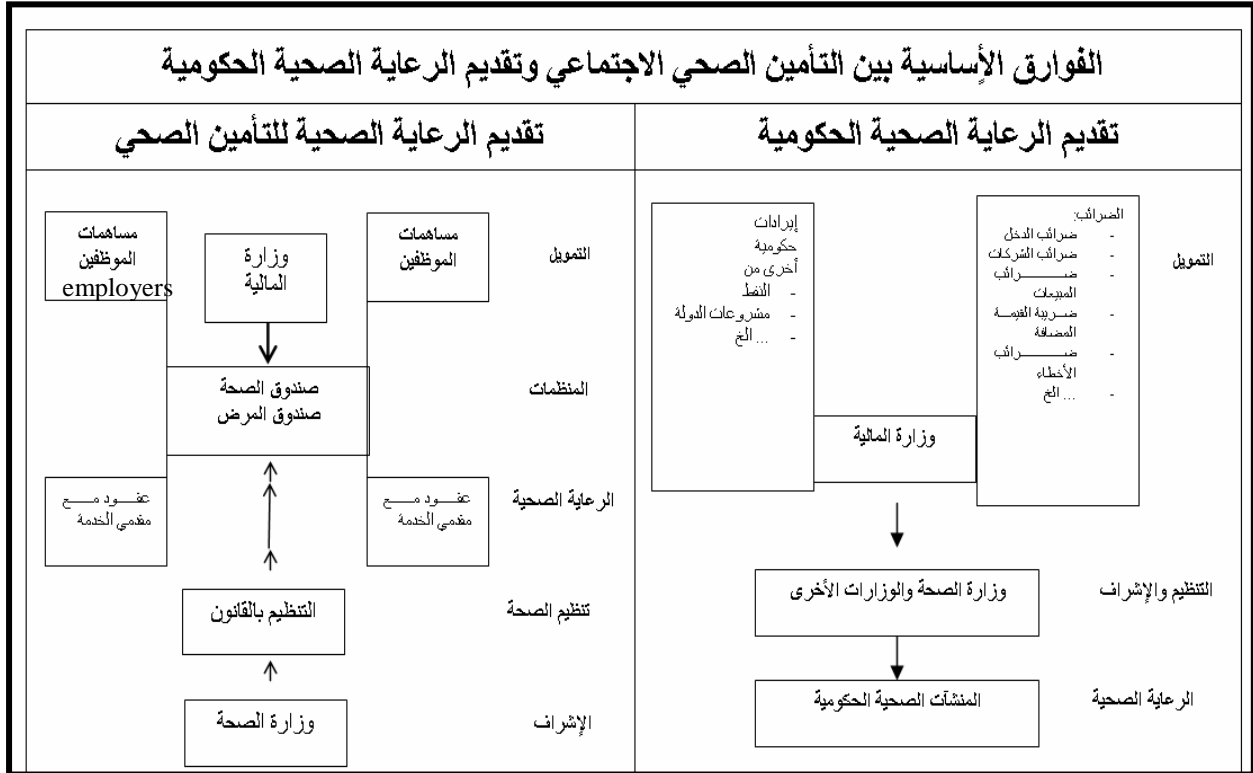


والوقاية من الأمراض الممكن تجنبها والترويج من خلال التعليم الصحي للجميع. وفي اليمن يمكن أن يكون من الصعب استعادة ثقة قطاع الجمهور وصناع الرأي. لقد أسيئت إدارة أموال الصحة وأسيء استخدامها بالفساد. لم تعطي استقطاعات التأمين الصحي من المرتبات أي عائد في صورة منافع صحية. ومن أجل استعادة الثقة المفقودة يبدو أن أحد الشروط المسبقة الغير قابلة للسكران هو إدارة مستقلة بارزة ملتزمة تماماً بمبادئ الشفافية والمصادقية والمسائلة. هناك حاجة إلى نهج مهني حازم مثله مثل الحاجة إلى موظفين ذوي معرفة في جميع المجالات التخصصية الكثيرة للتأمين الصحي ومتفانين للأخلاقيات الأساسية للخدمة العامة للمصلحة العامة.

2- التمويل الصحي البديل ومقترحات التأمين الصحي لليمن

يختلف التأمين الصحي عن تقديم الرعاية الصحية الحكومية حيث أنه موجود في اليمن. تقدم الأرقام التالية مقارنة مبسطة لكلا النوعين من تقديم الرعاية الصحية.



يبين كلا النوعين من تقديم الرعاية الصحية هناك فوارق مفهومية وعملية أساسية. في حالة الرعاية الصحية الحكومية فإن تنظيم تقديمها والإشراف والتنظيم هي مهمات وزارة الصحة. ويولد هذا نموذجياً تداخل مصالح مختلفة ويقلل من الكفاءة. وفي حالة التأمين الصحي الاجتماعي تنظم وزارة الصحة وتشرف وتعطي الإشراف ولكنها ليست مقدم للرعاية الصحية. إن مقدمي الصحة الأكثر فعالية اقتصادية يتنافسون ويتم التعاقد معهم من قبل التأمين الصحي والذي يحكمه أصحاب العمل والموظفين كدافعين وربما تنضم إليهم الحكومة إذا كانت تعطي دعماً. من الأسهل والأفضل تنظيم التدقيق والموازنة إذا كان هذا النوع من التقسيم الواضح للعمل قد تم ترتيبه. هناك الكثير من الأسباب لاختيار نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني.

1-2 رؤية نظام التأمين الاجتماعي والصحي الوطني لليمن

1-1-2 ما هو نظام التأمين الاجتماعي أو الصحي الوطني

إن للتأمين الصحي بعض الخواص المعينة التي تميزه عن غيره من أنواع التأمين الأخرى. وهو يختلف عن الخسائر المادية الناتجة عن الحوادث والحريق أو الأضرار الأخرى واعتلال الصحة يؤثر على عناصر أساسية للبشر. تعتبر الصحة عموماً حق إنساني وبضاعة اجتماعية وشرط مسبق للرفاه والعمل والدخل أي أنها عامل إنتاج للتنمية الاجتماعية والاقتصادية على مستوى الأسرة ولكن كذلك على مستوى الاقتصاديات الكلية. وفي الواقع بينما تكون مساهمات أو حدود التغطية للمخاطر المتعلقة بخطط مسؤولية التأمين عن السيارات أو الحرائق مقبولة عموماً فإن استثناء بعض الأمراض أو عقاب حاملي

الأمراض المزمنة بمساهمات أعلى هو أمر ضعيف القبول. ولهذا السبب يجمع التأمين الصحي العناصر النموذجية لأي تأمين مع بعض الملامح الخاصة:

- الدفع المسبق: يعني التأمين الصحي الدفع قبل الوقوع في المرض وليس فقط عند حاجتنا إلى الرعاية الطبية كما يفعل معظم الناس في اليمن الآن من خلال تقاسم الكلفة الكبير جداً.
 - الإسهام المشترك في المخاطر: إن حالات الأمراض الخطيرة مكلفة جداً لكنها لا تحدث كثيراً وإذا تدبر صندوق تأمين صحي تجميع عدد كافٍ من الناس بمخاطر صحية مختلفة فسيكون قادراً على تغطية حتى التكاليف الكبيرة لحالات قليلة.
 - عدم قابلية التنبؤ: إن حدوث الأمراض غير قابل للتوقع في الحالة الفردية (ولكن ليس لأعداد كبيرة من السكان).
 - إنعدام سيادة المستهلك: لا يكون لدى المرضى عموماً فكرة عن أي نوع من العلاج سيحتاجونه لمختلف الأمراض. وأسعار الرعاية الطبية ليست قابلة للتفاوض بصورة رشيدة للمريض الفرد.
 - التأثيرات الغير مباشرة والتكاليف: إن تأجيل الرعاية الصحية أمر خطر وينتج عنه تكاليف إضافية مباشرة وغير مباشرة.
 - العدالة: بينما يجد الناس أنه من المبرر أن يدفع أولئك الناس الذين يقودون السيارات بسرعة خطيرة أو يحبون اللعب بالنار أن يدفعوا أكثر عن خطة التأمين للسيارة أو الحريق فهذه ليست الحال بالنسبة لأولئك الذين يصبحون مرضى بالمرض هو قدر. إن أسعار الرعاية الصحية للحالات الكارثية لا يستطيع تحملها معظم الناس.
- إن أحد أكثر المشكلات الأساسية التي تتطلب التأمين الصحي هي أن العبء المالي للرعاية الصحية يوزع بطريقة غير متساوية للغاية.

- أقل من 1% من السكان يسببون 25 إلى 30% من إجمالي النفقات الصحية.
- حوالي 10% من الناس الذين لديهم أمراض مسئولين عن 50% من النفقات الصحية.
- 50% يستهلكون فقط 1 إلى 3% من تكاليف الرعاية الصحية الكلية.

وبالنظر إلى هذا الوضع فإن الأفقار بسبب النفقات الصحية العالية منشتر على نطاق واسع. يتعرض 178 مليون شخص على مستوى العالم في كل سنة لتكاليف صحية كارثية ويعني ذلك أن تلك التكاليف الصحية تضر باقتصاد الأسرة وبذلك تفقر أسر بكاملها. ويؤثر هذا سنوياً على أكثر من 100 مليون شخص. ففي الهند على سبيل المثال وجد مسح عينة كبيرة جداً أن 25% من الأسر يفلسون بعد معالجتهم في المستشفيات لأحد أفراد الأسرة (بيترس 2002). وللتعامل مع تكاليف الصحة الكارثية فإن هذا أحد النوايا الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي.

وبسبب الكثير من المخاطر وحالات عدم التأكد حتي في اقتصاديات السوق الحرة فإن التأمينات الصحية هي استجابة للمجتمع ورجال الأعمال. والتأمينات الصحية مع ذلك:

- 1- ستحاول التأمين بصورة أساسية على المخاطر المنخفضة وتتقاضي الأعضاء الذين يسببون تكاليف عالية عند تأمينهم.
- 2- يمكن للمرضى طلب الكثير ويمكن للأطباء زيادة فواتير التأمين الصحي.

تدعى المشكلة الأولى الاختيار المعاكس والثانية المخاطرة المعنوية. وكلاهما إشارة قوية إلى الحاجة – للمصلحة العامة – أن تتدخل الحكومة وتعطي دعماً وتنظيم وإشراف على التأمينات الصحية. إن التأمين الصحي الخاص الغير منظم ضد المصالح العامة. يفيد التأمين الصحي الاجتماعي والوطني المصلحة العامة بصورة أفضل لأنه إجباري للجميع تقريباً ويفيد بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع.

إن جدل حماية المجتمع الواسع من مخاطر اعتلال الصحة والأمراض يرجع إلى مفهومين أساسيين وهما التأمين الصحي الوطني والتأمين الصحي الاجتماعي. نتحدث عن التأمين الصحي الوطني عندما يكون جميع المواطنين تقريباً ملزمين الالتحاق بالتأمين الصحي وخصوصاً الأثرياء والأصحاء. وعندما يستطيع كل المواطنين الاستفادة من الخدمات المؤمن عليها. ويمكن تنظيم هذا سواء بمؤسسة تأمين واحدة وحيدة أو بمجموعة من أشكال التمويل الصحي المختلفة. إن المهمة الرئيسية لنظام وطني هي ضمان تقديم الرعاية الصحية في حالة الحاجة وجعلها مستقلة عن القدرة على الدفع. وإذا دفع كل شخص في البلاد بصورة منتظمة مبلغاً صغيراً من المال للحصول على الرعاية الصحية في حالة الحاجة فستتوفر الأموال لتعطي رعاية صحية جيدة لجميع المواطنين بما في ذلك الفقراء والمعوزين. ونتحدث حول نظام تأمين صحي وطني عندما

تجعل مختلف محاولات التأمين العادل للصحة والرعاية الصحية في شبكة واحدة. ويمكن أن تكون هذه هي الحال في اليمن حيث هناك بضع مبادرات مثيرة للاهتمام والتي يمكن تنسيقها في المستقبل: برامج التأمين الصحي للمجتمع كما هو مخطط لها في تعز وبرامج تقاسم تكلفة عادلة ومنظمة للمؤسسات الصحية الحكومية وبرامج تأمين صحي لموظفي شركات القطاع الخاص والعام وصناديق أدوية دوارة.

نتحدث عن التأمين الصحي الاجتماعي على سبيل المثال عندما تكون المساهمات المنتظمة للأعضاء بحسب الرواتب أو الدخل وإذا دفعت الأسر الصغيرة والكبيرة نفس المساهمات وإذا لم يكن على المرضى أن يدفعوا أكثر من الأعضاء الأصحاء. يجعل التأمين الصحي الاجتماعي حماية كل مواطن فرد من المخاطر الصحية هم المجتمع بكامله. إن المجتمع هو أكثر بكثير من مجموع أفراده أو سوق كبيرة منظمة على مستوى السكان ويتم تحقيق مصالح الفرد الحقيقية بصورة أفضل في المجتمع ومن خلاله. وإذا نفذ بعناية وتم تكييفه وفق الظروف الخاصة في اليمن فيستطيع التأمين الصحي الاجتماعي أن يؤمن التغطية التضامنية والشاملة ولقد أكد الوزير وأعضاء مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب السياسية على ثقافة التضامن بالمقترح التالي: ينبغي أن تصدر فتوى لدعم التأمين للفقراء والمعوزين من أجل القدرة على الاستخدام في المستقبل لبعض صناديق الزكاة والأوقاف لدعم الصحة والرعاية الصحية. وقد أعطيت فتوى لصالح التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية كذلك.

2-1-2 بعض الأسئلة الأساسية

إن إعداد نظام للتأمينات الصحية الاجتماعية على المستوى الوطني هو عملية طويلة تتضمن الكثير من مختلف الشركاء: الحكومة والبرلمان ومجلس الشورى ومختلف الوزارات والشركات العامة والخاصة واتحادات العمال والمنظمات النسوية والجمعيات الخيرية ومنظمات المجتمع المدني ومقدمي الرعاية الصحية وأخيراً وليس آخراً المرضى. سيكون النظام تأمين اجتماعي يستفيد منه الفقراء والأكثر هشاشة. يمكنه أن يفيدهم بطريقة مستدامة فقط إذا كان إطار العمل التمويلي سليماً. ستعالج الدراسة بصورة محددة هذه المناقشات في التضامن والاستدامة. إن التأمين الصحي ليس له معنى إذا لم تكن الخدمات الصحية المقدمة بنوعية جيدة.

إن التأمين الصحي نظام معقد جداً للتفاعلات بين مختلف مكونات كامل النظام الصحي وإنه ليس بأي حال قضية تمويلية فقط. هناك العديد من القضايا للتأمينات الصحية الاجتماعية التي يجب تناولها في إطار عمل تمويل صحي سليم:

- إنشاء البرنامج : هل نبدأ باكتشاف برامج التضامن والبرامج الخيرية ونحاول تكرارها قدر الإمكان؟ هل نحاول مد الضمان الخاص أو برامج التأمين المقدمة من الشركات الخاصة والعامة لموظفيها؟ هل نتعلم من العقود التي تعرضها بعض المستشفيات للقطاع الخاص؟
- العضوية: هل العضوية إجبارية أم اختيارية وأي جزء من العائلة سيتم التأمين عليه مع عضو التأمين الصحي؟ كيف سيتم التعرف على الأعضاء عندما يطلبوا الخدمات؟
- التمويل: ماذا ستكون مصادر التمويل الرئيسية؟ هل ستستمر الحكومة بإعطاء رعاية صحية مجانية أو مدعومة للفقراء والمعوزين؟ هل سيدفع أصحاب العمل والموظفين أو العمال مساهمات للتأمين الصحي؟ هل ستربط مساهمات التأمين الصحي بالرواتب أو إجمالي الدخل وهل يمكن السيطرة عليها؟ هل ينبغي على الجميع دفع نفس مساهمات التأمين الصحي أم على الفقراء أن يدفعوا أقل إذا لم يتم إعفاءهم؟ هل سيكون هناك دفع مشترك لمستفيدي التأمين الصحي؟
- الفوائد: ما هي حزمة الفوائد التي ستدفع بحسب مساهمات الأعضاء؟ هل علينا تصميم حزمة فوائد أولية تركز على مشكلات صحة الأمومة والطفولة أم أن علينا بدلاً عن ذلك تغطية الأمراض المزمنة أكثر؟ وبدلاً عن ذلك يمكن البدء بتأمين الأمراض الكارثية والحالات الخطيرة جداً والحالات المزمنة. هل ستدرج المواصلات إلى المستشفى في التأمينات الصحية؟ ماذا عن إدراج تكاليف الإجازة المرضية؟
- إدارة المخاطر: كيف نضمن أن المرضى فقط يلتحقون بالتأمين الصحي؟ كيف نضمن أن دخل المساهمات يغطي تكاليف العلاج الطبي؟
- مقدمي الخدمة: من هم الأطباء العامون أو الخاصون والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين سيتم التعاقد معهم؟ هل سيحصل الأطباء ذوي التأهيل العالي فقط والمستشفيات على عقود من التأمين الصحي وكيف يمكن الرقابة على الجودة وضمانها؟ كيف سيتم الدفع لمقدمي الخدمة؟
- الإدارة والشؤون القانونية: هل ستكون وزارة الصحة الهيئة الحكومية الرئيسية المسؤولة؟ هل يمكن بناء هيئة تأمين صحي مستقلة وموثوق بها؟ كيف يمكن التحقق أن تنظيم التأمين الصحي لديه شفافية ومسائلة عالية وأنه خالٍ من الفساد؟

الجدول رقم (1): المكونات الرئيسية لبرنامج التأمين الصحي المميزات الرئيسية لبرامج التأمين الصحي

1- إنشاء البرنامج
2- العضوية
3- التمويل
4- الفوائد المقدمة من برنامج التأمين
5- إدارة المخاطر
6- الخدمات
7- قضايا قانونية ودستورية
8- الإدارة
9- تقديم الرعاية الصحية
10- الدفع لمقدم الخدمة
11- صورة مالية
12- صورة إحصائية
13- الآثار
14- السلطات الصحية – دور الدولة
15- خطط السنوات القادمة
المصدر: هوهمان 2001

قبل الدخول في تفاصيل فنية يجب تناول القضية الأساسية: هل الوقت مبكر لبدء نظام تأمين صحي وطني في اليمن؟ وما هي أفضل إستراتيجية لتحقيق الحماية الاجتماعية من الأمراض الغير ممكن تفاديها أو الحتمية والمعاناة وخصوصاً بالنسبة للفقراء والمجموعات الهشة؟ كيف يتم بناء والاستدامة لقدرات وإقامة وإدارة نظام تأمين صحي وطني ذي جدوى ومعقول؟ ما هو الشيء الأكثر احتياجاً؟ إن خيارات وإجراءات عديدة ممكنة: نظام تعددي لبرامج تأمين صحي وفوائد صحية بحجم صغير محسنة ومستدامة وزيادة تأمين صحي لموظفين مختارين وبرامج خاصة للمستخدمين ذاتياً وقطاع غير رسمي وبرنامج يعالج بصورة خاصة الاحتياجات الصحية للفقراء والقطاعات الأكثر هشاشة من السكان.

وخلال السنوات الماضية بدأ الجدول الدولي في التركيز على التأمين الصحي بصورة عامة وعلى التأمين الصحي الاجتماعي بصورة محددة في إطار تخفيف الفقر. يمكن لبرامج الحماية الاجتماعية التي أداؤها جيد أن تمنع الناس من وأن تستميل العلاج للأمراض المهمة. إن لدى التأمين الصحي إمكانية الحماية ليس للفقراء فقط لكن لجزء كبير من السكان من المدفوعات الكارثية ويتم بذلك تقليل الفقر وتفادي الإفقار. وبسبب مجموعة من التأثيرات على قطاع الرعاية الصحية فإن التأمين الصحي يستطيع كذلك أن يمنع الفقراء من هدر أموالهم في علاجات غير فعالة أو ذات أسعار مفرطة وتمكين الناس من المشاركة في برامج تنظيم الأسرة.

يؤدي التأمين الصحي المهام الأساسية فيما يتعلق بتنظيم أسواق الرعاية الصحية. ليس فحسب بتحسين المساهمة في صندوق مشترك للمخاطر أو تحسين تقاسم المخاطر مع عدد من المسجلين ولكن كذلك بزيادة القوة الشرائية وتمكين صناديق التأمين الصحي من التفاوض على أسعار خاصة مع مقدمي الخدمة وتحديد وشرح حزم المزايا الاقتصادية ومراقبة الجودة وملائمة العناية وتشجيع ضمان الجودة واستخدام آليات دفع ملائمة وتعزيز سياسة الأدوية الأساسية ودفع الجودة إلى الأعلى والأسعار إلى الأسفل.

وفي ذات الوقت يمكن للشراء الفعال تحسين وصول وجودة الرعاية وتشجيع كفاءة نظام الرعاية الصحية. فيما يتعلق بتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن ينبغي أن نؤكد أن برامج التأمين للموظفين المستخدمين رسمياً غير عادلة عموماً لأنها تميل إلى تأجيل الضرورات لتغطية العاطلين بالخدمات الصحية والقطاع الغير رسمي الكبير والسكان في الأرياف. والتأمين الخاص غير عادل كذلك بصورة منهجية لأنه يتضمن اختيار المخاطر واستخلاص الصفوة وتكون عدم المساواة كبيرة بصورة خاصة طالما أن التغطية الشاملة لم تحقق. ومع ذلك فإن التأمين الصحي (الاجتماعي) الإجباري له مجموعة من المنافع الاجتماعية السياسية مقارنة بأنظمة الحماية الاجتماعية الأخرى. وفي بلد بها نمط اجتماعي اقتصادي كاليمن سيكون ذلك من غير الممكن دون مساهمات مدعومة للفقراء وبالنهاية مع دفع مشترك في مقدورهم دفعه ومعفي بصورة صحيحة. ومع ذلك فإن القدرة الإدارية المطلوبة والموارد البشرية والمتطلبات الضرورية الأخرى يمكن أن تجبر البلاد على اختيار منهج ثان أفضل.

2-1-3 مكونات التأمين الصحي الوطني في اليمن

ينبغي أن يفيد نظام التأمين الصحي الوطني مباشرة وبصورة غير مباشرة جميع سكان اليمن أي:

- موظفي القطاع الرسمي للحكومة.
- الموظفين والعاملين في قطاعات الاستخدام الخاص الرسمي.
- الموظفين لأنفسهم الميسورين.
- الموظفين لأنفسهم في أعمال صغيرة جداً وفي القطاع الغير رسمي وفي الزراعة والأسماك الذين هم على حافة الحفاظ على البقاء.
- العاطلين عن العمل.
- الفقراء والمعاقين والأفراد الهامشيين في المجتمع.

يحاول الجدول التالي أن يحدد عدد أفراد الأسرة في هذه القطاعات ويشير إلى برامج تمويل الرعاية الصحية الاختيارية لهذه المجموعات.

رأي القادة

60 % من قادة الرأي يقولون: ينبغي تنظيم التأمين الصحي على المستوى الوطني.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني GTZ واللجنة الأوروبية 2005

إن أعداد الفئات المختلفة من السكان في الجدول التالي قد قدرت بصورة تقريبية وتميز أربع مجموعات سكانية هي: القطاع العام الرسمي والقطاع الخاص والمستخدمين لذاتهم الميسورين والمستخدمين لذاتهم الفقراء والعاطلين عن العمل والفقراء. وفي هذه المجموعات نشير إلى أربعة خيارات تمويل صحي مختلفة: إن الخيارات متناغمة مع التطورات و/أو المقترحات في اليمن:

- مقترح قانون التأمين الصحي مع مساهمات من الرواتب والذي يتوازي مع مقترح مشروع للقطاع العسكري.
- تطوير برامج تأمين صحي مجتمعية في المناطق الريفية كما تم تجريبه بدعم برنامج الاتحاد الأوروبي في تعز وأوكسفام في حضرموت.
- تقديم الخدمات الصحية العامة الممولة بالضرائب وتقاسم التكاليف في كل البلاد.
- برنامج للمستخدمين الذاتيين الميسورين والذي لا يزال ينبغي تصميمه واختباره وتطويره.

تنسيق وتوافق خيارات التمويل الصحي لكامل السكان هو هدف نظام التأمين الصحي الوطني. إن مكون التأمين الصحي للنظام الصحي سوف يتزايد بقدر الإمكان وإن تقديم الخدمات العامة على أساس الضرائب سوف يتضائل. إن الجانب الأكثر أهمية هو أن كل المجموعات السكانية ستتم تغطيتها بخدمات صحية اقتصادية وأن التفاعلات بين مختلف مكونات النظام الصحي يجب إبقاءها في البال دائماً. ينبغي أن يتفادى هذا تجزئة نظام الرعاية الصحية إلى أنظمة فرعية عديدة منفصلة ومجزأة. في الكثير من بلدان أمريكا اللاتينية على سبيل المثال فإن قطاع التأمين الصحي مختلف عن قطاع الصحة العامة وهذا يسبب عدم مساواة وعدم كفاءة على نطاق واسع.

الجدول رقم (2): مكونات نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن

خيارات التمويل الصحي	القوة العاملة	خيارات التمويل الصحي			
		مساهمات ضريبة مرتبات في التأمين	تأمين المستخدمين ذاتياً	برامج مشاركة المجتمع	الخدمات العامة التي أساسها الضريبة
من قبل قطاع الاستخدام الرئيسي للأسر	(تقديرات سريعة ومدورة)				
الحكومة	420.000	37.5 %			
العسكريين	350.000				
الشرطة	150.000				
الشركات العامة	70.000				
الشركات المختلطة	10.000				
شركات القطاع الخاص الرسمي	500.000				
المستخدمين ذاتياً الميسورين	500.000		12.5 %	↑↑↑↑↑↑↑↑	
المستخدمين ذاتياً الفقراء	1.000.000			10 % ↓↓↓↓↓↓↓↓	50 %
عاطلين عن العمل وفقراء	1.000.000			إستراتيجية التوسع	
الأسر في اليمن	4.000.000	37.5 %	12.5 %	(~10 %)	50 %
السكان في اليمن	22.000.000	37.5 %	12.5 %	(~10 %)	50 %

المصادر: تقديرات واحتسابات خاصة

يمكن أن يسمى التأمين الصحي الوطني التأمين الصحي الاجتماعي إذا كان هناك دعم

- من الأغنياء إلى الفقراء.
- من الشباب إلى المسنين.
- من الأسر الصغيرة إلى الأسر الأكبر.
- من العاملين إلى العاطلين.
- من الأصحاء (مخاطر أقل) إلى المرضى والمجموعات الهشة (مخاطر عالية).

وباسم دافع وطني نحو التضامن يضم جميع أفراد المجتمع وخصوصاً الفقراء والمهمشين.

ما هي أفضل طريقة للحصول على الدعم؟ يجادل البعض أن من المهم كثيراً حصول الحكومة على دخل ضريبي منتظم وكبير نسبياً مع تصاعدية كبيرة أي أن يدفع الميسورون ضرائب أعلى من الفقراء. ويمكن القيام بهذا بصورة أفضل بضرائب الدخل. وسوف يسمح بإتفاق أموال الضرائب للمصلحة العامة وخصوصاً لأولئك الذين يحتاجون أكثر لتقديم الرعاية الصحية. ويجادل آخرون أن من الأفضل أن يكون هناك نظام تأمين صحي إجباري لأكثر عدد ممكن من الأفراد. إن الاستقطاعات من الرواتب على أساس النسبة من الرواتب سيعزز التضامن لأن أولئك الذين لديهم رواتب عالية سيدفعون مساهمة أكبر للتأمين الصحي. ويجب المدافعون عن الضرائب التصاعدية بأن هذا يخص الرواتب فقط وليس الدخل وأن هيئة التأمين الصحي ستواجه الكثير من الصعوبات في تقدير دخل أعضائها. وفي الحقيقة بأن هذه مهمة معقدة للغاية وخصوصاً بالحصول على مساهمات عادلة من الذين يعملون لذاتهم. وبصورة متزايدة يقترح لذلك بأن المساهمات للتأمين الصحي يمكن أن تكون بمعدلات متساوية أي نفس أقساط التأمين لجميع الأعضاء وأن النظام الضريبي الحكومي يجب أن يضمن الدعم المذكور بأعلاه للأعضاء المحرومين من المجتمع.

ومن ناحية نظرية فإن هذه الخيارات الأربعة هي:

- ضرائب تصاعديّة على جميع أعضاء المجتمع ولأعضاء التأمين الصحي.
- استقطاعات خاصة بالمرتببات والأجور من المرتببات أو مجموع الرواتب أو
- الدخل على أساس مساهمات تجمع من السلطات الضريبية و/أو التأمينات الصحية.
- استقطاعات بمعدلات متساوية لنفس المستويات لجميع أعضاء التأمين.

قبل تصميم نظام تأمين صحي وطني لليمن ينبغي مناقشة تلك الخيارات ومقارنتها. إن أبسط طريقة في اليمن ستكون استقطاع المساهمات من مرتببات الموظفين والعاملين في قطاع الاستخدام الرسمي. إن مساهمات التأمين المرتبطة بالدخل للأسر هي أفضل في طلب التضامن من استقطاعات الرواتب من كشوفات الرواتب حتى وإن كانت هذه أسهل كثيراً في تنفيذها وجمعها. يمكن للمساهمات المتفاوتة بمعدل متساوي للقطاع الغير رسمي أن تخفف من العبء الإضافي الذي يقع في أحيان كثيرة عليهم وخصوصاً طالما أنهم تفرض عليهم الضرائب عادة بحسب الدخل التقديري (أي على أساس حجم الأرض التي يفلحونها) وليس بحسب المرتببات وكونهم أصحاب عمل وموظفين في ذات الوقت طالما أنه يطلب منهم أن يدفعوا كلاً حصتي المساهمة. وتظهر هذه الأمثلة أنه بالنسبة لنظام التأمين الصحي الوطني ينبغي التدقيق في كل الخيارات بعناية وأنه يمكن تطبيقها بصورة مختلفة لمجموعات مختلفة من السكان ولمجموعات مختلفة من التأمين الصحي. من الضروري الإبقاء على هذه الخيارات في البال قبل تصميم برنامج التأمين الصحي. ومن المهم كذلك أن يتم النظر دائماً في كلا طريقتي التمويل الرئيسيتين: الضرائب والمساهمات. يذكر مقترح التأمين الصحي في اليمن طريقة استقطاع الرواتب الإجبارية فقط.

رأي القادة

54% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً ويلزم بالقانون.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

في التأمين الإلزامي أو الإجباري الذي هو موجود لبعض الناس فإن تمديده تزايداً إلى مناطق أخرى ومجموعات اجتماعية سيكون طريقة مجدية لتحقيق التغطية الشاملة إذا تم تلبية عدد من الشروط (بارنج هاوسن 2002 ، ص 1567). إن تمديد وفي النهاية عمومية الحماية الاجتماعية يمكن تحقيقه عن طريق المبدأ الإقليمي³ والشخصي⁴ ومكان العمل⁵. إن المبادئ الثلاثة المختلفة لا تستثنى بعضها البعض وبدلاً عن ذلك فهي تكاملية ويمكن أن تتطور تزامنياً وتتابعياً أو تبادلياً. ومع ذلك فإن عملية المد يمكن أن تأتي بسلسلة من المشكلات التي يجب أخذها في الاعتبار من أجل تقادي التكاليف الاجتماعية الكبيرة والمقاومة القوية الغير ضرورية من بعض المساهمين. وخلال مد التغطية الرسمية وتنفيذ آليات ضمان اجتماعي بديلة فإن الأعضاء الحاليين لبرامج التأمين الصحي الاجتماعي ربما يدفعون جزء من سعر إدراج المجموعات الجديدة في صورة مساهمات تأمين أكبر. وهكذا فإن الناس والمجموعات التي قد غطيت بآليات الحماية الاجتماعية يمكن أن ترفض إدراج مستفيدين إضافيين في برنامج التأمين. وفي ذات الوقت يميل عدم المساواة إلى الإزدياد لأن الحصول على الرعاية الصحية يمكن أن ينقص بالنسبة لغير المؤمنين في الفترات الانتقالية حيث تنضب الموارد من الغير مؤمنين لتوفير الرعاية الصحية للمؤمنين (بارنج هاوسن 2000 ، ص 1567 ونورماند 1994 ، ص 41).

هناك حاجة للدعم الحكومي لمعظم برامج التأمين الصحي الاجتماعي في العالم. ويشمل ذلك إعادة التأمين لعجز مقبول في التأمين الصحي ودعم مساهمات تأمين المستخدمين ذاتياً وإعفاء جميع الفقراء من المحاسبة في التكلفة وبرامج استرداد التكلفة والدفع الكامل لكل أو معظم التكاليف المتكررة للمنشآت الصحية في المناطق الفقيرة والنائية أو في الأخير الدفع الكامل لمساهمات التأمين الصحي للفقراء لهيئة تأمين صحي.

وبالإضافة لذلك فإن على الحكومة أن تدعم فاعلية وكفاءة محسنة لجميع خدمات وبرامج التأمين العام وخصوصاً بالزيادة الكبيرة لنشاطات الوقاية والترويج الصحي والاتجاه نحو إستراتيجية الأمثل – الكفاءة في كل الرعاية الصحية الخاصة والعامة. إن الأنظمة المحسنة والنافذة والرقابة الصارمة على الجودة والإشراف على مقدمي الخدمات العامة والخاصة هي عناصر أساسية لهذه الإستراتيجية. وكما قد ذكرنا فإن سياسة الضرائب التصاعديّة هي مكون حيوي لإستراتيجية اجتماعية لكامل الحكومة مع تأثيرات أو تضمينات لكامل القطاع الصحي وكامل نظام التمويل الصحي. إن التفاعل المناسب بين

³ ينشأ برنامج التأمين أولاً في مناطق مختارة من البلاد (الأكثر تصنيعاً في العادة) ويمتد تدريجياً لتغطية المناطق الجغرافية الأخرى (الأقل تطوراً في العادة).

⁴ مد التغطية عن طريق إدراج الأشخاص بدون تغطية إما بتوجيه معايير أفقية مثل المهنة أو معايير رأسية مثل الدخل أو مد التغطية إلى أفراد العائلة.

⁵ المد بحسب مد الاستخدام (الرسمي) سواء بحسب خطوط أفقية (أي القطاع الاقتصادي) أو خطوط أفقية (مثلاً حجم الشركة).

الحكومة والتأمين الصحي وبيّن أشكال جمع التمويل المحددة هو مكون أساسي لنظام التأمين الصحي الوطني الذي يتكون من:

- مجموعات سكان مختلفة.
- خيارات جمع أموال مختلفة.
- إستراتيجيات توسع مختلفة.

والتي ينبغي جمعها كلها بطريقة تحقق التضامن والعدالة بصورة أفضل لتوفير أفضل رعاية صحية ممكنة لجميع الذين يحتاجونها.

ومن ناحية مبدئية يبدو برنامج التأمين الصحي على المستوى الوطني والشامل أنه الأفضل. وسوف يستوعب جميع المجموعات السكانية وسوف يجد أفضل مزيج من خيارات التمويل الصحي التي تضمن عدالة التمويل والنوعية العالية وتقديم رعاية صحية اقتصادية في حالة الحاجة لجميع المواطنين.

الجدول رقم (3): المزايا والعيوب الأساسية لبرنامج تأمين صحي على النطاق الوطني وشامل	
العيوب	المزايا
<p>ضرورة متطلبات مسبقة كثيرة مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إرادة سياسية قوية وتمكين الهيئة من إنفاذ القواعد على مستوى الأمة. • تأصيل اجتماعي وثقافي لمبدأ التضامن. • موظفين بكفاءة عالية لإدارة المشروع (هيئة التأمين الصحي). • موظفين ذوي كفاءة عالية في المؤسسة المشرفة لتوجيه المشروع. • بيانات ومعلومات موثوق بها بصورة منتظمة حول الخدمات والتدفقات النقدية. 	<ul style="list-style-type: none"> • إن المساهمة في صندوق مشترك على المستوى الوطني يعد بأكبر اقتصاديات الحجم وبذلك أفضل الأسعار والخدمات تحمل المشاريع الشاملة أفكار المساواة في الحصول على الخدمات وتمويلها. • إمكانية نمو سوق صحية أكثر مساواة. • تنظيم تأمين صحي أكثر استقلالية وقوة لديه الفرصة للحصول على ثقة السكان (ومقدمي الخدمة). • عدم وجود حاجة لبرنامج تعويض مخاطر معقدة (إعانات متبادلة) لمعادلة المخاطر المختلفة وصناديق التمويل المشتركة لمشروعات التأمين الصحي المختلفة. • سهولة أكبر في الرقابة المركزية / تقوده الحكومة / البرلمان.

وبأخذ هذه المزايا والعيوب الرئيسية يبدو أن الاتجاه واضح. وفي المدى البعيد – إذا أراد المجتمع الإبقاء على مبادئ التضامن – فإن هناك أولوية لمشروع شامل على نطاق الأمة. إن هدف الرؤية الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي هي:

- تحويل المدفوعات المنفقة وقت استخدام الخدمات الصحية (مع دلالات كبيرة بالنسبة لبعض المواطنين الذين لا يستطيعون تحملها).
- إلى برامج مدفوعات مسبقة.
- حيث يساهم جميع المواطنين (بالضرائب أو المساهمات) في تمويل صحي عادل.
- لخدمات صحية ذات جودة عالية واقتصادية تعطى بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على تحملها بصورة أساسية.

ولتحقيق هذه النظرة خطوة بخطوة ستتم مناقشة عدة خيارات في التالي:

2-2 البديل (أ): الدفعة الكبيرة

أعلن وكيل وزارة الخدمة المدنية والتأمينات في اجتماع مع فريق الدراسة أنه بنهاية العام 2006م سيبدأ التأمين الصحي لجميع موظفي القطاع العام. وتشمل القطاعات العامة تحت توجيه وزارة الخدمة المدنية والتأمينات حوالي نصف مليون من الموظفين ويشملون المسؤولين الحكوميين والعسكريين والشرطة والأمن السياسي. وبحلول العام 2006م يمكن استقطاع مساهمات التأمين من رواتب الموظفين والعاملين والحكومة – كمستخدم – ستدفع حصتها من المساهمات. وسيكون هذا سهلاً طالما أن الزيادة الكبيرة في الرواتب ستعطى بحلول ذلك الوقت لجميع موظفي القطاع العام. وبحلول يناير 2007م

ينبغي أن تكون هيئة تأمين صحي موجودة وعاملة لتقديم فوائد التأمين الصحي لجميع الأعضاء والمستفيدين. وسوف تعمل الهيئة تحت إشراف وزارة الخدمة المدنية والتأمينات.

رأي القادة

77% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يبدأ التأمين الصحي فوراً أو خلال العامين القادمين.

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

2-2-1 العضوية

إن هذه الرؤية الثابتة والواضحة ترشد بديلنا الأول. وسوف نضيف لها إدراج الموظفين والعاملين للشركات من الحجم المتوسط وشركات الإنتاج والخدمات الأكبر في القطاع الخاص الرسمي. وبالإضافة لذلك وبحسب قانون التأمين الصحي المقترح سوف ننظر في المتقاعدين. يقدم الجدول التالي تقديرات تقريبية حول الأسر وأفراد الأسرة المشاركين في إستراتيجية "الدفعة الكبيرة" هذه نحو تأمين صحي وطني.

الجدول رقم (4): قطاعات الاستخدام الرسمي		
السكان (7 : 1)	الأسر تقديرات تقريبية	قطاع الاستخدام
2.940.000	420.000	الحكومة
2.450.000	350.000	الجيش
1.050.000	150.000	الشرطة
490.000	70.000	الشركات العامة
70.000	10.000	الشركات المختلطة
3.500.000	500.000	شركات القطاع الخاص الرسمي
010.500.00	1.500.000	الإجمالي
		المتقاعدين
400.000	200.000	المتقاعدين النسبة (2 : 1)
10.900.000	1.700.000	الإجمالي 2

وبحسب أحدث كتاب إحصاء سنوي لليمن نفترض حجم الأسرة 7 أشخاص لكل عضو من كل موظف وعامل ونفترض من أجل البساطة بأن التأمين الصحي سيغطي كامل الأسرة. بالنسبة للمتقاعدين نحتسب متوسط شخصين يغطيهم عضو.

رأي القادة

35% من قادة الرأي يقولون: المتقاعدون فقراء جداً حتى يدفعوا الرعاية الصحية.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

رأي القادة

80% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يغطي التأمين الصحي موظفي الحكومة أولاً بما في ذلك الشركات العامة والمختلطة.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

2-2-2 المساهمات

بحسب قانون التأمين الصحي المقترح فإن معدلات المساهمة لأعضاء التأمين الصحي ستكون كالتالي:

- 6% تدفع من قبل صاحب العمل.
- 5% تدفع من قبل الموظف.

من الرواتب بما في ذلك جميع العلاوات. وبالمقارنة الدولية يبدو أن هذه مساهمة عادلة وبالمقارنة مع البلدان العربية فإنها كبيرة جداً. تضم العلاوات حالياً حوالي 51% من المرتبات الأساسية (طرموم 2003). وعلى أساس البيانات والمعلومات المختلفة من مصادر عديدة نقدر أن متوسط المرتبات للقطاع العام والخاص وللمتقاعدين تقريباً بالأرقام الموجودة في الجدول التالي:

الجدول رقم (5): متوسط المرتبات الشهرية	
المرتب بالشهر	قطاع الاستخدام
25.000 ريال يمني	متوسط المرتب الشهري في القطاع العام
30.000 ريال يمني	متوسط المرتب الشهري في القطاع الخاص
20.000 ريال يمني	متوسط الراتب التقاعدي الشهري
المصادر: مقابلات عديدة مع مشاركين	

تتضمن هذه الأرقام الزيادات الموجودة في الرواتب حيث أن الحكومة وعدت موظفيها والعاملين بها في منتصف عام 2005م. وعلى أساس هذه الافتراضات يمكننا احتساب الاستقطاعات الشهرية من الرواتب للموظفين وأصحاب العمل وإيراد سنوي محتمل لصندوق تأمين صحي بحسب المصادر.

الجدول رقم (6): الاستقطاعات الشهرية من كشوف الرواتب والإيراد السنوي للتأمين الصحي بحسب سيناريو "الدفعة الكبيرة"					
المؤشرات	القطاعات	القطاع العام	القطاع الخاص	المتقاعدين	الجميع
عدد الموظفين والعاملين بالمليون	1	0.5	0.2	1.7	
عدد المستفيدين بالمليون	7	3.5	0.5	11	
متوسط الأجر أو الراتب أو المعاش التقاعدي في الشهر بالريال	25.000	30.000	20.000		
مساهمة أصحاب العمل بنسبة مئوية	6 %	6 %	6 %		
مساهمة صاحب العمل في السنة للموظف بالريال	18.000	21.600	14.400		
مساهمة الموظفين كنسبة مئوية	5 %	5 %	5 %		
مساهمة الموظفين الفرديين في السنة بالريال اليمني	15.000	18.000	12.000		
مساهمات جميع أصحاب العمل في السنة ببلاتين الريالات	18	10.8	2.9	31.7	
مساهمات جميع الموظفين في السنة ببلاتين الريالات	15	9	2.4	26.4	
جميع المساهمات في السنة (تقريبية) ببلاتين الريالات	33	20	5	58	
المساهمات الحكومية (كصاحب عمل) ببلاتين الريالات	18	0	2	20	
مساهمات الشركات (كأصحاب عمل) ببلاتين الريالات	0	10.8	1	12	
مساهمات الموظفين ببلاتين الريالات	15	9	2	26	
جميع المساهمات في السنة (تقريبية) ببلاتين الريالات	33	20	5	58	
المصدر: مقترح قانون التأمين الصحي وافتراضات واحتسابات خاصة					

2-2-3 التأثير على حسابات الصحة الوطنية

سيتم الحصول على حوالي 58 بليون ريال يمني سنوياً عن طريق الاستقطاعات من كشوفات الرواتب في القطاعات الرسمية العامة والخاصة. وسيزيد هذا حسابات الصحة الوطنية الفعلية بنسبة 40% كما هو مبين في الجدول التالي. وسوف يكون له تأثير كبير على نمط حسابات الصحة الوطنية.

الجدول رقم (7): الإنفاق الصحي بحسب العاملين في اليمن قبل ومع التأمين الصحي في قطاعات الاستخدام الرسمية				
العامل	المصرفات		قبل التأمين الصحي	
	مع التأمين الصحي	بليون ريال	بليون ريال	%
الأسر	55.5	91	65	56.5
وزارات المالية والصحة	34.8	57	32	27.8
الشركات العامة			5	4.4
الشركات الخاصة	9.1	15	3	2.6
المانحين	0.6	1	10	8.7
الإجمالي	100	164	115	100
الإنفاق للفرد بالريال اليمني	8683		6091	
الإنفاق للفرد بالدولار الأمريكي	47		33	
الزيادة بنسبة مئوية	43			
المصادر: حسابات الصحة الوطنية لعام 2003م المحدثة (ديس 2005) واقتراضات واحتسابات خاصة				

2-2-4 مقارنات الدخل / الإنفاق

ماذا يمكن شراءه بهذا المال؟ فيما يلي سنستخدم سيناريو هين. السيناريو الأول مبني على أساس "الممارسة الجيدة" في اليمن. تعطي المؤسسة العامة للاتصالات حزمة فوائد هي موضع تقدير موظفيها وعامليها. واتحاد العمال فخور بأنه قد حقق هذه الحزمة في مفاوضات عمالية طويلة. وهي تشمل ما يلي:

- مبلغ مقطوع لاستخدام الأدوية.
- رعاية خارجية وداخلية مجانية.
- علاج مجاني في الخارج.

بالنسبة للأسرة تشمل الزوجة والأطفال. بالنسبة لأفراد العائلة الممتدة مثلاً الأب والأم تطبق المشاركة في الكلفة والمدفوعات المشتركة. تكلف حزمة الفوائد هذه 61.404 ريال يمني لكل موظف في السنة. الجدول التالي يحدد هذا ويقارنه مع الإيرادات من ضرائب كشوفات الرواتب 6% على صاحب العمل و 5% على الموظف.

الجدول رقم (8): سيناريو الاتصالات للإيرادات والنفقات		
الإيرادات	مساهمات التأمين الصحي	57,8 بليون ريال يمني
	إيرادات الاستثمار (10%)	5,8 بليون ريال يمني
النفقات	حزمة فوائد الاتصالات*	104,4 بليون ريال يمني
	نفقات عامة (8%)	8,4 بليون ريال يمني
العجز يغطي بالضرائب أو الدعم الأخر**		49,2 بليون ريال يمني
* افتراض: نفس حزمة الفوائد كمؤسسة الاتصالات مع 350 مليون ريال يمني في السنة لـ 5700 موظف = 61.404 ريال يمني لكل موظف.		
** العجز هو 43.6%.		

يظهر هذا السيناريو أن عجزاً كبيراً سيتولد. ويتم الحصول على نفس النتيجة عندما نستخدم طريقة مختلفة لتقدير نفقات التأمين الصحي. وهي مبنية على افتراض أن حوالي ثلث موظفي التأمين الصحي بحاجة إلى خدمة 500 مستفيد من برنامج التأمين الصحي. وهذه القاعدة صحيحة على سبيل المثال في تأمينات الصحة الألمانية والتي لديها مستوى إنتاجية أعلى بصورة ملحوظة للموارد البشرية مما لوحظ في اليمن. وباستهداف تقدير تحفظي لا نأخذ هذه النقطة في الحسبان. بالنسبة لـ 11 مليون مستفيد في إستراتيجية الدفعة الكبيرة ستكون هناك حاجة لـ 22 ألف موظف. إذا تسلموا متوسط المرتب اليمني فسوف يكلف ذلك 6.6 بليون ريال يمني في السنة وهذا هو مرتكز الاحتمالات في الجدول التالي. الحصص النسبية لنفقات الصنفات العامة والرعاية في المستشفيات والأدوية مبنية على التجارب الدولية. وقد أدرجنا جانبين خاصين إضافة لذلك:

- افتراض أن إصابات العمل تغطي بالتأمين الصحي وليس ببرنامج تأمين خاص منفصلاً عنه وأدرجنا نفقات الحوادث وفي أسوأ الحالات نفقات لفوائد التقاعد المبكر.
- بافتراض أن أصحاب العمل سينضمون إلى البرنامج فقط إذا خفف التأمين الصحي من عبئهم لمدفوعات الإجازة المرضية بدفع بدائل الراتب ولفترة معينة من الزمن فقد أدرجنا بند الإنفاق هذا في سلة نفقات التأمين الصحي.
- بافتراض أن بناء نظام التأمين الصحي في اليمن بحاجة إلى تنمية بعض المهارات والتدريب والتثقيف الكثيف للموظفين والكثير من المساهمين والشركاء فنضيف مبلغ كبير من النفقات للتدريب.

وجميع النفقات ستبلغ حوالي 110 بليون ريال يماني في السنة. وبمقارنة النفقات والإيرادات سينتج عجز بحوالي 46 بليون ريال يماني في السنة حسبما يمكن استنتاجه من الجدول التالي.

الجدول رقم (9): سيناريو صندوق المرض للإيرادات والنفقات				
النفقات			الإيرادات	
%	بليون ريال يماني	الوجهة	بليون ريال يماني	الموارد
45	49,5	مقدمي الخدمة (داخلي وخارجي)	18,0	المستخدمين في القطاع العام
20	22,0	الأدوية والمستلزمات الطبية	15,0	الموظفين في القطاع العام
12	13,2	الحوادث والمعاشات التقاعدية ... الخ	10,8	المستخدمين في القطاع الخاص
7	7,7	الإجازات المرضية	9,0	الموظفين في القطاع الخاص
8	6,6	الإدارة والموظفين ... الخ (22 ألف)*	5,0	المتقاعدين
	2,2	الاستثمارات وتكاليف التشغيل	5,8	عوائد الاستثمار (10%)
8	8,8	التدريب والاستشارة ... الخ	46,4	العجز** (الضرائب والدعم)
100	110	الإجمالي ببلايين الريالات اليمنية	110	الإجمالي ببلايين الريالات
* الافتراض: موظف تأمين صحي واحد بمتوسط مرتب 25 ألف ريال يماني في الشهر لكل 500 مستفيد.				
** العجز هو 42.2%.				

يمكن أن تتفاوت هذه الاحتمالات في الكثير من الطرق. وهذا بالضبط ما يقصد أن تثيره: نقاشات تخفيض أو تغطية العجز وإيجاد طرق بتخصيص أكثر ترشيداً للموارد النادرة. لكن هناك ملاحظة حذرة ينبغي أن تغطي. إن مساهمات التأمين الصحي لا تغطي كل المصاريف الصحية في معظم البلدان. إن حزم الفوائد الصغيرة جداً غير مغرية. إن برامج الشركات تدعم من قبل الشركات في أحيان كثيرة. هذه ثلاثة قنوات فقط لإعطاء أسباب من أجل تبرير مستوى مقبول من الإنفاق في التأمينات الصحية. إن التأمينات الصحية دائماً تقريباً يقع عليها الحصول على زيادة من قبل الحكومة. وعلى أساس التجارب الدولية نحتسب معدل العجز بحوالي 40%. ومن جانب آخر يجب أن نبقى في البال أن التأمينات الصحية للقطاعات الرسمية يجب أن لا يكون فيها عجز وإنما تنتج عائداً من أجل مقابلة خدمات الدعم للمجموعات المعوزة. ولذلك فإن إجراءات احتواء التكلفة والبحث عن تمويل إضافي تكون مطلوبة دائماً.

2-2-5 إستراتيجيات تخفيض العجز

ذكرت بعض إستراتيجيات تخفيض العجز أو احتواء التكلفة في الجدول التالي. وذكرت التأثيرات المالية وقدمت ملاحظات على قابلية التطبيق لهذه الإستراتيجية في الإطار اليمني.

الجدول رقم (10): إستراتيجية تخفيض العجز للتأمين الصحي في اليمن		
الإستراتيجية	بعض الآثار المالية	ملاحظات
تشارك التكلفة	مطلوب دفع مشترك أكبر من 40%	لن يفهم دافعوا المساهمات مزايا التأمين الصحي الذي يحاول التغلب على المدفوعات المنفقة.
حزمة الفوائد المخفضة	استثناء العلاج في الخارج (44%)	سيخفض جذب الفئات المتوسطة
	يغطي الحالات المزمنة والكارثية فقط	يمكن أن يغطي العجز
مساهمات أعلى	تخفيض حجم حزمة الفوائد لحد أدنى مقبول	يمكن تغطية العجز
	زيادة المساهمة بنسبة 1% يساوي 5 بليون ريال يمني	كبيرة جداً حتى بالمقاييس الدولية
فوائد الأعضاء فقط	يساوي معدلات مساهمة 20%	أعضاء مخاطر منخفضة في أسرة صغيرة يحتاج 20 بليون ريال يمني = ربح كبير
رعاية للأمراض المزمنة والكارثية من قبل الحكومة	يمكن تغطية العجز	هذه سياسة حالية جيدة جداً والتي لا تتبع مع ذلك كقاعدة و 63% من قادة الرأي يشاركون وجهة النظر هذه.
ترشيد استخدام الأدوية / قائمة الأدوية الأساسية فقط	حيث أن الأدوية تبلغ 35% من إجمالي النفقات يتوقع إجراء احتواء ملموس للتكاليف	يجب احتساب الأثر بحسب مستويات الأسعار للأدوية ومقاومة الصيدلانيين
استخدام القوة الشرائية للتأمين الصحي أي الخصم الإجمالي ... الخ	تأثير ضئيل ومتوسط الأجل	يمكن تحييد التكاليف العالية بسبب زيادة الطلب
إدارة هزيلة	تخفيض 10% كحد أقصى	ينبغي أن يتم على أي حال

إن النقطة الهامة لاحتواء التكاليف هي السيطرة على الاختيار واستثناء مقدمي الخدمة. إن أحد الأهداف المركزية لكل جهد إصلاح (في كل مكان في العالم) يجب أن يكون تحسين كفاءة تقديم الخدمات. وهناك الكثير من التجارب وخصوصاً تلك التجارب في البلدان المتطورة جداً. لكن إنعدام الكفاءة يوجد في كل مكان وفي البلدان حيث الموارد محدودة للغاية وتخفيض عدم الكفاءة مهم بصورة أكبر. ومهما كان تنظيم الرعاية الصحية فمن الضروري أن تكون هناك وسائل للرقابة على الأطباء ومقدمي الخدمة الآخرين وأن تكون هناك وسائل للمنافسة مثلاً مع صناعة الأدوية. وهناك الكثير من الإمكانيات لتعزيز الكفاءة بصورة منتظمة لكن بعض الأشياء شاملة. إن أكبر إسهام في صندوق مشترك لـ "الطالبيين" مثل منظمات التأمين الكبيرة أو مثل الدولة يعد بخدمات أفضل وأسعار أقل.

إن الحل الآخر الذي يمكن التفكير فيه هو تخفيض العجز المتوقع لخلق صندوق مساهمة مشترك. وهذا يعني وضع أموال المساهمات لـ "الأغنياء والأصحاء" للحصول على إسهامات إجمالية كبيرة من جهة ونفقات منخفضة من فوائد على الآخرين. ولأولئك نحن بحاجة إلى خدمات صحية وتضامن معظم المجتمع "المرضى والفقراء" والذي بدون شك سيكون أسوأ حالة. ومن الواضح أن هذا لا يمكن أن يكون الحل مع روح اجتماعية.

رأي القادة

0% من قادة الرأي يقولون: إن الموظفين فقط ينبغي أن يعطيهم التأمين الصحي.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

ينبغي استخدام إستراتيجيات تمويل إضافية على مسار مواز. وفي الجدول التالي ذكرت بعض الإمكانيات وتم التعليق عليها.

الجدول رقم (11): إستراتيجيات التمويل الإضافية للتأمين الصحي في اليمن		
الإستراتيجية	الآثار المالية	ملاحظات
تغطي وزارة المالية العجز دون زيادة المخصصات للصحة	ينتج عجز لخدمات الصحة التي أساسها الضرائب	أثار إعادة توزيع سلبية للفقراء والمعوزين
تغطية وزارة المالية للعجز مع زيادة المخصصات للصحة بصورة ملائمة	مضاعفة الإنفاق الحكومي على الصحة	مرغوبة بصورة كبيرة للصحة والتربية والتعليم
ضرائب تفرض لغرض "الخطيئة" أو ضرائب أخرى (القات والسجائر والمعدات الكبيرة ... الخ)	يمكن أن تغطي العجز في كل من النظام الصحي (التأمين الصحي والحكومة)	استقرار الإيرادات وأثار إعادة توزيع إيجابية ودعم مصلحة الضرائب لهذه الإستراتيجية
مخصصات أموال الزكاة الطوعية والزكاة التي دافعها القيمة	70 إلى 100 بليون ريال يمني في السنة إذا وثق الناس أن هباتهم تستعمل لأغراض ذات قيمة ويمكن أن تغطي كلا العجزين	إنعدام الاستقرار لكن قيمة اجتماعية كبيرة
أخذ أموال الأوقاف والأموال الخيرية الأخرى	يمكن أن تغطي كلا العجزين	إمكانية كبيرة ووزارة الأوقاف والإرشاد يمكن أن تكون شريكاً جيداً نوصي بذلك بدرجة عالية لإدراجها في صنع السياسة
تقدير الدخل	لازال سيجري احتسابه	الأرباح المضاعفة التي تدار بصورة عادلة ولكن من الصعب تنفيذه
دعم موجه للأمراض من مانحين دوليين وخصوصاً من الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GFTAM)	يمكن أن تحرر العبء المالي الذي سببه الملاريا والسل والإيدز	مناسب خلال المرحلة الابتدائية وهناك مشكلة استدامة
مساهمة أصحاب الأعمال الكبار للعاملين / الموظفين ذوي الدخل المنخفض	يمكن أن يزيد متوسط مستوى المساهمة	الموافقة السياسية مطلوبة والحافز لزيادة مستوى الدخل
تحسن فاعلية نظام الضرائب والجمارك وتخصيص أموال إضافية للتأمين الصحي	متغير بحسب الأداء	عدم تأكيد سياسي والالتزام ضروري
ضريبة تفرض على البترول تحدد بأنها نسبة من الدخل الوطني للنفط	توفر موارد إضافية للرعاية الصحية	الاحتياجات تحد من الاستدامة والإرادة السياسية مطلوبة وهو مصدر أكثر أهمية من الضرائب حالياً

إن كل مؤسسة تعطي مالا تريد أيضاً أن يكون لها سيطرة على إنفاقه. ومن أجل القدرة على السيطرة على برنامج دون هيئة إشراف متضخمة ومع خطوط معقدة من القرار وأفراد عديدين ينبغي أن يكون الهدف إبقاء الموارد المالية مرتبة بصورة واضحة.

2-2-6 المتطلبات الأساسية

سنذكر المتطلبات الأساسية لنظام تأمين صحي وطني واجتماعي وتناقش في مايو بحسب "M" الكثيرة للإدارة. إن المال هو واحد فقط من تلك المكونات وقد نوقش من قبل. وإنه ليس بأي حال هو المتطلب الأساسي الأكثر أهمية لنظام تأمين صحي جيد ومستدام لأنه مع الدافع الجيد والتعبئة والأيدي العاملة يمكن جمع المزيد من الأموال دائماً إذا كان إنتاج التأمين الصحي جيداً وإذا فهمه السياسيون والمرضى ومقدمي الخدمة. وما هو المطلوب بصورة أكثر أهمية في إطار اليمن هو آليات إدارة موثوق فيها وذات مصداقية وشفافة. وبالنظر إلى التجارب مع صندوق الدواء على سبيل المثال فإن الثقة في الصناديق قد فقدت. وفي جميع مناقشاتنا أثرت هذه القضية في إطار الابتزاز والفساد وقد كان المطلوب هيئة تأمين صحي مستقلة.

رأي القادة

63% من قادة الرأي يقولون: إن منظمة تأمين صحي مستقلة ينبغي إنشاؤها.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني واللجنة الأوروبية 2005

وكمطلب أساسي لإستراتيجية الدفعة الكبيرة نوصي بفريق إدارة ذو قدرة عالية ومستقل مع كامل الشفافية والمصادقية والمساءلة وخواص كيان شركة حديثة وربما يتم التعاقد عليه مع شركة عالمية. إن السمات الرئيسية لصندوق التأمين الصحي الوطني مذكورة في الجدول التالي.

الجدول رقم (12): السمات الرئيسية لصندوق تأمين صحي وطني مستقل وموثوق فيه

الاستقلالية:

- أ- الفصل عن الكيانات الحكومية التقليدية والتوجهات الرئيسية للصندوق بإقامة مجلس إدارة مستقل.
- ب- ارتباط وثيق مع المنظمات الغير حكومية والجهاز المركزي للإحصاء والقطاع الخاص والحكم المحلي وممثلي المرضى وأفضل الخبراء ومقدمي الخدمة ممارسة.

القيادة:

- أ- اختيار شخصية لديها دافع قوي ومجربة ومؤهلة تأهيل عالي مهني ولديها مؤهلات قيادية مثبتة.
- ب- عدم اشتراك مجلس الإدارة في قرارات الإدارة اليومية.

المهنية:

- أ- توظيف رشيد واختيار الموظفين بعملية مفتوحة وشفافة.
- ب- تمييز جميع الموظفين بالخبرة العالية والخلفية المهنية.
- ج- التعلم المستمر وعمليات التدريب.
- د- المراجعة المستمرة للأنظمة الفنية والإرشادات.

الكفاءة:

- أ- إدارة قوية وحازمة مع دعم سياسي من أعلى المستويات.
- ب- موظفين متحمسين دافعهم الإنتاج مع خبرة مهنية قوية وخبرة إدارية.
- ج- استخدام مؤشرات الأهداف لمراقبة الإنجاز.
- د- التعلم المستمر من الأخطاء.

الشفافية في إجراءات التشغيل:

- أ- إجراءات منشورة جيداً واتخاذ قرارات شفافة.
- ب- شفافية من خلال الاتصال السليم ذو الجانبين بين المستفيدين وصندوق الصحة.
- ج- المرونة أي الرغبة في التعلم من الأخطاء.

المساءلة:

- أ- التدقيق الداخلي والخارجي في نفس المكان.
- ب- التدقيق الدولي المنتظم في نفس المكان.
- ج- تدقيق جودة صارم ومستقل لمقدمي الخدمة.
- د- مشاركة مراقبين مستشارين من المجتمع المدني والدولي.
- هـ- فرض عقوبات صارمة في حالة سوء الاستعمال والفساد.

بناء القدرة لكل الشركاء العاملين والراغبين في التعلم من التجارب الدولية:

- أ- بصورة رئيسية فإن المستشارين والخبراء الأجانب ذوي أهمية للدعم الفني والإشرافي والإداري.
- ب- بناء قدرة مستمر في البداية.

المصادر: جزء من التوصيات نمطت بحسب تجارب وتوصيات الصندوق الاجتماعي للتنمية وجوانب عديدة أخرى أضيفت من قبل الفريق.

بالنسبة للبنية المؤسسية لصندوق التأمين الصحي الوطني يمكن أن نوصي بالبنية التالية:

الجدول رقم (13): البنية التنظيمية الموصى بها لصندوق التأمين الصحي	
رئيس الوزراء – رئيساً مجلس الإدارة المدير المنتدب الوحدات الوظيفية:	
التدقيق الداخلي الرقابة والتقييم وتشمل الرقابة على جودة مقدمي الخدمة البرمجة والتخطيط المالية والإدارة المعلومات والدراسات التأمينية التعاقد والمشتريات والدعم الفني معالجة المطالبات وسياسات الدفع لمقدمي الخدمة الاقتصاديات الصحية وسياسات التمويل الصحي	
الوحدات القطاعية:	
الرعاية الخارجية الرعاية الداخلية الرعاية في حالة الكوارث الأدوية أخرى	
المصدر: بنية أو هيكل معدل للصندوق الاجتماعي للتنمية	

من المشكوك فيه أن يتم إنشاء هذه البنية في وقت سريع. وإذا أختيرت إستراتيجية الدفعة الكبيرة عندها سيكون من الضروري بناء تلك الهياكل مع دعم قوي جداً من الخارج. وفي هذه الحالة فإن شركة إدارة لديها تجربة دولية وذات مستوى عالي ينبغي التعاقد معها لبناء وإدارته لبعض الوقت حتى يمكن تسليمه بالكامل إلى الأيدي اليمنية. وهذا مطلوب إذا كانت المصادقية والشفافية والمساءلة هي المبادئ المرشدة لاستعادة الثقة المفقودة المطلوبة في أي صندوق تأمين صحي أي:

- ثقة الجمهور.
- ثقة المرضى.
- ثقة مقدمي الخدمة.

وبدون ذلك لن يستحق الأمر ولن يكون من المستحسن أن يوصى ببناء هيئة تأمين صحي في اليمن. سيكون من الأفضل البدء بسكرتارية تأمين صحي صغيرة لتوسيعها أولاً إلى مركز اختصاص التأمين الصحي وخطوة خطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني. وهذا يستغرق وقتاً ولكن له مردودات.

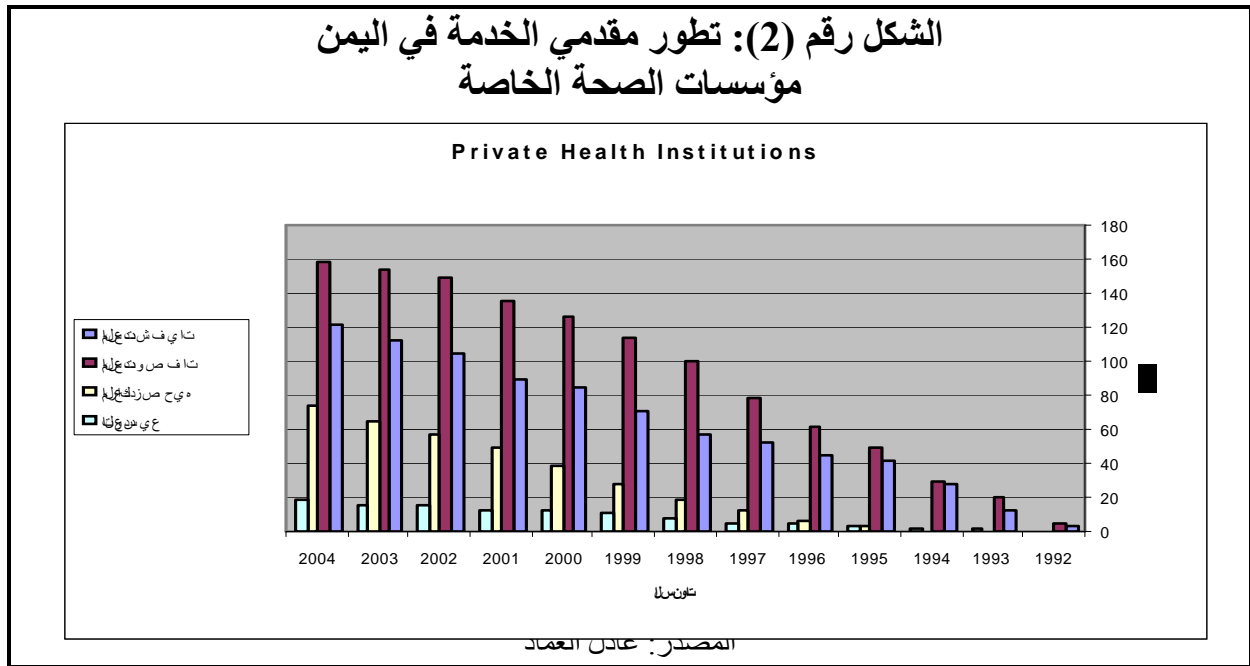
هناك حاجة لمزيد من المتطلبات الأساسية لإنشاء صندوق تأمين صحي وطني لدعم سيناريو الدفعة الكبيرة للتأمين الصحي في اليمن. وبعض هذه المتطلبات الأساسية مذكورة في الجدول التالي.

الجدول رقم (14): مزيد من المتطلبات الأساسية للتأمينات الصحية في اليمن		
الإدارة "M"	الشرح	الوضع
العقل المدبر	لم تكتشف أي قيادة بعد (كلام وعدم فعل في كل مكان)	ينبغي استكشافها
الكتيبات	القانون الأساسي واللوائح وأنظمة وإرشادات تنجح باستمرار – وإنفاذ القوانين	إنفاذ القوانين هو المشكلة الخطيرة
التعددية	مؤسسات شريكة قوية غير موجودة بعد لتمثيل مصالح مقدمي الخدمة والمرضى ... الخ	سيستغرق وقتاً طويلاً
قوة عاملة	اقتصاديين ، أخصائيي صحة عامة واقتصاديي تأمين واقتصاديي صحة ناضحين ومصرفيين وأخصائيي ضمان اجتماعي وأشخاص تدريب مهني في الضمان الاجتماعي ...	غير متوفرين بصورة كافية أو لم يتم اكتشافهم بعد

الجدول رقم (14): مزيد من المتطلبات الأساسية للتأمينات الصحية في اليمن		
الإدارة "M"	الشرح	الوضع
	الخ	
الوسائل	مبنى وبنية أساسية وتكنولوجيا كمبيوتر وتكنولوجيا بطاقات هوية	ليست مشكلة
الدافع	وعي المرضى ومقدمي خدمة همهم الجودة ومدراء دافعهم الخدمة العامة	لم يعطى بصورة كافية
التعبئة	من داخل هيئة التأمين الصحي وبدعم من تسويق وسائل الإعلام للمنتجات والإجراءات	ينبغي إعداده
القياس	دراسات تأمينية ووبائية منتظمة ودراسات تقييم للنتائج والآثار	البيانات الأساسية مفقودة وهناك حاجة إلى استثمار كبير
الرقابة	التدقيق الداخلي والتدقيق الدولي والتدقيق بوسائل الإعلام ومنظمات المجتمع المدني والمرضى ومقدمي الخدمة	يجب تعزيز قبول المراقبة المنتظمة

بالنسبة للتأمين الصحي فإن مطلب أساسي آخر أكثر أهمية يجب أخذه في الاعتبار: الأسواق. إن العرض الجيد لمقدمي خدمة جيدين قريبين من المرضى هو ضرورة من أجل تأمين صحي ذو مصداقية.

وفي الواقع أن هناك زيادة كبيرة في السنوات الأخيرة لمقدمي الخدمة الصحية في اليمن كما يمكن أن نراه من الشكل التالي.



وبحسب سوق مقدمي الخدمة هناك تحديين: نحتاج إلى ما يكفي من مقدمي الخدمة للوفاء بمعيار خدمات صحية في المتناول ولكن من جانب آخر نحتاج إلى مقدمي الخدمة الصحيحين. نحتاج إلى مقدمي خدمة يديرون خدمات ذات جودة جيدة بأسعار قيمة. إن أولئك الأطباء الخاصين والمراكز الصحية أو المستشفيات والتي بصورة حصرية تقريباً يعالجون الدافعين المباشرين من الأغنياء ليسوا مفيدتين لجمهور السكان. هناك عدة طرق لتفادي أو التقليل من تباطؤ الخدمات المطلوبة والمتوفرة. وأحدها هو استخدام السوق لتعظيم الجودة وأسعار الخدمات. ولكن ذلك يعمل فقط إذا كان لدينا علاقة سوق عادلة بين العرض والطلب ولذلك نحتاج إلى مجموعة كبيرة من الناس الذين ربما يطلبون الخدمات وذلك سيسمح بإبرام عقود عادلة بين صندوق المساهمة المشترك ومقدمي الخدمة. إن الشخص المريض الفرد هو دائماً "طالب ضعيف جداً" والشخص المريض أساساً يبحث عن المساعدة فقط.

2-2-7 مزايا وعيوب إستراتيجية "الدفعة الكبيرة"

هناك مزيتين كبيرتين وعيوب كثيرة لإستراتيجية الدفعة الكبيرة. ولقد تقرر تماماً أنه سيكون من الصعب جداً العمل بمثل هذا الخيار. و سيكون ذلك طريقاً خطيراً لكنه في النهاية رغم ذلك يمكن أن يكون مفيد جداً لليمن.

الجدول رقم (15): مزايا وعيوب إستراتيجية الدفعة الكبيرة		
المزايا	العيوب	الإمكانيات
كثير من العملاء يعني وضع أموال مساهمة مشتركة جيدة واقتصاديات حجم كبير	معظم المتطلبات الأساسية لم يوفى بها البناء المؤسسي يستغرق وقتاً الالتزام السياسي ضعيف تدني وفرة البيانات والمعلومات المطلوبة معوقات اجتماعية ثقافية عدم ثقة عام فيما يتعلق بأي صندوق حكومي	زيادات المرتبات تعطي فرصة تاريخية مجموعة إدارة عالية المهنية ومجربة دولياً تتولاه وتجعله يبدأ
تغيير النظام الصحي المطلوب ممكن	عدم وجود قوة عاملة كافية درجة متدنية من المعرفة المالية عدم ثقة عام تجاه الصناديق	

2-2-8 سيناريو فرعي لإستراتيجية الدفعة الكبيرة

هيئة تأمين صحي وطني ستقوم بتسجيل أعضائها الدافعين للمساهمات. وفي حالة دفع الحكومة لمعدلات المساهمة للفقراء والعاطلين عن العمل وجميع أولئك الغير قادرين على القيام بأي دفع أو المساهمة الكاملة (المتقاعدین مثلاً) فإن هيئة التأمين الصحي ستتولى بصورة متزايدة المسؤولية لتقديم حزمة الفوائد لهؤلاء الأعضاء المنصوص عليها بالفانون أو الأنظمة.

وفي النهاية فإن هيئة التأمين الصحي ستتولى حينها التعاقد تقريباً على كل الرعاية الصحية العلاجية والمنشآت الحكومية ستكون حينها مقدم خدمة وحيد ينافس مقدمي الخدمة الآخرين. وستكون وزارة الصحة حينها قادرة على التركيز على دورها كمنظم ومكشرف على كامل النظام الصحي. يمكن أن نسمي السيناريوهات الفرعية المقابلة: التعايش والثورة.

الجدول رقم (16): اثنين من السيناريوهات الفرعية لإستراتيجية الدفعة الكبيرة			
التعايش		الثورة	
تقسيم العمل بين تقديم الخدمات الصحية الحكومية وهيئة التأمين الصحي		تدفع الحكومة مساهمات للفقراء والعاطلين عن العمل والمتقاعدين لهيئة التأمين الصحي	
• تهتم الحكومة بالوقاية والترويج والرعاية الصحية الأولية وفي الأخير الأمراض المزمنة والكارثية.	• تقدم هيئة التأمين الصحي خدماتها لأعضائها والمستفيدين فقط.	• تتولى هيئة التأمين الصحي كل الرعاية الوقائية والعلاجية وتتعاقد مع أفضل مقدمي خدمة فقط وفي كل مكان.	• تركز الحكومة على الوظائف الأساسية للتنظيم والإشراف وهيئة إشرافية.
المزايا	العيوب	المزايا	العيوب
سيطرة الحكومة المباشرة على قطاع الخدمات الهامة الفرصة لكلا الفاعلين للتعلم من بعضهم البعض	مشكلة في اختيار المخاطر المؤسسية مثلاً فيما يتعلق بالحالات المزمنة والكارثية فالحكومة مقدم خدمة ومشرف في نفس الوقت	إنشاء مسؤوليات واضحة ومنع اختيار المخاطر المؤسسية فرصة لقبول عام أعلى لمؤسسة التأمينات الصحية السيطرة على سوء الاستعمال أسهل طالما أن الجميع مؤمن عليه	صعب التحقيق حاجة إلى أنظمة كثيرة التعقيد للسيطرة وريادة النظام بالحوافز تنفيذ سريع للاعب جديد وكبير يحتوي مخاطر الفساد

إن السيناريو الفرعي الآخر لبدل الدفعة الكبيرة سيكون تخفيض حزمة الفوائد بصورة كبيرة إلى متوسط حزمة فوائد تستطيع حسابات الصحة الوطنية تحملها وتقديم حزمة الفوائد هذه بالتدرج إلى جميع قطاعات المجتمع بما في ذلك العاطلين عن العمل والفقراء وكذلك إلى الميسورين والمستخدمين لذاتهم. إن مزيد من التفاصيل لهذا السيناريو موجودة في الفصل رقم (4). نسمي هذا السيناريو سيناريو "صغير للجميع".

2-2-9 متطلبات التعاون لإستراتيجية الدفعة الكبيرة

يجب على مختلف الشركاء المشتركين في إستراتيجية الدفعة الكبيرة أن يلعبوا أدوارهم الخاصة المبينة في الجدول التالي.

الجدول رقم (17) قضايا التعاون فيما يتعلق بإستراتيجية الدفعة الكبيرة	
جميع الوزارات والشركات	مسجلين في إقامة البرنامج مسؤولين عن تسجيل الموظفين دفع المساهمات كأصحاب عمل مسؤولين عن تحويل المساهمات
وزارة الصحة	قيادة مبدئية ونظامية إعداد مقدمي الخدمة العامة للتأمين الصحي الوطني إعطاء أولوية للوقاية / الترويج وأخيراً الأمراض الكارثية سحب الخطوة خطوة من تقديم الرعاية الصحية
وزارة المالية	إعطاء الدعم المالي لهيئة التأمين الصحي من الضرائب العامة و/أو الضرائب المفردة لغرض خاص دعم النشاطات الجانبية بما فيه الكفاية لدعم الوقاية والترويج ومد تغطية الرعاية الصحية الأولية الأساسية.
وزارة الخدمة المدنية والتأمينات	إعطاء الدعم المالي لهيئة التأمين الصحي من مخصصات الميزانية الخاصة تسجيل جميع موظفي الخدمة العامة في المشروع والتفاوض مع وزارة المالية حول أفضل السبل لإدخال استقطاعات الضرائب دون إثارة الشغب.

تعيين بعض الأدوار الجديدة لمختلف الشركاء والمساهمين المشتركين سيكون له أثره على وزارة الصحة ووزارة المالية ويمكن أن يؤثر بصورة إيجابية على العلاقة المتوترة بينهما في الوقت الحالي.

الجدول رقم (18): المعاني المتضمنة بالنسبة لوزارة الصحة ووزارة المالية	
وزارة الصحة	دعم أقل يعطى لمقدمي الرعاية الصحية انسحاب الوزارة التدريجي من تقديم الرعاية الصحية يمكن للعاملين الصحيين التركيز على الوقاية + الترويج تركيز الوزارة على التنظيم والإشراف
وزارة المالية	ستعرف وزارة المالية بشكل أفضل ماذا تدفع ولماذا ستصبح الخدمات الصحية ذات كفاءة أكثر فأكثر هناك حاجة لدعم إضافي للخدمات الصحية (حوالي 200%)

2-2-10 الاستنتاج

تقارب إستراتيجية الدفعة الكبيرة كثيراً رؤية استيعاب كل الرعاية الصحية في اليمن وتناول احتياجات كامل السكان. ومع ذلك فإن الكثير من المعوقات والشروط المسبقة التي لم يتم الوفاء بها تجعل النهج الشامل صعب التحقيق للغاية. ومع ذلك وبدعم قوي من قبل الرئيس والتزام صناع القرار المعنيين وبمساعدة الشركاء الدوليين يمكن أن تصبح الرؤية حقيقة. ويحتاج ذلك إلى جهد هائل واستثمارات كبيرة في الموارد المالية وبصورة أساسية الموارد البشرية. وتحت ظروف معينة تبدو إستراتيجية الدفعة الكبيرة نحو نظام تأمين صحي أنها معقولة ولكنها قليلاً ما تكون ذات جدوى. ومع ذلك فإنها ليست مستحيلة بأي حال.

رأي القادة:

80% من قادة الرأي يقولون: ينبغي تغطية موظفي الحكومة أولاً بالتأمين الصحي بما في ذلك موظفي الشركات العامة والمختلطة.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

تم اختيار نوع من إستراتيجية الدفعة الكبيرة من قبل كوريا الجنوبية. وخلال 12 عاماً تم تحقيق تغطية شاملة. ولقد دعمت بقوة بواسطة مشروعات تقدم البرهان و أبحاث في الأنظمة الصحية حيث سنقترحها من خلال إنشاء مركز لاختصاص التأمين الصحي.

الجدول رقم (19): تطور التأمين الصحي في كوريا الجنوبية

1976م	قانون التأمين الصحي كجزء اجتماعي من الخطة الخمسية الرابعة تأمين إجباري في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 500 موظف برنامج طبي للفقراء
1979م	مد البرنامج إلى موظفي الحكومة والمدرسين تأمين إجباري في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 300 موظف
1981م	تأمين إجباري للعاملين الصناعيين في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 100 موظف برنامج رياضي للمستخدمين لذاتهم في ثلاث مناطق ريفية
1982م	برنامج رياضي للمستخدمين لذاتهم في منطقة حضرية ومنطقتين ريفيتين
1983م	تأمين إجباري للعاملين الصناعيين في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 16 موظف
1988م	تأمين إجباري للعاملين الصناعيين في المؤسسات التي يزيد عدد موظفيها عن 5 موظفين
1989م	إدراج جميع المستخدمين ذاتياً من الريفيين إدراج جميع المستخدمين ذاتياً من الحضريين
المصدر: KWON	

2-3 البديل (ب): الخطوة خطوة

يمكن أن تبدأ إستراتيجية متزايدة سواء بطلب واحد أو أكثر من المساهمين أو من فرص إدخال التأمين الصحي مع مساهم محتمل مختار ذاتياً. الجيش والشرطة في اليمن يطلبون التأمين الصحي. إن القوات المسلحة في الصدارة منذ عام 1995م والشرطة راغبة في الإنضمام إلى جهود الجيش والأمن السياسي. وهذا سيفيد قطاعاً واسعاً من موظفي القطاع العام وأسرههم ويقارب عددهم جميعاً ثلاثة مليون مواطن يمني. وفي القطاع المدني الحكومي لازالت الحاجة للتأمين الصحي الذي ينظر إليه ويعبر عنه بصورة واضحة ينبغي اكتشافها. يمكن لحملة التحفيز والتعبئة أن تثير تلك الحاجة التي يشعر بها الناس ويرتأونها. وبالنظر إلى ذلك سوف نناقش السيناريو التزايدى لإمكانيات زرع التأمين الصحي في واحدة من المؤسسات العامة الكبيرة من أجل أن يكون هناك نموذج لمزيد من الأمثلة والنشر والتكرار. ويشمل ذلك بناء وتعزيز شبكة وعلاقات بين مختلف برامج الفوائد الصحية الموجودة في القطاعات العامة والخاصة وربما في كليهما. ولكن قبل شرح خيارات التنفيذ والإستراتيجيات فإن نظرة إلى حصة القطاعات المؤسسية المختلفة ضمن الحكومة ستعطي فكرة عن أحجام أموال المساهمة المشتركة والمخاطر المتوقعة لمختلف الطرق.

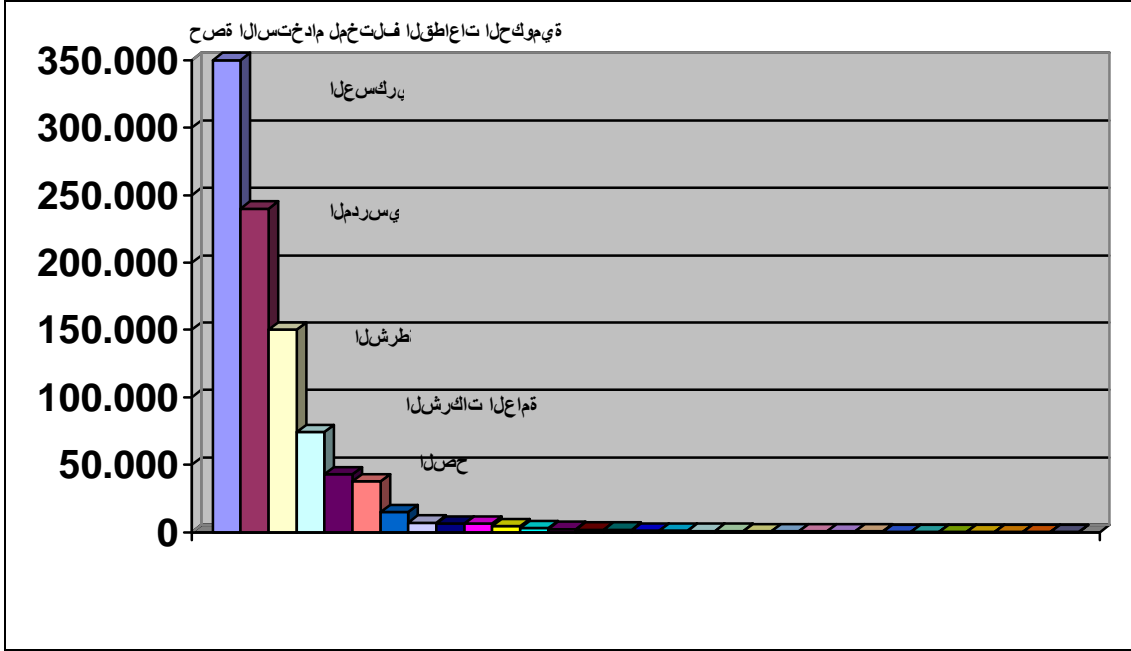
2-3-1 حصة مختلف المؤسسات العامة في الحكومة

يعطي الجدول التالي أقل البيانات المتوفرة حول الاستخدام في القطاع الحكومي والذي يقدر بأنه يقارب المليون موظف.

الجدول رقم (20) الاستخدام في القطاع الرسمي في اليمن	
العدد	موظفو الحكومة (أخر بيانات متاحة)
350.000	وزارة الدفاع
240.000	وزارة التربية والتعليم
150.000	وزارة الداخلية (+ الأمن السياسي)
74.108	الشركات العامة والمختلطة
43.000	وزارة الصحة
37.797	المعاهد العلمية
14.765	وزارة الأشغال العامة
7.145	وزارة الزراعة
6.493	الجامعات
6.287	وزارة الإدارة المحلية
4.631	وزارة الخدمة المدنية
2.988	وزارة المالية
2.366	وزارة التجارة
1.870	وزارة العدل
1.818	وزارة الثقافة
1.238	وزارة الشؤون الاجتماعية
1.095	وزارة الخارجية
938	وزارة الإعلام
917	وزارة النقل
772	وزارة الأسماك
669	وزارة الشباب والرياضة
665	وزارة الأوقاف
634	وزارة التخطيط
562	وزارة الصناعة
341	المراكز التربوية
324	وزارة التدريب المهني
217	وزارة الشؤون القانونية
210	وزارة النفط والمعادن
153	وزارة المغتربين
138	وزارة الاتصالات
98	وزارة الكهرباء والمياه
34.540	الإدارات الحكومية الأخرى
986.779	المجموع
المصادر : بيانات حول الإدارة الحكومية لعام 1998م أعطيت من قبل هيئة التقاعد العامة. البيانات حول التربية والتعليم والصحة والجيش والشرطة والأمن السياسي من قبل مشاركين في المقابلات لعام 2005م. البيانات حول الشركات العامة: كتاب الإحصاء السنوي لعام 2004م	

يبرز العرض البياني بصورة أفضل العلاقات بالنسبة لأعداد الموظفين. وهذا معيار هام حيث أن العدد الكبير يعني مساهمات مشتركة أفضل للتأمينات الصحية وخيارات مواتية لاقتصاديات الحجم الكبير.

الشكل رقم (3): حصة الاستخدام لمختلف القطاعات الحكومية



العسكريين والمدرسين والشرطة مرشحين بصورة خاصة لتنفيذ التأمين الصحي. هناك حاجة ملموسة من جانب الجيش والشرطة. وهذا التوقع لا يمكن التحقق منه بعد في وزارة التربية والتعليم على الرغم من أن نائب وزير التربية والتعليم يدعو بوضوح للتأمين الصحي. في وزارة الصحة كشف مسح سريع للرأي بين الموظفين الإداريين والمهنيين أن 95% منهم سينضمون إلى التأمين الصحي إذا وجد. ومع ذلك فإن المبادرة الواضحة لأخذ الصدارة نحو التأمين الصحي لم تكن منظورة حتى الآن ضمن وزارة الصحة والعلاقة الوثيقة بعالم مقدمي الرعاية الصحية يأتي بمنافع. لكن العيوب الرئيسية الأخرى تحدث عندما نأتي إلى تحديد المهام الأساسية مثل اختيار مقدمي الخدمة والدفع.

رأي القادة:

68% من قادة الرأي يقولون: ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

2-3-2 مزايا وعيوب البدء بالتأمين الصحي في مؤسسات عامة مختارة

يلخص الجدول التالي المزايا والعيوب المختلفة لمختلف خيارات الإستراتيجية التصاعديّة لبدء التأمين الصحي بالقطاعات المذكورة بأعلاه أو التركيز عليها.

الجدول رقم (21): مزايا وعيوب إقامة التأمين الصحي لمختلف القطاعات العامة		
العيوب	المزايا	الخيارات
عدم وجود فصل بين مقدمي الخدمة الصحية / المشترين عدم وجود قيمة مضافة للجنود وحدة إدارة منفصلة معدلات مساهمة مختلفة يمكن أن تعوق الإدماج في نظام وطني الفوائد الإضافية لمجموعة متمتعة بامتيازات عائق في مده إلى خارج القوات الغير نظامية	عدد كبير رغبة موثقة بنية تسلسلية من الأعلى إلى الأسفل مستشفيات ومراكز صحية في كل اليمن تسجيل إجباري سهولة الاستقطاعات من كشوفات الرواتب لإدخال إعادة تأمين ضمني من خلال الوزارة	العسكريون
عدم تقسيم مقدمي الصحة / المشترين عدم وجود قيمة مضافة للجنود التقديم للخدمة في صنعاء وعدن وحدة إدارة منفصلة فوائد إضافية لمجموعة متمتعة بامتيازات عائق في مده إلى خارج القوات الغير نظامية	عدد كبير رغبة موثقة بنية تسلسلية من الأعلى إلى الأسفل رغبة في الانضمام إلى التأمين الصحي للعسكريين تسجيل إجباري وسهولة إجراء الاستقطاعات من كشوفات الرواتب إعادة تأمين ضمنية من قبل الوزارة	الشرطة والأمن السياسي
إمكانية إلغاء البرامج الموجودة احتمال تخفيض التغطية ونطاق حزم الفوائد عدم رضا العاملين وربما شغب مقاومة سياسية	وجود تجارب عديدة تعاون الشركات تخفيض تكاليف الشركات مستوى تنظيمي جيد توفر البيانات الضرورية	الشركات العامة والمختلطة
18% فقط في المدن الأكبر 30% فقط بالقرب من المدن عدم وجود رغبة موثقة صناديق التضامن غير مدعومة عدم وجود موظفين مؤهلين لإدارة التأمين الصحي عدم وجود ممثلين للموظفين بنية لامركزية	عدد كبير وجود على مستوى البلاد متصلين جيدين عدة تجارب مع برامج تضامن دفع بها الموظفون (مثلاً في عدن وصنعاء) التزام عالي	وزارة التربية والتعليم
18% فقط في المدن الأكبر 30% فقط بالقرب من المدن بنية لامركزية لم تبدأ أي صناديق تضامن مطلوب تأهيل الموظفين لإدارة التأمين الصحي عدم وجود ممثلين للموظفين	95% راغبين فهم جيد للتأمين الصحي التزام عالي كبرنامج "نموذج" توزيع على مستوى البلاد علاقة وثيقة بقطاع مقدمي الخدمة*	وزارة الصحة

* لكن: مصالح مخولة لمقدمي الخدمة.

1-2-3-2

ومثل هذه البداية بالتأمين الصحي ينبغي أن تكون شفافة جداً. وسيكون هذا أول شرط للموافقة. ويعود الشرط الثاني للمسئولية العامة للعسكريين والشرطة إذ عليهم أن يفتحوا أبوابهم الطبية واسعة لجميع حالات الطوارئ للفقراء والنساء وينبغي أن يعالجوهم دون تقاسم الكلفة. سيكون أمراً جيداً إذا تم الاحتفاظ بالربع على الأقل من القدرات الطبية لمنشآت العسكريين والشرطة لمثل هذه الخدمة العامة.

هناك عدة أسباب لبدء نظام تأمين صحي وطني مع القوات المسلحة. أولاً وقبل كل شيء هناك رغبة مدعومة بالوثائق في صورة مقترح قانون⁷ من جانب قيادة العسكريين ووزارة الدفاع لإضافة صندوق تأمين صحي للرعاية الصحية الموجودة. وهذه المسودة والتي طورت باستمرار منذ عام 1995م تنظم جميع البنود الأساسية للتأمين الصحي: التصميم القانوني للصندوق بما في ذلك الهيئة المشرفة والعضوية والمستفيدين والفوائد والمساهمات والموارد المالية الأخرى. إن الخصائص الأساسية لمقترح البرنامج هي التالية:

- إلزامية العضوية لكل أفراد القوات المسلحة.
- عضوية طوعية لمتقاعدي القوات المسلحة (وللآخرين).
- المستفيدين هم أفراد الأسرة للمشاركين (ينص بصورة واسعة على: الأب والأم والزوجات والبنات العازبات والأرملة والبنات المطلقات والأبناء تحت سن الـ 18).
- مساهمات بنسبة 3% من الراتب الأساسي للجندي و 5% للضباط و 6% من الراتب المدفوع من قبل وزارة الدفاع كإسهام في التأمين الصحي.
- الفوائد الرئيسية هي العلاج الداخلي والخارجي (بالإضافة إلى العلاج في الخارج بموافقة لجنة طبية) والفحوصات المخبرية وفحوصات أشعة أكس والعمليات الجراحية والولادات والحمل ورعاية الأطفال.

يحتسب العسكري لنفسه بمتوسط 5 مستفيدين مدفوع عنهم لكل عسكري. وهذا يعني في حالة 350 ألف مشترك أكثر من 1.750.000 فرد من الأسر مشتركين في التأمين وجميعهم سيمثلون تغطية لأكثر من 10% من المواطنين في اليمن. هناك بعض الخواص للعسكريين وهي مساعدة جداً عند محاولة إدخال تأمين صحي سريع. وبسبب البنية التسلسلية جداً من الأعلى إلى الأسفل للعسكريين سيكون من السهل نسبياً تنفيذ القرار.

وثانياً: من المهم أن القوات المسلحة قد أعطت خدمات شاملة لأفرادها وأنهم يديرون رعاية صحية الآن. توفر القوات المسلحة على سبيل المثال 12 مستشفى كبير و 4 مستشفيات إقليمية و 122 وحدة صحية في كل البلاد. وهذا يدل على أن هناك إمكانية لبدء البرنامج ربما بصورة واقعية. ويمكن أن نقول أن ذلك يعني أن هذا البرنامج يمكن التسجيل فيه دون الحاجة المفاجئة لآلاف العقود مع مقدمي خدمة. وفي مرحلة متأخرة كذلك يمكن وينبغي التعاقد من قبل مستشفيات خاصة و/أو مستشفيات عامة و/أو مقدمي صحة آخرين. يمكن لبرنامج التأمين الصحي للقوات المسلحة أن ينهض بصورة سريعة نسبياً. وربما يكون من المفيد البدء بالمدن الأكبر والنهوض بالبرنامج من هناك إلى المناطق. لن يكون قانون السلطة المحلية عائقاً طالما أن وزارة الدفاع غير ملزمة به.

يبدو أن الفكرة الجيدة هي دمج التأمين الصحي المقترح للقوات المسلحة مع التأمين الصحي للشرطة. والمزايا هي فوق ذلك بنية من الأعلى إلى الأسفل وكلاهما تتم إدارته على مستوى مركزي (وما هو مهم الحصول على مساهمات مباشرة من وزارة المالية) وكلاهما قد أظهر رغبته في تنفيذ التأمين الصحي. إن ظرف أن الشرطة تمتلك فقط اثنين من المستشفيات سيكون مقبولاً في سيناريو برنامج موحد لأنه في تلك الحالة يمكن لرجال الشرطة أن يستخدموا المستشفيات كذلك والمراكز الصحية ومقدمي الخدمة للعسكريين وكلاهما ينبغي عليه /ويمكنه التعاقد مع مزيد من مقدمي الخدمة. إن بعض التحديات الأكبر تنتج عن حقيقة أن مقترحات حول قضايا أساسية لخواص البرنامج في الوقت الحالي مختلفة أو غير معروفة. ليس من الواضح ومن غير المعروف ما إذا كانت الشرطة ستبنى خطط العسكريين فيما يتعلق بالفوائد (مثلاً العلاج خارج البلاد للأقرباء كذلك) والمستفيدين (التعريف الأوسع لأفراد العائلة المؤمن عليهم بصورة مشتركة) ومعدلات المساهمة (في القوات المسلحة 3% و 5%). نقترح أن تبدأ الأطراف الثلاثة المشتركة في حوار بأقرب وقت ممكن. إن دمج فروع الأمن العام الثلاثة معاً سيسفيد منها 3 ملايين مواطن في اليمن.

2-2-3-2 قطاع التعليم العالي

وعندما سئل حول رغبة وزارة التربية والتعليم أن تكون السباقة في التأمين الصحي بدأ نائب الوزير فوراً بمناقشة تفاصيل التنفيذ أي أن إجماع وزارة التربية والتعليم ووزارة المالية ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة الصحة العامة والسكان ينبغي البحث عنها أولاً في نطاق وغرض إدخال التأمين الصحي وحول المعاني المتضمنة للرواتب. إن على السباق في التأمين الصحي تخفيض الرواتب بجمع حصص مساهمات من الموظفين وزيادة الرواتب في ميزانية الحكومة بسبب حصص أصحاب العمل. فالخطوة الأولى بصورة خاصة سيكون من الصعب تحقيقها لأن الموظفين سيتوقعون زيادة رواتبهم النسبية بـ 5% بحيث لا يتأثرون بالتأمين الصحي وخاصة بالنظر إلى المرتبات المتدنية جداً في قطاع الحكومة. وإذا ما منح ذلك فإن كل قطاع إضافي من الموظفين العاملين سيتوقع ذات الشيء. إذا كان بالإمكان حل هذه المشكلة ستظهر

⁷ أنظر الترجمة الإنجليزية لمقترح قانون القوات المسلحة في الجزء الثالث من تقرير دراستنا.

صعوبة أخرى طالما أن الكثير من المدرسين يعملون خارج المدن حيث اختيار مقدمي صحة ذات جودة جيدة هو أمر صعب. لذلك ينبغي اختبار البرنامج في صنعاء أولاً ثم في عدن. والخطوة الثانية ستكون في عواصم المحافظات والخطوة الثالثة ستختار بعض المحافظات لاختبار ريادي للبرنامج. وكل ذلك يتضمن أن الطريق سيكون طويلاً نحو التأمينات الصحية في قطاع التعليم. ومع ذلك فإن المدرسين عامل مضاعف هام وبذلك يمكن أن يصبحوا مساهمين معنيين في نظام تأمين صحي وطني. ولبدء بهذه المجموعة المهنية سيكون ذلك في صالح نشر فكرة الحماية الاجتماعية والمساعدة في إعطاء المجتمع اليمني معلومات حول مفهوم التأمين.

يجب حل صعوبات جمع المساهمات بإجراءات وقائية. وإذا كان من غير الممكن جمع المساهمات في المصدر أي بتحويل من وزارة المالية إلى هيئة التأمين الصحي (للمدرسين) ستكون النتيجة تدفق نقدي معقد وبطيء وأقل شفافية. وبحسب قانون السلطة المحلية لن يسمح بوضوح بجمع مساهمات مباشرة في وزارة المالية. لذلك نوصي بقوة السماح بذلك الإجراء من خلال قرار من مجلس الوزراء بعد مناقشات ومفاوضات مع وزارة الإدارة المحلية.

إن الجدول الإضافي لبدء التأمين الصحي بوزارة التربية والتعليم يأتي من حقيقة أن موظفي التربية والتعليم في اليمن وفي أماكن أخرى يمكن أن يعودوا إلى سلسلة من التجارب مع مشروعات الفوائد الصحية التي يدفع بها الموظفون والتي تحكم ذاتها. على سبيل المثال نظم تعاون صندوق التربية والتعليم أخيراً في مكتب التربية والتعليم في صنعاء (أنظر الباب 17 في الجزء الثالث من تقرير دراستنا) وهو مثال جيد لهذا النوع من البرامج التي يقودها المدرسون. وقد بدأ الصندوق بمبادرة من الأسفل إلى الأعلى لموظفي التربية والتعليم بالانتساب الطوعي لكن المساهمات تستقطع مباشرة من كشوفات الرواتب. وبالنظر إلى التجارب السابقة في المحافظات الأخرى فإن أعضاء الصندوق التعليمي متردد جداً بالنسبة لتعاون أو ثق مع الوزارة. إنهم يخشون فقدان السيطرة على استخدام الأموال والتي من المحتمل أن تختفي في قنوات معروفة طالما أن وزارة التربية والتعليم وأخيراً وزارة المالية تتولى السيطرة المالية. وهكذا فإن تنفيذ التأمين الصحي في القطاع التربوي ينبغي أن يكون عملية شفافة وتشاركية حيث يلعب الموظفون دوراً هاماً ويسمع لهم باهتمام. إن الإدارة الجيدة ومشاركة الموظفين الكثيفة وموثوقية الفوائد والخدمات ستكون شروط حاسمة لضمان التنفيذ وقبول المدرسين واستدامة برنامج التأمين الصحي المنفذ في القطاع التربوي.

2-3-3 الإستراتيجية التصاعديّة من الأعلى إلى الأسفل

من يبدأ بالتأمين الصحي؟ إن الشروط المسبقة المذكورة بأعلاه صالحة للإجابة على هذا السؤال أيضاً. وبالإضافة لذلك تحتاج إلى التطور التدريجي للرغبة وقبول النسيجة والسيطرة والتعلم من الأخطاء. ينبغي تقديم إرشاد قوي من قبل مؤسسة ذات معرفة في مجال التأمين الصحي. ونقترح مركز اختصاص التأمين الصحي كما هو مبين بأدناه. ومع ذلك فإن بداية تزايدية من الأعلى إلى الأسفل للتأمين الصحي في قطاعات الاستخدام العامة الأكبر هي محاولة صعبة دائماً وينبغي موازنة المخاطر مع الفوائد المتوقعة.

- وطالما أن إدخال التأمين الصحي في وزارة التربية والتعليم سيكون نهجاً من الأعلى إلى الأسفل لزرع فكرة جديدة في مؤسسة موجودة فستكون هناك حاجة إلى حملة تحفيز وتعبئة مصممة جيداً. إن مثل هذه الحملة غير مثمرة إذا لم يكن هناك إنتاجاً جيداً من أجل بيعه. يمكن تقديم الرعاية الصحية ذات النوعية الجيدة في المدن الكبيرة فقط في الوقت الحالي. وإذا ما أخذنا بنية الرعاية الصحية السائدة والسرعة الجارية للإصلاح الصحي لا يمكن أن نتوقع تحسناً سريعاً. وهذه هي الحال بصورة خاصة إذا كانت هي واحد فقط من السابقين لتنفيذ التأمين الصحي في القطاع العام.
- ويبدو الوضع في الجيش وقطاع الشرطة أنه مختلف بالنظر إلى وجود مستشفيات خاصة ومراكز صحية والتي يمكن تحسينها بتدفق المساهمات من الرواتب. ومع ذلك ليس هناك تنافس بين مقدمي الخدمة باتجاه تحسين النوعية ويمكن جيداً أن تستخدم الأموال الإضافية فقط لاستثمارات إضافية ليس لها تأثير مباشر على تحسين حزم المزايا للجنود ورجال الشرطة والتي هي جيدة دون تأمين صحي.
- إن النهج من الأعلى إلى الأسفل لتنفيذ التأمين الصحي في الشركات العامة على سبيل المثال بإدخال الانتساب الإجباري إلى برنامج تأمين صحي وطني من المحتمل جداً أن يثير معارضة أو حتى مقاومة نشطة. تمنح معظم شركات القطاع العام رزم فوائد صحية شاملة لموظفيها وبذلك فإن الكثير من الموظفين يتسلمون الفوائد الصحية دون دفع أي مساهمات. سيطلب العاملون واتحاداتهم بالتأكيد تحسناً ملحوظاً للتغطية وهو أمر يصعب تحقيقه في معظم الحالات ولن يقبلوا أعلى من معدلات مساهمة الحد الأدنى⁸ ومع ذلك فإن الرغبة في التأمين الصحي ربما

⁸ صرح ممثلو العمال والموظفين بالإجماع أن المساهمات لا ينبغي أن تكون أعلى من 2% من الراتب.

ستتوزع. إن أولئك الموظفين المستحقين لرزمة فوائد صغيرة سيكونون أكثر انفتاحاً نحو برنامج تأمين صحي شامل. وبصورة خاصة فإن الحكومة ستستفيد من التأمين الصحي طالما أن جزء من التكاليف العملياتية سيمول بمساهمات الموظفين. ويعطي الإيراد الإضافي شركات القطاع العام الفرصة لتعويض القوة العاملة - على الأقل جزئياً - للنفقات الكبيرة على الرعاية الصحية وتحويل التأمين الصحي إلى وضع مشاركة لأصحاب العمل والموظفين. ومع ذلك ومن وجهة نظر العدالة من الممكن أن نوصي تخصيص فائض الشركة العامة الذي سيتوقع من التأمين الصحي لدعم الرعاية الصحية للفقراء والمجموعات الهشة. إن نظام تأمين صحي وطني وحتى اجتماعي يعني تغطية أكبر جزء ممكن من السكان وتعزيز الوصول المتساوي إلى الخدمات الطبية القابلة للاحتمال تكاليفها. يعتمد هامش التشغيل على الدرجة التي يمكن الوصول إليها من التماسك الاجتماعي وسيكون موضوع مفاوضات سياسية وحتى صراعات.

• يتوقع من قطاع الشركات الخاصة أن يكون أكثر تردداً في قبول التأمين الصحي إذا طبق من أعلى بصفة إلزامية. وبصورة عامة فإن أصحاب العمل تعودوا على عدم الموافقة على أي تدخلات من القطاع العام أو الدولة. إن لدى الكثير من الشركات الخاصة برامج فوائد صحية معقولة موجودة ومعظمها يقتصر تمويله على أصحاب العمل دون مساهمات من الموظفين⁹. وعلى الرغم من أن نطاق رزمة المنافع الخاصة أقل شمولاً منه في الشركات العامة فسيكون من الصعب تحقيق تغطية متساوية أو حتى أفضل مما يعطى حالياً.

• ومع ذلك فإن التأمين الصحي الإلزامي سيكون جذاباً لأصحاب العمل لنفس الأسباب المذكورة فيما يتعلق بقطاع الشركات العامة. وسيكون هذا أكثر صلة إذا تم إدراج تأمين العمل القانوني في رزمة فوائد نظام التأمين الصحي الوطني كما نظر إليه مقترح القانون المقدم إلى مجلس الوزراء. وحالياً يبدو أن الوضع غير واضح وتعتاد الشركات الخاصة بصورة أساسية على ربط الصحة بتأمين العمل ولخطط الفوائد المتعلقة بالصحة بالالتزامات القانونية فيما يتعلق بالصحة المهنية وحتى بالتأمين على الحياة. بالنسبة لمعظم أصحاب العمل من القطاع الخاص من المحتمل جداً أن يؤدي التعريف الواضح للتكاليف والفوائد بحسب نظام التأمين الصحي الوطني إلى تخفيض النفقات المتعلقة بالصحة التي تبلغ حالياً متوسط 42 ألف ريال يعني لكل موظف في السنة (أنظر الباب 4-3 في الجزء الأول من تقرير دراستنا).

وبمواجهة المشكلات والمعوقات العديدة الممكن التنبؤ بها فإن اشتراك الشركات العامة والخاصة في نظام تأمين صحي وطني هو تحدي كبير ويحتاج إلى إعداد متأنٍ وذكي من أجل منع المقاومة الحتمية. وكما لاحظنا في الكثير من المناسبات وما ذكره بأعلاه يقدم التضامن في وضع صغير الحجم. وبذلك فإن إدراج القطاع العام والخاص ينبغي أن يبدأ من البرامج الحالية على مستوى الشركة. إن أحد الخطوات التي نوصي بها والقابلة للحياة في مرحلة مبكرة جداً يبدو أنها الربط الغير رسمي الهادف إلى تنفيذ برنامج إعادة التأمين بين الشركات. إن توسيع صناديق مساهمة المخاطر سيقال من مخاطر الشركات الفردية من النفقات الكبيرة ويسمح بتوسيع حزم المزاي.

سيبدأ الربط وإعادة التأمين بصورة أفضل بالتأكيد بين الشركات العامة (وربما المختلطة) من جانب والمشروعات الخاصة من جانب آخر. إن الأسباب التنظيمية والإدارية والمفاهيمية مختلفة في كلا القطاعين وإن المنطق التنظيمي من وراء ذلك يوجد فارقاً كذلك على الرغم من أن كليهما غير متنافرين على الإطلاق. وبالإضافة لذلك يفرض العاملون في القطاع الخاص دفع المساهمات المرتبطة بالأجر إلى نفس صندوق التأمين الصحي كموظفي القطاع العام لأنهم اعتادوا الحصول على رواتب أعلى ولا يرون لماذا عليهم دفع أكثر للحصول على نفس حزمة المزاي. وبذلك ربما تكون منظمة مستقلة من صناديق التأمين الصحي العام والخاص حتمية لتحقيق درجة عالية من القبول والموافقة.

من المحتمل أن تستفيد برامج الفوائد الصحية للقطاع العام والقطاع الخاص وكذلك جميع برامج التمويل الصحي الأخرى الرسمية والغير رسمية الموجودة الاستفادة من مركز اختصاص التأمين الصحي الذي سيقام في اليمن. يمكن أن تجد برامج التأمين والفوائد المختلفة مشورة مؤهلة وإجابات مناسبة لأسئلتها المحددة ومهامها. وبالرغم من الاختلافات المذكورة بأعلاه فإن مجموعة المشكلات والمهام في النهاية من السهل الإشراف عليها نسبياً ومركز اختصاص التأمين الصحي هو أرضية ممتازة لتبادل الخبرات وتقاسم الحلول المتجذرة عميقاً في الإطار وفي الواقع اليمني. وفي المدى الطويل فإن زيادة التعاون وتنفيذ إعادة التأمين يمكن أن يثير تعاون أكثر وربما تنفيذ جمعية أو اتحاد أو بضعة جمعيات أو اتحادات تأمين صحي على المستوى الوطني.

⁹ وهي مختلفة عن معظم برامج الشركات فإن أكبر مجموعات شركات يمنية هائل سعيد أنعم في تعز تقدم الرعاية الصحية بمساهمات يتقاسمها أصحاب العمل والموظفين ولكن في اتحاد الشركات هذا يدفع صاحب العمل كذلك الجزء الأعظم من تمويل الرعاية الصحية.

رأي القادة:

91% من قادة الرأي يقولون: هناك حاجة حقيقية للتأمين الصحي.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

2-3-4 الإستراتيجية التصاعديّة من الأسفل إلى الأعلى

سيكون من الأفضل التطوير من الأسفل إلى الأعلى للتأمينات الصحية مع جذور في اليمن بحجم كبير أو قدرة على إثبات محاسن التأمينات. وخارج الشركات العامة وبعض شركات القطاع الخاص لا يوجد هناك برنامج تم اكتشافه حتى الآن. وفي بعض الشركات الأخرى بدأت التأمينات الصحية صغيرة:

- في الكثير من البلدان لعب المدرسون دوراً حاسماً.
- كان سائقو التاكسي من بين القوى الدافعة للتأمين الصحي في كوريا الجنوبية.
- 70 ألف صندوق مساعدة الذات كانت تتعامل بالفوائد الصحية في ألمانيا منذ وقت طويل.

توجد منظمات مساعدة الذات لمجموعات اجتماعية في اليمن كذلك. ونقترح تكثيف إستراتيجيات الاكتشاف لوجود برامج صحية مرتبطة بالتضامن وتأمينات صحة مجتمع وبرامج فوائد صحية خاصة وعامة. ينبغي دعم مثل هذه البرامج وربطها وتمكينها. إنها بحاجة إلى فضاء لتنطور وتتوسع وتكرر وتنمو وهي بحاجة إلى الحب وليس إلى القوانين. وينبغي علينا أن لا ننظمها وإنما نتعلم منها ومعها.

الجدول رقم (22): مزايا وأضرار البرامج صغيرة الحجم	
المزايا	معوقات سياسية أقل بنية أسهل جدوى أفضل بيروقراطية أقل عدد أقل لمقدمي الخدمة المطلوبين
الأضرار	صندوق مساهمات مخاطر أقل اقتصاد حجم أقل أقل تمثيلاً التوسع أكثر صعوبة تكاليف إدارية أكبر حواجز توسيع (مد) إلى مجموعات أخرى

تحتاج الصناديق الصغيرة إلى دعم وإعادة تأمين نقداً وعيناً من الحكومة. تعني إعادة التأمين عيناً أن تدعم المنشآت الحكومية التأمينات صغيرة الحجم بتقديم رعاية صحية جيدة مجانية أو مدعومة بصورة كبيرة في حالة الحاجة. وبالإضافة لذلك يعطى الدعم والإرشاد المجاني عند طلبه.

إن أحد أكثر مواطن القوة ذات الصلة للمساعدة المشتركة التي تتحملها البلاد ومشروعات مساعدة الذات هو الدرجة العالية من ملاءمتها للظروف المحلية. وبذلك يبدو من المفيد تتبع أكبر عدد من هذه المنظمات قدر الإمكان وتحليل أنماط أدائها. إن تقدير البرامج يقصد منه تشخيص الخواص الأكثر صلة مثل درجة تقاسم المخاطر ونوع الملكية والعضوية والتغطية والتمويل والإدارة للأموال وآليات الدفع لمقدمي الخدمة. يمكن للدروس المستفادة أن تعطي معلومات مفيدة حول أولويات الناس وتوقعاتهم التي يمكن أن تتدفق في تصميم نظام تأمين صحي وطني في اليمن. إن وعي المساهمين وصناع القرار حول برامج حماية اجتماعية بديلة ينبغي أن يستنهض ويثار من أجل إثراء النقاش ووضع أفكار جديدة في مقترحات سياسية.

2-3-5 الإستراتيجية التصاعديّة الإقليمية

إن الخيار الآخر سيكون البدء بكل القطاعات العامة في مناطق أو أقاليم مختارة وستكون صنعا و عدن أفضل مرشحين لمثل هذه الإستراتيجية. وفي هذه الحالة فإن جميع الموظفين الحكوميين في هاتين المدينتين سيعطى لهم علاوة خاصة لتعويض إنخفاض الراتب بسبب الاستقطاعات من كشوفات الرواتب لمعدلات المساهمة. وللتعويض عن آثار إعادة التوزيع السالب لكل الموظفين العاملين الآخرين والمواطنين فإن نفس المبلغ من التعويض على الأقل ينبغي أن يوجه لتحسين مد

تغطية الرعاية الصحية الأولية إلى مناطق نائية ولمصلحة الفقراء وخصوصاً تناول الوقاية والتعزيز. ستكون هذه الإستراتيجية جيدة من أجل اختبار ريادي للتأمين الصحي في منطقة حيث يوجد تنافس بين مقدمي الصحة وحيث يمكن أن يكون بعض مقدمي الصحة راغبين في تحسين جودتهم وتبني برامج تأمين صحي مستدامة الجودة. يمكن اختبار برامج المصادقة (التشهاد بأنه يفي بشروط معينة) وكذلك عدة آليات دفع. إن الشرط المسبق هو هيئة تأمين صحي مستقلة وموثوق بها كما وصفنا في الباب 2-2-6. وربما يكون قادة هذه الحركة قطاع الأمن السياسي والقطاع التربوي كما ذكر في الباب السابع. ومع ذلك فإن الكثير من الشروط المسبقة لازالت لم يتم الوفاء بها بعد. وهذه الإستراتيجية أيضاً بحاجة إلى دعم قوي من الخبرة الوطنية والدولية وتحتاج إلى رغبة سياسية كاملة يدلل عليها من قبل معظم القادة السياسيين الهامين في البلاد. ويمكن أن يثبت ذلك بتخصيص ميزانية جيدة للبنية الأساسية الداعمة في صورة مركز اختصاص التأمين الصحي والذي يمكن أن يحول خطوة بخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني نمطها أفضل ممارسة أظهرها صندوق التنمية الاجتماعي.

2-3-6 شروط مسبقة خاصة لإدخال التأمين الصحي التزايدي

في حالة الدعم أو التنفيذ التدريجي للتأمين الصحي في اليمن لا ينبغي أن توجد هيئة تأمين صحي وطنية. سيكون للبرامج الموجودة أو الناشئة وحداتها الإدارية الخاصة وسوف تعنتي بمجموعة صغيرة من العملاء نسبياً. وكليهما مخاطره عالية ولتتاول هذه المخاطر فإن على الحكومة أن تقيم آليتين على الأقل:

- ضمان إعادة تأمين وطني والذي يدعم تلك البرامج في حالة الحاجة ولكن فقط في حالة الإدارة الجيدة ولحالات نادرة من الظروف المرضية (مثلاً النزيف الدموي الوراثي) ولأي صدمات أخرى مبررة.
- هيئة إشراف تأمين صحي وطني والتي تراقب وحدات إدارة الشركة المستقلة وتحاول إيجاد التوافق بينها وضمن أمان الأموال ولربط مختلف البرامج وإعطائها الإرشاد والدعم.

وبالتزامن مع ذلك يجب على الحكومة تحقيق تغطية اقتصادية كاملة للخدمات الصحية لجميع الفقراء. إنه لن يكون نظام تأمين اجتماعي ونظام تأمين صحي وطني إذا ما تركزت جميع الجهود على قطاعات المجتمع المذكورة بأعلاه والتي هي محظوظة نسبياً. يعيش أكثر من 50% من السكان في فقر وأكثر من 50% من السكان لديهم صعوبات في الحصول على خدمات الرعاية الصحية. وبالإضافة لذلك ينبغي الدفع بالوقاية والتعزيز لتقليل عدد الوفيات والأمراض الممكن تجنبها. وهذا سيفيد أي نظام تأمين صحي كذلك.

2-4 إستراتيجية العمل والربط

عبرت أغلبية من الخبراء ومن تمت مقابلتهم في مسح الرأي عن رغبتها أن يكون هناك تأمين صحي في اليمن بأسرع وقت ممكن. ومع ذلك فهناك أيضاً الكثير من الناس الذين يتوقعون سلسلة من المشاكل الكبيرة إذا بدأ تنفيذ التأمين الصحي الوطني بالوضع الحالي. وبحسب نتائج الدراسة والتحليل للظروف المعطاة في اليمن فإن خيارات إيجاد نظام تأمين صحي على نطاق البلاد أدائه جيد يبدو في الحقيقة أنه أمر مشكوك فيه. إن المثل لهدف السياسة الاجتماعية الطموح والمعقد هذا ينبغي إعداده جيداً من أجل تقليل مخاطر الفشل والإحباط العام. إن مزيد من الإعداد المفاهيمي والتخطيط وصنع القرار يبدو أنه أمر حتمي قبل بدء عملية التنفيذ. وينبغي أن يكون واضحاً بأن التأمين الصحي يحتاج إلى نهج متعدد القطاعات ونهج تبادلي الإنضباط والذي هو أبعد بكثير من صياغة وتمير قانون. ويصدق هذا بصورة خاصة في المحيط الاجتماعي الثقافي حيث النصوص القانونية لا تحترم بصورة عامة أو لا تطبق بصورة فعالة في معظم الأوضاع. وبدون شك فإن التأمين الصحي بحاجة إلى إطار عمل قانوني كافي لكن يبدو أن المهام المالية والإدارية والمهام الأخرى وكذلك التجارب الملموسة الموجودة أنها أكثر حسماً في التنفيذ والأداء.

رأي القادة

87% من قادة الرأي صرحوا بأنهم سينضمون إلى التأمين الصحي.

المصدر: مسح التعاون الفني الألماني والمجموعة الأوروبية 2005

2-4-1 لماذا عدم التسرع بالتأمين الصحي

تلخص الفقرات التالية الأسباب والمبررات الأكثر صلة لتأجيل البدء بتنفيذ التأمين الصحي حتى تتوفر بعض الشروط المسبقة الغير قابلة للإعلان عنها.

- إن أحد الأسباب الرئيسية للشك في نهج قابلية حياة المدى القصير تأتي من إنعدام الثقة العام فيما يتعلق بالصناديق العامة أو التي يديرها القطاع العام في اليمن. وبسبب مجموعة من التجارب السيئة رفض مجلس الوزراء قبول

الصناديق الجديدة وهو ما يمثل عقبة خطيرة لتنفيذ التأمين الصحي الوطني. ينظر إلى صندوق التقاعد من قبل البعض بأنه غير كافي وفساد ويرى الناس أنهم لا يتلقون مقابل للمساهمات التي كانوا يدفعونها طوال حياتهم وخصوصاً في حالة العجز. إن لدى الكثير من الموظفين والعاملين تجارب شخصية طويلة من اقتطاعات الرواتب دون أن يتلقوا حتى أي فوائد. وقد تجنب صندوق الرعاية الاجتماعية زيادة الفوائد بحسب تطور التضخم والتكلفة والمستفيدين هم في أحيان كثيرة الموسرين بدلاً من المعوزين الحقيقيين. وفي مجموعة من المقابلات فقد أصبح من الواضح كذلك بأن الرغبة الكبيرة لمختلف المساهمين في التأمين الصحي هي جمع موارد إضافية لأغراض محددة منه لضمان الحصول المتساوي على الرعاية الصحية للجميع في حالة الحاجة. وبأخذنا في الحسبان أن سوء الاستعمال والفساد هما تهديدان خطيران في اليمن فإن تنفيذ صندوق تأمين عام جديد يحمل في ثناياه سلسلة من المخاطر ويتطلب كل التحضير والإدخال المتأن. إن التحليل الأكثر تفصيلاً للصناديق ذات الأداء الجيد وبصورة خاصة الصندوق الاجتماعي وصندوق الأشغال العامة هي قضية مطلوبة من أجل أن نكون قادرين على تصميم إطار عمل معقول لصندوق تأمين صحي وطني.

ولتحقيق مثل هذا الهدف الطموح في خلق نظام تأمين صحي على مستوى الأمة في إطار المجتمع اليمني فإن هناك حاجة لدعم وحماس سياسي قوي. وفي هذه اللحظة لا يبدو أن هناك قيادة بارزة للتأمين الصحي متوفرة لدفع تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن. وفي ذات الوقت تبدو الرغبة السياسية لصناع القرار في الحكومة ضعيفة جداً لتوقع دعم كبير لتأمين صحي وطني. ومن الجدير بالإشارة إلى أن 27% من الخبراء الذين جرت مقابلتهم في مسحنا للرأي قد بينوا أن المبرر لمناقشة التأمين الصحي الوطني في اليمن هو مجاراة موضحة في النقاش الدولي. إن معظم برامج الأحزاب السياسية لا تعطي أولوية للتأمين الصحي على الرغم من أن كل القادة السياسيين يعلنون أنهم مع مبادرة برلمانية ويدعمونها في هذا الاتجاه. إن رغبة أصحاب العمل والموظفين في تنفيذ نظام تأمين صحي وطني غير واضحة كذلك على الرغم من أنهم قد أعلنوا أنهم مع الحماية الاجتماعية من المخاطر الصحية. ومع ذلك فإن توقعات الفوائد كبيرة مقارنة بالمساهمات المتدنية نسبياً التي يرغبون في دفعها ولا يبدو أن أصحاب العمل ولا الموظفين جاهزين للتفكير حول نظام وطني وإدراج الأقر فيه.

وما هو ذي صلة بتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني هو الحجم النسبي للقطاعات الرسمية وغير الرسمية. وكلما كان القطاع الغير رسمي أكبر كلما كانت الصعوبات الإدارية أكبر في تقدير الدخول وتحديد مساهمات التأمين الاجتماعي للعاملين في القطاع الغير رسمي وجمع المساهمات (كارن 2002 ، ص 7). إن لدى اليمن نسبة عالية من العاملين في القطاع الخاص الغير رسمي وبذلك فإن تغطية السكان بالخدمات العامة والاجتماعية ضعيف. وكما في الكثير من البلدان الأخرى فإن التحدي الكبير هو كيفية مزيد من الإدراج للسكان الريفيين والقطاع الغير رسمي في خطة تغطية وطنية وحتى شاملة. إن قيد السكان في القطاعات الزراعية والقطاعات الغير رسمية ربما يكون أكثر صعوبة. إن الدخل بالنسبة لهذا السكان يتغلب وإن الرغبة التلقائية في الإعلان عن الدخل الحقيقي ودفع مساهمات منتظمة متدنية (كارن 2002 ، ص 6). إن معوقات تنفيذ برنامج تأمين صحي وطني لكبيرة وتبعاً لذلك ينبغي تحليل الخطوات الضرورية ودراستها.

سنثار مشكلات إضافية من وضع اجتماعي وسياسي واجتماعي وثقافي معين في البلاد. يعيش جزء كبير من السكان خارج المناطق الحضرية ويعيش 80% من سكان الريف في تجمعات متناثرة. إن تطور الدولة والمؤسسات العامة حديث وغير موجود في جميع أجزاء البلاد. وقد أعمدت الحماية الاجتماعية تقليدياً على البنى الأسرية والقبلية والدينية وإن فهم مبادئ وآليات التأمين الصحي غير موجودة عملياً. وبذلك سوف يستغرق الأمر وقتاً طويلاً لجعل الناس على علم بما فيه الكفاية حول ماذا يعني التأمين الصحي وماذا يقصد به. وطالما أن ضرورات أخرى ينظر إليها بأنها أولويات فلن يقتنع الناس أو حتى يتحمسون فيما يتعلق بالتأمين الصحي. "تأمين الغذاء" ربما يكون أكثر ضرورة من تحسين الحماية الاجتماعية تجاه مخاطر المرض طالما أن سوء التغذية يبقى المشكلة الكبيرة لأغلبية الفقراء في اليمن.

ومن جانب آخر فإن الوقاية والتعزيز والخدمات الصحية العامة القابلة للحصول عليها ينظر إليها كذلك بأنها أكثر أهمية من التأمين الصحي والذي في أحيان كثيرة يشعر الناس بأنه للميسورين أكثر منه للمعوزين الحقيقيين. وفي نفس الاتجاه يعتقد بعض الناس أن صحة الفقراء ينبغي أن تكون اهتمام أولوية للسياسة الاجتماعية والصحية. وحسب تجاربهم السائدة فإن مجموعة ذات صلة من المواطنين اليمنيين يرون أن التأمين الصحي هو موضوع خاص بالطبقة الوسطى. وفي الحقيقة فإن الكثير ممن جرت مقابلتهم والذين ينتمون إلى الموسرين كانوا بالأساس معنيين حول وضعهم الاقتصادي الخاص واهتماماتهم الخاصة. وفي الواقع وكما في الأسباب المذكورة فإن تغطية القطاع الرسمي والطبقة الوسطى من السهل تحقيقه مما هو الحال بالنسبة للعاملين الغير رسميين والمواطنين في المناطق الريفية. ويمكن إن يفرض هذا الإجحاف أثناء تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني ويعزز المقاومة من المستبعدين. وبالإضافة لذلك فإن التجارب الإيجابية للتأمين الصحي لازالت معدومة في اليمن. وحتى الآن لم يكن

أي من برامج التضامن الكثيرة قادراً على التحول إلى تأمين صحي بالمعنى الحقيقي للكلمة. والبرامج التي المجتمعية ليست موجودة بعد أو أنها صغيرة وغير مستدامة.

• إن أحد العوامل التي تحد بصورة كبيرة من التنفيذ ليس نظام تأمين صحي على مستوى البلاد فحسب ولكن كذلك لبدء النهج التزايدى نحو الأخير هو نطاق ونوعية الرعاية الصحية المتدنية التي تعطى في اليمن. ومن جانب آخر ففي كثير من المناطق الريفية وخاصة المناطق النائية لازالت منشآت الرعاية الصحية نادرة أو حتى مفقودة. ومع ذلك فإن حوالي 70% من السكان يعيشون خارج المدن. إن أحد الشروط الضرورية للتأمين الصحي هي الحصول المادي على الرعاية الصحية المتوفرة. وبالنسبة لغالبية المواطنين اليمنيين فإن هذا الطلب يعتبر أولوية وينبغي التطرق إليه قبل البدء بالتأمين الصحي.

• وبالإضافة لذلك وحتى في الأماكن التي تقدم فيها الرعاية الصحية فإن النوعية مشكوك فيها وتختلف من منشأة إلى أخرى. ويشير هذا إلى جودة الإجراءات الطبية وأي رعاية ترفيهية ويصدق كذلك بالنسبة للمعاملة الإنسانية والمعدات. وعلى الرغم من بعض المبادرات القليلة جداً فإن إدارة الجودة والرقابة في الرعاية الصحية لازالت مفقودة ويبقى إشراف مقدمي الخدمة العامة وكذلك مقدمي الخدمة الخاصة غير كافي. إن النوعية المتغيرة والقدرة في بعض الأحيان من مقدمي الصحة تجعل 47% من قادة الرأي الذين تمت مقابلتهم يقترحون البدء بالتأمين الصحي باختيار أفضل مقدمي الصحة الموجودين. ولذلك سيكون من الضروري تحديد بعض المعايير الواضحة وإدخال أنظمة فعالة لقياس الجودة لأن جزءاً معيماً من المعلومات المتاحة حالياً يعتمد على الرؤية والتجربة الشخصية.

• تبرهن حقيقتان بوضوح رداءة النوعية أو على الأقل السمعة السيئة للرعاية الصحية في اليمن: الأولى هي الحصة الكبيرة للغاية من العلاج خارج البلاد والمسئولة عن حوالي 44% من إجمالي نفقات الصحة العامة في البلاد. ويميل الكثير من الناس إلى تعريف جودة الرعاية بأنها العلاج في الخارج. وهذا صحيح لكل من تقدير الرعاية الصحية كما هي وتقييم برامج الفوائد الصحية والتأمين الصحي. عندما يشير الناس إلى برامج "أفضل" أو حتى "جيدة جداً" فقد فهم أنهم يشيرون إلى قابلية الحصول على العلاج الطبي في الخارج. ومع ذلك فإن إرسال حصة معينة من المسجلين للرعاية الصحية خارج البلاد سيهدد قابلية الحياة المالية والاستدامة لأي برنامج تأمين صحي ونظام في اليمن. وفي الآونة الأخيرة فقد أفتتحت بضعة مستشفيات جديدة وحديثة أو يجري بنائها ولكن مزيد من الأداء وبصورة رئيسية الممارسات الجيدة مطلوبة لتغيير السمعة والتوقعات من جانب الطلب للمواطنين اليمنيين.

2-4-2 العمل وعدم التردد

خطوات للقيام بها فوراً

ينبغي القول بوضوح بأن الجانب الأكثر أهمية من سيناريو "أعمل وأربط" هو الجزء الثاني: أعمل. إن الانتظار يشير فقط إلى قضية متى من الأفضل البدء بإيجاد نظام تأمين صحي وطني. ويعنى به بالأحرى توصية للتفكير في ظروف معينة وكيفية البدء بمحاولة جادة لتنفيذ التأمين الصحي في اليمن. لكن "الانتظار" لا يعني تأجيل أي فعل آخر وعدم القيام بأي شيء. وبالعكس ينبغي بدء العمل فوراً وهناك الكثير من العمل الذي ينبغي القيام به لتنفيذ التأمين الصحي في المستقبل القريب.

على سبيل المثال إذا استنتجت هذه الدراسة أنه لم يتم التحقق من وجود قيادة بارزة للتأمين الصحي فإن ذلك لا يعني أن اليمن تقتصر إلى الأشخاص الصحيين والمناسبين. إن الحقيقة هي أن القادة الذين يستطيعون الدفع بقوة وثبات إلى الأمام لم يوجدوا بعد حتى الآن. وهكذا يجب أن يستمر البحث ويجب نشر الفكرة من أجل أن نجد كذلك كل الأفراد الآخرين الذين سيكونون مطلوبين لتنفيذ التأمين الصحي في اليمن. ويبدو أن الإطار الزمني الواقعي لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني في اليمن هو فترة خمس إلى تسع سنوات.

وعلى المستوى المؤسسي فإن هناك حاجة "العامل التغيير" لإقامة التأمين الصحي ويمكن أن يكون هذا العامل أحد الوزارات أو عدة وزارات أو شركات عامة أو شركات خاصة أو شركات مختلطة والتي لديها برامج حماية ويمكن أن يتولى الموظفون دوراً رائداً فيها. وكما بينا من سابق فإن أغلبية كبيرة ممن جرت مقابلتهم يفضلون البدء بالتأمين الصحي لموظفي الحكومة ولأزالت حصة صغيرة توصي بالبدء بموظفي الشركات العامة والمختلطة. هناك حاجة إلى قرار أساسي على مستوى مجلس الوزراء ويؤمل أن يدعم بقوة من قبل الرئيس حول أي وزارة أو وزارات ينبغي أن تلعب الدور الرائد أثناء عملية التنفيذ. وبحسب نتائج فريق الدراسة لم يتم أي تعريف واضح للمهام والمسؤوليات على المستوى الحكومي لكيفية تناول مختلف الطلبات والطلبات والضروريات المعقدة جداً لتكوين التأمين الصحي. وحتى الآن فإن فكرة إنشاء نظام وطني

تبدو أنها منحصرة في إطار إدارة صغيرة في إطار وزارة الصحة العامة والسكان وبعض ممثلي الوزارات الأخرى. ويبدو أن وزارة الصحة العامة والسكان معزولة نسبياً في الحكومة. ومع ذلك يبدو أن وزارة المالية تلعب دوراً قيادياً في مجلس الوزراء بحيث أن إدراج وزارة المالية له أهمية قصوى لأي محاولة جادة لتنفيذ الحماية الاجتماعية في الصحة. وعلى المستوى بين الوزارات لازال هناك الكثير من العمل يجب القيام به من أجل خلق الظروف لمشروع طموح للاستدارة نحو الطريق المؤدي إلى التأمين الصحي في اليمن.

إذا قررت الحكومة البدء بإقامة نظام رعاية صحية وطني بإحدى أو عدة وزارات أو بأي مؤسسة عامة أخرى أو مؤسسة تديرها الدولة فيجب عليها أن تبدأ بالخطوات الضرورية بأسرع وقت ممكن. وفي هذه الحالة تكون المنظمات الحكومية مسئولة عن إشراك جميع الموظفين وعن دفع جميع المساهمات الخاصة بأصحاب العمل وتحويل المساهمات المستقبلية. ولذلك فإن هناك حاجة لسلسلة من البيانات الموثوق فيها للمجموعات المستهدفة:

- تسجيل واقعي لجميع الموظفين في البلاد.
- مراجعة صارمة لقوائم الموظفين والمرتبات.
- إمكانية عد جميع المعالين.
- تسجيل رواتب الموظفين.
- مقارنة بيانات الأفراد مع مصلحة الضرائب.
- مقارنة البيانات مع صناديق التقاعد.
- تقييم الدخل الإضافي (النشاطات المسائية).
- تقرير الهيكل العمري للموظفين العموميين.
- تقدير الوضع الوبائي.
- تقدير تفصيلي لرزم المنافع الصحية الموجودة للمجموعة / المجموعات المستهدفة.
- وضع تكاليف لنفقات الفوائد الصحية الحالية للوزارات / الشركات العامة.
- دراسات حول الرغبة في الدفع من قبل أصحاب العمل العموميين.
- دراسات حول قدرة ورغبة الدفع من الموظفين العموميين.

وبالإضافة لذلك يجب على الوزارة / الوزارات الرائدة و/أو الشركة / الشركات العامة أن تبدأ بأسرع وقت ممكن في إتخاذ قرار حول نوع ونطاق ونوعية تقديم الرعاية الصحية التي يريدون الحصول عليها لموظفيهم. ستكون لدى المسجلين أو المقيدون توقعات في إدراج العلاج التخصصي خارج البلاد في حزمة المزايا. ومع ذلك فإن ذلك سيضع ضغطاً على قابلية الحياة المالية ولذلك نوصي بالتحقيق في الإمكانية الحالية للتغطية على الأقل لمعظم الخدمات الصحية المقدمة خارج اليمن. وهذا يشمل ليس فقط مراجعة دقيقة لمقدمي الخدمة الحاليين والخدمات التخصصية المقدمة ولكن يمكن أن يشمل أيضاً تخطيط استثمارات هادفة في مستشفيات تخصصية والبحث عن تمويل إضافي من خلال مانحين دوليين. وفي وضع حيث لا تلبى الاستثمارات في إنشاءات منشآت الرعاية الصحية دائماً توقعات وكالات التعاون الدولي وربط رفع مستواها بمفاهيم استدامة الرعاية الصحية فإن التمويل يمكن حتى أن يحسن من استعداد المانحين الثنائيين أو المتعددين للاستثمار في نظام الرعاية الصحية.

وعلى الرغم من بعض التردد للمؤسسات العامة والمؤسسات التي تديرها الدولة في التعاون مع القطاع الخاص والجهل الكبير المستمر بأدائها فإن مسح الرأي يعطي تفويضاً واضحاً باتجاه إدراج كل من مقدمي الصحة العامة والخاصة في نظام التأمين الصحي المستقبلي في اليمن. وتفضل الأغلبية التعاون مع خليط من مقدمي الخدمة ولازال 47% يطلبون صراحة اختيار أفضل منشآت الرعاية الصحية بينما 6% فقط و 8% يريدون حصر التأمين الصحي على مقدمي الخدمات من القطاع العام أو الخاص على التوالي. ومن أجل ضمان تقديم رعاية صحية كافية فإن الخطوات التالية نحو إسناد نظام تأمين صحي وطني مستقبلي ربما وينبغي البدء بها فوراً.

- تقدير منشآت الرعاية الصحية الموجودة في منطقة الطلب المتوقع.
- تحسين البنية الأساسية للرعاية الصحية في المناطق التي يقل فيها تقديم الرعاية.
- تقدير وتوحيد الاحتياجات المتوقعة.

- استثمارات هادفة في تقديم الرعاية الصحية.
- إعمال رقابة صارمة على مقدمي الخدمة من القطاع العام على مختلف المستويات.
- تنفيذ نظام معلومات على مستوى البلاد.
- تحسين مجال ونتيجة العمليات الإحصائية وجمع البيانات في البلاد.
- إيجاد إطار عمل قانوني لإشراف أكثر فعالية على الرعاية الصحية الخاصة.
- تصميم نظام مصادقة (التشهاد بالوفاء بمطالب أو شروط معينة) لمقدمي الرعاية الصحية.
- إيجاد وإعمال رقابة على الجودة في منشآت الرعاية الصحية العامة والخاصة.
- تقدير واختيار مسبق للرقابة على الجودة في منشآت الرعاية الصحية العامة والخاصة.
- تقدير واختيار مسبق لمقدم الخدمة الذي يقدم خدمة جيدة وبنوعية ممتازة.
- تنفيذ أنظمة إدارة وإعداد تكاليف فعالة على مستوى مقدمي الخدمة.

إن كل المهام المذكورة بأعلاه وبالتأكيد بعض المهام الأخرى ستكون ضرورية لضمان تقديم رعاية صحية كافية ولخلق الشروط المسبقة في أن يفي نظام الرعاية الصحية بتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني. وتظهر الوقائع بوضوح بأن معظم هذه المتطلبات الأساسية للتأمين الصحي وبصفة خاصة لنظام التأمين الصحي الوطني لازالت متخلفة أو مفقودة. ومن الواضح أن مسئولية تكييف تقديم الرعاية الصحية لاحتياجات نظام التأمين الصحي يعتمد بصورة رئيسية على وزارة الصحة العامة والسكان. إن لدى وزارة القطاع موظفين عديدين تحت تصرفها يبدو أنهم مستعدين أكثر وينبغي أن يكونوا جاهزين لهذه المهام ولمهام أخرى. ولذلك فإن تدريب الموارد البشرية وبناء القدرة مطلوب ويجب أن يصبح أولوية السياسة. ويظهر موظفو وزارة الصحة العامة والسكان حالياً أغلبية كبيرة من العاملين الصحيين ومعظمهم من الأطباء الطبيين مع خلفية تدريب سريري فقط. ومع ذلك فإن إدارة نظام الصحة وبصورة خاصة نظام التأمين الصحي يتطلب مجموعة كبيرة إضافية من المؤهلات. إن النهج المتعدد الاختصاصات والمهن ضروري ويجب أن يبدل الإتجاه التقليدي في وزارة الصحة العامة والسكان نحو القطاع العام فقط. إن وضع تعدد القطاعات يفتح الطريق بإتجاه طرق تجديدية تدمج المعارف ذات الصلة من الموضوعات التقليدية المختلفة (لاسير 2002 ، ص 3 و 14).

إذا كلفت وزارة الصحة العامة والسكان كعامل مسئول عن إدارة البرنامج فإن هناك حاجة عاجلة إلى التدريب وحملة لبناء القدرة. ولإعطاء الدعم المهني الضروري والإسناد لعملية التحضير والإنشاء وكذلك لمزيد من التحقيق والإرشاد لأي نظام تأمين صحي في اليمن يجب اختيار أكثر الأفراد كفاءة وأكثرهم سعة تدريب. يجب أن يشتمل بناء القدرة على مجموعة واسعة من الإجراءات مثل التالي:

- برامج تأهيل ما بعد التخرج للأفراد الأساسيين في الخارج.
- مشاركة أفراد مختارين في مؤتمرات دولية.
- دورات تدريبية لموظفي وزارة الصحة العامة والسكان داخل اليمن.
- الدعم الفني والمالي للدراسات التي ينجزها خبراء وطنيون ودوليون.
- دورات تدريبية في التمويل الصحي والاقتصاديات الصحية والقضايا الأخرى ذات الصلة.
- تعزيز التبادل الأكاديمي على مستوى دولي.
- تعزيز تنفيذ كلية للصحة العامة في الجامعات اليمنية.
- ربط صنع السياسة بالبحث العلمي.
- تنفيذ سياسات محددة مبنية على الدليل أو البرهان في اليمن.
- استشارات قصيرة الأجل متكررة لخبراء دوليين.
- جهود مشتركة من المانحين لتوحيد الجهود وتوحيد الدعم.

لقد أصبح من الواضح أن نهج أنتظر وأعمل له سلسلة من المعاني المتضمنة ويتطلب استثمارات كثيفة من القطاع العام. وعلى الرغم من أن وزارة الصحة العامة والسكان يمكن أن تكون العامل الرائد في عملية التحضير والترتيب ولذا فإن الهيئات والوزارات و/أو الشركات العامة الأخرى – والتي ستشارك في نظام التأمين الصحي في المستقبل- عليها أن تعطي دعماً كبيراً لتوفير أموال إضافية أثناء فترة التنفيذ وربما على المدى الطويل. وإذا ما أخذنا دور أصحاب العمل الذين يستفيدون من الحماية الاجتماعية لموظفيهم فيجب إشراكهم ليس فحسب في القضايا التي عليهم مواجهتها مباشرة وإنما كذلك

في التكاليف الإجمالية لإقامة البرنامج / البرامج. إن عمليات التحقيقات والدراسات والتسهيلات ينبغي أن تربط ويتم التشارك فيها بين مختلف الوزارات و/أو الشركات حيث أنها ستكون استثماراً في بناء القدرة والتدريب. ستحتاج كل وزارة وشركة مشاركة إلى موظفيها الخاصين المعدين والمؤهلين للتعامل مع التأمين الصحي للموظفين.

ستفيد الاستثمارات في الأبحاث وفي معاهد التدريب التخصصية كل البلاد ولذلك يبدو من غير العادل تحميل وزارة واحدة فقط بجميع التكاليف. وعلى سبيل المثال يجب أن يكون لدى وزارة المالية رغبة كبيرة في الحصول على أفراد من الوطن اعدوا بصورة جيدة والذين كانت لهم الفرصة في دراسة المحاسبة ومسك الدفاتر وحتى اقتصاديات الصحة مع نظرة محددة للبلد وذلك أمر لا يمكن تحقيقه من خلال التدريب خارج اليمن.

وأخيراً وليس آخراً فإن جميع الهيئات العامة وربما جميع الهيئات الخاصة المشاركة في التأمين الصحي ينبغي أن تشارك في المسؤولية عن النظام الوطني الذي سيتم بناؤه. إن إعادة التأمين نقطة حاسمة لضمان الأداء وضمان استدامة أي برنامج تأمين. وبصورة خاصة أثناء الفترة الأولى عندما تشارك بضع مؤسسات فقط في النظام ولا زالت أموال المساهمة المشتركة للمخاطر صغيرة نسبياً ونفقات الرعاية الصحية كبيرة للغاية فإن لديها إمكانية تهديد كامل النظام. من أجل تفادي هذه المخاطرة ولضمان استدامة أموال التأمين الصحي فإن على الوزارات و/أو الشركات التي تشارك في البرنامج أن تتقاسم المخاطر المالية وتنظم إعادة تأمين فعالة.

2-5 من البدائل إلى السيناريوهات

تحتوي البدائل الثلاثة المذكورة بأعلاه الكثير من البدائل الفرعية. إن بديل الدفعة الكبيرة على سبيل المثال لن يكون مجدياً من الناحية المالية إذا لم يتم تبني سياسات تحتوي التكاليف كما أوجزنا بأعلاه. التعديلات على الآتي:

- تغطية التأمين الصحي أي القطاع الرسمي بالإضافة إلى المستخدمين ذاتياً.
- التنفيذ التدريجي أي الإدراج على مراحل للعاطلين عن العمل والفقراء.
- معدلات المساهمة أي متغيرة بين 2% و 7% بالنسبة للعاملين.
- حزم المزايا أي إدراج العلاج في الخارج أو إعطاء متوسط رزمة منافع فقط.
- الدفع المشترك أو المشاركة في الكلفة أي لتقليل الإفراط في الاستخدام (المخاطرة المعنوية).
- إدراج الأسرة الصغيرة أو الأسرة الموسعة كمستفيدين.

إن هذه بعض خيارات السياسة لتحويل البدائل العامة إلى سيناريوهات واضحة. إن المئات من هذه السيناريوهات ممكنة وإن مناقشة سياسية وفنية ضرورية للتعرف على بعض السيناريوهات المناسبة بصورة أفضل من مختلف وجهات النظر.

أخترنا السيناريوهات التالية من أجل أن نكون قادرين على تقديم ومناقشة بعض المعاني المتضمنة للبدائل.

الجدول رقم (23): سيناريوهات باتجاه نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن					
السيناريو	1 أ	1 ب	2 أ	2 ب	3
الوصف	مستويات الإنفاق الحالية / معدلات الاستخدام الحالية	مستويات الإنفاق الحالية / معدلات استخدام متزايدة	رزمة فوائد أساسها الشركات / معدلات الاستخدام الحالية	رزمة فوائد أساسها الشركات / معدلات استخدام متزايدة	رزمة فوائد أساسها الشركات / معدل استخدام متزايد / عائق التمويل العام
متوسط تكلفة الرعاية الصحية بالريال اليمني					
العيادات الخارجية	1,319	1,319	3,152	3,152	3,152
العيادات الداخلية	45,278	45,278	45,278	45,278	45,278

الجدول رقم (23): سيناريوهات بإتجاه نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن					
السيناريو	1 أ	1 ب	2 أ	2 ب	3
متوسط معدل الاستخدام (لكل مؤمن عليه)					
في العيادات الخارجية	مستقر عند 1.598	يبدأ بـ 1.598 مرتفعاً إلى 3 في عامين	مستقر عند 1.598	يبدأ بـ 1.598 متزايداً إلى 3 في عامين	يبدأ بـ 1.598 ويرتفع إلى 3 في عامين
في العيادات الداخلية	مستقر عند 0.015	يبدأ بـ 0.015 مرتفعاً إلى 0.033 في عامين	مستقر عند 0.015	يبدأ بـ 0.015 مرتفعاً إلى 0.033 في عامين	يبدأ بـ 0.015 مرتفعاً إلى 0.033 في عامين
المساهمة					
القطاع الرسمي (نسبة من الأجر)	يبدأ بـ 8% مرتفعاً إلى 10% في 7 سنوات	مستقر عند 11%	مستقر عند 11%	مستقر عند 11%	مستقر عند 11%
المستخدمين ذاتياً (معدل متساوي بالريال اليمني)	1000 ريال بالتضخم	1000 ريال بالتضخم	1000 ريال بالتضخم	1000 ريال بالتضخم	6500 ريال يمضي يعدل بالتضخم
معدل الدفع المشترك					
نسبة مئوية من التكلفة	10%	10%	10%	10%	20%

ستعطى التفاصيل في الباب الرابع بأدناه.

6-2 إنشاء مركز اختصاص التأمين الصحي

كان على دراستنا أن تحقق تتبع وصف بعض الأوجه ذات العلاقة والشروط المسبقة في البلاد. وبعد القيام بالتحقيقات الميدانية ومع ذلك ينبغي أن نشير بأن مجموعة من المهام لازالت متبقية يبدو أنها ذات صلة بإعداد وتنفيذ التأمين الصحي في اليمن مثل:

- مزيد من الاكتشاف والتحليل لبرامج التضامن.
- منح أفضل برامج التضامن.
- تكرار أفضل برامج التضامن.
- استشارة برامج التضامن.
- ملاحظة وتحليل التأمينات الصحية للشركات.
- استشارة التأمينات الصحية للشركات.
- ربط برامج الشركات في اتحاد برامج الشركات.
- تنفيذ برامج إعادة التأمين للشركات على أساس طوعي.
- متابعة وإرشاد البرامج المجتمعية.
- تنفيذ برامج إعادة تأمين مجتمعية.



فيما يتعلق بالمسائل والإدارة والقدرات الإدارية ووظائف التأمين الحاسمة الأخرى فإن الوضع العام في اليمن شبيه بمشروعات كثيرة بحجم صغير ومشروعات تأمين أصغر. وحيث أن تقليد التأمين الصحي وفهمه حديث ونادر في البلاد فإن التجربة والخبرة فيما يتعلق بالتأمين الصحي مفقودة على نطاق واسع. ويعزى هذا بصورة رئيسية إلى الآتي:

- عدم كفاية الأفراد المؤهلين والتنظيم.
- عدم اكتمال البيانات والتي لا تسمح بإتخاذ قرارات على أساس البرهان.

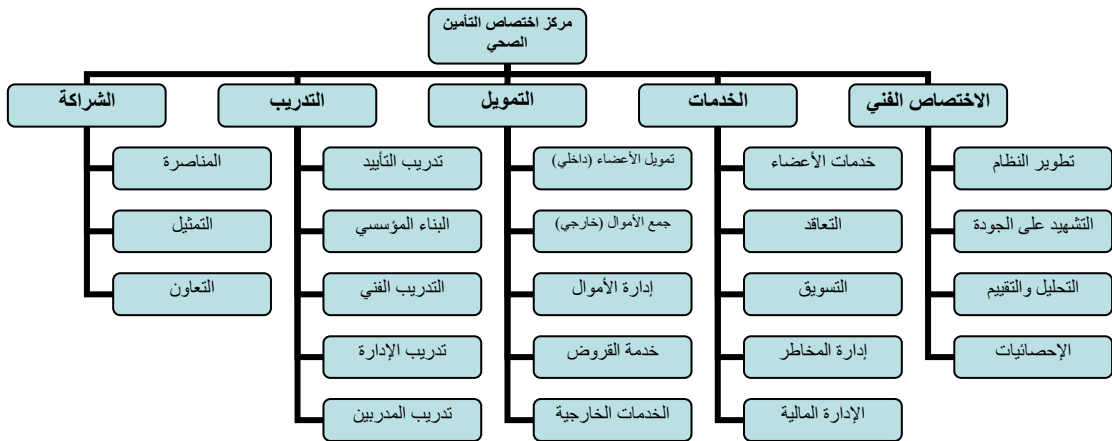
- سلوك المشاركين تحكمه الأبوية ودافعه الرعاية.
- الافتقار إلى الخيارات لمسح أداء مهام التأمين.

وبذلك فإن أحد الاستنتاجات الرئيسية لهذه الدراسة هو الحاجة لتنفيذ مركز اختصاص التأمين الصحي قبل أو بالإضافة إلى أي خيارات سياسية مذكورة بأعلاه. إن مثل هذا المركز ينبغي إنشائه ضمن الإطار الوطني المعني وبطريقة تسمح بمشاركة جميع المساهمين ذوي العلاقة. يمكن أن يساعد مركز اختصاص التأمين الصحي في توفير الاختصاصات التنظيمية والإدارية الضرورية لإقامة وتنفيذ ومراقبة برنامج التأمين الصحي (أي خدمات يتم إعطاؤها كعقود مقاوله) ويمكن أن يعزز تبادل الآراء والمفاهيم مع المنظمات الحكومية ومقدمي الرعاية الصحية والمجتمع المدني وآخرين. يجب النظر إلى مركز اختصاص التأمين الصحي كجزء من شبكة تنظيمات التأمين ويمكنه أن يقدم دعماً مستمراً وطويل الأجل إلى أعضائه المشاركين. على سبيل المثال يمكن لمختلف البرامج أن تنظم مراكز اختصاص وتداول على خدمات محددة باستخدام المعرفة دون أن تدفع عنها بذاتها. (أنظر هوبير 2003 ، ص 64 FF) والتشارك في الخدمات ومقدمي الخدمات أو إعطاء قابلية حمل الاستحقاقات حتى لدى منظمات خارج القطاع التعاوني. ويمكنه دعم تطوير منتجات معيارية أو إجراءات مناسبة لتبنيها محلياً وتقديم المشورة إلى المساهمين للمفاوضات مع شركات التأمين من أجل شروط تأمين جماعية جيدة.

وفي الحالة الخاصة باليمن يجب أن ينظم مركز اختصاص التأمين الصحي خصوصاً بطريقة يستطيع أن يقدم المناصرة باتجاه نظام تأمين صحي اجتماعي وطني. إن المهمات الأكثر صلة بالاستشارة وبناء القدرة هي التالية:

- التدريس الأساسي لموظفي التأمين الصحي المحتملين داخل اليمن: تكنولوجيا المعلومات واللغة الإنجليزية وقضايا مرتبطة بالصحة.
- التدريب الدولي لقادة محتملين في التأمين الصحي: التمويل الصحي والسياسة الصحية والتأمين الصحي ... الخ.
- نشاطات تدريب إضافية ومعينة في التعاون مع المؤسسات الأكاديمية.
- مزيد من التقدير وإيجاد التوافق الممكن مع برامج التأمين الصحي.
- كتابة المقترحات للبرامج الوطنية والدولية.
- ورشات عمل متكررة مع موظفين دوليين مختصين واستشاريين في اليمن.
- تشجيع مشاركة "عقول مدبرة" في ندوات ومؤتمرات دولية.
- المشاركة المنتظمة لمختلف المساهمين في اجتماعات التأمين الصحي الدولية.
- تشجيع تبادل الخبرة بين البلدان النامية الأخرى مثل كينيا.

الشكل رقم (4): الهيكل التنظيمي لمركز اختصاص التأمين الصحي في تنزانيا



الدكتور/ جيه هو همان ، الدكتور/ بي شرام ، مخطط رقم (16)
المصدر: قسم التعاون الفني الألماني حول الحماية الاجتماعية والتأمين الصحي

على المستوى الفني ومستوى الدعم فإن مركز اختصاص التأمين الصحي مقدر له تغطية سلسلة من الوظائف الإضافية أي:

- الدعم الفني من خلال الاستشارة والتحليل والتقييم.
- إدخال نظام إحصائي فعال وموثوق به وأساليب تعاقد.
- الدعم المالي (المحاسبة والتمويل وإدارة المطالبات وإعادة التأمين).

- التعاون المؤسسي (التنظيم والمناصرة والتمثيل والتعاون).
- تشجيع المهارات الأساسية (المناصرة السياسية وإدارة التدريب الفني وتطوير المهارات الشخصية).

إن تنفيذ مركز وطني لاختصاص التأمين الصحي يمكن دعمه بالوكالات الدولية وبصورة رئيسية من اتحاد حول الحماية الصحية في بناء الصحة من قبل التعاون الفني الألماني ومنظمة الصحة العالمية ومكتب العمل الدولي من أجل تنسيق الجهود وتوحيد القوى. ومن أجل إقامة مركز اختصاص تأمين صحي هناك حاجة لإطار عمل قانوني يسمح لمركز الاختصاص ذلك بافتتاح نشاطات في السوق الوطنية والعمل كشركة إمتياز. يتطلب الدعم الفني لإيجاد وإنشاء مركز اختصاص التأمين الصحي في البداية الخبرة والمعدات لكن في المدى الطويل يتوقع سحب الاستشارة الخارجية بحسب تنامي قدرة واستقلالية المساهمين اليمنيين. إذا ضمنت استدامة مركز اختصاص التأمين الصحي فسيكون المركز قادراً على إعطاء دعم طويل الأجل لأي برنامج تأمين صحي ناشئ ومنجز. ويمكن أن تكون هذه مساهمة حاسمة لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن.

يمكن لمركز اختصاص التأمين الصحي كذلك أن يتولى دور مجموعة تفكير على المستوى الوطني. إن أداء ونطاق مركز الاختصاص ربما غير محدودة ويمكن تطوير مزيد من المهام بحسب إستراتيجيات التنفيذ ونجاحها. ومع ذلك فإن معدي الدراسة يودون أن يشددوا على حقيقة أن مركز اختصاص التأمين الصحي سيكون متطلباً أساسياً هاماً لكل خيارات التأمين الصحي المنظورة والمقدمة في هذه الورقة. ينبغي تبني نشاطات الأولوية بكل تأكيد لإستراتيجية البلد المختارة لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني. وبينما تتطلب الدفعة الكبيرة والخيارات التصاعديّة كل من التدريب والدعم الفني فإن إستراتيجية "أعمل وأربط" ستركز أكثر على بناء القدرة. وإذا ما قررت الحكومة اليمنية أن تتخذ خطوة جريئة باتجاه نظام وطني يمنح تغطية شاملة من مرحلة مبكرة جداً فإنه ستكون هناك حاجة لمركز اختصاص التأمين الصحي لإعداد ونصح الموظفين الفنيين لصندوق التأمين الوطني ولدعم الشركة الموجودة وكذلك برامج المجتمع الناشئة. وفي الإستراتيجية التصاعديّة ستكون المهمة الرئيسية لاختصاص التأمين الصحي هي تقدير وإيجاد التوافق لبرامج التأمين الصحي الموجودة و/أو الناشئة. وفي الخيار الأكثر حذراً سيركز مركز اختصاص التأمين الصحي أولاً على بناء القدرة والتقدير.

ولتنفيذ مركز اختصاص تأمين صحي يماني فإن عدة خيارات ممكنة. ومع ذلك فإذا كانت وزارة الصحة العامة والسكان ستكون العامل الرائد لإقامة نظام تأمين صحي وطني فينبغي كذلك أن تكون شريكاً رئيسياً لمركز الاختصاص. ويبدو أن إستراتيجية قابلة للحياة ستكون إيجاد مركز اختصاص تأمين صحي كمشروع مشترك لوزارة الصحة العامة والسكان والمساهمين الآخرين المعنيين أي وزارة المالية ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية والوزارات الأخرى وصندوق التأمين الصحي أو الصناديق وممثلين لبرامج الشركات والبرامج المجتمعية ومقدمي الرعاية الصحية والموظفين الأكاديميين والاستشاريين. يمكن أن يتطور مركز اختصاص التأمين الصحي أو يتحول إلى نوع من مجموعة تفكير لهيئة تأمين صحي ناشئة (من أجل مزيد من المقترحات أنظر الباب رقم 5).

2-7 تصميم ومقارنة البدائل

في الجدول التالي فإن القضايا الرئيسية لمنهاجية infosure التي طورها التعاون الفني الألماني سيجاب عليها لأربعة بدائل مختلفة لنظام التأمين الصحي في اليمن أي:

- الدفعة الكبيرة: أي تغطية جميع موظفي القطاع الرسمي والمتقاعدين.
- الصغير للجميع: أي تغطية جميع المواطنين برزمة فوائد صغيرة.
- الخطوة خطوة: أي إدخال التأمين الصحي بحسب القطاعات أو المناطق.
- العمل والربط: أي خلق الشروط المسبقة للتأمين الصحي الوطني.

ستؤخذ في الاعتبار جميع الجوانب ذات الصلة بالتأمينات الصحية عند اكتشافها وتتبعها واختبارها في بلدان كثيرة حيث قام التعاون الفني الألماني بتقديم استشارات حول الأنظمة الصحية والتأمينات الصحية بما في ذلك التأمينات المجتمعية والتأمينات الأصغر. يحاول الجدول التالي إعطاء صورة شاملة حول القضايا الأساسية للتأمين الصحي والذي – دون شك – يمكن تطويره أكثر.

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
1	إقامة البرنامج				

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
1-1	فترة الإقامة	مباشرة , بسرعة نسبية , وعلى التوالي ويعتمد على فهرس الفوائد والمشكلات: المناطق النامية بصورة أقل (مقدمي الخدمة والدفع لهم).	بحسب الطلب والفرصة	بعد الوفاء ببعض الشروط المسبقة.	
2-1	أي نوع من الحاجة / المشكلة هي القوة الدافعة؟	تقدير الرعاية الصحية والتمويل الصحي في اليمن يحتاج إلى ثورة بأسرع ما يمكن	هناك حاجة إلى إرادة سياسية قوية و/أو اجتماعية لإدماج كل الناس في مشروع واحد	العسكريون والشرطة لديهم رغبة في البدء لأنهم في حاجة إلى الأموال لتوسيع مستشفياتهم	الثقة في الصناديق الحكومية مفقودة وسوف يستغرق الأمر وقتاً لاستعادتها
3-1	دور المساهمين الخارجيين	الرئيس والشعب عليهم مساندة هذه الإستراتيجية	أولئك الذين قد حصلوا على "فوائد أفضل" لن يكونوا راغبين مطلقاً أن يدمجوا في "تأمين رزمة صغيرة" أي القوات المسلحة والشركات العامة	على وزارة المالية أن يكون لديها خطة مشروع تفصيلي بصورة جيدة وأن تشارك وزارة الإدارة المحلية	يجب على المجتمع الدولي أن يدعم مركز اختصاص التأمين الصحي
4-1	أي نوع من الدعم ينبغي إعطاه	التقييم والاختيار والتصميم للفوائد المرغوبة أكثر (والقيمة) ودعم فني كثيف بكيفية الحصول على المساهمات وإنفاذها وتنفيذ وتحسين نظام دفع كفو لمقدمي الخدمة	تقديم الفوائد المرغوبة والدعم الفني وكيفية الحصول على المساهمات (المدفوعات) وإنفاذها		
5-1	من يشارك في عملية إتخاذ القرار	الرئيس في الأعلى وعلى الأقل صناعات القرار السياسي الأكثر نفوذاً	صناع القرار السياسي ومجلس الشورى وأعضاء البرلمان والوزارات المختلفة المعنية وخاصة وزارة المالية ووزارة الصحة العامة والسكان ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ووزارة الأوقاف والإرشاد والإدارة العليا للصناديق / البرامج التي ستدمج وممثلي المجتمع المدني	أكثر الأعضاء التزاماً وتجربة في لجنة التوجيه	
2	العضوية				

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
1-2	ما هي المجموعات المستهدفة؟	البدء بالقطاع العام ثم جميع الموظفين والمتقاعدين وفي المدى الطويل كل سكان اليمن سيصبحوا أمر ممكن	جميع سكان اليمن	بحسب تصميم الخطوات: الموظفين المدنيين و/أو العسكريين و/أو الشرطة و/أو موظفي التربية والتعليم	ستذكرها ورقة سياسة وسوف يتم المحاولة أن لا ينسى الفقراء والمجموعات الهشة
2-2	هل هناك أي مجموعات غير مرغوبة؟	كقضية مبدأ ليس هناك أي مجموعات غير مرغوبة ولكن المهم هو أن يبقى كل الناس المدمجين (ويدفعوا) باستمرار في النظام - والرقابة على سوء الاستعمال مهمة.			دراسة أفضل وسائل الرقابة على سوء الاستعمال.
3-2	هل هناك فارق بين المجموعة المستهدفة في البداية والأعضاء الذين يلتحقون في الحقيقة؟	ينبغي أن لا يكون هناك فارق.			ستدرج إستراتيجيات التوسع.
4-2	انحصار العضوية	في الخطوات الأولى فقط الناس العاملين (وأسرهم) والمتقاعدين يتم إدماجهم	اليمنيين الذين يعملون في الخارج	أنظر المجموعات المستهدفة	سيدرس
5-2	النشاط الاقتصادي للمجموعة المستهدفة		الناس الذين لديهم كل أنواع النشاطات وكل الخواص الاجتماعية والاقتصادية		دراسات عن المستخدمين ذاتياً ستحصل على أولوية معينة
6-2	الخواص الاجتماعية والاقتصادية للمجموعة المستهدفة				
7-2	كيف يتم تكوين العضوية؟	إلزامية (أو طوعية بالنسبة لبعض المجموعات - لكن إذا كان الأمر كذلك يجب التنبيه لاختيار المخاطر)			سيدرس
8-2	كيف يتم استيعاب الأعضاء	في برنامج إلزامي: من قبل أصحاب العمل من القطاع العام والخاص ومن قبل السلطات المحلية وصناديق التقاعد / هيئات التقاعد			سيدرس
		في برنامج طوعي: إغراء الأعضاء المستقبليين في الإشتراك أي في مكاتب التأمين الصحي المحلية.			سيدرس
9-2	التعاقد بين العضو وبرنامج التأمين	عقد موثوق به (ربما حتى "نهائي") بين العضو والتأمين الصحي يجب أن يكون أساس نظام التأمين الصحي			سيدرس
10-2	وحدة الإشتراك	العمال الدائمين والموظفين	أي للمستخدمين ذاتياً والآخرين الغير ممكن الوصول إليهم في "المصدر" (مثل العاملين على سبيل المثال)	بحسب القرارات السياسية في المستقبل	سيدرس
11-2	تعريف أعضاء العائلة	أي الزوج أو الزوجة الغير عامل والأطفال حتى سن 18 سنة و/أو طالما يدرسون فإنهم مؤمنين بالإشتراك ومدفوع عنهم.			سيدرس
12-2	وضع أفراد العائلة	أي مؤمن عليه مشارك مدفوع عنه أو مساهمة منخفضة جداً			سيدرس

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
13-2	تعريف الأعضاء	معرف إضافة إلى العضو (أي الزوج العامل)	سيدر		
14-2	توزيع إقليمي للأعضاء	مرادف لتوزيع المواطنين والتركيبة السكانية الاجتماعية في اليمن	سيدر		
3	التمويل	<p>إن المصدر الرئيسي لبرامج التأمين الصحي هي المساهمات. ويعتمد الحجم الإجمالي على البرنامج. المساهم كقاعدة عامة هو المستفيد المحتمل من البرنامج والدولة في حالات دعم المساهمة.</p> <p>المساهمات تنتج عن نسبة من الأجور. وينبغي تحصيلها شهرياً في المنبع حيثما كان ذلك ممكناً (أي صاحب العمل ووزارة المالية ... الخ) لتفادي الخسائر. معدلات المساهمة لن تزداد في أي سيناريو أكثر من الحصة المقترحة (قانون التأمين الصحي الاجتماعي) 6% (صاحب العمل) / 5% (الموظف).</p> <p>ينبغي الرقابة على الدفع من قبل أولئك المسؤولين عن الميزانية (أي هيئة التأمين الصحي أو وزارة المالية) ينبغي أن تكون هناك عقوبات لاختلاس المساهمات (بالنسبة لصاحب العمل).</p> <p>لا ينبغي أن يدفع زوج غير عامل وأطفال والمساهمات للفقراء والعاطلين عن العمل والمتقاعدين (إذا أدرجوا جميعاً ينبغي أن تدفع / يتم دعمها من قبل الحكومة / صندوق التقاعد).</p>			
3-3	المدفوعات المشتركة	<p>إن نظام الدفع المشترك القانوني والذي تتم إدارته أفضل مبدئياً من "المدفوعات تحت الطاولة" الغير مسيطر عليها. إنه لأمر عملي الدفع المشترك مباشرة إلى مقدم الخدمة والمؤمن يسحب المبلغ من حسابه.</p> <p>لن يكون أي من البرامج المستقبلية قادر على إعطاء جميع الخدمات مجانية بالكامل. إن الأسوأ في الوضع المالي للبرنامج هو أن الأعلى والمجالات الأكثر للدفع المشترك سيكون ضروري. أي كما هو مخطط في قانون التأمين الصحي الاجتماعي هناك مدفوعات مشتركة لثلث سعر الأدوية (خارج المستشفيات) والعناية الخارجية والذي يبدو أنه كبير جداً.</p> <p>ينبغي أن يوجه إلى الحد من المدفوعات المشتركة. يمكن أن تكون الحدود الكاملة المتعلقة بالدخل (أي "ينبغي دفع المدفوعات المشتركة لحد أقصى XX% من الدخل السنوي") نظرياً أكثر عدالة من الإعفاءات الجماعية مسبقاً (أي المتقاعدين والأطفال وذوي الأمراض المزمنة الذين عليهم أن لا يدفعوا) لكنه يعني الشيء الكثير بالنسبة للإداري.</p>			
4-3	الدعم والهبات	<p>من الممكن إدماج الدعم و/أو الهبات للتمويل في جميع برامج التأمين الصحي. عجز البرامج يعتمد على الدعم و/أو الهبات.</p> <p>ينوي قانون التأمين الصحي الاجتماعي ضريبة سجانر (5 ريال على كل 20 سيجارة) لدعم البرنامج. وبحسب التجارب الدولية فإن زيادة أسعار التبغ ملائمة لجمع إيرادات وتخفيض النفقات الصحية (التي سببها التدخين) في وقت واحد.</p> <p>ستكون هناك حاجة للدعم الحكومي أي للاستثمارات. سينتج الدعم الحكومي الغير مباشر من الاتجاه نحو زيادة وتعزيز الدعم لبرامج الوقاية والتعزيز ومن خلال رعاية صحية أولية مكثفة للعلاج المبكر والتتبع المبكر.</p> <p>إن جمع الأموال هي مهمة هامة واجبة الأداء.</p>			
4	الفوائد المقدمة من برنامج التأمين				

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
1-4	حزمة المزايا	بحسب أفضل أمثلة الشركات العامة أي المؤسسة العامة للاتصالات	إن فكرة هذه الإستراتيجية هي إيجاد رزمة توافق متوسط الفوائد التي تستطيع حسابات الصحة الوطنية تحملها والغرض هو إبقائها جميعاً رخيصة قدر الإمكان كما هي اليوم	سيحدد أثناء التنفيذ وبحسب توفر الموارد ومقدمي الخدمة.	سيتم القيام دراسات تأمينية ومقارنات دولية
<p>البرامج الموجودة والتي نوقشت تعطي حزم فوائد عديدة. ويبدو أن أكثرها ضرورة والمرغوبة أكثر هي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الرعاية الداخلية. • مستوصف توزيع الأدوية مجاناً. • إلى جانب ذلك فإن الفوائد الهامة هي: • تقديم خدمات طبية من قبل ممارس عام. • رعاية خارجية من قبل اختصاصي. • عمليات جراحية. • فحوصات مخبرية وتشخيصية. • فوائد حول الأمومة. 					
2-4	علاقة الفوائد المقدمة بالبرامج الأخرى	هناك علاقات ببرامج التقاعد وتأمين إصابات العمل والإسهامات مرتبطة مبدئياً بمعاشات التقاعد (أي 6% / 5% مثل قانون التأمين الصحي الاجتماعي (SHI) المقترح) وينبغي تغطية الإصابات أثناء فترات العمل (كما هو مخطط) بتأمين إصابات العمل.			تحليل مقارن للبرامج الموجودة
5	إدارة المخاطر				
		من يكون مسؤولاً عن الميزانية / الصندوق ينبغي أن يكون قادراً على احتساب أسرته وأن يكون مسئول سياسياً عن النتيجة. وللاحتساب تحتاج الإدارة إلى بيانات وقت حقيقي ومعلومات موثوق بها.			
6	الخدمات				
		ينبغي أن يعطي برنامج التأمين لأعضائه معلومات حول الخدمات والفوائد على الأقل. وبالنسبة لكل برامج التأمين من المهم كذلك السماح باتصالات مباشرة بالمؤمن عليهم. ولذلك فإن الوجود اللامركزي مطلوب.			
7	قضايا قانونية ودستورية				
1-7	وضع برنامج التأمين	البرنامج المساوي للإستراتيجية غير موجود بعد.	القوات المسلحة والشرطة قد تمت تغطيتها (ولكن مباشرة من قبل الدولة عبر الضرائب)		يمكن أن تتطور البرامج الموجودة.
2-7	الشكل القانوني	توجد بعض مسودات قوانين تأمين صحي في اليمن. وخصوصاً مقترح لقانون تأمين صحي اجتماعي وآخر حول التأمين الطبي للقوات المسلحة تم إعداده بصورة جيدة. وسوف يحتاجان فقط إلى تعديلات طفيفة وينبغي اعتبارهما قوانين إطار عمل للبدء بها وتعديلها بحسب التجارب والظروف. ينبغي قبول "تنقيح مستمر للقانون".			

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل			
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع
8	الإدارة	<p>إن كل الشئون الإدارية المتعلقة بالتأمين الصحي غير منظمة حتى الآن. هناك بعض التجارب في اليمن مع برامج فوائد الشركات وهناك مسودة تتعلق بإنشاء هيئة التأمين الصحي. وبالإضافة لذلك فإن العسكريين على سبيل المثال لديهم تجربة عميقة ومعرفة بكيفية إدارة خدمات الرعاية الصحية مباشرة.</p> <p>إن النقطة الهامة للإدارة هي تسجيل الأعضاء وأصحاب عملهم. وضمن القطاع العام (بما في ذلك العسكريين والشرطة) ينبغي أن لا تكون تلك مشكلة.</p> <p>إن كيفية تقديم الرعاية الصحية والعقود مع مقدمي الخدمة وخصوصاً ضمان الجودة ستندمج في الممارسة ولا زالت قيد المناقشة والتصميم والإقرار.</p> <p>وإدارة صندوق رعاية صحية يعتمد عليه مثل جمع خطة مالية موثوق فيها وإحصائيات مطورة والرقابة على مسك حسابات دقيقة هي أمور ضرورية. لذلك فإن وجود الموظفين ذوي الثقافة الجيدة هو شرط أساسي. ودون الموارد البشرية الصحيحة فإن كل محاولة لإدارة برنامج تأمين صحي مصيرها الفشل.</p>	
9	تقديم الرعاية الصحية	<p>1-9- الوضع العام</p> <p>1-1-9 توفر تقديم الرعاية الصحية</p> <p>2-1-9 التوزيع الإقليمي لمقدمي الصحة</p> <p>2-9 العلاقة مع مقدمي الخدمة</p> <p>هناك فجوة عميقة بين منشآت مقدمي الخدمة / المستشفيات في المدن الكبيرة وتلك في المناطق الريفية.</p> <p>ينبغي القيام بدراسات ومراكزهم الصحية في كل البلاد.</p> <p>على صناديق الرعاية الصحية التعاقد مع مقدمي الخدمة وينبغي أن يكون لهم الحق في اختيارهم. وبدل ذلك من جانب آخر أن الصندوق مسئول عن تحقيق الحصول على الخدمات. وإذا كان لدى الصندوق خدمة رعاية صحية خاصة به – ولا نوصي بذلك – يجب أن يعامل مثل مقدم خدمة متعاقد معه.</p> <p>إن تسديد الفواتير (الخارجية) هو الطريقة الأكثر كلفة بالتأكيد لشراء الخدمات. والسبب هو أن سوق الرعاية الصحية مسيطر عليه عموماً من قبل مقدمي خدمة / موردين والمرضى "طالبين" ضعيفين جداً – إنهم يبحثون بصورة أساسية عن المساعدة.</p>	
10	الدفع لمقدم الخدمة	<p>يمكن أن نجد عدة طرق دفع لمقدمي الخدمة في اليمن. لا شيء من الإستراتيجيات والبرامج التي خلفها مرتبطة بطريقة دفع محددة¹⁰ ومن حيث الأساس فإن الرسوم لدفع الخدمة غالية ومن الصعب التحكم فيها.</p> <p>ينبغي استخدام أنظمة الدفع الموجهة بالنتيجة أو الرسوم على الفرد / والمبالغ المقطوعة حيثما كان ذلك ممكناً: فهي تعد بجودة أفضل وأسعار أقل.</p>	

¹⁰ ينبغي تقدير طرق الدفع التالية (كارين 2003):

- 1- رسوم مقابل الخدمة: إن طريقة الدفع هذه مماثلة أكثر لتقسام التكلفة وتستخدم إجراءات المطالبات الخاصة حالياً. إن آلية الدفع هذه يمكن أن تؤدي إلى إفراط الاستخدام حيث أن التفصيل المفرد للتشخيصات والعلاج سيدفع لمقدمي الخدمة يقف للكسب من الرعاية الصحية التي تحدث. إن الضرر الآخر هو أن التكاليف الإدارية لفحص المطالبات كبيرة.
- 2- ومن وجهة نظر "NSHIF" صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني فإن توقع نفقات الرعاية الصحية الإجمالية أمر كبير الصعوبة.
- 3- الدفع بحسب الحالة: سينص العقد على مبلغ ثابت أو مقطوع لكل مريض. ويمكن أن يكون هذا دفع لكل زيارة ولكل قبول في المستشفى وللسرير في اليوم ولمجموعة مرتبطة بالتشخيص (DRG) ... الخ. إن الإجراءات الإدارية شبة بسيطة لكن هذه الطريقة ربما لا تتقاضي كلباً الإفراط في الاستخدام. ويبقى التنبؤ بنفقات الرعاية الصحية أمر صعب.
- 4- الميزانية: يمكن أن نقدر كم حاجة كل مؤسسة صحية لتقديم رزمة فوائد. وبافتراض جودة معينة لخدمات الرعاية الصحية للعام التالي يمكن حساب ميزانية تنبؤية وتقديمها إلى المنشأة الصحية. ونظام الدفع هذا مرتبط بالإجراءات الإدارية البسيطة ولكن يمكن أن يميل إلى ضعف تقديم الخدمة وإن على "NSHIF" صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني أن تراقب إذا قدمت خدمات الرعاية الصحية الضرورية حقيقة. ومن وجهة نظر "NSHIF" صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني فإن التنبؤ بالنفقات أمر سهل.
- 4- ضريبة الرؤوس: فرض الرسوم على أساس الرؤوس: تتطلب طريقة الدفع هذه أن يسجل جميع المؤمنين لدى صندوق التأمين الصحي الاجتماعي الوطني "NSHIF" في منشأة صحية معينة. ويدفع سعر ثابت أو سعر مرجح للفرد لكل عضو مؤمن عليه مسجل. سيكون على كل منشأة مسئولية تقديم الرعاية الصحية إلى الأعضاء المسجلين عندما يطلبون الرعاية. ومن وجهة نظر سهولة الإدارة والتخطيط فإن طريقة الدفع هذه

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
11	صورة مالية	يتوقع حدوث عجز أكبر	في المدى القصير سيكون هذا البرنامج محايداً مالياً (كتعريف)	العجز متوقع لكن مخاطرة الحصول على التمويلات من خلال الرقابة لا يبدو أنه كبير	ينبغي إجراء دراسات
12	صورة إحصائية	لا زالت البيانات مفقودة وسيكون من الضروري توفير بيانات ومعلومات موثوق بها وصالحة	يبدو أنها أسهل إستراتيجية للاحتساب بسبب البيانات الداخلية الأفضل ربما (العسكريين والشرطة وموظفي التربة والتعليم) وبسبب العملية التصاعديّة	إنشاء نظام معلومات صحية ونظام معلومات إدارة لليمن سيتم المطالبة به وهو مطلوب كذلك للشفافية وضمن الجودة.	بيانات المتوفرة لجميع البرامج (المستقبلية) جميعها قابلة للتحويل ويبدأ التحدي الأكبر عند بدء عمل برنامج تأمين صحي. ثم من الضروري تنقية الإحصائيات تدريجياً بأسرع وقت ممكن. إن نظام صحي ونظام معلومات صحية جيد هو أمر ضروري.
13	المعاني المتضمنة	يحمل نظام تأمين صحي تم إنشائه فرص من أجل:	<ul style="list-style-type: none"> تحسين جودة الرعاية. تعزيز سوق الرعاية الصحية بصورة متساوية في البلاد. تقديم خدمة عادلة لمستوى من الأسعار. الدفع بأنظمة الدفع الذكي. تعزيز الكفاءة والفعالية. 		
14	السلطات الصحية – دور الدولة				

من بين الطرق الأبسط. وهي كذلك تحول مسؤولية تقديم رعاية صحية كفؤة وفعالة إلى مقدم الخدمة. إن التسجيل في منشأة صحية واحدة هو عقبة رئيسية بالتأكد عندما يكون السكان متنقلين. وبالإضافة لذلك هناك مخاطرة أن طريقة الدفع هذه ستؤدي إلى تقديم خدمة أقل من المستوى. 5- التوليفة: يمكن النظر في توليفة من الطرق المذكورة بأعلاه أي مبلغ ثابت أو مقطوع للرعاية الصحية الأساسية على المستوى الخارجي والداخلي ولكن رسوم للخدمة بالنسبة لخدمات الرعاية الصحية عالية التخصص.

الجدول رقم (24): الخصائص المقارنة للبدائل					
رقم	الجوانب	الدفعة الكبيرة	صغير للجميع	خطوط خطوة	أعمل وأربط
	السلطات الصحية – دور الدولة				<p>يمكن أن نجد عملياً مختلف الخيارات للإشراف على نظام الرعاية الصحية. ولكن في كل بلد فإن الدولة / الحكومة مسؤولة في النهاية عن الرعاية الصحية للسكان. ولهذا السبب تعطي الدولة الإطار القانوني للرعاية الصحية (العامة) لكن كذلك عليها الإشراف على البرامج بأي صورة. وفي العادة يتم هذا من قبل وزارة الصحة لكن ذلك يعتمد على المسؤولية المالية ضمن الحكومة وللبرنامج.</p> <p>يمكن للحكومة أن تشرف على برنامج التأمين عن طريق قيادة الهيئة الموجهة مباشرة (كما أقتراح في قرار إنشاء هيئة التأمين الصحي). والطريقة الأخرى هي تقاسم المهمة وإيجاد مستوى متبادل من الإشراف وتكليف مجلس مختار من قبل المساهمين بمهام الرقابة.</p> <p>وفي الكثير من البلدان أي مجلس ممثلي أصحاب العمل والموظفين وفي بعض البلدان يضاف إليهم عامل حكومي. وفي الأساس ينبغي أن يكون أولئك في المجلس المشرف والذين هم مسئولين في الأخير عن التمويل.</p> <p>وعالمياً كانت هناك تجارب جيدة وخصوصاً فيما يتعلق بقبول قرارات المجلس عند دمج تلك المجموعات التي تمثل أولئك الدافعين للمساهمات. وقد التقط الهيكل التنظيمي المقترح للهيئة تلك الفكرة.</p>

8-2 تقدير البدائل

لقد ذكرت عدة شروط مسبقة لبدء أو تنفيذ مختلف البدائل والبدائل الفرعية. وفي الجدول التالي لخصت وتم تقديرها:

الجدول رقم (25): تقدير البدائل					
الانتظار والعمل	الإضافة	حجم صغير للجميع	الدفعة الكبيرة	الشروط المسبقة	
+	~/+	+	-	موارد مالية كافية؟	الأموال
+	~/+	~	-	القيادة والإرادة؟	العقل المدبر
+	+	~	+	مفهوم وفكرة واضحين؟	
~	~/+	~	~	دعم قوي من القادة؟	
~		~	-	إدارة مناسبة	الآليات
~	~	~	-	دعم حكومي؟	
~	~	~	-	دعم المانحين؟	
~	-	-	-	رقابة كافية ضد الفساد؟	
~	-	~	-	مقدمي خدمة عالية الجودة وكافين؟	الأسواق
+	~	~	~	إنفاذ القوانين والأنظمة؟	الكتيبات
~	-	~	-	كادر مؤهل بصورة كافية	العمالة
~	~	~	-	المعرفة والوعي والإثارة؟	الدافع
~	~	-	-	إجماع الشركاء؟	
+	-	+	-	دعم تضامني للفقراء؟	
-	-	-	-	الثقة؟	
~	-	-	-	بيانات ومعلومات كافية؟	القياس
+	~/+	~	-	ملخص التقدير	

ومن حيث الاختيار المجدي والمعقول يبدو من المستحسن بدء العمل بالبدائل المذكور أخيراً.