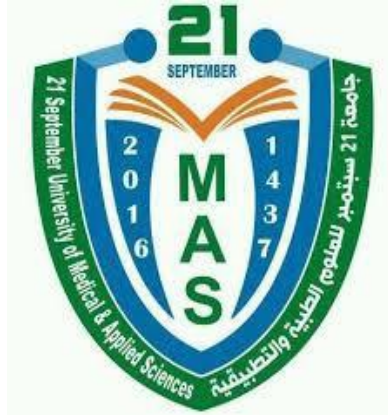


الجمهورية اليمنية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 21 سبتمبر للعلوم الطبية والتطبيقية
كلية الإدارة الطبية



موضوع البحث

إدارة التأمين الصحي في اليمن

بحث مقدم لنيل درجة البكالوريوس
في ادارہ الخدمات الصحية والمستشفيات
تخصص :إدارة طبيه

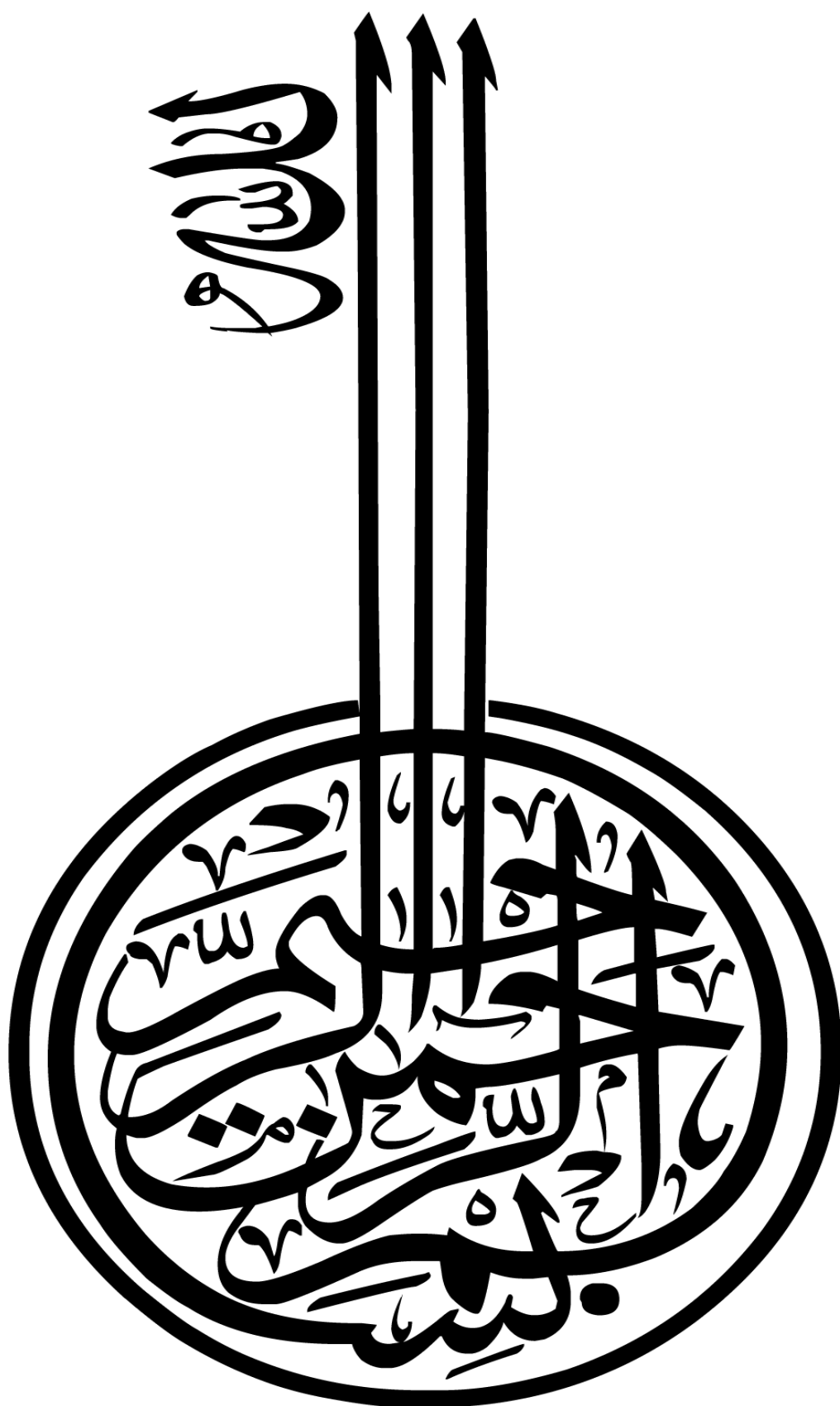
إشراف الدكتور :-

إعداد الطلاب :-

د/ جميل أحسن مجلي

- ١- أيوب علي أحمد الراعي
- ٢- ماجد ناجي صالح الزنداني
- ٣- محمد عبدالواسع صالح السلامي
- ٤- محمد علي بن علي محمد العولقي
- ٥- مناع علي محمد صالح الزنداني
- ٦- وسيم صالح صالح أحمد المسعودي

2021 - 2020



شكر وتقدير

في البداية نشكر الله عز وجل الذي وفقنا لا تمام هذا العمل
وسهل لنا طريق العلم والمعرفة
ثم نشكر أستاذنا المشرف - د/جميل مجلي عميد كلية الإدارة الطبية
وكذلك الى كل من منحونا الثقة وأتاحوا لنا الفرصة لإنجاز هذا البحث
كما لا ننسى تقديم الشكر الجزيل لكل اساتذتنا الأجلاء
وكما نوجه الشكر الجزيل الى كل من ساعدنا حتى أتممنا هذا البحث

الاهداء

الى وطننا الغالي نكن له كل الاخلاص وننتمي اليه بكل جوارحنا....
الى اباؤنا امثال التفاني والاخلاص.....
الى امهاتنا اللواتي قدمن سعادتنا وراحتنا على سعادتهن وراحتهن.....
إلى معلمينا الأفاضل الذين علمونا وأناروا بصائرنا.....
إلى إخواننا الذين مدوا يد المساعدة والعون لنا.....
إلى كل من دعا لنا بالخير نهديكم هذا العمل المتواضع.....

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجزء الأول: الخلفية والتحديات

جدول المحتويات

5	مقدمة
6	ملخصات تنفيذية
10	1- الخلفية
10	1-1 مدخل
11	2-1 التأمين الصحي
14	3-1 خيارات السياسة
17	4-1 المهام
18	5-1 ملخص
18	2- المنهجية
19	1-2 مراجعة الوثائق
19	2-2 المقابلات
20	3-2 الاستبيان
24	4-2 ورشات العمل
24	5-2 طرق أخرى
24	6-2 تقدير مقارن
25	3- التقدير الأساسي للمحتوى
25	1-3 المجتمع والاقتصاد
25	1-1-3 الملامح الأساسية
26	2-1-3 قضايا ثقافية
31	3-1-3 من الناحية الاجتماعية الاقتصادية
34	4-1-3 الفقر
35	5-1-3 الاقتصاد الكلي
37	6-1-3 سياسات التنمية
40	2-3 القطاع الصحي
40	1-2-3 الوضع الصحي
42	2-2-3 الانتفاع والحصول على الرعاية الصحية
45	3-2-3 تقديم الرعاية الصحية ودفع المقابل لها

45	1-3-2-3 الصحة العامة
48	2-3-2-3 العناية في العيادات الخارجية
51	3-3-2-3 الرعاية الداخلية
53	4-3-2-3 الرعاية طويلة الأجل
53	4-2-3 تمويل الرعاية الصحية
63	5-2-3 مزايا الرعاية الصحية
66	6-2-3 إدارة الجودة
68	7-2-3 رضا العملاء
69	8-2-3 أجندة الإصلاح
72	9-2-3 المشكلات المتبقية وملخص
73	3-3-3 الضمان الاجتماعي والحماية
73	1-3-3 إدارة المخاطر الخاصة
75	2-3-3 إدارة المخاطر العامة
76	3-3-3 برامج التقاعد / العجز / الوفاة
81	4-3-3 الحوادث والحماية من إصابات العمل
82	5-3-3 الحماية من البطالة
82	6-3-3 حماية الرعاية طويلة الأجل
83	7-3-3 أسواق التأمين الإضافية
84	8-3-3 السياسات الرئيسية
85	4- المنافع أو الفوائد الصحية الموجودة / وبرامج التأمين
85	1-4 برامج التضامن أو التكافل
86	1-1-4 الاكتشاف والتعريف
87	2-1-4 التركيب
87	3-1-4 الأداء
87	4-1-4 الأثر
89	5-1-4 المعوقات والفرص
89	2-4 مشروعات التأمين الصحي المجتمعية
91	3-4 برامج الفوائد الصحية في الشركات
99	4-4 شركات التأمين الصحي الخاصة
102	5-4 برامج القطاع العام
105	6-4 مبادرات أخرى
105	5- الأهداف والتوقعات
106	1-5 الأهداف والمبادئ الإرشادية

2-5	الوفاء بالأهداف الشاملة من خلال التطرق إلى التحديات الاجتماعية السياسية في تصميم وتنفيذ
108	التأمين الصحي الوطني.....
109	1-2-5 جوانب صحية تتعلق بالفقر وتمكين الفقراء.....
110	2-2-5 مساواة الجنسين والوصول إلى الخدمات الصحية.....
113	3-2-5 المساءلة والفساد في الإطار الصحي.....
114	3-5 نمط توقعات المشاركين في المقابلات في اليمن.....
115	4-5 نمط توقعات قادة الرأي في اليمن.....
117	6- التجارب الدولية.....
118	1-6 التجارب في البلدان المجاورة.....
121	2-6 تجارب عالمية أخرى.....
123	3-6 معايير لاقتراح واختبار البدائل.....
124	4-6 شروط مسبقة لبدء نظام التأمين الصحي الوطني.....
124	1-4-6 شروط مسبقة تاريخية.....
125	2-4-6 الشروط المسبقة التجريبية.....
128	3-4-6 مزيد من الشروط المسبقة.....
129	5-6 خيار نظري واحد: تقديم الصحة على أساس الضرائب.....
133	6-6 خيار نظري ثاني: أولوية التغطية للحالات الكارثية.....
135	7-6 الخيار النظري الثالث: حزمة فوائد شاملة إلى حد ما.....
135	1-7-6 التجارب من بلدان أخرى.....
138	2-7-6 خيارات لليمن.....
140	8-6 خلاصة.....
141	7- ملخص ونظرة عامة.....
141	1-7 مقدمة.....
141	2-7 الشروط المرجعية.....
142	3-7 المنهاجية.....
143	4-7 الخلفية.....
144	5-7 الأمن الاجتماعي والحماية.....
145	6-7 برامج التأمين الصحي الموجودة.....
145	7-7 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي.....
146	8-7 تجارب البلدان الأخرى.....
147	9-7 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن.....
147	10-7 نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن.....
148	11-7 خيار التأمين الصحي (أ): الدفعة الكبيرة.....
151	12-7 خيار التأمين الصحي (ب): التطور الترايدي (التدريجي).....

152	 13-7 البديل (ج): العمل والشبكة
153	 14-7 تقدير للخيارات البديلة
154	 15-7 مجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي
156	 16-7 الدعم الدولي
157	 17-7 وجهة نظر
158	 8- المطبوعات
172	 9- المشاركون في المقابلات

نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

ملخصات تنفيذية¹

الجزء الأول: الخلفية والتحديات

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 المنهجية 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 وتغطيها 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

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

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 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 والبتروول والمعدات الكبيرة). إن شن حملات لصناديق الرعاية والأوقاف لدفع الإسهامات 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 سيتعافى 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 باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي هو شيء معقول لكنه غير ذي جدوى.

نهج متزايد نحو التأمين الصحي الوطني:

إن النهج التزايدى 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 باتجاه 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 الاتجاه 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. وبالبدا كمجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي فسوف يحول المركز خطوة بخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني معدة للشفافية والمصادقية والمساءلة ومبنية على المهنية المتحمسة. إن الدعم الفني الدولي مطلوب لبناء مثل ذلك المركز لإختصاص التأمين الصحي. ومع ذلك فإن التمويل المحلي الملتمزم 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 المسؤولة 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 التزايدى 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 والتحديات

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 أثّرت 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 وفّت 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 بصورة 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 الخصائص 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.

1-2 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 ل خطة 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: هومان 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 تكيفه 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 عام. 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 اثني 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 التأمين 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 لرسم 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.

1-3 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 اشتراكية تميزت بمناهضة الرأسمالية وذات إيدولوجية 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 تفقر 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 ائتلاًفاً 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/عبدالله بن حسين الأحمر وبدأ في الحكم لوحده².

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 وحرّة 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 أقيّلوا 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 نقبضاً 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 الجنوبي من البلاد تاريخ طويل من الرفاهية وإن المستعمرة البريطانية السابقة وعاصمة الجنوب اليمني

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/عبدالله بن حسين الأحمر وحزب البعث العربي الإشتراكي للدكتور/قاسم سلام والحزب الناصري الوحدودي (عبدالمك المخلافي) والحزب الإشتراكي اليمني (علي صالح مقل)، وكالة الاستخبارات الأمريكية للولايات المتحدة الأمريكية CIA ، ص 6.

الاشتراكي عدن هي أكثر الأجزاء حداثة في البلاد. ويظهر الغرب أوسع انفتاح باتجاه الخيارات السياسية الاجتماعية المختلفة³.

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 تنتظر 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 والصيادلة والمراكز الصحية والعيادات والمستشفيات من القطاع العام والخاص.

ومع ذلك فلا زالت مشروعات التأمين الصحي المعقولة والفعالة والتجربة فيما يتعلق بتمويل الرعاية الصحية لازالت مفقودة. تقوم الوزارة حالياً بإدخال مشروع رائد لتأمين صحي مجتمعي وهي رغبة في إدخال نظام وطني شامل للتأمين الصحي. توحى 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 ولا مركزياً 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.

³ اتصال شفوي مع ثابت بجاش ، مسئول التنمية البرمجية في منظمة اوكسفام.

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 الشؤون 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.

1-4 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 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 والمسؤولين 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 المديرية والمكاتب الصحية على مستوى المحافظات والمديرية.
- 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 وللمنع 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- المنهجية

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 دائم ومناقشة الدروس المستفادة.
- الاستغراق الكامل للنظراء اليمنيين في التحليل الدولي للتأمين الصحي.

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

2-1 مراجعة الوثائق

قدم للمقاول والنظير في بداية الاستشارة نسخ إلكترونية من الكثير من الوثائق الهامة حول إصلاح القطاع الصحي والأنظمة الصحية في المديرية وتمويل الرعاية الصحية ومشروعات التعاون ... الخ. والكثير من الوثائق أستخدمت 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 وأعطى 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 تكييفها 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.

2-3 الاستبيان

لقد استُخدمت 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. استخدمت هذه الاستمارة ضمناً في كثير من المقابلات التي تم القيام بها وهي موجودة 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	مسؤولي وزارة الصحة
2	مسؤولي وزارة الشؤون الاجتماعية
3	مسؤولي وزارة المالية
4	مسؤولي وزارة الخدمة المدنية
5	الساسة الصحيين
6	سياسيين عامين
7	قادة إسلاميين
8	أعضاء المجالس المحلية

الجدول رقم (2): مجموعات قادة الرأي لمسح أفضليات التأمين الصحي	
9	ممثلي حكم محلي آخرين
10	القضاة
11	المرضى
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	أخصائيي 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
2	معرفة برامج التضامن
3	معرفة التأمينات الصحية
4	هل على الناس أن يدفعوا عن الرعاية الصحية؟
5	هل يدفع الفقراء أيضاً؟
6	التنظيم الجيد لتقاسم التكلفة
7	هل تقاسم التكلفة عادل؟
8	تكرار المدفوعات الغير رسمية
9	مبلغ المدفوعات الغير رسمية
10	تأجيل العلاج
18	رزمة المنافع
19	مسئولية الحكومة
19	مسئولية التأمين الصحي
20	الأمراض المعفاة
21	صندوق التقاعد كنموذج
22	وكيل التأمين الصحي
23	الثقة في صندوق التأمين الصحي
24	خصائص التأمين الصحي الاجتماعي
25	الخدمات الجديدة في التأمين الصحي
26	مستويات صناديق التأمين الصحي

الجدول رقم (3): الموضوعات الرئيسية لمسح آراء قادة الرأي حول 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 ستغطي أولاً	30	أي مقدمي خدمة
15	المجموعات التي لن تغطي	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؟ حصريّة العضوية.
3	تعريف أفراد الأسرة المستفيدين من البرنامج.
4	التمويل ومصادر التمويل: الشركة أو إسهامات 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

الجدول (4): الموضوعات الرئيسية لمسح مشروعات المنافع الصحية للشركات العامة	
14	العمليات الكبرى
15	العلاج في الخارج
16	الأمومة
17	الأدوية للحالات الحرجة
18	الأدوية للأمراض المزمنة
19	النقل
20	مزايا أخرى
21	المنافع المستتناة
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 المسؤولة 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 ثلاثة 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 راعين 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.

2-4 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 أستمريت 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.

2-5 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.

2-6 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 أختلقت⁴.

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 البارح 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

3-1 المجتمع والاقتصاد

3-1-1 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:

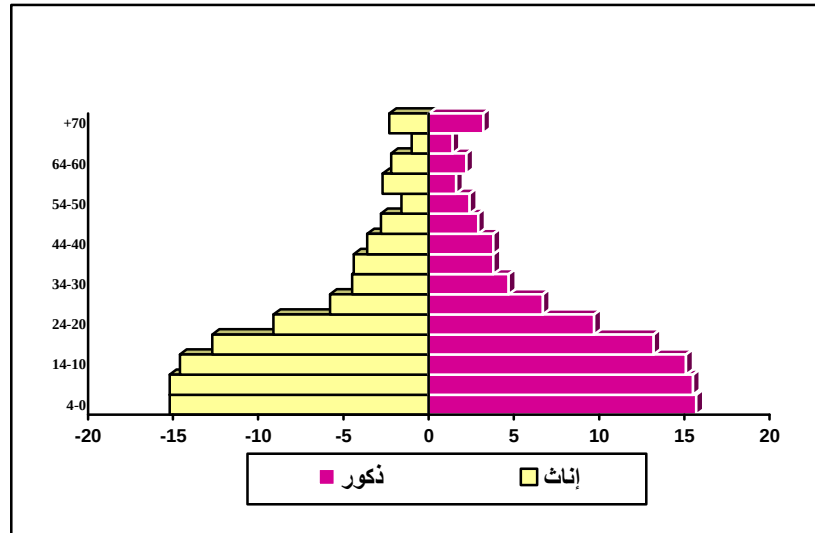
الجدول رقم (6): الإنجازات في الوضع الصحي في اليمن منذ أعوام الثمانينات			
السنة	الثمانينات	2003م	نسبة التغيير
الوصول على الرعاية الصحية الأولية	30% (1996)	42%	40
توقع الحياة بالأعوام عند الولادة	46 سنة (1986)	59	28
نسبة وفيات الأطفال لكل ألف من المواليد الأحياء	130 (1989) / (1990)	82	37
الولادات المعنتى 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 مجتمعات 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 احتياطات 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 والتعاقد 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 البلاد⁵ 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 أو 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 وهما العنصرين 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 الفقراء عليها. ويأخذ الناس الزكاة بصورة جدية لكنهم مترددين في دفعها للحكومة وإلى المؤسسات التي تديرها الحكومة لأنهم يشكون في ما إذا كانت أموال الهيئة ستضمن لهم حقاً مكاناً في الجنة عند إساءة استخدامها. وبحسب قول وزير الشؤون 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 بها⁶.

⁵ إن نحو 2 من كل خمس من النساء اليمنيات قد صرحن بأنهن قد تعرضن للختان وتتنخفض 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.

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 اليمن⁷.

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 واليتامى⁸ ... 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

فيما يتعلق بمهام 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). • الأجل. • تقاسم تكلفة فعال أو عمل خاص في نفس المركز الصحي العام (نظام إعفاء قاصر جداً).
المصدر : أوكسفام

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).

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 تفقر 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 أخريات (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 لإعالتهم 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 اللاتي 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 الخاصة⁹.

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 فلنكن منظمات خيرية ووزارة الصحة التي يتوقع منها إعطاء مجموعة من الخدمات المجانية أو مانح دولي أو وكالة تنمية. وعندما يأتي الأمر لبدء مبادرات وتحمل المسؤولية يتردد الكثير ممن جرت مقابلتهم أو ينسحبون ويعبرون عن التوقع أن الحكومة أو أي قائد آخر عليه أن يبدأ الخطوات الأولى.

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

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% (أيوما 1999م) ، سوء التغذية عند الأطفال 46% (الجمهورية اليمنية 2004 ب). أما بالنسبة للأمن الغذائي فتصنف اليمن بأنها بلد منخفض الدخل 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 يقيد انخفاض 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) وتقادم ممارسات التغذية الغير كافية والخاطئة حتى في المجموعات السكانية الاجتماعية الاقتصادية المتعلمة بصورة أفضل من المشكلة (الصبري 2001 ، ص 16).

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).

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	إجمالي
15.2	40.5	27.7	31.1	57.7	53.2	27.3	69.1	47.0	أميين
29.1	24.5	26.8	31.8	15.0	23.4	31.1	17.3	24.3	قراءة وكتابة
13.2	9.9	11.6	12.8	4.7	8.8	12.9	6.0	9.4	ابتدائي
17.2	11.4	14.4	12.1	2.8	7.5	13.4	4.9	9.2	إعدادي
18.2	10.6	14.4	9.7	1.2	5.5	11.8	3.5	7.7	ثانوي
6.6	2.6	4.6	1.9	1.0	1.0	3.0	0.7	1.0	جامعي
0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	غير مبين
7602	7428	15030	23492	23076	46568	31094	30504	61598	العدد
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 ازداد 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		
الدخل	العاملين	القطاع
56078	2163	الزراعة والأسماك
36830	18	التعدين
15509	144	الصناعات الصغيرة
2359	12	الكهرباء والغاز والمياه
4986	262	المباني
18250	484	التجارة والفنادق
3771	134	النقل
15705	32	البنوك
2499	245	الخدمات الشخصية والاجتماعية
56888	432	الحكومة
212875	3926	الإجمالي
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 القائمة¹² ولا زالت 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 خصوصاً¹³.

إن حالات إنعدام المساواة منتشرة فيما يتعلق بكافة الجوانب: ظروف المعيشة وظروف السكن والحصول على الخدمات العامة. إن عدم المساواة في الدخل كبيرة في البلاد. وتعكس عدم المساواة في اليمن اقتصاد متدني الدخل بصورة نموذجية حيث الأغنياء ونسبتهم 10% يحصلون على 34% من الدخل الوطني وينفقون

¹² يمكن إيضاح هذا بعينة هذا المسح.

¹³ تجري وزارة الخدمة المدنية والتأمينات تحديث للبيانات و وعدت بتقديمها لفريق الدراسة.

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.

3-1-4 الفقر

تزايد الفقر في السنوات الأخيرة بصورة مثيرة في اليمن. وقد أصبح الفقراء أفقر وقد أصبحت معيشة الكثير أقل وأقل اعتماداً على التعريف المطبق فإن 30 إلى 40% من الأسر اليمنية في حالة فقر وتقع أغلبية هؤلاء في المناطق الريفية. تفتقر أعداد متزايدة من الناس إلى 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 واستنزفت 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 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 أبنيتها أخذت شريفة تمشي جيئة وذهاباً عدة مرات إلى وزارة الشؤون الاجتماعية من أجل تسجيل أبنيتها لدى صندوق الرعاية الاجتماعية بسبب إعاقتها. وقد أنفقت مبالغ كبيرة على المواصلات وسجلت أخيراً وتسلمت 1200 ريال يمني. وقد اعتقدت أن ذلك المبلغ سيستمر كمعاش شهري لكنها قد أبلغت بأنها دفعة واحدة فقط ولمرة واحدة. وقد شكت بأنها قد سجلت وأن المسؤولين الحكوميين قد سرقوا نقودها خلال الأشهر اللاحقة ولكنها غير متأكدة من هذا وغير متأكدة من حقوقها فيما يتعلق بصندوق الرعاية الاجتماعية. وهي لم تتج 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: ناربان 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 الشؤون الاجتماعية والوطنية والافتقار إلى التمكين.

3-1-5 الاقتصاد الكلي

إن اليمن وهي إحدى أفقر البلدان في العالم العربي قد أبلغت عن نمو قوي في منتصف التسعينيات في مقبّل إنتاج البترول. ولقد تضررت بالانخفاضات الدورية في أسعار البترول لكنها تستفيد الآن من الأسعار الكبيرة الحالية. ولقد أطلقت اليمن في برنامج إصلاح هيكل 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% 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 والأسمك
الصناعات	إنتاج النفط الخام وتكرير النفط والإنتاج الصغير لمصانع نسيج القطن والسلع الجلدية ومعالجة الأغذية والحرف ومصنع منتجات ألومنيوم 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 الواردات	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 161.718 و 175.625 (2002) و 168.672 (2001)

الجدول رقم (12): مؤشرات الاقتصاد الكلي لليمن	
(2000) و 155.718 (1999)	
2.3 بليون دولار أمريكي (2003 - 2007 إنفاقات)	المساعدة الاقتصادية - متلقي
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 وتتويع 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 انخفضت 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 والبتروول 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).

3-1-6 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 التابعة والتضامن تولد الاستدامة.

- يتعلق التمكين بمبدأ "التابعة" 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 ولفئات الهشة من السكان.
- إن تنمية اجتماعية واقتصادية مستدامة تتبني 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 الدافعان 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
	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)	بتقديم خدمات عالية الجودة	تقديم خدمات جيدة في أي مكان	الصحة
		لمساعدة الأفراد بدون حيلة	إجراءات حماية اجتماعية	الصحة
		لترسيم المخاطر العالية	التأمين الصحي الاجتماعي	الصحة
		لتفادي الكوارث التي يصنعها الإنسان مثل الحروب	سياسة صحية أوسع	الصحة
		للتخفيف من الكوارث الأخرى	سياسة صحية أوسع	الصحة
		لاستدامة السلام	سياسة صحية أوسع	المجتمع المدني
خلق فرص (الاستدامة)	النمو الاقتصادي	من خلال الاقتصاد الكلي / ربط الصحة	على مستوى الاقتصاد الوحدى أيضاً	التنمية
	تنمية اجتماعية	من خلال زيادة المشاركة	بناء القدرة من الأسفل إلى الأعلى	التنمية

الجدول رقم (13): التمكين في الأمن يخلق الفرص				
ماذا	من أجل من	لماذا	الموضوع	الوسيلة
	الالتزام السياسي	من خلال تعزيز الديمقراطية والمسائلة	تمكين المجتمع المدني	النتمية

3-2 القطاع الصحي

3-2-1 الوضع الصحي

تواجه اليمن تحديات كبيرة في تحسين الوضع الصحي للسكان. المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأساسية للصحة في دولة معقدة: 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			
الوضع الصحي	العام	اليمن	متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
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 سن الخامسة (ذكور)	2003	119	n.a.

n.a.	106	2001	• تحت سن الخامسة (إناث)
n.a.	298	2001	• بين سن 15 و 59 (ذكور)
n.a.	227	2001	• بين سن 15 و 59 (إناث)
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 بكثير 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% للذكور 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 النقص 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 تفاديها 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 إلى المعلومات الأكثر تفصيلاً فمن الواضح أن معظم هذه الحالات كان يمكن تفاديها عن طريق الخدمات الوقائية المناسبة والخدمات العلاجية الأساسية.

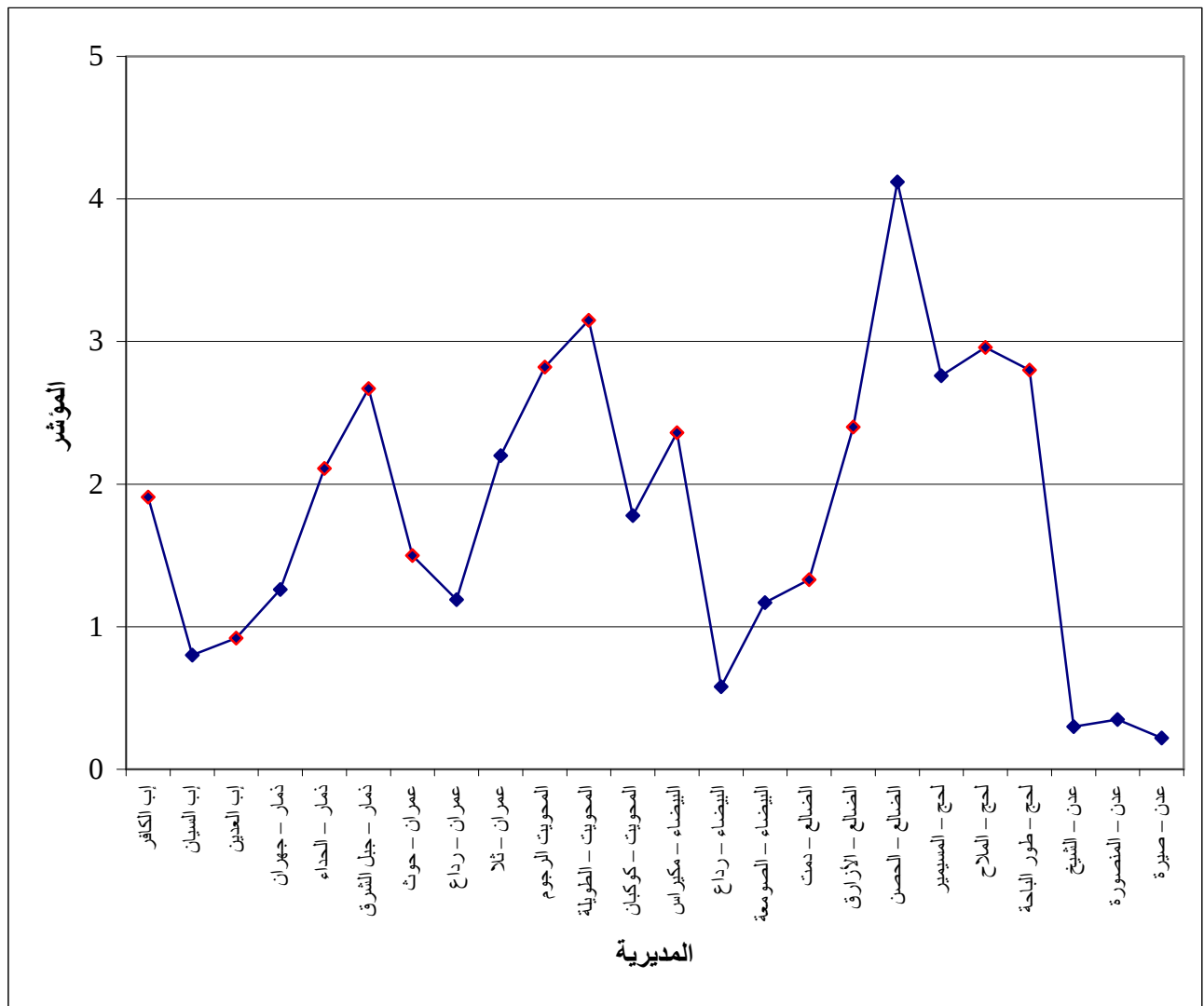
3-2-2 الانتفاع والحصول على الرعاية الصحية

يقدّر 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

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 الاعتراف 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 جرعات) 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 أن 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 (الزعيبي 2005 ، 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 تلبي 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 المديرية والرعاية الثانوية في المستشفيات الريفية (المديرية) والمستشفيات في المحافظات والرعاية الثالثية 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 والصيديات والممارسات الطبية الغير منظمة أساساً ويقدم خدمات فقط على أساس الرسوم من أجل الخدمة ولموظفي الشركات المغطيين 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 والمرضات 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).

3-2-3-1 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 والسفتريريا 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 ومتحركة 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.

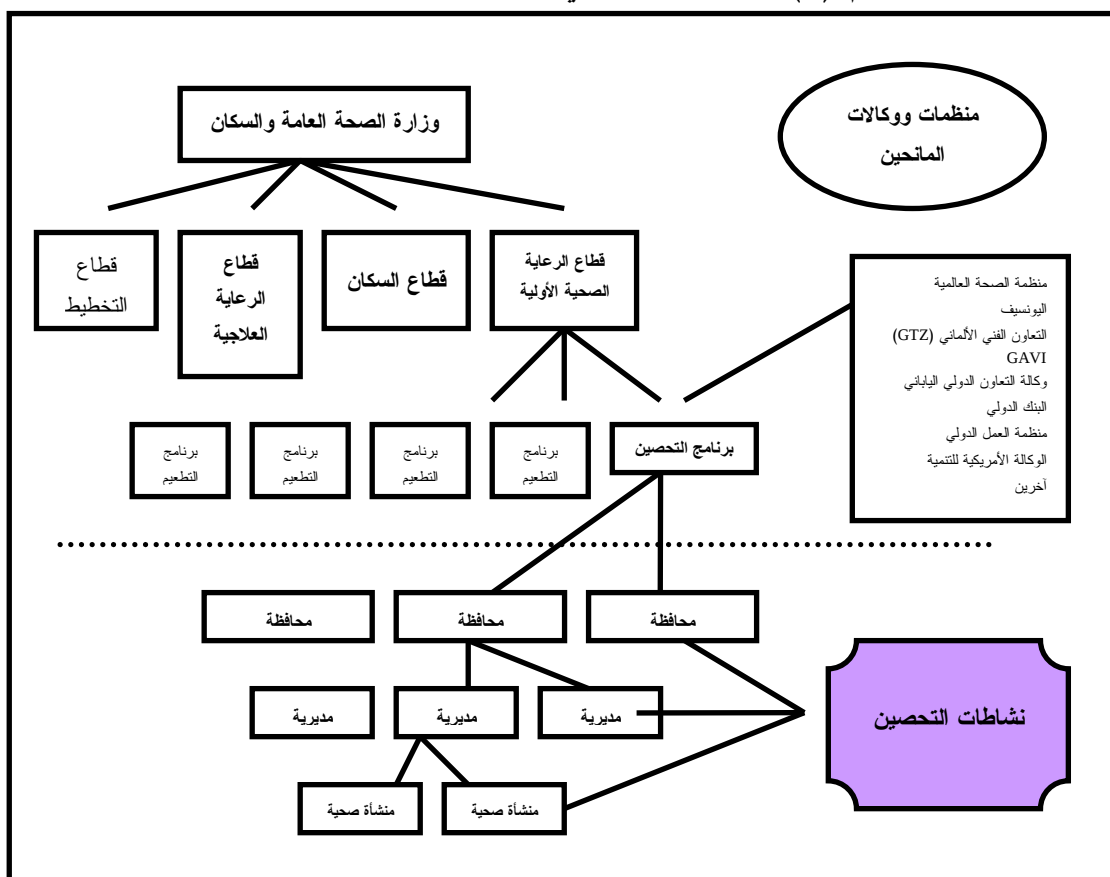
ومع ذلك فإن معدلات التحصين لازالت غير مرضية (أنظر أعلاه) وإن انتشار شلل الأطفال أخيراً والذي كان يعتبر بأنه من الأمراض المستأصلة يشدد بصورة مثيرة على الحاجة إلى المزيد والكثير من حملات التحصين الفعالة. تقدم منظمة الصحة العالمية دعماً مالياً وفنياً للحكومة اليمنية طالما ثبت أن البرنامج الوطني غير كافي ولكن هناك حاجة إلى مزيد من الجهود لتوجيه الموارد وتقديم استراتيجيات مناسبة. وفي عام 2003م كان إجمالي الإنفاق 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 الإنفاق 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 المسؤولية 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 كاتب التقرير

وعلى الرغم من العدد الكبير من المنشآت الصحية العامة في البلاد ومع ذلك فإن الافتقار الحالي للخدمات والنقطة 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 صريفات 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 والإمكانات 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 المديرية والذي يوفر مستوى الحد الأدنى من منشأة صحية واحدة بموظف واحد تعمل على مستوى المديرية لكل مديرية وتحت سقف نظام صحي في المديرية 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.

3-2-3-2 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 مسؤولي التطعيم مع دعم من المسؤولين 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 والمسؤولين 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
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
حضر موت	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
"تحتاج 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 أغليبتها 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 بيأتي 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 انعكس هذا أيضاً في الفوارق في النفقات الصحية للرعاية الخارجية بين الفتيان والفتيات (بياتي 1998).

3-2-3-3 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 / 10.000	الأسرة في المستشفيات في المحافظات	الأسرة في مستشفيات المحافظات / 10.000	إجمالي الأسرة / 10.000
مدينة صنعاء	1834293	0	0	60	0.33	1680	9.49
صنعاء	1115547	0	0	191	1.71	50	2.16
عدن	559572	7	0.13	0	0.00	1330	23.89
تعز	2532594	0	0	203	0.80	1396	6.31
الحديدة	2157293	0	0	90	0.42	513	2.80
لحج	701086	12	0.17	838	11.95	238	15.52
إب	2214030	0	0	345	1.56	480	3.73
أبين	463333	0	0	330	7.12	240	12.30
ذمار	1320971	0	0	101	0.76	184	2.16
شبو	505139	0	0	250	4.95	150	7.92
حجة	1512309	0	0	30	0.20	150	1.19
البيضاء	622598	0	0	120	1.93	1000	17.99
حضر موت	936355	217	2.32	647	6.91	574	15.36
صعدة	660374	34	0.51	93	1.41	50	2.68
المحويت	495823	0	0	90	1.82	100	3.83
المهرة	78104	0	0	120	15.36	144	33.80
مأرب	251565	0	0	5	0.20	90	3.78
الجوف	481202	0	0	210	4.36	100	6.44
عمران	1085259	0	0	0	0.00	210	1.94

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

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 اثنتين من المستشفيات الثلاثية بها 199 و 405 سرير على التوالي. إن عدد من المحافظات الأخرى على سبيل المثال حضرموت وتعز لديها مستشفى واحد أو حتى مستشفيين ثالثين 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).

3-2-3-4 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 ترميضية 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 للأُم ثيريزا. ويعمل المركز الوطني لإعادة التأهيل في صنعاء بـ 112 موظف في الرعاية للمرضى الخارجيين. ويقدم إليه بالمتوسط 10.000 طلب إعادة تأهيلي 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.

3-2-4 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 إجراؤه على حسابات الصحة الوطنية لليمن يكشف الأغراض التالية حيث تتفق الأسر في اليمن أموالها على الرعاية الصحية في:

الجدول رقم (18): إنفاق الأسرة الصحي في اليمن			
النسبة من الإجمالي	مليون دولار أمريكي	مليون ريال يمني	الإنفاق / الاستخدامات
37,1%	131	24,086	أدوية وعقاقير
48,1%	170	31,253	علاج في الخارج
5,9%	21	3,851	أجور الأطباء
3,2%	11	2,082	جراحة
2,4%	9	1,572	تجهيزات طبية
1,3%	5	864	إقامة في المستشفى
2,0%	7	1,297	أخرى
100%	354	65,005	إجمالي نفقات الأسر
		1,108	دفع تكاليف العلاج في الخارج من قبل وزارة المالية
		1,400	دفع تكاليف العلاج في الخارج من قبل أصحاب العمل
		2,508	دفع تكاليف العلاج في الخارج من قبل وزارة المالية وأصحاب العمل
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 (كونستيبيل 2002 وسويترس 2004 وروودس 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 إليه 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		
متوسط التكلفة للإدخال إلى المستشفى بما في ذلك حالة واحدة خاصة - بحاجة إحالة إلى سوريا	عدد حالات الإدخال إلى المستشفى	
\$ 184.55	8	منشآت الصحة الحكومية
\$ 328.60	8	منشآت الصحة الخاصة
\$ 245.04	16	الإجمالي
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% للتنظيف 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 الشهر¹⁴ مقارنة بإجمالي 12.672 سرير في البلاد. إن مستشفى ريفي صغير يديره أخصائيون صينيون بصورة رئيسية بدر 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 متراوحاً 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 الإعفاءات 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.
- 2% للصيدلاني.
- 5% لنقل الأدوية.

¹⁴ نتيجة مقابلة تلفونية لعضو الفريق مع إداري في المستشفى.

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 جيداً¹⁶ ويبقى نظام التوزيع غير كفؤ للغاية¹⁷ والطبيعة "الدوارة" لصندوق الأدوية لا تعمل¹⁸ 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 قيمتها¹⁹ (بنك الأمل 2005). وفي غضون ذلك لم يعد صندوق الدواء مستمراً بسبب مشكلات إضافية من الكسب الغير مشروع والفساد.

ومن الناحية السياسية ينظر الى ذلك كإشارة 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

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 غلاءً 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 استمرت 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 تمويل 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).

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	1	35,000	30,000
علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	5	7,500 / 40,000	5,000 / 15,000
الإجمالي		42,500 / 75,000	35,000 / 45,000
استئصال المرارة بتنظير جوف البطن / MIS	1	20,000	30,000
علاوة يومية لمستشفى الجراحة / الخاص	2	3,000 / 16,000	3,000 / 6,000
الإجمالي		23,000 / 36,000	33,000 / 36,000
التهاب الإصبع الزائدة الحاد			
استئصال الإصبع الزائدة البسيط	1	10,000	8,000
علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	3	4,500 / 24,000	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	1	5,000	0
تصوير بجهاز الموجات فوق الصوتية	1	900	750
عناية مباشرة بالمولود الجديد	1	0	2,000
علاوة توليد يومية في المستشفى العام	3	4,500	3,000
الإجمالي		10,400	5,750
مرض القلب التاجي			

الجدول رقم (20): تقدير تقاسم التكاليف الرسمية لعلاجات طبية شائعة مختارة			
المشكلة الصحية / منافع العلاج	العدد	مستشفى الثورة في صنعاء	مستشفى الجمهورية في صنعاء
ترقيع بنحويلة تاجية شريانية	1	3,800,000 ²⁰	Ø
علاوة يومية للوحدة التاجية	4	8,000	
علاوة يومية طبية	10	15,000	
أشعة إكس للصدر أمامي وجانبي مرتين	1	600	
جلسات علاج فسيولوجي تكاملي	4	0*	
جلسات تدريب قلبي - تنفسي	10	0*	
نقل الدم في غرفة العمليات	2	0 ²¹	
الإجمالي			
تجبير مشاشي أو كردوسي	1	40,000	30,000
العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص)	10	15,000 / 80,000	10,000 / 30,000
جلسات تدريب ديناميكية	15	0*	0*
جلسات إعادة تنقيف حول الحركة	20	0*	0*
إزالة مواد عظام	1	20,000	8,000
العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص)	2	3,000 / 16,000	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	1	60,000	60,000 ²²
علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	5	20,000	40,000
الإجمالي		80,000	

²⁰ قوائم الأسعار لمركز القلب في مستشفى الثورة تحدد الخدمات بالدولار الأمريكي على سبيل المثال جراحة القلب المفتوح بمبلغ

20 ألف دولار.

²¹ تغطي من خلال التبرعات بالدم من الأقرباء.

²² الحريبي والمتوكل واليميني الألمان.

المشكلة الصحية / الخدمات	العدد	السعيد - تعز	مستوى المستشفى الخاص
استئصال المرارة بتنظير جوف البطن / MIS	1	80,000	70,000 ²³
علاوة يومية لمستشفى الجراحة / الخاص	2	8,000	16,000
الإجمالي		88,000	
التهاب الإصبع الزائدة الحاد			
استئصال الأصبع الزائدة البسيط	1	40,000	25,000/30,000 ²⁴
علاوة يومية لمستشفى الجراحة العام / الخاص	3	12,000	24,000
الإجمالي		52,000	
وضع من دون مضاعفات			
وضع الجنين الرأسي عند الولادة وشق الفوهة	1	15,000	5,000 ²⁵
الفرجية	1	1,000	1,200
تصوير بجهاز الموجات فوق الصوتية	1	1,000	2,000
عناية مباشرة بالمولود الجديد	3	12,000	24,000
علاوة توليد يومية في المستشفى العام			
الإجمالي		29,000	32,200
مرض القلب التاجي			
ترقيع بتحويلة تاجية شريانية	1	Ø	Ø
علاوة يومية للوحدة التاجية	4		
علاوة يومية طبية	10		
أشعة إكس للصدر أمامي وجانبي مرتين	1		
جلسات علاج فسيولوجي تكاملي	4		
جلسات تدريب قلبي - تنفسي	10		
نقل الدم في غرفة العمليات	2		

²³ اليمني الألماني - صنعاء ومستشفى الحريبي في صنعاء.

²⁴ الحريبي: 25 ألف والمستشفى اليمني الألماني: 30 ألف ريال يمني.

²⁵ الرسوم تطبق في مستشفى السبعين.

المشكلة الصحية / الخدمات	العدد	السعيد - تعز	مستوى المستشفى الخاص
الإجمالي			
تجبير مشاشي أو كردوسي	1	140,000 ²⁶	100,000
العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص)	10	40,000	80,000
جلسات تدريب ديناميكية	15	15,000 ²⁷	30,000
جلسات إعادة تثقيف حول الحركة	20	20,000	40,000
إزالة مواد عظام	1	20,000	40,000
العلاوة اليومية لمستشفى الجراحة (عام / خاص)	2	4,000	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 رشاي لا استعمال 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 المرضى والقابلات فإنهم معتدلين قليلاً لكنهم يطلبون مدفوعات إضافية كذلك.

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.

²⁶ رسوم العملية 120 ألف بالإضافة إلى 20 ألف لمواد التخدير (صفحة).

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

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 والمرضات والقابلات لا يحصلن على أكثر من 15 ألف ريال يومي وهذا بوضوح أقل 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 أحتاج 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 عائلتها 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: السروي 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. تبقى 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 تضاعفت 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 المسؤولين 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 (كونستيل 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	

3-2-5 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 لتأخذ 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 أثّرت 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 الخاصة			المستشفيات الحكومية			
مستشفى الدكتور/ الحريبي	مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا	المستشفى اليمني الألماني	مستشفى السبعين	مستشفى الجمهورية	مستشفى الثورة	
500	800	770	100	200	200	العيادة الخارجية - في النهار
500	1200		150		200	عيادة الطوارئ - ليلاً
2000	2500				500	استشاري مطلوب من الخارج
500	1200	1350			na	استشاري في المستشفى
	800			200	500	طبيب متخصص
		3850				طبيب استشاري أجنبي
						الفحوصات
850	1500	1350		500	500	تخطيط الدماغ الكهربائي ECG

الجدول رقم (21): أسعار المستشفيات في مدينة صنعاء - يوليو 2005م						
المستشفيات الخاصة			المستشفيات الحكومية			
مستشفى الدكتور/ الحريبي	مستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا	المستشفى اليمني الألماني	مستشفى السبعين	مستشفى الجمهورية	مستشفى الثورة	
	9000	8850			4000	تخطيط دماغ كهربائي 24 ساعة
	5000	4400		2000	2000	تخطيط صدى القلب
10000	30000	9400	6000	8000	8000	تصوير الجمجمة
6000	6000	6350			3000	مخطط كهربائية الدماغ EEG
	****	***			**	العمليات
30000		50000		15000	10000	استئصال أصبع زائدة
45000	50000	50000		25000	20000	رتق الفتق
20000	40000	37500		12000	7500	استئصال البواسير
65000	110000	62500		20000	20000	استئصال الدرقية (إجمالي فرعي)
3000	20000	19000	5700	9000	5000	التوسيع والكشط
40000	70000	65000	10200	25000	10000	عملية قيصرية
20000	25000	25000	2200	7000	5000	وضع طبيعي
2500	5000	5800	500	1500		ختان

* 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 إحصائيات 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 الثالثي. توجد قائمة مفصلة للخدمات التي تقدم في مستشفى الثورة ومستشفى الجمهورية التعليمي في صنعاء. وتظهر إحصائيات الخدمات للأعوام 2004م لكل قسم في كلا المستشفيات طيف واسع من التدخلات الجراحية التي تم القيام بها والتي يمكن أن تكون من مستشفى ثالثي.

قوائم أسعار المستشفيات

يعطي الجدول رقم (21) صورة عن أسعار تدخلات مختارة في عدد من المستشفيات الرئيسية في العاصمة وتحتوي 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.

3-2-6 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 2005 F). 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 لمسؤولي 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 مسؤولو 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 (أوفرت فيت 2002). يحتوي تعليم الجودة على ورشات عمل منذ عامين لمسؤولي 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 نقرب 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 أجنحة 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									
الأداء		الإتفاق الصحي للفرد بالدولار	بلوغ الأهداف						ترتيب بلوغ وإداء النظام الصحي لمنظمة الصحة العالمية *
الأداء الكلي للنظام الصحي	على مستوى الصحة		بلوغ الأهداف الكلي	العدالة في الإسهامات المالية	الإستجابة		الصحة		
					التوزيع	المستوى	التوزيع	المستوى	
26	10	63	61	37	50-52	67	70	58	المملكة العربية السعودية
27	16	35	44	20-22	1	30	62	50	الإمارات العربية المتحدة
29	17	99	94	125-127	67-68	151- 153	111	110	المغرب
44	53	27	47	70	3-38	26-27	55	66	قطر
63	43	115	110	125-127	59	102	141	115	مصر
87	94	84	97	12-15	76	57-58	102	107	ليبيا
91	97	46	93	101-102	79-81	55	88	95	لبنان
93	58	94	114	112-113	93-94	100	113	96	إيران
103	75	117	124	56-57	114	103-104	130	126	العراق
108	91	119	112	142-143	79-81	69-72	107	114	سوريا
120	82	182	146	135	189	180	165	141	اليمن
* 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 المديرية.
- 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 القطاع.

إن هذه القائمة الطويلة من المكونات تثبت بوضوح كافٍ أي وظيفة هرفلية كان ينبغي البدء بها. فلقد بدأت بتقدير جيد جداً للمشكلات والفرص والتحديات. 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 يمينيين أو أجانب

لبناء فريق صغير مع قابلتين يشغل متقلاً 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 المسؤوليات النظامية وصنع السياسات لوزارة الصحة العامة والسكان من خلال توسعة إدارتها في السياسة الصحية وإيصال 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 اتخاذ القرارات حول تنفيذ التأمين الصحي.

- إنشاء بيت مقاصد 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 (شوفيل 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 اتجاهات 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 لامة 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 برامجتي 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 والتشهير 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 معدات 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 أعلاه.

وضمن الأرقام لليمن من الواضح أن الحصة بين الرعاية الأولية ورعاية المستشفى تميل باتجاه الخدمات داخل المستشفيات وأن توزيع خدمات المستشفيات حول البلاد فيها محاباة كبيرة لصالح المدن الرئيسية (كونستيل 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 مخصص فعلياً. تباع خدمات القطاع العام في السوق وتتنافس مع القطاعات الأخرى. ولا زالت بضعة مجالات عامة وجيوب باقية: معظم الخدمات الوقائية قليلة جداً وتقديم الخدمات المجانية يتم لأمراض مختارة وحالات مزمنة. إن النقشي 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 ستراجع 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 مسالوم 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 والأمن على ذلك تشمل بيع الأصول وتخفيض الاستهلاك أو القيام بنشاطات خطيرة 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 آخر إذا كان هناك مركز شرطة به موظفات من النساء افصحت النساء بأن بإمكانهن الذهاب إليه سواء لوحدهن أو مع أقارب من الذكور".
المصدر: ناربان وآخرات 1999 ، ص 77 ، (البنك الدولي: صوت الفقراء)

وعلى المستوى الخاص فإن الإذخار يمكن أن يكون إستراتيجية لكن الإذخارات السالبة بمعنى المديونية الدائمة تقريباً للكثير من الفقراء إلى مقرضي أموال محليين أمر شائع كإذخار حقيقي عيناً وموجودات لكنه قد جفف الطعام والحلي أو المواشي. عندما يسود الفقر وقلة الاستهلاك فإن الإذخار 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 تنقيفي 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 أقرضوا 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 الإقراض 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 منهجي 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 بكارث 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 الشؤون 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. ومهامها 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 ويعيدها 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	
15.866,2	العسكريون
8.581,8	المدنيون
2.781,6	وزارة الداخلية
27.229,6	المجموع
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 موظفاً في يوليو 2005م. حصلت إدارة البيانات على معلومات فعلية حول المتقاعدين وأسرههم (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 أُنشئ 6.5 مليون دولار أمريكي في المستشفى السعودي الألماني وفي مدارس تعليم قيادة السيارات والمباني. إن نشوء صناديق التقاعد للشرطة وللأمن السياسي قد أُقترح 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 موظفاً يعملون في ست إدارات هي: المرتبات والمالية والاستثمار والشؤون القانونية والشؤون 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	
29500	مدينة صنعاء
17634	تعز
11875	الحديدة
9457	عدن
7813	حضرموت
1845	إب
350	ذمار
74382	المجموع
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	
6316875	الوفيات
2662610	العجز
9505616	الشيخوخة
18485101	المجموع
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.

3-3-4 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 مسؤوليات 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 تثبت 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 والسكان²⁸.

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 العمل²⁹ نصوص مختلفة للقطاع الخاص للصحة المهنية والسلامة (أنظر القسم التاسع من قانون العمل) على سبيل المثال على أصحاب العمل أن يوفرُوا 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. تدبر 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 فعلياً 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

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.

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 مسؤولية 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.

3-3-5 الحماية من البطالة

إن الحماية الاجتماعية للعاطلين عن العمل تعطي 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.

3-3-6 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 وأسرى 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.

3-3-7 أسواق التأمين الإضافية³⁰

تتقاسم سوق التأمين في اليمن اثنا 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	
1.983.078.000	تأمين تعويضات السيارات والعمال *
1.610.316.000	تأمين البضائع في البحر
1.184.168.000	حوادث متفرقة
1.097.187.000	تأمين الحريق
611.147.000	التأمين على الحياة
309.760.000	التأمين الهندسي
6.795.656.000	إجمالي أقساط التأمين
* هذين المنتجين المختلفين لا يمكن فصلهما بصورة مناسبة. أعداد العملاء المؤمن عليهم أو الشركات لم تقدم.	
المصدر: السيد/ عادل يحيى محمد الكوبي	

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 بـ 3.876%.

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

وإجمالاً 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.

3-3-8 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 تكرر 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 أعمدها 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 المسؤولية" 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 الإحصائيات الألمانية الوطنية على سبيل المثال حوالي 70 ألف منها ومعظمها كان مجتمعياً 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 المضيق 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. ومنذ 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 المستفادة مفقود وفي المدة الأخيرة فقط بدأ بعض الخبراء فقط التركيز على التكافل في المجتمع اليمني.

إن مشروع 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 تضمنتا 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 الاحتيايل 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 المقندين 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 والمزمّن 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 أن اليمن قد كان لها عدة تجارب في بناء وتعزيز بعض العناصر اللامركزية من نظام رعايتها الصحي:

- منذ العام 1999م بناء النظام الصحي على أساس المديریات 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 المديریات: 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 المديریات 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 المديریات 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 المديریات 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 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 إعاقه 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 وتقلته 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 المديریات.

إن 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).

والياً يوجد مشروع لتنفيذ برنامج مجتمعي في الشمايتين في محافظة تعز. وقد أعدت الفكرة على أساس التجارب في لاوس ولا زالت ينبغي تكييفها مع الظروف في اليمن. وبذلك فإن مشروع التأمين لازال قيد الإعداد ولم يبدأ بعد ميدانياً. سيكون الانتساب طوعاً 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 وستفاوت 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 تنير 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 المديرية 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 التكيف 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 للتحميل 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.

4-3 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 والتفكير 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 أجل 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 وتقنياتها في قانون الضمان الصحي الوطني. وللسماع 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 دراستنا³¹ 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.

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

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% و 50% 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.

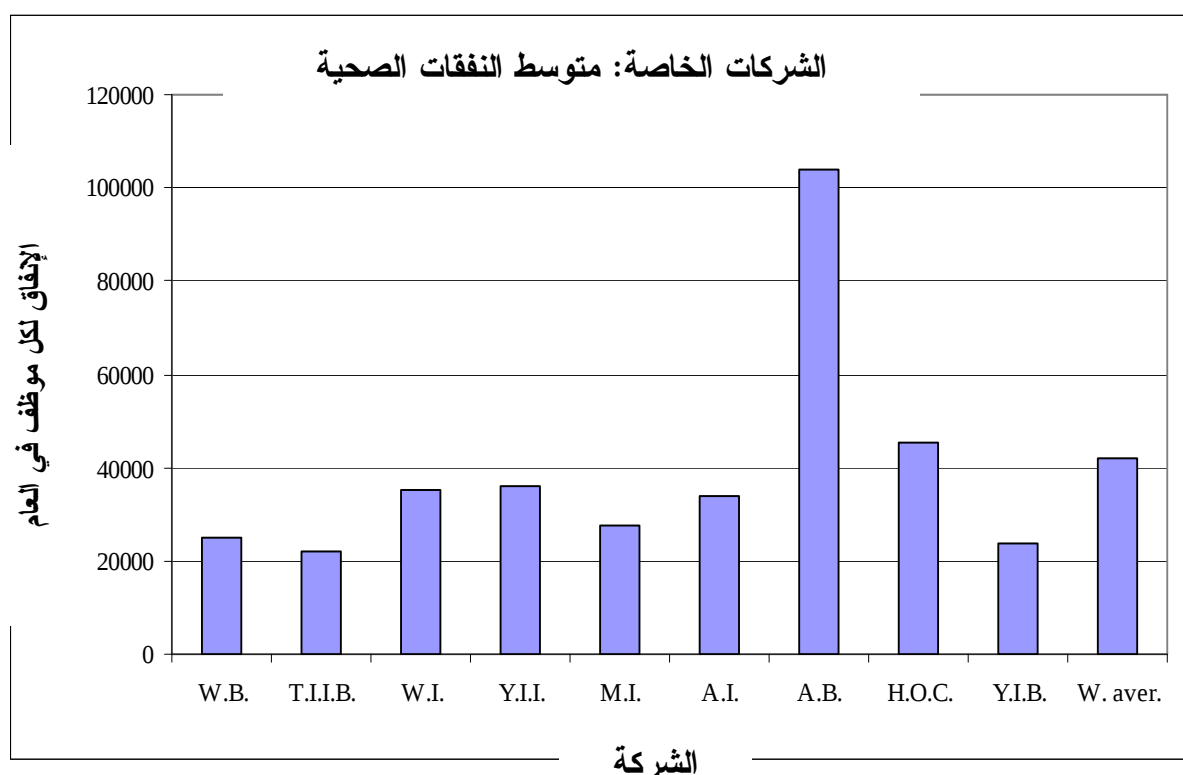
وخلال هذه الدراسة فإن الفريق قد تمكن من تتبع والاتصال والتحليل الموجز لما مجموعه 20 من الفوائد الصحية للشركات أو المشاريع التأمينية في اليمن (9 في القطاع الخاص و 9 في القطاع العام وواحد في شركات مختلطة). تظهر المشاريع الموجودة في اليمن مجموعة واسعة من حزم الفوائد والأنظمة فيما يتعلق بالحماية المالية 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 متغيرة أكثر وشاملة نسبياً على الرغم من أن الإنفاق الإجمالي وخاصة للفرد الواحد يفاوت 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 اليمينية للنفط. تعتمد جميع البرامج إما على طبيب / أطباء معينين من قبل الشركة أو التسديد للموظف مقابل استلامات حصل عليها من ممارسين طبيين وصيديات لبضائع وخدمات قدمت. لم يرق 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". (كونستيل 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 التكيف 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 و 4 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).

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 ومعالجته / معاليها. تعتمد البيانات على حسابات خاصة طبقاً لمعلومات تم توفيرها من قبل أفراد مسؤولين عن برامج الفوائد الصحية (بالنسبة للمختصرات أنظر قائمة المختصرات أو الجدول بأدناه).

وبينما تتفق معظم البرامج الخاصة بين 20.000 و 40.000 ريال يمني في السنة ويغطي الموظف كامل وفي بعض الأحيان 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.

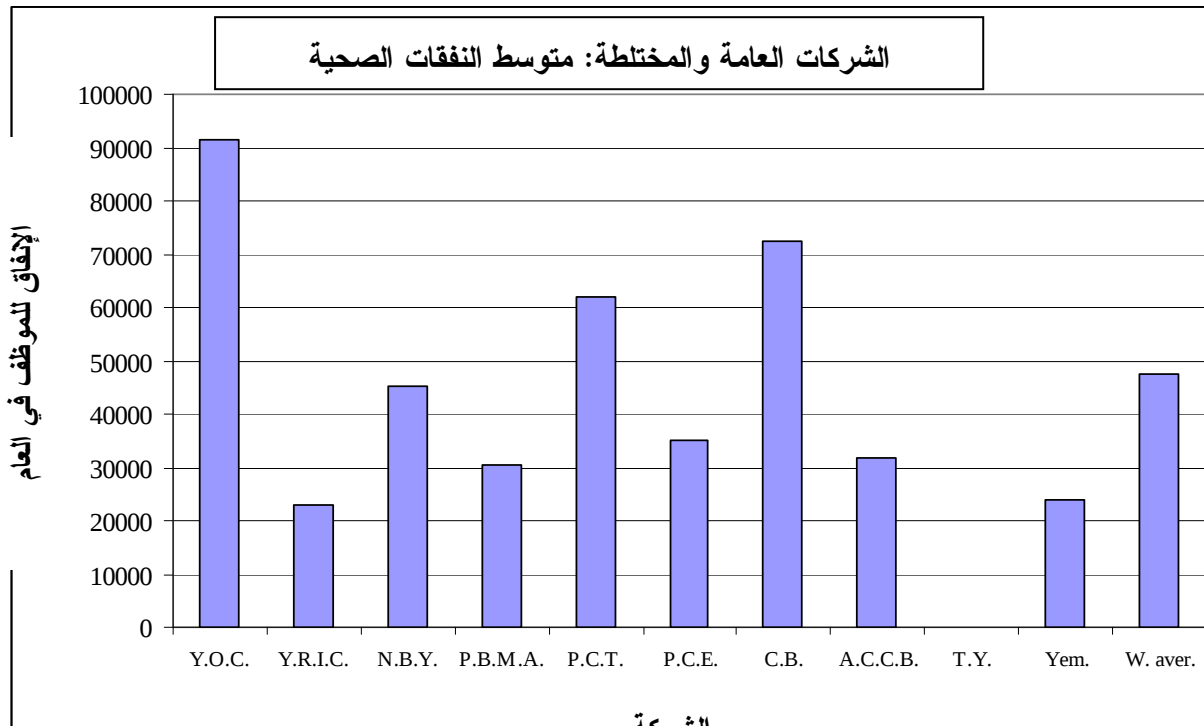
فيما يتعلق بتصميم الأساليب الإشرافية والإدارية وكذلك نطاق التغطية تظهر برامج الفوائد الصحية التي جرى تقديرها تنوعاً كبيراً. وبينما تحصر بعض الشركات الدعم للرعاية الصحية في علاوات ثابتة - سواء كرفع عام للرواتب أو بحسب الفواتير الطبية أو الصيدلانية المقدمة من قبل الموظفين - تسدد شركات أخرى لموظفيها كل 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 الاحتيايل بطريقة منهجية 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 وللمنع النواقص المالية. يحرص صندوق التأمين في هائل سعيد التغطية على الموظفين فقط وأفراد أسر الأشخاص العاملين في إحدى 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 حدثت 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 تتفق أموال أكثر على الرعاية الصحية لموظفيها. إن واحدة من تسع شركات قطاع عام تستثمر 23.000 ريال يمني فقط في الصحة وأثنين 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 حامل وفي بعض الاحيان العائلة الممتدة ولذلك فإن الإنفاق للفرد يفترض أن يغطي الاحتياجات الصحية للموظف ومعالجه / معاليتها. 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.

والى 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 وتكيفات 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 منهجية 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 المسؤولين عن برامج الفوائد الصحية كانوا مدركين فقط في حالات استثنائية لما تتفقه الشركة على الرعاية الصحية للموظفين. إن البيانات المفصلة للمصاريف على الأدوية والعلاج في العيادات الخارجية والداخلية والترقيده 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 يغطي 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 المعم 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) والتغيرات 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	5,400		
فرع عدن	1,300	118,800,000	91,385
الشركة اليمنية لإعادة التأمين	200	4,600,000	23,000
البنك الأهلي اليمني	683	30,855,000	45,176
المؤسسة العامة للاتصالات	5700	353,000,000	61,930

الجدول رقم (30): بعض برامج الفوائد الصحية			
الشركة	الموظفين	إجمالي الإنفاق الصحي (ريال يمني)	الإنفاق لكل موظف في العام
المؤسسة العامة للكهرباء	10,000	340,000,000	34,000
الهيئة العامة للأرصاد والطيران	2,300	70,000,000	30,435
البنك المركزي	2,100	145,000,000	69,048
المقر الرئيسي في صنعاء فقط	1,100	115,000,000	104,545
بنك التسليف التعاوني الزراعي	1,100	38,000,000	34,545
تيليمن			
برامج الشركات المختلفة			
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 - خطأً صحي 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 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 مستخدميهم 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 المشتريين 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 أمريكي³².

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 المهنيين³³.

وفي اليمن وزارة التجارة والصناعة هي مسؤولة 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 الخاصة³⁴. وفي المدة الأخيرة كان لدى وزارة الداخلية رغبة في التعاقد مع البيمنية 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.

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.

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 ينبغي أن يعتمد على شركات التأمين الخاصة وعلى التنافسية المدفوعة بالسوق³⁵. 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 الصريفات المنفقة في الصحة.

لا تخطط أي من شركات التأمين الصحي الخاص الربحية لتطوير أو إعطاء أي منتج يمكن أن يكون قابلاً لأن يتحملة 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 ومرتبطة 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 إمكانية المساهمة في التغطية الشاملة. ويصدق هذا خصوصاً لأنه في حالة مجموعة هائل سعيد يمكن ملاحظة جهود الإزدواجية مع منظمات خيرية تديرها الشركة. ولقد اكتسب اتحاد الشركات التجربة برفع التأمين الصحي مع تمويل إضافي

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

من خلال الهبات والزكاة وفوائد الرعاية وأثبت أن مشروعات أساسها المساهمة يمكن إكمالها بموارد أخرى مخصصة لأغراض محددة.

4-5 برامج القطاع العام

إن محاولات القطاع العام في تنفيذ التأمين الصحي لها تاريخ طويل نسبياً بدأ عملياً منذ وحدة الدولتين اليمينيتين. 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 المسؤولة 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.
1990 / 1991	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.

الجدول رقم (31): محاولات القطاع العام في التأمين الصحي	
المبادرات	العام
زيارة مدير الصحة من السودان (فدعق 2005) وثاني تقديم لمقترح قانون التأمين الصحي العسكري إلى مجلس الوزراء.	2000
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.	2001
التقديم الثالث لمقترح قانون الجيش إلى مجلس الوزراء.	
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.	2002
تم القيام بمسح برامج التأمين الصحي الموجودة بمساعدة الدعم لإصلاح القطاع الصحي من اللجنة الأوروبية (كونستيل 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 أقرحت 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".	
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.	2003
تمت صياغة قانون التأمين الصحي في لجنة مكونة من وزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة المالية ووزارة الشؤون 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 الشؤون الاجتماعية والعمل ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات واتحاد العمال والغرفة التجارية وآخرين.	

الجدول رقم (31): محاولات القطاع العام في التأمين الصحي	
المبادرات	العام
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 الشؤون 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" اتخذ 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 تنتظر 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 تنتظر 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.

4-6 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 فلا زالت 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 3-4). وبدون شك فإن برامج الفوائد الصحية التي تقوم بها 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 1-4) ومع ذلك يمكن ظهور مزيد من المبادرات وبنبغي 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 الرئيسيين 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 إمكانية 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): أسوأ 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 يبني 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 المجمعّة للمخاطر.
- الشمولية في تأطير الحقوق.
- المسؤولية 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 المستبدين 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.

5-2 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 السلطات³⁶ 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 الاحتياط حيث يمكن تورط ممثلين للحكومة يتعرضون لمخاطرة أن يصبحوا ضحايا الاختطاف والانتهاكات الجسدية. يذهب سياسيو أحزاب المعارضة إلى الجمهور لنقد ممارسة الإثراء الشخصي والجرفانية وحصانة المجموعات القوية وذات الامتيازات. فيما يتعلق بالنظام الصحي في اليمن تواجه وزارة الصحة والسكان اتهامات 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).

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

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 أجل أن يمنع قدر الإمكان السلوك الفاسد لموظفي التأمين الصحي والتقليل من الاحتيال والوقوف أمام العجز فيما يتعلق بالثقة والاعتمادية الاجتماعية.

5-2-1 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 يعانون من أن حزم الفوائد لا تغطيهم 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. وبصبح هذا الوضع أكثر سوءاً بضعف إنفاذ القانون والعجز المؤسسي.

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

وبالإضافة لذلك فإن تشتت 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 تحسين 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 وكيف 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 كفاءة 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 غالباً 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 الواقع 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 الشرف 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 للقبالات.
- 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.
- وتطبق 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 وأسرههم 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.
- 0 آليات مؤسسية تهدف إلى ضمان مشاركة المرأة في كل مستويات عملية اتخاذ القرار.
- 0 صياغة سياسات لتخصيص الميزانيات لصحة النساء.

5-2-3 المساءلة والفساد في الإطار الصحي

إن الدلائل المستقاة من الصحف المحلية والرأي العام توحى 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 تناول 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 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.

5-3 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 طرفان 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 خطأً - يشكون من صناديق تأمين التقاعد وتلث من جرت مقابلتهم قد ذكروا أن تلك الصناديق ينبغي عدم أخذها كممثل 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 نقاباتهم 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 والمعاونة.

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 مسؤولية 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.

5-4 نمط توقعات قادة الرأي في اليمن

تشير بعض نتائج 110 شخص ممن جرت معهم مقابلات من قادة الرأي في اليمن إلى النمط التالي من الأولويات: 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% سيتقون في صندوق التأمين 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
58	الدعم من قبل الجيران و/أو الأسرة
52	الدعم من قبل منظمات خيرية وهبات
49	مساعدة الذات أو دعم مشترك لمجموعات اجتماعية
04	دعم من قبل أصحاب العمل لتغطية تكاليف الرعاية الصحية
27	دعم من قبل مجموعات دينية مثل المساجد
25	دعم مشترك للمهن مثل الأطباء
13	دعم من خلال مساهمات الزكاة للصحة
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		
التأمين الصحي	الحكومة	البرامج الصحية
%	%	
9	93	رعاية صحة الامومة والطفولة
6	92	برامج التطعيم
5	91	الوقاية من الأمراض
12	89	معالجة الامراض المعدية
01	85	الرعاية الصحية الاولية
12	82	تشجيع أنماط الحياة الصحية
33	76	الحالات الطارئة المهددة للحياة
59	65	الأمراض المكلفة جداً والكارثية
54	58	معالجة الأمراض المزمنة
51	51	الرعاية الصحية الثانوية
77	45	الأدوية
73	38	التشخيصات
75	37	الحوادث (الكسور والرضوض ... الخ)
75	34	العلاج في العيادات الخارجية
75	32	الرعاية الصحية المتخصصة أو الثالثوية
مفصل بحسب مسؤوليات 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 العالم³⁷ 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 أشرت 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 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.

³⁷ ستعطي تفاصيل أكثر في مختلف أبواب الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

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 صدها 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 و يجري 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 والهيئات 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. قى 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 تغطي مجموعة الفقراء والمجموعات الهشة بخدمات الحكومة المجانية. تقدم خدمات التأمين الصحي من خلال برنامجين: صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين في القطاع الخاص ومعاليتهم وصندوق الحماية الاجتماعية لموظفي الخدمة المدنية ومعاليتهم. 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. ألزمت البلدان في تحسين حصة التمويل وفي تخفيض الإنفاق الكارثي وتوفير مختلف برامج التأمين للتغطية لتفادي الإزدواجية والنشت.

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.

6-2 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 كاليمين 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 للنتائج المحلي الإجمالي للصحة
تشيلي	تعمل صناديق التأمين الصحي الاجتماعي على دعم متبادل للرعاية الصحية للفقراء.
	التغطية الشاملة ممكنة.

الجدول رقم (34): دروس التأمين الصحي الدولي لليمن	
الدروس لليمن	البلد
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 الفقر.	
تقادي معدلات المساهمة المنخفضة جداً. عدم السماح للشركات في الاختيار. تنشيط برامج التأمين الطوعي البديلة. تقادي امتيازات الرعاية الصحية التي تنقص من التضامن.	مصر
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.	السلفادور
إعطاء وقت لتطوير إستراتيجية وخطة تنفيذ وتشريع - ليبدأ مبكراً. ضم جميع الشركاء في عملية التخطيط. النظر لكل الهموم قبل تقديم الحزمة النهائية للموافقة وخصوصاً أولئك المسؤولين 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.	كينيا
مبادرات الحكومة باتجاه 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.	الباراجواي
إدراج برنامج للفقراء. تدفع الحكومة مساهمات الفقراء. من الصعب تغطية المشتغلين لذاتهم على نطاق صغير.	الفلبين
بدء برنامج للفقراء. القيام ببحث أنظمة صحية واسع. القيام بالتأمين تدريجياً في قطاع الاستخدام الخاص.	كوريا الجنوبية

الجدول رقم (34): دروس التأمين الصحي الدولي لليمن	
الدروس لليمن	البلد
تفادي المساهمات المنخفضة كثيراً. إعطاء دعم للمشتغلين ذاتياً. تقديم تدخلات للاقتصاد في الكلفة. الرقابة على وصف الأدوية وأسعارها.	
برامج فوائد صحية للوزارات مختلفة ضمن وبين بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. المدرسون في معظم الأحيان القوة الدافعة لتأسيس التأمين الصحي.	سوريا
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.	تايلندا
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 نختَر أفضل بديل أو خيار. ولذلك يجب علينا أن نكون ابتكاريين في تطوير ومناقشة والدفاع عن خيارات وللبحث في كل مزاياها وعيوبها والتكاليف المباشرة وغير مباشرة والتكاليف المادية وغير 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 والتقدير 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.

6-4 شروط مسبقة لبدء نظام التأمين الصحي الوطني

6-4-1 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 تزايدى 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 خطوة 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 خطوة 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 أساسي أي أن التجارب من الخارج قد استُشِيرت 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.

6-4-2 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 الأناية المستتيرة 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 والناظرين 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

0 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.

0 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 عائلاتهم 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.

0 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.

0 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

0 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.

O 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.

O 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 تخطط للصناديق 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 بخطوة 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 والمصادقية 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 وإففاق 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 استثمارات أخرى كما قد تم تجربته 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 القولية بعد صناديق النقاعد 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 أخذت 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 الموصافات 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 والمصادقية.
- 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.

6-5 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 تمويل 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 وأستراليا فإن أنظمة الرعاية الصحية التي تمويل 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 ومعاليتهم - 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 تاريخياً ساليديا (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 المسؤولية 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 المسؤولية الكاملة عن الرعاية الشخصية في النظام الصحي الوطني إلى الهيئات العامة أو الخاصة عن طريق مساهمة يتم إنشاؤها 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 (بنيتيس 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 صناديق حالات الأمراض لكنها لم تتسلم تمويلها كاملاً من مدفوعات الضرائب 80% من الدولة و 20% من الحكومات المحلية (هالدرسون 2003). وقد اعتمدت 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 وأستراليا 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 ببيورو واحد تقريباً للباكيت في ثلاث خطوات بحلول العام 2005م والتي توجه نحو الضمان الصحي الاجتماعي من أجل موازنة معدلات الاسهام³⁸.

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 الإجمالية من خلال الضرائب - وتصل إلى 30% في حالة النمسا (بوس 2005). وبالإضافة لذلك ومما يثير التسوؤ 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 المبنية لمدفوعات الضرائب في بعض البلدان يمكن أن تنقص تقدير المبلغ الفعلي للموارد المحصلة من خلال الضرائب طالما أن هذه ربما تتضمن إعادة تخصيص الموارد.

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

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 يكون في الواقع احتياطي 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 صريفيات صحية مستقبلية مع خضوعها لمعدل معين من الفائدة. ويعتمد الأمر على تنظيم النظام يمكن أيضاً إنشاء احتياطي كاحتياطي 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 أدرخت إلى ورثته.

إن الأسباب الرئيسية الثلاثة لإدخال حسابات التوفير الطبي كآلية تمويل هي لمنع المجازفات المعنوية في الإنفاق بربط موارد الرعاية الصحية بالمسؤولية الفردية لتجنب احتياطي للشيخوخة ولتحقيق إمكانية احتمال أعلى لأقساط التأمين الصحي الطوعي بتوفير وسائل لتغطية الانقطاعات. 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 ضريبة 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 ضريبة 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.

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 المدخنة في الحسابات في سوق رأس المال من قبل الحكومة وتدفع الفائدة بسعر السوق الجاري (أشير 1995م). وفي حالة المرض يمكن للفرد أن يدفع لعلاجيه 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 تجنب 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

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

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 وشيريو 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

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

6-7-1 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 المتعديدين والتثابيين قد شجعوا أو روجوا لتبنيها. ومع ذلك فإن مفهوم الحزمة لم يكن بذلك الجديد ويعكس فكرة أن الرعاية الصحية الأولية الشاملة المقترحة مثلاً في المآتات 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 المنهجية 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 البوليافي 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 البوليافي 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 البوليافي 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 البوليافي 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 هيومفلس (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 والتتقيف 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 وفعالاً.

6-7-2 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 تحرياتها 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 اليمن⁴⁰. وبالنظر إلى ندرة الموارد والقيود المالية يجب على حزمة الفوائد الأساسية أن تركز على الوقاية والتتبع المبكر والعلاج الملئم 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 وبائية توحى بأن مضغ القات عامل مخاطرة ذو صلة (حجر 1996). وإن الآثار السلبية على الصحة تزداد بازدياد استخدام المبيدات الكيماوية والمخصبات التي تنتج تسمم حاد لمضغ 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 تقتصر 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.

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.

ومن أجل تغطية الامراض الحضارية المستقبلية فان دراسة طلبت من وزارة الصحة العامة والسكان ونفذها خبير من اللجنة الأوروبية موازية لدراسة حول التأمين 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 والجذام⁴¹ والديدان الطفيلية⁴² والبلهارسيا كذلك تستحق إجراءً منسقاً وتوفر الأدوية في حالة الحاجة. يجب أن تأخذ الحزمة الأساسية في الحسبان تقليل تقديرات محتملة لانتشار ضغط الدم بالتركيز على التشخيص المبكر والعلاج⁴³. 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 توجي 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) (نير 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).

6-8 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 مبدأً 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

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 تأثير 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.

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.

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

7-1 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 اثنين 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 أثرت 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 وللمنع 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 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 والمسؤولين 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 المديرية 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.

3-7 المنهجية

أكمل فريق الدراسة الألماني بتعاون وثيق مع شركاء من وزارة الصحة العامة والسكان. وقد شارك مهنيون يمنيون في كل مراحل جمع البيانات والتحليل كـ "توأ" للخبراء الدوليين بروح التعلم المشترك وبناء القدرة. وقد أستمكّل 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 وأسرها. 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 ناقشت الاستنتاجات المؤقتة وقد تم بناء إجماع لفريق الدراسة وشركائهم اليمنيين من أجل تقديم تقديرات وخيارات في ورشة عمل أكبر في 11 - 12/9/2005م مع أكثر من 80 مشاركاً. وفي 3 أكتوبر 2005م ناقشت الخيارات والتوصيات مع أعضاء من البرلمان ومجلس الشورى والأحزاب السياسية ووزارة الصحة ومن المقرر أن يقدم عرض إلى مجلس الوزراء.

7-4 الخلفية

يعيش معظم سكان اليمن الـ 20 مليون في فقر شامل ويفتقرون إلى الخدمات الحكومية. يتجاوز نمو السكان التنمية الاقتصادية وسوف تتضاءل الاحتياطات 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 تميم 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 منقفة 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 يمثل 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.

5-7 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 للوفاء 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.

6-7 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 اثنتين من تلك المحاولات يروج لها في اليمن في محافظتي تعز وحضرموت وكلاهما غير جاهزتين للتنفيذ بالكامل وتسود بعض الشكوك فيما يتعلق بقبالية 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 (وأُسرة) 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 المستثنى 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 يؤيدون 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 الأثرياء 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 أسيت إدارة أموال الصحة وأسيء استخدامها بالفساد. لم تغط 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 والمصادقية والمساءلة. هناك حاجة إلى نهج مهني حازم مثله مثل الحاجة إلى موظفين ذوي معرفة في جميع المجالات التخصصية الكثيرة للتأمين الصحي ومتقنين للأخلاقيات الأساسية للخدمة العامة للمصلحة العامة.

7-10 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	القوة العاملة	خيارات التمويل الصحي			
		مساهمات ضريبة مرتبات في التأمين	تأمين المستخدمين ذاتياً	برامج مشاركة المجتمع	الخدمات العامة التي أساسها الضريبة
من قبل	(تقديرات سريعة ومدورة)				
قطاع الاستخدام الرئيسي للأسر					
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 %	50 %

				إستراتيجية التوسع	
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.

7-11 خيار التأمين الصحي (أ): الدفعة الكبيرة

أعلن وكيل وزارة الخدمة المدنية والتأمينات في اجتماع مع فريق الدراسة أنه بنهاية العام 2006م سيبدأ وقت التأمين الصحي لجميع موظفي القطاع العام. وتعطي زيادات المرتبات المخططة للقطاع المدني فرصة فريدة من أجل البدء بأسرع وقت ممكن باستقطاع مساهمات التأمين الصحي من المرتبات. وهذا يعكس فكرة حوالي ثلاثة أرباع قادة الرأي الذين جرت مقابلتهم. ينبغي أن يبدأ التأمين الصحي فوراً وأن يبدأ في القطاع العام. إذا كان ولا بد 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 اقترح في قانون التأمين الصحي الاجتماعي سندر 58 بليون ريال يعني 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 يماني في العام. ماذا يمكن أن نفعل لتخفيض هذا العجز؟

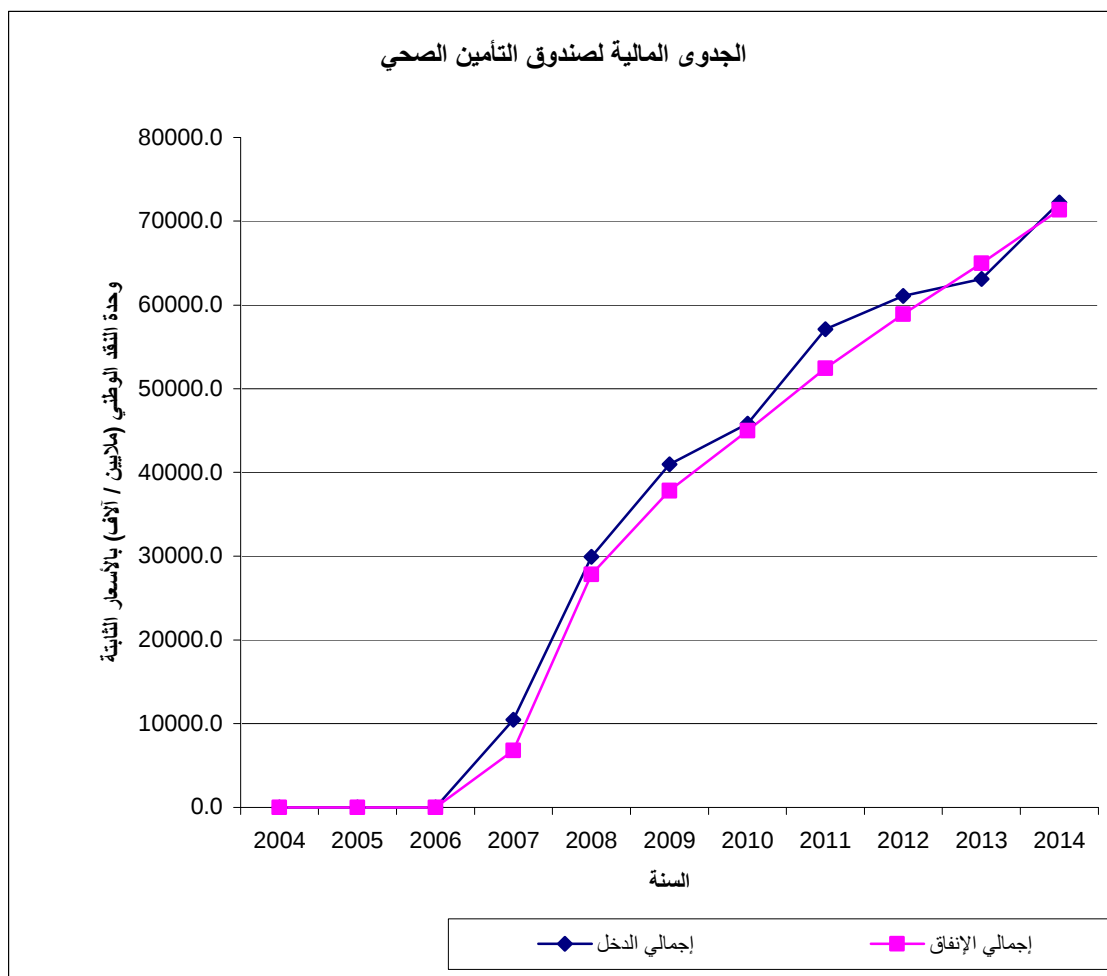
- إن المشاركة في التكلفة من قبل المرضى سيكون أمر صعب المحافظة عليه طالما أن التأمين الصحي سيحول المصروفات المنفقة إلى مدفوعات مسبقة.
 - إن حزم المنفعة المخفضة ذات جدوى ومسترجعة إذا أُنْتُتِي العلاج في الخارج بصورة خاصة. إن تأمين صحي "صغير للجميع" سيعطي حزمة منافع أصغر بصورة كبيرة والتي تقارب نمط الإنفاق الحالي في اليمن ويمكن أن يكون هذا ذي جدوى بالمفهوم المالي.
 - لا يمكن زيادة معدلات المساهمة طالما أن الحصة 6% و 5% 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 سيقبل 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 تفرض لغرض الأخطاء وضرائب أخرى مثل الضرائب على السجائر والقات والمعدات الكبيرة والبتروول.
 - 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 أجانِب مؤقتاً. وتبقى هناك بعض الصعوبات: التعاقد مع مقدمي خدمات بجودة عالية من قبل التأمين الصحي وغير 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 إعطاؤها 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. وإدراج السكان الأفقر والريفين 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.

7-12 خيار التأمين الصحي (ب): التطور التزايدى

يمكن القيام بإدخال تزايدى 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 للانطلاق 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 ستتأتى 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 والالتزام 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 للانضمام 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.

7-13 البديل (ج): العمل والشبكة

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

- انعدام الثقة الواسع الانتشار فيما يتعلق بالصناديق العامة أو الصناديق التي تديرها الحكومة.
- لا يوجد دعم منظور ودعم سياسي قوي وقيادة في الحكومة والأحزاب السياسية.

- صعوبات غير قابلة للتغلب عليها تقريباً في تغطية السكان الريفيين ذوي الحاجة.
- القطاع الضخم من الفقراء العاطلين عن العمل والمشتغلين لذاتهم على هامش البقاء.
- حقيقة أن التأمين الصحي هو 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 اليمينية 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 وكفوياً على الرعاية الصحية في كل اليمن وأنظمة سليمة لإعطاء التراخيص والمصادقات وإعادة المصادقات وكذلك أنظمة العقاب وإنفاذها. وهي تتطلب تحسين الكفاءات الإدارية وأنظمة تحفيز وتنشيط توجهه 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.

7-14 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	الإضا فة	حجم صغير للجميع	الدفعة الكبيرة	الشروط المسبقة	
+	~/+	+	-	موارد مالية كافية ؟	الأموال
+	~/+	~	-	القيادة والإرادة ؟	العقل المدبر
+	+	~	+	مفهوم وفكرة واضحين ؟	
~	~/+	~	~	دعم قوي من القادة ؟	
~		~	-	إدارة مناسبة	الآليات
~	~	~	-	دعم حكومي ؟	
~	~	~	-	دعم المانحين ؟	
~	-	-	-	رقابة كافية ضد الفساد ؟	
~	-	~	-	مقدمي خدمة عالية الجودة كافين ؟	الأسواق
+	~	~	~	إنفاذ القوانين والأنظمة ؟	الكتيبات
~	-	~	-	كادر مؤهل بصورة كافية	العمالة
~	~	~	-	المعرفة والوعي والإثارة ؟	الدافع
~	~	-	-	إجماع الشركاء ؟	
+	-	+	-	دعم تضامني للفقراء ؟	
-	-	-	-	الثقة ؟	
~	-	-	-	بيانات ومعلومات كافية ؟	القياس
+	~/+	~	-	ملخص التقدير	

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

7-15 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 الملزم 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 يفتح 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.

7-16 الدعم الدولي

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

- الوزارات وخصوصاً تلك المسؤولة 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 بناءً 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.

- تكون سكرتارية فنية للجنة التوجيه حالياً بإعادة تكليف المهنيين المحليين والدوليين وتدعم فنياً من قبل 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 تعطي 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 التزايدية نحو تأمين صحي اجتماعي وطني في اليمن.

7-17 وجهة نظر

في بعض البلدان أستغرق الأمر وقتاً طويلاً لتغطية جميع السكان بالتأمين الصحي الاجتماعي الإجباري. وبعض البلدان النامية - وحتى تلك الفقيرة - قامت به بصورة أسرع نسبياً. واليمن لن تحتاج إلى عقود لتكثيف 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.

8- المطبوعات

- 1- اجيمانغ-جياو، بيتتر (1998) : قدرة ورغبة الناس في دفع مقابل رعايتهم الصحية- حالة منطقة 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 القطاع الصحي العام في اليمن ، وزارة الصحة العامة/ مشروع صحة الأسرة (إيدا صنعاء)
- 8- مستشفى السعيد التخصصي في تعز (2005): قوائم أسعار الخدمات الصحية تعز
- 9- السروري عبد الوهاب، السفياي (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 (أكسفام) وزارة الصحة العامة والسكان).
- 12- السروري عبد الوهاب، والحبشي وسعاد وبالاوف 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- تتكورانغ، 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، أنا كريستينا، داراس، كريستيان(2002): معلومات حول العدالة في الصحة.
- 23- أسجاري، علي، ولييز، كين، تاجافي، 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، مهيب 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- بارنغ 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- بننيس 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- بوتران، 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](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 شريبيوغ 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- كومير نول فيليب (2005): تقدير تكاليف تناول الصحة لأهداف التنمية الألفية في اليمن - صنعاء (وزارة الصحة العامة والسكان)
- 47- كونستيتيل 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 أبه، ريكو دمبوسي، إم جي، لوسكالزو أبه، أورزبلا إل وآخرين: أنظمة الرعاية الصحية الإيطالية، كوبنهاجن: المرصد الأوروبي حول أنظمة الرعاية الصحية.
- 50- دريشبول (1993): تريبس 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](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->

- 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 المزاي الأساسية مفيدة للفقراء؟ دليل أولي من بنغلاديش. انش بول
آنند بـلان 17 (ملحـق 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 -
الشمائتين تعز - صنعاء (اللجنة الأوروبية ووزارة الصحة العامة والسكان)
- 65- اللجنة الأوروبية ووزارة الصحة العامة والسكان (2004): الإعداد لمشروع ريادي لتأمين
الصحي المجتمعي في الشمائتين تعز، تقرير حول استشارة مجتمعية- صنعاء
- 66- بنك الأمل، الآن (2005): تقرير الاتفاق 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 إيبيرت 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.wtu-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 سويتز (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): منهجية تقييم التأمين الصحي ونظام المعلومات- إيشورن 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 كتحدى 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 وآخـرين باكنغهام مطبوعات الجامعات 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 اللاتي 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- ناريمان، 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- بيبترز 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- تتكورانغ ديان (2002): فعالية التمويل الصحي المجتمعي في الوفاء بتكاليف المرض. نشرة منظمة الصحة العالمية 143-150 جنييف. <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 الشيوخ 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 شبير 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 (2005): 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 الإحصائيات الصحية السنوية للأعوام 2003-2004 -صنعاء.
- 171- الجمهورية اليمنية، وزارة الصحة العامة والسكان، وحدة السياسة الصحية والدعم الفني (2002): النموذج الوطني لنظام الصحة في المديرية- 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 كوينهاغن: 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- ساندري إس باريس، في بولتون، دي ثومبسون، إس وسبالوس إي (2004): أنظمة الرعاية الصحية الانتقالية- فرنسا، كوينهاغن: المرصد الأوروبي 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 والتأمين 29 : 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- شويغل دبيليف (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- شويغل دبيليف وغيمبالوز (1995): تعزيز الإدارة الجيدة للرعاية الصحية. في الفلبين مانيل 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- فياننتين.
- 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- سويتز آر الجنيد إم ، هاراند دي دوباي كيه ماكودناه 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 المديرية: 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 ساندياغو
- 199- ساناتوس زافيريس (2000): الحماية الاجتماعية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مجلة البنك الدولي القاهرة/ واش- نطن. <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 وويناند (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 جاريديو، وإم بوس (2005): تقرير التكنولوجيا الصحية- مدخل إلى أهداف ودور الدليل والتركيبية 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 (مطبوعة 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 . تقرير السياسة الغذائية، معهد أبحاث السياسة الغذائية العالمي واشنطن دي سي.