

التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن

تحليل تشريعي ومؤسسي

Social Health Insurance in Yemen

A Legislative and Institutional Analysis

د. ابتسام راشد الهويدي

أستاذ مشارك في التأمين

كلية التجارة والاقتصاد

جامعة صنعاء

Dr. Ebtisam Rashed Al-Howaidi

Associate Professor of Insurance

Faculty of Commerce and Economics

Sana'a University

ملخص

تناول هذه الدراسة واقع وإمكانية تفعيل نظام التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن، عبر تحليل الإطار القانوني المنظم له، ممثلًا في القانون رقم «9» لسنة 2011، إلى جانب تقييم البيئة المؤسسية والتمويلية للنظام الصحي القائم. وتركّز الدراسة على التحديات البنيوية التي تواجه تطبيق التأمين الصحي، خاصة في ظل التدهور الكبير في البنية التحتية الصحية وتراجع الإنفاق العام بعد عام 2015.

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، مستندة إلى بيانات وطنية صادرة حتى عام 2014، وتقارير نوعية من منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. كما استعرضت تجارب دولية مختارة لتقديم رؤية مقارنة. وخلصت إلى أن نجاح تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن يتطلب إصلاحات تشريعية ومؤسسية متوازية، وتوسيع قاعدة التغطية لتشمل الفئات غير المنظمة، إلى جانب ضمان الاستدامة التمويلية عبر أدوات مبتكرة، مثل الضرائب الصحية، وتطبيق تدريجي يستند إلى جاهزية البنية التحتية.

الكلمات المفتاحية: التأمين الصحي الاجتماعي، اليمن، قانون رقم 9 لسنة 2011، النظام الصحي، التمويل الصحي، الحماية الاجتماعية، العدالة الصحية.

Abstract

This study explores the current status and implementation potential of social health insurance in Yemen, focusing on the legal framework defined by Law No. 9 «2011», and evaluating the institutional and financial capacities of the existing health system. It highlights the structural challenges limiting the system's feasibility, particularly amid the deteriorating health infrastructure and reduced public investment since 2015.

Using a descriptive-analytical methodology, the study relies on official national data «pre-2014» and qualitative insights from reputable international organizations such as WHO and the World Bank. It also draws comparative lessons from selected international experiences.

The study concludes that implementing social health insurance in Yemen requires comprehensive legal and institutional reforms, phased rollout based on system readiness, expansion to include informal sector populations, and sustainable financing mechanisms, including health-related taxes.

Keywords: Social Health Insurance, Yemen, Law No. 9 of 2011, Health System, Health Financing, Social Protection, Health Equity.

1. الإطار العام

1-1. مقدمة

تُعدُّ أهداف الألفية التنموية مرجعيةً أساسيةً في رسم وتنفيذ السياسات الاقتصادية والاجتماعية في الدول النامية، لا سيَّما تلك التي تعتمد في برامجها التنموية على المساعدات الدولية والمعونات من منظمات التمويل ومنظومة الأمم المتحدة. وقد حددت هذه الأهداف ستة محاور، ثلاثة منها تتعلق مباشرة بالصحة، وهي: تقليل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بنسبة الثلثين بين عامي 1990 و2015، وتقليل وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع خلال نفس الفترة، وضمان وصول خدمات الصحة الإنجابية لجميع النساء بحلول 2015. أما الأهداف الأخرى فلها علاقة غير مباشرة بالصحة.

إن تحقيق هذه الأهداف يتطلب وجود نظام صحي فعَّال يتميز بالعدالة والكفاءة، إلى جانب توفر آليات تمويل كافية ومستدامة. واليمن، كغيرها من الدول، سعت إلى تحسين وضعها الصحي وبلوغ أهداف التنمية، لكنها واجهت تحديات متراكمة في الجوانب السكانية والاقتصادية والصحية. فالارتفاع الكبير في عدد السكان «بمعدل نمو سنوي يبلغ 3%»⁽¹⁾، إلى جانب انخفاض النمو الاقتصادي، أدى إلى تفشي البطالة، وزيادة العمالة غير المنظمة، وارتفاع مستويات الفقر، وتدهور مؤشرات الوضع الصحي بشكل عام. الأمر الذي يُحتمُّ اعتماد سياسة تنموية مستدامة تُولي اهتمامًا خاصًا بتنمية رأس المال البشري من خلال الاستثمار في الصحة والتعليم.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة أُعدَّت في ظل ظرف استثنائي تمرَّ به الجمهورية اليمنية منذ عام 2015، نتيجة النزاع المسلح والانقسام المؤسسي، وما ترتب عليه من توقف عدد من الأجهزة الإحصائية الوطنية وتراجع حاد في توفر البيانات الرسمية. وبناءً على هذه المحددات الموضوعية، تعتمد الدراسة على أحدث البيانات الوطنية المتاحة ما قبل اندلاع الصراع، إلى جانب تقديرات نوعية مستندة إلى تقارير منظمات أممية موثوقة كمنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، واليونسيف.

وعلى الرغم من هذا القيد، تبقى للدراسة أهميتها العملية والتحليلية، نظراً لتركيزها على الإطار القانوني والتشريعي المنظم لقانون التأمين الصحي الاجتماعي رقم «9» لسنة 2011، الذي لا يزال يشكّل المرجعية القانونية المعتمدة حتى اليوم، دون أن يطرأ عليه أي تعديل جوهري في فترة ما بعد الحرب.

وقد خضعت هذه الدراسة لمراجعة أكاديمية ولغوية شاملة في مايو 2025، بغرض تحديث عرضها وتقديمها للنشر العلمي، في ضوء ثبات الإطار القانوني واستمرار غياب البيانات الرسمية المحدثة بسبب الظرف الاستثنائي الذي تمر به البلاد، وهي تسعى إلى تقديم قراءة تحليلية نقدية لمكونات نظام التأمين الصحي الاجتماعي، وفرص تفعيله في السياق اليمني اليوم، استناداً إلى الواقع المؤسسي والتشريعي والاقتصادي، مع إقرار واعٍ بالتحديات البنيوية والظرفية التي تعيق تطبيقه.

2-1. مشكلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة في أن التأمين الصحي الاجتماعي يُعد من أهم الوسائل التي لجأت إليها الدول، على اختلاف أنظمتها الاقتصادية والسياسية، لتوفير الرعاية الصحية والعلاجية لمواطنيها، في ظل ارتفاع كلفة العناية الطبية وغياب العلاج المجاني. وقد بدأت اليمن التفكير في التأمين الصحي منذ عام 1990، نتيجة تدهور المؤشرات الصحية وعدم وجود برامج تأمين صحي، سواء خاصة أو مجتمعية. لذلك، أصبح التأمين الصحي الاجتماعي وسيلة مهمة لليمن لتوفير الرعاية الصحية والعلاجية وتحسين نوعيتها. وفي ضوء ما سبق، يمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- ما حجم الموارد المادية والبشرية للنظام الصحي؟ وهل تتناسب مع احتياجات السكان الطبية والعلاجية؟
- ما هي مؤشرات الوضع الصحي التي تعكس حجم المشكلة الصحية؟
- ما إمكانية نجاح نظام التأمين الصحي الاجتماعي في توفير الرعاية الصحية للمؤمن عليهم وأسرهم في ظل هذا الوضع؟

3-1. أهمية الدراسة

تُعد الصحة ركيزة أساسية للنمو الاقتصادي والاجتماعي، حيث إن تزايد المشكلات الصحية يؤدي إلى تدهور الإنتاج ونوعيته. وتتمثل كلفة المرض في توقف إنتاجية الشخص المصاب، إضافة إلى ما يُنفق من مال للتغلب على المرض⁽²⁾. وتأتي أهمية هذه الدراسة من كونها واحدة من الدراسات القليلة التي تتناول إمكانية نجاح التأمين الصحي الاجتماعي في توفير الرعاية الصحية للمؤمن عليهم.

4-1. هدف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تسليط الضوء على إمكانية نجاح التأمين الصحي الاجتماعي في تقديم خدمات صحية وعلاجية ذات جودة مناسبة للمؤمن عليهم وأسرهم، من خلال مناقشة وتحليل واقع النظام الصحي والوضع الصحي الراهن، استنادًا إلى المؤشرات والإحصائيات المتاحة.

5-1. حدود الدراسة

لم تُربط هذه الدراسة بإطار زمني محدد، نظرًا لعدم تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن حتى الآن، ولأنها تهدف إلى استكشاف الإمكانيات المادية والبشرية التي يمكن أن تسهم في نجاح هذا النظام في تقديم الرعاية الصحية للمؤمن عليهم. وبناءً عليه، ركزت الدراسة على تتبع تطور بنية النظام الصحي منذ بدء التوجه الرسمي نحو إصلاح القطاع الصحي خلال عقد التسعينيات، وتحليل مؤشرات الوضع الصحي من خلال الإحصائيات والتقارير الرسمية المتاحة.

6-1. منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، من خلال مراجعة الأدبيات المتعلقة بالتأمين الصحي الاجتماعي

وتحليل البيانات الإحصائية المتوفرة حول الإمكانيات المادية والبشرية للقطاع الصحي، بالإضافة إلى الوضع الصحي الراهن، بهدف استشراف مدى قابلية تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن. وقد واجهت الدراسة تحدياً جوهرياً تمثل في شح البيانات الإحصائية الرسمية المحدثة، نتيجة الأوضاع الأمنية والسياسية التي أدت إلى تعليق أو تقييد عمل الأجهزة الوطنية المعنية بجمع البيانات، مثل الجهاز المركزي للإحصاء ووزارة الصحة العامة والسكان في عدد من المناطق.

وفي ضوء هذه التحديات، تم اعتماد منهج وصفي تحليلي يستند إلى المحاور التالية:

- استخدام البيانات الوطنية الرسمية المتاحة حتى عام 2014 كحد أقصى لبعض المؤشرات.
- الاعتماد على تقارير وبيانات ثانوية حديثة صادرة عن منظمات دولية موثوقة «WHO، WB، UNICEF، UNDP».
- توظيف أدوات التحليل المؤسسي والتشريعي لتقييم مدى جاهزية الإطار القانوني والتنظيمي، خصوصاً وأن القانون رقم «9» لعام 2011 لم يتعرض لأي تعديل حتى تاريخ تجهيز الدراسة للنشر في 2025.

ويُعد التركيز على التحليل الهيكلي والتشريعي من أبرز مميزات هذا العمل، إذ يمكّن الباحث من تجاوز نقص البيانات الكمية من خلال تحليل نوعي معمق للإشكالات البنوية المتعلقة بالحوكمة، والتمويل، والبنية المؤسسية لنظام التأمين الصحي الاجتماعي المقترح.

7-1. الدراسات السابقة

بدأ الحديث عن التأمين الصحي في اليمن منذ عام 1990، وبدأت مناقشته رسمياً بين الحكومة والبرلمان ووزارة الصحة منذ عام 1998. ومع ذلك، لا يزال اهتمام الباحثين بهذا الجانب محدوداً، ولم تُنجز دراسات كافية تعالج موضوع التأمين الصحي الاجتماعي بعمق. ومن أبرز الدراسات المتوفرة في هذا السياق ما يلي:

- دراسة عام 2005 بعنوان «نحو نظام تأمين صحي وطني في اليمن»، أعدها فريق يمني بالتعاون مع GIZ، ومنظمة الصحة العالمية، ومكتب منظمة العمل الدولية. وقد شخّصت الدراسة الوضع الاقتصادي وأشارت إلى عدم قدرة غالبية السكان على تحمّل تكاليف المرض، كما عرضت عدداً من السيناريوهات المقترحة لنظام التأمين الصحي، مع بيان مزايا وعيوب كل منها. وتوصلت إلى ضرورة وجود دعم حكومي وغير حكومي لتمويل التأمين الصحي وتوفير حزمة مناسبة من المنافع.
- دراسة عبد الحكيم الشرجبي وآخرين «2004» بعنوان «برنامج اقتصاديات الصحة»، تناولت الوضع الصحي والمشكلات المعقدة التي يعاني منها النظام الصحي والخدمات الصحية، وخرجت بتوصيات تدعو إلى ضرورة تحسين وتوسيع نطاق الخدمات الصحية، إلى جانب أهمية تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

- ورقة عمل لعبد الكريم قاسم دماج «2006» بعنوان «الوضع الصحي في الجمهورية اليمنية ومجالات تأثير العولمة»، استعرضت الأوضاع المتدهورة للنظام الصحي، خصوصاً بعد تطبيق برنامج الإصلاح الاقتصادي والمالي والإداري في عام 1995، وما ترتب عليه من تقليص دعم الدولة للخدمات الأساسية، وعلى رأسها الصحة. وخلصت الورقة إلى ضرورة الاهتمام بقطاع الصحة من خلال تحديث المنظومة الصحية وتطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي.
- كما تناولت عدة دراسات عربية موضوع التأمين الصحي من زوايا مختلفة، وركزت على التحديات التي تواجه نظم العلاج على نفقة الدولة، والحاجة إلى تبني بدائل أكثر استدامة، ومن أبرز هذه الدراسات:
- دراسة سمير عبد الوهاب «2002» بعنوان «العلاج على نفقة الدولة: المشاكل والبدائل»، والتي أكدت على التزام الدولة بتوفير الرعاية الصحية للمواطنين، في مقابل عدم قدرة المستشفيات العامة على تلبية الطلب المتزايد، والارتفاع المستمر في تكاليف الرعاية الصحية، إضافةً إلى أن نحو 85% من المواطنين غير قادرين على تحمّل هذه التكاليف. كما أشارت إلى انخفاض الاعتمادات المخصصة للعلاج في الموازنة العامة نتيجة الظروف الاقتصادية المحدودة، مما جعل من الضروري البحث عن بدائل، أهمها تطوير النظام الحالي والأخذ بنظام التأمين الصحي الشامل لجميع شرائح المجتمع.
- دراسة طارق الغزالي «2003» حول «العلاج على نفقة الدولة في مصر»، حيث أشار إلى أن مسؤولية الدولة تتركز في الرعاية الوقائية والأولية، أما الأنواع الأخرى من الرعاية الصحية التي تتطلب تكاليف عالية ومستلزمات خاصة، فمن البديهي أن تتحملها جهات أخرى. وخلص إلى أن نظم التأمين الصحي تُعد الحل الأنسب لتحمّل تكلفة تقديم هذه الخدمات.
- دراسة حسين سليمان «2004» حول «التأمين الصحي في السودان»، والتي أشارت إلى أن توفير الرعاية الصحية كان سابقاً واجباً على الدولة وحقاً دستورياً للمواطن. لكن التطورات أثبتت أن الدولة لم تعد قادرة على الوفاء بالتزاماتها في تقديم العلاج بمستوياته المختلفة، الأمر الذي يستدعي البحث عن بدائل. وبيّنت الدراسة أن النظام الصحي في السودان يتكون من ثلاث مستويات: الرعاية الصحية الأولية، الرعاية الثانوية، والرعاية في المستوى الثالث، وأوصت الدولة بتوفير العلاج المجاني في المستوى الأول والأمراض المستوطنة، والاعتماد على التأمين الصحي العام والخاص في تغطية الرعاية الثانوية ذات التكلفة المرتفعة.
- دراسة منظمة الصحة العالمية «1985» التي ناقشت «مشكلات نقص الموارد الصحية وارتفاع تكاليفها» في الدول المتقدمة والنامية على حد سواء. وقد بيّنت الدراسة أن تزايد الاعتماد على خدمات المستشفيات أدى إلى تفاقم مشكلة تمويل الرعاية الصحية، ما دفع للتفكير في بدائل تمويلية. وخلصت إلى ضرورة تطبيق نظم التأمين الصحي لتخفيف العبء المالي عن الأفراد، وضمان التغطية الصحية الشاملة للمواطنين.

8-1. خطة الدراسة

تأسيسًا على ما تقدم، سيتم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول رئيسية، وذلك على النحو التالي:

الفصل الأول- الإطار العام للدراسة، ويشمل المقدمة، مشكلة الدراسة، منهجيتها، هدفها، وكذلك استعراض للدراسات السابقة التي تطرقت لهذا الموضوع.

الفصل الثاني- الخلفية التاريخية للتأمين الصحي الاجتماعي، ويشمل نشأة التأمين الصحي الاجتماعي، تطور مفهوم وأسس التأمين الصحي الاجتماعي، التأمين الصحي الاجتماعي في المعاهدات والاتفاقيات الدولية، نظم وتمويل التأمين الصحي الاجتماعي.

الفصل الثالث- تجارب بعض الدول في التأمين الصحي.

الفصل الرابع- نظام التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن، ويشمل الإطار القانوني للتأمين الصحي الاجتماعي في اليمن، والضرورة الملحة للحماية الاجتماعية ضد خطر لمرض.

الفصل الخامس- النتائج والتوصيات.

2. الخلفية التاريخية للتأمين الصحي الاجتماعي

يُعد التأمين الصحي من أولويات الحماية الاجتماعية لكل مواطن في أي مجتمع، إذ إن المرض يمثل أحد أهم المخاطر التي تهدد الإنسان منذ ولادته وحتى وفاته. وتكمن خطورته فيما يسببه للفرد من معاناة نفسية وجسدية، إلى جانب تهديد مركزه الاقتصادي، سواء من خلال تقليص دخله أو تحميله نفقات إضافية للعلاج والرعاية الصحية. ومن هنا، كانت المطالبة بتأمين الإنسان ضد مخاطر المرض مطلبًا إنسانيًا أساسيًا، وخطة مهمة نحو تمكين الفرد والمجتمع من تحقيق التنمية والرفاه.

1-2. نشأة التأمين الصحي الاجتماعي وتطوره

بدأ التأمين الصحي، كآلية لمواجهة أخطار المرض وإصابات العمل والأمراض المهنية، في الظهور خلال أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين في الدول الأوروبية، بعد نضال طويل خاضته الطبقة العاملة منذ اندلاع الثورة الصناعية. فقد بدأ التصنيع في أوروبا خلال القرن الثامن عشر، حيث حلت الآلة محل الجهد البشري، مما أدى إلى جذب أعداد كبيرة من سكان الريف نحو المدن الصناعية. ونتج عن ذلك تصاعد في المشكلات الاجتماعية والصحية، واشتدت الأخطار التي تهدد العمال، حيث تعرض الكثير منهم لأمراض مزمنة أو لإصابات عمل أدت إلى الإعاقة أو الوفاة، في ظل غياب نظم حماية فعالة آنذاك. وقد تم تقسيم مراحل تطور التأمين الصحي الاجتماعي كما جاء في معظم المراجع والأدبيات الخاصة بالتأمين الصحي الاجتماعي كما يلي:

المرحلة الأولى: قبل صدور التشريعات والقوانين المتصلة بالتأمين الصحي

قبل صدور التشريعات المنظمة للتأمين ضد مخاطر المرض والإصابات التي يتعرض لها العمال في

أماكن العمل، لم يكن للعامل حق قانوني في مطالبة صاحب العمل بالتعويض إلا إذا استطاع إثبات وجود خطأ تقصيري من جانب صاحب العمل. وكان هذا الأمر شديد الصعوبة، حيث غالبًا ما يعجز العامل عن إثبات المسؤولية، وبالتالي لا يحصل على أي تعويض. وقد عجز القانون المدني السائد آنذاك عن معالجة هذه الإشكاليات، نظرًا لقصور نصوصه وعدم مواكبتها للتطورات التي فرضتها الثورة الصناعية.

المرحلة الثانية: صدور التشريعات المنظمة للتأمين الصحي

تُعد الرعاية الطبية من أبرز القضايا التي تناولتها تشريعات التأمين الاجتماعي، وذلك عقب نضال طويل خاضته نقابات العمال في الدول الصناعية. وكان أول ظهور رسمي للتأمين الصحي في ألمانيا عام 1883، عندما صدرت أول وثيقة تأمين صحي نتيجة الضغط الذي مارسه الطبقة العاملة بدعم من النقابات. وفي عام 1884، صدر أول تشريع خاص بالتأمين ضد حوادث العمل.

وقد توسعت أنظمة التأمين الصحي في الدول الغربية خلال ثلاثينيات القرن العشرين، بينما ظهر التأمين الصحي الاجتماعي في دول أوروبا الشرقية في تسعينيات القرن ذاته. ومع تطور التشريعات القانونية، لم تعد أنظمة التأمين الصحي مجرد ملحقات بقوانين العمل، بل أصبحت تشمل معظم فئات القوى العاملة، في ظل تعذر تقديم الرعاية الصحية مجانًا بسبب ارتفاع تكلفتها.⁽³⁾

2-2. تطور مفهوم وأسس التأمين الصحي الاجتماعي

مرّ مفهوم التأمين الصحي الاجتماعي بمراحل تطور متعددة منذ أواخر القرن التاسع عشر، ولم يعد مقتصرًا على تغطية مخاطر الأمراض فقط أو فئات محددة من المجتمع، بل أصبح يشمل أيضًا الحوادث والإصابات، سواء المرتبطة بالعمل أو خارجه.⁽⁴⁾

ويتفق الباحثون على أن التأمين الصحي يُعد وسيلة لتعويض الفرد عن الخسارة المالية التي يتكبدها نتيجة وقوع المرض، وذلك من خلال توزيع هذه الخسارة على مجموعة كبيرة من الأفراد المعرضين لنفس الخطر. وبعبارة أخرى، كلما ازداد عدد الأفراد المشتركين في نظام التأمين، قلّ العبء المالي الذي يتحمله كل فرد في مواجهة ذلك الخطر. ولهذا، تتجه معظم الدول إلى تبني مبدأ إلزامية التأمين الصحي لكافة أفراد المجتمع، مما يسهل توزيع أعباء المرض على أكبر عدد ممكن من المواطنين.

وقد اتسع مفهوم التأمين الصحي الاجتماعي ليشمل، إلى جانب تغطية المرض وإصابات العمل والأمراض المهنية، ما يُعرف بـ «تأمين الأمومة»، والذي يوفر مزايا تتعلق بالخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمرأة قبل الولادة وبعدها. وتتمثل المزايا التي يغطيها التأمين الصحي الاجتماعي، بعد التطورات التي شهدتها المفهوم وتعديل معظم تشريعات التأمينات الاجتماعية، في نوعين رئيسيين:⁽⁵⁾

- مزايا عينية: مثل الرعاية الطبية المقدمة من أطباء عموميين وأخصائيين، الفحوصات المعملية، توفير الأدوية، إجراء العمليات الجراحية، تقديم خدمات التأهيل، توفير الأجهزة الصناعية،

وتكاليف الانتقال إلى المستشفيات.

- مزايا نقدية: وهي مبالغ تُمنح للمؤمن عليهم في حالات محددة لتعويضهم عن فقدان الدخل أو النفقات الناتجة عن المرض أو الأمومة.

3-2. التأمين الصحي في الاتفاقيات والمعاهدات الدولية

يتناول هذا الجزء أبرز المعاهدات والاتفاقيات الدولية والعربية ذات الصلة بمنظومة الحماية الاجتماعية ضد خطر المرض، وما تفرضه من التزامات على الدول تجاه توفير الرعاية الصحية للمواطنين. ومن أبرز هذه الوثائق:

المادة «25» من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان «1948»، والتي تنص على أن «لكل فرد الحق في مستوى معيشي ملائم يضمن له ولأسرته الصحة والرفاهية، بما في ذلك الغذاء والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية»، وتؤكد على مسؤولية الدولة في اتخاذ التدابير الكفيلة بضمان هذا الحق.

- المادة «12» من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية «1966»، والتي تقر بأن «لكل إنسان الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه». وقد حددت منظمة الصحة العالمية تسعة عناصر أساسية لضمان هذا الحق، وهي: أن تكون خدمات الرعاية الصحية متوفرة، ومتاحة، ومقبولة، ومنصفة، وميسورة الكلفة، وذات جودة، ومنسقة من حيث التخصص الطبي. ويُعد التأمين الصحي وسيلة محورية لضمان تغطية تكاليف هذه الخدمات.

- الاتفاقية الدولية رقم «102» الصادرة عن منظمة العمل الدولية «1952» بشأن الحد الأدنى لمعايير الضمان الاجتماعي، والتي تشمل عدة فروع من التأمينات الاجتماعية، منها: تأمين إصابات العمل، والشيخوخة، والعجز، والوفاة الطبيعية، والتأمين الصحي، وتأمين البطالة. كما أوصى مؤتمر العمل الدولي الأعضاء بضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية واتخاذ التدابير اللازمة لضمان حصول العاملين في القطاعات المختلفة على التأمين الصحي، وذلك من خلال:

- الاتفاقية رقم «24» لعام 1927 بشأن التأمين الصحي للعمال في الصناعة والتجارة وخدم المنازل.

- الاتفاقية رقم «25» لعام 1927 بشأن التأمين الصحي للعاملين في الزراعة.

- الاتفاقية رقم «56» لعام 1936 بشأن التأمين الصحي للبحارة.

- اتفاقية حقوق الطفل «1990»، والتي تُلزم الدول الأطراف بضمان توفير رعاية صحية شاملة للأطفال من الجنسين حتى سن الثامنة عشرة، باعتبار ذلك من الحقوق الأساسية غير القابلة للتجزئة.

- كما اعتبرت الاتفاقية العربية رقم «3» لعام 1971، الصادرة عن منظمة العمل العربية بشأن

«المستوى الأدنى للتأمينات الاجتماعية»، أن التأمين الصحي يُعد أحد فروع الضمان الاجتماعي الأساسية التي ينبغي أن تتوافق مع المعايير الدولية، بما في ذلك اتفاقيات جنيف ومقررات مؤتمرات العمل العربية والدولية.

وبموجب المعايير الدولية، يجب أن تُمنح العناية الطبية وتعويضات المرض للمؤمن عليهم، وأن تستمر طوال فترة المرض. وينبغي أن يوفر التأمين الصحي خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية في جميع الحالات المرضية، بغض النظر عن أسبابها، بما في ذلك حالات الحمل والولادة وما يرتبط بها من تبعات.⁽⁶⁾ والعناية الطبية التي يجب أن تُقدم في حالات الحمل والولادة للمؤمن عليها يجب أن تشمل الفحوصات والعناية أثناء فترة الحمل وعند الوضع وبعد الولادة والاستشفاء إذا دعت الضرورة بما في ذلك الطبابة العامة والمتخصصة، الزيارات للمنزل، العناية بالأسنان، العناية من قبل قابلة قانونية وباقي أجهزة الأمومة في المنزل أو المستشفى وعناية الممرضات في المنزل أو المستشفى أو خارجها.⁽⁷⁾

2-4. نظم وتمويل التأمين الصحي الاجتماعي

أولت منظمة العمل الدولية اهتمامًا مبكرًا بنُظم التأمين الصحي منذ بدايات القرن العشرين، نظرًا لأهميتها لكل من العمال وأصحاب الأعمال. وقد أقرت عبر العديد من مؤتمراتها مجموعة من التوصيات والاتفاقيات المتعلقة بتنظيم التأمين الصحي لمختلف فئات العاملين.

فقد نصت الاتفاقية رقم «24» لسنة 1927 على ضرورة أن تُدار نُظم التأمين الصحي من قِبل هيئات مستقلة، تخضع ماليًا وإداريًا لإشراف السلطة العامة المختصة، على ألا تهدف إلى تحقيق الربح. كما أكدت الاتفاقية على حق المؤمن عليهم في المساهمة في إدارة هذه الأنظمة، وفقًا لما يحدده التشريع الوطني في كل بلد.

ويُدار نظام التأمين الصحي الاجتماعي عادةً ضمن هيكل إداري ثلاثي المستويات يشمل:

- المستوى المركزي
- المستوى الإقليمي
- المستوى المحلي

وتعتمد هذه الأنظمة على بنية تحتية صحية تقدم خدمات الرعاية الطبية للمؤمن عليهم، من خلال طريقتين رئيسيتين: **النظام المباشر**: وهو الذي تقوم فيه هيئة التأمين الصحي بشراء الخدمات الطبية من المرافق والمراكز الصحية العامة التابعة للدولة، و**النظام غير المباشر**: والذي يقوم على التعاقد مع أطباء من مختلف التخصصات، أو مع مرافق صحية خاصة لتقديم الرعاية للمؤمن عليهم.⁽⁸⁾ أما من حيث التمويل، فإن التأمين الصحي الاجتماعي يُموّل عبر إسهامات مشتركة بين المؤمن عليهم، أصحاب الأعمال، والدولة. هذا بالإضافة إلى إمكانية فرض ضرائب محددة على دخول الأفراد أو أرباح أصحاب الأعمال لدعم النظام التأميني، كما تُلزم بعض النُظم المؤمن عليهم بدفع مبالغ رمزية عند

الحصول على الخدمة تُعرف بـ«الرسوم»، وهي مساهمة جزئية في تكلفة الخدمة الطبية. وتُعتبر هذه الرسوم أداة لضبط الطلب على الخدمات الصحية، وتفادي الاستخدام المفرط أو غير الضروري، مما يسهم في تخفيض التكاليف الكلية للنظام.

3. تجارب بعض الدول في التأمين الصحي

3-1. التأمين الصحي في أستراليا⁽⁹⁾

تُعد أستراليا من الدول التي تُوفر تغطية صحية شاملة لكافة مواطنيها، حيث تنطلق الحكومة في تنفيذ سياساتها الصحية عبر أنظمة تأمين متعددة، تمنح المواطنين حرية الاختيار بين أكثر من نظام للحصول على الرعاية الصحية التي يحتاجونها. وتتمثل أنظمة التأمين الصحي في أستراليا فيما يلي:

- التأمين الصحي الحكومي «Public Health Insurance»: تأسس هذا النظام في عام 1973، وتتولى الدولة تنظيمه والإشراف عليه ومراقبته. وقد خضع لعدة تعديلات بما يتناسب مع المتغيرات والاحتياجات المجتمعية. يشمل هذا النظام جميع الخدمات الصحية المقدمة في المراكز والمستشفيات الحكومية، وتُقدم هذه الخدمات بالمجان. كما يغطي النظام جميع المقيمين في أستراليا، سواء كانوا مواطنين أو أجنب مقيمين بشكل قانوني. ويتم تمويله عبر اقتطاعات ضريبية بموجب قانون الضرائب الصادر عام 1990.
- نظام التأمين الصحي الخاص «Private Insurance System» يُعدّ هذا النظام خيارًا إضافيًا للمواطنين الراغبين في الحصول على رعاية صحية خاصة بمزايا إضافية. ويُشرف عليه القطاع الخاص من خلال شركات تأمين تجارية، حيث يدفع المشتركون فيه مساهمات مالية إضافية، إلى جانب ما يُقتطع منهم لصالح التأمين الإلزامي.⁽¹⁰⁾ ويوفر هذا النظام حرية الاختيار في نوعية الخدمات والمرافق الطبية، كما يتيح للمستفيدين استخدام مرافق الرعاية الصحية العامة إذا رغبوا بذلك.

3-2. التأمين الصحي في اليابان⁽¹¹⁾

بدأ تطبيق نظام التأمين الصحي في اليابان عام 1922، وكان موجّهًا في بدايته للعمال والموظفين فقط. ومع اقتراب الحرب العالمية الثانية، اتخذت الدولة خطوات جادة لتوفير تغطية صحية شاملة لمواطنيها. وقد خضع القانون المنظم للتأمين الصحي في اليابان لسلسلة من التعديلات التي ساهمت في تحسين الخدمات الصحية كماً ونوعاً، رغم تزايد الطلب عليها. ويتميّز النظام الياباني بالاستمرارية، والعدالة، والتكامل، ويقوم على مبدأ اعتبار الرعاية الصحية حقًا للجميع، مواطنين وأجانب، ضمن منظومة دولة الرفاه.

ويتم تمويل نظام التأمين الصحي الياباني من خلال مساهمات الأفراد، بالإضافة إلى الدعم الحكومي المباشر. وينقسم النظام إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

- **التأمين الصحي الوطني:** يشمل العاملين خارج القطاع الرسمي، مثل المزارعين، والعمال في المشاريع الصغيرة، والمتقاعدين، والطلاب الأجانب.
- **تأمين العمال:** يغطي العاملين في المؤسسات الرسمية أو غير المشمولين ضمن التأمين الصحي الوطني.
- **تأمين كبار السن:** أنشئ في عام 1983 بهدف تخفيف العبء المالي على كبار السن، ويشمل الأشخاص الذين يبلغون 70 عامًا فأكثر، إضافة إلى كبار السن من ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم بين 65-69 عامًا.⁽¹²⁾

3-3. التأمين الصحي في الأردن

تعتمد الأردن في تقديم الرعاية الصحية على نظامي تأمين رئيسيين:

- نظام التأمين الصحي الحكومي: أنشأت الحكومة الأردنية عدة صناديق للتأمين الصحي، تعتمد على نظام الشرائح الاجتماعية، حيث يتم اقتطاع مبالغ مالية من المشتركين كاشتراكات شهرية. ويتفاوت مستوى الإقامة في المستشفيات تبعاً للدرجة الوظيفية للمريض. فعلى سبيل المثال، يُخصّص لموظفي الدرجة الأولى — مثل الوزراء، وأعضاء مجلس الأمة، وموظفي الفئة العليا ومنتسبيهم — غرف بسرير واحد، في حين يُخصّص لموظفي الدرجة الثالثة، وغير القادرين، والمعاقين، والمتبرعين بالأعضاء، وغيرهم من المنتفعين، غرف تضم ثلاثة أسرّة أو أكثر.
- نظام التأمين الصحي الخاص: يُدار على أساس تجاري ربحي، وتتميز الخدمات المقدمة فيه بجودة أعلى مقارنة بالخدمات الحكومية. ويمنح المنتفعون حرية أوسع في اختيار المراكز والمستشفيات الصحية. إلا أن ارتفاع تكاليف هذا النظام يحول دون استفادة فئات اجتماعية واسعة منه، مما يُبقيها خارج نطاق التغطية الصحية.

4-3. التأمين الصحي في السودان⁽¹³⁾

بدأ تطبيق نظام التأمين الصحي في السودان رسمياً بصدور المرسوم المؤقت لسنة 1994، قبل أن يُعدّل لاحقاً بموجب قانون الهيئة العامة للتأمين الصحي لسنة 2000، والذي نصّ على إنشاء هيئات تأمين صحي في كل ولاية، بإشراف مجلس إدارة متخصص ومدير تنفيذي وفريق مساعد. ورغم وجود مبادرات سابقة على مستوى الولايات لسد النقص في الخدمات الصحية، فقد أسهم القانون في تنظيم التأمين بشكل مؤسسي. ويتم تمويل التأمين من خلال اشتراكات المؤمن لهم، إلى جانب موارد من مصادر متعددة. ويُلزم القانون الفئات التالية بالتأمين الصحي:⁽¹⁴⁾

- العمال وأسرهم.
- أرباب المعاشات وأسرهم.
- الأسر الفقيرة.
- أسر الشهداء.
- العاملون لحسابهم الخاص.

وبنهاية عام 2009، بلغت نسبة التغطية التأمينية 39.2% من إجمالي السكان المستهدفين، وبلغ عدد المرافق الصحية المقدمة للخدمة 834 مرافقًا، موزعة على 22 ولاية.

3-5. التأمين الصحي في مصر

بدأ تطبيق التأمين الصحي في مصر عام 1964، واستُهدف حينها نحو 140 ألف مواطن. وقد توسعت التغطية تدريجيًا لتشمل اليوم ما يقارب 37 مليون شخص، منهم 27 مليونًا مشمولون بالقانون، و10 ملايين طفل مؤمن عليهم بموجب قرارات وزارية. وتُقدَّر نسبة التغطية التأمينية بنحو 53% من السكان. وتتعدد نظم التأمين الصحي في مصر إلى ستة أنظمة رئيسية:⁽¹⁵⁾

- **تأمين موظفي الحكومة:** يساهم المنتفع بنسبة 0.5%، وصاحب العمل بنسبة 1.5% شهريًا، مع رسوم رمزية تشمل:
 - 50 قرشًا للكشف لدى الممارس العام.
 - جنيه واحد للكشف عند الأخصائي.
 - 50 قرشًا لكل يوم علاج بالمستشفى.
 - 2 جنيه لزيارة المنزل.
 - 50% من تكلفة الأجهزة التعويضية.
- **تأمين موظفي الحكومة وعمال القطاعين العام والخاص:** الاشتراك: 1% من المنتفع، 3% من صاحب العمل، بدون رسوم إضافية.
- **تأمين أصحاب المعاشات:** يدفع صاحب المعاش 1% شهريًا دون رسوم أو مساهمات إضافية.
- **تأمين الأرامل:** الاشتراك بنسبة 2% شهريًا، دون رسوم أو مساهمات.
- **تأمين طلاب المدارس:** يتم عبر اشتراك سنوي قدره 4 جنيهات للأسرة، و12 جنيهًا مساهمة من الدولة لكل طالب، ويشمل إعفاء الأمراض المزمنة. وتُفرض رسوم رمزية كـ10 قروش على كل عربة سجاثر.
- **تأمين المواليد قبل سن المدرسة:** يشمل اشتراكًا سنويًا اختياريًا مقداره 5 جنيهات، مع دعم من الدولة مرة واحدة، ويشمل إعفاءً للأمراض المزمنة، ورسومًا على بعض الخدمات خارج المستشفى.⁽¹⁶⁾

4. نظام التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن

يُعاني الوضع الصحي في اليمن من تدهور مزمن ومستمر منذ سنوات، مما يُبرز الحاجة الملحة لتطبيق نظام تأمين صحي اجتماعي فعال. وتستند أهمية هذا النظام إلى عدة عوامل رئيسية:

- **الالتزام القانوني والدولي:** فالدولة مُلزَمة بموجب الدستور والمعاهدات الدولية التي صادقت عليها، بتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين، خاصة الفئات الضعيفة وغير القادرة.
- **العجز المالي لدى المواطنين:** الغالبية العظمى من أفراد المجتمع غير قادرين على تحمّل

- تكاليف العلاج والرعاية الصحية، ما يدفعهم إلى التعايش مع المرض دون علاج.
- تخفيف العبء المالي: يُساهم التأمين الصحي في تخفيف الأعباء المالية عن طالبي الخدمة الصحية الذين يتحملون حالياً النسبة الأكبر من التكلفة.
- تحفيز المنافسة وتحسين الجودة: من شأن تطبيق التأمين الصحي أن يُسهم في تحسين أداء النظام الصحي، من خلال تعزيز التنافس بين القطاعين العام والخاص، وتوسيع نطاق الخدمات الصحية، وتحسين نوعيتها، وإدخال خدمات علاجية متقدمة.

1-4. الإطار القانوني للتأمين الصحي الاجتماعي في اليمن

تُعد حماية الصحة العامة من الأولويات التي تنسجم مع ما نصت عليه الاتفاقيات الدولية التي صادقت عليها اليمن، ومع الدستور اليمني، الذي يُلزم الدولة بتوفير الخدمات الوقائية مجاناً لجميع المواطنين، وتنظيم تقديم الخدمات العلاجية الأخرى بشكل عادل ومنصف. وفي هذا السياق، جاء قانون التأمين الصحي الاجتماعي ليُجسّد هذا الالتزام في صورة تشريع ملزم ينظم آليات التأمين الصحي على المستوى الوطني.

1-1-4. القانون رقم «9» لسنة 2011 بشأن التأمين الصحي الاجتماعي

نص قانون التأمين الصحي الاجتماعي رقم «9» لسنة 2011 على كفالة التأمين ضد أخطار المرض وإصابات العمل «المادة 5»، إضافة إلى تأمين الأمومة. ويحدد القانون آليات التمويل، ونطاق التطبيق، والفئات المستفيدة، والمزايا التأمينية التي يكفلها النظام، وهي الأمور التي سنقوم باستعراضها كالتالي:

1-1-1-4. تمويل نظام التأمين الصحي

وفقاً للمادة «7» من القانون، تتكون مصادر تمويل التأمين الصحي الاجتماعي من:

- الاشتراكات الشهرية التي تُحصّل من طرفي علاقة العمل:
- لا تقل مساهمة صاحب العمل عن 6% من الأجر الكامل للمؤمن عليه.
- لا تزيد مساهمة العامل أو الموظف عن 5% من أجره الكامل.
- غرامات التأخير المفروضة على أصحاب العمل نتيجة عدم الالتزام بسداد الاشتراكات في مواعيدها.
- ريع استثمارات أموال التأمين الصحي.
- المعونات والهبات والموارد الأخرى التي لا تتعارض مع أحكام القانون.

2-1-1-4. نطاق تطبيق التأمين الصحي

يسري قانون التأمين الصحي الاجتماعي رقم «9» لسنة 2011 على الفئات التالية:⁽¹⁷⁾

- الموظفون في وحدات الخدمة العامة.
- العاملون لدى أصحاب العمل الخاضعون لقانون العمل.

- المتقاعدون.
- العمال من غير اليمينيين العاملين لدى وحدات الخدمة العامة أو لدى أصحاب عمل بموجب عقود لا تقل مدتها عن سنة، وذلك دون الإخلال بأحكام أي اتفاقية دولية تكون اليمن طرفاً فيها.

ويجوز، بقرار من مجلس الوزراء، شمول الفئات التالية بمزايا التأمين الصحي:⁽¹⁸⁾

- الموظفون أو العمال الذين انتهت خدماتهم بسبب بلوغهم سن التقاعد القانوني أو بسبب العجز نتيجة المرض، دون أن يكون لهم معاش تقاعدي، بشرط الاستمرار في دفع الاشتراكات.
- الموظفون أو العمال الذين انتهت خدماتهم لأي سبب قبل صدور القانون، ولم يكن لهم معاش تقاعدي، بشرط دفع الاشتراكات المقررة.
- وريثة الموظف أو العامل المتوفى، إذا كانوا يتقاضون معاشاً تقاعدياً من أحد صناديق التقاعد، وذلك وفقاً لما تحدده اللائحة التنفيذية من أسس وشروط.
- وريثة المتقاعد المتوفى، إذا كانوا يتقاضون معاشاً تقاعدياً من أحد صناديق التقاعد.

كما يمكن أن يكون التأمين الصحي اختيارياً لأي فئة لم يشملها القانون، مثل:

- أرباب الأعمال.
 - العاملين في الخارج.
 - العاملين في القطاع غير المنظم «مثل عمال الزراعة والصيد وغيرهم»
- ويجوز لمجلس الوزراء إقرار استفادة هذه الفئات من النظام التأميني وفقاً لأحكام القانون، كما اشترط المشرع أن يُطبق هذا القانون على الفئات المستهدفة بصورة تدريجية ومرحلية، وفق السياسات والخطط التي تُعدّها الهيئة العامة للتأمين الصحي، مع مراعاة الإمكانيات المحدودة للعلاج والاعتبارات المالية.

حالات وقف سريان تأمين المرض «المادة 10»

يُوقف سريان التأمين الصحي المتعلق بالمرض في الحالات الآتية:

- خلال مدة عمل المؤمن عليه لدى جهة لا تخضع لأحكام القانون.
- عند انتهاء خدمة المؤمن عليه دون استحقاق معاش تقاعدي وتوقفه عن دفع الاشتراكات.
- خلال مدد الإجازات والإعارات التي يقضيها المؤمن عليه خارج البلاد، باستثناء المهمات الرسمية، علماً أن هذا الاستثناء لا يسري على أعضاء السلك الدبلوماسي اليمني العاملين في الخارج.

3-1-1-4. مزايا قانون التأمين الصحي الاجتماعي

يضمن قانون التأمين الصحي الاجتماعي تغطية تأمينية شاملة ضد المرض وإصابات العمل، تتجسد في

مجموعة من المزايا العينية التي تُمنح للمؤمن عليهم، وتشمل:⁽¹⁹⁾

- الكشف الطبي لدى أطباء العموم، والأخصائيين، والاستشاريين في الجهات الطبية المعتمدة.
- نفقات العلاج والإقامة في المؤسسات العلاجية في الحالات العادية والطارئة، بما في ذلك وحدات العناية المركزة.
- توفير الأدوية والمستلزمات الطبية، إضافة إلى الخدمات التشخيصية كالفحوصات والتحليل المخبرية والإشعاعية.
- إجراء العمليات الجراحية، باستثناء جراحة التجميل غير الناتجة عن إصابة عمل.⁽²⁰⁾
- رعاية الأمومة، وتشمل العناية بالمؤمن عليها أثناء الحمل والولادة، بالإضافة إلى رعاية حديثي الولادة والحدج.
- العلاج الأساسي للأسنان، مع استثناء زراعة الأسنان وتقويمها، ما لم تكن ناتجة عن إصابة عمل.
- العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل، وتوفير الأطراف والأجهزة الصناعية والتعويضية، بما في ذلك العدسات الطبية.
- تغطية الأمراض المزمنة والمستعصية، مثل أمراض القلب، والكلى، والكبد، والسرطان، والمخ، والاضطرابات النفسية.

وتُقدّم هذه الخدمات من خلال التعاقد مع مقدمي الخدمات الصحية من القطاعات الحكومية، أو الخاصة، أو الأهلية، وفقاً لشروط التأهيل، ومعايير الاعتماد، وقواعد وإجراءات المفاضلة بين المتقدمين.⁽²¹⁾ ومن خلال استعراض تمويل النظام، ونطاق تغطيته، والمزايا التأمينية التي يوفرها، فإن الباحث يرى ضرورة رصد جوانب القوة والقصور في قانون التأمين الصحي الاجتماعي اليمني، والتي سيتم استعراضها على النحو التالي:

4-1-1-4. الجوانب الإيجابية لقانون التأمين الصحي الاجتماعي

- صدور القانون يمثل مكسباً نوعياً لمنظومة الحماية الاجتماعية، ويتمشى مع نص المادة «55» من الدستور اليمني التي تنص على أن: تتكفل الدولة بتوفير الضمانات الاجتماعية لكل المواطنين في حالات المرض، والعجز، والبطالة، والشيخوخة.
- تخفيف الأعباء المالية على الموظفين، والعمال، والمتقاعدين، من خلال توزيع تكلفة المرض بشكل تكافلي بين الأصحاء والمرضى، وبين أصحاب الرواتب العالية وذوي الدخل المحدودة.
- عدم إلغاء البرامج الصحية الخاصة في بعض المؤسسات، إذ نصت المادة «4/ج» على أن القانون لا يمس بالمزايا الصحية القائمة داخل بعض الجهات، بل يعززها، مما يعكس توجهاً تكاملياً.
- الانفتاح على جميع مزودي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص والقطاع الأهلي، بما يفتح المجال أمام المنافسة وتحسين نوعية وجودة الخدمات المقدمة للمؤمن عليهم.
- توسيع نطاق التغطية لتشمل جميع أفراد أسرة المؤمن عليه، وليس فقط الشخص المؤمن عليه، وهو ما يُعتبر خطوة متقدمة مقارنة ببعض التشريعات العربية الأخرى التي بدأت بتغطية

فردية.

- شمول المتقاعدين بالتأمين الإلزامي، وهو ما يُعد من أبرز مزايا القانون، نظرًا لكون هذه الشريحة من الأكثر احتياجًا للخدمات الصحية بسبب أمراض الشيخوخة وكبر السن.
- تطبيق تدريجي ومرحلي للتأمين، بحيث يتناسب مع الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة، ويُسهّم في ضمان جودة واستدامة الخدمات الصحية المقدمة.

4-1-1-5. جوانب الضعف في قانون التأمين الصحي الاجتماعي

رغم الإيجابيات التي يتمتع بها قانون التأمين الصحي الاجتماعي رقم «9» لسنة 2011، إلا أنه يتضمن عددًا من أوجه القصور والثغرات التي قد تُضعف من فعاليته وتُقيّد قدرته على تحقيق أهدافه. ويمكن تلخيص أبرز جوانب الضعف في النقاط التالية:

- غياب الأهداف الاجتماعية الواضحة، لا سيما فيما يتعلق بشمول شرائح المجتمع الفقيرة والضعيفة التي تُعد الأكثر حاجة إلى الحماية الصحية، وهو ما يُعد تقصيرًا في التوجه الاجتماعي للقانون.

- عدم تحديد نسب الاشتراك بدقة، حيث اكتفى القانون بتحديد حد أدنى لاشتراك صاحب العمل وحد أقصى لمساهمة المؤمن عليه، دون تحديد نسب ثابتة وواضحة، مما يُحدث فراغًا تشريعيًا في هذا الجانب.

- غياب التفصيل في نطاق الخدمات الصحية المغطاة، حيث لم يراع القانون التطور الكبير في التدخلات الطبية، ولا سيما في مواجهة الأمراض الخطيرة والكوارث الصحية ذات التكاليف المرتفعة. كما أنه لم يُشر إلى إمكانية العلاج في الخارج للحالات التي يتعذر علاجها داخل البلاد.

- إغفال المزايا النقدية للمؤمن عليه، مثل تعويض الأجر أثناء المرض، وتعويض الحمل والولادة، ومصاريف التنقل إلى مراكز العلاج، وهي مزايا أساسية في الأنظمة الحديثة للتأمين الصحي.

- عدم تناول مسألة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، إذ لم يتطرق القانون إلى وضع آلية أو مؤشرات مرنة لمواكبة الزيادات المستمرة في أسعار العلاج والخدمات الطبية.

- قصور في تنظيم المساهمات المالية للمؤمن عليهم، فقد اكتفى القانون بفرض مساهمة على الأدوية بنسبة لا تتجاوز 15٪، واستثنى أدوية الأمراض المزمنة والجراحية،⁽²²⁾ دون تحديد أي مساهمات للمؤمن عليهم في رسوم الكشف أو تكاليف الإقامة في المستشفيات. هذا القصور قد يؤدي إلى الإفراط في استخدام الخدمات الطبية دون حاجة حقيقية، مما يُفاقم أعباء النظام ويُعرض لضغوط مالية مستمرة.

- غياب تنظيم النفقات التشغيلية، حيث لم يحدد القانون نسبة مخصصة لإدارة النظام، وترك ذلك للاتحة التنفيذية، مما يُثير مخاوف من تكرار تجربة نظام التأمين الاجتماعي القائم، الذي يعاني من ارتفاع النفقات الإدارية على حساب الخدمات المباشرة.

- عدم التأسيس لمصادر تمويل إضافية مستدامة، مثل فرض ضرائب مخصصة للصحة على التبغ، والقات، والمنتجات الملوثة للبيئة، وغيرها من الأدوات التمويلية الممكنة لدعم استقرار النظام على المدى الطويل.

2-4. الضرورة الملحة للحماية الاجتماعية ضد خطر المرض

في ظل غياب نظام علاج مجاني شامل في اليمن، ومع العجز الواضح لدى الغالبية العظمى من السكان عن تحمّل الأعباء المترتبة على المرض - نتيجة انخفاض متوسط الدخل وارتفاع تكاليف الخدمات الطبية والعلاجية - تصبح الحاجة إلى نظام تأمين صحي اجتماعي ضرورة وطنية ومجتمعية ملحة، يهدف إلى توفير خدمات طبية وعلاجية للمؤمن عليهم وأسره بمجودة مناسبة وتكلفة ميسرة.

ومع ذلك، فإن النظام الصحي القائم، إلى جانب الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والسكانية، يشكّل مجموعة من التحديات الكبرى التي تعيق تحقيق أهداف التأمين الصحي الاجتماعي على المدى القصير والمتوسط.

3-4. نشأة النظام الصحي اليمني⁽²³⁾

بدأ النظام الصحي في اليمن خلال منتصف ستينيات القرن الماضي، في بيئة تتسم بالفقر وضعف البنية التحتية، وقد ركز في بداياته على الجانب العلاجي دون إعطاء الأهمية الكافية للجانب الوقائي. ومع تنامي الوعي الصحي في العقدين الأخيرين من القرن العشرين، أُطلقت مجموعة من البرامج التي تُعنى بالرعاية الصحية الأولية، كان من أبرزها برنامج التحصين الموسع، ومشروع رعاية الأسرة، ومشروع الأمومة والطفولة، ومشروع صحة الأسرة، بالإضافة إلى مشروع المياه النقية وصحة البيئة، وهي مبادرات هدفت إلى تحسين المؤشرات الصحية العامة وتعزيز مفهوم الوقاية في النظام الصحي. وقد ساهمت هذه البرامج في تحقيق تحسن متواضع في مؤشرات الوضع الصحي، إلا أنها لم تكن كافية لتغطية الاحتياجات المتزايدة للسكان.

ويتكوّن النظام الصحي اليمني من عدة مكونات، نُجملها كما يلي:

1-3-4. القطاع الصحي العام

يُعد القطاع الصحي العام في اليمن الأكبر من حيث الحجم والانتشار، وقد شهد نموًا كميًا ملحوظًا خلال العقود الأخيرة. إلا أنه، في نهاية تسعينيات القرن الماضي، كان يتكوّن من⁽²⁴⁾: خمسة عشر مستشفى عامًا بسعة سريرية إجمالية بلغت 375 سريرًا، واثنى عشر مستشفى صغيرًا على مستوى المحافظات بسعة 1056 سريرًا، بالإضافة إلى 111 مستشفى على مستوى المديرية بسعة بلغت 2775 سريرًا. كما ضم النظام آنذاك 614 مركزًا صحيًا، إلى جانب 2028 وحدة رعاية صحية، شملت منشآت مؤقتة ودائمة.

وفيما يخص الموارد البشرية الصحية، تشير إحصائية صادرة عن وزارة الصحة العامة لعام 2000 إلى

أن التوزيع لكل عشرة آلاف نسمة كان بواقع 3.5 طبيب، و0.23 طبيب أسنان، و3.8 ممرضين وقابلات، و0.54 صيدلي.

جدول «1»

مكونات المجال الصحي «القطاع العام» للعام 2011

183	مستشفى مديرية	2	مستشفى مرجعي
14,803	أسرة مستشفيات المديريات	54	مستشفى عام
852	مراكز صحية	1,343	أسرة مستشفيات عامة
49	أسرة مراكز صحية	2,929	وحدات رعاية صحية أولية
		39	مجمع صحي

المصدر: تقرير الإحصاء الصحي السنوي للعام 2011.

أما في آخر إحصائيات متاحة،⁽²⁵⁾ وكما يوضحها الجدول «1»، فقد توسعت المكونات الأساسية للقطاع الصحي العام لتشمل مستشفين مرجعيين، و54 مستشفى عامًا بطاقة سريرية إجمالية بلغت 1,343 سريرًا، بالإضافة إلى 183 مستشفى على مستوى المديريات بسعة 14,803 سريرًا. كما بلغ عدد المراكز الصحية 852 مركزًا تحتوي على 49 سريرًا فقط، في حين وصل عدد وحدات الرعاية الصحية الأولية إلى 2,929 وحدة، إضافة إلى 39 مجمعًا صحيًا موزعة في عدد من المناطق.

كما أشارت الإحصائيات إلى أن إجمالي القوى العاملة الطبية التخصصية في القطاع الصحي العام بلغ 10,543 طبيبًا. فيما بلغ إجمالي العاملين الإداريين في القطاع الصحي العام 10,511 موظفًا، ويوضح الجدول «2» توزيع هذه القوى العاملة بالتفصيل.

جدول «2»

القوى العاملة التخصصية في المجال الصحي «القطاع العام» للعام 2011

87	أخصائي تخدير	4,804	أطباء العموم
36	أطباء نفسيين	1,645	أخصائيين
24	أخصائي تغذية	1,146	ممرضين
19	غير محدد التخصص	1,058	أخصائي مختبرات
18	طب مجتمع	994	صيادلة

16	أخصائي علاج طبيعي	572	أطباء الأسنان
2	طبيب فيزيائي	122	صحة عامة
10,543			
إجمالي القوى العاملة الطبية التخصصية في القطاع الصحي العام			
3,376	خدمات معاونة وأخرى	6,704	الإداريين
10,511			
إجمالي الإداريين العاملين في القطاع الصحي العام			

المصدر: تقرير الإحصاء الصحي السنوي للعام 2011.

من خلال استعراض بيانات الجدول «2»، يمكن استخلاص عدد من الملاحظات المهمة التي تعكس واقع الكادر الطبي في القطاع الصحي العام. حيث:

- يُعد حجم الكادر، المُقدَّر بـ 10,608 فردًا، متواضعًا للغاية عند مقارنته بعدد السكان الذي بلغ نحو 23.9 مليون نسمة وفقًا لتقديرات عام 2011، وهو ما يعكس عجزًا واضحًا في تلبية الاحتياجات الصحية على المستوى الوطني.
- يُلاحظ وجود نقص حاد في عدد من التخصصات الطبية الحيوية، مثل أطباء الصحة العامة، والأطباء النفسيين، وأخصائيو العلاج الطبيعي، والأشعة، والتغذية، بالإضافة إلى أطباء التخدير. كما يبرز الغياب شبه الكامل لتخصصات دقيقة وأساسية، مثل طب التأهيل والفيزياء، والأطراف الصناعية.
- ويزداد هذا الوضع تعقيدًا في ظل الندرة الواضحة لأطباء التخصص في مختلف مجالات الطب، الأمر الذي يدفع البلاد إلى الاستعانة بخبرات طبية من الخارج، إما من خلال سفر المرضى للعلاج خارج البلاد، أو باستقدام أطباء متخصصين من دول أخرى للعمل مؤقتًا في بعض المستشفيات والمراكز الطبية لتقديم الخدمات العلاجية اللازمة. هذا الواقع يسلب الضوء على هشاشة البنية التخصصية في النظام الصحي، ويفرض تحديات جدية أمام أي محاولة لتوسيع نطاق الخدمات أو تطوير جودتها.

جدول «3»

الفنيون المؤهلين والقوى العاملة الأخرى في المجال الصحي «القطاع العام» للعام 2011.

503	دبلوم صحة عامة	11,540	فني تمريض
368	فني تخدير	4,115	قابلات
335	فني أسنان	2,922	مرشد أو مرشدات

331	فني عمليات	2,562	مساعد طبيب
204	إحصاء صحي	1,919	فني مختبرات
172	فني أجهزة طبية	1,420	فني صيدلي
101	الكادر الأجنبي	863	فني أشعة
60	فني علاج طبيعي وأطراف	813	أخرى
10,543			
إجمالي القوى العاملة المساعدة في القطاع الصحي العام			

المصدر: تقرير الإحصاء الصحي السنوي للعام 2011.

أما بيانات الجدول «3»، والتي توضح أعداد القوى العاملة المساعدة في القطاع الصحي العام، فيمكن عن طريقها استخلاص الملاحظات التالية:

- شهدت بعض فئات القوى العاملة المساعدة، مثل الممرضين والقابلات، تنامياً ملحوظاً مقارنة بعقد التسعينيات، ما يُشير إلى جهود متواصلة لتعزيز هذه الفئات الحيوية في تقديم الرعاية الصحية.

- ورغم هذا التنامي، فإن الحجم الكلي للقوى المساعدة لا يزال محدوداً، ولا يُواكب النمو السكاني أو حجم الخدمات المطلوبة، مما يُشكل فجوة هيكلية في النظام الصحي تؤثر سلباً على كفاءة تقديم الرعاية الصحية.

كما تتوزع مستويات تقديم الرعاية الصحية في القطاع العام حسب نوع المنشأة وموقعها، وتشمل ما يلي:

- **المستشفيات المرجعية:** تقدم رعاية تخصصية لحالات السرطان، وأمراض القلب، والكلى، بالإضافة إلى خدمات طبية متقدمة لأمراض الباطنية، والدم، والجراحة، وأمراض الأطفال، والحمل والولادة.

- **المستشفيات العامة على مستوى المحافظات:** تقدم خدمات طبية للأمراض غير السارية والمزمنة، والتعامل مع حالات الأطفال والحمل والولادة، بالإضافة إلى خدمات نقل الدم، والأشعة، والمختبرات، إلى جانب الاستجابة لحالات الطوارئ.

- **مستشفيات المديرية:** تركز على تقديم الرعاية الصحية للأمراض السارية، إلى جانب خدمات المختبرات، والأشعة، ومتابعة حالات الطفولة والحمل والولادة.

- **المراكز والوحدات الصحية «الثابتة أو المؤقتة»:** تُعنى بتقديم الرعاية الصحية الأولية، كالتطعيم، ومكافحة الإسهالات، والملاريا، والسل، وسوء التغذية، إضافة إلى برامج تنظيم الأسرة.

وفيما يتعلق بالخدمات الجراحية، فإنها تتركز في بعض المستشفيات العامة الواقعة في مراكز المحافظات الكبرى مثل: أمانة العاصمة، عدن، تعز، الحديدة، ولحج. أما خدمات الطوارئ، فتقدمها بعض المستشفيات في مراكز المحافظات، وتُشكل حوادث السير والحوادث الجنائية النسبة الأكبر من نشاط أقسام الطوارئ والعيادات الخارجية.

مع ذلك، فإن خدمات التنويم «الرقود» لا تُقدم في جميع المستشفيات، نتيجة لعدم توفر الكوادر الطبية المؤهلة، أو نقص المعدات والأجهزة الطبية الأساسية. وتُظهر إحصائيات الصحة الوطنية لعام 2007 «ص 44-47» أن نسبة كبيرة من المنشآت الصحية العامة خارج نطاق الجاهزية التشغيلية، نتيجة لغياب أعمال الصيانة المنتظمة للمباني والمعدات، إلى جانب النقص الحاد في الكوادر الطبية المتخصصة والفنية، ما يجعل كثيرًا من هذه المنشآت تعمل بجزء محدود من طاقتها التشغيلية، وتقدم خدمات طبية متواضعة في جودتها.

2-3-4. القطاع الصحي الخاص

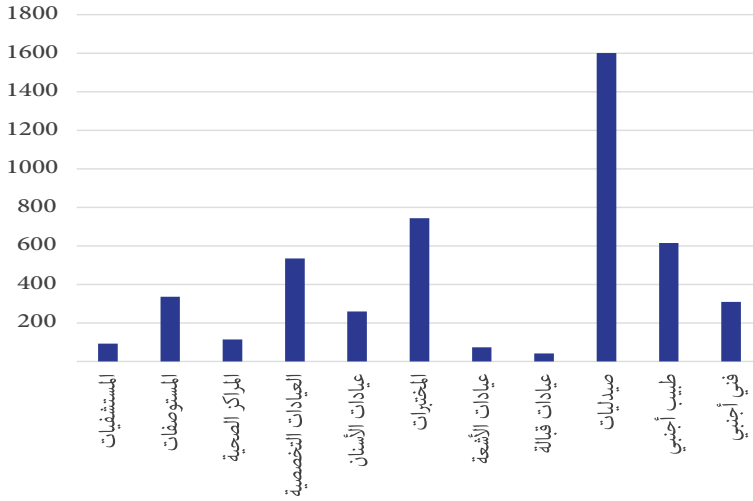
تنامت المنشآت الصحية للقطاع الخاص منذ عقد تسعينيات القرن الماضي. حيث يوضح الجدول «3» حجم منشآت هذا القطاع في بداية العقد الأول من القرن الحالي بينما يوضح الجدول «4» عدد هذه المنشآت في الوقت الراهن. هذا مع الأخذ بالعلم إن معظم المنشآت الصحية التابعة لهذا القطاع تتركز في عواصم المحافظات خاصة في أمانة العاصمة، تعز، إب، الحديدة وعدن.⁽²⁶⁾ أما بخصوص الموارد البشرية ونشاط القطاع الصحي الخاص فهناك شحة في المعلومات حول ذلك.

جدول «4»

عدد المنشآت الصحية الخاصة في مطلع الألفية

73	عيادات الأشعة	259	عيادات الأسنان	534	العيادات التخصصية	1,601	صيدليات
41	عيادات قبالة	114	المراكز الصحية	336	المستوصفات	744	المختبرات
		92	المستشفيات	309	فني أجنبي	615	طبيب أجنبي

شكل «1»
عدد المنشآت الصحية الخاصة في مطلع الألفية



وفقاً لتقرير الإحصاء الصحي السنوي لعام 2011، بلغ إجمالي عدد العيادات في القطاع الصحي الخاص 4,032 عيادة. كما بلغ عدد المستشفيات الخاصة 1,280 مستشفى، و580 مركزاً صحياً، بينما بلغ عدد الصيدليات 3,315 صيدلية. في حين وصل عدد المختبرات إلى 1,098 مختبراً، وعدد مخازن الأدوية إلى 413 مخزناً، ويوضح الجدول التالي تفصيل هذه الأرقام بحسب نوع المنشأة.

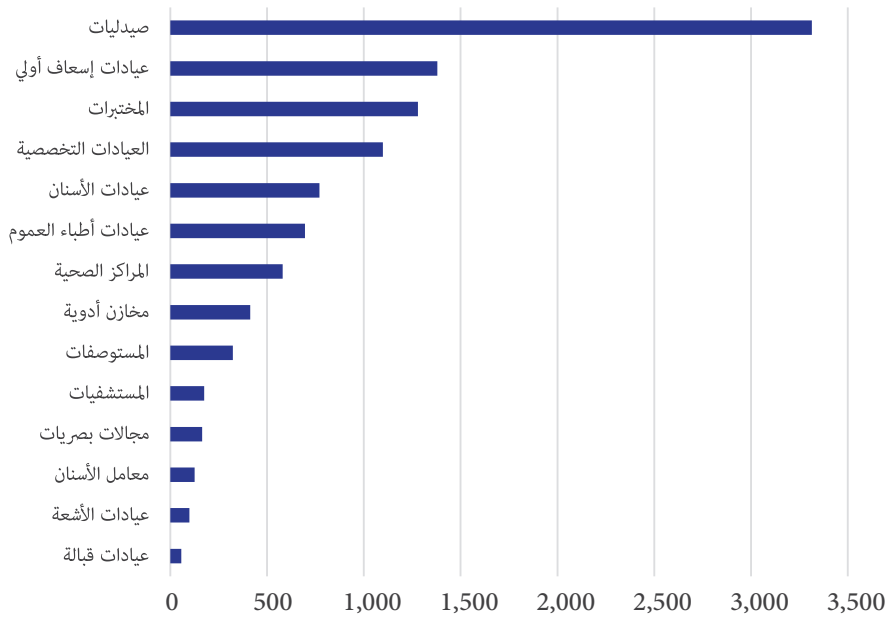
جدول «5»
عدد المنشآت الصحية الخاصة في العام 2011

413	مخازن أدوية	3,315	صيدليات
323	المستوصفات	1,379	عيادات إسعاف أولي
175	المستشفيات	1,280	المختبرات
164	مجالات بصريات	1,098	العيادات التخصصية
125	معامل الأسنان	770	عيادات الأسنان
99	عيادات الأشعة	695	عيادات أطباء العموم
56	عيادات قبالة	580	المراكز الصحية

وتوضح بيانات الجدول «5» أن القطاع الصحي الخاص اليمني لا يرقى إلى مستوى الدور المتوقع منه في توفير رعاية صحية شاملة ومتكاملة للمواطنين. فعلى الرغم من النمو الذي شهده خلال السنوات الماضية، إلا أن حجمه ما يزال متواضعًا نسبيًا عند مقارنته بعدد السكان، الذي بلغ نحو 23.9 مليون نسمة وفقًا لتقديرات عام 2011. وتبرز إحدى أبرز المشكلات في التوزيع الجغرافي للمنشآت الصحية الخاصة، حيث يتركز معظمها في المدن الكبرى وعواصم المحافظات، مما يحدّ من استفادة سكان المناطق الريفية والنائية من هذه الخدمات. كما أن الخدمات الصحية التي يوفرها هذا القطاع غالبًا ما تقتصر على الفئات القادرة ماليًا، وهو ما يُسهم في توسيع الفجوة في العدالة الصحية بين الطبقات الاجتماعية المختلفة.

شكل «2»

عدد المنشآت الصحية الخاصة في العام 2011



وبالعودة إلى المؤشرات الصحية الرسمية للعام نفسه، يتضح أن نسب توفر المنشآت والخدمات الصحية بالمقارنة مع عدد السكان لكل عشرة آلاف نسمة لا تزال متدنية. فقد بلغ عدد المستشفيات 0.1 فقط لكل عشرة آلاف نسمة، بينما بلغت نسبة المراكز والوحدات الصحية 1.6، وعدد الأسرة 7.1. أما على صعيد الكادر الطبي والفني، فقد كانت النسبة لكل عشرة آلاف نسمة بواقع 2 طبيب، و0.2 طبيب أسنان، و0.7 طبيب متخصص، و0.4 صيدلي، بالإضافة إلى 7.1 من الممرضين والقابلات، و10.1

من الفئات الفنية المساعدة. وتُظهر هذه الأرقام وجود فجوة واضحة بين الحاجة الفعلية للخدمات الصحية والموارد المتاحة، ما يعزز من تحديات الوصول إلى رعاية صحية عادلة ومتوازنة في مختلف مناطق البلاد.

وتُبرز هذه المؤشرات عجزًا واضحًا في تغطية السكان بالخدمات الصحية، حيث تُقدّر نسبة التغطية الإجمالية بنحو 64% فقط، وتتركز غالبًا في المناطق الحضرية،⁽²⁷⁾ مما يُعزز اللامساواة الجغرافية في تقديم الخدمات.

كما أن هناك سوءًا في توزيع الموارد البشرية، إذ يتمركز الأخصائيون وأطباء العموم وأطباء الأسنان والصيدالة والفنيون المخبريون في المحافظات ذات الكثافة السكانية الحضرية، وعلى رأسها: أمانة العاصمة، عدن، تعز، إب، والحديدة،⁽²⁸⁾ بينما تعاني بقية المحافظات من نقص حاد في هذه الكوادر.

وعلى صعيد التمويل، فإن التدهور المستمر في الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي يُشكّل أحد أبرز العوامل المعيقة لتطور النظام الصحي. حيث يتحمّل المواطن اليمني حوالي ثلثي تكلفة الرعاية الصحية من كشف ومعاينة ودواء وإقامة في المستشفيات⁽²⁹⁾. ويُقدّر الإنفاق الحكومي على الصحة بما لا يتجاوز 5.6% من إجمالي الناتج القومي، وهي نسبة منخفضة مقارنة بالمتوسطات الإقليمية والعالمية. كما أن المساعدات الخارجية المخصصة للقطاع الصحي تعتبر متواضعة وتتناقص تدريجيًا سنة بعد أخرى، ما يُعمّق أزمة التمويل ويضعف فرص تطوير النظام الصحي.

جدول «6»

نسبة النفقات الحكومية والخاصة والمساعدات الخارجية من إجمالي النفقات على الصحة خلال الأعوام 1998، 2003، 2006، 2007، 2010

السنة	1998	2003	2006	2007	2010
الإنفاق العام	35%	32%	27%	28%	24%
الإنفاق الخاص	57%	60%	67%	67%	75%
المساعدات الخارجية	8%	8%	6%	5%	1%

وتشير بيانات الجدول «6» إلى أن الجزء الأكبر من الإنفاق على الصحة في اليمن يأتي من القطاع الخاص، وهو ما يعكس هشاشة النظام الصحي العام وعجزه عن تلبية احتياجات السكان. ويتضح من توزيع هذا الإنفاق أنه يتركز في بندين رئيسيين: شراء الأدوية، وتكاليف العلاج في الخارج. ففي عام 1998 كانت نسبة الإنفاق على الأدوية تمثل 64% من إجمالي الإنفاق الصحي، بينما بلغت نسبة الإنفاق على العلاج في الخارج 14%. أما في عام 2003، فقد تراجعت نسبة الإنفاق على الأدوية إلى 35%، في حين ارتفعت نسبة العلاج في الخارج إلى 47%، وهو ما يشير إلى تزايد الاعتماد على الخارج لتوفير خدمات طبية لا يمكن تلبيتها محلياً. وفي عام 2006، سجل الإنفاق على الأدوية نسبة 47%، مقابل 19% للعلاج خارج اليمن.⁽³⁰⁾ ويظهر هذا التغيير تذبذباً ملحوظاً في اتجاهات الإنفاق، ويعكس من جهة أخرى ضعفاً بنيوياً في الخدمات الصحية الوطنية وتفاقم الاعتماد على مصادر علاجية خارجية، ما يثقل كاهل الأفراد مالياً ويضعف السيادة الصحية الوطنية.

4-4. الوضع الصحي الراهن

أما بالنسبة للوضع الصحي الراهن⁽³¹⁾، فقد أشارت الإحصائيات الرسمية والدولية إلى انتشار واسع للأمراض الخطرة والمزمنة في مختلف الفئات العمرية مثل الملاريا والسل وأمراض الضغط والسكر والسرطان وأمراض القلب والكلية،⁽³²⁾ حيث تبلغ نسبة الإصابة بالملاريا نحو 32%، في حين تصل حالات الإصابة بالسل إلى 103 حالة لكل مائة ألف نسمة، وهي من أعلى النسب في الإقليم.⁽³³⁾ وتشير نتائج مسح ميزانية الأسرة للعام 2006/2005 إلى أن نسبة المصابين بأمراض مزمنة من السكان بلغت 4.4%، بينما تبلغ نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة 2%، في حين تُقدر نسبة من يعانون من إعاقة أو مرض مزمن معاً بـ 6.5% من إجمالي السكان. ومن اللافت أن ثلثي حالات الإعاقة تعود إلى أسباب خلقية منذ الولادة، يليها الإعاقة الناتجة عن المرض.

وتُظهر إحصائية منظمة الصحة العالمية للعام 2008 أن معدلات الإصابة بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم لدى الشباب من الجنسين في اليمن مرتفعة بشكل ملحوظ مقارنة بدول الإقليم، ويُعزى ذلك إلى عوامل متعددة أهمها ارتفاع معدلات التدخين والسمنة، إضافة إلى تزايد الحوادث المرورية، لاسيما في أوساط الفئات الشابة وفي سن العمل.⁽³⁴⁾

وفيما يخص صحة الأطفال، فإن الوضع أكثر إلحاحاً وخطورة، حيث تشير بيانات منتصف العام 2008 الصادرة عن منظمة الأمم المتحدة للطفولة إلى أن نسبة وفيات الرضع تصل إلى 75 حالة لكل ألف ولادة حية، بينما تبلغ وفيات الأطفال دون سن الخامسة 100 حالة وفاة لكل ألف مولود، وهي من أعلى النسب المسجلة في المنطقة. كما يعاني نصف الأطفال في اليمن ممن هم دون سن الخامسة من سوء تغذية مزمن، بينما يعاني 46% منهم من نقص الوزن.⁽³⁵⁾ وفيما يتعلق بالتطعيمات الأساسية، فإن التغطية لا تزال دون المستوى المطلوب، حيث بلغت نسبة تطعيم الأطفال ضد مرض السل 53%، في حين بلغت نسبة التطعيم ضد شلل الأطفال التمهيدي 31%، و39% للأطفال فوق العام. أما متوسط تطعيم الأطفال ضد الثلاثي فبلغ 88%، في حين كانت تغطية الحصبة للأطفال دون العام 69%،

وللأطفال فوق العام 24% فقط، وذلك بحسب بيانات كتاب الإحصاء السنوي لعام 2009.

كما أن معدل وفيات الأمهات في اليمن ما يزال مرتفعاً بشكل ملحوظ، حيث يُقدَّر بـ 365 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية.⁽³⁶⁾ ويُعزى ذلك إلى تدني نسب الولادات التي تتم بإشراف عامل صحي مؤهل، بالإضافة إلى انخفاض معدلات الحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل، ومحدودية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، فضلاً عن ضعف التغطية بالتطعيم ضد الكزاز «TT2» لدى النساء الحوامل. وتعكس هذه المؤشرات فجوة واسعة بين المناطق الحضرية والريفية، سواء من حيث وفرة الخدمات أو نوعية المتابعة الطبية.

أما على صعيد الوضع المائي وصحة المياه، فتشير بيانات تقرير الإحصاء الصحي السنوي لعام 2011 إلى أن نسبة السكان الذين يحصلون على مياه شرب مأمونة لا تتجاوز 59%، بينما لا تتوفر خدمات الصرف الصحي إلا لنحو 23% من السكان، وهي أرقام تعكس هشاشة البنية التحتية للخدمات الأساسية المرتبطة بالصحة العامة.

5-4. الوضع السكاني والاقتصادي والاجتماعي

التقديرات الرسمية لعام 2011 تُشير إلى أن عدد سكان اليمن بلغ نحو 23.9 مليون نسمة. وتتنوع الفئات العمرية كما يلي: 43% من السكان دون سن 14 عاماً، و54% في الفئة العمرية بين 15 و64 سنة، بينما تبلغ نسبة من هم فوق 65 سنة حوالي 3%. ويُقدَّر متوسط العمر المتوقع للجنسين بـ 62 سنة، وهو مؤشر يعكس تردي الأوضاع الصحية والمعيشية في البلاد.

أما على المستوى الاقتصادي، فإن برامج التكيف الهيكلي التي طبقت منذ عام 1995 ساهمت في إضعاف معدلات النمو الاقتصادي، وأدت إلى تفشي البطالة والفقر. وقد أسفر ذلك عن انخفاض متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي إلى 926 دولاراً فقط، بينما يُقدَّر إجمالي الإنفاق على الصحة للفرد بنحو 57 دولاراً، في حين لا يتجاوز الإنفاق الحكومي على الصحة للفرد 15.23 دولار.⁽³⁷⁾ وتشير الدراسات إلى أن معدلات الإصابة بالأمراض تتزايد بين الفئات الأمية وذوي المستويات التعليمية المنخفضة، ويُعد اليمن من الدول الأعلى عالمياً في نسبة الأمية، خصوصاً بين النساء، حيث تصل نسبة الأمية في الفئة العمرية 15 سنة فأكثر إلى 55.7%.⁽³⁸⁾

وتُشكّل هذه المؤشرات مجتمعة تحديات بنيوية وهيكلية كبيرة أمام إمكانية نجاح نظام التأمين الصحي الاجتماعي في تقديم خدمات صحية بجودة مناسبة خلال المدى القصير والمتوسط. وتبرز هذه التحديات في جوانب عدة، أولها القصور الكبير في عدد المنشآت الصحية، وتركزها الجغرافي في المدن الكبرى، مع بقاء عدد كبير من هذه المنشآت خارج نطاق الجاهزية، أو تعمل بجزء محدود من طاقتها التشغيلية نتيجة لغياب الكوادر الطبية المؤهلة وضعف التمويل المخصص لها.

من ناحية أخرى، فإن معدلات الإصابة بالأمراض آخذة في الارتفاع في جميع الفئات العمرية، إلى جانب ارتفاع ملحوظ في نسب حوادث السير، خصوصاً بين الفئات في سن العمل. كما أن التغطية

بالرعاية الصحية الأولية لا تزال متدنية، وهو ما يؤدي إلى تفاقم انتشار الأمراض وزيادة الضغط على مؤسسات تقديم الرعاية، وبالتالي ارتفاع تكلفة الخدمات التي سيتحملها نظام التأمين، ما قد يشكّل عبئاً مالياً كبيراً يهدد استدامة النظام.

وتجدر الإشارة إلى أن قانون التأمين الصحي الاجتماعي قد وسّع من نطاق التغطية ليشمل جميع أفراد أسرة المؤمن عليه، وليس الشخص فقط، وهو أمر يُعد متقدماً من الناحية الحقوقية، لكنه في المقابل يرفع من حجم الالتزامات المالية على النظام. وتشير التقديرات إلى أن إجمالي القوى العاملة المنظمة في القطاعين المدني والعسكري، إضافة إلى المتقاعدين من ذوي المعاشات المشمولين إلزامياً بالقانون، يتجاوز مليوني موظف وعامل ومتقاعد، ما يعني أن قاعدة المستفيدين الفعلية ستكون أضعاف هذا الرقم عند احتساب أسرهم، الأمر الذي يتطلب بنية تحتية صحية متماسكة، ونظام تمويل مستقر وقابل للتوسع، وهما أمران لا يزالان بعيدين عن التحقق في السياق اليمني الراهن.

جدول «7»

توزيع القوى العاملة في القطاعات المنظمة وعدد المتقاعدين في العام 2009

نوع القطاع	القطاع العام والمختلط	القطاع العسكري	القطاع الخاص
القوى العاملة المنظمة	546,000	500,000	*719,000
المتقاعدين	95,266	180,000	3,925

المصدر: كتاب الإحصاء السنوي 2009. * طبقاً لحصر المنشآت في العام 2004.

وإذا افترضنا أن متوسط حجم الأسرة اليمنية يبلغ سبعة أفراد، وأن المتقاعد يعول في المتوسط ثلاثة أشخاص، فإن عدد المستفيدين من نظام التأمين الصحي الاجتماعي سيتجاوز 9,115,303 أشخاص، أي ما يعادل نحو 36.5% من إجمالي السكان، وهي نسبة مرتفعة سيتم التعامل معها وفق نهج التطبيق المرحلي الذي نص عليه القانون. ومع ذلك، فإن تواضع البنية التحتية الصحية الحالية يثير تساؤلات جدية حول مدى قدرة النظام على توفير رعاية صحية ملائمة لهؤلاء المستفيدين، خاصة في ظل العجز المتوقع بين الموارد والنفقات.

ويكمن التحدي الأساسي في التوازن المالي لنظام التأمين الصحي، حيث أن محدودية الموارد المتأتية من الاشتراكات تصطدم بواقع العدد الكبير من المستفيدين وارتفاع تكلفة الرعاية الصحية والعلاجية، خصوصاً في حالات الأمراض المزمنة والمستعصية التي تتطلب علاجاً طويل الأمد أو لا يمكن علاجها داخل البلاد، مما قد يُفرض على ضغوط مالية حادة على النظام.

وفي المدن الرئيسية، من المتوقع أن تتوفر خدمات صحية أفضل نسبيًا نتيجة التنافس القائم بين القطاعين العام والخاص، إلا أن الوضع خارج هذه المراكز الحضرية يختلف جذريًا، إذ يُتوقع أن يكون إصلاح بنية الرعاية الصحية في المناطق الريفية والنائية بطيئًا. ويرجع ذلك إلى ضعف النفقات الحكومية على الصحة من جهة، وإلى عدم قدرة نظام التأمين الصحي على الاستثمار المباشر في البنية التحتية الصحية من جهة أخرى، بسبب محدودية موارده المالية واعتماده شبه الكلي على الاشتراكات. وبالتالي، فإن التحسين الملموس في خدمات الرعاية الصحية الشاملة لن يكون متاحًا في المدى القصير، بل سيتطلب إصلاحات هيكلية موازية في التمويل، والحوكمة، وتوسيع قاعدة الاستثمار في القطاع الصحي، لضمان تحقيق الأهداف المعلنة لنظام التأمين الصحي الاجتماعي.

5. النتائج والتوصيات

1-5. النتائج

توصّلت الدراسة إلى أن بنية النظام الصحي القائم في اليمن غير مؤهلة بالشكل الكافي لتلبية الاحتياجات السكانية، سواء من حيث حجم المنشآت الصحية أو نوعية الكادر الطبي والفني، مع تركيز واضح في المدن الرئيسية وحرمان نسبي للمناطق الريفية. هذا التوزيع الجغرافي المختل يُصعّب من وصول السكان، خصوصًا في الأرياف، إلى خدمات الرعاية الصحية.

كما يُلاحظ غياب العدالة في تحمل أعباء الإنفاق الصحي، حيث يتحمّل الأفراد نحو ثلثي التكلفة الإجمالية للرعاية، ما أدى إلى إنهاك العديد من الأسر ماليًا. ويُضاف إلى ذلك غياب إصلاح فعلي للقطاع الصحي، فمعدل الإنفاق الحكومي لا يتجاوز 5.6% من الناتج القومي سنويًا، وهو ما يفسّر استمرار معدلات الإصابة بالأمراض ووفيات الأطفال والأمهات عند مستويات مرتفعة.

أما قانون التأمين الصحي الاجتماعي، فقد غابت عنه المبادئ الأساسية المعروفة في هذا المجال، مثل الإلزامية العامة، وشمول الفئات الفقيرة، وتحمل الدولة مسؤولية تمويل تغطية غير القادرين. فقد اقتصر القانون على الفئات المنظمة من العاملين والمتقاعدين وأسرهم، دون امتداد يشمل العاملين في القطاع غير الرسمي أو الفئات الهشة.

ويُسجّل كذلك غياب المزايا النقدية ضمن مظلة التأمين، ومنها تعويض الأجر أثناء المرض، وتكاليف النقل للعلاج، وهي أمور حيوية في ظل تركّز المنشآت الطبية في الحضر. كما أن جعل الاشتراك في التأمين اختياريًا للفئات غير المشمولة أصلًا بالقانون، دون بناء ثقة مسبقة، لن يسهم في توسيع قاعدة المستفيدين، بل يعمّق فجوة انعدام الثقة تجاه صناديق الحماية الاجتماعية القائمة.

2-5. التوصيات

انطلاقًا من هذه النتائج، توصي الدراسة بما يلي:

- تحقيق تنمية صحية حقيقية تبدأ بالتزام الدولة بزيادة التمويل العام لقطاع الصحة، وضمان

- إدارة رشيدة للموارد قبل الشروع في تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي.
- إحداث تنمية اقتصادية واجتماعية موازية ترفع من قدرة المواطنين على المساهمة في التمويل الصحي، وتُعزز من اتساع قاعدة القطاع المنظم، مما يسهل تقدير الإيرادات وتحصيل الاشتراكات.
- تشجيع الاستثمار في القطاع الصحي، المحلي والأجنبي، عبر تقديم التسهيلات اللازمة لتأهيل المرافق القائمة وإنشاء مرافق جديدة، مع ضمان توفير خدمات علاجية ذات جودة على مستوى الجمهورية.
- تحسين الرعاية الصحية الأولية ونشرها في جميع المناطق، كونها تمثل حجر الأساس في تقليل انتشار الأمراض، وتخفيف الضغط المالي على نظام التأمين.
- تأهيل وتوزيع الكوادر الصحية بشكل متوازن، مع التركيز على التدريب المهني، وسد الفجوات في التخصصات الطبية المطلوبة، واعتماد آليات رقابة فعالة تضمن جودة الخدمات وتُحفّز التنافس الإيجابي بين مقدمي الخدمة.
- تضمين رؤية استراتيجية في القانون تضمن التدرج في التطبيق على مراحل، مع استهداف شمول السكان كافة على المدى الطويل، في إطار من التضامن بين القادرين وغير القادرين، والأصحاء والمرضى.
- مراجعة نسب الاشتراكات القانونية لضمان أن تكون محددة ومعقولة، لا تُثقل كاهل المؤمن عليهم، خصوصاً مع التزاماتهم الأخرى مثل التأمين التقاعدي.
- تحديد واضح لحزمة الخدمات الصحية والعلاجية المشمولة بالتأمين، إلى جانب آلية معالجة الحالات التي تتطلب علاجاً خارج اليمن.
- تطبيق نظام «Co-payment» تدريجياً، بحيث يتحمل المريض نسبة بسيطة من تكاليف الكشف الطبي والإقامة بالمستشفى، إلى جانب نسبة من قيمة الدواء، بما يُشجّع الاستخدام الرشيد للخدمات ويُقلل من الهدر، مع البحث عن مصادر تمويل إضافية مثل الضرائب الصحية «على التبغ، والقات، والمشروبات الضارة بالصحة» لدعم استدامة النظام.

خاتمة

تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن من خلال تحليل الإطار القانوني والتشريعي للنظام، وتشخيص الوضع الصحي والسكاني والاقتصادي الراهن، واستعراض أبرز التحديات البنوية التي قد تعيق تحقيق أهداف هذا النظام في الأمد القريب. وقد بيّنت الدراسة أن البيئة الحالية، بما تحمله من ضعف في البنية التحتية الصحية، وتدني في نسب التغطية، وعجز في الموارد، تجعل من تطبيق التأمين الصحي الاجتماعي تحدياً معقداً يتطلب إصلاحاً شاملاً يتجاوز مجرد إصدار القانون.

ورغم ما يحمله قانون التأمين الصحي الاجتماعي رقم «9» لسنة 2011 من مبادئ إيجابية، إلا أن الدراسة كشفت عن جوانب قصور عدة، أبرزها محدودية الفئات المشمولة، وغياب العدالة في

التوزيع، وضعف النصوص المتعلقة بالمزايا المالية، وغياب الاستدامة التمويلية. وقد خلصت الدراسة إلى أن نجاح هذا النظام لن يتحقق دون ربطه بمسارات تنموية أوسع تشمل إصلاح القطاع الصحي، وتوسيع قاعدة المشاركة، وتحقيق التكافل بين الفئات، مع ضرورة إعادة النظر في بعض مواد القانون وتعزيز آليات التطبيق على أسس واقعية ومدروسة.

إن التأمين الصحي الاجتماعي لا ينبغي أن يُنظر إليه كخدمة فنية فحسب، بل كحق اجتماعي وأداة استراتيجية لضمان الأمن الصحي، وتعزيز العدالة الاجتماعية، وتثبيت دعائم التنمية المستدامة.

6. المراجع

- (1) كتاب الإحصاء السنوي 2009، الجهاز المركزي للإحصاء، ص73.
- (2) الصحة إحدى أعمدة التنمية البشرية، ولا يستطيع الفرد بدونها تحسين وضعه في الحصول على التعليم أو الدخل المناسب. وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة بأنها «الحالة الجسدية والعقلية والرفاهية الاجتماعية، وليس فقط عدم وجود المرض أو العجز» وعليه، فإن الصحة تُعد نتاجاً لعوامل اقتصادية واجتماعية معقدة، وتتطوي على أبعاد ثقافية وتعليمية تختلف من دولة إلى أخرى، بل ومن منطقة إلى أخرى داخل الدولة نفسها.
- (3) د. العماد، عادل. أساسيات التأمين الصحي، معهد التدريب المالي والمصرفي، 2008، ص49.
- (4) بدأت منظمة الصحة العالمية منذ عام 2000 استخدام مصطلح «التأمين الصحي الاجتماعي»، بدلاً من مصطلح «التأمين الصحي»، وعرّفته بأنه «نظام يتميز بالتغطية الشاملة للمواطنين ضد مخاطر المرض والحوادث، وحققهم في اختيار مؤدي الخدمة، وعلى مشاركة صاحب العمل، والمساهمة عند تلقي الخدمة، على أن تكون المساهمة مرتبطة بحجم الدخل من جانب الفرد والمؤسسة، ولا تعتمد على المخاطر».
- (5) د. فايق. محمد حسن، التأمينات الاجتماعية: المبادئ النظرية والجوانب الرياضية، 1989، ص51 - 53.
- (6) د. أبو السعود. رمضان، الوسيط في شرح قوانين التأمين الاجتماعي، الجزء الأول، 1982، ص146.
- (7) د. عبد الملك. عامر سلمان، الضمان الاجتماعي في ضوء المعايير الدولية، المجلد الثاني، بيروت، 1998، ص26 - 31.
- (8) المرجع السابق، ص16-17.
- (9) لمعرفة المزيد حول نظام التأمين الصحي في أستراليا، يمكن الرجوع إلى الصفحات الإلكترونية التالية:
قانون التأمين الصحي الأسترالي لسنة 1973
www.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/hia1973164
الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية: www.who.int/ar/home
الموقع الرسمي للتأمين الصحي الخاص في أستراليا
<https://www.privatehealth.gov>
- (10) privatehealth.gov.au/health_insurance/surcharges_incentives/lifetime_health_cover.htm
- (11) للتعرف على نظام التأمين الصحي في اليابان، يُمكن الرجوع إلى:
www.dmaa.pbworks.com/w/page/17960778/Japan-Health%20Care%20System%20Structure%20and%20Organization
- (12) Tetsuo Fukawa, Public Health Insurance in Japan, World Bank Institute, 2002, pp. 1- 5.
- (13) للاطلاع على معلومات موثوقة ومحدثة حول التأمين الصحي في السودان، يُمكنك الرجوع إلى الموقع الرسمي للصندوق القومي للتأمين الصحي عبر الرابط التالي: nhif.gov.sd
- (14) د. جبر. سعيد سعد، واقع التأمين الصحي في الدول العربية، ورقة عمل حول «ملاحم مشروع الاستراتيجية العربية للتأمين الصحي»، منظمة العمل العربية، المركز العربي للتأمينات الاجتماعية، الخرطوم، 2008، ص5.

- (15) جاد. سعد عبد العزيز، ورقة عمل حول التأمين الصحي في مصر، الهيئة العامة للتأمين الصحي، د.ت، ص9 - 10.
- (16) د. جبر. سعيد سعد، مرجع سابق، ص8.
- (17) وزارة الشؤون القانونية، المادة (4) من القانون، الفقرة (أ).
- (18) وزارة الشؤون القانونية، المادة (4) من القانون، الفقرة (ب).
- (19) وزارة الشؤون القانونية، المادة (12) من القانون.
- (20) إصابات العمل يقع تكلفتها على صاحب العمل باعتبارها ناتجة عن مزولة العمل.
- (21) وزارة الشؤون القانونية، المادة (13) من القانون.
- (22) وزارة الشؤون القانونية، المادة (8) من القانون.
- (23) عبارة عن منظومة المنشآت الصحية والكوادر الطبية والفنية المساعدة.
- (24) Yemen National Health Accounts: Estimate for 2003, p. 5.
- (25) التقرير الإحصائي الصحي السنوي الصادر عن وزارة الصحة والسكان للعام 2011، ص25.
- (26) التقرير الصحي السنوي 2011، مرجع سابق، ص35-36.
- (27) التقرير الصحي السنوي 2011، مرجع سابق، ص37، 41.
- (28) كتاب الإحصاء السنوي 2009، مرجع سابق، ص 391-392.
- (29) لا تتجاوز التكلفة التي يتحملها الفرد في كثير من الدول النامية عن ثلث التكلفة الإجمالية.
- (30) Yemen National Health Accounts (NHA), 2007, pp. 36- 37.
- (31) إلى ما قبل الأزمة اليمنية الراهنة، وبالتحديد الى 2011 كحد أقصى، وهو تاريخ صدور التقرير الإحصائي الصحي السنوي للعام 2011.
- (32) Yemen: health profile, World Health Organization, 2012.
- (33) كتاب الإحصاء السنوي 2009، مرجع سابق، ص. 388، 398.
- (34) جاء التقرير الإحصائي الصحي السنوي للعام 2011 مؤيداً لإحصائية منظمة الصحة العالمية ويكشف من واقع سجلات المستشفيات ارتفاع حالات الإصابة بأمراض ضغط الدم وداء السكري وارتفاع عدد حوادث السير كما أن حالات الإصابة بأمراض الجهاز الهضمي والتنفسي وأمراض سوء التغذية والإسهال مازالت مرتفعة.
- (35) مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية في الجمهورية 2009، ص 16 - 17.
- (36) "Voice of the poor" Oxfam, August, 2010, p75.
- (37) التقرير الصحي السنوي 2011، مرجع سابق، ص14.
- (38) كتاب الإحصاء السنوي 2009، مرجع سابق، ص 341.