

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

5- الأهداف والتوقعات

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

إن أثر البيئة الاجتماعية السياسية الحالية والمعوقات المرتبطة بها في تحقيق الأهداف الكلية يقلل من تقديرها في أحيان كثيرة عند إعداد برامج حماية صحية جديدة. ومع ذلك فإن التجربة الدولية في تنفيذ برامج تأمين صحي على نطاق الأمة تظهر أن الانتقال 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

يبين أحدث تقرير لبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي أن اليمن "موبوءة بالفساد" في كل القطاعات بما في ذلك تلك الهيئات المكلفة بالمساءلة ومنع الفساد. إن إنعدام المساءلة السياسية مرتبط بصورة وثيقة بفقدان فصل السلطات وتركيز السلطات³⁶ وهكذا فإن السيطرة على أعمدة الدولة محدودة ومشاركة اليمن في "الحرب على الإرهاب" هو السبب الوحيد بالتأكيد لماذا الولايات المتحدة الأمريكية تمتنع عن إبداء الملاحظات على إنعدام الشفافية والمساءلة السياسية. إن الصحفيين الذين يبرزون للجمهور حوادث مخالفة ويكتبون حول إمكانية الاحتياط حيث يمكن تورط ممثلين للحكومة يتعرضون لمخاطرة أن يصبحوا ضحايا الاختطاف والانتهاكات الجسدية. يذهب سياسيو أحزاب المعارضة إلى الجمهور لنقد ممارسة الإثراء الشخصي والجزافية وحصانة المجموعات القوية وذات الامتيازات. فيما يتعلق بالنظام الصحي في اليمن تواجه وزارة الصحة والسكان إتهامات قوية بأنها قلعة سوء استخدام وتضليل للموارد. وبسبب الوضع في القائمة السوداء كان على الوزير أن يبدأ بإغلاق 107 مؤسسة صحية في البلاد بعد انتهاكات صحية عامة (يمن تايمز 12 سبتمبر 2005م). وهذه العوامل لها تأثيرات عميقة على حصول المستفيدين في المستقبل على الخدمات الصحية وكذلك على العدالة والمساواة. وسوف تؤثر بصورة مباشرة على فعالية البرنامج. وطبقاً لذلك يحتاج تصميم وتنفيذ النظام الصحي الوطني إلى معالجة دليل ذوصلة بالبيئة الاجتماعية السياسية للبلاد. وعليه ان يتخذ إجراءات من أجل أن يمنع قدر الإمكان السلوك الفاسد لموظفي التأمين الصحي والتقليل من الاحتياط والوقوف أمام العجز فيما يتعلق بالثقة والاعتمادية الاجتماعية.

5-2-1 جوانب صحية تتعلق بالفقر وتمكين الفقراء

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2-2-5 مساواة الجنسين والوصول إلى الخدمات الصحية

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5-2-3 المساءلة والفساد في الإطار الصحي

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

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

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

5-3 نمط توقعات المشاركين في المقابلات في اليمن

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

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

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

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

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

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

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

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

4-5 نمط توقعات قادة الرأي في اليمن

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

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

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

ستذكر نتائج مسح الرأي في أبواب مختلفة من التقرير.

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

الجدول رقم (32): معرفة قادة الرأي لبرامج التضامن	
%	نوع البرنامج
58	الدعم من قبل الجيران و/أو الأسرة
52	الدعم من قبل منظمات خيرية وهبات
49	مساعدة الذات أو دعم مشترك لمجموعات اجتماعية
04	دعم من قبل أصحاب العمل لتغطية تكاليف الرعاية الصحية
27	دعم من قبل مجموعات دينية مثل المساجد
25	دعم مشترك للمهن مثل الأطباء
13	دعم من خلال مساهمات الزكاة للصحة
<p>سمح بالإجابات المتعددة المصدر: مسح رأي للتعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية</p>	

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

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

الجدول رقم (33): رأي القادة فيما يتعلق بتقسيم العمل المقترح بين الحكومة والتأمين الصحي

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

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

6- التجارب الدولية

يمكن إعداد خيارات التأمين الصحي نظرياً كما هو الحال مع كثير من المطبوعات المكتوبة في هذا الموضوع من قبل اقتصاديي الصحة واختصاصيي الصحة العامة. إن وجهات نظرهم ونظرياتهم مفيدة جداً لصياغة خيارات التأمين الصحي. إن بعض الوثائق ذات الصلة ستدرج في الملحق الإلكتروني بتقرير دراستنا. إن الخيار الآخر لتطوير آراء تمويل مالي هو النظر إلى التطور التاريخي في بلدان معينة أو في مقارنة متبادلة لعدة بلدان. سوف ننظر أولاً في بلدان شرق البحر المتوسط وشمال أفريقيا والبلدان المجاورة لليمن ثم نقدم دروساً سريعة من بلدان متطورة أخرى حول العالم³⁷ وأخيراً سوف نناقش بعض الاتجاهات الملحوظة للاتجاهات التاريخية طويلة الأجل في غرب أوروبا.

6-1 التجارب في البلدان المجاورة

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

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