

- 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 وزمار 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:

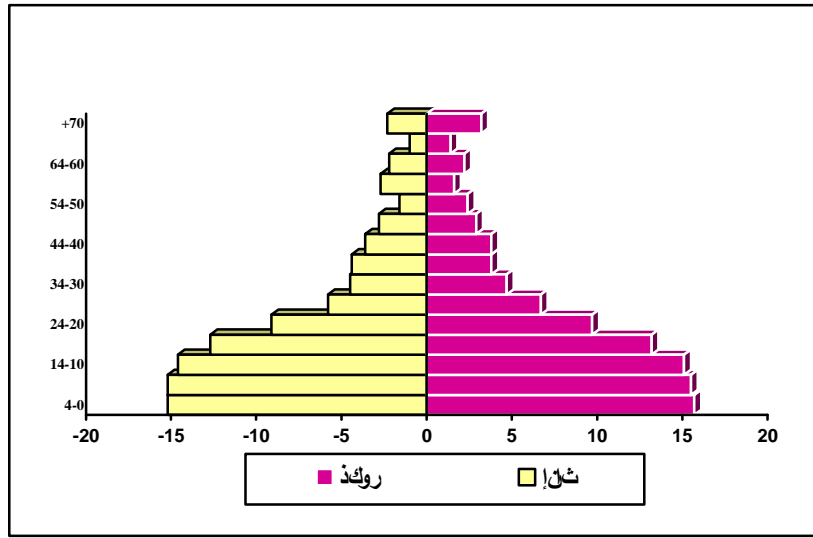
الجدول رقم (6): الإنجازات في الوضع الصحي في اليمن منذ أعوام الثمانينات			
السنة	الثمانينات	2003م	نسبة التغيير
الوصول على الرعاية الصحية الأولية	30% (1996)	42%	40
توقع الحياة بالأعوام عند الولادة	46 سنة (1986)	59	28
نسبة وفيات الأطفال لكل ألف من المواليد الأحياء	130 (1989) / (1990)	82	37
الولادات المعنتى 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).

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 للأخرة 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 مقابلته 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 للفقراء عليها. ويأخذ الناس الزكاة بصورة جدية لكنهم مترددون في دفعها للحكومة وإلى المؤسسات التي تديرها الحكومة لأنهم يشكون في ما إذا كانت أموال الهبة ستضمن لهم حقاً مكاناً في الجنة عند إساءة استخدامها. وبحسب قول وزير 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.

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	
<ul style="list-style-type: none"> ● 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. 	<p>المصدر: أوكسفام</p>

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

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

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

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

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

الجدول رقم (8): مشروعات التضامن في اليمن
<ul style="list-style-type: none">• 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

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 صناعات القرار يعرف القليل حول كيفية تناول الناس في البلاد للحماية الاجتماعية الغير كافية. وخلال الدراسة يمكن الكشف عن عدد كبير من المشروعات التضامنية في كل البلاد. لقد كشف المسح مع قادة الرأي عن عدد كبير من المشروعات الغير معروفة من قبل. ومعظم هذه البرامج أو المشاريع تفتقر إلى الموارد الكافية وكذلك الإدارة الأساسية والقدرات الإدارية. غير أن الكثير من أنظمة الضمان الاجتماعي الوطني قد بدأت في التطور من منظمات صغيرة غير رسمية لمساعدة الذات (بارنج جوشن 2002 ، ص 1560). ويمكن ان يكون هذا أيضاً أحد الطرق القابلة للحياة في اليمن حيث الثقة في المبادرات التي تديرها الحكومة قد تضررت بدرجة خطيرة وحيث لدى الناس الثقة في المجموعات الصغيرة والمجموعات الاجتماعية المعروفة جيداً.

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

إن الأمية لازالت هي المظهر الرئيسي لليمن على الرغم من التوسع الكبير أخيراً لمنشآت المدارس والتي زادت من جانب العرض (حيتور 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 الشباب أقل احتمالاً أن يتشاركوا في أزواجهم 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 يأخذ 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 توجعاً كبيراً في تسلم الدعم من الآخرين فلتكن منظمات خيرية ووزارة الصحة التي يتوقع منها إعطاء مجموعة من الخدمات المجانية أو مانح دولي أو وكالة تنمية. وعندما يأتي الأمر لبدء مبادرات وتحمل المسؤولية يتردد الكثير ممن جرت مقابلتهم أو ينسحبون ويعبرون عن التوقع أن الحكومة أو أي قائد آخر عليه أن يبدأ الخطوات الأولى.

3-1-3 من الناحية الاجتماعية الاقتصادية 10

لازال النمو السكاني كبيراً في اليمن وتلمح الأرقام الرسمية الحديثة إلى 3.02% (الجمهورية اليمنية - وزارة التخطيط والتعاون الدولي لعام 2005م) وفي مقارنة في مسح صحي مستقر إلى 3.1% (سويترس 2004). يقدر التحضر في اليمن بحوالي 5% وهو ينمو ضعف معدل النمو السكاني تقريباً (2005 NN) 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 الوجة 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: التقرم 39% ، الهزال 13% ، نقص الوزن 39% ، نقص الوزن عند الولادة 19% ، معدل تضخم الغدة الدرقية الإجمالي 32% (إيوما 1999م) ، سوء التغذية عند الأطفال 46% (الجمهورية اليمنية 2004 ب). أما بالنسبة للأمن الغذائي فتصنف اليمن بأنها بلد منخفض الدخل

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

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

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

وذو عجز غذائي والواردات تفوق 75% من المواد الغذائية الرئيسية كالأرز والقمح. وبينما يبدو توفر المواد الغذائية بأنه مؤمن بصورة جيدة من الواردات فإن الحصول عليها 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) وتفاقم ممارسات التغذية الغير كافية والخاطئة حتى في المجموعات السكانية الاجتماعية الاقتصادية المتعلمة بصورة أفضل من المشكلة (الصبري 2001 ، ص 16).

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

الجدول رقم (9): النسبة المئوية لتوزيع السكان (10 سنوات وأكبر من ذلك) بحسب المستوى التعليمي والجنس ومكان الإقامة								
المستوى التعليمي	حضري			ريفي			الإجمالي	
	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث
أميين	15.2	40.5	27.7	31.1	57.7	53.2	27.3	69.1
قراءة وكتابة	29.1	24.5	26.8	31.8	15.0	23.4	31.1	17.3
ابتدائي	13.2	9.9	11.6	12.8	4.7	8.8	12.9	6.0
إعدادي	17.2	11.4	14.4	12.1	2.8	7.5	13.4	4.9
ثانوي	18.2	10.6	14.4	9.7	1.2	5.5	11.8	3.5
جامعي	6.6	2.6	4.6	1.9	1.0	1.0	3.0	0.7
غير مبين	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5
العدد	7602	7428	15030	23492	23076	46568	31094	30504

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

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

لا يوجد إيضاح للوحدات المذكورة.

من الملاحظ أن دخل أكثر من مليونين من العمال في الزراعة والأسماك يساوي دخل 432 ألف من الموظفين الحكوميين. لم تكن المعلومات المحدثة متوفرة وهذه البيانات لا تواكب القوة العاملة المقدرة وهي 4091000 في عام 1999م والعمالة المتوقعة لعام 2005م وقدرها 5116000 من العمال والموظفين (مهران 2004). تعتبر إنتاجية العمل منخفضة ويعطي الباب رقم (15) من الجزء الثالث من تقرير الدراسة بعض البيانات حول مسح العمالة الحديث لعام 2003م والذي يتناقض مع البيانات المقدمة بأعلاه طالما أنه يشير إلى أن الزراعة والصيد والغابات نسبتها 1.29% من العمال الذين جرى مسحهم و0.09 في الأسماك (الجمهورية اليمنية - وزارة التخطيط والتعاون الدولي 2005). وفي هذا المسح فإن قطاع تجارة الجملة والتجزئة والصيانة يحتل 49.97% في أعلى 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 والعمال 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 25.5% من كل المصروفات بينما الأفقر ونسبتهم 10% من الأسر يصرفون فقط 3.5%. إن تزايد الفقر والبطالة وسوء توزيع الدخل يعكس 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 استدامة. واعتماداً على التعريف المطبق فإن 30 إلى 40% من الأسر اليمنية في حالة فقر وتقع أغلبية هؤلاء في المناطق الريفية. تفتقر أعداد متزايدة من الناس 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

¹² يمكن إيضاح هذا بعينة هذا المسح.

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

الأعوام 1998م و 1999م. ويجري الإعداد الآن لمسح جديد لميزانية الأسرة 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 جينة 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 تنجح مع برنامج شبكة الأمان الاجتماعي للحكومة وقد حاولت شريفة الحصول على مساعدة من أحد المشايخ الأقوياء. وللقيام بذلك كان عليها أن تثبت أن لديها احتياج شرعي بالحصول على ورقة رسمية أو "ورقة". إن عملية الحصول على الورقة طويلة ومملة. فأولاً يجب على الشخص أن يكتب لها قصة ثم يجب عليها الحصول على جيران ليشهدوا على حقيقة قصتها وأخيراً يجب على العاقل أن يشهد ثم استكملت 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 قريبتها يعمل في مكتب الشيخ كجندي وطلبت مساعدته في أن تحصل على مقابلة أخرى مع الشيخ ولكنها عندما ذهبت للمتابعة أستمرروا في القول لها أنهم قد أضاعوا الورقة وعند هذه النقطة سلمت أمرها.

المصدر: ناريان 1999م ، ص 83

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

الجدول رقم (12): مؤشرات الاقتصاد الكلي لليمن

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

الجدول رقم (12): مؤشرات الاقتصاد الكلي لليمن	
الصناعة 45%	
الخدمات 40%	
المنتجات الزراعية	الحبوب والفواكه والخضروات والبقوليات والقات (شجيرة مخدرة بصورة معتدلة) والبن والقطن ومنتجات الألبان والماشية (الضأن والماعز والأبقار والجمال) والدواجن والأسماك
الصناعات	إنتاج النفط الخام وتكرير النفط والإنتاج الصغير لمصانع نسيج القطن والسلع الجلدية ومعالجة الأغذية والحرف ومصنع منتجات المنيوم صغير والإسمنت.
معدل نمو الإنتاج الصناعي	3% (تقديرات 2003م)
الصادرات	النفط الخام والبن والسّمك المجفف والملح
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) و 155.718 (1999)
المساعدة الاقتصادية - متلقي	2.3 بليون دولار أمريكي (2003 - 2007 إنفاقات)
المصدر: وكالة المخابرات المركزية الأمريكية CIA - 2005م	

إن القطاع المهيمن في الاقتصاد اليمني هو قطاع النفط. فهو يسهم بحوالي ثلث الناتج المحلي الإجمالي لكنه يستخدم أقل من 1% من القوة العاملة وتحتوي صادرات النفط على ما يقارب 90% من الصادرات والموارد النفطية تمول حوالي ثلاثة أرباع المصروفات الحكومية. تؤثر تقلبات أسعار النفط على اليمن بصورة كبيرة وتنوع 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 تعتبرها تمويلًا عادلاً وينبغي التدقيق في الضرائب التصاعديّة 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 متجهم (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 لتخفيف 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 الجدول 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 ينبنى 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 وللقات الهشة من السكان.
- إن تنمية اجتماعية واقتصادية مستدامة تنبنى بصورة كبيرة على تمكين المجتمع المدني بكل طبقاته – الأفراد والأسر والمجتمعات والحكومات المحلية والوطنية. ومع ذلك فإن التمكين بحاجة إلى شبكات الأمان وإجراءات الحماية الاجتماعية أي للتغلب على المخاطر. ويخلق التمكين في الأمن الفرص للتنمية السياسية والاجتماعية والاقتصادية والصحة هي الثروة.

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

الجدول رقم (13): التمكين في الأمن يخلق الفرص				
الوسيلة	الموضوع	لماذا	من أجل من	ماذا
الصحة	التثقيف والترويج الصحي	لمنع الأمراض الممكن تجنبها	للأفراد والأسر	تأبعية التمكين
الصحة	قابلية الحصول على الأدوية وتحمل تكاليفها	لتطبيق مساعدة الذات عن علم على سبيل المثال بالأدوية		
التعليم	بناء القدرة	للمكافحة من أجل الحكم الجيد في كل مكان	للمجموعات المدنية	
التعليم	الاكتشاف والإدراج	لدعم الأسر والجوار		

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

2-3 القطاع الصحي

1-2-3 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 البلاد 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 2-3-2. وكنتيجه 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

متوسط منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	اليمن	العام	الوضع الصحي
67	57	2003	توقع الحياة عند الولادة بالسنوات (ذكور)
70	61	2003	توقع الحياة عند الولادة بالسنوات (إناث)
n.a.	82	2003	معدل وفيات الأطفال لكل ألف من الولادات الحية
162	570	2000	نسبة وفيات الأمهات (لكل 100.000)
			احتمال الوفاة (لكل 1000)
n.a.	119	2003	• تحت سن الخامسة (ذكور)
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% للأولاد وهو منخفض مقارنة بالبلدان العربية الأخرى حيث مصر 89.6% للفتيات و 95% للفتيان أو سوريا 88.9% للفتيات و 95.9% للفتيان وللبلدان الأخرى منخفضة الدخل مثل الصين (94.7% للفتيات و 91.8% للفتيان) (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي / الصندوق العربي 2003). وبالإضافة لذلك تكمل في اليمن 4.2% فقط من الفتيات دراستهن الابتدائية مقارنة بـ 14.8% من البنين (وزارة الصحة العامة والسكان 2004). إن هذه البيانات تثير القلق بصورة خاصة حيث أن أمية الإناث والتعليم معروف أنها محدد كبير للصحة السكانية. إن اليمن كذلك هي إحدى البلدان القليلة في المنطقة حيث سوء التغذية هو مشكلة كبيرة وخصوصاً بين الأطفال. في عام 1997م كان 52% من الأطفال تحت سن الخامسة متقرمين و 46% بوزن ناقص (البنك الدولي 2005).

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

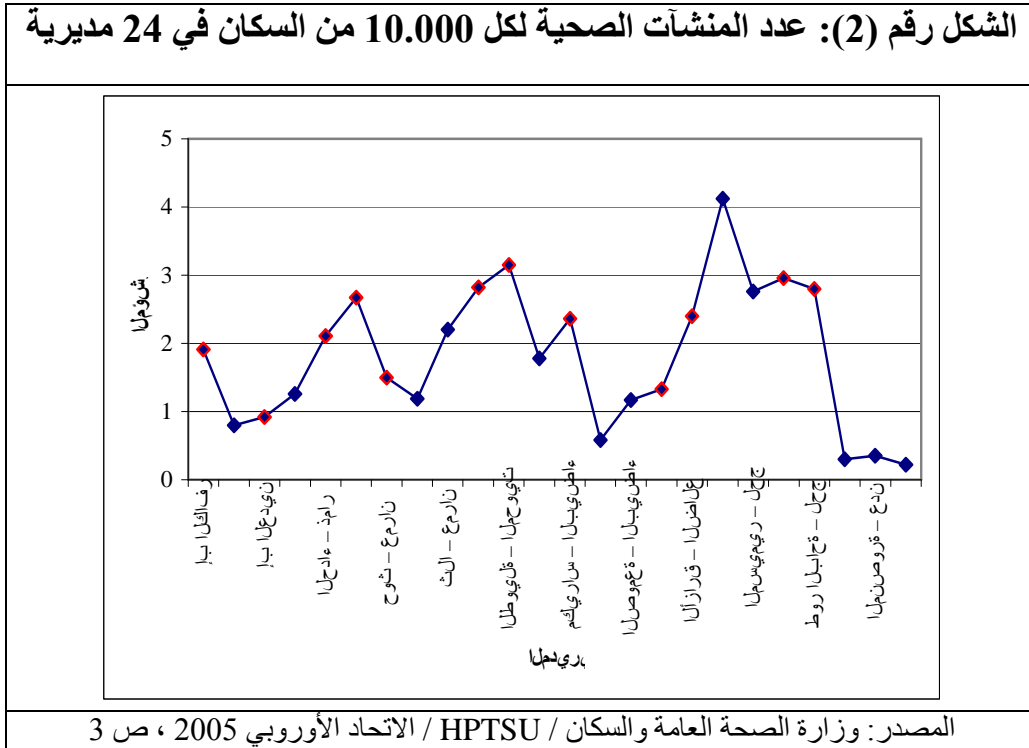
ذلك الحصول على الخدمات الصحية الأساسية والاستعداد في ذات الوقت لزيادة الطلب على الخدمات الصحية التخصصية الأكثر كلفة.

إن جزء كبير من عبء حالات الخدمات العلاجية في المستشفيات بصورة خاصة سيكون من الممكن تفاديه برعاية وقائية بسيطة ورعاية أولية أساسية. فعلى سبيل المثال زرنا أثناء بعثتنا إدارة الطوارئ لمستشفى السبعين في مدينة صنعاء. إن حوالي 80% من الأطفال (معظمهم تحت أقل من سنة من العمر) الموجودين في القسم وقت الزيارة يعانون من الإسهال والذي هو في معظم الحالات بسبب ممارسات التغذية الخاطئة بحسب قول الموظفين. وهذا مثال جيد كذلك لكيفية أن محور 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 تفاديتها على نحو دقيق بسبب الافتقار الى المعلومات الأكثر تفصيلاً فمن الواضح أن معظم هذه الحالات كان يمكن تفاديتها عن طريق الخدمات الوقائية المناسبة والخدمات العلاجية الأساسية.

2-2-3 الانتفاع والحصول على الرعاية الصحية

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

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



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 المعايير 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 ولا زالت 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 يبخل 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 وتخفيف 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 تلبى للفقراء وسكان الأرياف بتحسين الوقاية بصورة أساسية والرعاية الأولية. ومن جانب آخر الافتقار إلى الوصول وتدني جودة الخدمات الحكومية قد نتج عنها نمو سريع للقطاع الخاص في الأجزاء الحضرية والشبه حضرية من البلاد. وحيث أن أسعار الخدمات الصحية في القطاع الصحي ضعف إلى عشرة أضعاف تلك الخدمات في القطاع العام وهي أساساً غير محتملة بالنسبة لأغلبية السكان فإن عرض القطاع الخاص المتزايد غير قادر على تغطية الاحتياجات الأساسية لمعظم المواطنين وأقل بالنسبة للفقراء. ومع ذلك فإن القطاع الخاص هو مشارك هام عندما

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

3-2-3 تقديم الرعاية الصحية ودفع المقابل لها

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

1-3-2-3 الصحة العامة

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

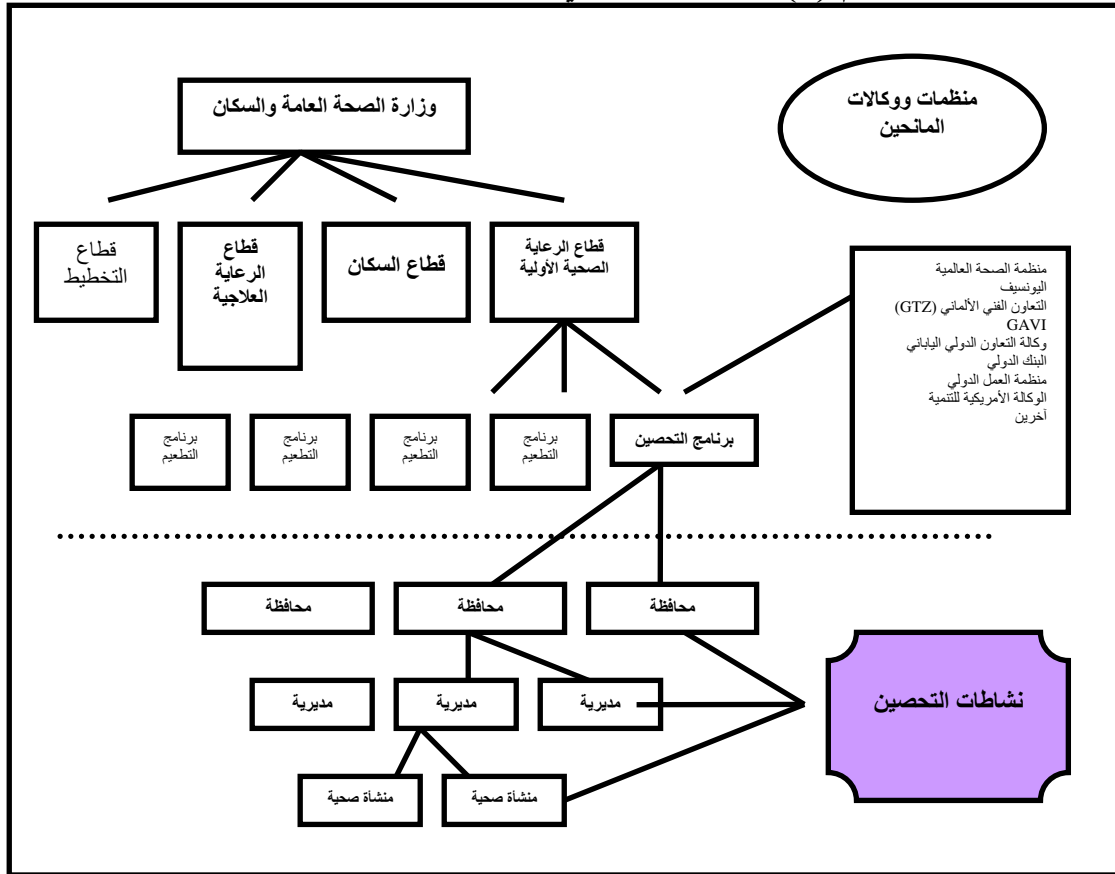
إن النشاط الصحي العام الأساسي في اليمن هو برنامج التحصين الموسع الذي بدأ منذ 25 سنة. وفي الوقت الحالي تغطي خدمات التحصين سبعة أمراض قابلة للوقاية وهي: السل وشلل الأطفال والدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس لدى المواليد الجدد والحصبة ومنذ عام 1998م مرض التهاب الكبد الوبائي نوع ب. يقدم البرنامج خدماته من خلال شبكة القطاع الصحي العام بواسطة خدمات ثابتة ومتنقلة وبعيدة. إن هدف استراتيجية التحصين العام هي زيادة معدلات التغطية وفي النهاية تحقيق تغطية شاملة وإدخال اللقاح الخماسي من عام 2005م فما بعد. يهدف البرنامج كذلك إلى تغطية 60% من التيتانوس والسل للنساء الحوامل بحلول عام 2007م وإيقاف فيروس الحصبة المحلي وإنهاء التيتانوس في المواليد الجدد بحلول العام 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 في الهيكل الجديد لوزارة الصحة العامة والسكان وزيادة ميزانية 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 المعوية 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 والثقة على مستوى القرى والمديريات تضطر الناس لتجاوز مقدمي الخدمة من المستوى الأول والبحث عن الرعاية في المحافظة وفي المنشآت الحكومية على المستوى الوطني أو في القطاع الخاص. وهذا يخلق صرفيات رعاية صحية كبيرة بالنسبة للمستهلكين وعدم كفاءة كبير في النظام مع وجود عمالة صحية حكومية ومنشآت صحية باقية دون عمل في المحيط. إن اعتبارات التكلفة والكفاءة وكذلك تحليل احتياجات الرعاية الصحية والإمكانات قد

أدت إلى تصميم آلية تقديم خدمة قطاع عام ذات أربعة اتجاهات مع حدود مقررة 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 مديريةية 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.

2-3-2-3 العناية في العيادات الخارجية

تقدم الرعاية في العيادات الخارجية في القطاع العام في الوحدات الصحية والمراكز الصحية والتي موظفوها في معظم الأحيان هم ممرضين وقابلات ومرشدين صحيين إضافيين مثل 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 العاميين. 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

الجدول رقم (15): كثافة منشآت الرعاية الأولية مقارنة بحجم السكان في المحافظات أعداد المنشآت الصحية للعام 2004 وحجم السكان للعام 2003م							
لحج	701086	0	0.00	134	1.91	18	0.26
إب	2214030	4	0.02	135	0.61	74	0.33
أبين	463333	36	0.78	109	2.35	10	0.22
ذمار	1320971	105	0.79	141	1.07	44	0.33
شبوة	505139	0	0.00	80	1.58	17	0.34
حجة	1512309	20	0.13	155	1.02	22	0.15
البيضاء	622598	2	0.03	76	1.22	28	0.45
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
"نحتاج إلى موظفين أمناء". "يجب عليهم الاعتناء بكل المرضى وليس الأغنياء والصفوة". "يجب أن يتعلموا أننا أمانة في أعناقهم".
المصدر: السروري 2004.

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

إن بيانات استخدام الرعاية الخارجية متوفرة فقط بالنسبة للخدمات المقدمة من قبل مستشفيات ومراكز صحية بها أسرة وهكذا فهي ليست تمثيلية (وزارة الصحة العامة والسكان 2005 أ). في دراسة للبنك الدولي بياتي وآخرين 1998 قامت بمسح في عام 1996م بين 884 أسرة في أربع مناطق جغرافية في اليمن حول استخدام الرعاية الصحية والنفقات المصروفة على الصحة. استنتجوا 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 للبينين 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).

3-3-2-3 الرعاية الداخلية

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

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

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

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

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

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

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

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 تمريضية طويلة الأجل. لم تأتي على منشآت صحية خاصة تعنتي بهذه الحاجة أيضاً. يضم مستشفى الجمهورية التعليمي في مدينة صنعاء مركز لإعادة تأهيل المعاقين تديره الجمعية الخيرية للألم 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.

3-2-3-4 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	
115,102,000,000 YR 627,000,000 US-\$	إجمالي الإنفاق الصحي
64.543 YR	الإنفاق للفرد من نفقات الأسرة في عام 2003م (أسعار 1998)
33 US-\$	إجمالي الإنفاق الصحي للفرد
5.6%	إجمالي الإنفاق الصحي كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي
39,292,240,138 YR 214,038,284 US-\$	إجمالي إنفاق الأسرة على الصحة في عام 2003م بالأسعار الجارية
11,3 US-\$	إجمالي الإنفاق الفردي من الأسرة على الصحة في عام 2003م (بالأسعار الجارية)
57%	المدفوعات المنفقة من الأسرة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الصحي
32%	النفقات الحكومية
59%	النفقات الخاصة
9%	المانحين الدوليين
المصدر: دريس 2005	

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

الجدول رقم (18): إنفاق الأسرة الصحي في اليمن			
النسبة من الإجمالي	مليون دولار أمريكي	مليون ريال يمني	الإنفاق
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 (كونستيل 2002 وسويترس 2004 و رودس 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 تمثيلاً. 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. الدخل الثابت أو معدل سعر التذكرة هو 50 ريال على سبيل المثال للمعاينة بالإضافة إلى مدفوعات بحسب جدول الأجر. مثلاً الأشعة فوق الصوتية 800 ريال وفحص أمراض النساء 100 ريال. تحدد هذه الأجر 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 (أو كسفاً 2001). أما المضار فقد درست من قبل أو كسفاً: 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. والتقدير 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 (طر موم 2004) ومستشفى الجمهورية في صنعاء وبه 450 سرير يحصل على 15 مليون ريال يمني في الشهر¹⁴ مقارنةً بإجمالي 12.672 سرير في البلاد. إن مستشفى ريفي صغير يديره أخصائون صينيون بصورة رئيسية يدر 10.35 مليون ريال سنوياً من الدخل في مستشفى به 104 سرير مع معدل إشغال 30% (طر موم 2003).

تعطى الإعفاءات من تقاسم التكلفة في المنشآت الصحية لحوالي 10% من المرضى. وتتفاوت الحصة بين المستشفيات المختلفة التي تمت زيارتها متراوحة من 1 إلى 40%. لقد حددت قواعد وأنظمة ولكنها عادةً 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

84% من قادة الرأي يقولون: تقاسم التكلفة غير منظم بصورة جيدة	78% من قادة الرأي يقولون: تقاسم التكلفة سيء وغير عادل
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% وتوزيع حسابي واضح أي:

- 2% للأطباء.
- 1% للمدير.

¹⁴ نتيجة مقابلة هاتفية لعضو الفريق مع إداري في المستشفى.

- 2% للصيدلاني.
- 5% لنقل الأدوية.

وتظهر دراسة تقييم: "تكاليف الأدوية (حيث تتوفر) في المنشآت الحكومية لازالت مرتفعة (على الرغم من أنها أقل كثيراً من الصيدليات الخاصة)¹⁵" وسياسات الإعفاء (للفقراء) متضاربة وغير مراقبة 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 يماني لأدوية وزعها وكان يفترض أن يدفع قيمتها¹⁹ (بنك الأمل 2005). وفي غضون ذلك لم يعد صندوق الدواء مستمراً بسبب مشكلات اضافية من الكسب الغير مشروع والفساد.

ومن الناحية السياسية ينظر الى ذلك 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 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

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 فوات شرائهم وتوزيعهم الخاصة (ص 12).

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

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.

الجدول رقم (20): تقدير تقاسم التكاليف الرسمية لعلاجات طبية شائعة مختارة			
المشكلة الصحية / منافع العلاج	العدد	مستشفى الثورة في صنعاء	مستشفى الجمهورية في صنعاء
تجبير مشاشي أو كردوسي	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 تثقيف 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			
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	
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 الإصبع 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 الفرجية	1	15,000	5,000 ²⁵
تصوير بجهاز الموجات فوق الصوتية	1	1,000	1,200
عناية مباشرة بالمولود الجديد			
علاوة توليد يومية في المستشفى العام			

²² الحريبي والمتوكل واليميني الألماني.

²³ اليمني الألماني - صنعاء ومستشفى الحريبي في صنعاء.

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

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

فيما يتعلق بتقاسم التكلفة ليس من الواضح حتى ما إذا كان جميع تلك الإيرادات يصرح بها بصورة سليمة ولا تعتبر أنها غير رسمية وأنها مدفوعات 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.

²⁵ الرسوم تطبق في مستشفى السبعين.

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.

رأي القادة

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

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

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

بالنسبة للمرضى هناك إنفاق خاص عالي وقت الاستخدام:

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

صوت الشعب:

"باع أحدهم أرضه عندما احتاجت 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: السروري 2002

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

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

هناك تنسيق ضعيف جداً على كافة المستويات الحكومية للخطط مع الميزانيات. فالإنفاق الفعلي يختلف بصورة كبيرة في أحيان كثيرة عن الميزانيات الموافق عليها وليست هناك مساءلة عن الميزانيات أو مستويات الإنفاق. يبدو أن ممثلي وزارة المالية يمارسون درجة غير متناسبة من الرقابة على الإنفاق في كل مستويات النظام الصحي الحكومي وممارسات إعداد الميزانيات والنفقات لا يبدو أنها تدعم احتياجات تنفيذ البرامج الحكومية. إن توقيت تحرير أموال الاستثمار مغاير للتنفيذ الميسر للمشروعات المخطط لها وتحرير الأموال للعمليات الجارية وطلب الفواتير مسبقاً عن الإنفاق يجعل من الصعب على مدراء الصحة أن تكون لديهم الموارد التي يحتاجونها عندما يحتاجون إليها (بنك الأمل 2005 ، ص 25). ومن وجهة نظر المهنيين الصحيين توفر الأموال المتكررة في مستويات أدنى كثيراً من الطلبات والاحتياجات. ومن وجهة نظر 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 (كونستيبيل 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 تبني 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 لناخذ 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 أثرت 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
	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 2003/2004. 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 وتحوي كل من مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة. كما كان واضحاً من المقابلات مع عدد من مدراء المستشفيات فإن المستشفيات لا تعرف تكاليف الخدمات الفردية أو التدخلات المقدمة. وهكذا الأسعار الخاطئة في كل من المستشفيات وبين المستشفيات. يبدو أن الأسعار في اليمن تعكس الرغبة في دفع أكثر من التكاليف الفعلية. وينطبق ذلك على كل من المستشفيات العامة والخاصة. إن المثل الوحيد لحساب الكلفة إلى الدخل الذي قابلناه قد كان جراحة القلب المفتوح في المستشفى اليمني الألماني حيث تكاليف توفير فريق جراحة كانت معروفة أنها تكلف 42.000 دولار في الشهر. وهذا يتجاوز إلى حد كبير الإيرادات من متوسط عشر عمليات تقدم في الشهر. ولذلك لزم إيقاف الخدمة أخيراً.

3-2-6 إدارة الجودة

القطاع العام:

وزارة الصحة العامة مسؤولة 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. ورسماً 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 مسؤولة 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 مسؤولية 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 المنشآت 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 طاشين على الرغم من أننا نقترّب من العام 2005م فسنكون مقتنعين إذا تلقينا خدمات مثل تلك التي أعتدنا عليها في عام 1995م".

المصدر: السروري 2004

7-2-3 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 و رداءة السلوك و رداءة 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 اعتقدوا 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).

8-2-3 أجندة الإصلاح

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

الجدول رقم (22): أداء النظام الصحي المقارن في اليمن

الأداء		الإنتفاق 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 المديريات.
- إشراك المجتمع.
- تقاسم التكلفة.
- سياسة الأدوية الأساسية وصندوق دواء.
- نتائج على أساس تركيز الإدارة على الجندر.
- استقلالية المستشفيات.
- التعاون بين القطاعات.
- تشجيع القطاع الخاص والمنظمات الغير حكومية.
- تشجيع التجديد.
- النهج على مستوى القطاع.

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

- فيما يتعلق بالعلاقة المتوترة بين وزارة المالية ووزارة الصحة ينبغي أن يكون هناك حوار مكثف ومهني بينهما. إن إدماج خبراء الصحة العامة في وزارة المالية والاقتصاديين الصحيين والأخصائيين الماليين في وزارة الصحة سيكون نافعاً. ويمكن أن يؤدي هذا إلى فهم أفضل وزيادة شفافية المعاملات والتوزيعات. وينبغي أن يتغلب هذا كذلك على الاستخدام الغير كفؤ للأموال العامة في النظام الصحي والتوزيعات الغير منتظمة للأموال لمجالات أولوية قدرت بحسب أفضل معلومات خبراء الصحة العامة. ويمكن أن تكون الندوة حول التأمين الصحي هي وسيط بين القطاع العام والمهنيين الماليين.
- تمديد تغطية الخدمات الصحية للسكان الريفيين يمكن أن يعزز أخيراً بالتعاقد مع مقدمي خدمة – سواء مرتبطة بمنظمة غير حكومية أو عامة أو خاصة – لتقديم الرعاية الصحية في المناطق النائية مثلاً خبرة جواتيمالا التي لاقت نجاحاً جيداً. ويمكن أن يشمل هذا أيضاً التعاقد مع أطباء يمينيين أو أجانب لبناء فريق صغير مع قابلتين يشغل متنقلاً باستخدام بيت الأطباء أو أي موقع آخر كمقر رئيسي. إن إدخال نظام دفع موجه نحو الأداء سيكون أمراً هاماً. إن التحسين الكبير لخدمة الرعاية الصحية في المناطق الريفية هو أحد المتطلبات الأساسية لنظام تأمين صحي اجتماعي وطني. وطالما أن هذا لا يمكن التعاقد عليه من قبل هيئة تأمين صحي وطنية مع أفضل مقدم صحة محلي مقيم فإنه ينبغي تحسين تقديم الرعاية الصحية الحكومية بصورة كبيرة في هذا المجال ذو الأولوية الكبيرة.
- إصلاح 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 إتخاذ 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 لامعة لكنه سقط في فخ الفساد. وهذه القضية أيضاً ينبغي تناولها مرة أخرى في حوارات السياسة.
- تعزيز نظام معلومات الصحة ومعلومات الإدارة الذي يعطي شفافية حول عبء العمل وإنتاج المنشآت الصحية ونمط التشخيصات والعلاجات والمكونات الأساسية الأخرى لضمان جودة 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 ومعدات ناقصة في منشآت الرعاية الصحية ينبغي مواجهتهم من أجل هزيمة دفع الرشوة والفساد على نطاق واسع. وهذا الوضع يدل على جانب آخر للمشكلة الرئيسية المتبقية المذكورة بأعلاه.

وضمن الأرقام لليمن من الواضح أن الحصة بين الرعاية الأولية ورعاية المستشفى تميل بإتجاه الخدمات داخل المستشفيات وأن توزيع خدمات المستشفيات حول البلاد فيها محاباة كبيرة لصالح المدن الرئيسية (كونستيبيل 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 للأمراض مختارة وحالات مزمنة. إن التفشي الأخير لشلل الأطفال قد أظهر بوضوح بأن كل الإجراءات التي أتخذت حتى الآن لم تكن بعد كافية للتعامل مع الظروف الاجتماعية الاقتصادية والجغرافية الصعبة في اليمن وأن مزيد من الجهود الأخرى ضرورية. وعلى الرغم من النصوص القانونية الواضحة وحتى القرارات الجمهورية فإن البراهين المتعلقة بالحاجة إلى إنفاذ الرعاية المجانية للظروف الكارثية والمزمنة تشير إلى بقاء مشكلات أيضاً. إن القرار بتقديم خدمات أولوية مجانية يعتمد أكثر من ذلك على القرار الطارئ والاعتباطي للموظف المعني وليس على حقوق شفافة وقابلة للمطالبة بها.

إن الحصة العالية بصورة مستمرة للنفقات الصحية الخاصة وقت استخدام الخدمات الصحية تتعلق بمشكلة أساسية أخرى والتي تأتي تحديداً من أسباب لماذا تم التكاليف 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

1-3-3 إدارة المخاطر الخاصة

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

- التقليل من المخاطرة: إجراءات تتخذ قبل الصدمة والتي تقلل من احتمال حدوث حالة المخاطرة. وبخصوص السياسة الحكومية فإن ذلك يتضمن على سبيل المثال إجراءات السياسة الاقتصادية للتقليل من خطر التضخم أو أزمات العملة.
- تخفيف المخاطر: إجراءات تتخذ قبل الصدمة تقلل من حجم حالة مخاطرة محتملة. والأمثلة من مستوى الأسرة تشمل تنويع إستراتيجيات المعيشة (بحيث أنه إذا أنخفض دخل نشاط بصورة كبيرة فإن المعاش أو الدخل يمكن استمرار الحصول عليه من نشاطات أخرى). استثناء التأمين (الرسمي أو الغير رسمي) وحصاد العلاقات الاجتماعية والتي يمكن أن تكون مساعدة في حالة أزمة.
- التعامل مع المخاطر: الإجراءات المتخذة عند حدوث مخاطر والتي تقلل أو توزع الآثار والأمثلة على ذلك تشمل بيع الأصول وتخفيض الاستهلاك أو القيام بنشاطات خطرة جسدياً 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 المقطعات التالية (صوت الفقراء) التي استندت 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 وأخرات 1999 ، ص 77 ، (البنك الدولي: صوت الفقراء)

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

تمكين 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% سددها جزئياً و 20% فقط سددها 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 (الأرحية 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 مناهج 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 كافرين مستعد بصورة دائمة للحيلولة أو التخفيف من الطوارئ الوطنية أو الكوارث.

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

أما فيما يتعلق بالإستراتيجيات المذكورة بأعلاه (3-3-1) توجد إستراتيجيات تخفيض المخاطر العامة في اليمن وتحديد سياسات سوق العمل المطبقة والتدريب 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 (الأرحي NY ، ص 6). وبلا شك فإن الصناديق الحكومية المختلفة تقوم بالإنجاز بطرق متغيرة جداً. يفنقر 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 مسؤوليات 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 الاحتياطات 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 ومرتببات من وزارة المالية إلى المديریات 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 فائدة طبية لمعالجة إصابات العمل وإعادة التأهيل.

كيف يحصل المستفيديون على مالهم؟ تدفع الفوائد إما إلى الحساب المصرفي للشخص المتقاعد أو بالنسبة لأولئك الذين ليست لهم حسابات إلى حساب خاص في مكتب البريد.

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

يتسلم صندوق التقاعد للجيش فعلياً إسهامات من 350 ألف عضو ويدفع لـ 104710 متقاعد. إن الأساس المالي هو إسهام من مرتببات 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 أسننم 6.5

مليون دولار أمريكي في المستشفى السعودي الألماني وفي مدارس تعليم قيادة السيارات والمباني. إن نشوء صناديق التقاعد للشرطة وللأمن السياسي قد أقرت 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 استعداداً أساسياً 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.

3-4 الحوادث والحماية من إصابات العمل

تعالج الكثير من القوانين والقرارات الوزارية الصحة المهنية وإصابات العمل. أوكل إلى وزارة الشؤون 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 يوفر الرعاية الصحية للموظفين وفي حالة المرض أو الإصابة يكون من حق الموظفين إجازات مرضية مستمرة أو متقطعة بحسب معدلات محددة (أنظر المواد 79 إلى 82 من قانون العمل). لقد دلت المقابلات أن هذه الأنظمة والمنافع تتم مراعاتها في الشركات الخاصة إنما بمدى مختلف بالنسبة لحزم المنافع الملموسة. هناك ممارسة مماثلة في القطاع العام تعمل بصورة عامة على مستوى أكثر شمولية منه في القطاع الخاص. وتغطي هذه الممارسة بصورة أساسية الشركات الأكبر ومتوسطة الحجم بمستوى مقبول.

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

نوصي بالتفكير في هذه النصوص كذلك فيما يتعلق بالتنافسية المستقبلية للاقتصاد اليمني في السوق العالمية. إن بناء نظام تأمين صحي حديث يمكن حتى أن يلزم الاستثمارات الخاصة في اليمن. إن النصوص القانونية مثل 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.

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.

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 لليتامي 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 وأسرة 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 الأرمال 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	

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

تغلب المخاطر على أسواق التأمين فأمان للتأمين على سبيل المثال حققت في عام 2004م نسبة خسارة 1.419% في الحريق والأمانة حققت نسبة خسارة 81% في عام 2003م بينما جميع الشركات الأخرى حققت نسب خسائر تتراوح من 0% إلى 31%. كانت نسب الخسارة الأعلى بالنسبة للحريق في عام 2004م. ويثبت هذا بوضوح الحاجة إلى إعادة التأمين في جميع أسواق التأمين ويكرر الأمر في نسب خسائر التأمين البحري التي تجاوزت 144% بالنسبة للمتحدة في عام 2003م و 362% بالنسبة لسبأ. إن جميع شركات التأمين الأخرى تقريباً قد كانت محظوظة أنها أقل من 50%. فيما يتعلق بالحوادث المتفرقة في عام 2003م و عام 2004م فجميع نسب الخسارة كانت أدنى من 100%. وقد تعرضت الشركة اليمنية للتأمين وإعادة التأمين لأعلى نسبة خسارة في قطاع الهندسة بـ 3.876%.

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 أعمة 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 وأقياً 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 لازل 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 يقدر أن 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 الاحصائيات 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 تقادي 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 وفعاليتها. 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 إجهاد متنامي من قبل الحكومة ومنظمات التنمية الدولية وإلى حد ما المنظمات الغير حكومية