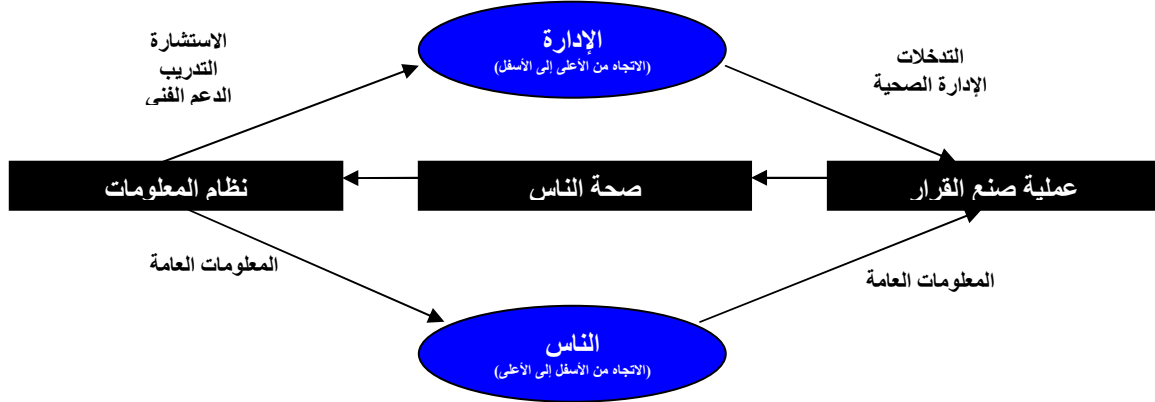


الشكل رقم (13): نهج عملياتي لتحسين صحة الناس



المصدر: لاسر 2002 ، ص 81

إن الافتقار إلى معاهد صحية عامة "حديثة" متعددة الاختصاصات وأكاديميات علوم صحية في اليمن يعتبر عائقاً لتنفيذ التأمين الصحي على نطاق واسع. هناك حاجة للتعليم العالي المتعلق بفهم الصحة السكانية وكل المهارات ذات الصلة بالتأمين الصحي. وهكذا فإن على المانحين الدوليين دعم وزارة التربية والتعليم والمساهمين الآخرين لإقامة العلوم الصحية والاقتصاديات الصحية والإدارة والأكاديميات الأخرى ذات الصلة في البلاد ولدعم التدريب التخصصي في الخارج لأفراد التدريس والأبحاث. وفي ذات الوقت ينبغي أن يكمل المحاضرون والاستشاريون الدوليون هيئات الأكاديميات الوطنية ويشركون في نشاطات تدريس منتظم. إن على منظمة الصحة العالمية والمانحين الآخرين أن يوفرُوا مدخلات إضافية للبرامج الحالية مثل دورات إدارة المستشفيات في جامعة عدن وبدء أو الترويج لتنفيذ برامج أكاديمية أخرى.

يوصى مركز اختصاص التأمين الصحي البحث عن اتصالات مكثفة وتعاون مع المعاهد والجامعات في البلاد وخارجها. ويمكنه أن يبدأ ويدعم مركز لدراسات الإستراتيجية الصحية (مثل ذلك الذي نفذ في دمشق) ويشمل مدرسة للإدارة ومعاهد للصحة العامة والسكان والاقتصاديات الصحية. ومن المحتمل أن يتوفر تمويل إضافي من المانحين لتعزيز قوة الأكاديميات ومساندة علمية لنظام التأمين الصحي. ويمكن أن يكون الدعم الذي تعطيه اللجنة الأوروبية لبناء بنية وشبكة معاهد العلوم الصحية ضمن ميثاق الاستقرار في جنوب أوروبا الشرقية مثلاً لكيفية دعم مدارس الصحة العامة وإنشاء تعاون علمي في المنطقة.

6- ملخص

1-6 مقدمة

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

لقد أثرت بعض المبادرات السياسية في الماضي من أجل التغلب على هذا الوضع بتنفيذ حماية اجتماعية في الصحة. إن التأمين الصحي بصورة خاصة لديه إمكانية في التقليل من حواجز الحصول على الرعاية الصحية وللمنع الإفقار الذي سببه المرض وللتغلب على استثناء الكثير من المواطنين من الصحة. إن الصناديق الجماعية هي الأفضل بالنسبة لتمويل صحي عادل لأن الأفراد أو المجموعات يمكنهم تخصيص مبلغ من المال يحتملوه للحصول على الحق في تلقي الدعم المالي عند حدوث مخاطرة صحية مؤمن عليها. يجعل التأمين الصحي الدفع عن الصحة مستقلاً عن استخدام العيادات والمستشفيات أو الصيدليات لأن الناس يدفعون قبل أن يمرضوا وليس فقط عندما يكونون مرضى حيث أن معظم الناس عليهم أن يحصلوا على الخدمات الآن بجزء كبير جداً من المصروفات المنفقة. وهو يسهم في مخاطر مختلفة لأن كل شخص يدفع وليس المرضى فقط أو المعرضين للمرض. إن حالات المرض الخطير والمكلف التي لا تحدث في أحيان كثيرة يمكن الدفع عنها بواسطة صندوق تأمين صحي وخصوصاً الأغنياء والأصحاء وعندما يستطيع جميع المواطنين أن يتمتعوا بفوائد التأمين

الصحي. نحن نتحدث عن نظام تأمين صحي وطني عندما تجمع جميع أشكال التمويل الصحي لتوفير الرعاية الصحية في حالة الحاجة وليس فقط بحسب القدرة على الدفع.

2-6 الشروط المرجعية

وعلى أساس قرار مجلس الوزراء بالجمهورية اليمنية تم التعاقد مع التعاون الفني الألماني وذلك للقيام بدراسة حول تقدير الوضع ومقترحات من أجل نظام تأمين صحي وطني. والشروط المرجعية هي التالية:

- 12- جمع وتلخيص وسبك كل الوثائق ذات الصلة وقواعد البيانات المعدة لليمن وتقديم صورة للتحليل المقارن للوضع في اليمن مع بلدان مختارة في المنطقة والعالم.
- 13- تحديد برامج التضامن الموجودة الهامة في اليمن وتحليل هيكلها وتأثيرها وأدائها.
- 14- مراجعة برامج التأمين الصحي الحالي في اليمن بما في ذلك برامج القطاع الخاص والتأمين الصحي الخاص والتأمين الصحي المجتمعي وبرامج التأمين الصحي الجماعية.
- 15- القيام بمسح وتحليل لرأي التمويل الصحي للسياسيين والقادة الإسلاميين والمواطنين وشركاء التنمية والسلطات المحلية والمسؤولين في الوزارات وشركات التأمين ومقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمنظمات الغير حكومية ونقابات العمال والجمعيات الطبية.
- 16- القيام بزيارات ومقابلات في الوزارات والمؤسسات المركزية الأخرى ومع مقدمي الرعاية الصحية العامة والخاصة والمجالس المحلية في المديرية والمكاتب الصحية على مستوى المحافظات والمديريات.
- 17- مقارنة الوضع الحالي في اليمن مع تجارب بلدان مماثلة في المنطقة وفي العالم من أجل تحديد ما هي الشروط المسبقة المطلوبة لبدء نظام تأمين صحي وطني.
- 18- تحليل ومناقشة في ورشة / ورش عمل لكل الاستنتاجات وخيارات تمويل الرعاية الصحية البديلة المقترحة مع الشركاء الرئيسيين واستخلاص استنتاجات مقابل خلفية الحقائق في اليمن.
- 19- إعداد ثلاثة مقترحات تمويل صحي بديلة على الأقل والتي تضمن عدالة تقديم الرعاية الصحية. وينبغي أن يغطي كل مقترح قضايا تتعلق بتحصيل الإيرادات والدفع لمقدم الخدمة والاختيار ووحدة التسجيل ورزمة المنفعة وترتيبات الإسهام وجدول المساهمة والطريقة والشراء.
- 20- اقتراح خطة تنفيذ ذات مراحل للتوسع الإقليمي والاجتماعي والتنظيمي بحسب أولويات وقدرات إدارة وجوده الخدمات الصحية الحالية واستعداد المجموعات السكانية.
- 21- إعداد إطار عمل تمويل تأمين صحي وطني لكل مقترح وكذلك توقعات أولية مالية كلية للعشر سنوات الأولى.
- 22- تحديد مجالات الطلب للمساعدة الفنية المستقبلية لإنشاء نظام تأمين صحي وطني في اليمن.

3-6 المنهجية

أكمل فريق الدراسة الألماني بتعاون وثيق مع شركاء من وزارة الصحة العامة والسكان. وقد شارك مهنيون يمنيون في كل مراحل جمع البيانات والتحليل كـ "توأمة" للخبراء الدوليين بروح التعلم المشترك وبناء القدرة. وقد أستكمل الفريق باستشاريين أخصائيين من منظمة الصحة العالمية ومن مكتب العمل الدولي. تم القيام باستكشاف ومراجعة شاملة لما كتب حول الموضوع وقد ترجمت الوثائق الهامة إلى اللغة الإنجليزية. أجريت مقابلات مع أكثر من 230 شريك من السلطات الوطنية والمحلية والبرلمان ومجلس الشورى (الغرفة الثانية) وأصحاب العمل والاتحادات وبرامج التأمين الصحي وصناديق التقاعد ومنظمات المجتمع المدني والوكالات المانحة. وقد شارك أكثر من 20 مجموعة من قادة الرأي بوجهات نظرهم حول التأمين الصحي الاجتماعي في استبيان اختيار متعدد. أجابت أكثر من 30 شركة عامة على الاستبيان حول تكاليف ومنافع برامجها الصحية لموظفيها وأسرهم. وقد ألقى مسح آخر الضوء على الوظائف المساندة لموظفي الخدمة المدنية ورغبتهم في الالتحاق بالتأمين الصحي. لقد أضافت الزيارات الميدانية في أربع محافظات إلى المعرفة المكتسبة. وفي سلسلة من ورش العمل نوقشت الاستنتاجات المؤقتة وقد تم بناء إجماع لفريق الدراسة وشركائهم اليمنيين من أجل تقديم تقديرات وخيارات في ورشة عمل أكبر في 11 - 2005/9/12م مع أكثر من 80 مشاركاً. وفي 3 أكتوبر 2005م نوقشت خيارات وتوصيات مع أعضاء من البرلمان ومجلس الشورى والأحزاب السياسية ووزارة الصحة ومن المقرر أن يقدم عرض إلى مجلس الوزراء.

4-6 الخلفية

يعيش معظم سكان اليمن الـ 20 مليون في فقر شامل ويفتقرون إلى الخدمات الحكومية. يتجاوز نمو السكان التنمية الاقتصادية وسوف تتضاءل الاحتياطات النفطية في المستقبل المنظور. ينبغي تصميم والبدء في سياسة تنمية مستدامة ويجب أن يكون تكوين رأس المال البشري أحد الاهتمامات الكبرى مع الصحة والتربية والتعليم كدافعين للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. إن الصحة هي استثمار اقتصادي كلي وينبغي تميم تنمية الموارد البشرية بإستراتيجية إنتاج متنوعة وتحويل التدهور البيئي المتزايد.

إن معظم الأمراض والوفيات في اليمن ممكن تجنبها بتكلفة أقل. ومع ذلك فإن الوقاية وتشجيع سلوكيات طلب الصحة المناسبة للأسر ليست أولوية في قرارات تخصيص الموارد للرعاية الصحية. في المجتمع اليمني المطبب بقوة فإن الرعاية الأولية لها وضع متدني على الرغم من أنها اقتصادية الكلفة بالنسبة للأمراض الممكن تجنبها وكذلك الأمراض المزمنة والحديثة المتزايدة. إن أكثر من نصف السكان لا يحصلون مطلقاً على الرعاية الصحية وخصوصاً النساء المستثنات والمهمشات. وقد تفاقم هذا الوضع عن طريق التوزيع الغير عادل لمنشآت الصحة العامة وبقلة التمويل بصورة ملحوظة لتكاليف تشغيل المنشآت الصحية العامة. إن المستشفيات في القطاع العام بصورة عامة يستفاد منها بشكل أقل عموماً وجودة خدماتها مشكوك فيها. وأما القطاع الخاص فإنه غير منظم بصورة صحيحة وجودة خدماته غير مؤكدة. هناك طلب كبير جداً على العلاج في الخارج في حالة الأمراض الخطيرة.

إن ما يقارب 29% من إجمالي الإنفاق الصحي في اليمن من أموال القطاع الخاص والأموال العامة يستخدم للعلاج في الخارج. إن حوالي 2 من كل 3 ريالات تنفق على الرعاية الصحية من قبل الأسر هي مدفوعات منفقة في حالة المرض. إن تكاليف الرعاية الصحية الكبيرة للغاية تمس فقط عدد قليل من الناس والأمراض غير متوقعة والأسعار في الحالة الفردية غير معروفة بشكل واسع. وحيث أن الحماية الاجتماعية في الصحة مفقودة فإن هذه الظروف تجعل عدد كبير من الأسر في حالة إفقار بالعلاج الغالي والأمراض الكارثية ووفاة أفراد الأسرة. وحتى بالنسبة للأمراض العادية فإن عليهم إنفاق الكثير من المال. وعلى الرغم من القرارات الرئاسية ذات الصلة وقواعد الإعفاء الحالية للفقراء فإن الرعاية الصحية العامة لا تعطى بأي حال مجاناً. إن تقاسم التكلفة من قبل المرضى يموت 45% من التكاليف في المستشفى الحكومي الأكبر وهو مستشفى الثورة. وعلى رأس هذا فإن معظم مقدمي الخدمات يحصلون على مدفوعات غير رسمية. يقول 84% من قادة الرأي بأن تقاسم التكلفة غير منظم بصورة جيدة ويؤكد 91% أن تقاسم التكلفة يؤدي إلى تأجيل العلاج. إن الإعفاءات للفقراء تعطى فقط إلى فئة صغيرة جداً. وهذا بسبب قلة التمويل للمنشآت العامة وتدني معنوية الموظفين التي لم تزداد برفع رواتبهم من دخل تقاسم التكلفة. وفي المساء فإن نفس الموظف يكسب في السوق السوداء أو اقتصاد الظل للرعاية الصحية. إن البرنامج الممتاز لاستعادة تكاليف الأدوية عن طريق صندوق الدواء بالنسبة للأدوية الأساسية قد وقع في فخ سوء الإدارة والفساد. إن البرنامج الحكومي الجديد جداً للإعفاء من التكلفة بالنسبة للأمراض المزمنة والكارثية لم ينفذ بصورة سليمة. وكانت النتيجة إنفاق خاص كبير وقت الاستخدام.

- إنفاق كبير للأمراض الممكن تجنبها.
- إنفاق كبير للحالات الكارثية.
- إنفاق كبير للعلاج في الخارج.
- إنفاق كبير للأدوية.
- إنفاق كبير للمدفوعات الغير رسمية والمدفوعات تحت الطاولة.

يقصد بالتأمين الصحي تنظيم وتقليل المدفوعات المنفقة وتحويل العبء الكبير الغير متوقع لبضعة أشخاص في مدفوعات مسبقة منتظمة للجميع بحيث يمكن إعطاء الرعاية الصحية بحسب الحاجة وليس بحسب القدرة على الدفع فقط.

5-6 الأمن الاجتماعي والحماية

إن شبكة أمن اجتماعي لليمنيين هي أولوية إستراتيجية تخفيض الفقر للحكومة. وقد تم إنشاء صندوق التنمية الاجتماعي المشهور لتخفيف آثار برامج الإصلاح الاقتصادي. ويمكنه مواجهة بعض القضايا مثل توفير الحصول على الخدمات الأساسية في التعليم والصحة والمياه والتمويل الصغير وكذلك خلق فرص وظيفية وبناء قدرة الشركاء المحليين غير أن معظم الأسر قد تركت لوحدها في حالة الهزات الهيكلية أو العشوائية مثل الفيضانات والحريق والسطو وهلاك المحاصيل والتضخم وتعديلات العملة وزيادات الأسعار والبطالة والحوادث والمجاعة والإعاقة واحتياجات الرعاية الطويلة أي جميع الكوارث (الصغيرة) التي بإمكانها تدمير وجود الأفراد والأسر وحتى الأسر الموسعة. ولا توجد إدارة كوارث حكومية

أيضاً. إن العنصر الوحيد للحماية الاجتماعية الذي تطرقت إليه الحكومة هو برنامج تأمين للوفاء والعجز والتقاعد وهو يغطي العسكريين والشرطة والإدارة الحكومية بصورة جيدة لكن تغطية قطاع الاستخدام الرسمي الخاص متدنية جداً. ومع ذلك فإن تنفيذ تأمين التقاعد لحوالي مليون موظف قد كان إنجازاً هاماً.

6-6 برامج التأمين الصحي الموجودة

إن لدى اليمن تاريخ غني من التضامن ومن مبادرات مساعدة الذات المحلية. إن الكثير منها تغطيات صغيرة ومحدودة وبدون شك فإن هذا كنز من الأفكار الجيدة والممارسات الأفضل. ويجب استكشافها أكثر وتقديرها ونشرها وتكرارها حيثما كان ذلك ممكناً. إن هذا تكليف قوي لنشاطات المتابعة نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن. والأمثلة هي برامج التضامن للمدرسين وموظفي المستشفيات التي تجاوزت الصحة والرعاية الصحية.

لقد نوقشت برامج التأمين الصحي المجتمعية وأوصي بها عالمياً. إنها برامج تطوعية في الغالب مرتبطة بمنشآت الرعاية الصحية العامة أو الخاصة. إن اثنتين من تلك المحاولات يروج لها في اليمن في محافظتي تعز وحضرموت وكلاهما غير جاهزتين للتنفيذ بالكامل وتسود بعض الشكوك فيما يتعلق بقابلية تكرارها في مناطق أخرى.

إن برامج الفوائد الصحية في الشركات في القطاع العام والخاص تظهر ملامح مختلفة جداً ومفيدة فيما يتعلق بحزم المزايا والعضوية والتعاقد مع مقدم الخدمة والدفع وكذلك إدارة المخاطر والتمويل المشترك. يبدو أن الشفافية المالية والإدارة ضعيفة وهناك مجال واضح لتحسين وتعزيز هذه البرامج والتي متوسط تكلفتها حوالي 45 ألف ريال يمني (تساوي حالياً 234 دولار أمريكي) لكل موظف (أسرة) في السنة. ربما وينبغي أن يستفيد نظام التأمين الصحي الوطني من عدة تجارب ومن المعرفة المتوفرة في كيفية إدارة تلك الصناديق. يجب إعداد دراسات أكثر عمقاً حول هذه البرامج المماثلة.

7-6 التوقعات فيما يتعلق بالتأمين الصحي

يناقش التأمين الصحي الوطني والاجتماعي في اليمن منذ الوحدة عام 1990م ولقد تم إدخال استقطاعات الرواتب الخاصة بالتأمين الصحي بوقت قصير بعد ذلك ولكن لم يتبعها تقديم منافع التأمين الصحي. ومنذ العام 1995م تقترح وزارة الدفاع مشروع تأمين صحي للقوات المسلحة ونفس الخطوة توجد الآن لتغطية الشرطة والأمن السياسي وكل هذه القوات تقارب نصف مليون موظف. أما بالنسبة لقطاع الاستخدام المدني العام والخاص الرسمي فقد قدم مقترح قانون وزارة الصحة العامة والسكان عدة مرات إلى مجلس الوزراء الذي قرر في عام 2004م التعاقد على دراسة لتقدير المقترحات والبدائل:

يتوقع المجتمع الدولي تأميناً صحياً اجتماعياً مستداماً وحقيقياً لجميع المواطنين وخصوصاً لاستفادة الفقراء والمجموعات الهشة والمرأة المستثنيتين منهجياً من الحصول على تقديم عادل وموثوق به للخدمات العامة المطلوبة. إن تمكين الفقراء والمرأة بصورة خاصة ينبغي تعزيزه في هذا الإطار. وبالنظر إلى الفساد الواسع الانتشار في جميع القطاعات العامة والخاصة تقريباً فإن بناء هيئة تأمين صحي شفافة وذات مصداقية وقابلة للمساءلة سيكون أكثر الشروط المسبقة أهمية للتأمين الصحي الذي يمكن أن يضمن تقديم رعاية صحية قابلة للحصول وعالية الجودة لأولئك المحتاجين.

إن معظم الشركاء الذين تمت مقابلتهم لفريق الدراسة لا يبدو أنهم متحمسين فيما يخص التأمين الصحي وقد أشار معظمهم إلى الصعوبات في إقامة صندوق موثوق به بعد تكرار التجارب السيئة مع الصناديق في مجالات الصحة والمجالات الأخرى. إن معظم من تمت مقابلتهم ذكروا أولويات أخرى تتعلق بالاحتياجات الأساسية التي لازالت غير مشبعة لأغلبية السكان وقد أظهر استبيان أعطي لقادة الرأي في اليمن صورة إيجابية أكثر قليلاً. إنهم منتظمين تماماً في رفض الممارسات الحالية لتقاسم التكلفة في المنشآت الصحية العامة ومعظمهم تقريباً يؤيدون نظام التأمين الصحي الاجتماعي الذي يغطي كل الأسرة. ينبغي أن يكون التأمين الصحي إلزامياً ومن الأفضل أن يكون تنظيمه على المستوى الوطني وأن تعتمد الإدارة على تنظيم تأمين صحي مستقل. إن 77% من قادة الرأي يودون أن يبدأ التأمين الصحي فوراً أو خلال العامين القادمين.

8-6 تجارب البلدان الأخرى

في البلدان المجاورة ضعيفة الدخل فإن مستويات عالية غير مقبولة من المصروفات المنفقة وتضاؤل الإنفاق الحكومي على الصحة شائعة مثلها في اليمن. ففي جيبوتي غطي موظفو الخدمة المدنية والعسكريين والشرطة بمشروع منافع صحية. وفي السودان يغطي التأمين الصحي الاجتماعي 22% بما فيهم موظفو الخدمة المدنية والطلاب وقدماء المحاربين وأسرى الشهداء. وفي باكستان ليس هناك مشروع تأمين صحي رسمي. وفي البلدان ذات الدخل المتوسط في المنطقة تمول الرعاية الصحية من خلال خليط من المشروعات التي تعتمد على الضرائب والتأمين الصحي الاجتماعي والدفع الذاتي. وفي المغرب تصل تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 17% وفي لبنان ومصر تغطي نحو نصف السكان وفي الأردن وسعت الإصلاحات الأخيرة من تغطية التأمين الصحي الاجتماعي إلى 60%.

أما التجارب من بلدان أخرى فيمكن أن تكون مفيدة لليمن أيضاً. فتجارب بلدان جنوب شرق آسيا تدل على الحاجة إلى برامج خاصة ودعم حكومي لإسهامات الفقراء. وتشير تجارب دول أمريكا اللاتينية أن حزم المنافع المستهدفة ذات جدوى حتى في الظروف الاقتصادية الهشة وهي هامة لضمان أن إسهامات التأمين الصحي توجه حقيقة نحو المنافع الصحية. ويمكن أن تعطي أفريقيا أمثلة جيدة لإستراتيجيات الدعم لمشاريع التأمين الصحي الناشئة في صورة مراكز اختصاص تأمين صحي. واليمن لا تقف لوحدها في محاولة إدخال نظام تأمين صحي وطني واجتماعي فيمكنها الاعتماد على تجارب البلدان الأخرى وينبغي أن تستفيد من شبكة مناسبة لمثل هذه التجارب.

9-6 شروط مسبقة لنظام تأمين صحي وطني في اليمن

إن التأمين الصحي ليس مفهوماً سهلاً وخاصة في العالم الإسلامي. فالوعي والفهم ليس منتشرأ والدافع وحملات التعبئة مطلوبة لنشر الأفكار الأساسية للتأمين الصحي الاجتماعي وللتأكيد على ارتباط / ارتباطه بفكرة التكافل التي يتشارك فيها معظم الشعب العربي تقريباً. يجب أن يقتنع صناع القرار النافذين أيضاً وإن القيادة مهمة في عدة مستويات من صنع القرار السياسي. يمكن أن يبقى التأمين الصحي الاجتماعي فقط بشراكة وثيقة وبتقسيم واضح للعمل مع الحكومة وخصوصاً مع وزارة المالية من أجل التمويل وفرض الضرائب التصاعديّة على الأثرياء والأغنياء ومع وزارة الصحة من أجل الإشراف 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 أسيت إدارة أموال الصحة وأسيء استخدامها بالفساد. لم تعط استقطاعات التأمين الصحي من المرتبات أي عائد في صورة منافع صحية. ومن أجل استعادة الثقة المفقودة يبدو أن أحد الشروط المسبقة الغير قابلة للنكران هو إدارة مستقلة بارزة ملتزمة تماماً بمبادئ الشفافية والمصدقية والمساءلة. 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.

10-6 نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن

الجدول التالي يقارن القطاعات الرئيسية للعمالة اليمنية بخيارات التمويل الصحي

مكونات اختيارية لنظام تأمين صحي وطني في اليمن					
خيارات التمويل الصحي	القوة العاملة	خيارات التمويل الصحي			
		مساهمات ضريبية 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 يغطي مقترح قانون التأمين الصحي الاجتماعي بالجدول 1.5 مليون موظف مع مساهمات مستقطعة من مرتباتهم يساهم فيها أصحاب العمل والموظفين. بالنسبة لرجال الأعمال المستخدمين ذاتياً الميسورين ينبغي إعداد نظام مناسب. بالنسبة لـ 50% على الأقل من السكان الفقراء والعاطلين عن العمل والعاملين جزئياً ينبغي استخدام الضرائب والموارد الحكومية الأخرى. ستحتاج التأمينات الصحية المجتمعية إلى إعادة تأمين من قبل الحكومة لتغطية الأسر الأكثر فقراً وخصوصاً في المناطق الريفية. وبالنظر إلى هذه الرؤية الشاملة تم تصميم ومناقشة ثلاثة خيارات بديلة من أجل نظام تأمين صحي وطني في اليمن وجرى تحليلها: (أ) خيار سرعة كاملة ودفعة كبيرة من أجل قطاعات الاستخدام الرسمية. (ب) خيارات إضافية (ج) بناء الشروط المسبقة المؤسسية الضرورية لنظام تأمين صحي وطني واجتماعي رشيد.

6-11 خيار التأمين الصحي (أ): الدفعة الكبيرة

أعلن وكيل وزارة الخدمة المدنية والتأمينات في اجتماع مع فريق الدراسة أنه بنهاية العام 2006م سيبدأ وقت التأمين الصحي لجميع موظفي القطاع العام. وتعطي زيادات المرتبات المخططة للقطاع المدني فرصة فريدة من أجل البدء بأسرع وقت ممكن باستقطاع مساهمات التأمين الصحي من المرتبات. وهذا يعكس فكرة حوالي ثلاثة أرباع قادة الرأي الذين جرت مقابلتهم. ينبغي أن يبدأ التأمين الصحي فوراً وأن يبدأ في القطاع العام. إذا كان ولا بد من إدراج شركات القطاع الخاص تلك والتي هي قانونياً ملزمة بالمساهمة في برامج التقاعد كذلك فيمكن تغطية عدد إجمالي من الموظفين قدره 1.5 مليون مع أسرهم المقدره بحوالي 7 أفراد للأسرة. وهذا النهج يمكن أن يفيد نصف السكان في اليمن.

إن المساهمات الخاصة بالأجور وقدرها 6% (أصحاب العمل) و5% الموظفين كما اقترح في قانون التأمين الصحي الاجتماعي ستدر 58 بليون ريال يمني في العام وإذا أدرج أيضاً حوالي 200 ألف متقاعد فهذا سيزيد الإنفاق الصحي الحالي في اليمن بحوالي 40%.

ماذا يمكن شراؤه بهذه الأموال التي في أيدي هيئة التأمين الصحي؟ إن حزمة منافع صحية جيدة جداً قد قدمت من قبل مؤسسة الاتصالات لموظفيها وأسرهم وإذا كانت حزمة المنافع هذه ستتوفر لجميع المنخرطين وقدرهم 1.5 مليون وأسرهم والمتقاعدين سينشأ عجز يقارب 50 بليون ريال يمني في العام. ماذا يمكن أن نفعل لتخفيض هذا العجز؟

- إن المشاركة في التكلفة من قبل المرضى ستكون أمراً صعباً المحافظة عليه طالما أن التأمين الصحي سيحول المصروفات المنفقة إلى مدفوعات مسبقة.
- إن حزم المنفعة المخفضة ذات جدوى ومسترجعة إذا أستثنى العلاج في الخارج بصورة خاصة. إن تأمين صحي "صغير للجميع" سيعطي حزمة منافع أصغر بصورة كبيرة والتي تقارب نمط الإنفاق الحالي في اليمن ويمكن أن يكون هذا ذي جدوى بالمفهوم المالي.
- لا يمكن زيادة معدلات المساهمة طالما أن الحصة 6% و5% عالية جداً في الإطار العربي ورواتب العاملين والموظفين ضئيلة حقيقة.
- الموظفين بدون أسرهم يمكن أن يستفيدوا أولاً ولكن يمكن أن يكون ذلك مثار جدل بحسب القيم اليمنية.
- يمكن تقديم الرعاية ضد الأمراض المزمنة والكارثية من قبل الحكومة وليس من قبل التأمين الصحي والذي سيقفل بصورة كبيرة من العجز.
- ينبغي إدخال ترشيح الأدوية على كل حال أي ينبغي إعادة صندوق أدوية دوار وموثوق به.
- يمكن التفاوض حول أسعار مقدمي الخدمة بإشراف قوة اقتصاديات الحجم الكبير.
- إن الاختيار والرقابة على مقدمي الخدمة ينبغي أن يكمل إستراتيجية احتواء التكاليف.

وبالإضافة لذلك ينبغي استكشاف صناديق إضافية للصحة والرعاية الصحية وتجنيدها على سبيل المثال:

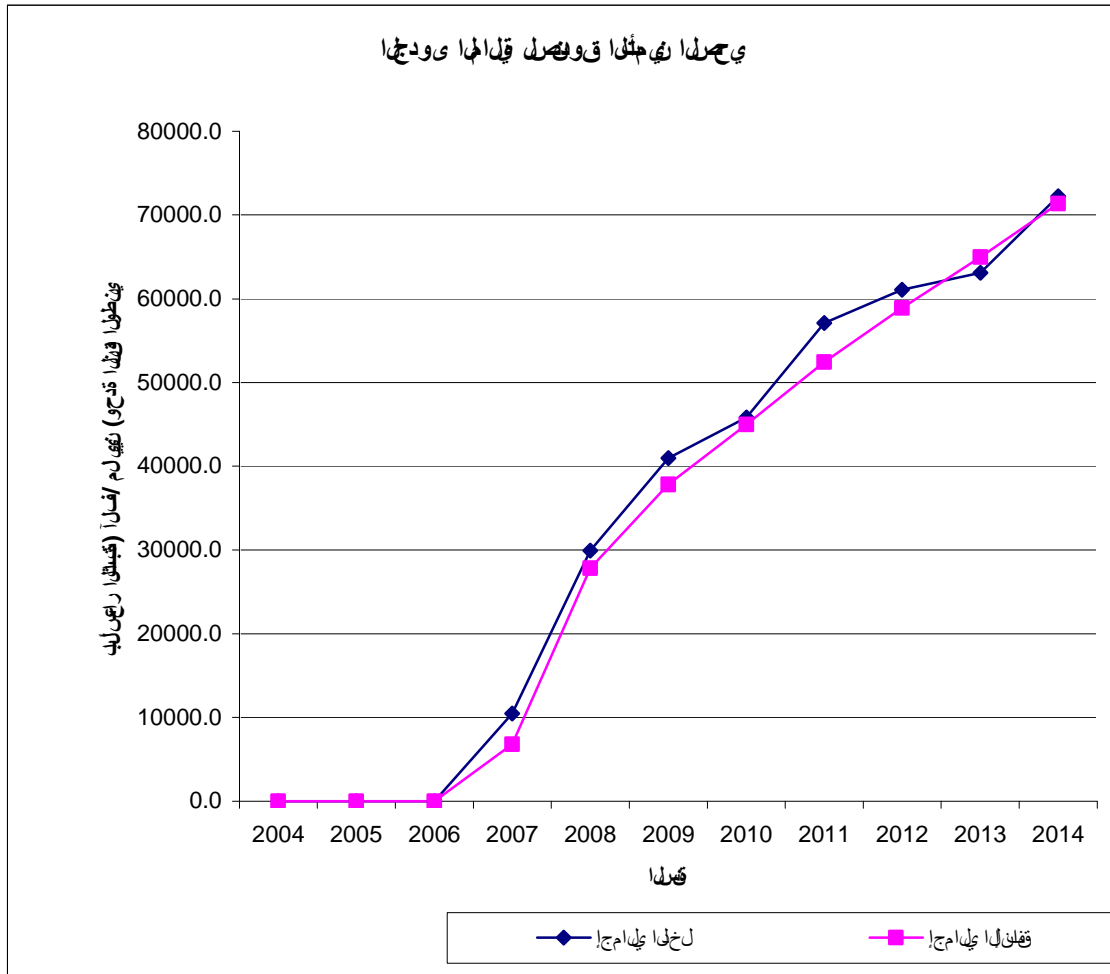
- صناديق حكومية إضافية للصحة المقدمة لضمان تغطية تكاليف التشغيل على الأقل للمنشآت العامة - مضاعفة الأموال سيكون أفضل وعادل.
- ضرائب تفرد لغرض ارتكاب الأخطاء وضرائب أخرى مثل الضرائب على السجائر والقات والمعدات الكبيرة والبتترول.

- أموال الزكاة والأوقاف لمصلحة صحة الفقراء والفئات الهشة من أجل دفعها لمساهمات التأمين الصحي لأولئك الذين سيعفون من المساهمات.
- إنفاذ مناسب لقوانين الضريبة الحالية وتعزيز الضريبة التصاعدية.

في حالة إرادة سياسية واضحة وملتزمة يمكن التغلب على عائق المال لخيار الدفعة الكبيرة للتأمين الصحي. ومع ذلك فإن أحد الشروط الأولية الأساسية الأكثر صعوبة في التطبيق هي: هيئة تأمين صحي موثوق فيها ومستقلة. إن أحد الخيارات هي إتباع نمط الصندوق الاجتماعي للتنمية أو صندوق الأشغال العامة. وبالإضافة لذلك فإن الانتقال إلى المهنيين المدربين بصورة كافية وذوي التجربة هو كذلك معوق كبير لتنفيذ التأمين الصحي في الأجل القصير وينبغي استكمال بناء القدرة وتطوير الموارد البشرية سريعاً عن طريق استقدام خبراء أجانب مؤقتاً. وتبقى هناك بعض الصعوبات: التعاقد مع مقدمي خدمات بجودة عالية من قبل التأمين الصحي والغير موجودين في أجزاء كثيرة من البلاد والبيانات والمعلومات حول أنماط المخاطر والطلبات غير متوفرة أيضاً. وحالياً فإن معظم المتطلبات الأساسية للتأمين الصحي لم يتم الوفاء بها.

ومع ذلك فإن إستراتيجية الدفعة الكبيرة ستكون فرصة ممتازة من أجل التحسين الجذري المطلوب بصورة عاجلة أو حتى التغيير الحاسم والجذري للنظام الصحي. إذا أرادت الحكومة أو الصناديق الخيرية دفع المساهمات للفقراء وإذا تولت الريادة في ذلك هيئة تأمين صحي مرشدة ووطنية وغير فاسدة عندها فإن أفضل مقدمي الخدمة فقط يمكن التعاقد معهم من أجل رعاية اقتصادية لأي شخص يحتاجها. ويمكن أن يؤدي هذا إلى تقديم أكثر كفاءة وفعالية للرعاية الصحية والتي يستحقها سكان اليمن بصورة عاجلة. ومع ذلك فإن إستراتيجية الدفعة الكبيرة بإتجاه نظام تأمين صحي وطني هي معقولة لكنها قليلة الجدوى في ظل الظروف الراهنة.

إن أحد السيناريوهات الفرعية لإستراتيجية الدفعة الكبيرة مذكور صراحة لأن هذا هو السيناريو الوحيد الذي لا يؤدي إلى عجز مالي في المدى الطويل كما هو مبين في الشكل التالي:



وعلى الرغم من أنه في آخر الأمر يغطي كامل السكان ولا يتطلب دعم فهناك عدد من المحاذير لهذا السيناريو. إن حزمة المنافع التي يمكن إعطاؤها بتكلفة مساوية لمستويات الإيفاق الحالية في البلد ككل يعني أن المنافع ستكون أقل من ومختلفة عن تلك التي يحصل عليها بعض الموظفين في القطاع الرسمي حالياً. وبإدراج السكان الأفقر والريفيين يجب أن تأخذ المنافع المعطاة بالحسبان كامل احتياجات الصحة للسكان وبالخصوص الخدمات الأولية والوقائية وكذلك صحة الأمومة والطفولة. إن موظفي القطاع الرسمي الذين لا يريدون أن يضيعوا فرصة بعض المنافع التي يتمتعون بها الآن (مثل العلاج في الخارج) سيكون بمقدورهم شراء تأمين خاص إضافي وبمعدلات مساهمة تقتطع مبلغ يكون هؤلاء الموظفين راغبين في دفعه وإدراج الموظفين لذاتهم والفقراء فيمكن أن يكون هذا جذاباً. ومن الطبيعي أن هناك محذور كبير هو أن السيناريو يستخدم معدلات إستفادة منخفضة ويمكن لذلك أن لا يكون واقعياً.

6-12 خيار التأمين الصحي (ب): التطور التزايدي

يمكن القيام بإدخال تزايدي أو تعزيز التأمين الصحي عن طريق الآتي:

- من الأسفل إلى الأعلى بتحسين وربط برامج المنفعة الصحية الحالية وجعلها متوافقة كما توجد في شركات عامة وخاصة أو عندما يبدأها مانحون دوليون في صورة برامج تأمين صحي مجتمعية و/أو
 - من الأعلى إلى الأسفل بدعم تلك القطاعات الفرعية العامة الراجعة والجاهزة للإطلاق في تأمين صحي اجتماعي مثل القطاع العسكري والقطاع التعليمي على سبيل المثال.
- وبالتزامن مع ذلك يجب على الحكومة تحقيق تغطية خدمات صحية لجميع الفقراء بتكلفة اقتصادية.

إن الجيش والشرطة والأمن السياسي وعددهم حوالي نصف مليون موظف جاهزين وراغبين أن يكون لهم برنامج تأمين صحي وذلك منذ سنوات. إنه رقم جيد كبدائية من أجل بدء اسهام مشترك معقول يحتاج إليه التأمين الصحي الاجتماعي إذا – وكما أعلن سيكون هناك مشروع مشترك للشرطة والأمن السياسي مع الجيش. لقد أعطيت الإرادة السياسية والهيكل الإداري الداعم لصندوق التأمين الصحي. إن لدى جميع القطاعات الفرعية الثلاثة الخبرات مع صناديق تأمين التقاعد. وعلى أساس قوتهم السياسية فجميعهم سيتاح لهم أموال دعم كافية وإعادة تأمين من قبل الحكومة. وعندما يظهر عامل محدد فإن حقيقة الإشتراك في التأمين الصحي توجه أساساً لتمويل توسعات المستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة على سبيل المثال للحصول على قسم معالجة السرطان ولتحسين إدارة أمراض القلب والاختصاصات الأخرى الغير متوفرة بصورة كافية. لن يحصل الجنود والشرطة على أي منافع إضافية طالما أنهم يتلقون مبدئياً رعاية صحية مجانية لأنفسهم وأسره في المنشآت الصحية لمستخدميهم. وبالإضافة لذلك فإنهم معفيين عموماً من تقاسم التكلفة وإسترداد التكلفة في المنشآت الصحية العامة. سيعطي الدعم الحكومي الإضافي لإدخال التأمين الصحي لهذه المجموعات مزايا إضافية لمجموعة تحظى بميزات. ومع ذلك فإذا نفذت المستشفيات العسكرية ومستشفيات الشرطة الأمر الرئاسي بالتنازل عن تقاسم التكلفة للنساء الحوامل والأشخاص الذين لديهم أمراض مزمنة وإعفاء الفقراء من تقاسم التكلفة فإن ذلك سيوفر أسباباً جيدة لأن يبدأ التأمين الصحي العسكري قريباً وحينئذ فإن تجارب ذات صلة ستتأتى من المشروع العسكري والتي يمكن أن تثري النقاش حول نظام تأمين صحي وطني. وبإمكان الرئيس ذاته وينبغي له أن يضمن أن هذا القطاع العام سيكون مفيداً بصورة متزايدة لأكثر الناس فقراً في حاجة له.

وفي حالة وزارة التربية والتعليم التي تمثل ما يقارب ربع مليون مدرس فإن الخيارات ليست واضحة مثلها مثل قطاعات الأمن العام. ومع ذلك وبدعم لها بإشراف الرئيس ورئيس الوزراء فإن موظفي التربية والتعليم يمكن أن يكونوا بادئ جيد للتأمين الصحي الاجتماعي. توجد القيادة والإلتزام على المستوى السياسي الأعلى ضمن الوزارة. وبدون شك فإن أماكن العمل المتناثرة للمدرسين وبصورة أساسية خارج المدن الأكبر وحتى خارج المدن الأصغر تقلل من خيارات التعاقد مع مقدمي رعاية صحية وضبط جودتها في الوقت الحالي. لذلك يجب أن تكون إستراتيجية التنفيذ تدريجية: في صنعاء أولاً ثم في مدن كبيرة مختارة وبعدها في محافظات مختارة. سيكون ذلك صعباً ولكن مع دعم سياسي ومالي جيد سيكون استثماراً جيداً. إن هيئة تأمين صحي وطني صغيرة عليها أن تدعم هذه التجربة الاجتماعية. إن المانحين الدوليين مرحب بهم للإنضمام والمساعدة خلال عقد من الزمان. هناك حاجة إلى مركز لاختصاص التأمين الصحي للدعم والإرشاد. إن هيئة إشرافية على التأمين الصحي وضمان إعادة التأمين من قبل الحكومة هما شرطان مسبقان أساسيان.

إن ربط وتقوية وتوسعة برامج المنفعة الصحية الحالية للجماعات العامة والخاصة هو عنصر ثالث لإستراتيجية التوسع المتزايد بإتجاه نظام تأمين صحي وطني. إن الكثير من التجارب متاحة والمزيد يمكن إستكشافها وسيتم تحليلها. هناك إمكانية قوية كهذه متوفرة في اليمن ومن الغريب أنها لم تستخدم بعد من قبل. إن اتحادات العمال وجمعيات أصحاب العمل هم شركاء ملتزمين. ومع ذلك ينبغي ضمان أنها لن تجرد من امتيازاتها ببرنامج التأمين الصحي الوطني. وكما بينا بأعلاه فسوف ينتج عجز لتكرار برامجها على المستوى الوطني وهذه ليست هي الحال مع تأمينات الصحة المجتمعية الناشئة أخيراً

والتي تستحق الدعم الكامل للخدمات العامة والصناديق العامة. ينبغي جذب المهنيين الدوليين والأموال لتعزيز تلك البرامج بما في ذلك أي نوع من التأمينات الأصغر.

6-13 البديل (ج): العمل والشبكة

هناك مجموعة من الظروف الغير مواتية لنظام التأمين الصحي الوطني في اليمن وهي:

- انعدام الثقة الواسع الانتشار فيما يتعلق بالصناديق العامة أو الصناديق التي تديرها الحكومة.
- لا يوجد دعم منظور ودعم سياسي قوي وقيادة في الحكومة والأحزاب السياسية.
- صعوبات غير قابلة للتغلب عليها تقريباً في تغطية السكان الريفيين ذوي الحاجة.
- القطاع الضخم من الفقراء العاطلين عن العمل والمشتغلين لذاتهم على هامش البقاء.
- حقيقة أن التأمين الصحي هو تقريباً موضوع الطبقة الوسطى.
- النطاق المحدود ونوعية الرعاية الصحية التي تعطى في البلاد.
- غياب أي إدارة ورقابة على الجودة في مختلف قطاعات الرعاية الصحية.
- المتاجرة على نطاق عام بالرعاية الصحية العامة والخاصة والغير رسمية.
- الهروب من الرعاية الصحية اليمينية بالبحث عن العلاج في الخارج.
- احتياجات الأولوية للنظام الصحي في الوقاية والترويج والرعاية الصحية الأولية.

ليس من السهل التغلب على هذا العجز والاختناقات والعقبات فالأمر بحاجة إلى حملات توعية وإجراءات تشجيع وتعبئة وتدريب وتعليم ونشاطات ترويجية كثيرة لتبرير الأولوية المعطاة للتأمين الصحي ولضمان أن تأمين صحي اجتماعي "جديد" يمكن الوثوق به. وينبغي أن يبنى هذا على حقائق وأرقام وعلى بيع منتج جيد يمكن إثباتها كمارسة جيدة أو ممارسة أفضل. إنها بحاجة إلى بيانات ومعلومات يوثق بها حول الأوبئة وطلب وعرض الرعاية الصحية العامة والخاصة والغير رسمية. وهي تتطلب إشراكاً فاعلاً وكفواً على الرعاية الصحية في كل اليمن وأنظمة سليمة لإعطاء التراخيص والمصادقات وإعادة المصادقات وكذلك أنظمة العقاب وإنفاذها. وهي تتطلب تحسين الكفاءات الإدارية وأنظمة تحفيز وتنشيط توجه نحو الأداء. إن هناك حاجة عاجلة وجريئة للتدريب وبناء القدرة، إن كل الشروط المسبقة الكثيرة للإدارة الجيدة بحاجة إلى تعزيزها ليس فحسب من أجل إدخال التأمين الصحي ولكن بالنظر إلى الحكم الجيد في مؤسسات مستدامة وذات مصداقية: الأموال والعقول المدبرة والآليات والتحفيز والتعبئة والعمالة والقياس والرقابة والكثير من الإدارة الجيدة. إن التأمين الصحي سيكون أحد المستفيدين فقط من ذلك الإتجاه نحو إدارة حديثة من أجل ثقافة إدارة جيدة.

6-14 تقدير للخيارات البديلة

هناك حاجة إلى عدة شروط مسبقة لبدء أو تنفيذ مختلف البدائل والبدائل الفرعية. في الجدول التالي تم تلخيصها وتقديرها بصورة موجزة.

تقدير البدائل					
عمل الإنتظار	التصاعد	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

تقدير البدائل				
عمل الإنتظار	التصاعد	حجم صغير للجميع	الدفعة الكبيرة	الشروط المسبقة
~	~	~	-	دعم حكومي؟
~	~	~	-	دعم المانحين؟
~	-	-	-	رقابة كافية ضد الفساد؟
~	-	~	-	مقدمي خدمة عالية الجودة كافين؟
+	~	~	~	إنفاذ القوانين والأنظمة؟
~	-	~	-	كادر مؤهل بصورة كافية
~	~	~	-	المعرفة والوعي والإثارة؟
~	~	-	-	إجماع الشركاء؟
+	-	+	-	دعم تضامني للفقراء؟
-	-	-	-	الثقة؟
~	-	-	-	بيانات ومعلومات كافية؟
+	~/+	~	-	ملخص التقدير

من المستحسن البدء بالبدائل الأخير المذكور وخصوصاً بمركز اختصاص التأمين الصحي والعمل خطوة بخطوة في دعم المحاولات المتزايدة من أجل نظام تأمين صحي وطني واجتماعي في اليمن.

6-15 مجموعة تفكير للتأمين الصحي الاجتماعي

إن مركز اختصاص التأمين الصحي سيكون مفيداً لدعم إيجاد ثقافة لإدارة محسنة وتنفيذ التأمين الصحي المتزايد. إن مثل هذا المركز سيكون له مجموعة من المهام:

- الاكتشاف والتحليل الإضافي لمشاريع التضامن بما في ذلك منح برامج التضامن الأفضل وتكرار الممارسات الجيدة والتشاور لأجل مشروعات التضامن الحالية والمعترمة في إطار حملة توعية شاملة بأن هناك حاجة لتلك البرامج من أجل تعزيز الرأسمال الاجتماعي اليمني والذي هناك حاجة كبيرة له من أجل التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- مراقبة وتحليل التأمينات الصحية الجماعية في القطاعات العامة والخاصة بما في ذلك المشورة والنصح الفني لمثل هذه التأمينات الصحية وربط تلك البرامج في جمعية أو اتحاد لبرامج الشركات. التنفيذ الطوعي لإعادة التأمين على برامج الشركات يمكن أن يصبح مهمة إضافية هامة لتوسعة الإسهام المشترك للمخاطر وتقليل مخاطر الشركات الفردية وتمكين حزم المنفعة الموسعة في صورة خطوات.
- المتابعة والإرشاد والمشورة للبرامج المجتمعية وتنفيذ إعادة التأمين للبرامج المجتمعية. وفي هذا الخصوص فإن الضغط وخلق الوعي ينبغي أن يتم القيام به من أجل تحسين جدوى البرامج المجتمعية وخصوصاً تلك التي لها جذور طبيعية في اليمن ووجدت في اليمن.
- المناصرة الدائمة والضغط باتجاه نظام تأمين صحي اجتماعي وطني عن طريق كتابة المقترحات والأبحاث والاتصالات وتصميم السياسات والدفع من أجل إيجاد التوافق بين برامج التأمين الصحي ودمجها في نظام وطني واحد يحفظ النهج المتعدد الأطراف.
- التدريب في صور كثيرة: تدريب موظفي التأمين الصحي المحتملين داخل الجمهورية: تكنولوجيا المعلومات واللغة الإنجليزية والصحة وقضايا تتعلق بالتأمين الصحي وتدريب موظفي التأمين الصحي المحتمل أن يكونوا قادة خارج اليمن: التمويل الصحي والسياسة الصحية والتأمين الصحي ... الخ وورش متكررة بموظفين اختصاصيين دوليين واستشاريين في اليمن وتشجيع مشاركة العقول المدبرة في ندوات ومؤتمرات دولية والشراكة مع مركز الدراسات الإستراتيجية الصحية في دمشق والمؤسسات المماثلة في أماكن أخرى ... الخ. لقد بدأ التعاون الفني الألماني

(GTZ) مراكز لاختصاص التأمين الصحي ويقوم بدعمها في بلدان عديدة. إن الارتباط والتعلم المشترك من تلك المراكز سيكون شيئاً مثمراً جداً.

يجب أن يثبت التمويل المحلي الملتمزم أولاً وبصورة ثابتة الإرادة السياسية للإشتراك في نظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني في اليمن. وبالإضافة لذلك تنفيذ المركز الوطني لاختصاص التأمين الصحي يمكن أن يدعم من قبل الوكالات الدولية وبصورة رئيسية من قبل اتحاد الحماية الاجتماعية في بناء الصحة من قبل التعاون الفني الألماني (GTZ) ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولي من أجل تنسيق الجهود وتوحيد القوى. ومن أجل إقامة مركز اختصاص التأمين هناك حاجة إلى إطار عمل قانوني يسمح لمركز الاختصاص ذلك أن يفتح نشاطات في السوق الوطنية وأن يعمل كشركة منح امتياز. سيتطلب الدعم الفني لإيجاد وإقامة مركز اختصاص التأمين الصحي في البداية الخبرة الدولية والمعدات ولكن على المدى الطويل يفترض سحب الاستشارة الخارجية بحسب تنامي القدرة والاستقلالية للمشاركين اليمنيين. إذا ضمنت استدامة مركز اختصاص التأمين الصحي فسيكون بمقدور المركز إعطاء دعم طويل الأجل لأي برنامج تأمين صحي ناشئ لديه أداء ويمكن أن تكون هذه مساهمة حاسمة لتنفيذ مشروع تأمين صحي وطني في اليمن. وخطوة فخطوة يمكن تحويل مركز اختصاص التأمين الصحي إلى هيئة تأمين صحي وطنية.

يمكن لمركز اختصاص التأمين الصحي كذلك أن يتولى دور مجموعة تفكير على المستوى الوطني. إن أداء ونطاق عمل مركز الاختصاص ربما يكون غير محدود ويمكن أن تنشأ مهام أخرى بحسب إستراتيجيات التنفيذ والنجاح. ومع ذلك فإن معدي الدراسة يودون التأكيد على حقيقة أن مركز اختصاص التأمين الصحي سيكون شرطاً مسبقاً مهماً جداً لكل خيارات التأمين الصحي التي طرحت في دراستنا. ينبغي تكييف نشاطات الأولوية بكل تأكيد لإستراتيجية البلد المختارة لتنفيذ نظام التأمين الصحي الوطني. وبينما تتطلب الدفعة الكبيرة والخيارات التزايدية كل من التدريب والدعم الفني فإن إستراتيجية الانتظار والعمل سترکز أكثر على بناء القدرة. وإذا قررت الحكومة اليمنية أن تقوم بخطوة شجاعة بإتجاه نظام وطني يقدم تغطية شاملة منذ مرحلة مبكرة جداً فستكون هناك حاجة لمركز اختصاص التأمين الصحي من أجل إعداد وتقديم النصح للموظفين الفنيين لصندوق التأمين الوطني الوحيد ولدعم المجموعة الحالية وكذلك المشروعات المجتمعية الناشئة. وفي الإستراتيجية التصاعديّة ستكون المهمة الرئيسية لمركز التأمين الصحي هي تقدير مشروعات التأمين الحالية و/أو الناجحة وإيجاد التوافق بينها. وفي الخيار الأكثر حذراً سيكون تركيز مركز اختصاص التأمين الصحي أولاً على بناء القدرة والتقدير.

من أجل تنفيذ مركز اختصاص التأمين الصحي اليمني هناك عدة خيارات ممكنة. ومع ذلك فإذا أرادت وزارة الصحة العامة والسكان أن تكون العامل الرائد لإقامة نظام تأمين صحي وطني فينبغي عليها كذلك أن تكون شريكاً رئيسياً لمركز الاختصاص. وعندما تظهر إستراتيجية قابلة للحياة فإن إيجاد مركز اختصاص التأمين الصحي كمشروع مشترك لوزارة الصحة العامة والسكان والمشاركين الآخرين المعنيين أي وزارة المالية ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات والوزارات الأخرى وصندوق أو صناديق التأمين الصحي وممثلي الشركة والمشروعات المجتمعية ومقدمي الرعاية الصحية والموظفين الأكاديميين ومنظمات المجتمع المدني والاستشاريين الاختصاصيين فيمكن تطوير مركز اختصاص التأمين الصحي أو تحويله إلى نوع من مجموعة التفكير لهيئة التأمين الصحي الناشئة.

6-16 الدعم الدولي

هناك حاجة للدعم الفني والمالي الدولي وهو أمر مرحب به في اليمن. إن ورش العمل والدراسات والاستشارات والدعم القانوني وبناء القدرة وتصاميم مختلف الخيارات للتأمين الصحي الاجتماعي والوطني والربط الوطني والدولي كلها تستحق التعاون الدولي. ونوصي بتعيين لجنة توجيه بصورة فورية من قبل رئيس الوزراء تتكون أساساً من التالي:

- الوزارات وخصوصاً تلك المسئولة عن المالية والصحة والشؤون الاجتماعية والخدمة المدنية والأوقاف وتلك التي يمكن أن تتبنى التأمين الصحي قريباً مثل الدفاع والداخلية والتربية والتعليم.
- برامج التضامن ومشروعات التأمين الصحي وجمعيات أصحاب العمل والموظفين أو اتحاداتهم ومنظمات المجتمع المدني والجامعات والمنظمات النسوية والخبراء البارزين الآخرين والشركاء والمشاركين بما في ذلك مجلس الشورى والبرلمان والأحزاب.

ولهذا المجلس الأهداف التالية:

- إعداد وثيقة سياسة بناءً على دراسة التعاون الفني الألماني (GTZ) ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولي حول التأمين الصحي الاجتماعي.

- تقديم ندوة سياسة حول جميع الجوانب المرتبطة بما في ذلك إعادة صياغة مقترحات قانونية.
 - تعبئة الموارد البشرية والمالية اللازمة لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي.
 - تقديم المشورة لإعداد وتنفيذ التأمينات الصحية الاجتماعية.
 - القيام بالتسويق الاجتماعي لبرنامج التأمين الصحي الاجتماعي.
- سيتحول هذا المجلس في وقت لاحق إلى مجلس استشاري دائم لهيئة التأمين الصحي الوطني.

تكوين سكرتارية فنية للجنة التوجيه حالاً بإعادة تكليف المهنيين المحليين والدوليين وتدعم فنياً من قبل مكاتب منظمة الصحة العالمية والتعاون الفني الألماني (GTZ) في اليمن. بأسرع وقت ممكن ينبغي بناء مركز مستقل لاختصاص التأمين الصحي بـ (أ) قرار مجلس الوزراء بتشكيله (ب) ميزانية سنوية قدرها 200 مليون ريال يمني تعطي من الجمهورية اليمنية (ج) دعم دولي إضافي مثلاً من صناديق البنك الدولي. ويحول هذا المركز خطوة بخطوة إلى هيئة تأمين صحي وطني تكرر التجارب الجيدة للصندوق الاجتماعي للتنمية وتكيفها لمؤسسة مستقلة وذات مصداقية ومسئولة وشفافة إلى مؤسسة عامة غير ربحية للتأمين الصحي الاجتماعي. وسوف تقود هذه الهيئة المناهج التصاعديّة نحو تأمين صحي اجتماعي وطني في اليمن.

6-17 وجهة نظر

في بعض البلدان أستغرق الأمر وقتاً طويلاً لتغطية جميع السكان بالتأمين الصحي الاجتماعي الإلزامي. وبعض البلدان النامية – وحتى تلك الفقيرة – قامت به بصورة أسرع نسبياً. واليمن لن تحتاج إلى عقود لتكثيف عدالة التمويل الصحي مع الرعاية الصحية الجيدة للجميع. إذا وجدت إرادة سياسية متزايدة بصورة واضحة والتزام بنظام التأمين الصحي الاجتماعي والوطني في اليمن وإذا أمكن تعبئة الدعم الفني الدولي عندها يمكن لليمن أن تعطي جميع مواطنيها في المستقبل المنظور رعاية صحية جيدة في حالة الحاجة وليس فقط بحسب المقدرة على الدفع. وهذا ما يعتزم التأمين الصحي الاجتماعي تحقيقه.

7- المطبوعات والمنشورات²²

- 1- أجيماج – جوا ، بيتر (1998) : قدرة ورغبة الناس على الدفع لرعايتهم الصحية – حالة مقاطعة لوسوتو في تنزانيا. إدارة الصحة الاستوائية والصحة العامة – جامعة هايدلبرج.
- 2- السروري ، AW وآخرين (2001): تقاسم التكلفة للرعاية الصحية الأولية في القطاع العام في اليمن – صنعاء (أوكسفام – وزارة الصحة العامة والسكان).
- 3- السروري ، AW – السفيناني بي (2005): تقرير استشارة لإدارة الجودة – صنعاء: وزارة الصحة العامة والسكان.
- 4- ارهين – تينكورانج ، داينا (2000): تعبئة الموارد للصحة: حالة إعادة مراجعة لرسوم المستخدمين ، سلسلة أوراق العمل لصحة الأمومة والطفولة الورقة رقم 6:WG3 واشنطن DC.
- 5- ارهين – تينكورانج ، داينا (2001): التأمين الصحي للقطاع الرسمي في أفريقيا: سمات التصميم والحماية من المخاطر وتعبئة الموارد. سلسلة أوراق العمل لصحة الأمومة والطفولة الورقة رقم 1 : WG3 واشنطن DC.
- 6- بارلديس ، كارمن ، كاريراس ، لوكاس (2003): الرغبة في الدفع لبطاقة صندوق صحة المجتمع في المقاطعة الريفية متوارا ، تنزانيا – دار السلام.
- 7- بارنج هاوسن ، تل ، سويربورن ، رينر (2002): مائة وثمانية عشر عاماً من نظام التأمين الصحي الألماني: هل هناك أي دروس للبلدان متوسطة وضعيفة الدخل؟ العلوم الاجتماعية والطب 54, S, 1595-1597.
- 8- كارن ، جوي (2002): التأمين الصحي الاجتماعي في البلدان النامية: تحدي مستمر. مجلة الضمان الاجتماعي العالمي 55 ، 57 – 69 ICCN : 0020-871X.
- 9- كارين ، جوي (2005 A): بنية نموذج المحاكاة الأساسي سيمينيس. لم يشار إلى مكان النشر.
- 10- كارين ، جوي (2005 B): بنية نموذج المحاكاة الأساسي سيمينيس. لم يشار إلى مكان النشر.
- 11- كارين ، جوي وكريس جيمس (2005): مؤشرات الأداء الرئيسية لتنفيذ التأمين الصحي الاجتماعي.

²² أدرجت قائمة كاملة للمطبوعات والمنشورات في الجزء الأول من تقرير دراستنا.