

## 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 العالم<sup>37</sup> 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

<sup>37</sup> ستعطي تفاصيل أكثر في مختلف أبواب الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

الاجتماعية فهي مضمونة من خلال أنظمة تمويل الصحة بالضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي والخاص ومن خلال برامج محدودة جداً لمساعدة المجتمعات لنفسها.

ومع ذلك فإن منطقة شرق البحر المتوسط مختلفة تماماً كذلك فيما يتعلق بالدخل والإنفاق الصحي والمعايير الصحية ومستويات تطور النظام الصحي. إن الناتج المحلي الإجمالي للفرد في الإمارات العربية المتحدة هو مائة مرة أكثر من الصومال والإنفاق الصحي للفرد في أفغانستان حوالي 10 دولار أمريكي والبلدان منخفضة الدخل لازالت في مراحل مبكرة من الانتقال المرضي والسكاني. وبسبب هذه الاختلافات فإن بلدان المنطقة مقسمة إلى ثلاث مجموعات: الدخل الكبير والمتوسط والمنخفض.

## بلدان الدخل الكبير

تمثل 8% من إجمالي المنطقة وتمثل أساساً بالبلدان المنتجة للنفط بما فيها بلدان الخليج وليبيا. وفي هذه البلدان الحماية الاجتماعية شبه شاملة حيث أن الوصول مضمون تقريباً وبصورة مجانية من خلال ميزانية الحكومة. وخلال العقد الأخير وبسبب الضائقات المالية التي سببتها حروب الخليج وهبوط أسعار النفط فقد بدأت وزارات الصحة بنوع من مشاركة الكلفة عند الاستخدام والتي يقصد بها أساساً تقليل المخاطر المعنوية. وكذلك تم التضييق على الإنفاق الحكومي وبذلت جهود لاستثناء الوافدين من السكان من نظام الحكومة عن طريق إنشاء أنظمة تأمين صحي لهم موجهة أساساً لاستخدام الخدمات الخاصة من خلال ترتيبات رسوم للمستخدمين. وتفسر هذه السياسات في الإطار السياسي والاجتماعي بأنها تحرك نحو دور متنامي للقطاع الخاص في كل من تمويل وتقديم خدمات الرعاية الصحية. يعكس تحليل حساب الصحة الوطنية في بعض البلدان حصة متزايدة للأسر في الإنفاق الصحي الإجمالي.

وحيث أن الأجناب من السكان يمثلون في بعض البلدان بين ثلث وثلثي إجمالي السكان فإن منظمة الصحة العالمية قد ناصرت الاحتفاظ بالبرنامج الوطني في الوقت الذي يجري فيه تطوير آليات تقاسم التكلفة من خلال مستخدميهم لتخفيض الضغط على الإنفاق الحكومي. ويبدو أن الضغط لتطوير تأمين صحي خاص للأجناب هو آت للقطاع الصحي الخاص الجريء ويسمعه صدها بسياسات الخصخصة. كذلك فإن التأمين الصحي الخاص يستخدم كذلك في بعض بلدان الخليج بصورة خاصة لبعض الشركات الكبيرة. إن الجهود في تطوير تأمين صحي تعاوني مستمرة لحوالي 6 ملايين عامل أجنبي في المملكة العربية السعودية ويجري تطوير بعض أشكال التأمين الصحي الاجتماعي والخاص في كل من الإمارات العربية المتحدة والكويت. يتم القيام بدراسات في البحرين بمساعدة بعض الشركات الخاصة.

## البلدان ذات الدخل المتوسط

تمثل هذه المجموعة 42% من إجمالي بلدان منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط وتمول الرعاية الصحية من خلال مزيج من الحماية الاجتماعية على أساس الضرائب وأنظمة الدفع الذاتي. بدأ التأمين الصحي الاجتماعي في بداية الستينيات مع موجة الاستقلال ويتطور تدريجياً بحسب البيئة السياسية والاقتصادية.

وفي المغرب وعلى الرغم من أن التأمين الصحي الاجتماعي قد بدأ في نهاية الستينيات فإن التغطية الحالية حوالي 17% من إجمالي السكان. تشمل التغطية 90% من موظفي الخدمة المدنية وأسرههم والشركات العامة الكبيرة و 30% من العاملين في القطاع الخاص وأسرههم. وقد تم تطوير برنامج تأمين إجباري جديد في عام 2005م في كل من القطاعين العام والخاص والذي سيرفع التغطية إلى 34% من إجمالي السكان. يعطى تركيز خاص على توفير التأمين الصحي الاجتماعي للفقراء من خلال برنامج خاص يمول بالضرائب والهبات الخيرية. وفي لبنان فإن نصف السكان مغطى بالتأمين الصحي الاجتماعي بما في ذلك موظفي الخدمة المدنية والعاملين في القطاع الخاص والعسكريين والشرطة. يمكن مراجعة الأرقام أخيراً إلى الأدنى بالنظر إلى التكرار المتوقع للسكان المسجلين. ستحاول عملية الإصلاح كذلك توسيع التغطية إلى بعض فئات المستخدمين ذاتياً.

وفي الأردن وسع الإصلاح الأخير من التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي إلى 60% من السكان رغم أن البيانات نادرة نسبياً في هذا الخصوص. ويضم السكان المؤمن عليهم الموظفين المدنيين والعاملين في المشروعات العامة والخاصة والعسكريين واللجائين الفلسطينيين الذين يمثلون حوالي ثلث إجمالي السكان.

بدأت مصر التأمين الصحي الاجتماعي في بداية الستينيات للعاملين في القطاعات العامة والخاصة دون تغطية أسرههم. وقد طورت منظمة التأمين الصحي شبكة واسعة من التسهيلات تشمل مراكز صحية ومستشفيات من

مختلف المستويات في المدن الكبرى. وقد أبرمت عقود كذلك مع مقدمي الخدمة الخاصة. في عام 1995م امتدت التغطية إلى الطلاب وأخيراً امتدت كذلك إلى الأطفال تحت سن عام واحد باعتبارهم المجموعة الأكثر هشاشة. وفي الوقت الحالي فإن التغطية تشمل حوالي 51% من إجمالي السكان. ومع ذلك فإن الإنفاق الخاص للأسر حوالي 58% وبرنامج الإصلاح يهدف تغطية شاملة.

بدأت تونس تأمين اجتماعي صحي لموظفي الخدمة المدنية والعاملين في القطاع الخاص في بداية الستينيات بينما تغطي مجموعة الفقراء والمجموعات الهشة بخدمات الحكومة المجانية. تقدم خدمات التأمين الصحي من خلال برنامجين: صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين في القطاع الخاص ومعاليهم وصندوق الحماية الاجتماعية لموظفي الخدمة المدنية ومعاليهم. ويحصل المرضى المؤمن عليهم على خدمات مجانية من المنشآت الصحية العامة على الرغم من أن بعض الدفع المشترك قد أدخل منذ العام 1982م من بعض المراكز الصحية التابعة لصندوق الضمان الاجتماعي ومن مقدمي خدمة خاصة من خلال بعض الترتيبات الخاصة. لقد طور برنامج إصلاح التأمين الصحي الجديد صندوق علاج أمراض عام والذي سيعمل لكل المرضى المؤمن عليهم والذي سيفتح أكثر للقطاع الخاص المتوسع. وحالياً 90% من السكان لديهم تغطية وفي معظم البرامج يقدم تأمين إضافي من خلال التأمين الصحي التعاوني أو المشترك والخاص.

وفي جمهورية إيران الإسلامية تقارب تغطية التأمين الصحي الاجتماعي 90% من إجمالي السكان. ومع ذلك فإن تحليل حساب الصحة الوطنية الأخير والدراسات حول الإنفاق الكارثي قد أظهر تزايد عدم المساواة في الإنفاق الصحي حيث أن 53% من كامل الإنفاق تتحمله الأسر وأن 2% من الأسر تعاني من الإنفاق الكارثي. يركز برنامج الإصلاح على التقليل من عدم المساواة بزيادة الإنفاق الحكومي على الصحة وعلى تحقيق تغطية شاملة.

## البلدان ذات الدخل المنخفض

في البلدان ذات الدخل المنخفض فإن القطاع الرسمي محدود وهذا يشرح تدني التغطية بالتأمين الصحي الاجتماعي والخاص. إن الإنفاق الحكومي في هذه البلدان متدني ومتضائل في حالات كثيرة مما يؤدي إلى معدلات عالية وغير مقبولة من الصرفيات المنفقة التي تصل إلى 75%. وحتى وظائف الصحة العامة الأساسية لا تمول جيداً في القطاعات الحكومية. ولدى بعض البلدان برامج تأمين صغيرة متناثرة على أساس العمل تغطي المستفيدين لبعض الوقت فقط.

في جيبوتي يغطي برنامج محدود موظفي الخدمة المدنية مع أسرهم. ولدى الجيش والشرطة تغطية خاصة لأنفسهم وأسرتهم. يخطط برنامج إصلاح القطاع الصحي لتحسين الحماية الاجتماعية من خلال التوسع إلى موظفي القطاع الرسمي.

وفي السودان بدأ التأمين الصحي الاجتماعي في بداية التسعينيات والتغطية الحالية حوالي 22% من إجمالي السكان بما في ذلك موظفي الخدمة المدنية والطلاب وقدماء المحاربين وأسرة الشهداء. تبذل الجهود لتقدير جدوى تطوير تأمينات صحية أساسها المجتمع. وتعد الخطط لبدء التدريب في التأمين الصحي الاجتماعي بدعم فني من منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي باستخدام مواد تدريبية ل-STEP.

وفي باكستان لا يوجد هناك برنامج تأمين صحي اجتماعي رسمي رغم أن العاملين في الشركات الخاصة والعامة لديهم برامج تأمين خاصة تستخدم خدمات القطاع الخاص. وتبذل الجهود لتطوير شكل من أشكال التأمين الصحي الاجتماعي للعاملين في القطاع الرسمي وتجرى الدراسات من قبل منظمة الصحة العالمية لتنفيذ برامج تأمين مجتمعية مبنية على برامج تأمين صغيرة.

## الاستنتاج

إن هدف التغطية الشامل وتحسين الحماية الاجتماعية يقع في مرتبة عالية على أجندة كل الإصلاحات في مختلف مجموعات الدخل. ألزمت البلدان في تحسين حصة التمويل وفي تخفيض الإنفاق الكارثي وتوفير مختلف برامج التأمين للتغطية لتفادي الإزدواجية والتشتت.

ومع ذلك فإن التحدي الرئيسي يبقى بالنسبة للبلدان منخفضة الدخل هو المستوى المتدني للإنفاق الكلي على الصحة. وحيث أن آفاق النمو الاقتصادي ليست واعدة فإن بعض البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل معطلة

بالحروب والصراعات السياسية حيث أن عبء الدين يحد بصورة قوية من الإنفاق العام على الصحة وينبغي بذل الجهود لزيادة التضامن الإقليمي والعالمي من أجل تطوير الصحة. يجب على منظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي وكل الشركاء المعنيين دعم الجهود الوطنية والإقليمية الهادفة إلى تحسين الحماية الاجتماعية في الوقت الذي يناصرون الاستثمار في الصحة كما أوصت بذلك لجنة منظمة الصحة العالمية حول الاقتصاديات الكلية والزراعة.

## 6-2 تجارب عالمية أخرى

يمكن أن تشير تجارب بلدان أخرى إلى فرص ونواقص. في الباب العشرين من الجزء الثالث من تقرير دراستنا قدمت أمثلة للتأمين الصحي من آسيا وخصوصاً تلك البلدان في مستوى مماثل للتنمية الاقتصادية كاليمن عندما بدأوا في إدخال التأمين الصحي. الباب رقم (21) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا يقدم أمثلة من ثلاثة بلدان في أمريكا اللاتينية ويستخلص النتائج لليمن. الباب (22) من الجزء الثالث من تقرير دراستنا يعطي تقريراً عن التأمينات الصحية في مصر والجزائر وسوريا من وجهة نظر ألمانية. إن مثل هذه الأمثلة يمكن أن تفيد المناقشة حول التأمينات الصحية في اليمن.

الجدول رقم (34): دروس التأمين الصحي الدولي لليمن	
الدروس لليمن	البلد
تفادي التخفيضات الكبيرة للنتائج المحلي الإجمالي للصحة تعمل صناديق التأمين الصحي الاجتماعي على دعم متبادل للرعاية الصحية للفقراء. التغطية الشاملة ممكنة.	الجزائر
أنظمة صحية مجزأة – تديرها الدولة والتأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص – غير كفؤة. التأمين الخاص وأسواق التأمين الخاص بحاجة إلى تنظيم قوي وفعال. ينبغي تغطية الفقراء دون تمييز. ربط التمويل بالضرائب للفقراء مع التأمين الصحي الوطني أمر ممكن. آليات إعفاء جيدة ضرورية لحماية الناس من الفقر.	تشيلي
تفادي معدلات المساهمة المنخفضة جداً. عدم السماح للشركات في الاختيار. تثبيط برامج التأمين الطوعي البديلة. تفادي امتيازات الرعاية الصحية التي تنقص من التضامن.	مصر
هناك طريق طويل نحو التغطية الشاملة. مطلوب تعاون وثيق للمؤسسات العامة والغير عامة. تحسين تقديم الرعاية الصحية العامة ذو أهمية بالغة. تتبع وتقدير كل برامج تمويل الصحة الموجودة نقطة بداية ضرورية. تنسيق مختلف الصناديق سيثبج التضامن والعدالة. الربط يمكن أن يحسن النتائج الصحية.	السلفادور
إعطاء وقت لتطوير إستراتيجية وخطة تنفيذ وتشريع – ليبدأ مبكراً. ضم جميع الشركاء في عملية التخطيط. التطرق لكل الهموم قبل تقديم الحزمة النهائية للموافقة وخصوصاً أولئك المسؤولين من وزارة المالية. بدء العمل في بناء القدرة ومكاسب الكفاءة والإدارة الأفضل الآن – ليس هناك حاجة إلى تمرير قانون أولاً. لا تتوقع أن أي أحد سيتخلى بالمجان وبصورة جاهزة عن أي منافع يتمتع بها حالياً.	كينيا
مبادرات الحكومة باتجاه التأمين الصحي الاجتماعي يمكن أن تحل المسألة. يمكن لمجموعات مهنية خاصة أن تتولى القيادة في الضمان الاجتماعي. المدرسون يتبعون المجموعات الأكثر نشاطاً فيما يتعلق بالتأمين الصحي. الإدارة والإدارة الكافية هامين للتأمين الصحي. معالجة المطالبات والدفع لمقدمي الخدمة لها صلة باحتواء التكلفة.	الباراجواي
إدراج برنامج للفقراء. تدفع الحكومة مساهمات الفقراء. من الصعب تغطية المشتغلين لذاتهم على نطاق صغير.	الفلبين

الجدول رقم (34): دروس التأمين الصحي الدولي لليمن	
الدروس لليمن	البلد
بدء برنامج للفقراء. القيام ببحث أنظمة صحية واسع. القيام بالتأمين تدريجياً في قطاع الاستخدام الخاص. تفادي المساهمات المنخفضة كثيراً. إعطاء دعم للمشتغلين ذاتياً. تقديم تدخلات للاقتصاد في الكلفة. الرقابة على وصف الأدوية وأسعارها.	كوريا الجنوبية
برامج فوائد صحية للوزارات مختلفة ضمن وبين بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. المدرسون في معظم الأحيان القوة الدافعة لتأسيس التأمين الصحي.	سوريا
إعطاء رعاية طبية مجانية للفئات الهشة بما في ذلك أطفال المدارس. دعم مشروعات المجتمع الطوعية مع إعادة التأمين. برنامج إضافة 100 ريال يمني سعر متساوي لكل حالة مرض لغير المؤمن عليهم.	تايلندا
المصادر: الأبواب 19 إلى 22 من الجزء الثالث من تقرير دراستنا وكذلك الجزء الرابع	

إن هذه الملخصات القصيرة لتجارب في أجزاء أخرى من العالم تظهر أن اليمن يمكنه أن يتعلم من كثير من البلدان. ليس هناك تأمين صحي يمكن تكراره 100% في بلد آخر. ولكن هناك عدد لا بأس به من أوجه التشابه التي ينبغي التعامل معها. إن مشكلة تغطية أو ضم الفقراء والعاطلين عن العمل هو أحد الموضوعات الأساسية والموضوع الآخر هو صعوبة تغطية وضم الذين يعملون لأنفسهم. إن تقسيم العمل أو التعاون بين التأمينات الصحية والخدمات الحكومية هو موضوع يمكن دراسته في جميع البلدان التي لديها تأمين صحي. سيكون من غير الاقتصادي ومن غير المعقول إهمال التجارب من الخبرات الاجتماعية في بلدان أخرى حيثما يمكن تحديدها وبالنسبة لبحث وإدارة الأنظمة الصحية ليس هناك طريقة أفضل للتعلم من التمتع باهتمام في بلدان أخرى وتاريخها. وهذا عامل تبصير حقيقي ويمكن تفادي تكرار نفس الأخطاء.

### 3-6 معايير لاقتراح واختيار البدائل

ليس هناك أبداً خيار وحيد. الاقتصاد هو علم الخيارات. إن اقتصاديات الصحة هي فن لتطوير ومناقشة والدفاع عن خيارات ومحاولة إيجاد أفضلها لتحسين صحة الناس. إن تكاليف الفرصة هي تلك التكاليف التي علينا دفعها إذا لم نختار أفضل بديل أو خيار. ولذلك يجب علينا أن نكون ابتكاريين في تطوير ومناقشة والدفاع عن خيارات وللبحث في كل مزاياها وعيوبها والتكاليف المباشرة وغير مباشرة والتكاليف المادية وغير مادية. لا يهم كيف تولد الخيارات فيمكن أن تكون الخيارات أولاد غير شرعيين ولكن أكثر الخيارات مناسباً سيبقى. ولذلك لا نحتاج لمعايير لاقتراح خيارات يمكن لكل شخص أن يقترح أي خيار والأكثر هو الأفضل.

نحتاج إلى معايير لاختيار الخيارات. وإذا كانت لدينا رؤية وهدف واضحين وإذا كانت هذه الرؤية والهدف قابلة للقياس وكذلك الخصائص الرئيسية للخيارات عندها يمكننا اختيار أفضل الخيارات بطريقة رياضية. وفي الحياة الحقيقية والاجتماعية ليست هذه هي الحال ولذلك علينا جمع كل الدلائل المتوفرة والحجج والبيانات والآراء والتقييمات من وجهة نظر مقدمي المقترحات النضيرة وكذلك من أولئك المستفيدين أو الذين من المحتمل أن يتضرروا من الخيارات. إنه حوار اجتماعي مطلوب للتعامل مع الخيارات والموازنة الرشيدة للمنافع والعيوب لمختلف قطاعات المجتمع. وفيما يتعلق بالتأمين الصحي فإن الحوار بين الحكومة والعمال وأصحاب العمل والخبراء الصحيين والمجتمع المدني وكل الأطراف المشاركة ضروري لاختيار أفضل خيار. إنه ليس قرار الحكومة بل إنها عملية اجتماعية. إن ندوة لمناقشة مختلف الخيارات مع ممثلين من جميع الأطراف المعنية ومن المجتمع هو أمر ضروري لتطوير نظام تأمين صحي. ولا يمكن تصميمه في المكاتب بل يجب أن يقدم إلى عملية اجتماعية لموازنة المنافع والمضار من مختلف وجهات النظر لجميع المناصرين والشركاء والمرضى والفقراء. إن ندوة حوار هي خطوة ضرورية باتجاه نظام تأمين صحي وطني رشيد.

## 4-6 شروط مسبقة لبدء نظام التأمين الصحي الوطني

### 1-4-6 شروط مسبقة تاريخية

إذا نظرنا إلى تاريخ أوروبا يمكننا محاولة أن نجد ما هي الشروط المسبقة الموجودة لبدء برنامج تأمين صحي وطني. لقد بدأت برامج التأمين الصحي عندما كان الكثير من السكان لا يزالوا فقراء جداً. وحتى بعد الحروب تم إستعادة التأمينات الصحية في مختلف البلدان. إن التأمين الصحي ليس بضاعة ترفيه للبلدان الغنية فحسب فكل البلدان الأوروبية تقريباً مغطاة الآن بتأمينات صحية غير ربحية وبعيدة المدى ضمن إطار أوسع من التأمينات الاجتماعية. إن مد تغطية التأمين الاجتماعي ليشمل التأمين الصحي في أوروبا قد أتبع هذا النمط تقريباً الذي تتبناه بتحليل علم السياسة الكمي (البيير 1985):

- 1- من العاملين إلى الأمم أي أنه كان نهج تزايدى بدأ بالعمال الذين يتقاضون مرتبات.
- 2- من تأمينات الحوادث إلى تأمينات البطالة أي أن تأمين حوادث العمل قد تبعه التأمين الصحي وأتى التأمين ضد البطالة في وقت متأخر.
- 3- من التأمين الطوعي إلى التأمين الإجباري أي أنه بدأ ببرامج تضامن جرى التوافق بينها خطوة فخطوة وأدمجت في شبكات أكثر شمولية.
- 4- من السيطرة إلى الثقة والحق أي كانت هناك ضوابط شديدة في البداية.
- 5- من النقدي إلى العيني أي أن الفوائد كانت تعطى بصورة متزايدة عيناً وليس نقداً وكانت تعطى الفوائد النقدية أثناء الإجازة المرضية أولاً لتعطي الاحتياجات الأساسية للأسر وجاءت الرعاية الصحية فيما بعد ذلك.
- 6- من العمال إلى المستخدمين لذاتهم أي أن المستخدم لذاته دخل التأمين الصحي فيما بعد كما هو مجرب الآن في الكثير من البلدان النامية أيضاً.
- 7- من الفقراء إلى الأغنياء ومن الضعفاء إلى الأقوياء أي أن تغطية الفقراء كان الهدف الرئيسي للتأمينات الصحية الاجتماعية في أوروبا. وهذا يختلف عن مناهج التأمين الصحي التي يناصرها بعض المؤلفين من الولايات المتحدة الأمريكية.
- 8- من مساعدة الذات إلى المؤسسات أي أن برامج التضامن قد تحولت خطوة فخطوة إلى أوضاع مؤسسية أكبر.
- 9- لعبت الدولة دوراً غير واضح نوعاً ما أي أنه كان من غير الضروري أن تكون العامل الدافع للتغيير وفي بعض الأحيان كان العمال وأصحاب العمل يلعبون دوراً أكثر نشاطاً.
- 10- لعبت الأحزاب السياسية دوراً غير محدد أي أن اللون السياسي للأحزاب السياسية المشتركة كقوة دافعة لم يكن يهم كثيراً لتصميم وتنفيذ التأمين الصحي في أوروبا.
- 11- العوامل الاجتماعية الاقتصادية لم تكن حاسمة أي أنه في بعض البلدان بدأت في الفقيرة وفي بلدان أخرى في أوضاع أفضل.
- 12- لم يكن الانتشار عامل أساسي أي أن التجارب من الخارج قد أستشيرت لكنها لم تكن حاسمة في تنمية برامج التأمين الصحي الوطنية والمحلية.

الرسالة الرئيسية هي: أن نظام التأمين الصحي الوطني يمكن أن يبدأ في ظروف مختلفة جداً وما هو مطلوب أكثر هو الوعي والإرادة السياسية والفرصة.

### 2-4-6 الشروط المسبقة التجريبية

هناك عدة متطلبات أساسية لإقامة برامج تأمين صحي والتي انبثقت عن المقابلات والمناقشات مع الشركاء من مختلف المنظمات والمؤسسات في اليمن. والقائمة التالية هي لذلك تفكير في مجموعة من الشكوك وأسئلة الشركاء اليمنيين وليست مجموعة من القضايا التحليلية والأكاديمية وذلك لأخذها في الاعتبار.

الفكرة: أولاً وقبل كل شيء من المهم أن تكون الفكرة واضحة ويشترك فيها الجميع أن التأمين الصحي مفيد بسبب مبداه في مدفوعات صغيرة لتغطية مخاطر كارثية كبيرة. ليس كافياً أن يقتنع الخبراء ولكن من المهم أن هذه الفكرة يشارك فيها مجموعة معينة من المجتمع وأن هناك أمثلة من برامج التضامن (حتى بحجم صغير) ومشروعات التأمين الصحي المنبثقة عن التشارك في هذه الفكرة من قبل عدد من الشركاء. إن نشر وتكرار هذه الأفكار غير ذي جدوى فقط للتسويق ولكن بتسويق منتج جيد يكون مقبولاً في أوضاع ثقافية ودينية عديدة. إن مبدأ التضامن لوحده لن يكفي لإقناع الناس والشركاء. إن الأنايئة المستنيرة ستقبل أيضاً أن التأمين الصحي يجب أن يكون إجبارياً للكثير ولتوفير المال فردياً في حالة الحاجة الغير متوقعة. إن الدافع والتعبئة يجب أن تعزز انتشار ونمو الفكرة الأساسية البسيطة للتأمين الصحي.

القوة: إذا دعمت هذه الفكرة من قبل الأشخاص الأقوياء والنافذين فإن المحاولات صغيرة الحجم يمكن أن تتوسع إلى برنامج أوسع وما هو ضروري لتجميع المال لغرض مشترك بصورة جيدة على سبيل المثال لإشراك الكثير من الأعضاء أن يكونوا مستعدين لتغطية المخاطر النادرة والقوة لوحدها مع ذلك ليست كافية يجب أن يصاحبها قيادة أي شخصية قوية تشجع شخصياً وتدفع بمبادئ التأمين الصحي الاجتماعي. ينبغي أن يكون هذا القائد قادراً على إقناع الشركاء والمشاركين المحتملين على سبيل المثال وزارة المالية. ويجب أن تكون لديه القدرة في تقاسم الشيء المثير للتأمين الصحي مع آخرين. إن نجمة مضيئة واحدة أو أكثر مطلوبة ونستطيع أن نقول أنه عقل ما نحتاج إليه شخص يعتني ببنات أفكاره التي تدعى التأمين الصحي الاجتماعي.

المبادئ: إن الفكرة الأساسية للتأمين الصحي تقوم على عدة أعمدة

○ لا يمكن أن يبقى التأمين الصحي الاجتماعي من ذاته بل يجب أن تكون هناك مساعدة حكومية لدعم إنتاج الصحة عن طريق الترويج والوقاية وتقديم الرعاية الصحية الأساسية. ويمكن فعل ذلك إما مباشرة من قبل مقدمي خدمة عامة أو يمكن التعاقد عليه. والشيء المهم هو أن تتم بصورة رشيدة أي أن كفاءة جميع المشروعات تنفذ بدقة وأن هموم الفاعلية تتناول على سبيل المثال حملة استخدام رشيدة للأدوية ونظام إحالة عن طريق بواب موثوق فيه وأمين. يجب أن يكون هناك مساعدة حكومية في صورة إعادة تأمين بالنسبة للمشاريع الناشئة أو برامج التأمين الصحي الصغيرة أيضاً.

○ والمبدأ الآخر هو أن الأفقر يجب أن يساعدهم الأيسر سواء بنظام الضريبة أو من خلال مشاركة مدعومة أو حتى مشاركة مجانية في البرنامج أو كلاهما. وينطبق ذات الشيء على المزارعين والتجار من حجم صغير المستخدمين لأنفسهم الذين عائداتهم ضئيلة وعلى العاطلين عن العمل وأولئك المتأثرين لوقت معين بصدمات أو ظروف هشة معينة. إن قواعد إعفاء نافذة وواضحة ومجدية للدفع عن الرعاية الصحية أو التأمين الصحي هي واجب.

○ والمبدأ الثالث هو أنه ينبغي أن لا يكون هناك خاسرين إذا أمكن عند إدخال التأمين الصحي إلى بنية موجودة لديها برامج منافع صحية عاملة لعاملين وموظفين مختارين ومحظوظين. إن حقوق العمل المكتسبة تستحق حمايتها. ويبقى ذات الشيء صحيحاً بالنسبة لبعض المشاركين والذين قد بدأوا بمقترحات مشاريع تأمين صحي على سبيل المثال القوات المسلحة والشرطة.

○ والمبدأ الرابع يبدو أنه بسيط: فالتأمين الصحي ينبغي أن يفيد أعضائه بطريقة ملحوظة وهذا يعني أن الدفع المسبق هو دفع مسبق وينبغي أن يكون دفع مسبق أي يجب أن لا يكون هناك خلط مع المدفوعات اللاحقة في صورة تقاسم تكلفة وتشارك في الدفع إلا في الحالات حيث ذلك مطلوباً لإدارة مخاطر معنوية.

المساندة الحكومية: إن السلطة المؤسسية ينبغي أن تساند نشر وتكرار فكرة التأمين الصحي وأن تعطيهما الاستدامة

○ فأولاً وقبل كل شيء فإن إعطاء بعض الأولوية للصحة الأساسية والتعليم الأساسي كدافعين للتنمية الاقتصادية هو مهمة ينبغي متابعتها من قبل حكومة وطنية رشيدة وقيادة التأمين الصحي عليها أن تقع القادة الحكوميين حول العلاقة الحقيقية بين الاقتصاد الكلي والصحة والتعليم.

○ تعديل القوانين الحالية المالية والتقاعدية وقوانين العمل هو مساندة ثانية هامة وكذلك صياغة ونقاش أكثر من طرف ومراجعتها على فترات دورية من أجل التعلم من التجارب.

○ والقضية الثالثة والأساسية جداً هي توجيه الأموال المخصصة للصحة من أجل الاستخدامات الصحية. ولم تكن هذه هي الحال دائماً في الماضي في اليمن. وهذا يعني أنه يجب أن يكون هناك تقسيم واضح للعمل بين صندوق الصحة أو صناديق الصحة العديدة والحكومة. يجب على الحكومة أن لا تخط الصناديق التي تدار بحسب إتخاذ القرار الواعي في صحة عامة رشيدة. على الحكومة أن تمارس الإشراف لمساندته وتقويته. إن التقسيم الواضح للعمل بهذا الخصوص يجب أن يبدأ ويتم الحفاظ عليه.

● الإدارة: هناك حاجة إلى إدارة حديثة بمستوى عالي من المهنية والتجربة المتحمسة لا تسمح بالممارسات الروتينية والبيروقراطية. ينبغي أن تسند الإدارة من قبل مجموعة تفكير ممتازة وابتكارية وبالحوارات المؤسسية والمؤثرة مع المرضى (مثلاً مجموعات مساعدة الذات لمرضى السكري ومنظمات المجتمع المدني) والشركاء (مثل قطاع العمل) ومقدمي الخدمة (العامة والخاصة) والمنافسين (برامج الفوائد الصحية أو برامج التأمين الصحي الأخرى). ويجب أن يكون الهدف هو تحقيق تعليم مشترك خطوة خطوة وتوافق تدريجي للبرامج ووضع أموال للغرض المشترك بصورة أفضل وتقاسم المخاطر. وهناك حاجة إلى تكرار التقييم لتحقيق الأهداف.

● الثقة: الثقة في الصناديق مفقودة في اليمن ولقد ذكر عن ابتزاز للأموال وفساد مرة فمرة في كل المقابلات. إن الشفافية والمساءلة والمصادقية يمكن تحقيقها بصورة أفضل بالاستقلال عن الحكومة وعن طريق المشورة والمراجعة الداخلية المستمرة والمشورة والمراجعة المدنية والدولية. وبالنظر إلى بساطة إجراءات الشفافية وقواعد التمويل والفوائد الواضحة ينبغي إدخالها مع تعاريف واضحة لحقوق والتزامات العملاء ومقدمي الخدمة ومعلومات واضحة وصادقة لكل الشركاء بما في ذلك وسائل الإعلام. يمكن استعادة الثقة فقط إذا رأى العملاء أن هناك قيمة لمدفوعاتهم المسبقة. لازالت الرعاية الصحية ذات الجودة العالية نادرة في اليمن ومع ذلك فهناك أمثلة وسبل لتحسينها من خلال التعاقد الانتقائي لأفضل مقدمي الخدمة واتجاه دائم ومستديم نحو ضمان الجودة.

● السيطرة: ويصاحب الشفافية المتزايدة إنفاذ القواعد والأنظمة عن طريق نظام فحص ورقابة صارمين. ومحاولة منع الفساد والطفيلية والمتطفلين والمستغلين والعملاء الوهميين والموظفين الوهميين ومقدمي الخدمة الوهميين ويتطلب ذلك الكثير من الذكاء والحدس والخيال. ينبغي بناء وكالة مخابرات مركزية داخل هيئة التأمين الصحي لزيادة الكفاءة ولتفادي تكاليف الفرصة وإنفاق الموارد النادرة لأغراض التأمين الصحي بدلاً من الأرباح الخاصة. ويجب أن توجد عقوبات واضحة وقاسية ونظام قضائي يستطيع ويفعل وراغب في إنفاذ العقوبات. إن التأمين الصحي ليس جزيرة في اليمن – إن عليه أن يواجه الحقائق المحيطة به وذكاء الناس الذين يحاولون الاستفادة منه. إن هذا أحد التحديات والتهديدات الأكثر أهمية. إن المستغلين المحتملين ليسوا الأفراد فحسب ولكن كذلك المؤسسات حيث يمكن أن تختفي الأموال وتوجه نحو استعمالات أخرى كما قد تم تجريبه على نطاق واسع في اليمن وإنها ليست مهمة سهلة بأي حال.

● البداية الجيدة: يبدو أنه لأمر حيوي أن يكون هناك مشروع يعرض صورة جيدة في البداية وهو المشروع الذي يستطيع مماشاة أفضل نوايا التأمين الصحي مع أفضل تنفيذ وأفضل ممارسات. إن التماثل مع صندوق الأدوية الممتاز ولكن الذي أسيء استخدامه ينبغي أن يتم تجنبها. إن القولية بعد صناديق التقاعد ينبغي أن تتم بعناية لأنها لا تعتبر من قبل الكثير بأنها أمثلة أفضل. إن المماثلة مع الصندوق الاجتماعي للتنمية لن تكون سيئة والتي تعتمد على مساندة دولية قوية وشخصية بارزة حقاً مثل المدير. والبداية الطيبة مطلوبة مع مجموعة أو قطاع من السكان تسهل إدارته. وفي حالة الإرادة السياسية والدعم ينبغي أن لا تكون البداية صغيرة وهزيلة.

### 3-4-6 مزيد من الشروط المسبقة

هناك عدد من الشروط الإضافية تحتاج إلى الإيفاء بها وهناك بعض الأسئلة الأساسية بحاجة إلى إجابة قبل أن تستطيع اليمن البدء بإنشاء التأمين الصحي الاجتماعي. إن بعض هذه الأسئلة تتعلق بالإجماع السياسي والإرادة وأخرى بالوضع الاقتصادي وبسوق العمل. وأخيراً وليس آخراً هناك الكثير من الأسئلة الفنية والإدارية بحاجة إلى إجابة. إن حقيقة أن هناك مسودة قانون تأمين صحي موجودة قدمت إلى الحكومة في فبراير عام 2004م يشير إلى أن هناك بعض الخطوات التي أخذت للإجابة على بعض تلك الأسئلة. ومن جانب آخر فإن تقنين قانون التأمين الصحي قد أجل لأن جزء من الحكومة قد اعتقد بأن اليمن ليست جاهزة بعد للإصلاح. وهذا يؤكد على أنه من الضروري تحديث وجعل الأهداف السياسية واقعية وتحليل الوضع فيما يتعلق بالشروط المسبقة الأساسية

لتقدير التأثيرات الواقعية للإصلاح المخطط له وكذلك لتقدير البدائل الاختيارية. فأولاً وقبل كل شيء هناك حاجة إلى إجماع عريض للشركاء لتنفيذ مثل هذا الإصلاح وهذا شرط ضروري لأي خطوات لاحقة للتنفيذ.

إن الشروط المسبقة العامة لبدء نظام التأمين الصحي الوطني هي التالية:

- الإجماع في مجموعة صناعات القرار السياسي في اليمن والمشاركين والدعم من الرئيس ورئيس الوزراء.
- الدعم من المساهمين الدوليين والمانحين (على سبيل المثال البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي ... الخ).
- الانفتاح واستيعاب الإصلاح من سكان اليمن.
- الحد الأدنى من المؤمن عليهم في البداية.
- قدرات إدارية كافية.
- بنى أساسية فنية أساسية على الأقل ميزانية كافية لإنهاضه.
- الانفتاح على الدعم الخارجي وتنفيذ النظام من قبل إدارة مشروع مهنية.
- نظام العقوبات والمخالفات.
- الرغبة لكل من: التنظيم بالقوانين (إطار عمل قانوني) ومراجعة / تحديث القوانين الموجودة.

وإلى جانب هذه الشروط المسبقة (أنظر المواصفات في القسم الثاني من تقرير دراستنا) من الضروري الإجابة على السؤال ما إذا كان هناك بنية رعاية صحية مقبولة موجودة تكون قادرة على تقديم خدمات صحية تكون جزءاً من حزمة فوائد التأمين الصحي.

وعلى أساس هذه الشروط المسبقة يمكن أن نذكر بعض الاستنتاجات الهامة من مقابلاتنا وتحليلنا للوثائق:

- إن الفساد في المجتمع اليمني قد كان الموضوع الرئيسي في معظم المقابلات.
- في أغسطس 2005م يبدو أن هناك جزئياً فقط إجماع على بناء تأمين صحي وطني يتبع معايير الشفافية والمساءلة والمصادقية.
- القوانين الحالية مثل قانون العمل للقطاع الخاص فيه بعض النصوص الجيدة فيما يتعلق بالرعاية الصحية في الشركات وتأمينات الخدمة وأنظمة أخرى على سبيل المثال استمرار المرتب في حالة الإجازات المرضية والذي لا يتلاءم مع قانون التأمين الصحي الوطني الحديث وينبغي مراجعته وتكييفه. هذا أيضاً لأنها غير جذابة للاستثمارات الخاصة في الاقتصاد اليمني. من جانب فإن الكثير من مؤشرات الصحة اليمينية سيئة تماماً ومن جانب آخر هناك المئات من المهنيين (أطباء وصيادلة) عاطلين عن العمل أو في بطالة مقنعة. إن بناء تأمين صحي وطني لوحده لا يمكنه حل هذه المشكلة إنما هناك حاجة لاستثمار عام في المنشآت والأفراد وتوزيع مهني للموارد وتنفيذ نظام عقوبات.
- هناك الكثير من الممارسة الجيدة ضمن برامج الصحة الحالية وخاصة في قطاع الشركات الخاصة والعامة ولكن هناك أيضاً تنوع مذهل لمختلف حزم الفوائد والتمويل وتعبئة الموارد وإجراءات الرعاية الصحية. إن التنوع هو ميزة أيضاً ولهذا السبب ينبغي الاحتفاظ بالممارسة الجيدة والتي تستطيع أن تعطي توجيه لمزيد من خطوات الإصلاح. لذلك من الضروري إدماج الممارسات الجيدة في الإصلاح بإستراتيجية شاملة على مستوى الأمة.

## 5-6 خيار نظري واحد: تقديم الصحة على أساس الضرائب

وعلى النقيض من معظم البلدان التي لديها تأمين صحي اجتماعي حيث تم تبيان هدف التغطية الشاملة قريب جداً فقد كانت التغطية الشاملة سمة مركزية للبلدان التي لديها نماذج تمويل بالضرائب (بوس وآخرين 2005). وفي نيوزيلندا فإن هدف السياسة الرئيسي هو توفير "رعاية مجانية للجميع" والتي يعود تاريخها إلى عام 1938م وقد تبعتها المملكة المتحدة بإيجاد خدمة الصحة الوطنية في عام 1948م – "عام وشامل ومجاني في نقطة التقديم".

وفي أوروبا الشمالية وأستراليا فإن أنظمة الرعاية الصحية التي تمول بالضرائب والاستحقاق لخدمات الرعاية الصحية مبنية على الإقامة مثلها في المملكة المتحدة وأستراليا ونيوزيلندا أو البلدان الإسكندنافية – بصرف النظر عن الجنسية. إن السكان بدون غطاء في هذه البلدان هم لذلك قليلين جداً ومنحصرين أساساً في المهاجرين الغير شرعيين. ومقارنة مع هذه البلدان فإن التغطية العامة هي ظاهرة حديثة جداً في بلدان جنوب أوروبا التي تمول الضرائب ولكن بحلول العام 2002م فإن كل البلدان التي لديها خدمة صحية وطنية في جنوب أوروبا قد حققت كذلك التغطية العامة تقريباً.

وفي إيطاليا تم إدخال خدمة صحية وطنية بهدف تغطية عامة في عام 1978م وقبل عام 1978م كان 93% من السكان مشمولين بالتأمين الصحي العام رغم أن ذلك تحت شروط متفاوتة بصورة كبيرة. وقد غير إصلاح عام 1978م مبدأ تمويل الرعاية الصحية: ألغى التضامن ضمن الفئات المهنية لصالح التضامن بين الأجيال والذي ساند إدخال تغطية شاملة ومجانبة لكل المواطنين الإيطاليين أما المقيمين الغير إيطاليين فلم يكونوا مشمولين بموجب هذا التشريع. وفي عام 1998م فقط كان للمهاجرين الشرعيين نفس الحقوق كالمواطنين الإيطاليين. وقد أتخذت إجراءات كذلك لتوفير بعض الرعاية للمهاجرين الغير شرعيين والذين يحصلون الآن على مجموعة محدودة من خدمات الرعاية الصحية وخصوصاً علاج الأمراض المعدية وبرامج الرعاية الصحية للرضع والنساء الحوامل (دوناتيني 2001).

وبحسب آخر مسح صحي وطني في عام 1997م فإن 94.8% من سكان أسبانيا مشمولين بموجب الانتساب الإيجاري لنظام الصحة الوطني و 4.6% من سكان أسبانيا – موظفي الخدمة المدنية ومعاليهم – قد أخذوا تأمين لدى صندوق تعاوني غير ربحي. إذا لم يكن الأفراد مشمولين بالبرنامج الوطني فهذا عادة لأسباب العضوية في برنامج تأمين بديل مرتبط بالوظيفة وليس على أساس عدم القدرة على المساهمة. إن المجموعة الصغيرة من سكان أسبانيا الغير مغطاة رسمياً سواء بنظام التأمين الوطني أو الصندوق التعاوني تتكون أساساً من أولئك الغير ملزمين بالانضمام لنظام الضمان الاجتماعي وتزامناً غير مؤهلين للوصول من خلال البرنامج الغير إسهامي للفقراء. وهذه المجموعة المستثناة تتكون أساساً من مهنيين ليبراليين مستخدمين لذاتهم وأصحاب عمل (ريكو 2000). إن الحصول على الخدمات الصحية في أسبانيا مرتبط بملكية تاريخياً ساليديا انديفايدول (TSI) والبطاقة الصحية الإلكترونية الفردية. ومنذ العام 2001م TSI متاح للمواطنين وكذلك للمقيمين من الأجانب. ليس هناك فرق بين المواطنين الأسبان والمهاجرين وحتى إذا اعتبروا "غير شرعيين" وتهدف مبادرة جديدة في كاتلونيا الى توسيع مجموعة المهاجرين الذين يحوزون TSI بصرف النظر عن وضعهم القانوني وبذلك يكون بمقدورهم الوصول إلى شبكات الصحة العامة. بإعطاء المعلومات وتسهيل الوصول وتحسين المعرفة حول الخدمات التي يشملها "TSI" سيتم تحقيق الإستراتيجيات للسكان المهمشين (فيلاسكو – جاريدو 2005).

وفي البرتغال بالإضافة إلى النظام الصحي الوطني والذي يغطي 83.5% من سكان البرتغال فإن 10% تغطيهم برامج التأمين الصحي البديلة و 6.5% بالصناديق التعاونية. وعموماً فإن الفوائد التي يتم الحصول عليها بموجب التأمين الخاص أو برامج الصناديق التعاونية تتجاوز تلك التي توفر بنظام الصحة الوطني. ومع ذلك ففي كلا النظامين الفرعيين فإن مساهمات صاحب العمل والموظف غير كافية في أحيان كثيرة لتغطية كامل تكاليف الرعاية وبالتالي فإن نسب كبيرة من التكاليف تحول على نظام الصحة الوطني. وقد كان سبب ذلك المسجلين في هذه الصناديق الذين لا يصرحون بعضويتهم عند تلقيهم العلاج ضمن نظام الصحة الوطني وبذلك يعفون الصناديق من المسؤولية عن كامل تكاليف رعاية أفرادهم. إن العلاقة بين نظام الصحة الوطني والأنظمة الفرعية قد تم تناوله صراحة بالتشريع في نهاية عام 1998م. لقد تم تصميم برنامج "اختياري" مسيطر عليه بصورة شاملة والذي بموجبه يمكن تحويل المسؤولية الكاملة عن الرعاية الشخصية في النظام الصحي الوطني إلى الهيئات العامة أو الخاصة عن طريق مساهمة يتم إنشائها بعقد مع وزارة الصحة. وقد أبرمت ثلاث اتفاقيات بين وزارة الصحة وأنظمة فرعية. وتحول الدولة سنوياً إلى تلك الهيئات مبلغ بحسب الأفراد لكل مستفيد ومقابل ذلك يدفع النظام الفرعي المقابل كامل السعر لخدمات مستشفيات النظام الصحي الوطني ويتوقف عن الاستفادة من الدفع المشترك للنظام الصحي الوطني في صرف الأدوية. إن مزايا تحسين الربط بين النظام الصحي الوطني والأنظمة الفرعية لا ريب فيه. ومع ذلك فهناك برهان صارخ على اختلاف بين سهولة التحويلات المالية من وزارة الصحة إلى الأنظمة الفرعية والصعوبة التي تواجهها خدمات نظام الصحة الوطني في إعداد الفواتير عن الخدمات المقدمة للمستفيدين من الأنظمة الفرعية (بنيتيس 2004).

هناك 13 بلداً من بين الـ 25 بلداً التي راجعها تقرير بوس (2005) والتي تحصل بصورة رئيسية على نفقاتها للرعاية الصحية من مدفوعات الضرائب. وهم يحصلون على مدفوعات الضرائب كضرائب مباشرة مثلاً ضرائب شخصية، ضرائب على دخل الأشخاص وضرائب على دخل الشركات أو كضرائب غير مباشرة مثل

ضريبة القيمة المضافة. إن بعض هذه البلدان وخصوصاً آيسلندا وفنلندا والسويد تعتمد بالإضافة لذلك على مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي على الرغم من أنها صغيرة مقارنة بمدفوعات الضرائب.

أما أسبانيا وآيسلندا فقد تحولت من نظام الصحة الاجتماعي وتديرت الانتقال إلى مدفوعات الضرائب كآلية تمويل رئيسية. وفي كلا البلدين فإن السبب الرئيسي لهذا التغيير يمكن أن ننظر إليه في التصاعدية الأعلى المنظورة لآلية دفع الضرائب على الرغم من أن مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي إذا صممت طبقاً لذلك كان يمكنها ربما أن تحقق مستوى مماثل من التصاعدية كما تحقق فعلياً بالتغيير في أسبانيا (أي من التنازلي في عام 1980م إلى لا تصاعدي ولا تنازلي في عام 1990م).

### الجدول رقم (35): الانتقال من التأمين الصحي الاجتماعي إلى التمويل بالضرائب في آيسلندا وأسبانيا

أكثر من 60% من النفقات الصحية في آيسلندا تم تمويلها بمساهمات تأمين بمعدل متساوي لصناديق الأمراض حتى عام 1972م. ولأن هذه المساهمات قد نظر إليها تنازلية أكثر مما ينبغي وحيث أن النفقات الصحية ترتفع بسرعة في نفس الوقت فقد تقرر التحول إلى مدفوعات الضرائب. وفي الفترة الانتقالية من عام 1972م إلى عام 1989م بقيت صناديق حالات الأمراض لكنها لم تتسلم تمويلها كاملاً من مدفوعات الضرائب 80% من الدولة و 20% من الحكومات المحلية (هالدرسون 2003).

وقد أعمدت أسبانيا بصورة رئيسية كذلك على مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي. وفي منتصف السبعينيات أسهمت مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي بحوالي ثلثي نفقات الرعاية الصحية الإجمالية بينما غطي الثلث المتبقي من خلال مدفوعات الضرائب. وفي عام 1986م ومع إدخال خدمة الصحة الوطنية بدأ تحول أساسي نحو التمويل بالضرائب. وبحلول العام 1989م عكس النمط السابق لأول مرة بمدفوعات الضرائب مشكلة 70% ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي هبطت إلى حوالي 30% من الإجمالي. وطوال أعوام التسعينيات تناقصت باستمرار مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي (ريكو وسابس 2000).

المصدر: بوس 2005

وعلى نقيض آيسلندا وأسبانيا فقد أدى المستوى المتناقص للتمويل بالضرائب إلى زيادة نسبية (وإن تكن صغيرة) في نسبة مساهمات الضمان الاجتماعي في فنلندا. وقد تناقصت حصة المدفوعات من الضرائب من 66.1% من إجمالي الإنفاق الصحي في عام 1975م إلى 59.7% عام 2002م بينما ازدادت مساهمات الضمان الاجتماعي من 12.6% عام 1975م إلى 15.9% عام 2002م. وهذا التحول سببه بصورة رئيسية الركود الاقتصادي الذي واجهته فنلندا في التسعينيات (جارفلن 2002). وقد عانت كندا والنرويج اقتطاعات هائلة في حصة الضرائب كنسبة من الإنفاق الصحي - لصالح آليات التمويل الخاص. ومع ذلك فإن هذا التطور لا يعكس بالضرورة نقصاً في الضرائب المتاحة (كما هو في فنلندا) إنما انخفاض كبير في الإنفاق الصحي من الموارد العامة ويكشف ذلك عن هشاشة المدفوعات الضريبية في تغيير الأولويات السياسية.

وبدلاً من أن تستمد مدفوعات الضريبة كضرائب مباشرة أو غير مباشرة على الدخل العام يقترح البعض لذلك ضرائب مفردة لغرض معين للإنفاق الصحي. ومما هو مستغرب تماماً بأن تلك الضرائب لا توجد في البلدان التي تمول بصورة رئيسية بالضرائب (ولو أنه في حالة السويد يمكن المحاولة بأن الضرائب في المقاطعات مفردة لغرض معين بحكم الواقع حيث أن الأغلبية العظمى منها تستخدم للرعاية الصحية. وبدلاً من ذلك تم إدخال الضرائب المفردة لغرض خاص كمصدر للتمويل التكميلي في البلدان التي بها أساساً تمويل ضمان اجتماعي. ففي فرنسا تجمع نسبة 3.3% من إجمالي الدخل الصحي كضرائب مفردة لغرض معين على استخدام السيارات واستهلاك التبغ والكحول. وبالإضافة لذلك يطلب من صناعة الأدوية دفع ضرائب مفردة لغرض معين على الدعاية تبلغ 0.8% من دخل الصحة الإجمالي (ساندير 2004). وتجمع ألمانيا ضرائبها على استهلاك التبغ بيورو واحد تقريباً للباك في ثلاث خطوات بحلول العام 2005م والتي توجه نحو الضمان الصحي الاجتماعي من أجل موازنة معدلات الاسهام<sup>38</sup>.

إن الافتراض العام هو أن المدفوعات الضريبية تلعب أساساً دوراً ضمن أنظمة الرعاية الصحية الممولة بالضرائب وتعتمد بلدان الضمان الصحي الاجتماعي في غالبيتها على المساهمات المرتبطة بالأجور لتمويل أنظمتها الصحية. ومع ذلك ففي النمسا وبلجيكا وسويسرا واليابان تجمع أكثر من 10% من نفقاتها الصحية

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

الإجمالية من خلال الضرائب - وتصل إلى 30% في حالة النمسا (بوس 2005). وبالإضافة لذلك ومما يؤثر التشوش أكثر ففي الإحصائيات الدولية من غير الواضح في أحيان كثيرة ما إذا كان الإنفاق من خلال الضرائب يتضمن الدعم الضريبي لصناديق حالات الأمراض أو ما إذا كانت هذه مدرجة كموارد تأمين صحي اجتماعي. وبكلمات أخرى فإن الحصة المبينة لمدفوعات الضرائب في بعض البلدان يمكن أن تنقص تقدير المبلغ الفعلي للموارد المحصلة من خلال الضرائب طالما أن هذه ربما تتضمن إعادة تخصيص الموارد.

## 6-6 خيار نظري ثاني: أولوية التغطية للحالات الكارثية

إن آلية تمويل جديدة تطورت خلال الثمانينيات هي نهج حسابات التوفير الطبي (بوس 2005). وبموجب هذا النهج فإن المبلغ المتوقع من المال المطلوب يجري ادخاره مسبقاً من قبل كل فرد في حساب خاص يجنب لتغطية مصاريف الرعاية الصحية. وعلى نقيض مدفوعات الضرائب ومساهمات التأمين الصحي الاجتماعي فإن الموارد المحصلة لا يجري دفعها لغرض مشترك وهي لذلك تجمع مع شكل ما من التأمين الصحي تجاه المخاطر المالية العالية من المرض. إن تسديد التكاليف الصحية في إطار التأمين عالي المخاطر محصور سواء على تكاليف علاجات محددة بدقة وخصوصاً تلك التي ربما تعرض المؤمن عليه لمخاطرة مالية عالية (مثلاً في حالة الأمراض الشديدة أو المزمنة) أو تحدث فقط زيادة على استقطاع معين والذي هو مقتصر على مبلغ محدد في العام. يمكن تقديم تغطية التأمين عالي المخاطر هذا بواسطة ضريبة أو بنظام صحي اجتماعي أساسه التأمين أو بتأمين صحي خاص (شريوت 2004).

ولما كان حساب الوفورات الطبية لمساهمات التأمين الصحي الاجتماعي الإجباري تطلب من الفرد كل شهر (في بعض الأحيان يشاركه صاحب العمل) أن يدفع مبلغاً ثابتاً أو حصة بنسبة مئوية من الدخل الإجمالي إلى حساب وفورات طبي على أساس إجباري فإن الطبيعة الإجبارية لحسابات الوفورات الطبية على النقيض من حسابات البنوك الخاصة تضمن أن الفرد يكون في الواقع احتياطيّات رأسمالية يمكنه اللجوء إليها في حالة المرض.

وإذا استنفذ الحساب ولم يسدد عن التأمين عالي المخاطر فإن المصاريف الناتجة يجب دفعها بكشف الحساب أو بوسائل خاصة (نيكولاس 1997) وإذا لم تستنفذ الأموال في الحساب الخاص بنهاية سنة معينة فإن الأموال الباقية ستدخر في حساب الشخص لتغطية صرفيات صحية مستقبلية مع خضوعها لمعدل معين من الفائدة. ويعتمد الأمر على تنظيم النظام يمكن أيضاً إنشاء احتياطيّات كاحتياطيّات شيخوخة للوقت الذي لم يعد فيه الفرد المستخدم يكسب مالاً. والأشخاص الذين لم يعودوا موظفين يكسبون حينها لم يعودوا ملزمين أن يدفعوا مساهمات لحساب الإدخار الطبي. وبالإضافة لذلك من الممكن كذلك لحامل الحساب أن يورث أي أموال أدرخت إلى ورثته.

إن الأسباب الرئيسية الثلاثة لإدخال حسابات التوفير الطبي كآلية تمويل هي لمنع المجازفات المعنوية في الإنفاق بربط موارد الرعاية الصحية بالمسؤولية الفردية لتجنب احتياطيّات للشيخوخة ولتحقيق إمكانية احتمال أعلى لأقساط التأمين الصحي الطوعي بتوفير وسائل لتغطية الاستقطاعات. هناك حالياً نهجين مختلفين لحسابات التوفير الطبي في البلدان عالية الدخل تستخدم في سنغافورة والولايات المتحدة الأمريكية. كان لدى سنغافورة في السابق نظام يمول بصورة كبيرة بالضرائب مع مساهمات مدفوعات ضريبية بـ 51% من إجمالي الإنفاق الصحي في عام 1965م. وفي بداية الثمانينيات تم توقع زيادة استثنائية في نسبة كبار السن في السكان وزيادة مصاحبة لنفقات الرعاية الصحية بسبب التقدم الطبي. وقد تتبأوا بأن نظام الرعاية الصحي الذي يمول بصورة رئيسية بالضرائب في بيئة نفقات رعاية صحية متزايدة وإيرادات ضريبية متناقصة كنتيجة لتناقص قوة العمل لم يعد طريقة مناسبة للتمويل في المدى البعيد (فوا 1991). ولذلك فقد قصد من إصلاح النظام حل المشكلة السكانية المتوقعة وفي نفس الوقت لإيجاد حوافز للتصرف اقتصادياً في الوقت الذي يحترم فيه تقديم خدمات الرعاية الصحية كمورد نادر. وبإيجاد بنية جديدة للتمويل فقد أنتقلت سنغافورة نحو نظام مختلط مبني على أساس مساهمات التأمين الصحي الاجتماعي (7%) ومدفوعات في حسابات التوفير الطبي (8.5%) ومدفوعات ضريبية (26.5%) وأقساط تأمين صحي طوعي (15%) ومدفوعات منفقة (43%) (شريوت 2003)<sup>39</sup>.

وبالرغم من مزاياه فإن نظام حسابات التوفير الطبي في سنغافورة يثير عدداً من قضايا العدالة بسبب تناقصيتها وهي لذلك غير مناسبة لكل بلد (نيكولاس 1997م). وعلى النقيض من سنغافورة فإن هدف النهج في الولايات المتحدة الأمريكية مركز بدلاً عن ذلك على احتواء التكاليف والتوسع في تغطية التأمين ليشمل نسبة الـ 15% من غير المؤمنين وهكذا يفيد بصورة أساسية في تمويل استقطاع كبير من أجل تخفيض مدفوعات القسط.

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

## الجدول رقم (36): حسابات التوفير الطبي في سنغافورة

في البداية في عام 1984م تم إدخال نظام حسابات التوفير الطبي والذي يسمى ميدي سيف في سنغافورة. وفي هذا النظام كل مواطن موظف في دولة سنغافورة يكسب يلزم بدفع حصة 6 إلى 8% من دخله - بحسب سنه - إلى حساب فردي تديره الدولة. تستثمر الأموال المدخرة في الحسابات في سوق رأس المال من قبل الحكومة وتدفع الفائدة بسعر السوق الجاري (أشير 1995م). وفي حالة المرض يمكن للفرد أن يدفع لعلاج وعلاجه معاليه من الوفورات في حساب مدخراته الطبية. ومع ذلك فإن تكاليف المستشفى فقط وتكاليف خارجية معينة مختارة توافق عليها الدولة في قائمة خدمات يمكن تمويلها بحساب الوفورات الطبية. يتلقى المواطنون كشوفات منتظمة بالحساب تبين الوضع الحالي لحساب الوفورات وحالما يظهر حساب التوفير الطبي (ميدي سيف) رصيد 30 ألف يورو فإن كل المبالغ المودعة أكثر من هذا المبلغ تحول تلقائياً إلى بناء حساب الوفورات للفرد المعني وهو حساب يلزم كل مواطن موظف في سنغافورة الاحتفاظ به من أجل ادخار المال سواء لشراء عقار أو لاستثمار في تعليم أطفاله. وقد أستكمل هذا النظام لبرنامج تأمين صحي عالي المخاطر (يسمى الدرع الطبي) يدفع من مساهمات تعتمد على السن والتي يمكن تمويلها من الأفراد من حساب الوفورات الطبية الخاص ويقصد بها تمويل كل من العلاجات المكلفة في المستشفيات وكذلك العلاجات الخارجية للأمراض المزمنة. وبالإضافة لذلك يستخدم صندوق (يسمى ميدي فند أو الصندوق الطبي) لدعم الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين ليس لديهم حساب وفورات طبية تحت تصرفهم أو الغير قادرين على تجنيب وفورات كافية. يمول الصندوق الطبي من قبل الدولة من الضرائب العامة.

إن تنفيذ نظام حسابات التوفير الطبي في سنغافورة لم يستكمل بعد بالكامل لأن الجيل الداخل في التقاعد قبل عام 1984م لم يكن قادراً على مراكمة مخزونات رأسمالية ولذلك يمول من قبل أفراد العائلة أو بمساعدة الدولة. ولهذا السبب فإن التنفيذ الكامل للنظام لن يتم تحقيقه حتى العام 2030م. وبصرف النظر عن حسابات التوفير الطبي فإن الحصة المتدنية من النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي وهو 3.7% (عام 2002م) يمكن أن تنسب إلى الشباب من السكان وبرنامج حوافز لفئات المستشفيات. ومع ذلك يوجد هناك عدد من الدلائل على أساس مختلف الدراسات بأنهم قد حققوا على الأقل مساهمة كبيرة في هذه الحصة المتدنية (بريسكوت / نيكولاس 1998 و شيريو ج 2004). وفوق هذا فإن الأصول المتراكمة لكل حسابات التوفير الطبي قد بلغت حوالي 13.1 بليون يورو (2001) وبذلك فهي تشكل مصدراً هاماً من رأس المال للاستثمارات في الاقتصاد الوطني في سنغافورة (أشير 2002).

المصدر: بوس 2005

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

### 6-7-1 التجارب من بلدان أخرى

ومنذ تبني تقرير التنمية العالمي ذو الاعتبار الكبير سنة 1993م (الاستثمار في الصحة) فإن مفهوم حزمة الرعاية الصحية الأساسية على أساس خدمات أظهرت أنها الأكثر اقتصادية قد تم تبنيها مبدئياً أو عملياً من قبل عدد كبير من البلدان (البنك الدولي 1993). وفي غضون ذلك فإن الكثير من المانحين المتعددين والثنائيين قد شجعوا أو روجوا لتبنيها. ومع ذلك فإن مفهوم الحزمة لم يكن بذلك الجديد ويعكس فكرة أن الرعاية الصحية الأولية الشاملة المقترحة مثلاً في المآتا في عام 1973م مكلفة جداً لكثير من البلدان النامية (إنسور 2002 ص 247). ومع ذلك فإن الكثير مما كتب حول حزم الخدمات الأساسية والضرورية يركز من جانب على التصميم والتنفيذ ومن جانب آخر على الوسائل المنهجية لقياس المنافع الاقتصادية وسنوات الحياة التي يتم بلوغها والمشكلات المتعلقة بذلك. لقد أعطي اهتمام قليل نسبياً بتقييم الاستراتيجية ميدانياً وحول الاثر على الصحة والمؤشرات الاجتماعية الأخرى (نفس المرجع ص 248).

وفي معظم البلدان التي قررت اتباع النهج نحو تنفيذ الرعاية الصحية الأساسية بما في ذلك الفوائد الصحية التالية:  
1. الرعاية الصحية الإنجابية - بما في ذلك الأمومة الآمنة (رعاية الولادة الأساسية والرعاية ما قبل وما بعد الولادة)، وتنظيم الأسرة والخدمات الإنجابية الأخرى بما في ذلك الأمراض المنقولة جنسياً.

2. رعاية صحة الطفولة – بما في ذلك عدوى الجهاز التنفسي الحادة وأمراض الإسهال والأمراض التي يمكن الوقاية منها بالتطعيم ورعاية المراهقين المنفذة من خلال إدارة متكاملة لنهج مرض الطفولة.
3. مكافحة الأمراض المعدية – بما في ذلك السل والجذام والملاريا وأمراض الخيوط والحمى السوداء والأمراض الجديدة.
4. الرعاية العلاجية المحدودة – وتركز على الإسعاف الأولي للرضوض والطوارئ الطبية والجراحية والربو وأمراض الجلد والعيون وعدوى الأسنان وأمراض الأذن.
5. اتصال تغيير السلوك ينفذ كطريقة للتأثير على السلوكيات الصحية وممارسات طلب الرعاية الصحية من خلال جميع مكونات حزمة الخدمات الأساسية (إنسور 2002 ص 249).

بدأت في الآونة الأخيرة سلسلة من المبادرات في أمريكا اللاتينية للتغلب على الإقصاء الاجتماعي في الصحة ولتحسين تغطية الحماية الاجتماعية في الصحة. وقد كان إنفاذ إجراءات السياسة الاجتماعية من قبل مبادرات المانحين الدوليين (مبادرة HPIC وأهداف التنمية الألفية) حافزاً أو دافعاً قوياً للحكومات لإيجاد خطط تأمين موجهة بحزمة فوائد محدودة مخصصة أساساً لمشكلات صحة الأمومة والطفولة. وقد كانت بوليفيا إحدى البلدان الأولى لبدء تنفيذ برامج التأمين الصحي للأمومة والطفولة على المستوى الوطني.

نشأ التأمين الصحي الأساسي البوليفي في عام 1999م كبرنامج سياسة اجتماعية كان يفترض أن تتطور إلى برنامج تأمين. أما مصدر التمويل فهو الموارد الضريبية الوطنية الموجهة من خلال البلديات بحسب معدل متساوي للأفراد. إن التأمين الصحي الأساسي في بوليفيا قد ركز على الفقراء من السكان في المناطق الريفية والضواحي الحضرية. والتسجيل مجاني وتعطى الخدمات مجانية من الدفع المشترك. يعتمد الدفع لمقدم الخدمة على البلديات وتقديم الرعاية الصحية أساساً على المنشآت العامة. لقد أعطى التأمين الصحي الأساسي في بوليفيا حزمة من الفوائد محددة جيداً بحسب المشكلات المرضية الأكثر أهمية والاحتياجات الصحية الخاصة بأمراض الأمومة وأمراض الطفولة المبكرة. وفي غضون ذلك تطور التأمين الصحي الأساسي البوليفي إلى تأمين الأمومة والطفولة الموحد (سومي) والذي يمنح حزمة فوائد أوسع تشمل الأمراض المعدية الحادة باستثناء الإيدز. وتنظم العضوية ببطاقة تأمين تسلّم من السلطة المحلية والانتساب إلى التأمين الصحي الأساسي البوليفي أعلى في المناطق الريفية. ومع ذلك فإن البيانات الموثوق بها حول عدد المستفيدين المنتسبين فعلياً من الصعب للغاية استكشافها.

الجدول رقم (37) بعض المؤشرات عن بوليفيا	
إجمالي عدد السكان	8,808,000
الناتج المحلي الإجمالي للفرد	2,568
توقع الحياة عند الولادة بالسنوات (ذكور / إناث)	67.0/63.0
توقع الحياة الصحية عند الولادة (ذكور/ إناث) في عام 2002م	55.2/53.6
وفيات الطفولة (ذكور / إناث) (لكل ألف)	64/68
وفيات البالغين (ذكور / إناث) (لكل ألف)	180/247
إجمالي النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي في عام 2002م	179
إجمالي النفقات الصحية كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي (2002)	7.0
المصدر: منظمة الصحة العالمية 2005 ب ، أرقام العام 2003م ما لم يشار لذلك	

صممت حزمة فوائد التأمين الصحي الأساسي البوليفي بحسب الاحتياجات الصحية الأكثر أهمية في البلاد. ويعتمد حجم الفوائد المغطاة أساساً على الوضع المالي للخزانة العامة ويخضع لأسباب اقتصادية ومرضية ويتبع منطق علاقة التكلفة – الفعالية. تغطي الخدمات الـ 76 في حزمة التأمين الصحي الأساسي البوليفي 56% من الضرورات التي تتعامل مع المشكلات المرضية الأكثر صلة وتعطي أولوية لأمراض الأمومة والطفولة المبكرة. وتغطي الفوائد الأمراض الأكثر صلة التي تسبب انتشار الأمراض والوفيات في بوليفيا ويمثل توسيعاً لتأمين الأمومة والطفولة الموجود من سابق.

إن حزمة التأمين الصحي الأساسي البوليفي قد أُنحصرت في الأمومة ومشكلات صحة الأطفال وبعض الأمراض الوبائية المعدية وبهذا فإن معظم الأمراض الأخرى وعلاجاتها قد أُستبعدت. لا يمنح برنامج الضمان الصحي الأساسي البوليفي أي جراحة غير نساء وولادة أو جراحة عظام ولا علاج للأمراض المزمنة والحادة إلا

الأمراض المعدية المختارة ولا علاج تخصصي. لم تعطي حزمة الفوائد أي خيار لاختيار مقدمي الخدمة والمسجلين. وقد حصرت النشاطات الترويجية عملياً في تنظيم الأسرة. ويبدو أن الوقاية كانت بالأساس في صورة لقاحات مختلفة بما في ذلك مضاد الفيروسات الثلاثي (MMR) و OPV وتطعيم المناعة من السل (BCG) والتطعيم ضد التيفوس الثلاثي (DPT) الممتد إلى التهاب الكبد الوبائي (ب) وإنفلونزا هييموفلس (ب). إن مؤشرات التطعيم عالية نسبياً في معظم أجزاء البلاد (معدلات التغطية تتراوح بين 87.01% و 94.78% وتغطية اللقاحات الكلية 80.88% للأطفال تحت سن عام واحد).

يغطي برنامج تأمين الطفولة والأمومة الموحد (سومي SUMI) الفوائد التالية:

- 1- الأطفال تحت سن الخامسة من العمر
  - الرعاية الصحية والتغذية.
  - التطعيم الشامل للأطفال.
  - الترويج الغذائي والتغذية.
  - علاج معظم الأمراض القاتلة ذات الصلة بما في ذلك الإسهال الحاد وعدوى الجهاز التنفسي.
- 2- الرعاية الصحية للمرأة في سن الخصوبة.
  - مراقبة دورية ما قبل الولادة وعناية الوضع وما بعد الوضع.
  - وقاية وعلاج مضاعفات الحمل.
- 3- تنظيم الأسرة وعلاج الأوبئة
  - خدمات المعلومات والتثقيف وتنظيم الأسرة.
  - تشخيص وعلاج السل.
  - تشخيص وعلاج الأمراض المنقولة بالجنس باستثناء علاج الإيدز.
  - تشخيص وعلاج الملاريا.
  - تشخيص وعلاج الكوليرا.

تصمم حزم مزايا أساسية لتحسين الوصول إلى رعاية صحية يمكن احتمالها لفئات السكان الأكثر حاجة وهي تستهدف زيادة استخدام المنشآت الصحية من الفقراء وتقديم خدمات فاعلة للأمراض الأكثر استيطاناً وجعل الرعاية الصحية المختارة متوفرة في المناطق الريفية. في الحقيقة، تظهر الدلائل من دراسات سابقة أن أسلوب حزمة المزايا الأساسية قد أثبت نجاحه في تعزيز التمويل العام للمستويات الأساسية من الرعاية وفي توجيه الموارد إلى تقديم الخدمات الصحية الأساسية ولتحويل الانتباه من المستشفيات إلى الوحدات والمراكز الصحية (إنسور 2002، ص 254). يبدو أن النقطة الأخيرة ذات أهمية قصوى في حالة اليمن حيث أنه ينبغي مراعاة درجة عالية من التطبيق (قارن الباب 3-2-1) "التأمين الصحي" والذي ينظر إليه غالباً كمعادل للمستشفى. لذلك، يجب التغلب على المعوقات التنظيمية والمؤسسية وأخيراً وليس آخراً المعوقات السياسية التي تحد من تدفق الموارد الإقليمية والمحلية من أجل جعل الاتجاه نحو المزايا الأساسية ممكناً وفعالاً.

## 6-7-2 خيارات لليمن

إن الوضع الاجتماعي الاقتصادي وظروف الصحة والرعاية الصحية في اليمن فيها مجموعة من أوجه التشابه مع بوليفيا. وبالتأكيد فإن بعض المؤشرات تبدو أسوأ في اليمن لكن نمط الأمراض والتحديات الوبائية هي نفسها تقريباً. وبمواجهتها لأهداف التنمية الألفية فقد قررت الحكومة البوليفية القيام بمحاولة جادة لتحسين المؤشرات الصحية الأكثر إقلاقاً باستثمار موارد عامة. تمنح بوليفيا حزمة منافع أساسية شاملة صممت أساساً للمعوزين. ولقد أثبتت الحكومة البوليفية بتمويل التأمين الصحي الأساسي البوليفي وتأمين الأمومة والطفولة الموحد أن لديها الرغبة في الدفع عن الفقراء.

وبحسب التقديرات الأخيرة يمكن لليمن أن تقدم رعاية أولية شاملة وفقاً لحزمة فوائد أساسية بتكلفة سنوية بين 8 إلى 15 بليون ريال على افتراض معدل اتصال بحوالي زيارة واحدة لكل فرد في العام (روديز 2004، ص 17). وبالرغم من إنعدام البيانات العام والمعلومات في اليمن فإن بعض التقديرات التقريبية متوفرة فيما يتعلق

بالتكلفة المحتملة لتنفيذ حزمة فوائد أساسية تغطي في الأساس صحة الأمومة والطفولة وكذلك أكثر الأمراض عدوى. وبحسب دراسة حديثة فإن إجمالي حجم الاستثمارات المطلوبة لبلوغ الأهداف المرتبطة بأهداف التنمية الألفية في خطة الاستثمار الصحي ولتقديم التدخلات في مجالات الأولوية تبلغ 14133763450 دولار أمريكي أو 53.52 دولار للفرد الواحد للفترة 2006 – 2015. إن معظم التحديات المحددة بأهداف التنمية الألفية مرتبطة بصورة وثيقة بحزمة فوائد أساسية معقولة لليمن وبحيث أن التقديرات التالية تعطي فكرة عن التكاليف المتوقعة.

الجدول رقم (38): النفقات التقديرية لتغطية فوائد أساسية موجهة لأهداف التنمية الألفية في اليمن		
نوع التدخل	التكلفة الإجمالية لحزمة أساسية ضرورية (دولار أمريكي)	التكلفة للفرد في العام (دولار أمريكي)
صحة الأمومة	755,890,409	2.83
صحة الطفولة	1,324,589,359	4.91
الملاريا	621,494,461	2.28
السل	92,549,568	0.34
الإيدز	364,453,504	1.32
الإجمالي	3,158,977,301	11.34

المصدر: كومبرنول 2005، ص 22. ينبغي أن نأخذ بالاعتبار بأنه بحسب تحريقاتنا والمقارنات مع بلدان أخرى في ظروف اجتماعية واقتصادية مماثلة فإنه يبدو أن انتشار السل قد قلل من تقديرته بصورة عامة في كل البيانات المتوفرة

أما فيما يتعلق بالوضع الوبائي الشامل في اليمن فإن حزمة الفوائد الأساسية يجب أن لا تركز على تحقيق أهداف التنمية الألفية وتخفيض الفقر فقط. وبالإضافة إلى استمرار الأنماط التقليدية المرتبطة بالفقر مثل سوء التغذية والأمراض المنقولة فإن العبء الاجتماعي والتمويلي في تزايد للأمراض "الحديثة". وعلى الرغم من عدم وجود بيانات وبائية يعتمد عليها لكل السكان فإن مجموعة من المسوحات والدراسات النوعية تكشف عن انتشار ارتفاع الضغط والسكري وأمراض القلب والأوعية والأمراض الخبيثة في اليمن<sup>40</sup>. وبالنظر إلى ندرة الموارد والقيود المالية يجب على حزمة الفوائد الأساسية أن تركز على الوقاية والتتبع المبكر والعلاج الملانم من أجل تفادي أو على الأقل تأجيل النتائج المرضية.

أما فيما يتعلق بارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب فعلى سبيل المثال فإن الاعتبارات النظرية المؤكدة بتجارب سريرية وبائية توحى بأن مضع القات عامل مخاطرة ذو صلة (حجر 1996). وإن الآثار السلبية على الصحة تزداد بازدياد استخدام المبيدات الكيماوية والمخصبات التي تنتج تسمم حاد لماضغي القات لوقت طويل (ديت 2005). ولذلك فإن الإجراءات الوقائية يجب أن تؤكد على صلة تخفيض الاستخدام الواسع الانتشار لوربيقات القات وخصوصاً بالنسبة للشباب. وحيث أن القيود في أحيان كثيرة تقتصر إلى التأثير فإن هذه تبدو حجة قوية لإدخال ضريبة قات خاصة للصحة من أجل جمع مزيد من الأموال لنظام التأمين الوطني. ويعتمد التشخيص المبكر للأمراض القابلة للعلاج بدرجة كبيرة في الحصول على الرعاية الصحية القابلة للاحتمال من حيث الدفع والممارسة الحالية لتقاسم الكلفة تمنع الكثير من المواطنين من الاتصال بمقدمي الخدمة في وقته وفي مرحلة مبكرة. ولذلك فإن لدى نظام تأمين صحي وطني إمكانية تخفيض التكاليف الإجمالية بتخفيض الحاجة لتعقيدات مكلفة للأمراض قليلة الكلفة عموماً.

ومن أجل تغطية الأمراض الحضارية المستقبلية فإن دراسة طلبت من وزارة الصحة العامة والسكان ونفذها خبير من اللجنة الأوروبية موازية لدراسة حول التأمين الصحي تقترح مد نطاق أهداف التنمية الألفية إلى مجموعة من الخدمات الأخرى التي يجب إدراجها في حزمة الفوائد الأساسية. وفيما يتعلق بالأمراض المعدية القابلة للعلاج والجذام<sup>41</sup> والديدان الطفيلية<sup>42</sup> والبلهارسيا كذلك تستحق إجراءً منسفاً وتوفر الأدوية في حالة

<sup>40</sup> بحسب دراسة أجريت بين عامي 2000م و 2001م فإن 18% من المرضى في المستشفيات قد عانوا من ضغط الدم (معلومات شفهية أعطيت من قبل البروفسور محمد يحيى النعمي - وزير الصحة العامة والسكان). وتظهر إحصائيات مستشفى الثورة 665 حالة من ضغط الدم و 1774 مريض يعالجون من أمراض القلب المزمنة أو الحادة.

<sup>41</sup> بحسب بيانات نشرت في أثناء مؤتمر دولي حول الجذام عقد في صنعاء في بداية سبتمبر 2005م وفي بداية عام 2005م فقد كان انتشار الجذام 286063 حالة بينما في عام 2004م كان تأثير المرض 407791 حالة (يمن تايمز 12 سبتمبر 2005).

<sup>42</sup> يبدو أن الديدان الـ Echinococcus بصورة خاصة ذات صلة وبائية حيث تشير إحصائيات مستشفى الثورة إلى 57 من أكياس Hydatod التي أجريت لها جراحة في عام 2004م.

الحاجة. يجب أن تأخذ الحزمة الأساسية في الحسبان تقليل تقديرات محتملة لانتشار ضغط الدم بالتركيز على التشخيص المبكر والعلاج<sup>43</sup>. إن المشكلة هي ارتفاع تكلفة ضغط الدم والعلاج لأنه من الصعب حساب انتشاره ويمكن أن يقلل من تقديراته بصورة كبيرة. وبالإضافة إلى أنماط الأمراض المذكورة بأعلاه توحى دراسة المجموعة الأوروبية بإدراج العناية الأساسية بالعيون كذلك والحالات الطارئة الطبية والجراحية (الإصابات وعضات الحيوان والصدمات والحروق ومرض البطن الحاد والجراحات الصغرى (الختان وتنظيف أو قطع الدمامل ... الخ) (نيو 2005 ، ص 12).

وبصورة مستقلة عن القرار الذي سيتخذ حول أكثر حزم الفوائد الأساسية ملائمة لليمن يجب أن يقال بوضوح بأن الجهود التقليدية ستكون حتمية لتنفيذ وضمان توفر تلك الحزمة وخصوصاً الوحدات الصحية والمراكز الصحية التي يجب تحسينها وتكييفها لضرورات تقديم خدمة فعالة. وبالإضافة إلى زيادة المنشآت والموارد البشرية فستكون هناك حاجة لاستثمارات أخرى لتحسين قدرة النظام في تخطيط وتمويل وتقديم خدمات صحية عالية الجودة. ويتضمن هذا بصورة أساسية تعزيز القدرة الإدارية وتحسين المراقبة والتقييم وضمان الجودة وتحسين طلب ووصول المجتمع للتدخلات الأساسية وأنظمة معلومات صحية أفضل وأنظمة وأبحاث معلومات صحية أفضل وكذلك تحسين الحصول على الأدوية الأساسية القابلة لتحمل تكاليفها (قارن كومبرنول 2005 ، ص 19). (F)

## 8-6 خلاصة

بالنسبة لأبحاث الأنظمة الصحية وإدارة الأنظمة الصحية ليس هناك مصدر أفضل للبرهان والإلهام من المقارنات الدولية ومراجعة التطورات التاريخية في الأنظمة الصحية في الخارج. وهذا مبدأ تبني عليه المنظمات الدولية التي تتعامل مع الأنظمة الصحية. إن نظرة إلى البلدان المجاورة مفيدة جداً ومن المفهوم تفضيل المقارنة مع بلدان من مستوى مماثل من التنمية. ومن أجل القدرة على فهم الاتجاهات طويلة المدى فمن الضروري مع ذلك ملاحظة التطورات التاريخية في البلدان الأغنى والأكثر تطوراً والتي في وقت معين من الوقت قد مضى - كان لديها مراحل تطور أقل تقدماً كذلك. فعندما بدأت كوريا الجنوبية وألمانيا التأمين الصحي كانوا في مستويات مماثلة من التطور كما هي عليه اليمن اليوم. إن التعلم من أخطاء الآخرين يمكن أن يوفر الكثير من المال ويمنع الاحباط. وبلدان أخرى لم تتقني طريق التأمين الصحي. ومن الضروري التعلم منها أيضاً. ينبغي أن تؤخذ كل الخيارات في الاعتبار من أجل القدرة على اتخاذ القرار الرشيد في اختيار نظام التمويل الصحي الأفضل لليمن.

## 7- ملخص ونظرة عامة

### 1-7 مقدمة

إن أكثر من نصف السكان اليمنيين لا يحصلون على رعاية صحية. وهذا جزئياً بسبب الحاجة إلى منشآت تقديم الخدمة في متناول اليد وخصوصاً في المناطق الريفية حيث أن اثنين من بين كل ثلاثة من المواطنين مستثنين من الرعاية الصحية. إن العامل الآخر الذي له صلة هو عدم قدرة السكان الفقراء في المساهمة في دفع قيمة الرعاية الصحية. إن تغطية التأمين الصحي غير موجودة عملياً وبرامج الدفع المسبق نادرة جداً وبالكاد تكون محتملة. إن على الناس تغطية معظم الصنفيات من أموالهم الخاصة ولذلك فإن الكثير من الناس غير قادرين على دفع قيمة الرعاية الصحية التي يحتاجونها والكافية في وقت الحاجة.

لقد أثرت بعض المبادرات السياسية في الماضي من أجل التغلب على هذا الوضع بتنفيذ حماية اجتماعية في الصحة. إن التأمين الصحي بصورة خاصة لديه إمكانية في التقليل من حواجز الحصول على الرعاية الصحية ولمنع الإفقر الذي سببه المرض وللتغلب على استثناء الكثير من المواطنين من الصحة. إن الصناديق الجماعية هي الأفضل بالنسبة لتمويل صحي عادل لأن الأفراد أو المجموعات يمكنهم تخصيص مبلغ من المال يحتملوه للحصول على الحق في تلقي الدعم المالي عند حدوث مخاطرة صحية مؤمن عليها. يجعل التأمين الصحي الدفع عن الصحة مستقلاً عن استخدام العيادات والمستشفيات أو الصيدليات لأن الناس يدفعون قبل أن يمرضوا وليس فقط عندما يكونوا مرضى حيث أن معظم الناس عليهم أن يحصلوا على الخدمات الآن بجزء كبير جداً من

<sup>43</sup> فيما يتعلق بتكاليف أساليب العلاج المختلفة فإن النهج الأكثر تقليدية المبني على B-blockers و/أو الأدوية المدرة للبول Diuretics يمكن أن يكون أكثر البرامج مناسبة وقابل لتحمل تكاليفه لتغطية الطلب ضمن الحزمة الأساسية. ومع ذلك فإن المادة الأولى يمكن أن تثير مقاومة لأنها مضادة لآثار الفات وعلى كل حال فإن الإجراءات الوقائية مثل وقف مضغ القات تبدو أنها أكثر احتمالاً لتخفيض ضغط الدم وتخفيض تكاليف العلاج.