

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

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

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

#### 4-1-2 التركيب

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

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

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

#### 4-1-3 الأداء

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

#### 4-1-4 الأثر

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

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

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

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

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

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

#### 4-1-5 المعوقات والفرص

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

#### 4-2 مشروعات التأمين الصحي المجتمعية

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3-4 برامج الفوائد الصحية في الشركات

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

#### رأي القادة

58% من قادة الرأي يقولون:

ينبغي حصول الموظف وزوجته وأطفاله وأبويه على فوائد التأمين الصحي

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

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

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

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

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

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

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

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

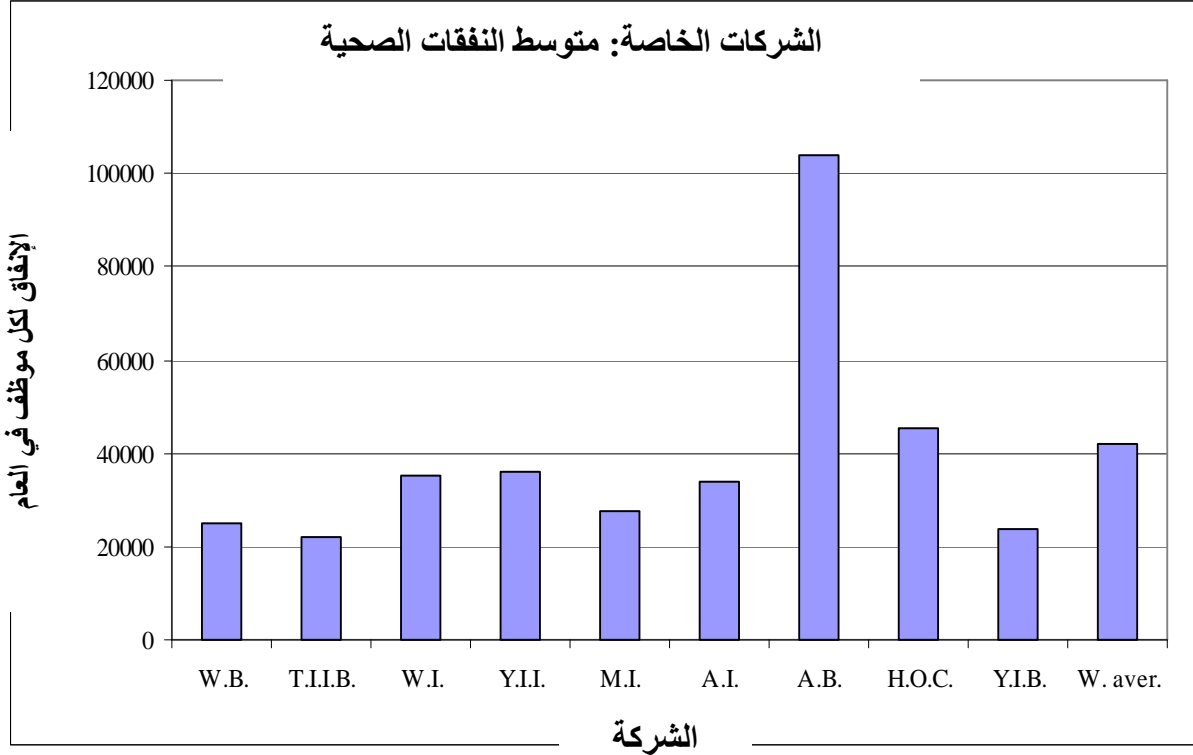
أشار مدراء برامج شركات عديدة إما إلى التغييرات الأخيرة لتغطية الفوائد أو ظروف الوصول أو بروز خطط لإدخال فوائد جديدة وإضافية. ومن الواضح أن وضع البرامج الخاصة وكذلك برامج الشركات العامة تتضمن تطوراً مستمراً وعملية تكيف. ويصبح هذا واضحاً كذلك في بيان استشارة حديثة: "باستثناء شركة هنت اليمينية للنفط. تعتمد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

بعد تقييم عدد مجموع 19 برنامج فوائد صحية في الشركات يمكن استخلاص مجموعة من الاستنتاجات من التنظيم وكذلك من التكيف المستمر لمختلف البرامج الموجودة. وخلال فترة الدراسة كان بمقدور الفريق الاتصال بـ 9 مشروعات خاصة (3 حجم صغير بها 30 و 40 و 50 موظف و 4 مشروعات حجم متوسط بها 140 إلى 400 موظف وشركة واحدة كبيرة بها أكثر من 1000 موظف ومجموعة شركات بها 9000 موظف تقريباً) وشركة مختلطة (بها حوالي 4000) موظف و 9 شركات عامة (3 حجم متوسط بها 200 إلى 700 موظف تقريباً و 6 شركات كبيرة تستخدم بين 1100 و 10.000 فرد).

<sup>31</sup> الأبواب 12 و 30 من الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

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

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



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

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

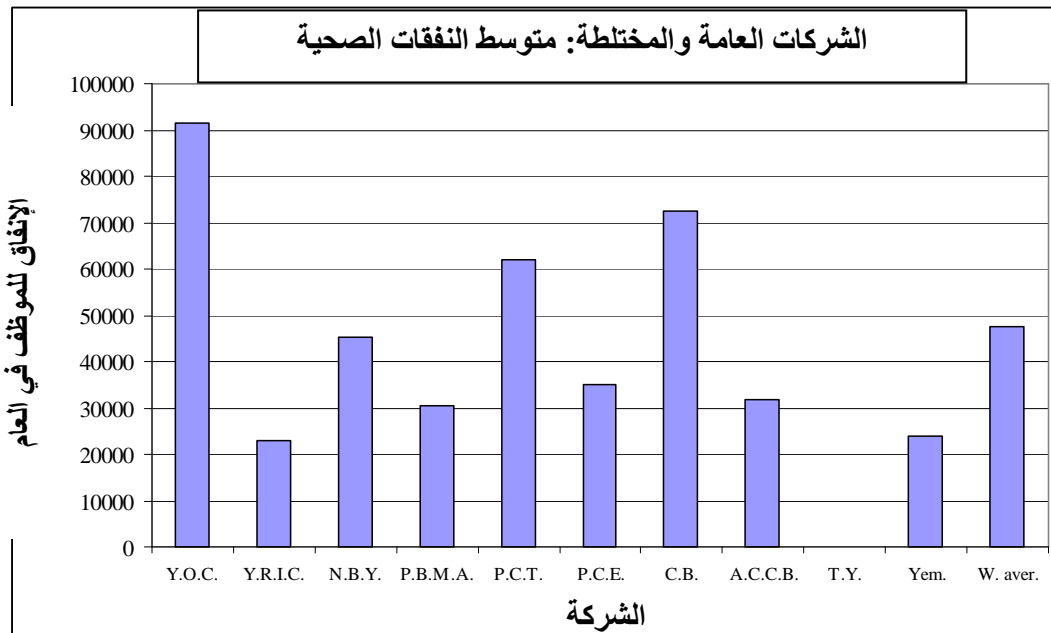
فيما يتعلق بتصميم الأساليب الإشرافية والإدارية وكذلك نطاق التغطية تظهر برامج الفوائد الصحية التي جرى تقديرها تنوعاً كبيراً. وبينما تحصر بعض الشركات الدعم للرعاية الصحية في علاوات ثابتة – سواء كرفع عام للرواتب أو بحسب الفواتير الطبية أو الصيدلانية المقدمة من قبل الموظفين – تسدد شركات أخرى لموظفيها كل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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

الجدول رقم (30): بعض برامج الفوائد الصحية			
الإنفاق لكل موظف في العام	إجمالي الإنفاق الصحي (ريال يمني)	الموظفين	الشركة
			<b>مشروعات الشركات الخاصة</b>
103,680	32,140,850	310	البنك العربي
33,750	1,350,000	40	العربية للتأمين
7,252	62,918,234	8676	مجموعة هائل سعيد
45,245	49,000,000	1083	شركة هنت اليمنية للنفط
27,719	3,825,200	138	مأرب للتأمين
21,875	8,750,000	400	بنك التضامن الإسلامي
25,000	7,500,000	300	البنك الوطني
35,000	1,750,000	50	الوطنية للتأمين
36,000	1,080,000	30	التأمين الإسلامي اليمني
23,861	8,900,000	373	البنك الإسلامي اليمني
			<b>برامج الشركات العامة</b>
			شركة النفط اليمنية
		5,400	فرع عدن
91,385	118,800,000	1,300	
23,000	4,600,000	200	الشركة اليمنية لإعادة التأمين
45,176	30,855,000	683	البنك الأهلي اليمني
61,930	353,000,000	5700	المؤسسة العامة للاتصالات
34,000	340,000,000	10,000	المؤسسة العامة للكهرباء
30,435	70,000,000	2,300	الهيئة العامة للأرصاد والطيران
69,048	145,000,000	2,100	البنك المركزي
104,545	115,000,000	1,100	المقر الرئيسي في صنعاء فقط
34,545	38,000,000	1,100	بنك التسليف التعاوني الزراعي
			تيليم
			<b>برامج الشركات المختلطة</b>
23,865	93,000,000	3,897	اليمنية

#### 4-4 شركات التأمين الصحي الخاصة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>32</sup> اتصال من مجيب عبدالجبار ردمان ، المدير العام للوطنية للتأمين.

<sup>33</sup> اتصال شفوي مع السيد/ صالح بدر ، المدير العام لشركة اليمن الإسلامية للتأمين.

<sup>34</sup> اتصال شفوي مع السيد/ صالح بدر ، المدير العام لشركة اليمن الإسلامية للتأمين.

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

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

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

#### 4-5 برامج القطاع العام

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

الجدول رقم (31): محاولات القطاع العام في التأمين الصحي	
المبادرات	العام
المحاولات الأولى للتأمين الصحي في عام 1990م. غادر وفد إلى تونس برئاسة الدكتور/ احمد محمد ، المدير العام لمستشفى الثورة والوزير السابق لقمان مروجين لأفكار التأمين الصحي في ذلك الوقت ومدعومين من قبل رئيس الوزراء الإشتراكي حينها.	1990
دراسة سي روس انتوني (من المعونة الأمريكية) تقترح بدء التأمين الاجتماعي بموظفي الحكومة وبمساهمة بمعدل متساوي للأفراد.	

<sup>35</sup> الدكتور/ احمد الهمداني – رئيس مجلس إدارة البنك الوطني وبحيي محمد الخولاني – رئيس الاتحاد العام لنقابات العمال في اليمن.

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

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

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

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

#### 4-6 مبادرات أخرى

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

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

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

## 5- الأهداف والتوقعات

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

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

## 5-1 الأهداف والمبادئ الإرشادية

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

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

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

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