

3- خطة التنفيذ

1-3 المتطلبات الأساسية

بحسب تجارب البلدان التي لديها أنظمة تمويل صحي على أساس التأمين الصحي الاجتماعي مثل النمسا على سبيل المثال وكوستاريكا وألمانيا واليابان أو جمهورية كوريا من الواضح أن اليمن بحاجة إلى فترة انتقالية لبلوغ التغطية الشاملة. إن الفترة بين أول قانون يتعلق بالتأمين الصحي والقانون النهائي الموافق عليه لتنفيذ التغطية الشاملة لم يكن أبداً أقل من 20 عاماً. ويمكن لليمن أن تتعلم من تلك التجارب والفترة الانتقالية لن تكون طويلة كذلك ولكنها ستستغرق بعض الوقت مع ذلك. إن إشراف الحكومة عامل تسهيل ضروري في هذه العملية. إن أول وظيفة إشراف هي تناول سمات التصميم الأساسي للبرنامج وهناك:

- سمات معلمية لتغطية نظامية للسكان أو مجموعات معينة.
- تعريف المساهمين والمستفيدين.
- مصادر التمويل لمساهمات التأمين الصحي.
- تخصيص وإثبات الموارد.
- تعريف طرق الدفع لمقدمي الخدمة.
- إطار العمل التنظيمي والإداري.

وتحليل مسودة قانون التأمين الاجتماعي الذي قدم إلى الحكومة في فبراير 2004م وكذلك فيما يتعلق بمسودة قانون التأمين الطبي للقوات المسلحة من جهة وبالنظر إلى الأهداف السياسية العامة وأهداف إصلاح القطاع الصحي في اليمن – فإن هذا وصول كافي وشامل إلى خدمات الرعاية الصحية وعدالة في كل من تقديم وتمويل الرعاية الصحية – ومن جهة أخرى من الضروري للإشراف العام من إعادة التأكيد على وتكييف بعض السمات وهذا أمر هام جداً لخطوات التنفيذ اللاحقة. إن بعض تلك الأسئلة التي ينبغي الإجابة عليها هي:

- كيفية جعل جميع قطاعات السكان في اليمن يشتركون في نظام التأمين؟ ماذا عن التأمين الصحي للمجموعة الكبيرة من العاطلين عن العمل في اليمن؟ هل يمكن توسيع أنظمة أخرى وقوانين مثل صندوق الرعاية الاجتماعية والتغطية أكثر بها؟ ما هو الحد الزمني الخياري والواقعي لتغطية مجموعات أخرى من السكان إلى جانب القطاع العام (بما في ذلك الوزارات)؟
- ماذا سيغطي بشكل نهائي بحزمة المزايا؟ إن أحد الوظائف الرئيسية للتأمينات الصحية في البلدان الصناعية هو ضمان استمرار الدفع في حالة الإجازة المرضية. وفي اليمن فإن هذا جزء من مسؤولية صاحب العمل. ولجعل هذا في حزمة المزايا يمكن أن يقوي التزام أصحاب العمل بالتأمين الصحي ويجعل اقتصاد اليمن أكثر إغراءاً للاستثمارات الخاصة (الدولية). هل هناك رغبة سياسية لإضافة تأمين دخل العجز في حزمة المزايا؟
- سيعمل تمويل التأمين الصحي فقط على أساس مساهمات أصحاب العمل والموظفين. وقد برهن نموذج احتساب الميزانية الشهرية للتأمين الصحي على أساس نصوص مسودة قانون التأمين الاجتماعي أن حوالي 60% من الميزانية ربما يجب تغطيتها من الإيرادات العامة (من دخل النفط والضرائب والمانحين ... الخ)¹¹. هل هناك رغبة سياسية وقدرة لتمويل ذلك المبلغ؟ ومن جانب آخر: هل هناك بدائل اختيارية لتمويل النظام؟ ما هي الطرق الأخرى لزيادة الإيرادات (على سبيل المثال من جانب المساهمات) من جانب ولتخفيض التكاليف في جانب المصروفات (مقدمي الخدمة والإدارة والموظفين) من جانب آخر؟

وقبل تنفيذ التأمين الصحي هناك حاجة إلى الإجابة على هذه الأسئلة لأن لها تأثير مباشر على بناء تنظيم المشروع والتخطيط وتحقيق سمات معلمية ملموسة.

1-1-3 الموارد المالية

تعتمد الموارد المالية للتأمين الصحي بصورة أساسية على تعريف المساهمين والمستفيدين وحزمة المزايا. وحتى الآن من الضروري الإجابة على تلك الأسئلة أولاً ومن جانب آخر فإن تجارب البرامج الصحية العالمية الموجودة وكذلك نتائج نموذج الاحتسابات يمكن أن يكون مفيداً للإجابة على بعض الأسئلة المفتوحة ضمن عملية اتخاذ القرار اليمنية.

إن الإطار المالي لنظام التأمين الصحي الوطني سيحدد في الإيرادات من جانب والمصروفات من جانب آخر¹². هناك موارد الإيراد التالية التي ينبغي أخذها في الاعتبار:

¹¹ أنظر الأبواب 4-2-2 إلى 6-2-2.

¹² أنظر الباب 4-2-2.

- مساهمات أصحاب العمل.
- مساهمات الموظفين.
- مساهمات المتقاعدين.
- مساهمات الحكومة للمتقاعدين.
- إيرادات أخرى من الضرائب والمانحين.
- إيرادات الاستثمار.

ومن جانب آخر هناك المصروفات التالية التي ينبغي احتسابها:

- مصروفات لمقدمي الخدمة والعلاج الطبي (المستشفيات والأطباء).
- مصروفات الأدوية.
- مصروفات لتكاليف الحوادث وإعادة التأهيل.
- تأمين الإجازة المرضية / دخل العجز.
- الإدارة / الإشراف / موظفي نظام التأمين الصحي الوطني.
- مصروفات للبنية التحتية.
- مصروفات للتدريب والاستشارات الخارجية.
- مصروفات أخرى (على سبيل المثال لدفع الفائدة والقروض).

وبسبب حقيقة أنه لا يوجد حالياً بنية أساسية كافية للتأمين الصحي متوفرة في اليمن فسيكون من الضروري إما الاستثمار في البنى الأساسية من جانب الحكومة (وهذه تكاليف الاستثمار الأساسي في البنى التحتية مثل المباني ومستودعات البيانات وبطاقات التأمين ... الخ) أو إعادة تمويل الاستثمار من السوق الخاصة. والأخير سوف يزيد نفقات الفوائد والتسديد.

إن المركز الأكبر لجانب المصروفات سيكون مركز مقدمي الخدمة والعلاج الطبي والأدوية. إن متوسط مصروفات العلاج في المستشفيات يبلغ في البلدان الصناعية أكثر من 30% من النفقات الإجمالية. أما الميزانية للمصروفات العامة الإدارية والموظفين والبنية الأساسية فسوف تتجاوز حوالي 8% من إجمالي نفقات نظام التأمين الصحي الوطني. وفي نموذج احتسابنا الأولي فإن المصروفات الشهرية لنظام التأمين الصحي الوطني والتي تغطي كخطوة أولى 11.5 مليون يمني قدرت بحوالي 9 مليون ريال. وعلى أساس معدلات المساهمة لمسودة قانون التأمين الصحي الاجتماعي كان هناك برهان بأن إيرادات أخرى (من الضرائب والمانحين ... الخ) ينبغي أن تغطي حوالي 4 بليون ريال شهرياً. هناك طرق مختلفة لزيادة الإيرادات وتخفيض النفقات¹³. إن أحد الطرق لتوسيع الإيرادات هو زيادة معدلات المساهمة والطريق الأخرى هي توسيع قاعدة الدخل المشار إليها على سبيل المثال بأخذ الدخل الخاص الإضافي في الحسبان. والخيار لتخفيض المصروفات سيكون بتخفيض حجم الهيئة الإدارية. والخيار الأخر هو دفع نشاطات إدارة التكلفة على جانب مقدمي الخدمة. هناك الكثير من مثل هذه الطرق والوسائل. ومع ذلك فهناك برهان بأن اليمن ستحتاج إلى زيادة كبيرة من الأموال العامة والاستثمارات لبناء مثل هذا النظام.

3-1-2 الموارد البشرية

الموارد البشرية المطلوبة لإدارة نظام صحي بطريقة كفوة تشتمل على كل من: كمية ونوعية الموظفين. فأولاً وقبل كل شيء من الضروري إلقاء نظرة على الوظائف الأساسية لنظام التأمين الصحي الوطني المخطط لأنها تتطلب شروطاً خاصة ومعايير لكمية ونوعية الموظفين. ستصيح الهيئات المسؤولة عن نظام التأمين الصحي الوطني خطة سنوية للمصروفات العامة الإدارية والتي تعني تكاليف الموظفين في كل من المقر الرئيسي بوظائف المراقبة وجمع المساهمات المشتركة (والتي سيكون مقرها في صنعاء) والمناطق الإقليمية في المحافظات والمديريات. وسوف تؤثر مباشرة على الميزانيات الشهرية والسنوية المذكورة بأعلاه.

سيبنى نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن على مساهمات مشتركة للمخاطر من أعضائه الأغلبية مبدئياً أو حتى على جميع السكان. إن النظام مبني على جمع مساهمات من أعضائه ومن المساهمين الآخرين. وإذا ما رجعنا إلى قانون التأمين الصحي الوطني فإن المساهمين هم الأسر والشركات والحكومة اليمنية. على نظام التأمين الصحي الوطني أن يضع الحوافز المالية الصحيحة لمقدمي الخدمة على أساس عقود من أجل ضمان أن كل المستفيدين لديهم وصول إلى خدمات صحية عامة وشخصية فعالة. يعمل نظام التأمين الصحي الوطني وفي الأخير برامجه الإقليمية والمحلية مستقلاً قدر الإمكان لكنه سيتبع الأهداف الوطنية للسياسة الصحية اليمنية وكما يلي:

¹³ أنظر الأبواب 2-2-5 و 2-2-6.

- توليد موارد كافية ومستدامة للصحة.
- استخدام هذه الموارد بصورة أمثل.
- ضمان أن المستفيدين المحددين لديهم إمكانية الحصول على الخدمات الصحية بمستوى مقبول وبمستوى مؤهل.

وإذا ما رجعنا إلى حقيقة الفترة الانتقالية الضرورية للتنفيذ فستبدأ ببعض الأجزاء الهامة للقطاع العام والقطاع الخاص. وفي الأجل الطويل يحاول نظام التأمين الصحي الوطني تسجيل كل السكان ولذلك فهو من البداية الأولى سيدار على أساس إلزامي للمجموعات والقطاعات المحددة. سيبنى نظام التأمين الصحي الوطني على نظام إدارة مهني. إن وظائف المشروعات يمكن أن تختلف في عمليات الإدارة الخارجية الأساسية التي تشير إلى العملاء ومقدمي الخدمة من جانب وفي عمليات مساعدة تركز على التنظيم الداخلي والإدارة من جانب آخر. العمليات الخارجية الخمس هي:

- 1- عمليات الفوائد (وتشمل كل قضايا حزم المزايا والخدمات).
- 2- عمليات الأعضاء / الموظفين (العضوية وجمع البيانات وحملات العضوية الجديدة).
- 3- عمليات المساهمات (تحصيل والرقابة على المساهمات والتذكير والإجراءات العاجلة).
- 4- عمليات أصحاب العمل (العضوية وجمع البيانات واستشارة أصحاب العمل).
- 5- عمليات مقدمي الخدمة (جمع البيانات والعقود والمفاوضات وإدارة الجودة والرقابة).

العمليات الداخلية الأربع هي:

- 1- العمليات الشخصية (إدارة الموارد البشرية والتدريب والتوظيف والإقالة والرواتب).
- 2- العمليات الإدارية (البنية التحتية والمباني والمشتريات ومخازن البيانات).
- 3- العمليات المالية (الحسابات الجارية وإعداد الميزانيات وإعادة الاستثمار والمدفوعات والمعاملات وعمليات المساهمات المشتركة).
- 4- عمليات الإدارة (وضع الأهداف والرقابة والتفويض).

سيكون لهيئات نظام التأمين الصحي الوطني تنظيمياً يغطي العمليات الداخلية والخارجية في الإدارات المختلفة باختصاصيين مؤهلين. ستتضمن المؤهلات الضرورية مستشارين للعملاء ومدراء صحة عامة واقتصاديي تأمين وإداريين وأطباء وصيادلة واقتصاديي صحة واختصاصيي عقود ومحامين وأخصائيي معلوماتية ومتقنيي صحة وأخصائيي تسويق... الخ وإعداد تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن سيكون من الضروري استخدام أخصائيين (دوليين) وتدريب مهنيين يمينيين في المجالات المذكورة بأعلاه. هناك حاجة إلى حملة تدريب مكثفة داخل وخارج اليمن. ومن جانب آخر يبدو أن هناك عدد من الأخصائيين متوفرين في اليمن والذين عادوا إلى اليمن بعد عدة سنوات من التخصص في الخارج. ويجب اكتشافهم واستخدامهم كمدرسين و/أو موظفين.

بالنسبة لكمية الموظفين من الضروري أن تكون هناك معلومات أكثر تفصيلية حول القطاعات التي سيبدأ فيها عمل نظام التأمين الصحي الوطني. ويقصد بهذا أن تكون هناك معلومات حول الحاجة إلى تقديم المشورة للعملاء والموظفين اليمنيين الموجودين والمناسبين. ينبغي أن يكون التحليل التفصيلي الأكثر للاحتياجات والمتطلبات إحدى مهمات تنظيم المشروع و/أو مركز اختصاص التأمين الصحي الذي ينبغي إقامته للإعداد لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني.

من الممكن التأكيد على احتياجات الموارد البشرية لنظام التأمين الصحي الوطني باستعمال بعض المرجعيات من برامج التأمين الصحي في البلدان الصناعية رغم أن المقارنة مشكوك فيها دائماً على أساس بعض البنى السكانية والاجتماعية المختلفة نوعاً ما بين اليمن والبلدان الأوروبية. وعلى كل حال فإن احتساب نموذج قصير يمكن أن يوضح الأسئلة التي يجب الإجابة عليها باحتساب حاجة الموارد البشرية للتأمين الصحي في اليمن. إن بعض التأمينات الصحية الأوروبية الكبيرة لديها رقم مرجعي شخصي لأثنين من موظفي التأمين لوقت كامل لكل ألف من الأفراد المؤمن عليهم. وإذا بدأ نظام التأمين الصحي الوطني في اليمن بعدد 1.5 مليون فرد من المؤمن عليهم (القطاعين العام والخاص) مع متوسط حجم أسري يقدر بـ 7 أفراد بالإضافة إلى 200 ألف متقاعد مؤمن عليهم وزوجاتهم / شركاءهم فسيكون هناك عدد يقارب 11 مليون من المواطنين اليمنيين المؤمن عليهم. وبالاحتساب على أساس الرقم المرجعي المذكور فإن على نظام التأمين الصحي الوطني توظيف حوالي 22 ألف شخص وحتى الرقم المرجعي يبني فقط على الأعضاء (1.5 مليون من الموظفين المؤمن عليهم و 0.2 مليون من المتقاعدين المؤمن عليهم) لازال يتطلب حجماً من موظفي نظام التأمين الصحي الوطني يقدر بـ 3400 موظف. وهذا المثال يؤكد أن نظام التأمين الصحي الوطني سيكون أحد أكبر أصحاب العمل في المستقبل. وفي أي حال من الضروري تحديد أرقام مرجعية خاصة تأخذ بالحسبان الحاجة الخاصة للنظام اليمني ويمكن أن تكون هذه أيضاً مهمة إدارة المشروع التي يجب إنشاءها لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني.

3-1-3 الموارد المادية

تتضمن قضية الموارد المادية المطلوبة جانبين. الجانب الأول هو إقامة أو أن يكون هناك بنية أساسية متوفرة مثل مباني مناسبة وبنية أساسية من الكمبيوتر وأثاث مكتبي وأسطول نقل ... الخ. سيكون الاستثمار في البنية الأساسية الجديدة ضرورياً. سيكون لدى اليمن فرصة في استخدام المعدات الحديثة لبناء نظام فعال كفؤ على أساس بيانات صحيحة. إن الوسيلة الحاسمة بالنسبة لذلك ستكون بدء العمل ببطاقة التأمين لجميع المستفيدين والتي تضمن تحويلاً صحيحاً للبيانات وجودة الخدمات الطبية وتحول دون سوء الاستعمال. ويحتاج هذا إلى استثمار في الأجهزة في كل من جانب التأمين الصحي ومقدمي الخدمة. إن الاحتساب الدقيق لتكاليف هذا الاستثمار يتطلب بيانات صحيحة بالنسبة للبنية الأساسية المتوفرة وعدد المستفيدين وحجم الموظفين والاختصاصيين المطلوبين ... الخ. إن إعداد ذلك سيكون مهمة تنظيم خاصة بالمشروع أي نواة هيئة التأمين الصحي.

أما الجانب الثاني فيعالج المصروفات الحالية. أما المصروفات المادية فهي إلى جانب تكاليف الموظفين جزء من النفقات الإدارية. وكم توسط يمكن احتساب التكاليف المادية كثلث مصروفات تكاليف الموظفين وهو رقم مرجعي يمكن استخدامه لمزيد من احتسابات النموذج وسيناريوهات مختلفة. وينبغي أن تكون هذه مهمة إدارة المشروع الخاصة كذلك.

3-1-4 الشروط المسبقة القانونية

إن سمات التصميم التي نوقشت وحددت بأعلاه لنظام التأمين الصحي الوطني تحتاج إلى أن نتناولها في قانون التأمين الصحي الاجتماعي. دعونا نراجع المسودة النهائية لقانون التأمين الصحي الاجتماعي والتي قد قدمت إلى الحكومة:

- يمكن النظر في بدء الإطار القانوني مع بعض المبادئ الإرشادية على سبيل المثال أن نظام التأمين الصحي الوطني سيساهم في رؤية الرئيس اليمني لخلق بيئة لتقديم رعاية صحية ذات جودة مستدامة تكون مقبولة وفي المقدر تحملها وفي الإمكان الوصول إليها من قبل كل اليمنيين. يمكن أن تؤكد الإرشادات على المبادئ الأساسية للتضامن ومشاركة المجتمع والشركات والاستقلال والمسؤولية الذاتية لنظام التأمين الصحي الوطني.
- يمكن توسيع مجموعة المستفيدين فيما يتعلق بالأهداف الدولية وكذلك الأهداف الصحية الوطنية لليمن ومبدئياً جميع سكان اليمن يمكن أن يدرجوا ببرامج تمويل صحي متفاوتة. وينبغي أن يذكر ذلك في مقترح القانون.
- من الضروري تحديد حزمة المزايا على الأقل بمعنى رعاية صحية مقبولة صحياً لجميع اليمنيين أو بمعنى أن العلاجات الاقتصادية فقط ستمول على أساس دليل متوفر دولياً ودراسات التحول.
- يمكن لحزمة المزايا أن تتضمن أو لا تتضمن إلى جانب تأمين إصابات العمل تأميناً لإستمرار دفع الدخل في حالة الإجازة المرضية.
- القيام بإيجاد توافق بين القوانين المتعلقة بالصحة والتأمين هو أمر ضروري. ويشير ذلك بصورة أساسية إلى قانون التقاعد.
- ينبغي النظر في سن نظام عقوبات وإستراتيجيات الاجتناب المختارة المتعلقة بالابتزاز وسوء الاستعمال والفساد. وينبغي أن يكون هذا القانون مثلاً لقانون "الحكم الجيد".
- ويعتمد الأمر على الخيار المفضل فمن الضروري تقنين وتحديد أموال المساهمة المشتركة للمخاطر في حالة الإدارة عن طريق صناديق عديدة. ويمكن أن يدرج هذا في تعديلات القانون بعد عدة سنوات من وجود صندوق تأمين صحي واحد كبدائية.
- ولضمان استقلال صندوق التأمين الصحي الوطني ينبغي أن تفكر في فصل وظيفة هيئة الإشراف الخارجي (الوزارات المكلفة بنظام التأمين الصحي الوطني والمسئولة عن التفقيش على نظام التأمين الصحي الوطني) من مجلس الإدارة الداخلي الذي يتكون أساساً من المساهمين من الشركات والاتحادات العمالية والمانيين. إن مهمة الأخير ستكون "توظيف وإقالة" الإدارة المهنية للبرنامج التي ينبغي أن تعمل على أساس عقود محدودة (على سبيل المثال 4 سنوات مع تمديدات اختيارية)¹⁴.

3-1-5 رغبة وقدرة المساهمين

بتعبير عامة تبقى الرغبة السياسية بالنسبة للتأمين الصحي غير واضحة ويبدو أنها شبه ضعيفة على مستوى صناع القرار. إن جميع الأحزاب السياسية التي كان لمجموعة الدراسة فرصة الاتصال بها أثناء جمع البيانات قد عبرت عن رغبة معينة ودعم ممكن لنظام التأمين الصحي الوطني لكن يبدو أن الالتزام محدود وأن الدعم الواضح لمثل هذا المشروع هو قضية أقل أهمية على أجنادات الأحزاب السياسية. يدعم البرلمان التأمين الصحي في اليمن ولكنه يعود إلى وزير المالية والذي له نفوذ في مجلس الوزراء ومن الصعب التأثير عليه بالأغلبية في البرلمان. وهكذا بقي أن نرى ما إذا كان البرلمان سيلعب دوراً

¹⁴ ذكرت مزيد من الجوانب في الجدول (12) و (13).

يتعلق بترويج وتأكيد واتخاذ الخطوات السياسية المطلوبة لتنفيذ نظام التأمين الصحي. يبدو أن بعض أعضاء مجلس الشورى مع التأمين الصحي.

إن التزام الحكومة والوزارات غامض كذلك ويختلف من مؤسسة إلى أخرى. وكما وصف خصوصاً في تقديم نهج الخطوة خطوة (البدل ب ، أنظر 2-3) فقد أثبتت وزارة الدفاع والشرطة رغبتهم والتزامهم بينما في وزارة التربية والتعليم يبدو أن ممثلين فرديين وحيدين جاهزين لبدء التأمين الصحي. وفي الوزارات الأخرى فإن الاستعداد محدود أكثر ولم يتم التعبير حتى الآن عن توقع واضح فيما يتعلق بالتأمين الصحي. وحتى الآن لم يقدم رئيس الوزراء ولا الرئيس إعلاناً واضحاً حول حاجة الأولوية والأهمية السياسية للتأمين الصحي. ومع ذلك فإن بعض القرارات الجمهورية المتعلقة بالعلاج المجاني للأمراض المزمنة وعناية الأولوية بصحة الأمومة والطفولة تستدعي تحسين الحماية الاجتماعية في الصحة. إن التزام ورغبة رئيس الوزراء وخصوصاً الرئيس يبدو أنها مطلوبة بصورة عالية لبدية نظام تأمين صحي وطني.

يبدو أن أصحاب العمل مهتمين بصورة كبيرة في إيجاد نظام تأمين وطني وكذلك نظام تأمين صحي اجتماعي في اليمن. وبالنسبة لأصحاب العمل فإن للتأمين الصحي إمكانية تحريرهم من سلسلة من التكاليف التي عليهم تغطيتها على حسابهم ودون مشاركة الموظفين. ويبدو حالياً أن أصحاب العمل هم الدافعون فقط للفوائد الصحية الممنوحة من قبل معظم الشركات. وبذلك يعلن أصحاب العمل أنهم راغبين في دفع معدلات مساهمة للتأمين الصحي حتى أعلى من الموظفين والعاملين.

وإذا أصبح الدفع عن الإجازة المرضية فائدة صحية وتأمين عمل فإن استعداد أصحاب العمل للمساهمة في التأمين الصحي ستزداد بكل تأكيد. ومن جانب آخر فإن الموظفين راغبين في أن يدفعوا معدلات مساهمة على الأقل صغيرة نسبياً وهو ما يعني حوالي 2 أو 3% من مرتباتهم. ومع ذلك فإن الشركاء الآخرين مثل المنظمات النسوية تؤكد على حقيقة أن المشكلات الأخرى غير الصحة ينبغي أن تكون هماً ذا أولوية مثل التغذية والحصول على التعليم.

إن إشتراك المجتمع ومشاركته في تنفيذ تقاسم التكلفة قد كان مفقوداً بصورة كبيرة إلا في مشروعات قليلة جداً مدعومة من المانحين فقط طالما أن المانحين موجودين. وقد أظهرت عدة دراسات أنه على الرغم من وجود رغبة في الدفع مقابل الخدمات فإن هناك إندام للثقة في مقدمي الخدمة الصحية وفي القيادة التقليدية. وعلى مستوى المستشفيات فإن هناك القدر الأدنى من المساهمة أو لا توجد مساهمة من قبل المستخدمين لضمان أن أولوياتهم تؤخذ بالاعتبار. وبالإضافة لذلك لا يوجد هناك دليل على أي تدقيقات في المنشآت والقرارات حول استخدام الإيرادات والتي تعتمد بصورة حصرية على مدير المستشفى أو نائبه. وفي ذي السفال فإن القرارات حول استخدام الدخل يتخذها المجلس الصحي للمديرية والذي يشمل ممثل واحد للمجتمع فقط. وفي الحديدة أقيمت 13 لجنة تمثل المجتمعات والمنشآت الصحية (السروري 2002 ، ص 15 F). وقد أظهرت نتائج فريق الدراسة في الشمايتين (أنظر الباب 4-2 في الجزء الأول من تقرير دراستنا) إندام واضح كذلك للشفافية ومشاركة المجتمع وهكذا فقد أكدت الملاحظات السابقة.

أما فيما يتعلق بقدرة المساهمين على بدء والترويج والمشاركة بفعالية في تنفيذ نظام تأمين صحي وطني في اليمن فإنه لا بد من الاعتراف ببعض المعوقات. إن الفهم العام لمفهوم التأمين الصحي ضعيف ليس فقط بين السكان ولكن كذلك على مستوى المساهمين وصناع القرار. إن معظم المشاركين في المقابلة الذين قابلتهم مجموعة الدراسة خلال الثلاثة أشهر من التحقيق لم يكونوا قادرين على التمييز بوضوح بين تمويل وتقديم الرعاية الصحية ويخطط التأمين الصحي في أحيان كثيرة مع رعاية المستشفيات. وفي الحقيقة فإن معظم برامج التأمين أرتبطت مباشرة بمقدمي الخدمة وبمكاتب في المستشفيات واعتماداً على موظفي المستشفيات. ومع ذلك فإن مهمات أولوية التأمين الصحي هي تمويل الرعاية الصحية والإشراف والإدارة والرقابة ولكن ليس تقديم الرعاية الصحية. إن فهم أفضل لما يعني التأمين الصحي وكيفية تنظيمه من أجل أداء المهام المذكورة ستكون له حاجة في المناقشة السياسية القادمة وعمليات اتخاذ القرار الهامة لإعطاء الدعم الضروري ومساندة المساهمين للمشروع الطموح في نظام التأمين الصحي الوطني.

3-1-6 رغبة وقدرة المتلقين على الدفع

إن رغبة المستخدمين في الدفع في البلدان النامية يخس تقديرها في أحيان كثيرة لأنها تختلط بالقدرة على الدفع والتي هي محدودة بصورة واضحة في أحيان كثيرة. إن لدى الفقراء بصورة خاصة شعور واضح بأنهم يتعرضون باستمرار لمخاطر خسارة مبالغ كبيرة من المال للرعاية الصحية ومعظمها في المنشآت الصحية الخاصة المكلفة. وفي غضون ذلك فقد أظهرت سلسلة من الدراسات في عدة بلدان نامية وكذلك في بلدان أقل نمواً أنه حتى الفقراء راغبين وقادرين على أن يدخروا ويجنّبوا بعض الأموال لنفقات الرعاية الصحية (اجيمانج - جوا 1998 ، ص 65 و 76 / ويلز / شارمر 1998 ، ص 20 وارهن - تينكورانج 2001 ، ص 37 وبارالديز / كاريراس 2003 ، ص 17 واسجاري وآخرين 2004).

وفي الإعداد لتقاسم التكلفة قامت وزارة الصحة العامة والسكان بمسح للتحقق من نفقات الأفراد على الرعاية الصحية والخدمات التي يدفعونها من أجلها والرغبة في تحمل مصروفات أكبر في المستقبل. إن معظم النفقات قد وجهت إلى الأدوية والفحوصات المخبرية. إن نصف المستخدمين الذين أجريت مقابلات معهم تقريباً (46%) قد أعلنوا أنهم راغبين في أن يدفعوا حتى 5% من دخلهم الشهري للرعاية الصحية وخاصة للأدوية والفحوصات المخبرية حيث اعتادوا على أن يصرفوا معظم الأموال لها (وزارة الصحة العامة والسكان 1992). إن دراسة أحدث تم القيام بها في منطقة ريفية من محافظة صنعاء قد أظهرت أن 77 - 100% من المجيبين كانوا راغبين في دفع تكاليف الخدمات العلاجية و 26 - 86% للتحصين و 0 - 45% لخدمات الأمومة والطفولة (درمان 1995). إن حقيقة أنه حتى الخدمات الصحية العامة لم تكن أبداً مجانية في مناطق كثيرة والتي يطلب من المرضى أن يدفعوا رسمياً أو بصورة غير رسمية للحصول على العلاج ربما توضح الرغبة العالية في الدفع.

لقد أكدت هذه النتائج في دراستين. الدراسة التي تم القيام بها في مناطق صنعاء الريفية والمذكورة بأعلاه وجدت أن 0 - 26% فقط قد تلقوا رعاية مجانية (درمان 1995) والدراسة الثانية تم القيام بها في ذمار وأشارت إلى أن الرعاية الصحية في المنشآت الصحية العامة لم تكن مجانية تقريباً وبصورة أساسية لأن الأدوية والخدمات المخبرية لم تكن متوفرة وكان يجب الحصول عليها من الصيدليات والمختبرات الخاصة (قاسم / بياتي 1995). يمكن أن يكون الناس أكثر استعداداً في دفع مبالغ صغيرة للخدمات التي توفر في المنشآت العامة بدلاً عن دفع مبالغ أكبر للخدمات الخاصة. إن توفر الخدمات في المنشآت الصحية القريبة يمكن أن يقلل كذلك من تكلفة المواصلات المصاحبة للوصول إلى الخدمات الخاصة والتي تتركز غالباً في المدن. ومع ذلك ينبغي أن نشدد أن الناس مستعدين للدفع عن الرعاية الصحية فقط إذا كانت ذات جودة جيدة أو في المناطق التي لم تقدم فيها خدمات مجانية كثيفة أخيراً (السروري 2001 ، ص 14).

إن الاستعداد العالي بوضوح في الدفع لربما يعكس حقيقة أن الناس في اليمن متعودين بصورة كبيرة على الدفع للرعاية الصحية في كل أنواع المنشآت وأنه لا يوجد هناك بديل عن قبول الدفع في المنشآت العامة (السروري 2001 ، ص 83). إن حقيقة أنه حتى الخدمات الصحية العامة لم تكن أبداً مجانية في الكثير من المناطق ويطلب من المرضى أن يدفعوا رسمياً أو بصورة غير رسمية للحصول على العلاج يمكن أن توضح الرغبة الكبيرة في الدفع (المرجع السابق ص 14). وفي الحياة اليومية يضطر الكثير من الناس إلى البحث عن إستراتيجيات التغلب على المصاعب للحصول على الرعاية الطبية وقت الحاجة. ويمكن أن يزيد ذلك من الاستعداد لدفع أي نوع من برامج الدفع المسبق حتى لأولئك المواطنين الذين لديهم فهم ضيق للتأمين الصحي.

يبدو أن لدى النساء استعداد أكبر في الدفع على الأقل للأدوية الجيدة (46% من النساء و 29% من الرجال). يميل الرجال إلى معارضة الدفع للأدوية أكثر من النساء بسبب الخوف من سوء استعمال الإيرادات المحصلة في صندوق الدواء بينما شددت النساء على التمويل الغير منظم كسبب للتردد (السروري 2001 ، ص 38). وقد كشفت نفس الدراسة أن الفقراء يعبرون بصورة عامة عن استعداد أكبر في الدفع من الميسورين (المرجع السابق ، ص 39). إن احد الأسباب يمكن أن يكون أن لديهم الوصول إلى المنشآت العامة فقط وأنهم لذلك متأثرين بصورة أكثر جدية بنقص التمويل. ومع ذلك فإن عدم قدرة المجيبين من الفقراء على الدفع أكثر من الميسورين لأنهم ببساطة لا يستطيعون تحمل الدفع. والأمر الذي لا يثير الاستغراب أن عدم الاستعداد بسبب عدم القدرة على الدفع تمس في الغالب الفقراء وقد ذكر ذلك قليلاً في أحيان كثيرة من قبل النساء (المرجع السابق ، ص 39).

وحيث أن جودة الرعاية هامة من أجل الاستعداد للدفع فإن أي سيناريو مستقبلي ممكن سيتطلب نظام إعفاء واضح وإشراف صارم من أجل خلق الثقة في النظام وبذلك تحسين الاستعداد على الدفع. إن تأثيرات العشوائية وفرض التكاليف الغير قانونية من قبل الموظفين ربما تعيق ليس فقط عمل تقاسم التكاليف وإنما كذلك استعداد مستخدمي الرعاية الصحية في الدفع (المرجع السابق ص 90). ومع ذلك فإن هناك اعتماد متبادل مشترك بين الاستعداد في الدفع وجودة الرعاية. وهكذا فإن رغبة الناس المعلن عنها فيما يتعلق بالمساهمات في نظام التأمين الصحي تعكس دائماً تجربتهم الحالية وكذلك توقعاتهم فيما يتعلق بما تقدمه الرعاية الصحية. وهكذا فإن تحسين توفر الرعاية الصحية وجودتها بعرض كافٍ للأدوية والخدمات القابلة على تحمل تكاليفها هي العوامل الأكثر أهمية وهي التي من المحتمل أن تزيد من الاستعداد على الدفع وأن تجتذب الميسورين كذلك والذين يمكن لمساهماتهم أن تشكل دعماً مقابلاً للرعاية الصحية للفقراء.

3-1-7 تعبئة جميع المتطلبات الأساسية

لبدء تنفيذ نظام تأمين صحي وطني فإن سلسلة معقدة من الشروط والمتطلبات الأساسية يجب الوفاء بها. وعندما تبدأ البلاد طريقها الطويل نحو نظام التأمين الصحي فإن لذلك إمكانية في تغطية معظم وربما جميع اليمنيين فإنها تواجه مخاطر كبيرة في الفشل وخلق الاحباط إذا لم يتم التخطيط والإعداد الجيد للأمور. فأولاً ينبغي أن يطور الفهم العام لمعنى التأمين الصحي وما يمكن للتأمين الصحي أن يقوم به في اليمن. و فقط إذا كان السياسيون وصناع القرار والمساهمون والمواطنون

متأكدين أنهم يتحدثون عن ذات الشيء فيستطيع التأمين الصحي أن يبرز بصورة مرضية ويساعد في حل احتياجات الصحة ذات الأولوية للسكان في اليمن. وخلاف ذلك فإن عملية التنفيذ تتعرض لمخاطر أن تؤدي إلى حل جزئي ومشتت.

إن الشروط الأساسية الهامة الأخرى التي ينبغي الإيفاء بها أو مواجهتها على الأقل في مرحلة مبكرة تخص الشروط المالية والمادية والموارد البشرية والشروط القانونية. إن التمويل ليس المهمة الوحيدة للتأمين الصحي لكنه أكثرها أهمية والذي ينبغي تأمينه لأي نوع من نشاط التأمين الصحي وهكذا فإن تحديد مصادر الدخل وتنفيذ أشكال موثوق بها وشفافة من الدفع هي نقاط حاسمة. وهذا يعني أن المساهمات من أصحاب العمل والموظفين وإنما الدعم كذلك من ضرائب عامة أو ضرائب مفردة لهذا الغرض وكذلك من الهبات والزكاة والأوقاف والمصادر الأخرى يجب احتسابها على أساس النفقات المتوقعة للرعاية الصحية للمؤمن عليهم. يجب التأكد من توفر الموارد وإن التحويلات والتدفقات المالية ليست مهمة صغيرة في بلد حيث لا يوجد حساب مصرفي لكل شخص واستخدام الشيكات سيكون الشكل الأكثر أهمية للمعاملات المالية.

فيما يتعلق بالأشياء المادية الضرورية ينبغي أن يكون واضحاً أن تنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني هو تحدي ضخم ومهمة رئيسية لبلد يفتقر لأي تجربة سابقة ويستطيع الاعتماد لا على بنية أساسية موجودة من قبل ولا على موارد بشرية ضرورية. وبصورة مستقلة عن إستراتيجية التنفيذ المطبقة فإن برامج البداية ستحتاج إلى مكاتب ومعدات وكمبيوترات وتكنولوجيا معلومات متخصصة تسمح بأداء معظم المهمات الأساسية على الأقل للتأمين الصحي. وخطوة خطوة فإن على النظام أن يبني فروعاً في جميع المناطق والمحافظات أو حتى في المديرية وإن الحاجة إلى البنية الأساسية والتكنولوجيا ستزيد مع توسع النظام واستيعاب مجموعات من السكان.

ويرتبط بصورة وثيقة بطلب الحيز المادي معدات مكان العمل وتكنولوجيا الكمبيوتر هي الحاجة المتزايدة للموظفين المؤهلين والتي ستنشأ لأن عدد مناسب من الموظفين المدربين جيداً للتعامل مع مختلف مهام التأمين الصحي ستكون له حاجة. ويبدو حالياً أن الموارد البشرية هي التحدي الكبير حيث أنه حتى قطاع التأمين الخاص يطلب موظفين مؤهلين لتغطية جزء صغير من السوق. سيتطلب النظام على مستوى البلاد آلاف من الأشخاص الذين لديهم معارف معقولة في الكمبيوتر ويستطيعون إنجاز مختلف المهام مثل انتساب الأعضاء والإدارة ومعالجة المطالبات والمساءلة والرقابة وتتبع الاحتيال وغيرها من المهام الكثيرة بطريقة موثوق بها ويعتمد عليها. وفي ذات الوقت ستكون هناك حاجة لمئات من الاقتصاديين الصحيين وخبراء التأمين والاختصاصيين الآخرين لإدارة النظام الوطني الذي يحقق قابلية الحياة المالية والاستدامة. وأخيراً وليس آخراً فإن عدد من المدراء الكبار ذوي التأهيل العالي سيكون ضرورياً لإدارة التأمين الصحي ولضمان المساءلة وكذلك الأداء الجيد.

وعلى المستوى السياسي فإن الإعلان الصريح للممثلين ذوي المستوى العالي ومزيد من الالتزام فيما يتعلق بنظام التأمين الصحي الوطني في اليمن سيكون أمراً ضرورياً. إن النظام البرلماني الديمقراطي في اليمن لم يصاحبه ثقافة متأصلة من المشاركة المدنية والمسئولية. ومن الواضح أن معظم المواطنين قد تعودوا على انتظار إشارات وخطوات "من الأعلى" ويترددون في اتخاذ المبادرة حتى عندما يكونوا معينين بصورة عالية في بعض القضايا. ومن جانب آخر كذلك فقد كانت للناس تجارب أن المبادرات من الأسفل إلى الأعلى تصل إلى نتيجة الإجهاض عندما تشترك الحكومة أو منظمات القطاع العام أو حتى تتولاها. إن كلا العاملين يجعل من الجلي أن الالتزام السياسي المعلن والواضح على المستوى الأعلى سيكون شرطاً أساسياً لنظام التأمين الصحي الوطني في اليمن.

3-1-8 تنظيم المشروع

نوصي بإنشاء تنظيم مشروع مهني - في صورة مركز اختصاص التأمين الصحي (أنظر الباب 2-6) - من أجل الإعداد لبناء التأمين الصحي الوطني. إن عوامل النجاح الأساسية لمثل هذا الإجراء هي التالية:

- وضوح أهداف المشروع والنهج النظامي.
- قرار رئاسي أو من مجلس الوزراء بإنشاء المركز.
- ميزانية مالية كافية من الأموال المحلية أي 200 مليون ريال يمني في العام لإدارته بصورة مستقلة عن الدعم الدولي.
- استيعاب مهني محلي لديه تجربة دولية كثيفة جداً في مجال التأمين الصحي والتمويل الصحي ولديه مراجع موثوق بها بصورة عالية أو في البداية مدير مشروع دولي.
- بنية أساسية كافية (بما فيها التدريب).
- بناء لجنة مهمات من المهنيين ومجلس استشاري للمركز (أنظر الفصل 5-6-1).

وبالنسبة للنظرة الواقعية من الضروري وصف مختلف مهام تنظيم المشروع ودمج المساهمين في بنية المشروع المهنية وإرساء أولويات وتحديد المعالم الأساسية الملموسة وخطوات تحقيقها. وقد قدمت أمثلة للمهام الأساسية في الجدول التالي:

الجدول رقم (26): مهام تنظيم المشروع		
الإدارة	التنفيذ	الدعم
إنشاء دعم سياسي	بناء الإدارة	التسويق
التخطيط التفصيلي	اختيار وتوظيف الموظفين	التوثيق
الرقابة	إنشاء نظام مالي ونظام مساهمات المشتركين	التمويل / الميزانية
التقييم	تحديد مناطق ريادية وتنفيذ النظام	مساعدة المشروع
تنظيم المشروع	بناء نظام التدريب	تحليل البيانات
إدارة موظفي المشروع	مدراء التدريب	الرقابة
	توسيع المشروع	

لإعداد وتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني من الضروري أن تستأجر لجنة مهمة من 25 خبيراً على الأقل 15 منهم من المهنيين اليمنيين و 10 من خبراء التأمين الصحي الدولي وبعض منهم يمول من صناديق دولية. وسوف تكون هناك حاجة لـ 12 شهراً على الأقل من التحضير لجعل الهيئة الإدارية للتأمين الصحي تقوم بالعمل. وفي أي حالة ينبغي أن يكون في أذهاننا أن المهنيين اليمنيين الذين يعملون في تنظيم المشروع ينبغي أن يكونوا جزء من الإدارة التالية لهيئة التأمين الصحي. ينبغي أن يتم الاستئجار في ضوء المعايير المذكورة في الجدول رقم (12).

إن إشراف الحكومة هو مطلب أساسي وعامل حاسم لنجاح العملية. لذلك ينبغي أن تتضمن خطة التنفيذ بنية مهنية لإدارة خطوات الإصلاح في المستقبل. عند بناء هذه البنية ينبغي أن نأخذ بالاعتبار جعل أولئك المساهمين المشاركين يكونون جزءاً من الهيئة الإشرافية التالية لنظام التأمين الصحي الوطني. وفي البداية نوصي بمجلس استشارة يتكون من خبراء التأمين الصحي الرئيسيين في البلد ومنظمات مهنية وغير حكومية مختلفة ودعم من قبل الوزارات المشاركة في التأمين الصحي (أنظر الباب 5-6-1).

3-2 تنظيم وإنفاذ الجودة

إن أعمال خدمات طبية ذات جودة عالية يحتاج إلى مساندة مستمرة. إن التحدي الرئيسي هو تقديم خدمات شفافة. ودون شفافية معقولة من الصعب تقريباً تعزيز الجودة العالية في تقديم الخدمات. وهناك عدة سبل ممكنة:

- تعزيز البيانات الموجودة: والأساسي هو الحصول على بيانات موثوق بها وصحيحة أي حول التشخيص والعلاجات.
- إدخال و/أو تحسين معايير التوثيق: يمكن تقييم الخدمات الموثوقة فقط. وتظهر بعض التجارب أن إدخال معايير التوثيق البسيطة (أي في المستشفيات كشرط لدفع الفواتير) يحسن من جودة العلاجات.
- حوافز الدفع: تكيف أنظمة الدفع الموجهة بالنتائج لوضع الحوافز الصحيحة في توجيه الجودة. وينبغي تفضيل الرسوم الفردية أو المبالغ المقطوعة على المدفوعات المكلفة للرسوم من أجل الخدمات فهي تعد بجودة أفضل (في الأمد الطويل) وأسعار أقل.
- وضع معايير الحد الأدنى: في الكثير من البلدان تحدد السلطات وتكرس معايير الحد الأدنى لمختلف العلاجات. وتطور في أحيان كثيرة من قبل منظمات الأطباء. وفي بعض الأحيان يتم تحديدها من قبل الحكومة. وفي أي حالة لجعلها فاعلة فإن قبول المعايير هام للغاية. ولذلك فإنه أمر إلزامي صياغتها مع ممثلين من أولئك الذين عليهم أن ينفذوا المعايير في وقت لاحق. ويمكن لهذه المعايير – في المدى الطويل – أن تؤدي إلى إرشادات.
- الإرشادات: وخصوصاً البلدان عالية التطور تحاول حالياً أعمال تحسين الجودة بوضع إرشادات. وفي بعض البلدان فإن إرشادات العلاج إلزامية وفي أخرى فإن الإرشادات لها طبيعة استشارية فقط. وعلى الرغم من أن التجارب الأولى مع الإرشادات المنفذة والمطورة في بلدان متطورة واعدة ففي الوقت الحالي لا يبدو أنها الاختيار الأول في البلدان النامية لإنفاذ الجودة وينطبق ذات الشيء مع معايير الحد الأدنى وتحتاج الإرشادات إلى قبول كبير من الأطباء. وهو أمر غير ممكن التفكير في إيجاده دون الأطباء الممارسين.

وفي طاقم موظفي مركز التأمين الصحي أو هيئة التأمين الصحي فإن الاختصاصيين في ضمان الجودة يكونون ضروريين وينبغي اختبارهم في الكثير من المحاولات التي يتم القيام بها في هذا المجال على مستوى العالم. يحتاج ضمان الجودة إلى بعض الاستثمارات في الرأسمال البشري وفي الربط بين التأمين الصحي وخبراء الصحة ومقدمي الصحة. وإن الارتباط مع كليات الطب ينبغي إنشاءه أيضاً.

3-3 تقسيم عملية التنفيذ إلى مراحل والتخطيط والإدارة

إن العناصر الأكثر أهمية لتقسيم تنفيذ التأمينات الصحية إلى مراحل هي التالية:

- لتنفيذ نهائي سريع بالكامل للتأمين الصحي أو
- لاختيار الموظفين العموميين – أي العسكريين والمدرسين أو
- للمناطق الريادية أي صنعا و عدن أو
- لربط التأمينات الصحية الحالية و/أو
- لبناء إدارة المشروع ومركز التأمين الصحي

وقد تم ذكرها في عدة أبواب من قبل. إن الباب التالي سيضيف إلى ذلك مزيد من التفاصيل فيما يتعلق بمختلف السيناريوهات للتأمينات الصحية الاختيارية. وفيما يتعلق بخطة تنفيذ مختلف خيارات التأمين الصحي يجب أن نرجع أولاً مع ذلك إلى تعديل معنى (التنفيذ) والتخطيط خلال العقود الأخيرة والمتصفة بالتحول من التخطيط الصحي إلى إدارة النظام الصحي.

لقد كان التخطيط الصحي هماً رئيسياً لإدارة الخدمات الصحية في القرن الأخير. وفي الأساس فقد كان عقله الموجه نموذج سيماشكو في تخطيط الخدمات الصحية في الاتحاد السوفيتي بينما نماذج بفرج وبسمايك في الخدمات الصحية قد أختيرت منذ وقت طويل للعمليات الإدارية لحل المشكلات. ومع ذلك فإن أفكار التخطيط الصحي قد وجدت طريقها إلى أنظمة الرعاية الصحية الغربية أيضاً. وقيل وقت طويل وفي كل العالم فقد حل محلها نهج أكثر مرونة وتعددية لتنسيق السياسات الصحية لمختلف الشركاء في القطاع الصحي حيث لدى كل شريك ضمن مجال مسؤوليته تخطيطه الأصغر الخاص وإجراءاته الإدارية. وبعد سقوط الاقتصاديات المخططة وعولمة نهج الأسواق بدأ تخطيط الصحة تغيير طبيعته الأساسية. وخطوة فخطوة ركزت الحكومات أكثر فأكثر على وظائفها الأساسية لتنظيم القطاع الصحي والإشراف عليه والمكون من الكثير من الشركاء المختلفين. وفي بلدان غربية عديدة فإن فكرة الدولة كمقدم خدمات صحية قد استبعدت منذ وقت طويل. وقد أتبع البلدان في طور الانتقال هذا الاتجاه بصورة تدريجية. وبناقضاء الألفية بدأ النقاش الدولي مؤكداً على لعب الحكومات دور الإشراف باتجاه القيمة لصالح المصلحة العامة.

ولهذا السبب فإن خطة التنفيذ للتأمينات الصحية في اليمن بحاجة إلى مكون أساسي واحد وهو الحوارات المستمرة بين المساهمين (مقدمي المقترحات والشركاء ومقدمي الخدمة والمرضى وأي مجموعة أخرى يمكن أن تتأثر أو يمكن أن تعطي دعماً وإرشاداً) وعلى أمل أن تكون مدفوعة بالإشراف الذي دافعه القيمة من وزارة الصحة أو من قبل أي عامل آخر للمصلحة العامة. إن تخطيط التنفيذ للتأمينات الصحية ينبغي أن يدفع بالمعنى الجديد للتخطيط الصحي والذي يوجد باختصار ويوصف تحليلي في الجدول التالي والذي يمكن دعمه بصورة أفضل بإيجاد "مجموعة تخطيط" أو "لجنة استشارة" أو "لجنة توجيه" ... الخ. نوصي بمركز للتأمين الصحي يدعم بلجنة استشارة قوية مجربة وملتزمة.

الجدول رقم (27): العناصر الأساسية لتخطيط صحي "جديد"	
يحدد الاحتياجات الصحية واحتياجات الخدمات الصحية والمشكلات والفرص وإطارها الاجتماعي والاقتصادي.	بحاجة تقدير
تتشارك مع السلطات ومقدمي الخدمة والفاعلين الآخرين في القطاع الصحي حول احتياجاتهم ومشاكلهم وفرصهم.	التشاور والمشاركة
يتضمن المواطنين في تقديرات الحاجة ويقدر الأفضليات وطلبات المستهلكين	
إيضاح الأهداف والمقاصد وأولويات الشركاء المشاركين ويطور مبررات لتحديد الأولويات	الأهداف والإستراتيجيات
يصف ويوصي بأولويات التغييرات والخدمات والمشروعات والبرامج والسياسات ويوصي بالتكتيكات	
ينسق ويعطي الإرشاد لنشاطات التخطيط الصحي لمختلف شركاء النظام الصحي.	تنسيق وشراكات ومفاوضات
يحدد التعاون الممكن للشركاء الآخرين ومصادر التمويل	
يساعد في التفاوض على نشاطات مشتركة أو منسقة لجميع الشركاء المعنيين المشتركين	
تقدر منافع وأضرار مختلف الخيارات المقترحة أي فيما يتعلق بالتكاليف والفعالية.	التحليل والتقييمات

الجدول رقم (27): العناصر الأساسية لتخطيط صحي "جديد"		
تراقب وتقييم تنفيذ الخطط والمشروعات والبرامج وإنجازاتها أي في الوفاء بأولويات وزارة الصحة.		
تدعم التخطيط الصحي الإقليمي والمحلي وتقوض - إن أمكن - عمليات التخطيط إلى مستويات أدنى بمفهوم التخطيط التشاركي.	اللامركزية	
تحدث بانتظام وسائل التخطيط الصحي والموارد الداعمة أي البيانات والطرق وتعطي تغذيات رجعية حول وسائل التخطيط الصحي.	الوسائل والتدريب	
تدرب الموظفين في مهارات التخطيط الصحي.		
تعد وثائق أساسية مبنية على البرهان لاجتماعات التخطيط وكخلفية تعد لصناعة السياسة.	المعلومات	
جمع أوراق السياسة لشركاء النظام الصحي وتحديد احتياجات تعديل السياسات الحكومية	الجمع	دعم السياسة الصحية
تخريط الاتجاه لتغييرات السياسة الصحية الممكنة.	السيناريوهات	
تقدير و/أو تحديد أدوار مختلف الفاعلين في النظام الصحي أي القطاع الخاص والقطاع العام من أجل تمويل وتقديم الخدمات (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).	وضع الأدوار	
تحدد أدوات السياسة والترتيبات التنظيمية المطلوبة في كل من القطاعات العامة والخاصة للإيفاء بأهداف النظام (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).	الأدوات	
يضع أجندة بناء القدرة والتطوير التنظيمي (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).	التمكين	
يقدم الإرشاد لوضع أولويات للنفقات وبذلك يربط تحليل المشكلات بالقرارات حول تخصيص الموارد (منظمة الصحة العالمية 2000 ، ص 121).	الإرشاد	
تدعم المناهج في كل القطاع لتنسيق كل الفاعلين ذوي الصلة وتبدأ بنقاشات السياسة.	التحالفات	
تطلب آراء الخبراء وتستشير الباحثين والمدراء في الخدمات الصحية.	الاستشارات	
تقدر المخاطر والمعاني المتضمنة المحتملة المباشرة وغير مباشرة للسياسات (الممكنة).	المخاطر	
تحدد الهموم الرئيسية للسياسات الصحية أي الجودة والعدالة والاستجابة والمساواة.	التحليل	
يدعم وضع القواعد وضمان التقيد بها (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).	التنظيم	دعم الإشراف الصحي
تدعم ممارسة الذكاء وتقاسم المعلومات (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).	المعرفة	
تدعم تقدير وتصميم الإستراتيجيات والأدوار والموارد (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).	الإستراتيجيات	
يدعم تحسين الأداء (منظمة الصحة العالمية 2000 ، الباب السادس).	الأداء	
يدعم اكتشاف وتشجيع الممارسات الأفضل.	التمييز	

نفترض أن خطة أكثر تفصيلية لتنفيذ التأمين الصحي لن تكون ضرورية في الوقت الحالي أو حتى الأسوأ ستكون مظلة. إن وضع التأمينات الصحية ليست مهمة هندسية مثل بناء طريق أو طائرة. إن وضع التأمينات الصحية هي عملية اجتماعية بها شركاء متفاعلين في أطرافهم المؤسسية. ويبدو نظرياً أن من المهم تحديد أدوار "اللعبة" التي يلعبونها مدفوعين بأدوارهم الاجتماعية والاقتصادية التي يتوقعون أدائها. لكن حتى وضع أدوار اللعبة يمكن أن تتولاه لعب القوة. إن جميع المساهمين المشاركين سيتصرفون بحسب مصالحهم أو كيفية رؤيتهم لها - أكانت صحيحة أم خاطئة - إنها مثل لعبة كرة القدم دون حكم ومحكم وحتى دون ميدان محدد بوضوح للعب فيه. إن المهارات الإدارية مطلوبة أكثر من المهارات التخطيطية. إننا لا نتوقع مستقبل العمليات الاجتماعية لكننا نستطيع أن نبقي على استمرار العمليات وفي الاتجاه الصحيح.

ولذلك نقترح - وللمصلحة العامة - بناء ودعم مؤسسة جديدة - مركز للتأمين الصحي - والتي تشارك بفاعلية ودافعها القيمة في عملية اجتماعية نحو تأمينات صحية اجتماعية لمصلحة كل المواطنين اليمنيين. إن هذا عنصر رئيسي لتنفيذ الخطة.

وبالرغم من جميع هذه الإيضاحات (دفعاً لسوء الفهم) نقدم للمناقشة خطة التنفيذ وجدول الأعمال التالي والتي يجب مراجعتها مراراً وتعديلها بحسب الظروف والفرص. هناك مثل أمريكي لاتيني قديم من عهد الرومان يقول: أعتنم كل فرصة. وينبغي أن يكون هذا هو شعار تطور التأمين الصحي في اليمن كذلك.

الجدول رقم (28): السمات المعلمية لتطور التأمين الصحي في اليمن			
العام	السمات المعلمية للتأمين الصحي	البناء المؤسسي	النصيحة
2005	مراجعة الدراسة والتخطيط ووضع الميزانية لمركز اختصاص التأمين الصحي	السكرتارية	لجنة التوجيه
2006	موافقة على قانون التأمين الصحي العسكري. اختبار رياضي للقانون العسكري في صنعاء. الموافقة على قانون التأمين الصحي الوطني. تصميم مشروع للمدرسين. حوارات بين البرامج الموجودة. بدء الدعم من قبل مركز اختصاص التأمين الصحي. دعم للتأمينات الأصغر. زيادة التغطية للفقراء من قبل وزارة الصحة العامة والسكان. التدقيق والتقييم الدولي. زيادة الدعم الدولي.	مركز اختصاص التأمين الصحي.	مجلس الاستشارة والمانحين.
2007 2008	تكثيف الدعم من قبل مركز اختصاص التأمين الصحي الموافقة على قانون هيئة التأمين الصحي توسيع البرنامج العسكري تصميم مشروع مشترك مع الشرطة اختبار رياضي للمدرسين دعم التأمينات الأصغر دعم رياضي للمشتغلين ذاتياً زيادة وزارة الصحة العامة والسكان لبرامج الوقاية دفع وزارة المالية لمساهمات الفقراء التدقيق والمراجعة الدولية تزايد الدعم الدولي	مركز اختصاص التأمين الصحي 1	المجلس الاستشاري والمانحين
2009 2010	توحيد جميع برامج الضمان برامج الضمان تختبر التعاقد مع مقدمي صحة خارجيين دعم هيئة التأمين الصحي لبرامج الضمان التأمين الصحي للمدرسين في صنعاء وعدن برنامج طوعي للمشتغلين ذاتياً خطة توافق لبرامج الشركات دعم للتأمينات الأصغر دفع وزارة المالية لإسهامات الفقراء زيادة وزارة الصحة العامة والسكان لبرامج الوقاية التدقيق والتقييم الدولي زيادة الدعم الدولي	انقسام هيئة التأمين الصحي الوطني ومركز اختصاص التأمين الصحي إلى مجموعة تفكير لهيئة التأمين الصحي ومركز مستقل لتدريب التأمين الصحي والأبحاث والاستشارات	المجلس الإشرافي ومجلس الاستشارة والمانحين