

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 المديريات والمكاتب الصحية على مستوى المحافظات والمديريات.
- 6- مقارنة الوضع الحالي في اليمن مع التجارب في بلدان مماثلة بالمنطقة وعلى مستوى العالم من أجل تحديد أي الشروط المسبقة مطلوب البدء بها كنظام تأمين صحي وطني.
- 7- المناقشة والتحليل في ورشة / ورش عمل لكل الاستنتاجات وآراء تمويل الرعاية الصحية البديلة المقترحة مع الشركاء الرئيسيين واستخلاص النتائج مقابل خلفية الواقع في اليمن.
- 8- إعداد ثلاثة مقترحات تمويل صحي بديلة على الأقل والتي تضمن عدالة تقديم الرعاية الصحية. يغطي كل مقترح قضايا تتعلق بتحصيل الموارد والدفع لمقدمي الخدمة واختيار ووحدة التسجيل ورزمة المنافع وترتيبات تقديم المال لغرض مشترك وجدول المساهمات وطريقته والشراء.
- 9- اقتراح خطة تنفيذية ذات مراحل للتوسع المناطقي والاجتماعي والتنظيمي بحسب الأولويات والقدرات الإدارية ونوعية الخدمات الصحية الحالية واستعداد المجموعات السكانية.
- 10- إعداد إطار عمل تمويل التأمين الصحي الوطني لكل مقترح وكذلك التوقعات الأولية للتمويل الكلي للعشر سنوات الأولى.
- 11- تحديد مجالات الطلب للمساعدة الفنية في المستقبل لإنشاء نظام تأمين صحي وطني في اليمن.

5-1 ملخص

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

2- المنهاجية

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

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

- توفير تعزيزاً دائماً ومناقشة الدروس المستفادة.
 - الاستغراق الكامل للنظراء اليمنيين في التحليل الدولي للتأمين الصحي.
- لقد كان للنهج المختار أثر "فتح العيون" لكل من الطرفين المشتركين.

1-2 مراجعة الوثائق

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

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

وقد أدرجت هذه الوثائق في الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

2-2 المقابلات

إن المصدر الرئيسي للبيانات والمعلومات والمعرفة كان الاجتماعات والمقابلات لعدة شركاء ومشاركين في المركز أو في إطار التأمين الصحي. وعلى أساس طلبات الاستشاريين والتي جرت محاكاتها من قبل شركائهم تم الاتصال بعدة مؤسسات 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.
 - صناعات 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 تكتيفها فيما يسمى مواد معرفية ووزعت على الاستشاريين. يقدم الباب (29) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا تسعة من 1297 وصف قصير لتلك المواد المعرفية. إن كل المواد المعرفية تم غربلتها بحسب قيمتها لإدراجها في صنع القرار وكتابة التقرير.

3-2 الاستبيان

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

الجدول رقم (2): مجموعات قادة الرأي لمسح أفضليات التأمين الصحي	
1	مسئولي وزارة الصحة
2	مسئولي وزارة الشؤون الاجتماعية
3	مسئولي وزارة المالية
4	مسئولي وزارة الخدمة المدنية
5	الساسة الصحيين
6	سياسيين عامين
7	قادة إسلاميين
8	أعضاء المجالس المحلية
9	ممثل 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 صيدلة
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	18	رزمة المنافع
2	معرفة برامج التضامن	19	مسئولية الحكومة
3	معرفة التأمينات الصحية	19	مسئولية التأمين الصحي
4	هل على الناس أن يدفعوا عن الرعاية الصحية؟	20	الأمراض المعفاة
5	هل يدفع الفقراء أيضاً؟	21	صندوق التقاعد كنموذج
6	التنظيم الجيد لتقاسم التكلفة	22	وكيل التأمين الصحي
7	هل تقاسم التكلفة عادل؟	23	الثقة في صندوق التأمين الصحي
8	تكرار المدفوعات الغير رسمية	24	خصائص التأمين الصحي الاجتماعي
9	مبلغ المدفوعات الغير رسمية	25	الخدمات الجديدة في التأمين الصحي
10	تأجيل العلاج	26	مستويات صناديق التأمين الصحي
11	حصة الإعفاء المطلوبة	27	عدد التأمينات الصحية
12	التأمين الصحي الإجباري	28	أفضل تقادي 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	ميرر التأمين الصحي
		34	التأمين الصحي لأسرتك

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

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

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

الجدول (4): الموضوعات الرئيسية لمسح مشروعات المنافع الصحية للشركات العامة	
1	إقامة المشروع: فترة إقامته والتاريخ والدوافع
2	العضوية: كيفية تأسيس العضوية؟ كم عدد الأعضاء؟ حصرية العضوية.
3	تعريف أفراد الأسرة المستفيدين من البرنامج.
4	التمويل ومصادر التمويل: الشركة أو 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
14	العمليات الكبرى
15	العلاج في الخارج
16	الأمومة

الجدول (4): الموضوعات الرئيسية لمسح مشروعات المنافع الصحية للشركات العامة	
17	الأدوية للحالات الحرجة
18	الأدوية للأمراض المزمنة
19	النقل
20	مزايا أخرى
21	المنافع المستثناة
22	الترتيبات المالية: كيفية الدفع للمنافع وقواعد الاسترداد والمشكلات العملية
23	كم صرفت الشركة في العام الماضي لرزمة المنافع الطبية كاملة.
24	الخدمات والمنتجات الأخرى التي يعطيها برنامج التأمين.
25	قضايا قانونية والدستور.
26	الإدارة والمهام الإدارية والطرق الإدارية.
27	تقديم الرعاية الصحية والوضع العام وتوفر تقديم الرعاية الصحية.
28	الدفع لمقدمي الخدمة وطريقته.
29	السلطات الصحية ودور الدولة وما هي الهيئة 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 ثالثة في المساء وخصوصاً من بين الكادر المهني. وهذا الوضع يمكن أن يثير قضية ما إذا كان التأمين الصحي يمكن تأسيسه على استقطاعات من قوائم المرتبات أو ما إذا كان ينبغي تأسيسه على الدخل. الاستبيان والنتائج موجودة في الباب (14) من القسم (3) من تقرير دراستنا. يعطي الجدول رقم (5) نتيجتين فقط للمسح والتي قد تطرقت كذلك إلى قضية ما إذا كان موظفو الوزارة راغبين في الالتحاق بالتأمين الصحي العام.

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

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

4-2 ورشات العمل

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

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

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

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

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 تأكيد 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 مختلفة. وتسود حالات عدم التأكد ولهذا فإن أبحاث الأنظمة الصحية تحتاج إلى التعزيز والتمكين في اليمن.

3- التقدير الأساسي للمحتوى

1-3 المجتمع والاقتصاد

1-1-3 الملامح الأساسية

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

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