتكنولوجيا المعلومات
اللواء هاشم أ. عبدالله	مدير الخدمات الصحية العسكرية
السيد أحمد عبد الله	مدير برنامج ضمان الجودة- وزارة الصحة العامة والسكان
السيدة بانيليا أجينا	مديرة الخطة الطبية للشركة، شركة هنت للنفط
د. علي محمد أحمد	وكيل وزارة- وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل
السيد محمد أحمد	بنك التسليف التعاوني الزراعي، مدير لجنة طبية
السيد زيد عقبات	المؤسسة العامة للكهرباء
د. عادل العماد	رئيس مجلس إدارة اختصاص التأمين الطبي
السيد محمد يحيى العبسي	وزارة المالية ووزارة الصحة العامة والسكان، مدير عام الشؤون المالية والمشتروات
د. عبد الكريم العبيد	نائب مدير مكتب الإحصاء المركزي
السيدة نجوى العدي	اللجنة الوطنية للمرأة
السيد حسين الأهجري	مستشار وزارة الخدمة المدنية والتأمينات
السيد فضل العاقل	مكتب العمل الدولي مشروع تثقيف العمال دانيدا، منسق
السيد فضل الأكوع	محافظة ذمار، مسؤول صحي، المدير العام
السيد صالح محمد العلواني	اتحاد نقابات العمال عضو سكرتارية
د. أحمد قاسم الآنسي	المدير العام، مستشفى الثورة العام صنعاء
معالي عبد الكريم الأرحبي	وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، الوزير ومدير الصندوق الاجتماعي للتنمية
د. عبد الله الأشول	المدير العام للإدارة العامة للمعلوماتية والأبحاث، وزارة الصحة العامة والسكان
د. أحمد الأصبحي	حزب المؤتمر، نائب الأمين العام
السيد سلطان حزام العتواني	الحزب الوحدوي الناصري- الأمين العام
السيد عبده العودي	عضو البرلمان
د. مجاهد حسين البطاحي	المدير العام، الخدمات الطبية الخاصة وزارة الصحة العامة والسكان
السيد علي البكالي	مسئول العلاقات العامة في نقابات المدرسين اليمنيين
د. أحمد البركاني	مدير مستشفى مصفاة عدن (مثله موظف)
السيد رشيد علي الذماري	المجلس العام للإرصاد والطيران – مدير الإدارة
د. مريم مهيوب الدبعي	طبيبة في المركز الصحي العلفي
د. صالح محمد الظلماني	عضو جمعية الأطباء
السيد عبد الوهاب يحيى الدرة	محافظ محافظة ذمار

[44] الوظائف تدل على الأشخاص وقت إجراء المقابلة

د. عبد الكريم الإرياني	رئيس الوزراء الأسبق ووزير الخارجية سابقاً والمستشار الخاص للرئيس
د. عادل أحمد العماد	اخصائي تأمين طبي – صنعاء ورئيس مجلس إدارة شركة المتخصصة للتأمين
د. زهير يحيى الإرياني	مدير مركز العلفي الصحي
د. عبد الكريم الإرياني	الأمين العام لحزب المؤتمر
السيدة صفية الإرياني	البنك الدولي مكتب صنعاء مسئولة صحية
د. عصام الإرياني	مستشفى الثورة – استشاري
السيد طارق مقبل الفقيه	شركة مأرب اليمنية للتأمين، مدير إعادة التأمين
السيد محمد علي الفريد	الوطنية للتأمين، إدارة التسويق
السيد منصور الفياضي	المدير التنفيذي لصندوق الرعاية الاجتماعية
السيد محمد القاهري	الغرفة التجارية والصناعية صنعاء، مدير العلاقات الدولية
د. علي الجمره	جامعة صنعاء- كلية الطب استاذ مساعد الجراحة
د. خالد الجرادي	مدير مستشفى الجمهورية عدن
البروفيسور د. حسني الجوشعي	المدير العام لمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا
السيد شوقي الهبوب	المؤسسة العامة للكهرباء نائب المدير العام للشؤون المالية والإدارية
د. عبد الرحمن علي الحمادي	الأمين العام لنقابة الأطباء اليمنيين
البوفيسور أحمد علي الحمامي	مستشفى الثورة- أستاذ مساعد الطب الباطني
د. أحمد علي الهمداني	رئيس مجلس إدارة البنك الوطني ووزير الزراعة السابق
السيدة رشيدة علي الهمداني	رئيسة اللجنة الوطنية للمرأة
السيد طه حسين الهمداني	وزارة الخدمة المدنية والتأمينات وكيل الوزارة للمعلومات والتخطيط
السيد حسن الحوتي	الوطنية للتأمين – نائب المدير العام لإعادة التأمين
السيد زين الحبشي	بنك التضامن الإسلامي – المكتب الرئيسي
د. أمة الكريم الحوري	مستشفى السبعين- المدير العام
السيد توفيق ناجي الحسني	وزارة الصحة العامة والسكان، وحدة السياسة الصحية والدعم الفني، السكرتير
د. محمد حسن علي	مستشفى الشرطة- مساعد المدير العام
د. محمد صالح علي	الحزب الاشتراكي اليمني، عضو البرلمان ونائب رئيس الدائرة السياسية
د. زهير الإرياني	مركز العلفي الطبي – المدير
السيد أسعد الجبوبي	اختصاصي تأمين طبي – مدير تسويق
د. عادل الجساري	وزارة الصحة العامة والسكان، عضو وحدة السياسة الصحية والدعم الفني
المهندس كمال الجبري	المؤسسة العامة للاتصالات- المدير العام
السيد محمد الجبري	اتحاد الغرف التجارية والصناعية فرع صنعاء- مدير العلاقات الدولية
د. مجيد الجنيد	وزارة الصحة العامة والسكان وكيل الوزارة للرعاية الصحية الأولية
السيد يحيى محمد الكحلاني	رئيس الاتحاد العام للعمال
د. نبيل الخرباش	حزب المؤتمر- المدير العام للسكرتارية العامة
د. الخضر	مدير مكتب الصحة في عدن
د. عبد المجيد الخليدي	وكيل وزارة الصحة للتخطيط الصحي والتنمية- وزارة الصحة العامة والسكان
البروفيسور د. أحمد الكبسي	جامعة صنعاء، نائب الرئيس للشؤون الأكاديمية
السيد أبو بكر القربي	مدير خدمات الأفراد- الخطوط الجوية اليمنية
السيد حمود محمد القديمي	مدير عام مستشفى الشرطة
د. محمد المشلي	مركز حبابة الطبي محافظة عمران- المدير
السيد طارق سعد المدحجي	مكتب الإحصاء المركزي، الإحصائيات الحيوية – المدير العام
البروفيسور أحمد المدحجي	جامعة تعز- نائب الرئيس لدراسات التخرج والأبحاث
د. محمد سعيد المجيدي	الخدمات الطبية العسكرية
العقيد محمد مقبل المقطري	وزارة الدفاع – التقاعد والضمان الاجتماعي- مدير الإدارة

السيد محمود محمد المقطري	الاتحاد العام لنقابات العمال- رئيس النقابات العامة لشركات البترول
السيد عبد الله المقطري	عضو البرلمان
السيد أمين محمد المقطري	وزارة الإدارة المحلية مساعد وكيل الوزارة للتمويل المحلي والرقابة
د.مطهر عباس المروني	عضو نقابة الصيادلة
السيد محمد المطري	وزارة الدفاع- التقاعد والضمان الاجتماعي
د. محمد المخلافي	المستشفى اليمني الألماني – المدير العام واستشاري الأعصاب والأمراض النفسية
السيد سعيد إبراهيم المقدم	مجموعة هائل سعيد- نائب المدير للموارد البشرية
د. عباس المتوكل	وكيل وزارة الصحية للرعاية العلاجية وزارة الصحة العامة والسكان
السيد يحيى المتوكل	وزارة التخطيط والتنمية- وكيل الوزارة
السيد علي المضواحي	المدير العام لصحة الأسرة – وزارة الصحة العامة والسكان
السيدة فردوس المريسي	اتحاد نساء اليمن إدارة الشؤون الاجتماعية والصحية
السيدة ريدا المتوكل	اللجنة الوطنية للمرأة
السيد يحيى النعمي	اتحاد العمال
السيد يحيى النجار	وزارة الأوقاف والإرشاد- وكيل الوزارة لقطاع الإرشاد
معالي البروفيسور د. محمد يحيى النعمي	وزير الصحة العامة والسكان
د. رياض القرشي	وزارة الداخلية- وكيل الوزارة لقطاع الشؤون المالية
السيد رجب القرشي	وزارة الصحة العامة والسكان وحدة السياسة الصحية والدعم الفني ، أخصائي التأمين الصحي المجتمعي
السيد عبد اللطيف محمد القباطي	المتحدة للتأمين- صنعاء- نائب المدير العام
السيد حمود القديمي	وزارة الداخلية مدير عام مستشفى الشرطة
السيد أحمد الرباحي	رئيس نقابة المدرسين اليمنيين
السيدة بلقيس حسين الرباحي	اتحاد نساء اليمن- الإدارة المالية
د. أروى محمد الربيعي	وكيلة الوزارة لقطاع السكان، وزارة الصحة العامة والسكان
السيد محمد سالم عبد الرحمن	الخدمات الطبية العسكرية
السيد محمد قاسم الريمي	نقابة المدرسين اليمنيين- الأمين العام
السيد حزام أحمد الربوة	رئيس مجلس إدارة مجموعة الربوة
السيد علي سنان الصعر	الاتحاد العام لنقابات العمال – سكرتير إدارة التأمينات
السيد عبد الله حسين الصعري	الاتحاد العام لنقابات العمال- رئيس نقابة
د. محمد السعدي	حزب الإصلاح اليمني- مدير إدارة التخطيط
السيد علي السلامي	مجلس الشورى
السيد إسماعيل أحمد الصنعاني	رئيس لجنة الدعم الحكومي للعلاج الطبي في الخارج- وزارة الصحة العامة والسكان
د. عبد الوهاب السروري	جامعة صنعاء- استاذ مساعد الطب المجتمعي
السيد عبد اللطيف الشيباني	مكتب الإحصاء المركزي- مدير المكتب الفني
السيد عبد القوي الشميري	نقابة الأطباء والصيادلة اليمنيين- الأمين العام
د. محمد الشامي	مدير مستشفى ثلا – محافظة صنعاء
العقيد محمد علي الشرفي	وزارة الداخلية المدير العام للتقاعد والضمان الاجتماعي
السيد عبد الولي الشرجبي	مجلس الشورى
السيد الشوكاني	تيلي يمن- مدير الإدارة والمالية
السيد نبيل الشيخ علي	مستشفى حدة التخصصي المدير المالي
السيد أحمد طاهر الشيعاني	المؤسسة العامة اليمنية للإذاعة والتلفزيون
السيد عبد الرحمن الصلوي	الاتحاد العام لنقابات العمال
السيد نعمان طاهر الصهيبي	وزارة المالية – إدارة مصلحة الضرائب
السيد يحيى حسين السريحي	وزارة الدفاع التقاعد والضمان الاجتماعي
د. مصلح التوالي	مدير عام التخطيط الصحي وزارة الصحة العامة والسكان
السيد إبراهيم عبد الملك الوزير	الاتحاد العام لنقابات العمال- نقابة الكهرباء
السيد صالح ناجي الورافي	وزارة الصناعة والتجارة- نائب المدير العام للشركات
السيد أحمد يحيى اليدومي	جامعة صنعاء- مساعد سكرتير عام

السيد أحمد علي اليمني	مدير مكتب صنعاء لفريديرك إيبرت ستيفونغ
د. أشرف أمين	مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا- أخصائي الكبد واستشاري
السيد سعيد عبد المعين أنعم	الاتحاد العام لنقابات العمال – رئيس نقابة تيليمن
السيد عبد الخالق النونو	مستشفى الثورة- نائب المدير للشؤون الأكاديمية
السيد طريف محمد العريقي	البنك المركزي – المدير الإداري للرعاية الصحية
د. عبد الرحمن العريقي	أخصائي مسالك بولية في مستشفى 26 سبتمبر في متنه
السيد خان آغا أصيل	منظمة الصحة العالمية، احتياجات التنمية الأساسية- مسئول فني
د. زايد عاطف	مدير مستشفى الثورة العام
د. سعيد عاطف	نائب المدير العام للشؤون الطبية – مستشفى الثورة العام
السيدة مها محمد عوض	اللجنة الوطنية للمرأة
د. تاجمار عوض غيرالد ويتز	القائم بأعمال مدير مكتب التعاون الفني الألماني
د. جمال باأثار	استشاري مهني محلي في التعاون الفني الألماني
السيد محمد بابريك	نقابة المعلمين اليمنيين – نائب الرئيس
السيد صالح بادار	الشركة اليمنية للتأمين الإسلامي- المدير العام
السيد أبو بكر باذيب	الحزب الاشتراكي- نائب الأمين العام
السيد ثابت بجاش	أوكسفام – مسؤول تنمية البرنامج (الصحة)
السيد وليد با هارون	البرنامج التنموي للأمم المتحدة- مسؤول البرنامج
السيد محمود بلعيد	المؤسسة الحكومية للضمان الاجتماعي (الخاصة) نائب الرئيس
د. زهير عمر بامطرف	فرع نقابة حضرموت- المدير المالي
السيدة سهى باشرين	اللجنة الوطنية للمرأة
السيد أبو بكر باذيب	الحزب الاشتراكي اليمني- مساعد الأمين العام
السيد عصام حسين باوزير	الاتحاد العام لنقابات العمال نقابة فرع شركات النفط
د. محمد علي بن عفيف	صحة الأسرة/ مشروع تنظيم الأسرة- مساعد فني في التعاون الفني الألماني
صادق أحمد بريك	المؤسسة العامة للاتصالات- نائب المدير للشؤون المالية والإدارية
السيدة فيل كومبرنول	استشاري في معهد كونيغليك
السيد أمير حسين دحمان	الاتحاد العام لنقابات العمال نقابة تيليمن
السيد محمد دماج	شركة هنت للنفط، مدير برنامج الفوائد الصحية
د. نبيل ضبعان	مدير مستشفى الجمهورية التعليمي
د. عبد الجبار دغيش	عضو البرلمان
السيد محمد إبراهيم	الغرفة التجارية والصناعية صنعاء- مسئول
د. إلهام	مديرة مجمع العيادات في عدن
د. هاشم المسعد	منظمة الصحة العالمية الممثل في البلد
د. صالح حامد فدعق	المدير العام لوحدة التأمين الصحي وزارة الصحة العامة والسكان
السيد عبد الرقيب سيف فتح	الحزب الناصري
السيد خالد أحمد غيلان	الاتحاد العام لنقابات العمال- رئيس نقابة الأسمنت
د. غالب غيث	البنك العربي مدير الموارد البشرية
السيد كمال قاسم غالب	مستشفى السعيد التخصصي تعز- المدير العام
السيد محمد قاسم غمضان	المؤسسة العامة للاتصالات- مدير عام الشؤون المالية
د. نجيب سعيد غانم	البرلمان اليمني- رئيس اللجنة الصحية وعضو برلمان عن حزب الإصلاح
د. هيلموت غروس كروتز	مدير التعاون الفني الألماني
البروفيسور د. عبد العزيز بن حبتور	نائب وزير التربية والتعليم
السيد هاني أحمد الهمداني	الشركة العربية للتأمين- نائب رئيس مجلس الإدارة
السيدة آن كريستين هانسر	اللجنة الأوروبية- دعم برنامج الإصلاح الإداري- مستشار دولي
السيد محمد إبراهيم حسان	اتحاد الغرف التجارية والصناعية – فرع صنعاء- مساعد المدير العام
د. محمد حسن	نقابة الأطباء والصيادلة اليمنيين- نائب الرئيس
السيدة غابرييلا هيرمان	الغرفة التجارية والصناعية تعز- مستشار
د. فضل حراب	نقابة الصيادلة والأطباء اليمنيين- الرئيس
السيد محمد حسين	مستشفى حدة التخصصي- عضو المجلس

د. غازي إسماعيل	محافظة ذمار – مديرية شمسان الحدأ – المركز الطبي
د. علي جحاف	استشاري مهني محلي- التعاون الفني الألماني
د. نجيب سعيد غانم	البرلمان- رئيس اللجنة الصحية
د. عبد الرحمن قاسم	وزارة الصحة العامة والسكان المدير العام لتقاسم التكلفة ومشاركة المجتمع، منسق ضمان الجودة وممثل الجمهورية اليمنية في لجنة الخليج حول ضمان الجودة
السيد محمد كوكبان	الغرفة التجارية والصناعية أمانة العاصمة- المدير العام- صنعاء
د. عبده علي قادر	عضو في الحزب الاشتراكي اليمني
د. أحمد علي خيمه	مدير المستشفى العام في عدن
د. أمين أحمد خاله	المؤسسة العامة للاتصالات – مدير شئون الأفراد
السيد قاسم خليل	صندوق الرعاية الاجتماعية نائب المدير التنفيذي
د. أحمد علي	مدير مستشفى عدن
السيدة نجوى كسيفي	منظمة العمل الدولية المكتب الإقليمي للبلدان العربية للجندر والاستخدام- مستشار فني كبير
السيدة لنا لقمان	مساعدة إدارية في التعاون الفني الألماني
السيدة سعيدة محمد	ممرضة في مستشفى الثورة
د. نجيب محمود	طبيب أطفال في مستشفى عام وعيادة خاصة
د. طه مهيوب	عضو وحدة السياسة الصحية والدعم الفني في وزارة الصحة العامة والسكان
د. أحمد مكي	مجلس الشورى، رئيس لجنة الصحة
د. إبراهيم	وزارة الصناعة والتجارة
محمد أحمد مخلافي	رئيس إدارة التأمين في المؤسسة العامة للاتصالات
السيد سالم عمر بن مخاشن	الاتحاد العام لنقابات العمال- السكرتير العام
السيد عبد الله أحمد مرتضى	وزارة الداخلية- المدير المالي لقسم التقاعد والضمان الاجتماعي
المهندس خالد طه مصطفى	اتحاد الغرف التجارية والصناعية- نائب الرئيس للقطاع الصناعي
د. جمال ناشر	وحدة السياسة الصحية والدعم الفني في وزارة الصحة العامة والسكان، المدير العام ونظير البعثة
د. كريم ناصر	المدير العام لمكتب الصحة في محافظة حجة
السيد فيصل	البنك اليمني الإسلامي- مدير الرعاية الصحية
السيدة فوزية نعمان	السكرتير العام لاتحاد نساء اليمن، ووكيلة بوزارة التربية والتعليم لتعليم الفتيات
د. هشام عون	رئيس الصحة والسكان في حزب المؤتمر
د. ستيفان باهلس	رئيس الفريق الأسبق لدعم إصلاح القطاع الصحي في اليمن للجنة الأوروبية
السيد محمد غفله	نائب المدير العام لاتحاد الغرف التجارية والصناعية
السيد مجيب عبد الجبار ردمان	المدير العام للوطنية للتأمين
د. رحمن	نقابة الأطباء
السيد علي عبد الرشيد	شركة مأرب اليمنية للتأمين- المدير العام
السيدة وهيبة صبره	الحزب الاشتراكي اليمني
السيد محمد أحمد سعيد	الاتحاد العام لنقابات العمال- السكرتير العام لنقابة الأسمنت
السيد عمر سيف	محاسب التعاون الفني الألماني
السيد نجيب صلاح	محافظة ذمار- سكرتير المجلس المحلي
السيد ناصر صلاح	الاتحاد العام لنقابات العمال
السيد عبد السلام	البنك الدولي- ممثل فني في وزارة الصحة العامة والسكان
السيد علي سلام	مجلس الشورى- رئيس اللجنة الصحية
السيد صادق سالم	الاتحاد العام لنقابات العمال
د. محمد	الحزب الاشتراكي- عضو في البرلمان
السيد عبده سيف	برنامج التنمية للأمم المتحدة- فريق تخفيف الفقر مسئول البرنامج
السيد عبد الكريم صالح شايف	نائب المحافظ والأمين العام للمجلس المحلي محافظة عدن
السيد نبيل شمسان	وزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووكيل وزارة لإدارة قطاع شؤون

	الأفراد ومدير مشروع تحديث الخدمة المدنية
د. ساهر شوقي ضيف	مسئول طبي في تنمية النظم الصحية- منظمة الصحة العالمية
د. أحمد بن سنكر	البنك الأهلي اليمني فرع عدن – مدير مالي وإداري
السيد راجح صريم	مستشفى الثورة العام- رئيس لجنة الإعفاء من استرداد التكلفة
السيد علي حسين سرور	وزارة الدفاع، الخدمات الطبية العسكرية
السيد علي فاضل طه	مكتب الإحصاء المركزي – مسح ميزانية الأسرة- المدير العام
السيد أحمد تلها	استشاري طبي واختصاصي أمراض الدم بوزارة الصحة العامة والسكان
د. إيفا تزكان	المستشار الرئيسي في برنامج الصحة الإنجابية – التعاون الفني الألماني
د. ناصر محمد ثابت	عضو البرلمان
السيدة غابرييل توما	مساعد إداري في التعاون الفني الألماني
د. هانز أو ويندل ريتشر	رئيس الفريق لدعم إصلاح القطاع الصحي في اليمن- اللجنة الأوروبية
السيد عباس زبارة	جمعية الهلال الأحمر اليمني- مقرر اللجنة الوطنية
السيدة أنغا زوقري	السفارة الألمانية – القائمة بأعمال المستشار

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

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

فريق دراسة التأمين الصحي اليمني

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

صنعاء ، أكتوبر 2005م

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

جدول المحتويات

1- الخلفية والتقديرات 8
1-1 مدخل 8
1-2 الشروط المرجعية 8
1-3 المنهاجية 9
1-4 الخلفية 9
1-5 الأمن الاجتماعي والحماية 10
1-6 برامج التأمين الصحي الموجودة 10
1-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي 11
1-8 تجارب البلدان الأخرى 11
1-9 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن 11

2- التمويل الصحي البديل ومقترحات التأمين الصحي لليمن 12
2-1 رؤية نظام التأمين الاجتماعي والصحي الوطني لليمن 12
2-1-1 ما هو نظام التأمين الاجتماعي أو الصحي الوطني 12
2-1-2 بعض الأسئلة الأساسية 14
2-1-3 مكونات التأمين الصحي الوطني في اليمن 16
2-2 البديل (أ): الدفعة الكبيرة 19
2-2-1 العضوية 20
2-2-2 المساهمات 20
2-2-3 التأثير على حسابات الصحة الوطنية 21
2-2-4 مقارنات الدخل / الإنفاق 22
2-2-5 إستراتيجيات تخفيض العجز 23
2-2-6 المتطلبات الأساسية 25
2-2-7 مزايا وعيوب إستراتيجية "الدفعة الكبيرة" 29
2-2-8 سيناريو فرعي لإستراتيجية الدفعة الكبيرة 29
2-2-9 متطلبات التعاون لإستراتيجية الدفعة الكبيرة 30
2-2-10 الاستنتاج 30
2-3 البديل (ب): الخطوة خطوة 31
2-3-1 حصة مختلف المؤسسات العامة في الحكومة 32
2-3-2 مزايا وعيوب البدء بالتأمين الصحي في مؤسسات عامة مختارة 34
2-3-3 الإستراتيجية التصاعدية من الأعلى إلى الأسفل 36
2-3-4 الإستراتيجية التصاعدية من الأسفل إلى الأعلى 38
2-3-5 الإستراتيجية التصاعدية الإقليمية 38
2-3-6 شروط مسبقة خاصة لإدخال التأمين الصحي التزايدي 39
2-4 إستراتيجية العمل والربط 39
2-4-1 لماذا عدم التسرع بالتامين الصحي 39
2-4-2 العمل وعدم التردد 41
2-5 من البدائل إلى السيناريوهات 44
2-6 إنشاء مركز اختصاص التأمين الصحي 45
2-7 تصميم ومقارنة البدائل 47
2-8 تقدير البدائل 54

3- خطة التنفيذ 55
3-1 المتطلبات الأساسية 55
3-1-1 الموارد المالية 55
3-1-2 الموارد البشرية 56
3-1-3 الموارد المادية 58
3-1-4 الشروط المسبقة القانونية 58
3-1-5 رغبة وقدرة المساهمين 58
3-1-6 رغبة وقدرة المتلقين على الدفع 59
3-1-7 تعبئة جميع المتطلبات الأساسية 60
3-1-8 تنظيم المشروع 61
3-2 تنظيم وإنفاذ الجودة 62
3-3 تقسيم عملية التنفيذ إلى مراحل والتخطيط والإدارة 63

4- تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية الكلية للتأمين الصحي الوطني المقترح15 66
4-1 مقدمة 66
4-2 غرض التنبؤات المالية والبدائل الخارجية 67
4-2-1 مدخل 67
4-2-2 الخواص الأساسية للسيناريوهات البديلة 67
4-3 البيانات المستخدمة 69
4-3-1 التنفيذ التدريجي لتغطية التأمين 69
4-3-2 حسابات الصحة الوطنية 2003 – 2004 70
4-3-3 بيانات اقتصادية كلية أخرى استخدمت في سنة الأساس (2004) 71
4-4 النتائج الرئيسية 71
4-4-1 سيناريو 1 أ: تنفيذ تدريجي في مستوى الإنفاق الحالي ومعدل استخدام ثابت 71
4-4-2 سيناريو 1 ب: التنفيذ التدريجي في مستوى إنفاق جاري ومعدل استخدام متزايد 73
4-4-3 سيناريو 2 أ: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا في الشركات ومعدل الاستخدام الثابت 73
4-4-4 سيناريو 2 ب: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا على أساس الشركات ومعدل الاستخدام المتصاعد 74
4-4-5 سيناريو رقم (3): التنفيذ التدريجي بحزم المزايا في الشركات والعائق المالي العام 75
4-4-6 بنية الإنفاق الصحي الشامل 77
4-5 التحديات الرئيسية 77

5- خارطة طريق نحو التعاون الدولي لنظام التأمين الصحي في اليمن 78
5-1 طلب المساعدة الفنية 78
5-1-1 ورش العمل والدراسات والخبرة الفنية 79
5-1-2 الدعم القانوني وأنظمة المعلومات 80
5-1-3 بناء القدرة 80
5-1-4 تصميم مؤسسة تأمين صحي اجتماعي 81
5-2 خارطة طريق للتأمين الصحي الاجتماعي لليمن 82
5-2-1 الاستشارة الوطنية أو مجلس التوجيه 82
5-2-2 المجموعة المحورية أو السكرتارية 84
5-2-3 التفاعل والارتباط 84
5-2-4 الإطار الزمني 85
5-3 طلب المساعدة الفنية 85
5-4 شروط لمزيد من المساندة والدعم الدولي 86
5-5 قضايا التعاون الأخرى 87

6- ملخص 88
6-1 مقدمة 88
6-2 الشروط المرجعية 89
6-3 المنهاجية 89

4-6 الخلفية 90
5-6 الأمن الاجتماعي والحماية 90
6-6 برامج التأمين الصحي الموجودة 91
7-6 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي 91
8-6 تجارب البلدان الأخرى 91
9-6 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن 92
10-6 نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن 92
11-6 خيار التأمين الصحي (أ): الدفعة الكبيرة 93
12-6 خيار التأمين الصحي (ب): التطور التزايدي 95
13-6 البديل (ج): العمل والشبكة 96
14-6 تقدير للخيارات البديلة 96
15-6 مجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي 97
16-6 الدعم الدولي 98
17-6 وجهة نظر 99

الملحق (1): ملاحظات على مقترح قانون التأمين الصحي الاجتماعي 101
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 110

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

Title of the English version:
Detlef Schwefel, Jens Holst, Christian Gericke, Michael Drupp, Boris Velter, Ole Doetinchem, Rüdiger Krech, Xenia Scheil-Adlung, Guy Carrin, Belgacem Sabri, Jamal Nasher, Saleh Fadaak, Gamal Srori, Rashad Sheikh, Ali Al-Agbary: Towards a national health insurance system in Yemen. Part 2: Options and recommendations, Sana'a, October 2005 (Study commissioned by the Republic of Yemen to the Consortium of German Development Cooperation (GTZ), World Health Organization (WHO), International Labour Office (ILO), financially supported by World Health Organization and the World Bank)

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 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

[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.

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 إلى الربح عامة وذات مصداقية ومسائلة وشفافية. وستقود هذه الهيئة النهج التزايدي نحو تأمين صحي اجتماعي ووطني في اليمن.

وجهـة نـظـر

في اليمن يجب أن لا يستغرق الأمر عقوداً حتى يتم إيجاد نظام تأمين اجتماعي وصحي وطنـي. يستحق النـاس نظاماً صحياً يعطيهم رعاية صحية ذات جودة عالية واقتصادية في حالة الحاجة بصرف النظر عن قدرتهم 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.

3-1 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.

4-1 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 المستشفى 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.

1-5 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.

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.

3-1-2 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 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 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

[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).

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.

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

2-2-2 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				

4-2-2 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 لـ 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 لـ 11 مليون مستفيد في إستراتيجية الدفعة الكبيرة ستكون هناك حاجة لـ 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 ويمكن أن تغطي كلا العجزين	إنعدام الاستقرار لكن قيمة اجتماعية كبيرة
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 أثيرت 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 كامل الشفافية والمصداقية والمساءلة وخواص كيان شركة حديثة وربما يتم التعاقد عليه مع شركة عالمية. إن السمات 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.
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 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 ...	غير متوفرين بصورة كافية أو لم يتم اكتشافهم بعد

الجدول رقم (14): مزيد من المتطلبات الأساسية للتأمينات الصحية في اليمن		
الإدارة "M"	الشرح	الوضع
	الخ	
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.

7-2-2 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 معوقات اجتماعية ثقافية عدم ثقة عام فيما يتعلق بأي صندوق حكومي	زيادات المرتبات تعطي فرصة تاريخية مجموعة إدارة عالية المهنية ومجربة دولياً تتولاه وتجعله يبدأ
تغيير النظام الصحي المطلوب ممكن	عدم وجود قوة عاملة كافية درجة متدنية من المعرفة المالية عدم ثقة عام تجاه الصناديق	

8-2-2 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%)

2-2-10 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 نحو نظام تأمين 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 من خلال 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 عدد موظفيها عن 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 فرص إدخال التأمين الصحي مع مساهم محتمل مختار ذاتياً. الجيش والشرطة في اليمن يطلبون التأمين الصحي. إن القوات 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.

1-3-2 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
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 رغبة في الإنضمام إلى التأمين الصحي للعسكريين تسجيل إجباري وسهولة إجراء الاستقطاعات من كشوفات الرواتب إعادة تأمين ضمنية من قبل الوزارة	عدم تقسيم مقدمي الصحة / المشترين عدم وجود قيمة مضافة للجنود التقديم للخدمة في صنعاء وعدن 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.

1-2-3-2

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.

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.

2-2-3-2 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

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

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

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

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).

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.

[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.

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 خارج 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 حاسمة لضمان 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 فان لديها إمكانية تهديد كامل النظام. من أجل تفادي هذه المخاطرة ولضمان استدامة أموال التأمين الصحي فإن 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 على 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 سيناريوهات واضحة. إن المئات من هذه السيناريوهات ممكنة وإن مناقشة سياسية وفنية ضرورية للتعرف على بعض السيناريوهات المناسبة بصورة 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

الجدول رقم (23): سيناريوهات بإتجاه نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن					
السيناريو	1 أ	1 ب	2 أ	2 ب	3
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 بلدان 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 الأساسية 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				

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
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 المرغوبة أكثر (والقيمة) ودعم فني كثيف بكيفية الحصول على المساهمات وإنفاقها وتنفيذ وتحسين نظام دفع كفؤ لمقدمي الخدمة	تقييم الفوائد المرغوبة والدعم الفني وكيفية الحصول على المساهمات (المدفوعات) وإنفاقها		
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**				

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
1-2	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 الاستعمال مهمة.			دراسة أفضل وسائل الرقابة على سوء الاستعمال.
3-2	هل هناك فارق بين المجموعة المستهدفة في البداية والأعضاء الذين يلتحقون في الحقيقة؟	ينبغي أن لا يكون هناك فارق.			ستدرج إستراتيجيات التوسع.
4-2	انحصار العضوية	في الخطوات الأولى فقط الناس العاملين (وأسرهم) والمتقاعدين يتم إدماجهم	اليمنيين الذين يعملون في الخارج	أنظر المجموعات المستهدفة	سيدرس
5-2	النشاط الاقتصادي للمجموعة المستهدفة		الناس الذين لديهم كل أنواع النشاطات وكل الخواص الاجتماعية والاقتصادية		دراسات عن المستخدمين ذاتياً ستحصل على أولوية معينة
6-2	الخواص الاجتماعية والاقتصادية للمجموعة المستهدفة				
7-2	كيف يتم تكوين العضوية؟	إلزامية (أو طوعية بالنسبة لبعض المجموعات – لكن إذا كان الأمر كذلك يجب التنبه لاختيار المخاطر)			سيدرس
8-2	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
9-2	التعاقد بين العضو وبرنامج التأمين	عقد موثوق به (ربما حتى "نهائي") بين العضو والتأمين الصحي يجب أن يكون أساس نظام التأمين الصحي			سيدرس
10-2	وحدة الاشتراك	العمال الدائمين والموظفين	أي للمستخدمين ذاتياً والآخرين الغير ممكن الوصول إليهم في "المصدر" (مثل العاملين على سبيل المثال)	بحسب القرارات السياسية في المستقبل	سيدرس
11-2	تعريف أعضاء العائلة	أي الزوج أو الزوجة الغير عامل والأطفال حتى سن 18 سنة و/أو طالما يدرسون فإنهم مؤمنين بالإشتراك ومدفوع عنهم.			سيدرس
12-2	وضع أفراد العائلة	أي مؤمن عليه مشارك مدفوع عنه أو مساهمة منخفضة جداً			سيدرس

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
13-2	تعريف الأعضاء	معرف إضافة إلى العضو (أي الزوج العامل)			سيدرس
14-2	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 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**				

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
1-4	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
	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.
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".				

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
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 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

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. • 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**				

من بين الطرق الأبسط. وهي كذلك تحول مسئولية تقديم رعاية صحية كفؤة وفعالة 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
	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.				

8-2 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
+	~/+	~	-	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؟

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

3-1-1 الموارد المالية

تعتمد الموارد المالية للتأمين الصحي بصورة أساسية على تعريف المساهمين والمستفيدين وحزمة المزايا. وحتى الآن من الضروري الإجابة على تلك الأسئلة أولاً ومن جانب آخر فإن تجارب البرامج الصحية العالمية الموجودة وكذلك نتائج نموذج الاحتسابات يمكن أن يكون مفيداً للإجابة على بعض الأسئلة المفتوحة ضمن عملية إتخاذ القرار اليمنية.

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

---

[11] أنظر الأبواب 2-2-4 إلى 2-2-6.
[12] أنظر الباب 2-2-4.

- 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 الضروري إما الاستثمار في البنى الأساسية من جانب الحكومة (وهذه تكاليف الاستثمار الأساسي في البنى التحتية مثل المباني ومستودعات البيانات وبطاقات التأمين ... الخ) أو إعادة تمويل الاستثمار من السوق الخاصة. والأخير سوف يزيد نفقات الفوائد والتسديد.

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:

[13] أنظر الأبواب 2-2-5 و 2-2-6.

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

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.

4-1-3 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].

5-1-3 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

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

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.

6-1-3 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 خاصة 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).

2-3 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.
		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.

الجدول رقم (27): العناصر الأساسية لتخطيط صحي "جديد"		
		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.
	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 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	انقسام هيئة التأمين الصحي الوطني ومركز اختصاص التأمين الصحي إلى مجموعة تفكير لهيئة التأمين الصحي ومركز مستقل لتدريب التأمين الصحي والأبحاث والاستشارات	المجلس الإشرافي ومجلس الاستشارة والمانحين

الجدول رقم (28): السمات المعلمية لتطور التأمين الصحي في اليمن			
العام	السمات المعلمية للتأمين الصحي	البناء المؤسسي	النصيحة
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 المقترح[15]

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

[15] إعداد جوي كارن واول دوتشيم 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.

لسيمينس ثلاثة استخدامات رئيسية:

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

2-4 غرض التنبؤات المالية والبدائل الخارجية

1-2-4 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.

2-2-4 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 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.

[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.

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 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.

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

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

3-4 البيانات المستخدمة

1-3-4 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 لقطاع المستخدمين ذاتياً.

الموظفين الحكوميين: نفترض أنه في سنة البداية يغطي التأمين الصحي العسكريين فقط (حوالي 400 ألف موظف بالإضافة إلى المعالين). إن العسكريين هم هيئة منظمة بدرجة كبيرة معروفة بأنها مع إدخال التأمين الصحي ولذلك فهي ستسهل إدخاله. وسنة البداية هذه يمكن استخدامها كذلك للبحث عن وتصحيح المشكلات الفنية الناشئة أثناء التنفيذ. وتشهد السنة الثانية إدراج الشرطة وموظفي الأمن الآخرين (حوالي 200 ألف 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 ومعاليهم بدءاً بـ 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 الزمن. وفي السنة الثانية يتم تغطية ربع من المستخدمين ذاتياً والفقراء ثم يزداد ذلك بـ 10% في السنة ليصل إلى 85% في نهاية فترة المحاكاة. وضمن هذا يعفى نصف من جميع المستخدمين ذاتياً من دفع المساهمة إلى الحساب 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)

2-3-4 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)

الجدول رقم (31): بيانات وافتراضات حسابات الصحة الوطنية	
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

[1] ملحوظة:

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

2-4-4 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 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)

3-4-4 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.

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.

[1] ملحوظة:

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

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 يغطي 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 أخرى. 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 أدنى (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 سياسة تأمينها الصحي مع الهدف المعياري لتوفير نظام عادل ووصول إلى الرعاية الصحية للجميع؟ إن التوازن 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 هذه العدالة 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 على 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

[1] الرصيد بعد الدعم الحكومي بـ 1% من إجمالي الإيرادات الحكومية.
[2] الدعم الحكومي مقفل عند 1% من إجمالي النفقات العامة (قيد المالية العامة).

الأخرى هي مسألة متروكة للمجتمع اليمني ليناقشها. ثم ستجري بعدها صياغة المعاني المتضمنة المالية لهذه الخيارات بسيناريوهات سيمنيس أخرى.

6-4-4 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

5-4 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.

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

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

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.

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.

[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).

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 تدقيق وإشراف قوي وفعال. وبمواجهة إنعدام الثقة الواسع الانتشار في المؤسسات العامة وجميع أنواع الصناديق التي تديرها الحكومة فإن الرقابة الصارمة على الموارد والقواعد الواضحة للتدفقات النقدية والضوابط التقييدية يجب أن تكون موجودة. ينبغي إعداد إرشادات ومبادئ لضمان درجة عالية من الشفافية والمساءلة والحد من سوء 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 في مجلس الإدارة والتدقيق لمؤسسة / مؤسسات التأمين الصحي فإن ذلك أمر نوصي به على الأقل أثناء إقامة وتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني.

إن التسويق الاجتماعي والعلاقات العامة عناصر مهمة كذلك يمكن أن يكون لها تأثير على تنفيذ التأمين 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 سوء الاستعمال والفساد. وهكذا فإن المهنيين في التأمين الصحي ينبغي أن يكونوا مدركين للرأي العام ومستعدين لتحديات العلاقات العامة الجيدة للترويج للتأمين الصحي.

يبدو أن النشاطات الموازية ضرورية من أجل التنفيذ الناجح لنظام التأمين الصحي الوطني. يجب على 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.

2-5 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 ويتوقع عمليا كذلك من قبل كل المساهمين. وفي هذه الحالة ستصبح الجهود المشتركة لكل المانحين باتجاه نظام التأمين الصحي الوطني جزءاً هاماً من أجندة الإصلاح. ويرجع هذا إلى الدعم المالي وكذلك الدعم الفني من 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 أفضل طريقة 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 التأمين الصحي 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

5-3 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 الـ 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 المهام 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 الباب 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 الصحي الوطنية في المستقبل.

إن كل من الدراسات الوبائية والتأمينية والدراسات الأخرى المذكورة بأعلاه تعتبر ضرورية لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن وستكون تكلفتها حوالي 200 ألف إلى 500 ألف يورو بحسب نطاق 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 الاجتماعية (العمال 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 الذي 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- ملخص

6-1 مقدمة

إن أكثر من نصف السكان اليمنيين لا يحصلون على رعاية صحية. وهذا جزئياً بسبب الحاجة إلى منشآت تقديم الخدمة 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 يكونون مرضى حيث أن معظم الناس عليهم أن يحصلوا على الخدمات الآن بجزء كبير جداً من المصروفات المنفقة. وهو يسهم 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 وعندما 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.

2-6 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 وتقديم صورة للتحليل 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.

4-6 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.

5-6 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 وتعديلات 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.

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.

7-6 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.

8-6 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 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 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.

11-6 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.

12-6 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.

13-6 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

تقدير البدائل					
الشروط المسبقة		الدفعة الكبيرة	حجم صغير للجميع	التصاعد	عمل الإنتظار
	دعم حكومي؟	-	~	~	~
	دعم المانحين ؟	-	~	~	~
	رقابة كافية ضد الفساد؟	-	-	-	~
الأسواق	مقدمي خدمة عالية الجودة كافين ؟	-	~	-	~
الكتيبات	إنفاذ القوانين والأنظمة؟	~	~	~	+
العمالة	كادر مؤهل بصورة كافية	-	~	-	~
الدافع	المعرفة والوعي والإثارة ؟	-	~	~	~
	إجماع الشركاء ؟	-	-	~	~
	دعم تضامني للفقراء ؟	-	+	-	+
	الثقة ؟	-	-	-	-
القياس	بيانات ومعلومات كافية ؟	-	-	-	~
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.

15-6 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.

16-6 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 1 : WG3 واشنطن DC.
6- بارلديس ، كارمن ، كاريراس ، لوكاس (2003): الرغبة في الدفع لبطاقة صندوق صحة المجتمع في المقاطعة الريفية متوارا ، تنزانيا – دار السلام.
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 1595-1597 ,S ,54.
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.

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

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 **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. **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.	**موافق**

[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)
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. 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.	**يضاف:** أفراد أسرة المؤمن عليه يتلقون نفس الفوائد المنصوص عليها بالقانون. ويشمل أفراد الأسرة 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 للإجازة المرضية والفوائد المرتبطة بها ستدرج ومتى سيبدأ ذلك.

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
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 وزير الصحة العامة والسكان قرار يحدد قيمة الدفع المشترك ذلك وشروطه بحسب مقترح من رئيس مجلس إدارة المؤسسة.	**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.
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	**تشطب:** الكلمات الأحد عشر الأخيرة من المادة.

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
المحددة في هذا القانون.	
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 المساهمة.	**يضاف بعد وزارة الصحة العامة والسكان:** أو المساهمين الآخرين.
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. 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.	**تشطب:** قد حوتها المادة (7).

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
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 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.	**تؤجل**
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):	**تؤجل**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
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.	
المادة (21): تصدر حالات وأوضاع اعتبار الإصابة ناتجة عن إجهاد أو تعب من العمل بقرار من وزير الصحة العامة والسكان بالتنسيق مع وزير التأمينات.	**تؤجل**
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 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.	

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
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.	
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	**تؤجل**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
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.	
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 الدائم المتخلف لحالات المرض لتوثيق ما إذا كانت الحالة عجز كامل أو جزئي.	**تؤجل**
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	**موافق**

الجمهورية اليمنية قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)	ملاحظات[23] قانون التأمين الصحي الاجتماعي (المسودة النهائية)
الضرائب وكذلك جميع نشاطات المؤسسة وفروعها معفية من أن تشملها أحكام القوانين التي تحكم الإشراف والرقابة على مؤسسات التأمين.	
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 نشاطاتها.	**موافق**
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.

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.

---

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

- 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