



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجمهورية العربية السورية
مجلس الشورى

الاستثمار في القطاع الصحي (الواقع والطموح)

تصدير:

أنشئ مجلس الشورى حديثاً، خلفاً للمجلس الإستشاري، بعد الإستفتاء على التعديلات الدستورية أوائل عام ٢٠٠١م كتطور طبيعي للمجلس الإستشاري السابق، وفي إطار التوجه لتعميق التجربة الديمقراطية في بلادنا، من خلال توسيع مهام وصلاحيات مجلس الشورى ورفع مستواه وكفاءته، ورفع العضوية فيه إلى الضعف، وبما يساوي ثلث أعضاء مجلس النواب، بهدف إحداث تطور مؤسسي للهيئات الدستورية في الدولة، وكذا توفير إطار مؤسسي عالي يضم الخبرات والكفاءات الوطنية لتوسيع دائرة المشاركة في الرأي وإتخاذ القرار.

وقد نصت المادة (١٢٥) من الدستور على ان "ينشاء بقرار من رئيس الجمهورية مجلس شورى من ذوي الخبرات والكفاءات والشخصيات الإجتماعية لتوسيع قاعدة المشاركة في الرأي والإستفادة من الكفاءات والخبرات الوطنية"، كما حددت المادة المهام والصلاحيات الدستورية للمجلس على النحو التالي:

أ- تقديم الدراسات والمقترحات التي تساعد الدولة على رسم إستراتيجياتها التنموية وتسهم في حشد الجهود الشعبية من أجل ترسيخ النهج الديمقراطي وتقديم الإقتراحات التي تساعد على تفعيل مؤسسات الدولة وتسهم في حل المشاكل الإجتماعية وتعمق الوحدة الوطنية .

ب- إبداء الرأي والمشورة في المواضيع الأساسية التي يرى رئيس الجمهورية عرضها على المجلس .

ج- تقديم الرأي والمشورة بما يسهم في رسم الإستراتيجية الوطنية والقومية للدولة في المجالات السياسية والإقتصادية والإجتماعية والعسكرية والأمنية لتحقيق أهدافها على المستويين الوطني والقومي .

د- إبداء الرأي والمشورة في السياسات والخطط والبرامج المتعلقة بالإصلاح الإداري وتحديث أجهزة الدولة وتحسين الأداء .

هـ- الأشتراك مع مجلس النواب بتركية المرشحين لمنصب رئيس الجمهورية والمصادقة على خطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية والمعاهدات والإتفاقيات المتعلقة بالدفاع والتحالف والصح والسلم والحدود والتشاور فيما يرى رئيس الجمهورية عرضه من قضايا على الإجتماع المشترك .

و- رعاية الصحافة ومنظمات المجتمع المدني ودراسة أوضاعها واقتراح تطويرها وتحسين أدائها .

ز- رعاية السلطة المحلية ودراسة نشاطها وتقييمها واقتراح تطويرها وتعزيز دورها .

ح- تقييم السياسات الاقتصادية والمالية والنقدية وتقييم تنفيذ برامج الاستثمار السنوية.

ط- استعراض تقارير جهاز الرقابة والمحاسبة ورفع تقرير بشأنها إلى رئيس الجمهورية.

وتوسع قانون اللائحة الداخلية للمجلس رقم(٣٩) لسنة ٢٠٠٢م في تحديد تلك المهام .

وتنفيذ لذلك نصت المادة(٤٠) من قانون اللائحة الداخلية للمجلس على تشكيل

(١٣) لجنة دائمة بحسب الأنشطة والمهام والاختصاصات الموكلة إليه وذلك على النحو

التالي:

١- اللجنة الدستورية والقانونية والقضائية .

٢- اللجنة السياسية والعلاقات الخارجية والمغتربين .

- ٣- اللجنة الاقتصادية .
- ٤- اللجنة المالية .
- ٥- لجنة السلطة المحلية والخدمات .
- ٦- لجنة الإصلاح الإداري والتأمينات والتنمية البشرية .
- ٧- لجنة الدفاع والأمن .
- ٨- لجنة التربية والتعليم والبحث العلمي .
- ٩- لجنة الإعلام والثقافة والشباب والرياضة.
- ١٠- لجنة الزراعة والأسماك والموارد المائية .
- ١١- لجنة حقوق الإنسان والحريات العامة ومنظمات المجتمع المدني .
- ١٢- لجنة الصحة والسكان.
- ١٣- لجنة البيئة والسياحة.

إضافة إلى أي لجان خاصة قد يستدعي نشاط المجلس ومهامه تشكيلها .
وبحكم الخبرات العملية المتراكمة والكفاءات العلمية والشخصيات الاجتماعية
المجربة التي يضمها المجلس، اشترط القانون عدداً من الشروط في من يعين عضواً في
المجلس منها:

أن يكون من ذوي الكفاءة والخبرة، وأن يكون متفرغاً (ليس عضواً في مجلس النواب
أو في المجالس المحلية) . وأن لا يقل سنه عن أربعين عاماً.]

فقد اتبع المجلس آلية جديدة في عمله تتمثل في قيام اللجان المختصة بالإعداد
للموضوعات وتحضيرها وتجهيزها وتقديمها للمجلس من قبل اللجان

ذاتها، كتطوير نوعي للألية التي كانت متبعة في المجلس الإستشاري السابق. حيث تقوم اللجان المعنية -حالياً- قبل تقديم مواضيعها إلى المجلس بـ:

- اللقاء مع الوزراء والمحافظين والكوادر القيادية في الجهة المعنية بالإضافة إلى ذوي العلاقة من ممثلي القطاع الخاص وممثلي منظمات المجتمع المدني وإجراء المناقشات معهم.

- الزيارات الميدانية للمحافظات والمدريات .

- النزول الميداني إلى الجهات والمواقع التي يتم دراسة أوضاعها .

- تلقي التقارير من الجهات المعنية، والإستعانة بالدراسات والبحوث التي يطلب من الباحثين والمختصين إعدادها .

وعلى ضوء ذلك كله تقوم اللجنة المعنية بدراسة الموضوع المدرج ضمن خطة عملها، من مختلف جوانبه، وبالتالي إعداد التقرير النهائي المقدم للمجلس مشفوعاً بالأراء والملاحظات والتوصيات المناسبة والعملية.

وتلبية للاستحقاقات الدستورية والقانونية، فقد أدرج المجلس ضمن خطته السنوية لعامي ٢٠٠٤ - ٢٠٠٥م موضوعي - الاستثمار في القطاع الصحي (الواقع والطموح) -التأمين الصحي واللذان أعدتهما لجنة الصحة والسكان بالمجلس.

وقد شارك في جلسات اجتماعات المجلس لمناقشة ذلك الموضوع الأخ/وزير الصحة والسكان ووكلاء الوزارة والأجهزة التابعة لها وعدد من المهتمين ومن ذوي الخبرات المختصة في هذا الشأن .

ولا يسعنا في الأخير . إلا أن نتقدم بالشكر الجزيل للأخوة رئيس وأعضاء لجنة الصحة والسكان على الجهود الطيبة التي بذلوها في الإعداد لهذا الموضوعين الهامين والذين يضمهما هذا الكتاب الذي نضعه بين أيدي المهتمين والباحثين وللأخوة الذين قدموا مساهمات إيجابية في إثراء مادة هذا الكتاب الذي خرج بهذه الصورة.

مؤكدين، أننا في مجلس الشورى، سنظل حريصين على بذل كل ما بوسعنا في إنجاز المهام الدستورية والقانونية المناطة بنا، وكل التكاليف التي يتكرم فخامة الأخ/علي عبدالله صالح رئيس الجمهورية، راعي التنمية والديمقراطية والوحدة بإحالتها إلينا.

والله من وراء القصد ،،،

عبدالعزیز عبدالغني

رئيس مجلس الشورى

الاستثمار في القطاع الصحي
(الواقع – والطموح)

المقدمة :

في إطار خطة المجلس لعام ٢٠٠٥م قامت لجنة الصحة والسكان بدراسة موضوع الاستثمار في القطاع الصحي الخاص (الواقع والطموح) ونظراً لكون الصحة هي من المواضيع الكبرى التي لا يمكن مناقشة كل ما يتعلق بها ومن جميع جوانبها في وقت واحد أو في ورقة واحدة ولاختزال الموضوع وتاهت القضايا في وسط ذلك الزحام ، ولذلك تمت تجزئة الموضوع الكبير وهو موضوع القطاع الصحي إلى عدد كبير من المواضيع بحيث يأخذ كل موضوع حقه من الدراسة والفحص والتمحيص والنقاش بغية الخروج بنتائج وتوصيات نافعة وعملية ، ولذلك فقد إرتأت اللجنة ، وبعد إقرار هيئة رئاسة المجلس واللجنة الرئيسية و المجلس أن يتم البدء بموضوع الاستثمار في القطاع الصحي الخاص تم ردفه بموضوع الخدمات الصحية في القطاع العام ، ومستوى الاداء فيه و قدرة المستشفيات والخدمات الحكومية على تقديم خدماتها بعد أن كانت اللجنة قد أعدت موضوعاً هاماً يرتبط أشد الارتباط بتلك المواضيع وهو موضوع التأمين الصحي.

لقد تطور قطاع الصحة تطوراً كبيراً خلال الفترة الماضية فلو قارنا المؤشرات الصحية اليوم لوجدنا ان الخدمة الصحية على مدى عشرين عاماً قد حسنت من الوضع الصحي بشكل عام حسب المؤشرات الحيوية العالمية التي تؤخذ لمقياس الوضع الصحي، ووفقاً لتقديرات عام ١٩٩٨م بلغ متوسط عمر الفرد إجمالاً ٥٩,١٥ عاماً في حين كان قبل ذلك متوسط عمر الفرد ٤٧ عاماً ، وهو ما يشير الى تحسن ملحوظ في هذا الاتجاه ، وخاصة من خلال انتشار شبكة الخدمات الصحية في عموم البلاد ، وتقديم خدماتها بصفة متواصلة ومتنامية برغم ما يعترضها من صعوبات وعوائق.

بدء الاستثمار في القطاع الصحي في المحافظات الشمالية مع قيام الثورة المباركة ٢٦ سبتمبر بشكل عيادات خاصة لاوائل الأطباء اليمنيين الخريجين ، و بعض الأطباء الأجانب الذين كانوا يعملون في اليمن ، ومع نهاية السبعينات تم الشروع بإنشاء مستشفيات خاصة بعدد محدود .

حيث وان هناك مادة في الدستور اليمني تشير إلى ان الدولة تكفل مجانية الرعاية الصحية للمواطنين . وفي المحافظات الجنوبية بدأ السماح في نهاية الثمانينات لعدد محدود من الأخصائيين اليمنيين بفتح عيادات خاصة لهم .

و بتحقيق الوحدة وقيام الجمهورية اليمنية عام ١٩٩٠م ، فقد انصهر النظامان الصحيان في نظام صحي واحد بكل سهولة لأنه لم يكن هناك اختلاف كبير بين النظامين الصحيين سوى أن القطاع الصحي الخاص في المحافظات الجنوبية والشرقية كان محظوراً، بينما كان مسموحاً به في المحافظات الشمالية ، وانتشر بعد الوحدة إلى المحافظات الجنوبية والشرقية .

ان الصحة هدف ذات أولوية بحد ذاتها ، كما أنها عنصر عظيم الأهمية من عناصر التنمية الاقتصادية والتخفيف من وطأة الفقر . ولزيادة الاستثمار في القطاع الصحي فلا بد من التشجيع الحكومي والترويج الدولي لذلك وهناك مزايا اجتماعية كبيرة تترتب على جودة هذه الخدمة وتغطية شريحة كبيرة من المجتمع بالخدمات الصحية بما في ذلك المزايا غير المباشرة التي ستؤدي بالإفراد الى الحصول على العمل والصحة .

النظام الصحي اليمني والاستثمار في القطاع الصحي والدوائي :
يقدم النظام الصحي الحكومي ما يقارب من (٩٥٪) من إجمالي الخدمات
والرعاية الصحية المقدمة للمواطنين ويتمويل حكومي لا نشاطه العلاجية والوقائية
والتأهيلية ، حيث تشير إحصائيات المسح الصحي ١٩٩٨م إلى وجود (٧١١) وحدة
صحية مؤقتة، و (١١٤٩) وحدة صحية ثابتة ، و (٤٦٩) مركز صحي ، و (١١٨)
مستشفى موزعة على النحو التالي :

(٧٩) مستشفى - مديرية و (٢٥) مستشفى - محافظة و (١٤) مستشفى -
تخصصي أو مرجعي وتبلغ السعة السريرية لها حوالي (١٠,٢٩٩) سرير وبعماله
صحية تقدر ب (٣١,٩٠٩).

ومما تجدر الإشارة إليه إلى أن هناك توسعاً كبيراً في عدد المرافق الصحية
الحكومية ، وزيادة في العمالة الصحية تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥٪) خلال الفترة (١٩٩٨ - ٢٠٠٤م) (وزارة الصحة العامة)

ويمكن الاستنتاج من خلال البيانات المشار إليها أن توزيع الخدمات والرعاية
الصحية غير متوازنة، مما يترتب عليه اختلال في توزيع الموارد بين الحضر والريف ،
وبين الخدمات العلاجية والوقائية.

أما خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع الخاص فإن دورها مازال ضعيفاً
أو محدوداً بسبب عدم تفعيل التشريعات من ناحية أو ضعفها أن وجدت من ناحية
أخرى ، بالإضافة إلى غياب الأشراف والتقييم والمراجعة لأداء القطاع الصحي الخاص
بشكل منتظم ومنهجي . ومن الملاحظ لذلك أن القطاع الصحي الخاص قد دخل ،
ومنذ البداية في عملية تنافسية مع القطاع العام ، وترتب على ذلك انعدام أي شكل

من أشكال التكامل والتنسيق بينهما من اجل توسيع رقعة تغطية الخدمات و الرعاية الصحية أو زيادة نسبة و سهولة الوصول اليهما ، أو تقديم خدمات متميزة أو خاصة يقوم بها هذا القطاع أو ذلك في إطار تكاملي .

((وليس مستغرباً كذلك، في الكثير من الحالات ، أن نجد أن كلا النظامين متساويان في مستوى تقديم الخدمة ، و العمالة ، و سوء الإدارة ، و عشوائية الحجم ، و اختلاف الموازنات و الإيرادات ، بحيث لم يعد واضحاً لكليهما مبرر وجودهما و غياب اهدافهما ، و دورهما في تقديم الخدمات و الرعاية الصحية للجميع)) .
(الخطة الخمسية الثانية للتنمية الصحية)

وإذا كانت النظرة لمفهوم النظام الصحي قد اختلفت في ظل الاتجاه العالمي الجديد ، فلا تزال الحاجة ماسة لتحقيق أهداف الصحة للجميع عبر الرعاية الصحية الأولية في القرن الواحد والعشرين .

وإذا توفرت خدمات الرعاية الصحية الأولية و أصبحت أكثر فاعلية ، فان ذلك سيؤدي إلى توفير الصحة للتعديل من الإصابة بالمرض، و تخفيف آثاره ، و تأثير نتائجها على الأفراد و المجتمع .

كما أن النظام الصحي إذا أُدخل في دائرة اهتمامه بالإنسان ، و تلبية حاجاته ، و رضائه عن الخدمة ، سيكون للفرد دوراً هاماً كمقدم للخدمات و الرعاية الصحية من جهة و مستهلكاً و ممولاً لها من جهة أخرى .

لقد كانت مساهمة القطاع الصحي (العام و الخاص) جيدة في تحسين الخدمات الصحية في القرن الماضي ، و ستصبح أكثر أهمية و أكثر تحدياً في هذا القرن الحالي و بالذات تجاه الفقراء . و أن إي مجهودات تبذلها الدولة بهدف الحفاظ

على الصحة لا تنجح إلا حينما تعطي الدولة للنظام الصحي الأولوية القصوى .
ومن خلال الأرقام والمؤشرات يتبين أن نصيب الفرد من ميزانية الدولة لا يتجاوز
حولي أربعة (٤) دولار سنوياً بينما نجد أن نصيب الفرد في الدول المتوسطة الدخل
أربعة وثلاثين (٣٤) دولار تقريباً (منظمة الصحة العالمية) وهو ما لا يكاد يكفل
أو يعطي إلا جزء بسيط من الاحتياجات وفقاً للمعايير الدولية.

وتشير التقديرات إلى أن متوسط الإنفاق على الصحة عموماً لا يزيد عن (٣٪)
من إجمالي الإنفاق العام منها (٧٠٪) مرتبات وأجور وما في حكمها للموظفين (٣٠٪)
مركزية في حين وصل في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إلى (٦٪) وفي
البلدان الأقل نمواً إلى (٥٪) . (اليونيسيف ١٩٩٨ م) .

ان التوجه العالمي يفرض الاهتمام بالصحة قبل المرض ويقاس ذلك من خلال
مؤشرات مرتبطة بأعباء المرضى ، ونوعية الحياة الخالية من المرض .

ويقاس أداء النظام الصحي على أساس تحقيق أهدافه بكفاءة وفاعلية استخدام
الموارد المتاحة وإيجاد موارد إضافية في نشاطه من خلال (إيجاد التأمين الصحي)
مثلاً .

ومع اتساع النظام الصحي لم تعد التكلفة الحالية تكفي لدعم الهيكل الأساسي
للنظام وللعاملين فيه مما أدى إلى ضعفه فأصبحت الكثير من المرافق الصحية تحتاج
إلى إصلاح وإعادة تأهيل ، وإمدادات للأدوية كما أن المعدات الصحية في تلك المنشآت
تعاني من نقص شديد ، كما أدى نقص الاعتمادات المالية المخصصة للإشراف على
المهام المناطة بها إلى انخفاض جودة الرعاية ونقص الخدمات وعدم كفاءة استخدام
الموارد المتاحة .

وعلى الرغم من العدد الكبير من المرافق الصحية الحكومية والقوى العاملة الصحية فيها يضطر المرضى لتخطي هذا النظام بحثاً عن مرافق صحية خاصة أعلى في التكلفة بسبب نقص الخدمات في المرافق الحكومية.

وتشير نتائج دراسة أجريت مؤخراً إلى أن معدل تخطي المرافق الحكومية يتراوح بين (٤٢٪) و(٧٣٪) في المناطق المدروسة (البنك الدولي ٩٨). الأمر الذي يعني أن قطاع الخدمات الصحية الحكومية غير مستغل إذا لم يعد يغطي إلا تلك النسبة التي لا يغطيها القطاع الصحي الخاص ، كما أصبح العاملون فيه بدون عمل.(الخطة الخمسية للتنمية الصحية).

ونظراً لذلك أدركت الحكومة والجهات المانحة أن النظام الصحي القائم غير قادر على تلبية حاجات السكان في المجال الصحي ، ولذلك تم إدخال بعض التغييرات لتلافي أوجه القصور ومنها تشجيع دور القطاع الخاص (الاستثمار في القطاع الصحي).

وعلى الرغم من أن نشاط القطاع الصحي الخاص ليس جديد إلا أن ما يلفت النظر أن الدراسات الخاصة به نادرة ومحدودة وبمجالات محددة منها ما قامت به منظمة الصحة العالمية من دراسة للمختبرات فقط حيث توصلت الدراسة إلى تدني الموثوقية والجودة العامة للخدمات بحيث أصبح نقص المختبرات المقبولة الجودة يحد من قدرة الأطباء على إجراء تشخيصات دقيقة (منظمة الصحة العالمية ٩٧).

وثمة مشكلة أخرى تتعلق بالوضع الحالي للقطاع الخاص وهو ان نشاطه يبدو في وضع تنافسي ومتداخل جغرافياً مع نشاط القطاع العام لا مكماً له .

فالنشاط الصحي الخاص يبدأ من عتبة أبواب المرافق العامة لا في المناطق التي تفتقر إلى الخدمات الصحية الحكومية ، وقد بينت الإحصائية لإربع (٤) محافظات أن المناطق التي تتمتع بأكثر عدد من المرافق الحكومية تحتوى على اكبر عدد من المرافق الخاصة وان المناطق التي بها اقل عدد من المرافق الحكومية تحتوى على اقل عدد من المرافق الخاصة ، حيث تتمركز أنشطة القطاع الخاص في المدن الرئيسية مثل أمانة العاصمة والمدن الكبرى بنسبة(٤٧%) من المستشفيات(٧٤%) من المراكز الصحية(٩٦%) من العيادات(٢٨%) من الأطباء غير اليمنيين (١٥%) من المخبريين غير اليمنيين(٨٠%) من عيادات الأشعة (وزارة الصحة العامة ١٩٨٠م) .

كما أن القطاع الخاص لا يؤدي إلا دوراً هامشياً في تحقيق الأهداف الصحية العامة بتقديم بعض خدمات مستهدفه كتنظيم الأسرة ، والرعاية قبل الولادة ، والتثقيف الصحي (منظمة الصحة العالمية) .

ولو توقفنا قليلاً حول عملية الاستثمار الصحي نود أن نشير إلى أن هناك أسلوباً مبتكر يتم تطبيقه في القطاع الحكومي لا يمكن في الحقيقة أن يطلق عليه استثمار بموجب القاعدة المتعارف عليها والتعريف الخاص بأسلوب الاستثمار ونعني بذلك مساهمة المواطن في دفع جزء من تكاليف العلاج في المؤسسات الحكومية . وفي بعض الحالات قد تتساوى التكاليف مع القطاع الخاص .

وأصبح من المعتاد الآن في المرافق الصحية الحكومية أن يدفع المريض أتعاب الخدمات التي كانت مجانية من قبل بدون أي تحسين واضح في النوعية ، وليس ثمة نظام إداري يساعد مديري الخدمات الصحية على معرفة تأثير نظام دفع رسوم الخدمة على نوعية الرعاية .

كما أن ترسيخ نظام دفع رسوم الخدمات قد يؤثر تأثيراً سلبياً خطيراً على تيسير الحصول على الخدمات الصحية التي لا يسهل الحصول عليها . على الرغم من أن الهدف من مساهمة المواطن في المشاركة في التكلفة هو الحصول على خدمات أيسر منالاً ، وأفضل جودة ، واقل تكلفة . (البنك الدولي + اليونيسيف ١٩٩٨م) . إن ظاهر الأمر قد يبدو تناقض في الربط بين المشاركة في التكلفة وتقديم خدمات أيسر إلا أن هذه النتيجة ممكنة في ظل نظام جيد للإدارة يستفاد فيه الكثير من أوجه نشاط الخدمة .

ومن هذا المنطلق بدأ يتنامى دور القطاع الخاص في المجال الصحي بشكل ملحوظ ولكن ليس بهدف تقديم خدمات صحية نوعية وان كان يقدم خدمات ربما تكون افضل نسبيا في بعض المؤسسات الصحية الخاصة مقارنة مع القطاع العام إلا أن ذلك لا يختلف كثيرا عما يقدم في المؤسسات الحكومية ، ويمكن التأكيد بان خدمات القطاع الخاص قد لعبت دورا مهما في تقديم الخدمات الصحية للقادرين عليها وهذا بدوره قد خفض العبء على المؤسسات الحكومية .

وإذا أريد من القطاع الصحي الخاص أن يسهم كشريك فعال في عملية التنمية الصحية و يتوسع دوره ليزيد في نسبة التغطية وسهولة الحصول على خدمات الرعاية الصحية لابد من إعادة تنظيمية والإشراف عليه وتقنين نشاطاته حتى يتمكن أن يلعب دورا مكملًا للنظام الصحي الحكومي أو يحل محله حيث لا يتواجد . وتشير التقارير إلى أن لجوء المرضى إلى المرافق الخاصة والتي قد لا يتحملون أعباء تكاليفها يرجع إلى نقص الخدمات في المرافق الحكومية (البنك

الدولي ١٩٩٨ م) . وأدى ذلك إلى تحمل الأسرة حوالي (٧٥٪) من تكلفة الرعاية الصحية في المؤسسات الحكومية في حين تساهم الحكومة بنحو (٢٥٪) فقط . ويعتبر ذلك أدنى مستوى للإسهام الحكومي في بلدان الإقليم حيث يصل في سائر بلدان الإقليم إلى ما بين (٣٣٪) و (٨٦٪) من إجمالي تكلفة الرعاية الصحية (البنك الدولي ١٩٩٨ م) .

لذا لا بد من وضع أرضية صحيحة لعملية الاستثمار في القطاع الصحي على أن يكون لها أبعاد ورؤى مستقبلية صحيحة حيث و الصحة هدف محوري للتنمية ونتيجة هامة من نتائجها في الوقت نفسه . وان أهمية الاستثمار في الصحة بغية النهوض بالتنمية الاقتصادية والحد من الفقر ينبغي أن تحظى بالاهتمام والتفهم حيث وان نصيب الصحة من الموازنة العامة متدني جداً لتقديم خدمات مقبولة. لن توسيع نطاق التغطية بخدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية لكي تشمل الفقراء وذوي الدخل المحدود من شأنه أن ينقذ أرواح الكثير كل عام وان تطيل متوسط عمر الفرد وتزيد من إنتاجيته ومساهمته في العملية الإنتاجية وذلك سيؤدي إلى الحد من وطأة الفقر ويحفز التنمية الاقتصادية ويعزز الأمن الاجتماعي . وتقضي هذه الجهود اتخاذ مبادرتين هامتين :

- ١ . زيادة الموارد التي تنفق في القطاع الصحي من قبل الدولة .
- ٢ . حث الجهات المانحة على التصدي للعقبات المالية و غير المالية التي حدت من قدرة الدولة على توفير الخدمات الصحية .

ومما سبق نرى أن الاستثمار في القطاع الصحي يتطلب توفير إجراءات سهلة وواضحة وملزمة من قبل الدولة والمستثمرين معاً حيث تشير التقارير إلى أن ما

يتطلب من دعم الجهات المانحة ما يقارب عشر نقطة مئوية من الدخل القومي سيكون له دوراً فعالاً وسريعاً ما يعوضها بإضعاف الأضعاف لإنقاذ الكثير من الأرواح من الهلاك سنوياً وتعزيز التنمية الاقتصادية بل إنه بدون جهود منسقة من هذا القبيل فإن التزام العالم لتحسين وإيجاد صحة ومعيشة للفقراء (جسدة التنمية الألفية الثالثة) يصبح بعيداً جداً .

لذا يمكن أن نؤكد على أن سهولة الحصول على الخدمات الصحية والرعاية الصحية الأولية أمراً أصبح مثيراً للجدل ولا بد أن نفكر كثيراً بتحقيق هذا المبدأ . وهو مبدأ نظام (الاقتراب من العميل) ويتطلب هذا النظام وجود تكامل بين مقدمي الخدمات الصحية الحكومي وغير الحكومي في تحقيق هذا النظام على أن تتضمن الدولة التمويل اللازم ، ويمكن أن تملك الحكومة وتشغل بصورة مباشرة الوحدات التي لا تقدم الخدمات الصحية وان تبرم عقوداً للخدمات مع مقدميها سواء كانوا سيستهدفون الربح أو لا... أما إذا تطرقنا إلى الاستثمار في القطاع الصحي الدوائي والذي يعد قطاعاً هاماً في تقديم الخدمة الصحية فإننا نشير هنا بالتالي :

أن الصناعة الدوائية المحلية من الصناعات الناشئة ، ويمكن تحديد مولد الصناعات الدوائية الوطنية بإنشاء أول مصنع أدوية في إطار الشركة اليمنية لصناعة وتجارة الأدوية في العام ١٩٨٢م . حيث قامت الشركة يدكو وعلى امتداد الفترة منذ إنشائها حتى الوقت الحالي بإنتاج ٥٢ صنفاً بما في ذلك صناعة ٤ أصناف من المحاليل الدوائية ويبلغ عدد المصانع العاملة في الجمهورية (٦) مصانع (إلى جانب مصنعين قيد الإنشاء) توفر نحو أربعة وسبعة من عشره بالمائة

(٤,٧%) من احتياجات سوق الدواء بقيمة إجمالية تصل إلى (٥,٥١٧,٣٧٥) دولار وجميع هذه المصانع حاصلة على شهادة الـGMP أو ما يسمى (شهادة ممارسة التصنيع الجيد) كما أن بعض المصانع تمكنت من تسجيل شركاتها وأصنافها في دول مجلس التعاون الخليجي (مثال ذلك شركة شفاكو) كما تبذل المصانع الأخرى جهود حثيثة في السعي لتسجيل أصنافها في دول مجلس التعاون الخليجي بهدف البحث عن أسواق تتمتع بقدرة شرائية لتسويق منتجات هذه المصانع التي تعمل في ظل سوق دواء غير منظم ويسوده الكثير من الظواهر السلبية .

يستأثر الدواء المستورد بما نسبته (٩٥,٣%) خمسة وتسعين وثلاثة من عشرة بالمئة من القيمة الإجمالية من احتياجات سوق الدواء إذ تقدر القيمة الإجمالية للواردات بنحو (١١٠,٠٢٨,٥١٨) دولار أمريكي . (وزارة الصحة- الهيئة العليا للأدوية ٢٠٠٣م). فإن المجلس يشير إلى عد من المحاور التي تتناول هذا الموضوع على النحو التالي:

المحور الأول:

أولاً : واقع الاستثمار الصحي والمجتمع اليمني :

برغم أن الاستثمار في القطاع الصحي الخاص بدأ يتنامى بشكل ملحوظ خلال العقدين الماضيين إلا أنه علينا أن نتذكر ما هي الاستثمارات الصحية الخاصة التي أنشئت كاستثمارٍ صحي . يتوفر فيه كل المواصفات والمعايير الفنية والهندسية في هذا المجال .

كما أن هناك تجاهلاً في تطبيق القوانين النافذة من جانب وعدم تفعيلها من جانب آخر .

ومع وجود المعوقات بكل أنواعها فقد تحققت طفرة نوعية في مجال الخدمات الصحية الخاصة إلا أن هناك حاجة ماسة لتطوير وترقية تلك الخدمات .

فمن الملاحظ أن غالبية هذه المنشآت والتي تنافست سواء عبر الاستفادة من قانون الاستثمار (اغلب المشاريع) أو بدون ذلك فهي عبارة عن :

- ١ . عمارات وشقق مستأجرة .
- ٢ . المواصفات الهندسية قد تكون ضعيفه أو معدومة نهائيا .
- ٣ . الإمكانيات المادية لشراء الأجهزة الطبية لدى الجميع محدودة وإمكانيات تشغيلها محدودة أيضا .
- ٤ . الوضع المعيشي للمواطن اليمني سيء ولا يتحمل العلاج فيها .
- ٥ . تولد السلوك السلبي الانتقامي لدى المواطن حول الطبيب المعالج في القطاع الخاص من معالج إلى مغتصب (أثناء المعالجة) . بسبب أن المريض أحيانا قد يبيع ما يمتلك من اجل العلاج ومن خلال ذلك نود الإشارة إلى الآتي :

أ - هناك الكثير من المشاريع الاستثمارية وغيرها فشلت في مشروعاتها وتم إغلاقها .

ب - المنشآت الأخرى العاملة ينظر إليها من قبل المواطنين بعدم الرضى .

ج - وسائل الإعلام المختلفة تنهافت على نشر الأخبار السيئة التي تسمع عنها فقط ولم تشر إلى الجوانب الايجابية التي تتوفر في البعض منها .

وإذا تسألنا من هم الأشخاص أو الفئات الذين يمثلون الاستثمار في القطاع الصحي الخاص سنجد أن أغلبهم أطباء بحثوا عن طموحاتهم لتأمين الحياة المعيشية . البعض منهم بدأ من البداية وأنجز ما استطاع الوصول إليه وإن كان غير مكتمل والبعض الآخر استعان ببعض التجار وأصحاب الأموال ودخلوا في شراكة وبإمكانيات محدودة قد لا تفي بالغرض . والبعض الآخر قد لا تكون لهم علاقة بالطب والتجارة ويعتبرون تلك العملية مربحة . أما أصحاب رؤوس الأموال الذين شاركوا بالمساهمة في هذا الجانب فعددهم محدود أنظر الملحق رقم (١) .

المحور الثاني:

ثانياً: الاستثمار في القطاع الصحي تكاملياً أو تنافسياً مع القطاع الحكومي ودوره في خدمات الرعاية الصحية الأولية:

عند دراسة هذه العلاقة بين الاستثمار الصحي الخاص والقطاع الحكومي واثراً ذلك على الوضع الصحي ، نجد أن هذه العلاقة متأرجحة ومتغايرة تحكمها عوامل متعددة تبدأ بالعامل الجغرافي والديمقراطي وتنتهي عند نوعية الخدمة الصحية التي تعطى لها الأولوية في كل منطقة على حده .

فهذه العلاقة قد تكون تكاملية في مناطق معينة وخاصة منها في الريف وبنسبة ضئيلة في الوقت نفسه نجدها تنافسية في مناطق أخرى في الحضر .

وبغض النظر عن نوعها أن كانت تكاملية أو تنافسية قد تكون لها آثار سلبية على نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمريض حيث أنها أحياناً قد تكون تنافرية ومضادة .

فإذا اتسمت بمظهر التكامل يجب أن يكون الاستثمار في القطاع الصحي الخاص يغطي الخدمة الصحية في المجالات التخصصية الغير متوفره في القطاع الحكومي ولتوفير فرص أكثر للمريض في الحصول عليها وخاصة في المدن الرئيسية التي يتوفر فيها القطاع الحكومي بشكل كبير .

أما في الريف لكي يكون تكاملياً يجب أن يكون هناك توجه أكبر لانتشار الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الصحية الأولية فيها نظراً لكون هذا الجزء يفتقر إلى عدم التغطية الكاملة للخدمات في القطاع الحكومي .

لذا نستطيع القول بان الاستثمار في القطاع الصحي الخاص في الوقت الحالي يكاد يكون في الغالب تنافسياً أو أن نجد مظاهر تدل على انه تكاملياً و تنافسياً في

وقت واحد ، فكل قطاع يعمل بمعزل عن الآخر والأمر الذي يؤثر سلباً على نوعية الخدمة الصحية وبالتالي على الوضع الصحي بشكل عام .

ومن هذه الظواهر :

١ . تحويل الحالات المرضية الحرجة والتي بدأ في علاجها داخل المنشآت الخاصة إلى المنشآت الحكومية وقد ترفض من قبل المنشآت الحكومية بسبب إحالتها من المنشآت الطبية الخاصة.

٢ . عدم اهتمام القطاع الخاص بجوانب الرعاية الصحية الأولية والتثقيف والتوعية الصحية .

٣ . تركيز القطاع الخاص على توفير الخدمات الصحية ذات المردود المادي والغير مكلفة لهم ، وتجاهلهم للخدمات الرعاية الصحية الأخرى .

٤ . اقتصار القطاع الخاص على الخدمات الصحية التي هي متوفرة في القطاع الحكومي أساساً وعدم تفكيرهم في توفير الخدمات الصحية التي يفتقر إليها القطاع الحكومي .

٥ . استقدام كوادر فنية أجنبية للعمل في القطاع الخاص وعدم الاستفادة من الكوادر الوطنية .

٦ . غياب القطاع الخاص عما تقوم به الدولة من حملات تطعيم وحملات مكافحة للأمراض الوبائية المنتشرة .

٧ . إهمال القطاع الحكومي للكوادر الفنية العاملة فيه وضآلة مستحققاتها وزيادة التعقيد في الإجراءات الداخلية مما يؤدي إلى نزوح الكوادر الفنية عنها والاتجاه إلى العمل في القطاع الخاص ونتيجة لذلك لجوء المرضى إلى المستشفيات

الخاصة لتوفر الكادر هناك . وفي السنوات الأخيرة زاد عدد الاختصاصيين الذين
بعد تخرجهم يعملون خارج اليمن للمغريات المادية .
٨ . غياب التنسيق والتعاون بين القطاعين في التأهيل والبحث العلمي (انظر الملحق
رقم (٢)) .

المحور الثالث:

ثالثاً : الاستثمار في القطاع الصحي الخاص ومشاركة العمالة المحلية والأجنبية :
أن بلادنا اليوم تحظى بمستقبل زاهر في ظل وجود بيئة مناسبة وجاذبة
للاستثمار في القطاع الصحي لحاجة المجتمع لذلك، حيث وهناك توجهات سياسية
للاستثمار وخاصة الاستثمار الصحي . كما أن هناك إلا أن الواقع والذي يعبر حالياً
عن الاستثمار الصحي لا يؤخذ بشكل جيد حيث من أهداف السياسة الاستثمارية هو
توفير فرص عمل للكوادر الطبية والفنية المتخصصة أو العامة للعمل في هذا المجال .
ألا أن واقع العملية الاستثمارية يختلف عما هو مبني عليه ، فالقائمون على
هذه العملية ترغب في استقدام كوادر أجنبية للعمل في منشأتها سواء كانت طبية أو
فنية مع عدم الاستفادة من الكوادر المحلية المؤهلة حيث أن المواطن بصورة عامة فقد
الثقة للكادر المحلي نتيجة لتشوية صورته من قبل الأعلام وكذا الأخطاء الفنية
والأسلوب السيئ في التعامل من قبل البعض من الكوادر المحلية .

كما ان هناك ظواهر سلبية تواجه المستثمر في ظل هذه الظروف وهي

كالتالي:

أولاً : ارتفاع التكاليف التي تصرف على الكادر الأجنبي تبدأ في التأشيرة - الإيجارات -
أجور العمل الخ .

ثانياً: وصول كوادر أجنبية قد لا تكون مؤهلة تأهيلاً علمياً صحيحاً وذلك لعدم أو
قصور في معرفة مستوى هذا التأهيل .

ثالثاً: في الكثير من المنشآت الطبية الخاصة العاملة في الأرياف هناك عدد كبير من
الذين يمارسون العمل الطبي والصيدلاني وليس لهم علاقة بهذه المهنة .

رابعاً: استخدام بما يسمى الاختصاصيين الأجانب لغرض الربح ويتم الإعلان عن استخدام هذه الكوادر دون التأكد من مؤهلاتهم الأمر الذي قد يؤدي أحياناً إلى جوانب سلبية يتعرض لها المريض وقد تكون عملية ابتزازية لا اقل ولا أكثر تعكس بدورها على المنشأة والمنشآت الأخرى الأكثر جدية .

خامساً: أما إذا نظرنا إلى الكوادر المحلية ومخرجات التعليم الجامعي والفني سنجد أن قطاع الاستثمار المتاح في الصحة لا يعطي أولوية كبرى لهذه الكوادر وذلك للأسباب التالية :

أ - أن الكوادر المحلية والتي اتاحت له فرصة التوظيف الحكومي تحاول إيجاد أعمال أخرى في القطاع الخاص نتيجة تدني ظروفها المعيشية في القطاع الحكومي، بينما القطاع الخاص يرغب بان يكون له موظفين متفرغين لديه لأهمية سير العمل .

ب - عدم الاسدتفاده من الكوادر المحلية حديثة التخرج والتي يلاحظ تدني التأهيل لديها في السنوات الأخيرة حيث وان مخرجات التعليم الجامعي والفني قد تدنى مستوى التحصيل العلمي للأسباب التالية :

١ . زيادة عدد المنتسبين دون توفير الضروريات التعليمية اللازمة لهم .

٢ . نقص في عدد الكادر التعليمي .

٣ . عدم مواكبة المرافق التي يتم فيها التدريب والتأهيل مقارنة بعدد

المنتسبين .

٤ . عدم زيادة الموازنة التشغيلية نسبة بعدد المنتسبين .

ج - لابد من الإشارة هنا أن الاستثمار لا يعني فقط الربح بل هو جزء لا يتجزأ من عملية بناء التنمية الصحية ومن أجل بناء التنمية الصحية والاقتصادية يجب الاهتمام بالكوادر المحلية وإيجاد فرص عمل لهم للحد من الفقر والبطالة والذي سينعكس بدوره على التنمية والأمن بكل إشكالاتها وأنواعها . من خلال هذه الظواهر نجد الأتي :-

١ . الكثير من المنشآت الطبية الخاصة فشلت وتم إغلاقها وتوقفت عملية الاستثمار فيها .

٢ . الكثير منها تم إغلاقها من قبل الجهات المختصة .

٣ . زيادة النقمة عليها من قبل المواطنين ووصفها بكل العيوب .

٤ . الإجراءات التفتيشية الغير مقننة ولا تحمل أي معايير فنية من قبل الأشخاص القائمين على التفتيش .

٥ . التغاضي عن الجوانب الايجابية إن وجدت في بعض هذه المنشآت .

٦ . فقدان الثقة في الطب وبالذات المقدم من الكوادر المحلية .

٧ . أخذ صورة غير واقعية عن الطب مع العلم أن الطب هو علم وإمكانيات وظروف ملائمة للعمل .

و نود الإشارة إلى الأتي :

أ - عدم تفعيل القوانين الخاصة بمزاولة المهن الطبية والصيدلانية .

ب - عدم تفعيل قانون المجلس الطبي .

ج - عدم تفعيل قانون المنشآت الطبية الخاصة .

د - عدم إصدار قانون الصيدلة والدواء .

هـ - عدم إصدار قانون مزولة المهن الطبية المساعدة .
و - قصور في التطبيق الفعلي لقانون الاستثمار وقانون العمل (انظر الملحق
رقم (٣)).

ونود الإشارة هنا لو عملت الجهات المختصة بهذه القوانين وتم تفعيلها وتعديلها
أن وجد فيها ثغرات لاستفاد المستثمر والكادر والمجتمع وكل من يهمله الأمر من
تنشيط هذا القطاع وبناء قاعدة وبنية تحتية تعمل على الرفع من التنمية الصحية
والاقتصادية والحد من الفقر والبطالة .

المحور الرابع:

رابعاً: دور الاستثمار الدوائي في توفير الدواء الآمن وبأسعار معقولة :

يتكون سوق الدواء من أربعة أطراف أساسية يتصدر هذه الأطراف المريض بصفته المستهدف من الخدمة الدوائية ثم الطبيب والصيدلاني باعتبارهما الأطراف المعنية بتحديد الوصفة الدوائية ثم يلي ذلك تجار الأدوية من منتجي ومستوردي الأدوية وبعض الأطراف التي تعمل على توفير الدواء ولا تخضع من الناحية النظرية للضوابط التي تحددها وزارة الصحة والهيئة العليا للأدوية ونقابات المهن الطبية والصيدلانية إلا أنه من الناحية العملية يتعرض سوق الدواء لإضطرابات شديدة واختلالات لا تحصى ويأتي في مقدمة هذه الاختلالات على سبيل المثال لا الحصر مايلي :

١. تفشي ظاهرة تهريب وتزوير وتقليد الدواء من قبل شركات شرق آسيوية وهندية والتي غالباً ما يكون المستهدف من المتسبب في استمرار هذه الظاهرة هو الفئات الفقيرة بسبب عجزهم في الوصول إلى مراكز الخدمة العلاجية إلى جانب انخفاض مستوى دخل هذه الفئات في الحصول على الدواء الآمن وبأسعار مناسبة.

٢. توفير عدد من الأدوية الرخيصة والزهيدة والرديئة والتي غالباً ما تعكس سياسة الإغراق التي تتبعها الشركات الأجنبية المنتجة إزاء سوق الدواء المحلي .

٣. ضعف أداء أجهزة الرقابة على سوق الدواء ولعل السبب في ذلك يعود بالدرجة الأولى إلى شحة الإمكانيات والمخصصات اللازمة لتكوين أجهزة قادرة على ضبط ورقابة سوق الدواء بصورة دائمة والى ضعف التشريعات وتخلفها عن مواكبة

التطورات المتلاحقة والمتسارعة التي يمر بها سوق الدواء خلال السنوات الأخيرة على وجه الخصوص وبعد إتباع سياسة الانفتاح الاقتصادي والتخلي من سياسة الترشيح .

٤. وجود عدد كبير من الشركات الأجنبية المسجلة وعدد كبير من الأصناف الدوائية واتساع عدد البدائل من كل صنف الأمر الذي أحدث مرونة سلبية في عدد البدائل وأدى إلى غياب قائمة وطنية مرشدة تعمل على تحديد عدد البدائل وعدد الشركات المسجلة .

٥. زيادة عدد الصيدليات ومخازن الأدوية وغير المرخص نشاطها ولعل السبب في ذلك يعود إلى التشديد في شروط منح التراخيص وإلى التسهيلات التجارية التي تمنحها الشركات المنتجة والموردة للدواء على حد سواء ومن هذه التسهيلات منح حوافز مرتفعة على بيع الأصناف الدوائية وأتباع سياسات البيع بالأجل ومنح الحوافز على السداد بالنقدية جعل من ممارسة النشاط الصيدلاني مهنة مربحة دون سواها .

ألا أن هناك مقومات للاستثمار في مجال الصناعات الدوائية يمكن إيجادها في العوامل التالية :

١. عجز الصناعات الدوائية الوطنية القائمة عن تغطية احتياجات ومتطلبات سوق الدواء من الأدوية الأساسية إذ تقدر مساهمة القطاع الصناعي الدوائي بنحو (٤.٧%) من إجمالي احتياجات السوق .

٢. قدرة التصنيع الدوائي المحلي على خفض كلفة المنتج الدوائي ، لرخص الأيدي العاملة بسبب انخفاض كلفة وعوامل الإنتاج الأخرى مع احتفاظ منتجاته

بجودة عالية وذلك لسهولة رقابة سلوك المنشآت الصناعية من قبل وزارة الصحة والهيئة العليا للأدوية بصورة دائمة مما يجعل الدواء المصنع محلياً أكثر أماناً من غيره عكس المنتج المستورد والتي تخضع منشأته للرقابة والفحص مرة كل خمس سنوات بعد التسجيل .

٣. اشتراط عدم تسجيل أصناف الشركات المنتجة غير الباحثة سيعمل على شطب كثير من الشركات الموردة للأدوية إلى سوق الدواء في الجمهورية اليمنية وسيعزز من قدرة الصناعات الدوائية الوطنية من احتلال مواقع متميزة في تسجيل عدد كبير من الأصناف الأمر الذي سيعطي فرصة لرؤوس أموال إضافية للاستثمار في هذا القطاع .

٤. التطور المستمر في البنية التحتية لصناعة الدواء والمتمثلة في النمو المضطرد لمخرجات التعليم الصيدلاني والطبي ووجود عدد من الباحثين في المجال الدوائي سيسهل كثيراً في الحصول على الكوادر العاملة في مجال صناعة الدواء والمؤهلة تأهيلاً عالياً فضلاً عن التوسع المحتمل بين المؤسسات البحثية المحلية والمصانع المنتجة للدواء .

٥. توفر الحاجة إلى الخدمة العلاجية والدوائية في ظل تفشي كثير من الأمراض المستوطنة التي كان وما زال يعاني منها المجتمع اليمني وكذا ظهور عدد من أمراض العصر والتي ظهرت بحكم التطور المعيشي الذي رافق تطور الدخل لدى بعض الفئات والشرائح في المجتمع إلى جانب ارتفاع وعي المجتمع بضرورة الاهتمام بالصحة والاستشفاء من الأمراض (أنظر الملحق رقم (٤)).

المحور الخامس:

خامساً : المشاكل والمعوقات :

طبقاً لما سبق ذكره ومن المفيد أيضاً الإشارة إلى بعض المشاكل والمعوقات التي تواجه الاستثمار في القطاع الصحي ولإيجاد الحلول المناسبة لضمان النهوض في هذه العملية وتوفير مناخ مناسب للاستثمار الصحي. والذي يعتبر بنية أساسية للتنمية الاجتماعية .

فان اللجنة تضع أمام المجلس الموقر أهم المشاكل والمعوقات على النحو التالي :

أولاً : في الجانب الصحي :

١. غياب أو انعدام التنسيق بين الجهات المختصة ذات العلاقة بوضع خطة معتمدة لعملية الاستثمار الصحي وانتشاره في الحضر والريف حيث وهناك انتشار عشوائي للمرافق الصحية الخاصة في المدن الرئيسية وافتقار ذلك في المدن الفرعية والريف .
٢. تداخل الاختصاصات في إدارة الوزارة ومكاتبها في المحافظات وكذا مكاتب الصحة بالمديريات وغيرها مما يؤدي إلى الإحباط وفقدان الثقة بالقيام بعملية الاستثمار الصحي السليم .
٣. عدم الاهتمام بالجوانب الايجابية التي تتوفر في بعض المرافق الصحية الخاصة وتطبيق مبدأ (الثواب والعقاب) كحافز تشجيعي للنهوض بهذه العملية والرفع من مستوى تقديم الخدمة.
٤. عدم مشاركة القطاع الخاص في خدمات الرعاية الصحية الأولية ووضع السياسات والخطط من اجل إيجاد بنية سليمة للاستثمار في القطاع الصحي .
٥. انعدام الخدمات الاستشارية للمستثمرين المحليين والغير محليين وتزويدهم بالمشاريع الصحية المطلوبة .

- ٦ . ارتفاع تكاليف أسعار المياه والكهرباء وكذا الصرف الصحي والتعامل مع هذه المنشآت كأنها منشآت إنتاجية وليست خدمية .
- ٧ . تعدد الجهات التي تقوم بعملية الجباية القانونية والغير قانونية من المستثمر مما يعكس ذلك على سير الأداء وارتفاع التكاليف حيث تشير التقارير إلى أن هناك أكثر من (٣٥) جهة تمارس هذه الجباية (انظر الملحق) رقم (٤) .
- ٨ . تداخل القوانين وعدم التعرف عليها بشكل سليم من قبل الجهات الحكومية . فكل جهة تعتبر أن قانونها هو السائد مما يضطر المستثمر إلى عدم الاستمرار أو عدم تنفيذ مشروعه الاستثماري .
- ٩ . عدم وجود لجان طبية متخصصة للبت في القضايا الفنية ، ويلجأ المواطن إلى القضاء والشرطة الذين يتدخلون دون إلمامهم بالجوانب الفنية لهذه المشكلة .
- ١٠ . تهافت وسائل الإعلام المختلفة على نشر الأخبار السيئة فقط وتجنب الجوانب الايجابية .
- ١١ . عدم الاهتمام بتشجيع أصحاب رؤوس الأموال بالاستثمار في القطاع الصحي .
- ١٢ . الافتقار للكثير من الأجهزة الطبية التشخيصية الحديثة .
- ١٣ . قلة الكوادر المتخصصة العاملة في هذه المنشآت أو انعدامها أحيانا .
- ١٤ . غياب التنسيق بين القطاع الخاص والقطاع الحكومي في عملية التأهيل والتدريب والاستفادة من مخرجات التعليم الجامعي والفني .
- ١٥ . ارتفاع فوائد القروض البنكية وانعدام التسهيل في عملية التسديد في حالة إقامة المشروع وتشغيله وإحجام البنوك التجارية عن تقديم القروض الطويلة .

١٦. عدم تطبيق القانون الخاص بالمنشآت الطبية الخاصة رقم (٦٠) لعام (١٩٩٩ م) المادة رقم (١٠) من اجل إيجاد منشآت طبية كانت قائمة قبل صدوره لا تتوفر فيها المواصفات والمعايير الفنية والهندسية .

١٧. عزوف الدولة على منح القادرين على الاستثمار الصحي بالأراضي لإقامة مشاريع استثمارية صحية يتوفر فيها المواصفات الفنية والهندسية .

ثانياً: الجانم الدوائي :

١. غياب رؤية واضحة إزاء مجمل الآثار المترتبة على انضمام بلادنا إلى اتفاقية منظمة التجارة العالمية وما سيترتب على ذلك من إلحاق الضرر بالصناعات الدوائية الوطنية بسبب المنع والحظر لتصنيع عدد كبير من الأصناف الدوائية (والتي يتم تصنيعها بصفاتها أصناف (Generics) غير مسجلة أي أصناف انقضت الفترة القانونية لحماية براءة الاختراع لها ويمكن إنتاجها دون العودة إلى المالك لها) ويتم إنتاجها بأسماء تجارية مختلفة) بعد التوقيع على اتفاقية الانضمام إلى عضوية منظمة التجارة العلمية .

٢. الحرمان الذي سيلحق بقطاع الصناعات الدوائية من جراء عدم تصنيع الأصناف الدوائية المغطاة إنتاجها بحماية براءة الاختراع والتي تمتد فترة الحماية لها من (٢٠ - ٢٤) سنة مع الأخذ بعين الاعتبار إلى طول فترة الحماية عدم توفير القاعدة العلمية والمعرفية لدى الصناعات الوطنية الدوائية للوصول إلى طرق تصنيع هذه الأدوية كون الحماية لا تشمل اسم المنتج ولا الطريقة المتبعة في تصنيعه (انظر الملحق) رقم (٥) .

٣. انعدام القاعدة المعلوماتية لدى الوزارات المعنية كوزارة الصناعة ، وزارة الصحة (الهيئة العليا لأدوية) اتحاد منتجي الأدوية ، واللازمة لإثبات ممارسة الشركات الموردة لما يسمى بسياسة الإغراق للأسواق المتداولة للدواء محلياً والمتمثلة في توفير الشواهد المؤيدة على بيع سعر المنتج الدوائي في سوق الدواء بسعر يقل عن الكلفة في بلد المنشأ وإثبات مدى تأثير الصناعات المحلية الدوائية والتي يشترط في إثبات تضررها من سياسة الإغراق تقديم شكوى مما لا يقل عن ما نسبته (٢٥٪) من إجمالي المصنعين المحليين لإثبات وقوع الضرر المترتب على سياسة الإغراق التي تقوم بها الشركات الأجنبية الموردة للأدوية حتى يتم اتخاذ الحماية اللازمة للصناعة الدوائية .

٤. ربط مصير كثير من الإصلاحات في مجال تسجيل الشركات المنتجة للأدوية والأصناف الدوائية التي تقوم بإنتاجها المصانع المحلية بعدد من الشروط التي حددها مجلس وزراء الصحة في مجلس دول التعاون الخليجي . ومن هذه الإصلاحات على سبيل المثال لا الحصر :

- قبول تسجيل الشركات المنتجة للأدوية لدى الهيئة العليا للأدوية بعد تسجيلها في أي دولة من دول مجلس التعاون الخليجي .
- إلغاء التسجيل الطرقي للشركات الموردة للدواء واعتماد التسجيل المركزي لدى الهيئة المعنية والمعتمدة من قبل مجلس التعاون الخليجي .
- اعتماد عدم تسجيل أصناف دوائية لم تخضع لاختبارات التكافؤ الحيوي غير المتوفر أساساً في الوقت الحالي أو في القريب المنظور كما أن إجراء مثل

هذه الفحوصات في الخارج يكلف مبالغ كبيرة قد يصل كلفة الاختبار

للمصنف الواحد من (٥٠٠٠ - ٨٠٠٠) دولار أمريكي .

٥ . استمرار تفشي ظاهرة تهريب وتزوير الدواء وضعف الرقابة على سوق الدواء

ووجود شريحة لا بأس بها ممن يمارسون الاتجار بالأدوية ولم يشملهم قانون

تنظيم المهن الصيدلانية الأمر الذي يلحق الإضرار الجسمية بالاستثمار في

المجال الدوائي وبالخزينة العامة للدولة وبسمة الخدمات الطبية والعلاجية

المحلية العامة والخاصة نظرا لعدم توفر الأمان في الدواء المهرب بسبب عدم

سلامة الشحن والخزن والنقل وما يترتب على ذلك من تغيرات قد تتسبب فيه

الظروف أنفة الذكر وتعمل على تحويله الى سموم قاتلة .

٦ . عدم توفر الحد الأدنى من الرعاية والحماية للصناعات الدوائية الوطنية والتي

يمكن إيجاز الاتجاهات الرئيسية للحماية والرعاية المطلوب الحصول عليها من

السلطات المعنية (وزارة الصحة ، والاستثمار ، والجمارك) في ما يلي :

١ . الإعفاء من رسوم تسجيل وإعادة تسجيل الأصناف التي يتم تصنيعها لدى

المصانع محلية .

٢ . السماح بتسجيل أكبر عدد ممكن من الأصناف الدوائية وبأسرع وقت ممكن

وذلك بهدف تأمين أكبر عدد من الأدوية ليتم تصنيعها محليا قبل حلول

فترة المنع والحصر بتصنيع هذه الأصناف مع تطبيق مبدأ الإعفاء الوارد .

٣ . تخصيص عدد (١٠٠) صنف من الأصناف الدوائية من إجمالي الأدوية

الأساسية التي يتم استيرادها لتقوم المصانع المحلية بتصنيعها ووقف

استيرادها وبما يمكن المصانع المحلية من تجاوز الطاقات الإنتاجية المعطلة

وحالة الخسائر التي تحققها في الوقت الحاضر بسبب عدم تكافؤ شروط
المنافسة في ظل الاختلالات القائمة التي يعاني منها سوق الدواء .

المحور السادس:
سادساً: التوصيات:

رغم تعدد وتنوع المشاكل والمعوقات التي تطرقت لها هذه الورقة سواءً شملت في المحور نفسه أو من خلال المحاور الأخرى .
تري اللجنة أن معالجة هذه المشاكل والصعوبات الخاصة بالاستثمار الصحي ليست هي مسؤولية جهة واحدة بعينها بينما هي مسئولية جهات حكومية متعددة وجهات غير حكومية (مستثمرين).
وقد استعرض المجلس ابرز المشكلات والمعوقات التي تواجه الاستثمار الصحي وتوصل إلى جملة من التوصيات والمقترحات التي من شأنها معالجة الوضع القائم وأحداث نقله نوعيه متميزة للدفع في عمليه الاستثمار الصحي باعتباره أهم قطاع من القطاعات التي ترتبط بها حياة المواطن وصحته من اجل بناء مجتمع خال من الفقر والبطالة .

وستعرض هذه التوصيات والمقترحات على النحو التالي :

أولاً : في الجانب الصحي :

- ١ . على وزارة الصحة العامة والسكان إيجاد التنسيق المشترك و القطاع الخاص مع القطاع الحكومي .
- ٢ . على وزارة الصحة العامة والسكان إعادة تنظيم القطاع الخاص الحالي من اجل تقديم خدمات ورعاية صحية أولية مساعدة للقطاع العام كلما أمكن ذلك .
- ٣ . توفير الدراسات والاستشارات باحتياج الصحة للخدمات التخصصية والتي لا تتوفر لديها .

٤. إلغاء التداخل بقوانين وتشريعات وزارة الصحة العامة والسكان (الهيئة العليا

للأدوية) وقانون الاستثمار، بشأن استيراد الأجهزة والمستلزمات الطبية .

٥. تطبيق وتفعيل قانون المنشآت الطبية الخاصة رقم (٦٠) لعام ١٩٩٩م وخاصة منه

المادة رقم (٣٧) والتي تنص على الآتي :

على المنشآت الطبية الصحية الخاصة القائمة والمشمولة بأحكام هذا القانون

بتعديل أوضاعها بما يتفق مع أحكام هذا القانون فنيا خلال سنة وهندسيا خلال

ثلاث سنوات من تاريخ صدوره . من اجل تطبيق أهداف القانون المشار إليه في المادة رقم

(٣) على النحو التالي :

أ - تنظيم خدمات المنشآت الطبية والصحية الخاصة وفق ضوابط ومعايير علمية

وفنية حديثة وبما يكفل الارتقاء بطبيعة ونوعية تلك الخدمات الإنسانية .

ب - تشجيع عملية استثمار القطاع الخاص في مجال الخدمات الطبية والصحية

وبشكل خاص الخدمات الطبية والصحية التخصصية .

ج - تنظيم وتعزيز الرقابة والكشف الدوري على طبيعة ودور كل منشأة طبية

وصحية خاصة للتأكد من ممارسة نشاطها المحدد وفق هذا القانون

واللائحة المنظمة له .

د - نشر الخدمات الطبية والصحية الخاصة في المدن والأرياف وبما يمكن المرضى

من الحصول على تلك الخدمات بسهولة ويسر وبتكلفة معقولة تتناسب مع

كرامة المهنة ونوعية الخدمات المقدمة .

هـ - الحد من الممارسة والسلوكيات التي تتنافى وأدبيات وأخلاقيات المهنة.

- الإسهام في عملية التوجيه والوعي الصحي وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية .

٦. تفعيل قانون المجلس الطبي رقم (٢٨) لعام (٢٠٠٠) المادة رقم (٢) من اجل تحقيق أهدافه التالية :

١. حماية حقوق المرضى .

٢. النهوض بالمهن الطبية .

٣. تنظيم ومراقبة مزولي المهنة .

حيث أن من اختصاصاته والتي نصت عليها المادة رقم (١٠) على النحو التالي:

- العمل على متابعة ومراقبة تنفيذ القوانين المرتبطة بالمهن الطبية واللوائح المنفذة لها .

- وضع شروط مزوالة المهنة للتخصصات المختلفة بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة وبما لا يتعارض مع القوانين النافذة مع تقييم ذوي المهن الطبية .

- الإسهام في إعداد وإقرار مناهج التعليم الطبي الجامعي والعالي والمستمر وكذا إجراء التقييم الدوري لمزاولي المهنة .

- وضع الشروط والمواصفات الأكاديمية والعلمية للكليات الطبية الخاصة وذلك بالتنسيق مع المجلس الأعلى للجامعات .

- تحديد المؤهلات والخبرات اللازمة للحصول على الشهادات التخصصية والاستشارية لمزاولي المهنة .

- إجراء تقييم مستوى خريجي ذوي المهن من الجامعات الطبية المختلفة

- معادلة المؤهلات العلمية لخريجي الجامعات الطبية الحكومية والأجنبية والأهلية وبالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة .
- وضع الشروط والمواصفات لاعتماد المستشفيات التعليمية والعامه كمراكز لتدريب طلاب ذوي المهنة من دراسات جامعية وعليا ولا يعتمد التدريب في أي منشأة طبية إلا إذا اعتمدت لهذا الغرض ومنحت تراخيص التدريب من قبل المجلس .
- يتولى المجلس التسجيل وإصدار التراخيص لمزاولة المهنة ويشترط أن يكون مسجلاً في سجلات النقابة .
- العمل على توفير فرص التعليم المستمر لمزاولي المهنة في كافة المستويات .
- وضع قواعد لأداب وسلوكيات المهنة بالتنسيق مع النقابة .
- تطوير المهنة وممارستها من خلال تشجيع البحوث والدراسات العلمية والدورات التنشيطية والندوات والنشرات التثقيفية .
- تشكيل اللجان العلمية والرقابية المتخصصة بما فيها لجنة التحقيق على أن تنظم اللوائح الداخلية للمجلس إجراءات سير أعمالها ، ويقدم المجلس التقارير الفنية التي يطلبها القضاء أو جهات التحقيق حول الأخطاء والمخالفات المهنية التي قد تحدث من مزاولي المهنة ، التحقيق في الشكاوى والمخالفات المرفوعة إليه والبت فيها وأحالتها إلى النيابة العامة إذا رأت لجنة التحقيق أن موضوع الشكاوى يتعلق بجريمة من الجرائم التي تخص النيابة العامة برفع الدعوى فيها .
- ٧. تفعيل قانون مزوالة المهن الطبية والصيدلانية رقم (٢٦) لعام (٢٠٠٢) بكل مواده .

٨. إصدار قانون الصيدلة والدواء وكذا قانون المهن الطبية المساعدة .
٩. تعزيز دور البحوث والدراسات الصحية لتوفير الدراسات المساعدة لتشجيع الاستثمار الصحي .
١٠. على وزارة الصحة العامة والسكان القيام بعملية مسح شامل للقطاع الصحي الخاص بكل أنواعه وأشكاله ونوعية الخدمة التي يوفرها وكذا الكوادر الطبية والفنية العاملة فيه للاستفادة منه لاتخاذ القرارات المناسبة لذلك والدراسات والاستشارات الاستثمارية الصحية .
١١. الحد من الكوادر الأجنبية التي تعمل في القطاع الخاص أو الحكومي في حالة توفر الكوادر المحلية ويستثنى من ذلك التخصصات التي لا تتوفر في الكادر المحلي مع الأخذ بعين الاعتبار عملية التقييم لهذه الكوادر بموجب القوانين التي تنص على ذلك .
١٢. تشجيع البنوك التجارية بأهمية الاستثمار في القطاع الصحي وإيجاد وسائل مرنة في تقديم القروض الطويلة الأجل وكيفية التسديد المريح لهذه القروض مع اخذ الضمانات المطلوبة أو إنشاء بنك استثماري خدمي .
١٣. تخصيص جزء من أراضي الدولة لإقامة مشاريع استثمارية صحية تتمتع بالمواصفات الهندسية والصحية أسوة بالدول المجاورة .
١٤. الحد من تعدد الجهات التي تقوم بعمليات فرض الرسوم والجبایات القانونية وإيقاف الجهات الغير قانونية من فرض هذه الرسوم والجبایات .
١٥. تخفيض نسبة التعرفة الجمركية وكذا أسعار المياه والكهرباء والضرائب والصرف الصحي وغيرها كون هذه المؤسسات خدمية وليست إنتاجية .

١٦. على كل من القطاع الحكومي والقطاع الخاص المشاركة في التأهيل والتدريب لمخرجات التعليم واعتبار ذلك ملزماً من قبل القطاعين وعلى وزارة الصحة العامة والسكان والجهات ذات العلاقة اخذ ذلك بكل جدية واهتمام .
١٧. التشجيع بإنشاء مراكز تأهيل وتدريب للكوادر الطبية والفنية وتقديم كافة التسهيلات لهذه المراكز وإلزام القطاع الحكومي والخاص بالاستفادة من هذه الكوادر .
١٨. إيجاد المناخ المناسب لرؤوس الأموال للاستثمار بالقطاع الصحي لأهمية ذلك من أجل بناء تنمية صحية مرتبطة بها التنمية الاقتصادية .
١٩. حث الدول المانحة بتشجيع الاستثمار الصحي حيث والإمكانيات المحلية لا تستطيع تطوير الخدمات الصحية بما يرفع بمستواها إلى الحد المعقول .
٢٠. تشجيع المستثمرين وإعطاء تسهيلات استثمارية أكثر للاستثمار في القطاع الصحي في الأرياف مع التسهيل لهم من قبل وزارة الصحة العامة والسكان في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية باعتباره المحك الرئيسي لإيقاف انتشار وتوسيع رقعة الأمراض المستوطنة والمعدية .
٢١. النظر إلى وضع القطاع الخيري (الجمعيات الصحية الخيرية) المسماة بذلك بتقديم خدمات صحية للفقراء وذوي الدخل المحدود لضمان الحصول على تلك الخدمات بأقل كلفة وبخدمة أيسر على أن تكون تحت الإشراف المباشر من قبل وزارة الصحة العامة والسكان .
٢٢. إجراء عملية التقييم وتطبيق مبدأ الثواب والعقاب حيث أن هذه المهنة تتعلق بأرواح المواطنين .

٢٣. إعادة النظر في وضع القضاء والتقاضي من اجل إيجاد قاعدة استثماريه صحيحة.

٢٤. إعادة صياغة قوانين وزارة الصحة العامة والسكان وقانون الاستثمار وقانون السلطة المحلية بحيث تكون كلها متناسقة ومتكاملة.

٢٥. إعادة النظر من قبل وزارة الصحة العامة والسكان في اختصاصات إدارات الوزارة والمرافق التابعة لها من مكاتب الشؤون الصحية ومكاتب المديرية في المهام المناطة بها الخاصة بالاستثمار في القطاع الصحي والتنسيق مع الجهات الأخرى في اتخاذ القرارات لما فيه المصلحة العامة .

٢٦. على وزارة الصحة العامة والسكان إلزام القطاع الخاص بالمساهمة في توفير الإحصائيات بكل أشكالها وأنواعها ومنها بالذات إحصائية الأمراض المعدية .
ثانياً : في الجانب الدوائي :

في ضوء ما سبق إيضاحه في هذا الجانب في المحاور السابقة توصلت اللجنة إلى التوصيات التالية :

١. بذل الجهود الحكومية للقضاء على استمرار ظاهرة تهريب وتزوير الأدوية المنتشرة بسوق الدواء وذلك من خلال تفعيل دور الأجهزة الرقابية والضبطية والأمنية في استئصال هذه الظاهرة المؤثرة على واقع ومستقبل الاستثمار في مجال الصناعات الدوائية والتي يعتبر ازدهارها ونموها المنطلق الأساسي لوضع استراتيجية وطنية تهدف إلى تحقيق امن دوائي .

٢. حث الجهات المعنية في وزارة الصحة (الهيئة العليا للأدوية) على منح الصناعات الدوائية الوطنية الإعفاءات من رسوم تسجيل وإعادة تسجيل الأصناف الدوائية

ودعم الصناعة الوطنية من خلال مؤازرتها بالتسجيل المجاني لأكثر عدد ممكن من الأصناف الدوائية قبل حلول فترة الحضر والمنع وذلك لتأمين سوق الدواء بعدد واسع من الأصناف الدوائية وبدائله المصنع محلياً وبما يحقق قيمة مضافة للاقتصاد الوطني ويعزز من القدرة الشرائية للعملة الوطنية .

٣. توحيد جهود كل من وزارة الصناعة والصحة والاتحاد اليمني لمنتجات الأدوية من

اجل بلورة رؤية مشتركة بشأن تحديد المطالب التي يمكن من خلالها توفير الحماية للصناعات الدوائية الوطنية من منظور تحقيق استراتيجية دوائية وطنية تتكامل فيها ادوار جميع الأطراف الفاعلة والمتعاملة مع الأطراف المعنية :

٤. التعجيل في إنشاء مركز لإجراء فحوصات (اختبارات التكافؤ الحيوي)

وذلك لضمان حماية المستهلك للخدمة الدوائية من أي أضرار قد ينجم من تدني جودة المنتج الدوائي أو عدم كفأته في تأمين الاستشفاء الأمن شريطة أن تسند مهمة الأشراف وإدارة هذا المركز إلى جهات علمية محايدة (الجامعات اليمنية المؤهلة) (كليتي الطب والصيدلة) بما في ذلك السعي من خلال إقامة هذا المركز للنهوض بالصناعات الدوائية الوطنية والارتقاء بها إلى المستوى المطلوب .

٥. تعزيز دور البحث العلمي في كليتي الصيدلة والطب في الجامعات اليمنية المؤهلة

وبما يخدم ويعزز من خلق الروابط بين مؤسسات البحث العلمي والصناعات الوطنية الدوائية وتوفير الأدوية والعقاقير المتطورة ووضعها في خدمة المجتمع وبأسعار معقولة .

٦. إعطاء هامش أكبر للإعفاءات الضريبية والجمركية الممنوحة لقطاع الصناعات الدوائية وبما يمكن هذا القطاع من تطوير مراكز وبحوث تطوير الدواء في المصانع المحلية ويزيد من الإنفاق على تطويره نظراً للتكاليف الباهضة التي يتطلبها الاستثمار في مراكز وبحوث تطوير الدواء .
٧. إعطاء مساحة كبيرة للمؤسسات العلمية والبحثية لأساتذة (كليات الطب والصيدلة) لتنظيم وإعادة ترتيب أوضاع الخدمة العلاجية والدوائية .
٨. تعزيز دور النقابات المهنية الطبية والصيدلانية في توصيل الخدمة الطبية والعلاجية إلى المستفيدين منها وذلك من خلال رفع مستوى التكوين المهني للعاملين في المجال الطبي وشروط استمرار تقديم الخدمة للأطباء والصيدلة والعمل على تعزيز الجانب الأخلاقي في المهنة وبما يكفل حصول المجتمع على الخدمات الطبية والدوائية عبر المراكز المتخصصة وبأقل تكلفة .
٩. ربط موازنة البحث العلمي في كليات الطب والصيدلة بمشاريع بحث يستفيد منها المجتمع وتخضع للضوابط والأسس العلمية .

ملحق رقم (١)
الاستثمار الطبي الوطني والمجتمع اليمني

المنشآت الطبية الوطنية في اليمن :

١. لماذا كثير منها فشلت في مشروعاتها وتم إغلاقها .
٢. لماذا انتهت والكثير منها تم إغلاقها من قبل وزارة الصحة والجهات الحكومية المختصة .
٣. لماذا النقمة عليها من قبل المواطنين ووصفها بكل العيوب .
٤. لماذا وسائل الإعلام المختلفة المرئية والمسموعة والمقروءة تتهافت على نشر الأخبار السيئة التي تسمع عنها بخصوص المستشفيات الخاصة وتخجل عن نطق او كتابة اسم أي منشأة خاصة يمتدحها أي مواطن معتبرها كأنها عورة من العورات التي لا يجب ذكر اسمها .
٥. لماذا لا تطبق الحملات التفتيشية واللجان الوزارية وغيرها مبدأ الثواب والعقاب عند التفتيش باعداد لوائح ضبط المخالفات وتسارع لتسجيل ما يروق لها فتتخذ ذلك سلاحا وعصا لها ليس لغرض الإصلاح ولكن لمزيد من الإبتزاز ، وفي المقابل لماذا تتغاضى عن الجانب الثاني من المبدأ الا وهو الثواب وتقوم بتكريم وتشجيع الافضل منها من خلال معايير وقياسات لهذه الايجابيات .
٦. اصحاب رؤؤس الاموال الكبيرة الوطنية وكبار تجار اليمن :
 - لهم القدرة على انشاء منشآت طبية خاصة بكل المقاييس والمعايير .
 - هم الاكثر دقة في وضع الجدوى الاقتصادية لمثل هذه المشاريع .
 - لو كانت مشاريع بناء المستشفيات الخاصة تجارة مريحة في نظرهم لماذا ترددوا في ذلك .

• في المقابل ما هي الإجراءات والتسهيلات التي وجدتتها مجموعة مستشفيات السعودي الألماني في اليمن لإقامة مثل هذا المشروع ام انهم حسبوها غلط ولم يتم اكتشافها بعد ، وكلا الاحتمالين ايضا وارد ، وحينما نقارن وضع المواطن الخليجي المالي مع الوضع المعيشي للمواطن اليمني والسلوكيات السلبية الناقمة التي تولدت لديه بسبب وضعه المتردي والذي هو ايضا سيكوى بنارها كما اکتويننا نحن ويکتوي منها اصحاب هذه المهنة .

للإجابة على هذه الأسئلة وغيرها :

نتساءل من هم الأشخاص او الفئات الذين يمثلون القطاع الطبي الخاص في اليمن، هم أطباء بحثوا عن طموحاتهم في ظل القطاع العم فلم يجدوه لا العلم ولا مواصلة البحوث الطبية وتأمين الحياة المعيشية التي تتناسب مع اسمه ومرتبته في المجتمع. البعض منهم بدأ من الصفر وأنجز ما أستطاع الوصول اليه والبعض الآخر استعان ببعض التجار وأصحاب الأموال ودخلوا في شراكة وبإمكانيات محدودة أما البعض الآخر فهم ممن لا يفقهون في الأمر شيء تخيل لهم من اللذين سبقوهم أنها تجارة مريحة فدخلوها تسابقاً على أرباحها المخيلة لهم .

النتيجة:

- ١- الغالبية العظمى من هذه المنشآت عمارات أو شقق مستأجرة .
- ٢- المواصفات لهذه المنشآت تكاد تكون معدومة .
- ٣- التعديل فيها محدود .
- ٤- الإمكانيات المادية لشراء الأجهزة الطبية لدى الجميع محدودة وإمكانيات تشغيلها أيضاً محدودة .

- ٥- الوضع المعيشي للمواطن اليمني سيء جداً ولا يتحمل العلاج في القطاع الخاص .
- ٦- تولد السلوك السلبي الانتقامي لدى المواطن حول الطبيب المعالج في القطاع الخاص إلى مغتصب لبيته وجريته وبقرته .
- ٧- تعاطف بعض أجهزة الإعلام وبعض الشخصيات في الدوائر الحكومية مع مشاعر وأحاسيس المواطن المغتصب .
- ٨- النقمة الكبرى :
- أ - فقدان الثقة في الطب وخاصة القطاع الخاص .
- ب- إحباط لدى أصحاب هذه المنشآت .
- ج- إغلاق وإفلاس البعض منها .
- د- إقفال البعض الآخر .
- هـ- تحول القطاع الخاص المتبقي إلى عورة يجب تجنب النظر لها أو ذكر اسمها أسباب تعثر القطاع وطرق التغلب عليها :
- ١- (٩٩,٩) من إجمالي مباني المستشفيات الخاصة ليست إلا عمارات وشقق للإيجار لا يستطيع المستثمر الطبي إدخال إلا القليل من التعديلات فيها وهي العائق الأساسي في نظري أمام طموحات المستثمر في التطوير والتحديث فهو مقيد من جميع النواحي إضافة إلى التهديد بإخلاء العمارة من المؤجر أو مضاعفة الإيجار؟ وحل هذه المشكلة هو منح الدولة الأراضي والمساحات اللازمة للمستثمر في هذا المجال مع وضع الشروط الكفيلة باستغلال هذه الأرضية في المشروع وجدولة تنفيذه .

- ٢- منح الدولة للمستثمر الوطني التسهيلات والإعفاءات الجمركية التي يتمتع بها المستثمر الأجنبي في هذا المجال فهو أحق وأبقى وأضمن للبلاد في بناء المشاريع الطبية الاستثمارية .
- ٣- منح الدولة نسبة لا تقل على ٢٥٪ من إجمالي التجهيزات الطبية للمشروع كمكافأة منها للمستثمر اليمني بعد تشييد وإنجاز المبنى المعد لذلك .
- ٤- إعفاء المستثمر من فوائد القروض البنكية وتسهيل عملية التسديد في جميع مراحل المشروع وإقامته وتشغيله .
- ٥- الإعفاء من الرسوم الجمركية والعوائد الأخرى للأدوية والمستلزمات الطبية لتشغيل المنشآت .
- ٦- إلزام الهيئة العليا للأدوية والمستلزمات الطبية بتطبيق قانون الاستثمار والعمل بموجبه فيما يخص الأصول الثابتة المستوردة والتوقف عن فرض رسوم على استيرادها .
- ٧- إلزام الهيئة العليا للأدوية والمستلزمات الطبية بالتخلي عن فرض رسومها في الأدوية والمستلزمات الطبية للمنشآت الطبية الخاصة اللازمة لاستمرارية تشغيلها .
- ٨- إصدار قانون يعفي المنشآت الطبية الخاصة بصورة استثنائية من رسوم الكهرباء والمياه والمجاري والنظافة وغيرها من الرسوم الحكومية تخفيفاً من الأعباء الكبيرة التي يجابهها هذا القطاع .

٩- إصدار قانون يعفي المنشآت الطبية الخاصة من الرسوم الحكومية عليها في الهيئة العليا للاستثمار ووزارة الصحة وأمانة العاصمة والجوازات تحت المسميات المذكورة وبما فيها ضرائب الرواتب والأرباح .

١٠- في مقابل هذه التسهيلات فإن على القطاع الطبي الخاص فريضة وطنية أمام المجتمع اليمني وما يعانيه من المستوى المتدني في المعيشة والفقير والمرضى وأيماننا منه بهذه المعاناة ومشاركة منه في التخفيف من حدتها فليس هناك ما يمنع أن يبادر المستثمر في هذا المجال بتجهيز وتشغيل منشآت طبية اجتماعية خيرية تابعة للمشروع تدعمها الحكومة في إيجاد مبنى (الأوقاف) وتعفيها من الرسوم الحكومية ويتكفل المستثمر في استقبال وعلاج الحالات المرضية بأسعار رمزية تغطي فقط صرفيات استثمارية التشغيل والأداء .

١١- العمل بمبدأ وقانون الثواب والعقاب تجاه القطاع الطبي الخاص .

- في وسائل الإعلام .

- الدوائر الحكومية .

- في المؤتمرات .

وختاماً ومن خلالكم أتقدم بتبني فتح وتشغيل مشروع مستشفى الدكتور عبد القادر المتوكل الاجتماعي الخيري ، وأرجو منكم التعاون والتضافر والدعم اللازم لإنجاز مثل هذا المشروع .

١٢- نظرة عابرة على بعض المستشفيات الحكومية في كثير من المدن والمحافظات والمديريات ، ماذا لو أتيحت الفرصة للقطاع الطبي الخاص في إدارتها وتشغيلها كمنشآت طبية اجتماعية خيرية.

ملحق رقم (٢)

القطاع الصحي الخاص مكمل أم منافس للقطاع الحكومي
ودوره في خدمات الرعاية الصحية الأولية

المقدمة :

عندما النظر إلى الوضع الصحي داخل البلد ومتابعة ما حدث في نوعيته ومعدل انتشاره خلال العقد الأخير من الألفية الماضية وبدايات القرن الحالي نجد ان هناك الكثير من التحسين قد حدث أن كان نسبيا . في الوقت الذي لا يزال هناك الكثير من العقبات التي تعيق الرقي بالمستوى الصحي إلى الحد المطلوب .

وعند مراقبة هذا التحسن في الوضع الصحي نجد أن مشاركة القطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية وفتح باب الاستثمار في هذا المجال كان له الأثر البالغ في هذا التحسن ، وان كان هذا الأثر يقتصر في أحيان كثيرة على رفع معدل انتشار الخدمة وليس على نوعيتها .

وعند دراسة العلاقة القائمة بين القطاع الخاص والقطاع الحكومي واثر هذه العلاقة على الوضع الصحي . نجد أن هذه العلاقة متأرجحة ومتغايرة ، تحكمها عوامل متعددة تبدأ بالعامل الجغرافي والديموجرافي وتنتهي عند ماهية الخدمة الصحية نفسها التي تعطي لها الأولوية في كل منطقة على حده ، فهذه العلاقة قد تكون تكاملية في تقديم في مناطق معينة في الوقت الذي نجدها تنافسية في مناطق اخرى .

كما أنها قد تكون تكاملية في تقديم طيف واسع من الخدمات الصحية ، وتنافسية في خدمات صحية أخرى . ولكل وضع من هذه الأوضاع مظاهره ومسبباته . مع الإشارة هنا إلى أن هذه العلاقة وبغض النظر عن نوعها أكانت تكاملية أن

تنافسية _ قد يكون لها آثار سلبية على نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمريض حيث أنها في أحيان أخرى لا تكاملية ولا تنافسية وإنما تنافرية ومتضادة ،

أما مظاهر التكامل بين القطاعين فيمكن ملاحظتهما من خلال التوزيع والانتشار للمنشآت الخاصة في جميع مناطق الجمهورية وحتى المناطق التي لم يتمكن القطاع الخاص الحكومي من الوصول إليها وذلك من خلال العدد الكبير للمنشآت الطبية الخاصة مما يجعل القطاع الخاص مكماً للقطاع الحكومي في نشر الخدمات الصحية وإيصالها إلى من يحتاج إليها .

كما أن ما يلاحظ من زيادة عدد المترددين والباحثين عن الخدمات الصحية في القطاع الخاص يظهر التكامل بين القطاعين في استيعاب الإعداد الكبيرة للباحثين عن الخدمات الصحية ويخفف الضغط الحاصل على القطاع الحكومي حتى وصل الحال الآن إلى أن يشارك القطاع الخاص بنسبة كبيرة من مجموع الخدمات الصحية المقدمة . ومن مظاهر التكامل ما يلاحظ من تركيز كل قطاع على نوعية معينة من الخدمات الصحية فالقطاع الحكومي يركز على جوانب الرعاية الصحية الأولية وخدمات العلاج بالعقاقير والخدمات المقدمة لمرضى تخصص الباطنية . في حين يركز القطاع الخاص على جوانب الخدمات الصحية الجراحية والتخصصية .

أما مظاهر التنافس فهي قليلة ولا يمكن ملاحظتها إلا في أماكن معينة كإدارة العاصمة مثلاً حيث تلخص التنافس في تحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمرضى .

ومن المؤسف أن تجد مظاهر لا تدل على أي تكامل أو تنافس بين القطاعين وإنما كل قطاع يعمل بمعزل عن الآخر أو أن هذه العلاقة تنافر وتضاد وبدون ثقة متبادلة ،

الامر الذي يؤثر سلبيا على نوعية وكمية الخدمة الصحية وبالتالي على الوضع

الصحي بشكل عام .

فمن هذه المظاهر :

- تحويل الحالات المرضية الحرجة وان كانت مرقدة من داخل المنشآت الخاصة الى المنشآت الحكومية ورفضها احيانا من قبل المنشآت الحكومية بسبب إحالتها من المنشآت الطبية الخاصة .
- عدم اهتمام القطاع الخاص بجوانب الرعاية الصحية الاولية والتثقيف والتوعية الصحية .
- تركيز القطاع الخاص على توفير الخدمات الصحية ذات المردود المادي الكبير والغير مكلفة لهم وكفاءتهم عن جوانب الرعاية الصحية الاخرى .
- اقتصار القطاع الخاص على الخدمات الصحية التي هي متوفرة في القطاع الحكومي اساسا ، وعدم تفكيرهم في توفير الخدمات الصحية التي يفتقر اليها القطاع الحكومي.
- استخدام كوادرنية اجنبية للعمل في القطاع الخاص وعدم الالتفات الى الكوادرنية الوطنية .
- غياب التنسيق والتعاون بين القطاعين في التأهيل والبحث وإهمال القطاع الخاص لجوانب التأهيل والبحث العلمي بشكل كبير .
- غياب القطاع الخاص عما تقوم به الدول من حملات تطعيم وحملات مكافحة للأمراض الوبائية المنتشرة .

- إهمال القطاع الحكومي للكوادر الفنية عنها والاتجاه الى العمل في القطاع الخاص كما يؤدي الى نزوح المرضى وتوجههم الى القطاع الخاص .
- يفترض من القطاع الخاص ان يشارك بدرجة ما في تقديم الخدمة الاسعافية المجانية ، كل المظاهر تدل على ان هناك جزء كبير من العلاقة التي تربط بين القطاع الخاص والقطاع الحكومي يشوبه الضبابية وعدم الوضوح وعدم التنسيق كما ان هذه المظاهر تدل على نقاط الاشتراك وان العلاقة بين القطاعين قد تكون من باب الصدفة لا غير وانه لا يوجد سياسة تجمع القطاعين في ظلها . كل ذلك يؤثر بشكل او باخر على الوضع الصحي ويزيد تعقيد المشاكل الصحية القائمة حالياً .

ملحق رقم (٣)

الاستثمار في القطاع الصحي ومشاركة العمالة المحلية والاجنبية

المقدمة :

أن بلادنا اليوم تحظى بمستقبل زاهر في ظل وجود بيئة مناسبة وجاذبة للاستثمار في القطاع الصحي لحاجة المجتمع لذلك. حيث أن هناك توجهات سياسية للاستثمار وخاصة الاستثمار الصحي . كما أن هناك قطاع كبير من الكوادر الطبية والفنية ألا أن الواقع والذي يعبر حالياً عن الاستثمار الصحي لا يؤخذ بشكل جيد حيث من أهداف السياسة الاستثمارية هو توفير فرص عمل للكوادر الطبية والفنية المتخصصة أو العامة للعمل في هذا المجال .

ألا أن واقع العملية الاستثمارية يختلف عما هو مبني عليه ، فالقائمون على هذه العملية ترغب في استخدام كوادر أجنبية للعمل في منشأتها سواء كانت طبية أو فنية مع عدم الاستفادة من الكوادر المحلية المؤهلة حيث أن المواطن بصورة عامة فقد الثقة للكادر المحلي نتيجة لتشوية صورته من قبل الأعلام وكذا الأخطاء الفنية والأسلوب السيئ في التعامل من قبل البعض من الكوادر المحلية .

ان هناك ظواهر سلبية تواجه المستثمر في ظل هذه الظروف وهي كالتالي :
أولاً : ارتفاع التكاليف التي تصرف على الكادر الأجنبي تبدأ في التأشيرة - الإيجارات - أجور العمل الخ .

ثانياً: وصول كوادر أجنبية قد لا تكون مؤهلة تأهيلاً علمياً صحيحاً وذلك لعدم أو قصور في معرفة مستوى هذا التأهيل .

ثالثاً : في الكثير من المنشآت الطبية الخاصة العاملة في الأرياف هناك عدد كبير من الذين يمارسون العمل الطبي والصيدلاني وليس لهم علاقة بهذه المهنة .

رابعاً : استخدام بما يسمى الاختصاصين الأجانب لغرض الربح ويتم الإعلان عن استخدام هذه الكوادر دون التأكد من مؤهلاتهم الأمر الذي قد يؤدي أحيانا إلى جوانب سلبية يتعرض لها المريض وقد تكون عملية ابتزازية لا اقل ولا أكثر تعكس بدورها على المنشأة والمنشآت الأخرى الأكثر جدية .

خامساً: أما إذا نظرنا إلى الكوادر المحلية ومخرجات التعليم الجامعي والفني سنجد أن قطاع الاستثمار المتاح في الصحة لا يعطي أولوية كبرى لهذه الكوادر وذلك للأسباب التالية :

أ - أن الكوادر المحلية والتي اتاحت له فرصة التوظيف الحكومي تحاول إيجاد أعمال أخرى في القطاع الخاص نتيجة تدني ظروفها المعيشية في القطاع الحكومي، بينما القطاع الخاص يرغب بان يكون له موظفين متفرغين لديه لأهمية سير العمل .

ب - عدم الاستفادة من الكوادر المحلية حديثة التخرج والتي يلاحظ تدني التأهيل لديها في السنوات الأخيرة حيث وان مخرجات التعليم الجامعي والفني قد تدنى مستوى التحصيل العلمي للأسباب التالية :

- ١ . زيادة عدد المنتسبين دون توفير الضروريات التعليمية اللازمة لهم .
- ٢ . نقص في عدد الكادر التعليمي .
- ٣ . عدم مواكبة المرافق التي يتم فيها التدريب والتأهيل مقارنة بعدد المنتسبين .
- ٤ . عدم زيادة الموازنة التشغيلية نسبة بعدد المنتسبين .

ج - لا بد من الإشارة هنا أن الاستثمار لا يعني فقط الربح بل هو جزء لا يتجزأ من عملية بناء التنمية الصحية ومن اجل بناء التنمية الصحية والاقتصادية يجب الاهتمام بالكوادر المحلية وإيجاد فرص عمل لهم للحد من الفقر والبطالة والذي سينعكس بدوره على التنمية والأمن بكل إشكالاتها وأنواعها .

من خلال هذه الظواهر نجد الأتي .:

- ١ . الكثير من المنشآت الطبية الخاصة فشلت وتم إغلاقها وتوقفت عملية الاستثمار فيها .
 - ٢ . الكثير منها ثم إغلاقها من قبل الجهات المختصة .
 - ٣ . زيادة النقمة عليها من قبل المواطنين ووصفها بكل العيوب .
 - ٤ . الإجراءات التفتيشية الغير مقننة ولا تحمل أي معايير فنية من قبل الأشخاص القائمين على التفتيش .
 - ٥ . التغاضي عن الجوانب الايجابية إن وجدت في بعض هذه المنشآت .
 - ٦ . فقدان الثقة في الطب وبالذات المقدم من الكوادر المحلية .
 - ٧ . أخذ صورة غير واقعية عن الطب ويجب معرفة أن الطب هو علم وإمكانيات وظروف ملائمة للعمل . ونود الإشارة إلى الأتي :
- أ - عدم تفعيل القوانين الخاصة بمزولة المهن الطبية والصيدلانية .
- ب - عدم تفعيل قانون المجلس الطبي .
- ج - عدم تفعيل قانون المنشآت الطبية الخاصة .
- د - عدم إصدار قانون الصيدلة والدواء .

هـ - عدم إصدار قانون مزولة المهن الطبية المساعدة .

و - التطبيق الفعلي لقانون الاستثمار وقانون العمل .

ونلاحظ انه لو عملت الجهات المختصة بهذه القوانين وتم تفعيلها وتعديلها أن وجد فيها ثغرات لاستفاد المستثمر والكادر والمجتمع وكل من يهمله الأمر من تنشيط هذا القطاع وبناء قاعدة وبنية تحتية تعمل على الرفع من التنمية الصحية والاقتصادية والحد من الفقر والبطالة .

ملحق رقم (٤)

الاستثمار في القطاع الصحي الخاص المشاكل والمعوقات

المقدمة :

نحيط سيادتكم علماً بما نعاني من مشاكل ومعوقات في المنشآت الطبية الخاصة ونذكر منها الآتي:

أولاً: يوجد في اليمن أكثر من (٦٠٠) مستشفى ومستوى صفات خاصة وقد وصل القطاع الخاص الطبي اليمني إلى جميع أنحاء اليمن والأماكن التي لم تصلها الخدمات الحكومية اليمنية .

- ١- أيضاً نحن نقوم بتغطيه (٦٠%) من الخدمات الطبية اليمنية وأكثر
- ٢- أيضاً نحن نقوم بتقديم الخدمات بأسعار قليلة ومتوسطه وخدماتنا في متناول الجميع وهي بسهولة الوصول إليها .
- ٣- أيضاً قام القطاع الخاص الطبي اليمني بتشغيل آلاف الأيدي العاملة اليمنية
- ٤- وأيضاً قام بتنشيط السوق التجارية اليمنية .
- ٥- وقدم قفزه صحية للامام .

ولكن هناك معوقات كبيرة جداً تحول دون تطوير القطاع الصحي اليمني ومنها المشاكل التي تحدث باستمرار وتولد لدينا ضغط وعدم حب الاستثمار في هذا المجال .

أولاً: المشاكل مع وزاره الصحة كالأتي:

- ١- عدم إشراك القطاع الصحي الخاص بأي نشاطات وفعاليات تقوم بها الوزارة .

- ٢- يعتقدون داخل وزارة الصحة أن نحن مكان الهبر والهيش
- ٣- تقوم وزارة الصحة بإنزال لجان رقابه من غير ذو الاختصاص
- ٤- الازدواجية والاحتكاك والمماحكات داخل وزارة الصحة سبب لنا كثيراً من المشاكل والتخبط
- ٥- عدم منحنا مساعدات التي تستلمها وزارة الصحة بأسمائنا من المنظمات العالمية والدا عمين .
- ٦- عدم توفير لنا المناخ المناسب للاستثمار .
- ٧- تعدد الجهات التي تأتينا من داخل وزارة الصحة .
- ٨- عدم استجابة لطلباتنا من وزارة الصحة .
- ٩- تعيين مسؤولين مشرفين على قطاع الصحي الخاص الذين لا يفقهون فيه شيء .
- ١٠- لا تقوم وزارة الصحة بتوفير طلباتنا من مواد التخدير وغيره
- ١١- لا تقوم وزارة الصحة بتطبيق القوانين والأنظمة من المنشآت الطبية الخاصة .
- ١٢- لا تقوم وزارة الصحة بإشراكنا بالجان حسب القوانين .
- ١٣- لا تقوم وزارة الصحة بتدريب وتأهيل كوادرنا الطبية .
- ١٤- تستمر المعاملات داخل وزارة الصحة أيام وشهور .
- ١٥- لا تقوم وزارة الصحة والجهات الأخرى بمعاملتنا بأننا نحن مستثمرين وطنيين

١٦- وأي جهة تقوم أو تنشئ جديدة تقوم بفرض غرامات على المستشفيات الخاصة.

١٧- وأن بعض الجهات تقوم بسحبنا وأهانتنا داخل منشأتنا وان العسكر والطقوم تأتي إلينا وتجبر موظفينا جر إلى السجن بدعاوى أن نحن لا نقوم بتسديد الرسوم التي علينا .

نحن نعاني من مشاكل كثيرة ومؤهله للغاية وصناديق وجهات عده تقوم باجباننا بعضها بقانون وبعضها بغير قانون ولا نعرف إلى أي جهة نتبع سوف نوضح لكم بعض الصناديق والجهات التي نقوم بالدفع لها أو التعامل معها أن اصغر مستشفى في اليمن أو مستوصف يدفع اقل شيء في السنة مبلغ لا يقل عن اثنان مليون ريال للجهات المختلفة .

المشاكل التي تعانيها المنشآت الطبية الخاصة والمعوقات التي نواجهها:
أولاً: نحن نعاني من بعض المشاكل والمعوقات وتداخل بعض القوانين التي نعمل في ظل:

- ١- قانون المنشآت الطبية الخاصة ولوائحه
- ٢- قانون المزاولة المهنية الطبية
- ٣- قانون العمل ولوائحه ونظمه
- ٤- قانون الاستثمار ولوائحه
- ٥- قانون السلطة المحلية ولوائحه
- ٦- وأيضا نعمل تحت رقابه الجوازات وقوانينه
- ٧- قانون التأمينات ولوائحه

٨- قانون الصيد له .

وقوانين أخرى تطبق علينا وهذه القوانين جميعها ازدواجية ومصالحه مشتركة

البعض على البعض .

الجهات والصناديق التي يتم الدفع لها :
أولاً: وزاره الصحة :

- ١- مكتب الصحة والمديرية
- ٢- مكتب الصحة والاستثمار
- ٣- مكتب الصحة بالامانه للمنشآت
- ٤- الاداره العامة بوزارة الصحة
- ٥- نقابه الأطباء والصيدلة
- ٦- جمعيه الهلال الأحمر
- ٧- أداره الخدمات الطبية والجودة
- ٨- الاداره العامة للصيدلة
- ٩- نقابه المهن الطبية
- ١٠- وغيرها من النقابات التي تعمل ظل وزاره الصحة والقطاعات الأخرى

ثانياً - وزاره العمل:

- ١- مكتب العمل بالامانه
- ٢- مكتب العمل في الاستثمار بالهيئة
- ٣- صندوق التدريب المهني
- ٤- الاداره العامة للرقابة والتفتيش
- ٥- التأمينات الاجتماعية والعمل

وهذه المكاتب تقوم بالرقابة على المستفيات وعلى الموظفين الأجانب واليمنيين وتقوم بدفع لها شهرياً وسنوياً .

ثالثاً- الهيئة العامة للاستثمار :

- ١- مكتب العمل يمنح تصريح العمل
- ٢- مكتب الصحة تصريح عمل
- ٣- القطاع الخدمي
- ٤- مكتب التمويل والتجارة السجل التجاري
- ٥- مكتب الجوازات تصريح الاقامه

وكل هذه المكاتب تدفع لها رسوم شهرية وسنوية بما فيها تصريح عمل للموظفين وتجديد تصريح الاستثمار سنوياً لقطاع الخدمات في الهيئة العامة للاستثمار .

رابعاً : الجوازات بالهيئة العامة للاستثمار

- ١- مصلحة الجوازات الاداره العامة
- ٢- الجوازات في المنطقة تقوم بمراقبه الأجانب ومنحهم أقامه

خامساً" : الضرائب :

- ١- ضرائب المنطقة بالمجلس المحلي
- ٢- الاداره العامة للضرائب بالامانه
- ٣- مصلحة الضرائب
- ٤- المكتب الضرائبي بالهيئة العامة للاستثمار
- ٥- ضرائب العقارات

سادساً: الواجبات

١- واجبات عقارات

٢- واجبات دخل

سابعاً- النظافة:

١- صندوق النظافة

٢- صندوق تحسين المدينة

ثامناً : الخدمات الأخرى

١- الكهرباء بسعر تجاري ونحن مكان خدمي

٢- الماء فواتير المياه بسعر تجاري

٣- فواتير التلفون

٤- فواتير الصرف الصحي

٥- عمال النظافة و الجمع المباشر للقمامة

تاسعاً: وجهات وصناديق أخرى

١- ندفع للطاقة الذرية رسوم تشغيل الكشافات

٢- مندوب المرور في كل مستشفى خاص

٣- مندوب المباحث في كل مستشفى خاص

أيضا نلاحظ كم هناك ازدواجية وتداخل بعض الصلاحيات كل جهة على

أخرى وأيضا هناك بعض الجهات التي لم تذكر وهي كثيرة ومتعددة .

نحن نعاني من مشاكل كثيرة ونرجوا منكم تحديد جهة واحده لتسهيل الاستثمار على

كل القطاع الصحي .

إنما يجعلنا نعاني الامريين هو عدم استجابة الجهات المعنية لتوجيهات وتشجيع

فخامة الأخ رئيس الجمهورية حيث انه دائماً ينادي ويشجع ويطلب من الجهات المختصة

توفير المناخ المناسب للتعليم المهني ونحن كاستثمرين يمينيين تشجعنا وقمنا بالاستثمار بالقطاع الصحي التعليمي ولقينا التسهيلات من وزارة الصحة ممثله بالا داره العامة تنميه الطاقة البشرية من مديرها الشاب النشيط د/ عبد الله الداعري وأيضا لقينا التشجيع الكامل من معهد - أمين ناشر للعلوم الصحية بـعدن والمعهد العالي للعلوم الصحية بصنعاء ممثله بالأستاذ / عبد الوهاب الكحلاني .

سادتي- وما يزيد الإحباط إحباط وأعاقه عمل المستثمرين من بعض الجهات في الدولة وهي كالآتي:-

- ١- وزارة الخدمة المدنية وفروعها ومشكلتنا معها بالتحديد عدم توظيف خرجي المعهد الخاص حيث تقوم بصددهم ومما طلتهم والتسويق معهم وتحويلهم من مكان إلى مكان وبالأخير لا يتم توظيفهم .
- ٢- المستشفيات الحكومية والمشكلة معهم أنهم يمنعون طلابنا بـمارسه التدريب في المستشفيات الحكومية أيضا وزارة الصحة لا تقوم بتوفير أراضي خاصة لنا .
- ٣- لا يوجد حتى الآن مناهج دراسية للمعاهد اليمنية .
- ٤- لا يوجد هياكل تنظيمية للمعاهد الصحية في اليمن .
- ٥- أرى من وجهه نظري أن المعاهد الصحية في اليمن مازالت تشطريه حتى الآن .

الملحق رقم (٥)

دور الاستثمار الدوائي في توفير الدواء الآمن وبأسعار معقولة
ورقة عمل مقدمة للمجلس الاستشاري

مقدمة :

تعتبر الصناعة الدوائية المحلية من الصناعات الناشئة ، ويمكن تحديد مولد الصناعات الدوائية الوطنية بإنشاء اول مصنع ادوية في اطار الشركة اليمينية لصناعة وتجارة الأدوية في العام ١٩٨٢م حيث قامت الشركة يدكو وعلى امتداد الفترة منذ الإنشاء حتى الوقت الحالي بانتاج ٥٢ صنفاً دوائياً بما في ذلك صناعة ٤ اصناف من المحاليل الدوائية ويبلغ عدد المصانع العاملة في الجمهورية ٦ مصانع (الي جانب عدد ٢ مصانع قيد الإنشاء) توفر نحو ٤.٧% من احتياجات سوق الدواء بقيمة إجمالية تصل إلى (٥،٥١٧،٣٧٥) دولار وجميع هذه المصانع حاصلة على شهادة الـGMP أو ما يسمى (شهادة ممارسة التصنيع الجيد) كما أن بعض المصانع تمكنت من تسجيل شركاتها واصنافها في دول مجلس التعاون الخليجي (مثال ذلك شركة شفاكو) كما وتبذل المصانع الأخرى جهود حثيثة في السعي لتسجيل أصنافها في دول مجلس التعاون الخليجي بهدف البحث عن أسواق تتمتع بقدرة شرائية لتسويق منتجات هذه المصانع التي تعمل في ظل سوق دواء غير منظمة ويسودها كثير من الظواهر السلبية .

- يستأثر الدواء المستورد بما نسبته ٩٥.٣% من القيمة الإجمالية من احتياجات سوق الدواء إذ تُقدر القيمة الإجمالية الواردات بنحو (١١٠،٠٢٨،٥١٨) دولار أمريكي (المصدر :٢٠١٠ التقرير السنوي للعام ٢٠٠٣م الهيئة العليا للدوية / وزارة الصحة)

جدول يوضح المبيعات السنوية لعدد وأنواع الأصناف الدوائية التي تقوم بإنتاجها الشركات الأعضاء في الاتحاد اليمني لمنتجات الأدوية (المصانع المحلية) خلال العام ٢٠٠٣ م

م	الصنف الدوائي	عدد الأصناف مع بدائلها	القيمة بالريال
١.	المضادات الحيوية	٥٨	٣٣٠,٣١٨,٧٦٨
٢.	المسكنات وحافظات الحرارة	٢١	١٦٦,٨٩١,٨٦٥
٣.	الفيتامينات ومقويات الجنس	١٧	١٥٢,٩٤٩,٢٨٥
٤.	مضادات الامبيا	١٠	٦٨,٩٣٠,٦٨٣
٥.	أدوية السعال	٧	٦٠,٥٧٧,٨٧٣
٦.	مضادات الحساسية	٩	٣٨,٤٣٦,٥٥٠
٧.	مضادات القرحة والحموضة	٤	٣٥,٣٨١,٨٧٥
٨.	المطهرات	١٩	٣١,١٢١,٨٧٥
٩.	مضادات التقلص	٤	٢٨,١٣٥,٧٤٠
١٠.	مضادات الملاريا	١٠	٢٧,٨٠٦,٧٨٤
١١.	أدوية الفم	٢٣	٢٣,٠٦٣,٧٧٠
١٢.	مضادات القيء	٥	١٦,٩٩٤,٣٠٨
١٣.	المليينات	٤	٩,٣٢١,٨١٠
١٤.	الأدوية النفسية ومضادات الصرع	٣	٨,٩٦٤,٨٧٥
١٥.	أدوية الربو	٢	٥,٦٩٢,٥٠٠
١٦.	حافظات لضغط الدم	٢	٢,٦٩٧,٣٢٤
١٧.	أدوية الجلد	٢	٢,٤٢٩,٠٧٥
١٨.	ادوية الجرب والدرن والسل	٢	٤٧٧,٠٠٠
١٩.	ادوية الشلل الرعاش	١	٣٧٠,٠٧٠
٢٠.	الإجمالي	٢٠٣	١,٠١٠,٥٥٢,٠٣٠

(المصدر التقرير السنوي للعام ٢٠٠٣ وزارة الصحة ص٩ - ص١٩)

لمحة عن حالة ووضع سوق الدواء :

يتكون سوق الدواء من أربعة أطراف أساسية يتصدر هذه الأطراف المريض بصفة المستهدف من الخدمة الدوائية ثم الطبيب والصيدلاني باعتبارهما الأطراف المعنية بتحديد الوصفة الدوائية ثم يلي ذلك تجار الأدوية من منتجي ومستوردي الأدوية بعضهم الأطراف التي تعمل على توفير الدواء وتخضع الأطراف هذه من الناحية النظرية مع سوق الدواء للضوابط التي تحددها وزارة الصحة والهيئة العليا للأدوية ونقابات المهن الطبية والصيدلانية إلا أنه من الناحية العملية يتعرض سوق الدواء لاضطرابات شديدة واختلالات لا تحصى ويأتي في مقدمة هذه الاختلالات على سبيل المثال لا الحصر مايلي :

تفشي ظاهرة تهريب وتزوير وتقليد الدواء من قبل شركات شرق آسيوية وهندية والتي غالبا ما يكون المستهدف من المتسبب في استمرار هذه الظاهرة هو الفئات الفقيرة بسبب عجزهم في الوصول إلى مراكز الخدمة العلاجية الى جانب انخفاض مستوى دخل هذه الفئات في الحصول على الدواء الآمن وبأسعار مناسبة .

توفر عدد كبير من الادوية الرخيصة والزهيدة والرديئة والتي غالبا ماتعكس سياسة الإغراق التي تتبعها الشركات الأجنبية المنتجة أزاء سوق الدواء المحلي ضعف اداء أجهزة الرقابة على سوق الدواء ولعل السبب في ذلك يعود بالدرجة الأولى إلى شحة الامكانيات والمخصصات اللازمة لتكوين أجهزة قادرة على ضبط ورقابة سوق الدواء بصورة دائمة والى ضعف التشريعات وتخلفها عن مواكبة التطورات المتلاحقة و المتسارعة التي يمر بها سوق الدواء خلال السنوات الأخيرة على وجه

الخصوص وبعد إتباع سياسة الانفتاح الاقتصادي والتخلي من سياسة الترشيد في الواردة .

وجود عدد كبير من الشركات الأجنبية المسجلة وعدد كبير من الأصناف الدوائية واتساع عدد البدائل من كل صنف الأمر الذي أحدث مرونة سلبية في عدد البدائل وأدى إلى غياب قائمة وطنية مرشدة تعمل على تحديد عدد البدائل وعدد الشركات المسجلة .

زيادة عدد الصيدليات ومخازن الأدوية غير المرخص نشاطها ولعل السبب في ذلك يعود إلى التشديد في شروط منح التراخيص وإلى التسهيلات التجارية التي تمنحها الشركات المنتجة والموردة للدواء على حد سواء وفي هذه تسهيلات منح بونصات مرتفعة على بيع الأصناف الدوائية وإتباع سياسات البيع بالأجل ومنح الحوافز على سداد بالنقدية جعل من ممارسة النشاط الصيدلاني مهنة مربحة دون سواها .

مقومات الاستثمار في مجال الصناعات الدوائية في الجمهورية اليمنية :

يمكن إيجاز مقومات الاستثمار في الصناعات الدوائية في العوامل التالية :

١ . عجز الصناعات الدوائية الوطنية القائمة عن تغطية احتياجات ومتطلبات سوق الدواء من الأدوية الأساسية إذ تقدر مساهمة القطاع الصناعي الدوائي بنحو ٦% من إجمالي احتياجات السوق .

٢ . قدرة التصنيع الدوائي المحلي على خفض كلفة المنتج الدوائي رخص الأيدي العاملة بسبب انخفاض كلفة وعوامل الإنتاج الأخرى مع احتفاظ منتجاته بجودة عالية وذلك لسهولة رقابة سلوك المنشآت الصناعية من قبل وزارة الصحة والهيئة العليا للأدوية بصورة دائمة مما يجعل الدواء المصنع محليا

أكثر أماناً من غيرة عكس المنتج المستورد والتي تخضع منشأته للرقابة والفحص مرة كل خمس سنوات بعد تسجيل المنشأ الأجنبية لدى الجهات المعنية .

٣. اشتراط عدم تسجيل أصناف الشركات المنتجة غير الباحثة سيعمل على شطب كثير في الشركات الموردة للأدوية إلي سوق الدواء في الجمهورية اليمنية وسيعزز من قدرة الصناعات الدوائية الوطنية من احتلال مواقع متميزة في تسجيل عدد كبير من الأصناف الأمر الذي سيعطي فرصة لرؤوس اموال اضافية للاستثمار في القطاع الصناعي وسيزيد من حجم القيمة المضافة التي يتم توليدها في هذا القطاع الواعد (في الشروط الغير معمول بها في الوقت الحالي هناك مقترح لوضع هذا الشرط ضمن شروط التسجيل) .

٤. التطور المستمر في البنية التحتية لصناعة الدواء والمتمثلة في النمو المضطرد لمخرجات التعليم الصيدلاني والطبي ووجود عدد من الباحثين في المجال الدوائي سيسهل كثيرا في الحصول على الكوادر العاملة في مجال صناعة الدواء والمؤهلة تأهيلاً عالياً فضلاً عن التوسع المحتمل للتعاون بين المؤسسات البحثية المحلية والمصانع المنتجة للدواء .

٥. توفر الحاجة إلى الخدمة العلاجية والدوائية في ظل تفشي كثير من الأمراض التقليدية التي كان ومازال يعاني منها المجتمع اليمني وكذا ظهور عدد من أمراض العصر والتي ظهرت بحكم التطور المعيشي الذي رافق تطور الدخل لدى بعض الفئات والشرائح في المجتمع إلى جانب ارتفاع وعى المجتمع بضرورة الاهتمام بالصحة والاستشفاء من الأمراض .

العوامل المؤثرة سلباً على الاستثمار في قطاع الصناعات الدوائية :
تتأثر الصناعات الدوائية المحلية بجملة من العوامل والتي تعتبر من وجهة نظر
الاستثمار كابحة للاستثمار في هذا القطاع الحديث النشأة ويمكن إيجاز بعض أهم
هذه العوامل في التالي:

١. غياب رؤية واضحة أزاء مجمل الآثار المترتبة على انضمام بلادنا إلى اتفاقية
منظمة التجارة العالمية وما سترتب على ذلك من إلحاق الضرر بالصناعات
الدوائية الوطنية بسبب المنع والحضر لتصنيع عدد كبير من الأصناف الدوائية
(والتي يتم تصنيعها بصفقتها أصناف (Generics) غير مسجلة أي أصناف
انقضت الفترة القانونية لحماية براءة الاختراع لها ويمكن إنتاجها دون العودة إلى
المالك لها ويتم إنتاجها بأسماء تجارة مختلفة) بعد التوقيع على اتفاقية
الانضمام إلى عضوية منظمة التجارة العالمية .

٢. الحرمان الذي سيلحق بقطاع الصناعات الدوائية من جراء عدم تصنيع الأصناف
الدوائية المغطاة إنتاجها بحماية براءة الاختراع والتي تمتد فترة الحماية لها من
(٢٠ - ٢٤) سنة مع الأخذ بعين الاعتبار إلى جانب طول فترة الحماية عدم توفر
القاعدة العلمية والمعرفية لدى الصناعات الوطنية الدوائية للوصول إلى طرق
تصنيع هذه الأدوية كون الحماية لا تشمل اسم المنتج ولكن الطريقة المتبعة في
تصنيعه .

٣. انعدام القاعدة المعلوماتية لدى الوزارات المعنية كوزارة الصناعة ووزارة الصحة (
الهيئة العليا للأدوية ، اتحاد منتجي الأدوية) واللازمة لإثبات ممارسة الشركات
الموردة لما يسمى بسياسة الإغراق للأسواق المتداولة للدواء محلياً والمتمثلة في

توفير الشواهد المؤيدة على بيع سعر المنتج الدوائي في سوق الدواء بسعر يقل عن الكلفة في بلد المشاء وإثبات مدى تأثير الصناعات المحلية الدوائية والتي يشترط في إثبات تضررها من سياسة الإغراق تقديم شكوى من ما لا يقل عن ما نسبته ٢٥% من إجمالي المصنعين المحليين لإثبات وقوع الضرر المترتب على سياسة الإغراق التي تقوم بها الشركات الأجنبية الموردة للأدوية حتى يتم إتخاذ بر الحماية اللازمة للصناعة الدولية.

٤. ربط مصير كثير من الإصلاحات في مجال تسجيل الشركات المنتجة للأدوية والأصناف الدوائية التي تقوم بإنتاجها المصانع المحلية بعدد من الشروط التي حددها مجلس وزراء الصحة في مجلس دول التعاون الخليجي والتي لم تكتمل فيه عضوية بلادنا آلية ومن هذه الإصلاحات على سبيل المثال لا الحصر :
قبول تسجيل الشركات المنتجة للأدوية لدى الهيئة العليا للأدوية بعد تسجيلها في أي دولة من دول مجلس التعاون الخليجي .

٥. إلغاء التسجيل الطرقي للشركات الموردة للدواء واعتماد التسجيل المركزي لدى الهيئة المعنية والمعتمدة من قبل مجلس التعاون الخليجي

٦. اعتماد عدم تسجيل أي أصناف دوائية لم تخضع لاختبارات التكافؤ الحيوي غير المتوفر أساساً في الوقت الحالي أو على مستوى المنظور القريب في الهيئة العليا للأدوية أو لدى أي جهة أخرى ، كما أن إجراء مثل هذه الفحوصات في الخارج يكلف مبالغ كبيرة قد يصل كلفة الاختبار للصنف الواحد من ٥٠٠٠ - ٨٠٠٠ دولار أمريكي .

٧. استمرار تفشي ظاهرة تهريب وتزوير وتقليد الدواء وضعف الرقابة على سوق الدواء ووجود شريحة لا باس بها ممن يمارسون الاتجار بالأدوية ولم يشملهم قانون تنظيم المهن الصيدلانية الأمر الذي يلحق الإضرار الجسيمة بالاستثمار في المجال الدوائي وبالخزينة العامة الدولة وبسمعة الخدمات الطبية والعلاجية المحلية العامة والخاصة نظراً لعدم توفر الأمان في الدواء المهرب بسبب عدم سلامة الشحن والخزن والنقل وما يترتب على ذلك من تغيرات قد تتسبب فيه الظروف أنفة الذكر وتعمل على تحويله إلى سموم قاتلة .

٨. عدم توفر الحد الأدنى من الرعاية والحماية للصناعات الدوائية الوطنية والتي يمكن أيجاز الاتجاهات الرئيسية للحماية والرعاية المطلوب الحصول عليها من السلطات المعنية (وزارة الصحة والاستثمار والجمارك) في مايلي:

أ- الإعفاء من رسوم تسجيل وإعادة تسجيل الأصناف التي يتم تصنيعها لدى المصانع المحلية .

ب- السماح بتسجيل اكبر عدد ممكن من الأصناف الدوائية وبأسرع وقت ممكن وذلك بهدف تأمين اكبر عدد ممكن من الأدوية ليتم تصنيعها محلياً قبل حلول فترة المنع والحضر بتصنيع هذه الأصناف مع تطبيق مبدأ الإعفاء الوارد في الفقرة أ من هذا البند .

ج- تخصيص عدد ١٠٠ صنف من الأصناف الدوائية من إجمالي الأدوية الأساسية التي يتم استيرادها لتقوم المصانع المحلية بتصنيعها ووقف استيرادها وبما يمكن المصانع المحلية من تجاوز الطاقات الإنتاجية المعطلة وحالة الخسائر التي تحققها في الوقت الحاضر بسبب عدم تكافؤ شروط

المنافسة في ظل الإختلالات القائمة التي يعاني منها سوق الدواء و كما
أسلفنا ذكرها أنفاً .

الاستنتاجات :

مما سبق استعراضه سابقاً يمكن استنتاج مايلي:

١ . وجود فرص استثمار فعلية في قطاع الصناعات الدوائية تتأثر معظم هذه الفرص
بالاختلالات القائمة في سوق الدواء وبُضعف التشريعات والسياسات المتبعة في
المجال الدوائي وتكون فرص الإستثمار أكثر تأثراً في ظل غياب إستراتيجية
وطنية للأمن الدوائي .

٢ . الضعف الملحوظ في البنية التحتية العلمية اللازم توفرها لتحقيق استراتيجية
وطنية دوائية تهدف إلى تأمين اكبر عدد ممكن من الأدوية الأساسية التي يتم
تصنيعها محلياً وفي ظل توفر جميع شروط ومتطلبات الوفاء بمتطلبات صناعة
الدواء الآمن (مركز فحص واختبار التكافؤ الحيوي) .

٣ . تأثر وضع الصناعات الدوائية الوطنية بغياب رؤية واضحة لجميع الأطراف المعنية
(وزارة الصناعة ، الصحة ، اتحاد منتجي الأدوية) لمواجهة الآثار الناجمة عن
انضمام بلادنا إلى اتفاقية منظمة التجارة العالمية .

٤ . تأثر الاستثمار في مجال صناعة الدواء بظاهرة تهريب وتزوير الدواء وتقليده
واستيراد الأدوية الرخيصة والزهيدة .

التوصيات :

في ضوء ما سبق إيضاحه في المقومات والعوامل المؤثرة على الاستثمار في مجال
الصناعة الدوائية يمكن التوصية بما يلي :

١ . بذل الجهود الحكومية للقضاء على استمرار ظاهرة تهريب وتزوير الأدوية العالقة بسوق الدواء وذلك من خلال تفعيل دور الأجهزة الرقابية والضبطية والأمنية في استئصال هذه الظاهرة المؤثرة على واقع ومستقبل الاستثمار في مجال الصناعات الدوائية والتي يعتبر ازدهارها ونموها المنطلق الأساسي لوضع استراتيجية وطنية تهدف إلى تحقيق امن دوائي .

٢ . حث الجهات المعنية في وزارة الصحة (الهيئة العليا للأدوية) على منح الصناعات الدوائية الوطنية الإعفاءات من رسوم تسجيل وإعادة تسجيل الأصناف الدوائية ودعم الصناعة الوطنية من خلال مؤازرتها بالتسجيل المجاني لأكبر عدد ممكن من الأصناف الدوائية قبل حلول فترة الحضر والمنع وذلك لتأمين سوق الدواء بعدد واسع من الأصناف الدوائية وبدائله المصنع محلياً وبما يحقق قيمة مضافة للاقتصاد الوطني ويعزز من القدرة الشرائية للعملة الوطنية .

٣ . توحيد جهود كل من وزارة الصناعة والصحة والاتحاد اليمني لمنتجات الأدوية من اجل بلورة رؤية مشتركة بشأن تحديد المطالب التي يمكن من خلالها توفير الحماية للصناعات الدوائية الوطنية من منظور تحقيق استراتيجية دوائية وطنية تتكامل فيها أدوار جميع الأطراف الفاعلة والمتعاملة مع صندوق الدواء:

• المريض / المستهلك للخدمة الدوائية من خلال رفع مستوى الوعي الدوائي لدية والعمل على رفع مستوى ثقته بالأدوية المصنعة محلياً والخدمة الطبية والعلاجية المحلية .

- الصيدلاني والطبيب/ من خلال التفاعل الايجابي والتقييم المستمر للدواء المنتج محلياً وتعزيز دور مراكز الخدمات الطبية العلاجية وتوفيرها بأقل كلفة لأفراد المجتمع.
 - الشركات المنتجة/ محلياً للدواء من خلال تطوير المنتجات الدوائية المحلية واستيعاب أشكال الرقابة الخارجية على مصانعها والتقييد بالشروط والتوصيات التي تبديها الجهات المعنية الرقابية والتعاون مع المؤسسات البحثية على تطوير الأدوية المنتجة محلياً .
 - المستورد/ من خلال التعامل الموضوعي والمتوازن مع المصلحة العامة والخاصة وعلى أسس تجارة واقتصادية سليمة في اعتماد التحول من وكيل لمنتجات أجنبية إلى وكيل لمنتجات دوائية يتم تصنيعها محلياً في حال توفر الجودة المنافسة أو المضاهية للمنتج الأجنبي وبأسعار معقولة وبما لا تخل بالدور الإيجابي لاستمرار المنافسة مع المستورد من الدواء لصالح الارتقاء بالصناعة الوطنية في مجال الدواء .
 - الأجهزة الرقابية والإشرافية المتخصصة/من خلال تكييف مجمل التشريعات والسياسات والقوانين المعمول بها في مجال صناعة وتجارة الدواء وبما يكفل تحقيق هامش معقول من الرعاية والحماية في الصناعات الدوائية ضمن رؤية وطنية لاستراتيجية الأمن الدوائي .
٤. التعجيل في إنشاء مركز لإجراء فحوصات (اختبارات التكافؤ الحيوي) وذلك لضمان حماية المستهلك للخدمة الدوائية من أي أضرار قد تنجم من تدني جودة المنتج الدوائي أو عدم كفأته في تأمين الاستشفاء الأمن شريطة أن تسند مهمة

الأشرف وإدارة هذا المركز إلى جهات علمية محايدة (جامعة صنعاء / كلية الطب والصيدلة بما في ذلك السعي من خلال إقامة هذا المركز إلى النهوض بالصناعات الدوائية الوطنية والارتقاء بها إلى المستوى المطلوب .

٥. تعزيز دور البحث العلمي في كليتي الصيدلة والطب في جامعة صنعاء والجامعات اليمنية وبما يخدم ويعزز من خلق الروابط الأمامية والخلفية بين مؤسسات البحث العلمي والصناعات الوطنية الدوائية وتوفير الأدوية والعقاقير المتطورة ووضعها في خدمة المجتمع وبأسعار معقولة .

٦. إعطاء هامش أكبر للإعفاءات الضريبية والجمركية الممنوحة لقطاع الصناعات الدوائية وبما يمكن هذا القطاع من تطوير مراكز وبحوث تطوير الدواء في المصانع المحلية ويزيد من الإنفاق على تطويره نظراً للتكاليف الباهضة التي يتطلبها الاستثمار في مراكز وبحوث تطوير الدواء .

٧. إعطاء مساحة كبيرة للمؤسسات العلمية والبحثية لأستاذة (كليات الطب والصيدلة في القطاعين العام والمختلط) لتنظيم وإعادة ترتيب أوضاع الخدمة العلاجية والدوائية وذلك من خلال خلق فرص الإشراف العلمي مدفوع الأجر على أداء مراكز توصيل الخدمة الطبية والدوائية وتقييم مستواها بصورة دائمة على أيدي اختصاصيين من أساتذة الجامعة والعمل على تأسيس الروابط العملية بين ممارسة المهنة وطرق البحث العلمي القائم على تدوين الملاحظات وطرق التي تقتضيه الطبيعة الخاصة ونوعية الخدمة في مجال الخدمة الطبية والدوائية من جهة وخلق أوضاع مستقرة للكوادر العلمية سيسهم تحسين المستوى المعيشي فيه

وما سيفضي آلية التفرغ لمثل هذه المهام من الرفع بمستوى الكادر الأكاديمي والذي سيؤثر بدوره على مستوى الخدمات المشار إليها .

٨. تعزيز دور النقابات المهنية الطبية والصيدلانية في توصيل الخدمة الطبية والعلاجية إلى المستفيدين منها وذلك من خلال رفع مستوى التكوين المهني للعاملين في المجال الطبي وشروط استمرار تقديم الخدمة للأطباء والصيدلانيين والعمل على تعزيز الجانب الأخلاقي في المهنة وبما يكفل حصول المجتمع على الخدمات الطبية والدوائية عبر المراكز المتخصصة وبأقل كلفة .

٩. ربط موازنة البحث العلمي في كليتي الطب والصيدلة بمشاريع بحث يستفيد منها المجتمع وتخضع للضوابط والأسس الواضحة يأتي في مقدمة هذه الضوابط الاستغلال الأمثل للمواد الطبيعية والبيئية المحلية لتوظيفها في الصناعات الصيدلانية (توفير المواد الخام) وتشجيع الابتكار والجهد العلمي والاستفادة من تطبيقاته في مجال صناعة الدواء القائمة.

ب التأمين الصحي

(٢) مدخل:

* فكرة التأمين الصحي:

تتلخص فكرة التأمين الصحي في مبدأ محدد هو تأمين المواطن ضد مخاطر المرض والآثار المترتبة عليه، سواء بتوفير الرعاية الصحية والمال اللازم لتلك الرعاية، أو بالتعويض النقدي عند حدوث العجز بسبب المرض.

وهذا ما يعرفه رجال التأمين كوسيلة اجتماعية واقتصادية لتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات على شكل أقساط لمواجهة الخسائر المحتملة الوقوع في حالة المرض عن طريق نقل مسئولية هذه الخسائر إلى هيئة أو منظمة.

* نشأة التأمين الصحي:

صدر أول تشريع للتأمين ضد المرض في ألمانيا في عهد بسمارك عام ١٨٨٣م ولحقه تشريع للتأمين ضد اصابات لعمل في عام ١٨٨٤م ، وفي عام ١٨٨٩م نشأ نظام التأمين الصحي ضد العجز والشيخوخة ثم تبعت ألمانيا معظم الدول أن لم تكن كل الدول الاوبية وأمريكا خلال بداية القرن العشرين .أما آسيا وأفريقيا فلم يبدأ تطبيق ذلك النظام في بعضها إلا بعد الحرب العالمية الثانية.

* المفهوم العام للتأمين الصحي:

يقوم التأمين الصحي بمفهومه العام على أساس فكرة توزيع الخطر المتوقع الذي قد يواجهه فرد أو جهة أو مجموعة من الأفراد أو الجهات بهدف التخفيف من الاعباء والتكاليف المالية عند معالجة الحالات المرضية الناتجة عن الأخطار الطارئة أو العادية التي قد يتعرض المؤمن عليهم ، خلال ممارستهم للعمل.

فهو بذلك نظام اجتماعي يقوم على تنظيم وإدارة فكرة التعاون والتكامل الاجتماعي بين الأفراد ،وله نظامه التشريعي والقانوني المؤسسي المتعارف عليه.

ولذلك يعد له نظام تأميني يحصل بموجبه المؤمن عليه على رعاية صحية ذات مستوى جيد، اعتماداً على مبداء التكافل الاجتماعي ، بمعنى أن المؤمن عليه يتحمل من التكاليف قدر استطاعته، ويعالج حسب حاجته، وبالتالي يصبح ضرورة ملحة لتحقيق أهداف السياسات الصحية، ولا سيما تحسين الأوضاع الصحية في المجتمعات ورفع مستوى تقديم الخدمات الصحية.

تعريف التأمين الصحي :

هو عبارة عن وسيلة أو آلية للمشاركة في تحمل المخاطر ، وحماية (المؤمن عليه) من الأعباء المالية التي تدفع مقابل الرعاية الصحية، عن طريق اشتراك الافراد مجتمعين في تحمل تلك التكاليف، بغض النظر عن الدخل أو المستوى الاجتماعي. * أهداف التأمين الصحي:

- إزالة العائق المالي الذي قد يحول بين المريض وبين حصوله على الخدمة الطبية.
 - توفير خدمة طبية متكاملة للمواطنين وبجودة عالية ميسرة ، ومقبولة.
- * أنواع التأمين الصحي:

تعدد أنواع التأمينات الصحية إلا أنه يمكن إيجازها في :

الأول: هو ما يعرف بالتأمين الصحي التجاري.

الثاني: هو ما يعرف بالتأمين الصحي الاجتماعي.

الثالث: التأمين الصحي المجتمعي : وهو ما يقوم بعملة المجتمع في قرية أو مدنية ويخص أعضاء هذا المجتمع .

الرابع: التأمين الصحي المختلط: ما يجمع بين نوعين من التأمين.

أولاً: التأمين الصحي الخاص (التجاري الاختياري):

نشأ هذا النظام في أول الأمر ليخدم جماعات من العمال أو المستهلكين ثم بدأ في الانتشار سواء بما تفرضه المستشفيات وعيادات الأطباء من نظم تأمينيه خاصة في محاولة لجذب عملاء يتعاملون معها من خلال الخدمات الصحية الجيده التي تقدمها تلك المستشفيات والعيادات أو من خلال ما تقدمه شركات التأمين التجارية من وثائق تأمينيه للتأمين ضد مخاطر الأمراض كلها أو بعضها وبأمن شامل أو جزئي عن المؤمن عليهم وانتشر هذا النوع من التأمين الصحي التجاري في كثير من الدول الأوروبية والولايات المتحدة الأمريكية وكندا .

لذلك فإن نظام التأمين الصحي التجاري يستهدف بالدرجة الاولى تحقيق الربح وهي وسيلة لنقل عبء المرض من المريض والمحتاج إلى الرعاية الصحية إلى مجموعة المشاركين في ذلك النظام، ولكن بقدر ما يريد المؤمن عليه من مزايا ولتنظيم التأمين الصحي الخاص يمكن الاسترشاد بالمؤشرات التالية:

- إن الشركة أو المؤسسة أو الأشخاص الذين سيقومون بالتأمين يكون لديهم:
- رأس المال
- الخبرات الفنية
- إمكانية تطبيق عقد التأمين لعلاج المرضى بالداخل والخارج

ويفضل عند إيجاد الهيئة العامة للتأمين الصحي أن يكون فيها قسم يشرف على إدارة التأمين الطبي الخاص وبقية التأمينات الصحية.

أما التأمين الصحي الاجتماعي: فقد نشأ هذا النظام للقضاء على سلبيات صورة التأمين الخاص للعمل على حل مشكلة الفئات الضعيفة في المجتمع، ولهذا فهو إلزامي يفرضه المجتمع لحماية أفرادهم جميعاً، وليس متروكاً لرغباتهم، وهو لا يوفر علاجاً وتعويضاً، وإنما يضيف للمجتمع إمكانيات علاجية جديدة، وبصفة مستمرة بما يتناسب واحتياجات الرعاية الصحية للمواطنين المؤمن عليهم.

كما أنه يمثل هدفاً قومياً في حد ذاته باعتباره يحمي القوى العاملة من مخاطر المرض ويوفر رعاية صحية أفضل للعاملين إذ أن توفير رعاية صحية أفضل للعاملين يؤدي إلى رفع مستوى الكفاءة الانتاجية وذلك بانخفاض معدلات الغياب عن العمل بسبب المرض وبالتالي زيادة الانتاج القومي والدخل.

*أهمية التأمين الصحي من الناحية الاقتصادية

يمكن أن نوجز أهمية التأمين الصحي في أنه يسعى إلى تحقيق عدد من الأهداف من الناحية الاقتصادية وعلى رأسها :

(١) تحقيق التوازن المالي (الايرادات والمصروفات) دون الاخلال بمستوى ما يقدمه من خدمات حيث وأنة يعتمد على دراسات اقتصادية كافية.

(٢) الترشيح في الانفاق تحقيقاً لمبدأ تقديم أقصى درجة من الكفاية بأقل تكلفة ممكنه، وبالتالي يضع التأمين الصحي عدداً من القواعد والضوابط التي تكفل عدم استغلال المزايا التي يوفرها ولا يمكن حرمان بعض المؤمن عليهم من حقوقهم.

(٣) إعادة الدراسة الاقتصادية لموارد التأمين الصحي كل فترة زمنية بما يتماشى مع معدلات التضخم وتطور المزايا التأمينية.

(٤) استقلال أموال التأمين الصحي عن الأموال العامة للدولة بما يضمن لها عدم التأثير بالهزات الاقتصادية أو ظروف الحرب التي قد تتعرض لها الدولة.

(٥) دراسة أثر الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهليه التي يوفرها التأمين الصحي على إنتاجيه الفرد والمجتمع باعتبار الناتج النهائي هو وضوح العلاقة النسبية بين تكلفة الخدمات وقيمة العائد منها.

* أهمية التأمين الصحي من الناحية الاجتماعية

أما من الناحية الاجتماعية فإن أهمية التأمين الصحي في هذا الجانب تكمن في :

(١) قدرته على ترسيخ حقوق المرضى كمستهلكين للرعاية الصحية.

(٢) تحسين مستوى تقديم الخدمات الطبية وتوفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة.

(٣) الإسهام في تحقيق أهداف سياسة صحية وسكانية والمساعدة في زيادة تمويل

الخدمات الصحية وافتتاحها للسكان

- (٤) قدرته على تقديم رعاية صحية متكاملة.
- (٥) تعميق مبدأ المشاركة بين (المواطن والدولة).
- (٦) إطمئنان المواطن على تأمين الخدمات الصحية بحصوله على خدمة صحية متكاملة، مما يوفر له الأمن ويؤثر إيجاباً على عمله وانتاجه.
- * خصائص ومميزات نظام التأمين الصحي:
وتتلخص خصائص ومميزات ذلك النظام في :
- (١) تحسين كفاءة الخدمات الصحية، وتحقيق العدالة، وتعزيز عنصر المحاسبة وضمان الاستمرارية
- (٢) إصلاح نظام تقديم الخدمات والرعاية الصحية الحكومية، وذلك لزيادة التغطية لخدمات الرعاية الصحية الأولية، وتقديمها بنوعية جيدة ومقبولة.
- (٣) المساواة والعدالة أي الإنصاف بين الفقير والغني في الحصول على الخدمة والكفاءة والاستمرارية، وصولاً إلى الهدف الاساسي المتمثل في توفير الصحة للجميع، عن طريق مجموعة من الخدمات الصحية الأساسية لكافة المواطنين بتكلفة مدروسة ومقبولة وبأعلى مستوى من الجودة.
- (٤) تطبيق مبدأ التكافل الاجتماعي.
- (٥) تحديد نسبة فعلية للاشتراك عن طريق خصم أقساط شهرية ثابتة
- (٦) إلزامية التأمين الصحي على كافة موظفي الدولة.
- (٧) التدرج في التطبيق
- (٨) تقديم الخدمات الطبية المتميزة بقدر الحاجة.
- (٩) التغطية الشاملة والجودة.

الرعاية الصحية والتنمية الاقتصادية

لما كانت صحة الإنسان الذهنية والبدنية هي العامل المهيمن على قدراته الإنتاجية، فقد أصبح الحفاظ على أعلى مستوى لصحة الإنسان من الضروريات ولن تختلف الآراء حول الرعاية الصحية وضرورتها الإجتماعية والإقتصادية، ولكنها قد تتباين حين التعرض لتوزيع أعبائها وتحديد مسؤوليات الفرد والمجتمع والحكومة تجاهها، كما أن الآراء لن تختلف في أن إرتفاع وتزايد الأعباء الإقتصادية للرعاية الصحية والدواء في نطاق التضخم الإقتصادي المعاصر من أهم مسببات الشكوى من العلاج الطبي، وأنه لا بد من مواجهة هذه الأعباء والحد من زيادتها، ولن يتأتى ذلك إلا بالتعاون بين الحكومة والمواطنين ولما كان الإنسان هو عصب التنمية وهو غايتها كان من الضروري أن يشارك مسئوليتها في التشريع وتنظيم وسائل الحفاظ على الصحة والبيئة في المجتمع ولا شك أن القدرة على تحمل أعباء الحفاظ على البيئة والصحة تعتمد أساساً على ما يتيح الإقتصاد الوطني من الإمكانيات والإعتمادات، بتنمية الموارد والطاقت في قطاع الصحة والدواء ذلك إن التكلفة المالية لم تعد تكفي لدعم الهيكل الأساسي للنظام ولا العاملين فيه، وللعلم فإن الخدمات الطبية المجانية في كل العالم أصبحت غير ممكنة، لذا يجب التفكير في موارد إضافية أخرى تشترك فيها الحكومة وأصحاب العمل والمواطن على السواء، فتبين في كثير من الدول أن الخروج من هذه الأزمة هو تطبيق نظام التأمين الصحي كخيار إستراتيجي .

وبالفعل فإن أكثر من (١٥٠) دولة قد طبقت نظام التأمين في بلدانها، وخرجت من دوامة كبيرة بعكس اليمن التي تفكر نظرياً منذ حوالي عقدين من الزمن في تطبيق هذا النظام ولم تخطو خطوات عملية حتى وصلنا إلى ما وصلنا إليه .

ويعود تاريخ النظام الصحي إلى الربع الأخير من القرن التاسع عشر وهي الفترة التي دخلت فيها بريطانيا إلى الشطر الجنوبي من الوطن، ويعود أيضاً إلى تلك البذرة المباركة التي نمت وتطورت في النصف الثاني من القرن العشرين بفضل ثورتي سبتمبر ١٩٦٢م في الشطر الشمالي من الوطن آنذاك و أكتوبر ١٩٦٣م في الشطر الجنوبي من الوطن آنذاك .. وبالرغم من إختلاف النهج السياسي بين شطري اليمن قبيل تحقيق اليمن لوحده في العام ١٩٩٠م فقد تلازم النظامين الصحيين في الشطرين وتقاربا بفضل الإتجاه الصحي الدولي الذي أرست دعائمه منذ عام ١٩٧٨م بإنعقاد مؤتمر المآتا .

في عقد الثمانينيات من القرن الماضي لم تكن هناك تحديات رئيسية أمام التقيد بهذا النظام التقليدي المرفقي المركزي للرعاية الصحية الذي يسعى لزيادة عدد المرافق الصحية الحكومية والعمالة الصحية، بإعتبار ذلك هو المخرج لتوفير الإحتياجات ومتطلبات الرعاية الصحية الأولية .

وفي مطلع التسعينيات من القرن الماضي، ونتيجة لما شهدته اليمن والساحة الدولية من أحداث وتطورات على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي كتوحيد شطري اليمن وإندماج النظامين الصحيين بنظام صحي واحد ، وكذلك حرب الخليج الثانية وتداعيات نتائجها التي عصفت بجميع دول المنطقة والتي أثرت بما لا يدع مجالاً للشك على البنية الإقتصادية والإجتماعية لليمن، وتركت أثراً سيئاً على الإقتصاد الوطني، وأمتد أثرها إلى مختلف مؤسسات وقطاعات الدولة بما فيها القطاع الصحي .

إن عودة حوالي مليون شخص من المغتربين، وإنخفاض قيمة الريال وارتفاع نسبة البطالة، والنمو السكاني المخيف والمتسارع، وإنخفاض التحويل من العملة الصعبة إلى اليمن، والتناقص التدريجي في المخصصات والموازنات المرصودة لوزارة الصحة العامة وتقليص الدعم من الجهات المانحة ودول الجوار كل ذلك قد أثر على وضع القطاع الصحي وعلى أدائه، ويمكن ملاحظة الزيادة في ميزانية وزارة الصحة العامة بين عام (١٩٩٠ - ٢٠٠٠ م) عند احتسابها بالريال ولكن عند مقارنتها بسعر الدولار لنفس الفترة فهي على ما كانت عليه في العام ١٩٩٠م، في ظل الطلب المتزايد على الخدمات والرعاية الصحية لتلبية الإحتياجات للمناطق المحرومة، والمغتربين العائدين، والمواليد الجدد سنوياً الذي يصل إلى ثلاثة أرباع المليون (٧٥٠) ألف نسمة بسبب النمو السكاني الكبير في اليمن (٣.٥ %) وللأمهات والوالدات، وفي ظل الموارد الشحيحة المخصصة لوزارة الصحة العامة من المصادر المحلية والأجنبية، كان من الطبيعي أن تظهر إختلالات في النظام الصحي تعيق تطوره وتحد من أدائه، وتؤثر على كمية ونوعية خدماته، كما أن هناك جملة من العوامل المباشرة وغير المباشرة قد أثرت سلباً على أداء وفاعلية النظام الصحي في الجمهورية اليمنية منها :

- ١) ضعف الإدارة الصحية .
- ٢) انخفاض أجور العاملين في القطاع الصحي الصحيين (مرتب الطبيب ما يعادل ١٠٠ دولار والإختصاصي ١٥٠ دولار والفتي ٧٠ دولار) .
- ٣) التطور المتسارع في التكنولوجيا الطبية وارتفاع تكاليفها .
- ٤) تدني مستوى وجودة الخدمات الصحية .

٥) عدم استخدام الاحصاء في عملية إتخاذ القرار أو توزيع الموارد . المال . والمعدات الطبية، والأدوية والسيارات والأجهزة التشخيصية والموارد الصحية البشرية، والوقت أو الزمن لقياس الأداء، وكذا ضعف العملية التشخيصية وضعف الإشراف والرقابة والتقييم .

٦) الإفتقار إلى المعلومات والإحصاءات والبيانات الصحية لمستوى تقديم الخدمات الصحية الأولية، خاصة في مجال الصحة الإنجابية، صحة الأم والطفل، المرافقة للإرتفاع المتزايد في عدد السكان مقارنة بعدد الأطباء، وعدم استخدام تلك البيانات والإحصاءات في عملية إتخاذ القرار أو توزيع الموارد .

وقد جرى وضع حلول جزيئة لأزمة النظام الصحي منها : تجربة نظام المشاركة في الكلفة، تشجيع القطاع الخاص من خلال برامج الحوافز الإقتصادية، غير أن هذه التدابير لم تحقق التحسينات المرجوة من حيث نوعية الرعاية الصحية المقدمة، أو نطاق التغطية بها، وكذا مدى إتاحة هذه الرعاية الصحية للقطاعات الإجتماعية، ولذلك وجدت وزارة الصحة العامة والسكان أنه من أجل تحقيق إصلاحات جديدة لا بد من القيام بتحليل تفصيلي للنظام الصحي الحالي بغية تحديد مواقع المشكلات الأساسية، وقد أثمر هذا التحليل عن وضع الخطوط العريضة لإستراتيجية إصلاح القطاع الصحي إنطلاقاً من ثلاثة أهداف رئيسية يسعى النظام الصحي في اليمن إلى تحقيقها وهي :

١) تحسين مستوى الصحة وتوزيعها العادل بين المواطنين والفئات العمرية والمناطق.

٢) إيجاد مساهمات مالية عادلة بين السكان، لتقديم خدمات رعاية صحية ذات نوعية جيدة، مع تأكيد إلتزام النظام الصحي في حماية المواطنين من تحمل الأعباء

المالية مقابل مخاطر المرض وصيانة كرامته، بتوفير رعاية صحية محترمة وإن

لا يحرم المواطن من الرعاية الصحية بسبب ضعف قدراته المالية أو بسبب الفقر .

المشاكل المتعلقة بالنظام الصحي:

(١) تدني نسبة التغطية السكانية :

حيث نجد أن نسبة (٥٢ %) من سكان الريف لا تتوفر لهم خدمات الرعاية

الصحية الأولية مع عدم وجود نظام فعال للإحالة .

(٢) سوء توزيع الموارد البشرية المطلوبة :

إن سوء توزيع الموارد البشرية المطلوبة مع وجود الرواتب المتدنية جداً ، وبالأخص

مرتبات الكوادر الفنية المؤهلة ، يؤدي إلى هروب الكثير منهم من العمل في الأرياف

وتكدسهم في المدن ، ويستعان بدلاً عنهم بالأجانب ، حيث يعمل في القطاع الصحي

العام اليمني حوالي (١٥٦٠) عامل صحي أجنبي، وأن توزيع الكفاءات اليمنية لا يقل

عن الأجانب الذين يعملون في القطاع الصحي العام ، غير أن توزيع الكادر المحلي

للعمل في المناطق الريفية وحيثما توجد الحاجة لذلك يتطلب قراراً سياسياً وحوافز

وتشجيع مادي ومعنوي ومهني ووظيفي ، كما يتطلب الأمر مراجعة سياسة

التوظيف، وطرق التنمية للمناطق ذات الأولوية للدولة، ويمكن تدريجياً إحلال الكوادر

الطبية اليمنية بدلاً عن الكوادر الأجنبية .

(٣) الدفع مقابل الخدمات الصحية :

يتحمل المواطن اليمني ما يعادل (٧٥ %) من تكاليف الرعاية الصحية ، بينما لا

يتجاوز ما يتحمله المواطن في أكثر من البلدان الشبيهة باليمن وفي الدول النامية أكثر

من (٤٠ %) من التكلفة، حيث يقوم المواطن اليمني بالدفع مقابل المعاينة والفحص والدواء

وكل ما يتعلق بفترة الرقود في المستشفيات، وكل ذلك يشكل عبئاً كبيراً عليه، مما يضطر الكثير منهم للإستدانة أو بيع ممتلكاتهم الأسرية ، أو طلب المساعدة من الغير، أو اللجوء إلى ممارسة سلوكيات غير مستحبة أو معيبة في نظر المجتمع اليمني .. والسؤال الذي يفرض نفسه: هل تلبية موازنة وزارة الصحة النشاط المناط بها؟

(٤) تدني الإنفاق الحكومي على الصحة العامة :

- حيث نجد أن نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة العامة متدنية جداً ولا تتعدى الـ (٣,٦) دولار للفرد الواحد في العام ، وهذا أقل من تكلفة تطعيم طفل واحد تطعماً كاملاً .

(٥) ضعف الإدارة الصحية .

- هناك الكثير من جوانب القصور في النظام الإداري والمالي والتخطيطي ورسم السياسات وعملية إتخاذ القرار ،ويمكن ملاحظة إنعكاسات ذلك في تدني كفاءة الخدمات والرعاية الصحية والخدمات الداعمة والإجراءات البيروقراطية والمعقدة إدارياً ومالياً ، وعدم تخويل الصلاحيات والسلطات، وإنعدام وجود معلومات صحية دقيقة، وترصد وبائي فعال وحديث، وسوء إستخدام الموارد بشكل عام وإنعدام المحاسبة.

التأمين الصحي كخيار إستراتيجي :

إن الدولة - إي دولة - في نهاية المطاف هي المسئولة الأولى والأخيرة عن أداء النظام الصحي في البلد ، وأن أساس وجوهر عمل أي دولة ووظيفتها هو إدارة صحة الإنسان والرفاه الاجتماعي له بطريقة مسئولة وبإهتمام بالغ ، لأن صحة الناس دائماً ما تكون هي الأولوية الوطنية القومية رقم (١) لأي دولة أو حكومة وبشكل مستمر ودائم .

وإن النظام الصحي في الجمهورية اليمنية بحاجة ماسة - الآن أكثر من أي وقت مضى - إلى دعمه وتفعيله وإعادة الحياة إليه ليصبح أداة فاعلة بيد الدولة لتحقيق سياستها في تقديم الخدمات والرعاية الصحية للمواطن اليمني ، والحفاظ على صحته ورعايته .

إن عدم الرضى عن أداء النظام الصحي يشير إليه الكثير من المهتمين بشأنه ويتفقوا على التشخيص ولكن يختلفوا على العلاج وتجسد قمة عدم الرضى على أداء النظام الصحي والإعتراف بضعفه في الآتي :

- الإشارة الواضحة أو بالتلميح عن عدم قيام النظام الصحي بلعب دوره في تحسين صحة المواطن وتقديم الخدمات والرعاية الصحية والطبية المناسبة له .

- الإعتراف بالحاجة الملحة إلى مراجعة أداء النظام الصحي وتفعيله وإدخال أساليب جديدة وخلاقة في نظام تقديمه للخدمات والرعاية الصحية، أو أساليب وطرق تمويله ، وقد تم الإفصاح عن ذلك في برنامج الحكومة والخطة الخمسية الثانية للتنمية للجمهورية اليمنية (٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ م) أو وثيقة إصلاح القطاع الصحي .

إن الخدمات الطبية المجانية في كل العالم أصبحت غير ممكنة ،ولهذا يجب التفكير في أمور إضافية أخرى للنظام الصحي الحالي تشترك فيها الحكومة وأصحاب العمل والموظفين وكذا المواطنين على السواء ، وتبين في كثير من الدول أن الخروج من هذه الأزمة هو تطبيق نظام التأمين الصحي كخيار إستراتيجي .

إن تأسيس نظام تأمين صحي إجتماعي في اليمن يهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف والتي تأتي في صلب السياسة الصحية التي يتوجب على متخذي القرار ليس الإطلاع عليها واستيعابها وإنما الدعم غير المحدود لها، وذلك لضمان توفير خدمات ورعاية صحية للمواطن اليمني تليق بإنسانية وتستجيب لإحتياجاته الصحية بشكل

ميسر وكفؤ ومقبول ومقدور على تمويلها من قبل الدولة والمواطن ،بذلك بحكم أن وزارة الصحة لم تعد قادرة على تقديم خدمات صحية جيدة.

ولما كانت صحة الإنسان الجسدية والذهنية والنفسية هي العامل الأساسي لكل قدراته الانتاجيه في مجتمعه ،فقد أصبح الحفاظ على أعلى مستوى لصحة الإنسان من الضروريات ، ولن تختلف الآراء حول الرعاية الصحية وضرورتها الاجتماعية والاقتصادية ، ولكنها قد تتباين حين التعرض لتوزيع أعبائها ،وتحديد مسئولية الفرد والمجتمع والحكومة تجاهها .

لقد تحول مفهوم الرعاية الصحية من مجال الاستهلاك والخدمات إلى مجال الإنتاج والتنمية ، وأصبح ينظر إلى الإنسان على أنه هو هدف التنمية ووسيلتها في آن واحد معاً . لقد أوضح الاقتصادي الإنجليزي هارت ول وجود علاقة متبادلة بين المستوى الصحي للمواطن وبين نمو الثروة الاقتصادية ، فالصحة المحسنة تساهم دون شك في التنمية الاقتصادية بأربع طرق هي :

١) التقليل من الخسائر الناجمة عن مرض العمال وانقطاعهم عن العمل بسببه .
٢) السماح باستخدام الموارد الطبيعية التي كان متعذراً الوصول إليها بسبب المرض فاستئصال الملاريا في سريلانكا (١٩٤٧ - ١٩٧٧) أدى إلى زيادة الدخل القومي بحوالي ٩% عام ١٩٧٧م ، وأصبحت المناطق التي كانت موبوءة بالبعوض تغري المواطنين على استيطانها .

٣) زيادة إلحاق الأطفال بالمدارس وتجعلهم أكثر قدرة على التحمل .
٤) تحرير الموارد للانتفاع بها في استخدامات بديلة ، ولولا ذلك لأنفقت على علاج الأمراض ، ويشير تقرير الأمم المتحدة عن التنمية في العالم إلى المحاور الأساسية والسياسات التي ترمى إلى تحسين الصحة في البلدان النامية ومن أهمها :

- إتجاه حكومات الدولة النامية إلى انتهاج سياسات للإصلاح الاقتصادي بما يشجع على إيجاد بيئة اقتصادية مناسبة تهيئ للأسر أن تحسن صحتها الخاصة .

- إعادة توجيه الانفاق الحكومي على الصحة بحيث يذهب إلى برامج أكثر مردوديه ،وتعمل على مساعدة الفقراء بصورة أكبر، وتتمثل في برامج الصحة العامة وخدمات الرعاية الصحية الأولية .

- التشجيع على مزيد من التنوع والمنافسة في تمويل الخدمات الصحية وتقديمها بحيث تقوم الحكومة بتمويل برامج الصحة العامة والخدمات الصحية الأساسية ، مما يتيح للقطاع الخاص القيام بتمويل الخدمات الطبية الباقية وذلك من خلال نظم التأمين الصحي .

وتضمن التقرير الإشارة إلى تجارب عدد من البلدان النامية في إجراء إصلاحات واسعة المدى في القطاع الصحي ، وحيث توفرت إرادة سياسية كافية وقام على إجراء التغييرات مخططون ومديرون أكفاء . فقد حققت كل منها تغطية صحية شاملة من خلال تطبيق نظام التأمين الصحي الاجتماعي ومن تلك الدول على سبيل المثال زيمبابوي،تونس،شيلي، كوريا .

٣- أنظمة الرعاية الصحية التأمينية في بعض دول العالم:

تتعدد أنظمة الرعاية الصحية في دول العالم نظراً لطبيعة هذه الأنظمة وتطورها وسبل تمويلها، إلا أن الاتجاه العام على مستوى الدولي يوضح أن نظم التأمين الصحي تحتل مكانة مرموقة حيث يزداد عدد الدول الآخذة بنظام التأمين الصحي.

فقد بلغ عدد الدول التي تم تطبيق نظام التأمين الصحي فيها عام ١٩٧٣م ٨٢ دولة منها ١٧ دولة متقدمة و ١٠ دول اشتراكية ، و٥١ دول نامية ، ٤ دول من التي توصف بالأقل نمواً .

ووصل عدد الدول الآخذة بنظام التأمين الصحي خلال عام ١٩٨٧م إلى ١٤٢ دولة منها دول يؤدي نظام التأمين الصحي منها مزايا علاجية، ودول أخرى اقتصرت خدمات التأمين الصحي على التعويض النقدي وأخرى اعتمدت مزايا التأمين الصحي منها على خدمات العلاج داخل المستشفى فقط.

ومع الارتفاع المتصاعد والمستمر للرعاية الصحية، والحرص على مواكبة التطورات العلمية والتقنية في المجالات الطبية، وضرورة شمولية خدمات الرعاية الصحية للمواطنين، اتجهت أغلب دول العالم خلال الحقبة الأخيرة إلى تطوير وإحداث نهضة شاملة في خدماتها الصحية، ويتضح ذلك من خلال الانماط الرئيسية التالية:

٣-١) نظم الدول الشيوعية والاشتراكية السابقة:

كانت الدولة في تلك الأنظمة تملك وتدير الخدمات الصحية وكان من خصائصه تقديم خدمات صحية بتخطيط مركزي، وأعطى الأولوية للصحة العامة والصحة الوقائية والرعاية الصحية الأولية، وتقديم الخدمات العلاجية المجانية لكافة المواطنين إلا أنها عانت من المركزية الشديدة، وسوء النوعية، ونقص الكفاءة والفعالية في استخدام الموارد.

لذا لجأت أغلب هذه الدول إلى الدفع بعجلة إلامركزية في التنفيذ ومركزية التخطيط والتقييم، إلا أنه وبعد إنهيار المنظومة الاشتراكية وسقوط

الاتحاد السوفيتي، اتجهت هذه الدول إلى التوسع في نظام التأمين الصحي العام غير الحكومي والذي يساهم فيه المواطنين في تمويل الخدمات الصحية وبمشاركتهم.

٣-٢) نظم الدول متوسطة الدخل :

تعتبر نظم انتقالية تقع بين ما يعمل به في الدول المتقدمة والدول الفقيرة وتوجد هذه النظم في الدول التي يصل متوسط الدخل القومي فيها للفرد بصفه عامة بين ٢٣٥ - ٢٠٠٠ \$ دولار في السنة، والسائد في هذه الدول أن المواطن فيها يعاني من مركزية القرار والادارة وكذا سوء توزيع الموارد، وتمركز خدماتها في المدن وإهمال الريف لذلك تلجأ إلى إحلال نظم اللامركزية، وتتجه نحو الأخذ بنظام التأمين الصحي الشامل لبعض قطاعات السكان بصفه خاصة، وأهمها القوى العاملة.

٣-٣) نظم الدول الفقيرة والأقل نمواً:

رغم صعوبة وضع هذه الدول في خط واحد إلا أنها تتصف عموماً بضعف نظم الأجهزة الصحية فيها، نظراً لقلّة مواردها، وشحة الامكانيات المتاحة، وضعف الدخل القومي عموماً فيها، وتركز هذه الدول على برامج الرعاية الصحية كحل أمثل لمشكلاتها الصحية، وتستغل ما توفر لها من مستشفيات أو مراكز للرعاية الصحية الاولية في تقديم خدمات صحية مجانية أو بأجر رمزي.

ومع نقص الموارد يجب أن نتوقع نقص كفاءة وجودة الخدمات التي تقدمها هذه المنشآت الصحية، وسوء توزيع تلك الخدمات، وتمركزها في المدن وعواصم المحافظات، ويعاني الريف في هذه النظم من نقص شديد في تقديم الخدمات.

ولذلك تلجأ هذه الدول إلى الأخذ بنظامين للرعاية الطبية حيث تسمح بنمو القطاع الخاص وتشجيعه لخدمة القادرين من المواطنين من جهة وتسمح من جهة

أخرى بنمو المعالجين التقليديين والذي يلجأ إليها عامة الشعب خصوصاً من المناطق المحرومة (ولعل وضعنا في اليمن أكبر مثال على ذلك).

وهذا النمط هو السائد في كثير من الدول الأفريقية والآسيوية التي يقل مستوى الدخل القومي للفرد عن ٦٣٥ دولار في السنة وإن كانت هناك تجارب لبعض هذه الدول في الاخذ بنظام التأمين الصحي الاجتماعي .
٣-٤) الدول المتقدمة:

أخذت هذه الدول بنظام التأمين الصحي مع الاختلاف في تنظيم إدارة وتمويل هذا النظام، واختارت تطبيق نظام التأمين الصحي الشامل على كافة المواطنين بها، والذي يمول معظمه من الخزانة العامة للدولة، مثل المملكة المتحدة وكندا وبعض الدول الاسكندنافية، وفيما يلي نماذج لبعض الدول المتقدمة / النامية التي اتخذت نظام التأمين الصحي:

(١) المملكة المتحدة:

يتم تطبيق وتمويل الرعاية الصحية فيه بطريقة مركزية من خلال الخدمات الصحية الوطنية الحكومية، وتتمثل هذه الخدمات في ثلاثة أنواع:

(١) خدمات الرعاية الصحية للممارس العام (طبيب الحي أو الاسرة).

(٢) خدمات المركز الصحي التي تقدم خدمات الصحة العامة والرعاية المنزلية وعيادات الاطفال ورعاية الامومة وأيضاً خدمات الاسنان والعيون و.....

(٣) خدمات المستشفيات : ويتم تمويل الصحة بشكل عام في المملكة المتحدة عبر الدولة بنسبة ٧٢% من ميزانية الدولة، واستقطاعات الضرائب العامة (بالاضافة إلى ٢- ٣% رسوم أدوية وخدمات متنوعة) و ١٦% من حصيله صندوق التأمين الاجتماعي.

(٢) فرنسا:

يتم تطبيق وتمويل الرعاية الصحية في فرنسا أساساً من صندوق التأمين الصحي الاجتماعي فيها حيث يتحمل صندوق التأمين الصحي ٧٠٪ وتشارك الحكومة بنسبة ٣٠٪ فقط من التكاليف وللمريض الحق في إختيار الطبيب والمستشفى الذي سيعالجه.

(٣) أستراليا:

يمون نظام التأمين الصحي في استراليا من خلال فرض رسوم تبلغ ١٪ من الناتج أو الدخل العام لأي مؤسسة أو منشأة أو فرد، حيث يخصص لرعاية الصحة الإلزامية المتمثلة في خدمة التأمين الصحي على أساس أن الدولة تكفل حد أدنى من الرعاية الصحية لغير القادرين.

(٤) تشريعات التأمين الصحي في مصر:

في مارس ١٩٦٤م صدر قانونان للتأمين الصحي في مصر :

١. الأول منها هو القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤م بانتفاع العاملين في قطاع الأعمال بالتأمين الصحي (١٪ العامل + ٣٪ صاحب العمل)
٢. والثاني منها هو القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤م بسريان أحكام التأمين الصحي على العاملين في القطاع الحكومي (١٪ العامل + ٣٪ صاحب العمل وهي هنا الحكومة) ونتيجة لذلك صدر القرار الجمهوري ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤م بإنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي.
٣. بدأ التأمين الصحي في محافظة الإسكندرية في ١/١٠/١٩٦٤م على ١٤٠,٠٠٠ عامل في المنشآت التي يبلغ عدد عمالها ١٠٠ عامل فأكثر.
٤. القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥م

إزاء عدم قدرة الخزانة العامة للدولة على تحمل نصيبها كصاحب عمل في الاشتراكات المقدرة بنسبة ٣٪ من أجور العاملين المحدده بالقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤م، ظل عمال الحكومة دون تغطية حتى ١٩٧٥م، حيث صدر القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٧٥م، حيث تم فيه خفض عبء الحكومة باعتبارها صاحب عمل، إلى ١.٥٪ من الأجور بدلاً من ٣٪، التي كان يتحملها صاحب العمل في قطاع الأعمال، ويتحمل المؤمن عليه ٥٪ من الأجور (بدلاً من ١٪ في القانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤م)، ويساهم المريض كذلك في تكاليف العلاج، حيث يتحمل ٢٥٪ من ثمن الدواء، ٢٥٪ من تكاليف الفحوص الطبية، و ٥٠٪ من ثمن الأجهزة التعويضية بدون حد أقصى، (صدر بعد ذلك قرار وزير الصحة العامة في ١٩٩٨م بتحمل الحكومة نسبة ٥٠٪ من الدعم الحكومي المقرر للتأمين الصحي بالنسبة للأطراف الصناعية والسماعات الطبية)، بالإضافة إلى رسوم التردد على الطبيب الممارس العام (٥ قروش) والأخصائي (١٠ قروش) والزيادة المنزلية (٢٠ قرش).

٥. القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥م:

حقق صدور هذا القانون تطوراً كبيراً من حيث التغطية والمزايا التي احتواها، حيث أشتمل على كل أنواع التأمين المعروفة على المستوى الدولي وهي:

- تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة

- تأمين اصابات العمل

- تأمين المرض

- تأمين البطالة

- تأمين الرعاية الاجتماعية لأصحاب المعاشات.

في مجال التغطية:

امتد مجال التغطية ليشمل كل العاملين في قطاعات الدولة المختلفة .

- العاملون المدنيون بالجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة
- العاملون بالوحدات الاقتصادية للقطاع العام (قطاع الأعمال العام)
- العاملون بالقطاعات التعاوني والخاص.
- في مجال المزايا:
- اخضع القانون أصحاب المعاشات والآرامل اختيارياً لتأمين المرض في مقابل ١٪ من المعاش للفئة الأولى، ٢٪ من المعاش للفئة الثانية.
- جواز امتداده إلى أفراد المؤمن عليه صاحب المعاش.
- إنشاء صندوق للعلاج تتكون موارده من الاشتراكات والرسوم وحصيلة استثمار أموال الصندوق والاعانات والتبرعات، وفي حالة وجود فائض في حساب الصندوق، يرحل إلى حساب خاص يتم التصرف فيه في أغراض تحسين مستوى العلاج، والتوسع في تطبيق نظام تأمين المرض، وتمويل البرامج الإنشائية والاستثمارية، وبرامج التدريب والبحوث.
- كما تضمن القانون تعريفاً متطوراً لإصابة العمل، إذ قضى بأن المقصود بها الإصابة بأحد الأمراض المهنية الموضحة في الجدول المرافق للقانون، أو الإصابة نتيجة حادث وقع أثناء تأدية العمل، كما يعتبر في حكم الإصابة كل حادث يقع على المؤمن عليه خلال فترة ذهابه لمباشرة عمله أو عودته منه.
- زيادة المعاش الاصابي بنسبة ٥٪ كل خمس سنوات، حتى بلوغ المؤمن عليهم سن الستين حقيقة أو حكماً، وهذا الحكم المتطور قلما تحتويه التشريعات المماثلة على المستوى الدولي.

- أمتد سريان هذا التأمين إلى المتدربين والتلاميذ الصناعيين والطلاب المشتغلين في مشروعات التشغيل الصيفي، وكذا العاملين ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة، والفئات المماثلة مع تقرير معاش للعجز الكامل أو الوفاة لمن يتقاضى أجراً من هذه الفئات.

- أجاز الجمع بين معاش الإصابات ومعاش الشيخوخة والعجز والوفاة في حدود ١٠٠٪ من الأجر الأخير وبمراعاة الحد الأقصى للمعاش

- كما أجاز القانون رقم ٩٩ لسنة ١٩٩٢م، بتطبيق التأمين الصحي على الطلاب على مراحل بدأت في فبراير ١٩٩٣م وانتهت في ١٩٩٥م .

- قرار وزير الصحة العامة والسكان رقم ٣٨٠ لسنة ١٩٩٧م بتطبيق التأمين الصحي على المواليد الجدد اعتباراً من ١/١٠/١٩٩٧م.

(٥) الأردن

خلافاً لتجارب الدول الشقيقة في التأمين الصحي، الذي يستند إلى قوانين تأمينية خاصة فإن تجربة المملكة الأردنية الهاشمية يختلف عن تلك التجارب في أن لها نظام يسمى التأمين الصحي المدني لسنة ١٩٨٣م رقم (١٠) ويستند إلى قانون الصحة العامة رقم ٢١ لسنة ١٩٧١م

يشمل هذا النظام بحسب ما نصت عليه المادة (٦) الفئات المحددة أدناه على أن يكون الإشتراك في الصندوق إلزامياً كذلك للفئات التالية:

- الوزراء وأعضاء مجلس الأمة وأعضاء المجلس الاستشاري .

- الموظفون المدرجة وظائفهم في نظام تشكيلات الوظائف في الوزارات والدوائر الحكومية وموظفو البلديات.

- الموظفون الذين يحالون على التقاعد بعد نفاذ أحكام هذا النظام .
- المتقاعدون المدنيون المشتركون في التأمين بموجب نظام التأمين الصحي رقم(١) لسنة ١٩٧٩م.
- العاملون في المؤسسات الرسمية العامة الذين يقرر مجلس الوزراء تطبيق أحكام هذا النظام عليهم.
- موظفو البلديات الذين يحالون على التقاعد بعد نفاذ أحكام هذا النظام.
- طلاب المعاهد وكليات المجتمع المبعوثون إليها من قبل الحكومة خلال مدة الدراسة المقررة.
- وقد شكل لهذا النظام صندوق في وزارة الصحة العامة يسمى صندوق التأمين الصحي المدني، والذي يهدف إلى تقديم المعالجة للمشاركين والمنتفعين وغير المقتردين المنصوص عليهم في هذا النظام، وله موازنة مستقلة يعدها الوزير وتتألف من الموارد التالي:
- (١) الاشتراكات .
- (٢) مساهمة الحكومة في الصندوق .
- (٣) الهبات والتبرعات التي يقرر مجلس الوزراء قبولها.
- (٤) فوائد استثمار أموال الصندوق.
- بدل الاشتراكات الشهرية في الصندوق ٣% من مجموع مخصصات ورواتب وعلاوات المشتركين، على أن لا يزيد المبلغ المستوفى عن ٣٠ دينار.
- المنتفعون من الصندوق: المشترك، إضافة إلى أفراد أسرته التي يتحمل مسؤولية أعالتها شرعاً.

ولتنظيم العملية التأمينية فقد أصدرت الوزارة بطاقات تأمين صحي للمشارك
تدرج فيها أسماء المنتفعين معه.

- كما صدرت بطاقات تأمين صحي لغير المقتدر يدرج فيها اسمه وأسماء
المنتفعين معه أن وجدوا.

- المعالجة للمشارك والمنتفعين تتم في مستشفيات ومراكز وزارة الصحة العامة.

(٦) السودان:

بعد استقلال السودان، وتوسع مفهوم الخدمات الطبية، تعددت القوانين في المجال
الصحي، وأصبحت تكلفة الخدمات الطبية والرعاية الصحية أكبر من أن تتحملها
الحكومة منفردة، فتعددت الجهود التي تبذل لخدمة الرعاية الصحية ، والتي كان
من أهمها:

العون الذاتي:

بدأ تطبيقه في بداية الستينات بهدف مساهمة المواطنين في دعم المرافق الصحية،
والتي تركزت على رسوم دخول المستشفيات.

نظام التأمين الصحي وتطوره:

- تركز تطبيق النظام في البداية على كبار العاملين في الدولة، مقابل رسوم
الرقود في المستشفيات بالدجة الاولى والثانية ، أما العلاج فقد كان يقدم آنذاك
مجانباً لكافة المواطنين.

- في عام ١٩٧١م وضعت الدولة قانوناً للتأمين الصحي يغطي كل العاملين بالدولة،
ويساعد في تكلفة العلاج، وذلك عن طريق خصم اشتراك رمزي من أجور
ومرتبات العاملين.

- في عام ١٩٩٤م صدر قانون الهيئة العامة للتأمين الصحي والذي تم بموجبه إنشاء وقيام الهيئة العامة للتأمين الصحي كهيئة ذات شخصية اعتبارية، وأهداف واختصاصات محددة، وتعمل وفق سياسة الدولة في نظام الحكم الاتحادي.
- أنشئت الهيئة العامة للتأمين الصحي لتكون الجهاز القومي المسئول فنياً وإدارياً عن تأسيس وإدارة نظام قومي للتأمين الصحي في السودان.
- المبادئ الأساسية التي ارتكز عليها النظام :
 - مبدأ التأمين على كافة المواطنين.
 - إلزامية التأمين الصحي على العاملين بالدولة.
 - تقديم خدمات التأمين الطبية المتميزة بقدر الحاجة.
 - التدرج في التطبيق .
 - تحديد نسبة فعلية للاشتراك.
 - تطبيق مبدأ التكافل الصحي.
 - لا مركزية تقديم الخدمات العلاجية.
 - إدخال شرائح الفقراء وأسر الشهداء.
 - كيفية تقديم الخدمات الطبية والعلاجية :
 - قامت وزارة الصحة ببناء مستشفيات جديدة ، ولكن نظراً لعد قدرتها على تسييرها ، فقد تم تحويلها إلى التأمين الصحي، الذي قام بدوره بتأثيرها وتجهيزها ، وتوفير الكادر الطبي والصحي لها، وأصبحت بذلك من ممتلكات الهيئة العامة للتأمين الصحي في السودان .
 - أن تجربة السودان في تقديم الخدمات العلاجية من خلال مشروع التأمين الصحي تمثل في شراء الخدمة من وزارة الصحة حيث أن التأمين الصحي يقوم بدفع

تكلت الخدمات العلاجية التي تتم في مؤسسات وزارة الصحة، مع قيام التأمين الصحي بتأهيل مؤسساته العلاجية التي يقدم من خلالها الخدمة الطبية .

- ويبدأ تقديم الخدمات الطبية من مستوى الممارس العام، وهناك نظام الإحالة من الممارس العام بمراكز تقديم الخدمة للأطباء الأخصائيين بالمستشفيات ، والإحالة من الطبيب الأخصائي بالمستشفيات التخصصية بالعاصمة على مستوى الاستشاري لتقديم خدمات علاجية بالمستوى الثالث.

- وجود نظام لاسترداد تكلفة الخدمات العلاجية التي تتم بالمؤسسات العلاجية الخاصة، في حال ثبوت عدم توفرها بالمؤسسات المتعاقد معها بواسطة التأمين الصحي .

- استثنى القانون العلاج بالخارج لتكلفته الكبيرة والتي لا يستطيع النظام تحملها في هذه المرحلة .

- هناك استثناء لبعض الخدمات العلاجية مرحلياً أما بسبب تكلفتها العالية أو بسبب دعمها بواسطة جهات حكومية أخرى وهي على سبيل المثال :

١) علاج الفشل الكلوي وغسيل الكلى .

٢) الأجهزة التعويضية .

٣) جراحة القلب المفتوح .

٤) العلاج بالذرة .

وهناك العديد من المؤشرات التي تؤكد نجاح التجربة السودانية منها :

- نجاح نظام التأمين الصحي في خفض نفقات العلاج بالنسبة للمواطنين محدودي الدخل والمشاركين في النظام .

- التطور الملحوظ في تقديم الخدمات الصحية والعلاجية في مؤسسات التأمين الصحي بالمقارنة مع المؤسسات العامة الأخرى .
- نجاح النظام في تحفيز العاملين بقطاع الخدمات الصحية بما يؤدي إلى استقرا هذه الكوادر ويقل من هجرتها .

٤) الوضع الصحي الراهن في اليمن:

٤-١) أولاً: لمحة تاريخية:

بدأ تطبيق أسلوب الرعاية الصحية الأولية في اليمن عام ١٩٧٨م، وهو العام الذي عقد فيه مؤتمر ((المآتا))، وبتنفيذ هذا الأسلوب استفادت اليمن من نظام تقليدي مرفقي لمرتكز ثلاثي الروابط لتقديم الخدمات الصحية، والذي يتكون من الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات، فقد توسع هذا النظام توسعاً تدريجياً بحيث زاد معدل التغطية الجغرافية من ١٠٪ في عام ١٩٧٠م، إلى معدل نظري تقديري ٥٠٪ في الوقت الحاضر.

كما ازدادت القوى العاملة الصحية، وفتحت المعاهد الصحية في حوالي ١١ محافظة، كما ازدادت الجامعات الحكومية والخاصة والتي تقوم هي الأخرى بتخريج أعداد كبيرة من العاملين الصحيين، وفي عقد الثمانينات من القرن الماضي لم تكن هناك تحديات رئيسية أمام التقيد بهذا النظام التقليدي للرعاية الصحية الذي يسعى لزيادة عدد المرافق الصحية الحكومية، والعمالة الصحية، باعتبار ذلك هو المخرج لتوفير احتياجات ومتطلبات الرعاية الصحية العامة .

وفي مطلع التسعينات من القرن الماضي، ونتيجة لما شهدته اليمن والساحة الدولية من أحداث وتطورات على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي، كتوحيد شطري اليمن، وإنصهار النظامين الصحيين بنظام واحد، وكذلك حرب الخليج الثانية وتداعيات نتائجها التي عمت جميع دول المنطقة، وأثرت على البنية الاقتصادية والاجتماعية لليمن، وتركت آثار سيئة على الاقتصاد أمتد أثرها إلى مختلف مؤسسات وقطاعات الدولة، وبما فيها القطاع الصحي.

فعودة حوالي مليون شخص من المغتربين، وانخفاض قيمة العملة الوطنية، وارتفاع نسبة الفقر والبطالة، والنمو السكاني المخيف والمتسارع، وانخفاض التحويل

للعلمة الصعبة إلى اليمن، والتناقص التدريجي في المخصصات والموازنات المرصودة لوزارة الصحة العامة، وتقليص الدعم من الجهات المانحة ودول الجوار، والتطور المتسارع في التكنولوجيا الطبية وارتفاع كلفتها، كل هذه العوامل والمؤشرات أثرت بشكل سلبي على أداء النظام الصحي في اليمن وفعاليتته.

٤-٢): الإنفاق الحكومي على الصحة:

رصدت لوزارة الصحة العامة في السنة المالية ١٩٨٠م ما نسبته ٤,٦ من إجمالي الموازنة العامة للدولة.

ويشكل ذلك ١,٦% تقريباً من إجمالي الدخل القومي، وهي نسبة ضئيلة جداً وامتدنية، إذا ما قورنت ما تنفقه دول الجوار أو تلك الدول ذات الناتج المحلي المشابهة لوضعنا.

وتشير الدراسات بأن نسبة ما ينفقه المجتمع والأسرة على الصحة في اليمن يصل إلى ٧٩% من تكاليف الرعاية الصحية الأولية، بمعنى أن وزارة الصحة تساهم في الإنفاق على الرعاية الصحية بنسبة ٢١% فقط من التكاليف، والبقية يتحملها المواطن، حيث يدفع المواطن مقابل المعاينة والفحص والدواء وكل ما يتعلق بفترة الرقود في المستشفى، وهذا يشكل عبئاً كبيراً عليه، مما يضطر الكثير منهم إلى الاستدانة، أو طلب المساعدة من الغير، بينما لا يتجاوز نسبة ما يدفعه المواطن في البلدان الشبيهة باليمن في الدول النامية أكثر من ٤٠% فقط من التكلفة.

٢) والجدول التالي يقارن بين المخصصات المالية للقطاع الصحي في اليمن وبعض الدول.

عدد السكان بالمليون	نصيب الفرد من الناتج	مقدار ما ينفق على صحة الفرد	نسبة التمويل الحكومي
---------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

	المحلي بالدولار	الدولار	%
عمّان	٦,٥٠٠	٢٢٢	٨١
الأردن	١,٧٣٢	١٣٤	٥٨
مصر	١,٢٢٥	٤٨	٤٧
اليمن	٤٥٠	٢٠	٤٢

وحتى يقوم النظام الصحي الوظيفي بواجبه الإنساني تجاه كل المواطنين، فإن من الواجب أن يعزز هذا القطاع الحيوي بمزيد من الدعم والموارد المالية، من أجل أن يفي باحتياجات السكان المتزايدة للخدمات الصحية.

١) الجدول التالي يبين بعض الملامح عن نسبة نفقات القطاع الصحي مقارنة بالنفقات العامة من ميزانية الدولة

المؤشر	٢٠٠٠	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٣
نسبة قطاع الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي	١,٣%	١,٤%	١,٢%	١,٨

٤-٣): تغطية الخدمات الصحية :

يعاني القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية من اشكالات وتحديات كثيرة تعيق عملية تطويره، وتحسين جودته، وتشير إلى اتساع انتشار أمراض سوء التغذية، والأمراض المعدية، (خاصة الالتهابات، وأمراض الجهاز التنفسي بين الأطفال، والأمهات)، والأمراض المستوطنة، و الامراض السارية، والأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي، ومضاعفات الحمل والولادة، والمخاطر الناتجة عن تلوث البيئة.

وتترافق هذه الاشكاليات والأوضاع السالفة الذكر مع قصور في تغطية خدمات

الرعاية الصحية الأولية، وانخفاض مستوى نوعيتها.

حيث بلغت نسبة التغطية لخدمات الرعاية الصحية في المجتمع ما نسبته ٦٠٪ من إجمالي عدد السكان عموماً، وتوفرت خدمات الرعاية الصحية الأولية لـ ٩٠٪ من سكان الحضر و ٤٨٪ لسكان الريف، وهذا يعني أن ٥٢٪ من سكان الريف لا تتوفر لهم خدمات الرعاية الصحية الأولية، والذين يمثلون ٧٣٪ من إجمالي عدد السكان، بمعنى أن نسبة التغطية للسكان لخدمات الرعاية الصحية الأولية متدنية ومنخفضة مقارنة بدول الجوار. (٤-٤): مؤشرات الوضع الصحي الراهن:

مما سبق الإشارة إليه، فإن ملامح الوضع الصحي الراهن في اليمن تتمثل في بعض المؤشرات التي يقاس بها مستوى تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، ونسبة التغطية لتلك الخدمات، وما يمثله نقص الموارد المالية من اعتبارات اقتصادية ضاغطة، بالإضافة إلى إنعدام التوازن في توزيع الموارد المتاحة، وما يترتب على ذلك من اختلال توزيع تلك الموارد بين الريف والحضر في تقديم الخدمات الطبية العلاجية والوقائية، فإن جوهر مشكلة النظام الصحي في اليمن والتي تعكس بدورها مستوى الوضع الصحي الراهن يتمثل في الجوانب التالية:

- ١) تدني مستوى الوضع الصحي القائم : وذلك يتضح من خلال البيانات التالية:
 - أ) ارتفاع معدلات الوفيات من الأمراض غير معدية وخاصة عند الأطفال والرضع.
 - ب) ارتفاع معدلات الإصابة والانتشار للأمراض المعدية والطفيلية بين السكان مثل أمراض البلهارسيا ١٧٪ والملاريا ٣٩,٧٪ والاسهالات الحادة ٣٣,١٪.
 - ج) ارتفاع معدلات أمراض الامومة والطفولة وأمراض سوء التغذية عند الاطفال.
 - د) ارتفاع معدلات الإنجاب ومعدلات الخصوبة بين السكان وخاصة في الريف
- ١٠٠٠/٢٢١ من النساء.

٢) النمو الزائد لعدد السكان مقارنة بعدد الأطباء العاملين في المجال الصحي، حيث تمثل نسبة عدد السكان لكل طبيب (٤٦٥٠) وعدد السكان للسريير الواحد (١٧٥١) (وفق إحصائيات عام ١٩٩٩م)

٣) سوء توزيع الموارد البشرية المطلوبة.... ان سوء الموارد البشرية المطلوبة مع وجود الرواتب المتدنية وبالأخص للعاملين في الأرياف مما يؤدي إلى تكديسهم في المدن ويحرم الريف من خدماتهم، ولذلك يتم الاستعانة بعمالة صحية أجنبية حيث يعمل في القطاع الصحي العام اليمني حوالي (١٥٦٠) عامل صحي أجنبي لذلك يتطلب الأمر مراجعة سياسة التوظيف، وطرق التنمية للمناطق ذات الأولوية، مع الإحلال التدريجي للكوادر الطبية اليمنية بدلاً عن الكوادر الأجنبية.

٤) الافتقار إلى المعلومات والإحصاءات والبيانات الصحيحة لمستوى تقديم الخدمات الصحية الأولية وخاصة في مجال الصحة الإنجابية، وصحة الأم والطفل، المرافقة للارتفاع المتزايد في عدد السكان، ومراكز التجمعات السكانية في المناطق الريفية والجبلية ومدى نمو هذه الخدمات.

٥) ضعف الإدارة الصحية :

هناك الكثير من جوانب القصور في النظام الإداري والمالي والتخطيطي ورسم السياسات، وعملية اتخاذ القرار، ويمكن ملاحظة انعكاسات ذلك في تدني كفاءة الخدمات والرعاية الصحية، والخدمات الداعمة، والإجراءات المعقدة إدارياً ومالياً، وعدم تخويل الصلاحيات والسلطات، وإنعدام وجود معلومات صحية وترصد وبائي فعال وحديث، وسوء استخدام الموارد بشكل عام وإنعدام المحاسبة.

ويبين الجدول أدناه المؤشرات التي توضح الوضع الصحي الراهن (المؤشرات الأساسية)

المؤشرات	السنة	القيمة
----------	-------	--------

ج) المؤشرات البشرية		
٣.٥	١٩٩٩	معدلات التوارد الصحية لكل ١٠٠٠٠ من السكان
٠.٢٣	١٩٩٩	أطباء عموم
٠.٥٤	١٩٩٩	أطباء أسنان
٣.٨	١٩٩٩	صيادة
٥.٨	١٩٩٩	تمريض وقبالة
٠.٨	١٩٩٩	أسرة مستشفيات
٤.٦	١٩٩٨	وحدات الرعاية والمراكز الصحية
١.٦	١٩٩٨	- الإنفاق الحكومي على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الدخل القومي
٩.٦	١٩٩٨	- نفقات وزارة الصحة العامة كنسبة مئوية من إجمالي الدخل القومي
		- الدعم الدولي للصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة
د) نسبة التغطية والرعاية الصحية الأولية %		
٦١	١٩٩٨	- السكان الحاصلين على مياه صالحة للشرب
٦٦	٢٠٠٠	- السكان المستخدمين لوسائل صرف صحي مناسب
٥٧	٢٠٠٠	- السكان المتفعية بالرعاية الصحية المحلية (الإجمالي)
٩٠	٢٠٠٠	- الحضرة
٤٨	٢٠٠٠	- الريف
٣٤.٣	١٩٩٧	- النساء اللاتي يتم رعايتهن أثناء الحمل بواسطة عامل صحي مدرب
٢٨.٤	١٩٩٧	- الولادات التي تتم بإشراف عامل صحي مدرب
١٥.٥	١٩٩٧	- مكان الولادة - في مؤسسة
٨٤.٢	١٩٩٧	- في المنزل

٢٢.٣	١٩٩٧	- أسباب عدم الولادة في المرافق الصحية
١٢.٣	١٩٩٧	- خدمات الولادة غير متوفرة/ أو بعيدة جداً
٥٩.٦	١٩٩٧	- التكلفة مرتفعة جداً
٥.٧	١٩٩٧	- المنزل أفضل
٪٨٧		- ولادات مفاجئة
٪٧٢	٢٠٠٠	التطعيم الكامل ضد :-
٪٧٢	٢٠٠٠	- السك
٪٧٦	٢٠٠٠	- شلل الأطفال
٪٢١	٢٠٠٠	- الثلاثي
٦٠	٢٠٠٠	- حصبة
٪٢٧	١٩٩٨	- التهاب الكبد (HVB) (متوسط الجرع الثلاث)
> ٠.٠١ لكل الجنسيه	١٩٩٩	- نسبة الأطفال مابين (١٢ - ٢٣ شهرا) الملقحين ضد أمراض الطفولة
٤	١٩٩٩	السنه القاتلة
٢٥	١٩٩٨	- نسبة الامعات الحوامل المطعومات ضد التتراز T
٣٩	١٩٩٨	- نسبة الفئة العمرية من (١٥ - ٢٤) سنة المصابة بفيروس الايز
	١٩٩٧	- نسبة الامعات اللاتي يولدن في عمر ١٥ سنة
		- نسبة الامعات اللاتي يولدن في عمر ١٨ سنة
		- نسبة الأسر التي تستخدم ملتح ميود.
		هذا مؤشرات الوضع الصحي:
٨١	١٩٩٨	- نسبة حديثي الولادة يوزن (٢٥٠٠ جرام فأكثر)
٤٢	١٩٩٧	- الأطفال ذوي التناسب المقبول بين الوزن والعمر.
٧٥.٣	١٩٩٧	- معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ ولادة حية (الجنسيه)
٨٥.٢	١٩٩٧	- ذكر
٦٤.٦	١٩٩٧	- إناث
٣٣.٦ (٤٤٪ من وفيات الرضع)	١٩٩٧	- وفيات حديث الولادة

٢.٣٠٠	١٩٩٧	- وفيات الولادة بسبب التناز الوليدي
١٠.٥	١٩٩٧	- معدل وفيات أطفال دون الخامسة لكل ١٠٠٠ ولادة حية
١٤٠٠ - ١٠٠	١٩٩٧	- معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية
٥٩.٢	١٩٩٧	- متوسط العمر عند الولادة (سنة) - لكلا الجنسين.
٥٧.٥	١٩٩٧	- ذكور
٦١٠	١٩٩٧	- إناث
٢٥	١٩٩٧	- شكل الأطفال
٥٠١.٤٧٦	١٩٩٧	- عدد الحالات المبلغ عنها من:
١٩.٣٣٦	١٩٩٧	- ملاريا
٢٤.٣٩٧	١٩٩٧	- السل الرئوي
١١.٦٣٩	١٩٩٧	- بلعاسيا
٥٥٦	١٩٩٧	- الحصبة
٥٩٠٩	١٩٩٧	- تيتانوس (التناز)
٥٧٤٨		- التهاب الكبد الوبائي
٤٨٦		- السيلان
		- الجذام

المصدر: المسح الديمغرافي لصحة الأم والطفل ١٩٩٧م كتاب الاحصاء السنوي للجهاز المركزي للاحصاء ١٩٩٨م الوضع الصحي للأطفال

العالم ٢٠٠٠م اليونيسف تقرير الاحصاء السنوي لوزارة الصحة العامة ١٩٩٨م

٥) التأمين الصحي في اليمن:

التأمين الاجتماعي في المجتمع المعاصر هو الأسلوب الأمثل للرعاية الاجتماعية ، ذلك أنه يعتني بالإنسان قبل مولده وفي حياته كهولته حتى وفاته - وقد نظمت الاتفاقات الدولية أساليب الرعاية الاجتماعية التي يتعين أن يقدمها التأمين الاجتماعي على الوجه الآتي:

- من خلال تأمين رعاية الأمومة والطفولة التي تعنى بالمحافظة على صحة الأم والطفل.

- تدبير وسائل الرعاية الاجتماعية للقوى العاملة وتأمين اقتصاديات أفرادها خلال فترة العمل، وبما يحفز كثيراً من كفاءتهم الانتاجية.

- توفر للمواطنين أساليب الحماية من الخسائر المادية الناشئة عن المرض والإصابة، وبهذا تحافظ على رأس المال البشري وزيادة انتاجية.

- حماية أفراد القوى العاملة من آثار البطالة

- تؤمن دخل المواطن في حياته ولأسرته بعد وفاته.

٥- ١ يعاني القطاع الصحي في اليمن، وكذلك أغلب الأنظمة الصحية في العالم، من الارتفاع المتزايد في تكاليف الرعاية الصحية، ويستوي في هذه المعاناة الدول الغنية ومتوسطة الدخل والفقيرة على حد سواء، ولكن بدرجات ونسب متفاوتة، ويرجع سبب هذا الارتفاع في كلفة خدمات الرعاية الصحية إلى ثلاث عناصر رئيسية :

(١) التقدم العلمي في التقنية الصحية (مثل عمليات صمامات القلب المفتوح، وتبديل الصمامات، وزراعة الاعضاء، واستخدام وسائل التشخيص الحديثة مرتفعة التكاليف .

(٢) زيادة نسب المسنين وتوقعات الحياة:

فمن المعروف أن المسنين فوق ٦٥ سنة يستهلكون خدمات صحية تصل إلى ثلاثة أو أربعة أضعاف غير المسنين، وهذه الخدمات تكون عادة من النوع باهظ التكاليف.

(٣) ارتفاع نسبة التضخم العالمي في مجالي الصحة (التقني . الفني) سواء بارتفاع أجور مقدمي الخدمة، أو ارتفاع تكلفة الادوية والمهمات الطبية والمعدات الأجهزة المختبرية..... وغيرها

ويضاف إلى هذه العناصر بالنسبة للدول النامية - واليمن بينها - الزيادة السكانية مقارنة بعدد الأطباء العاملين في مجال الصحة، والإمكانيات المتاحة لهم من معدات وأجهزة ومراكز... الخ
بالإضافة إلى اعتماد المواطنين على ما تقدمه الحكومة في مجال الصحة، مع شحة النفقات وقلة الموارد.

أصبحت الخدمات الطبية المجانية في كل العالم بلا استثناء غير ممكنة أو متاحة كما كان الوضع في السابق، الأمر الذي استوجب معه التفكير في أمور إضافية أخرى لدعم النظام الصحي الحالي تشترك فيه الحكومة وأصحاب العمل والموظفين وكذا المواطنين على السواء. والنظام الصحي في الجمهورية اليمنية بحاجة ماسة الآن أكثر من أي وقت مضى إلى دعمه وتفعيله ليصبح أداة فاعلة بيد

الدولة لتحقيق سياستها في تقديم الخدمات والرعاية الصحية للمواطن، والحفاظ على مستوى صحته ورعايته.

إن عدم الرضا على أداء النظام الصحي يشير إلى الكثرين واتفقوا على التشخيص ولكن يختلفوا على العلاج وتتجسد قمة عدم الرضى على أداء النظام الصحي والاعتراف بضعفه في الآتي :

- الإشارة الواضحة أو بالتلميح عن دعم قيام النظام الصحي بلعب دور في تحسين صحة المواطن وتقديم الخدمات والرعاية الصحية والطبية المناسبة له.

- الاعتراف بالحاجة الملحة إلى مراجعه أداء النظام الصحي وتفعيله وإدخال أساليب جديدة وخلاقة في إطار تقديمه لخدمات الرعاية الصحية أو أساليب وطرق تمويله وقد تم الإفصاح عن ذلك في برنامج الحكومة والخطة الخمسية الثانية للتنمية للجمهورية اليمنية (٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ م) أو وثيقة إصلاح القطاع الصحي المقررة عام ١٩٩٠م.

٥ - ٢ المبررات والحاجة للأخذ بمتطلبات التأمين الصحي في اليمن :
يمكن إيجاز أهم تلك المبررات في الآتي :

أولاً : عدم قدرة الخدمات الصحية المجانية التي تتكفل بها الدولة على الوفاء بإحتياجات المواطنين الصحية، ويرجع ذلك إلى سبب هام يتمثل في إختلال التوازن بين تعداد السكان وبين الإمكانيات الصحية المتاحة، فالزيادة في أسرة المستشفيات لا تتم بنفس نسبة زيادة السكان، والزيادة في التجهيزات الطبية على إختلافها لا تواكب النمو المطرد في الحاجة لإستخدامها، وهكذا بالنسبة لكافة الإمكانيات المادية والبشرية الأخرى، مما أدى إلى الضعف في مستوى الرعاية الصحية المجانية، فالإمكانيات المتاحة منها غير قادرة على مواجهة ضغط الطلب عليها خصوصاً مع الإعتبارات السلبية المؤثرة التالية :

- ضعف الإنفاق الحكومي على الصحة .
- الارتفاع المستمر في تكاليف الرعاية الصحية الخاصة .
- عدم عدالة توزيع الإمكانيات الصحية وضعف السيطرة والتخطيط لأي توسعات جديدة بما يتناسب مع إحتياجات المواطنين .

ثانياً : عدم قدرة غالبية المواطنين على تحمل الأعباء المترتبة على المرض بحكم إنخفاض مستوى الدخل للغالبية العظمى من أفراد المجتمع، مما يجعل اللجوء إلى الخدمات الصحية الخاصة أمراً مرهقاً للغاية لهذه الغالبية .

ثالثاً : إنخفاض الكفاءة الإدارية الناتجة عن عدم وجود التخطيط الشامل لتوفير إحتياجات الرعاية الصحية لجميع أفراد المجتمع، وقصور المتابعة والرقابة على أعمال القائمين بالخدمة، ومركزية القرار والإدارة، الأمر الذي ولد قناعة لدى الحكومة بضرورة مساهمة المجتمع وإشراكه بصورة فاعلة وفعالة في عملية التنمية الصحية، والعمل على تنظيم هذه المساهمة وتوجيهها لما يخدم تحسين وتطوير الخدمات الصحية، وذلك من خلال الأخذ بنظام التأمين الصحي، وتوسيع قاعدة المشاركة في تحمل الأعباء المتزايد لتكاليف الرعاية الصحية، وتطبيق مبدأ التكافل الاجتماعي في تحملها، وتنويع أساليب تقديمها بما يتناسب مع قدرات وإمكانيات مختلف شرائح المجتمع، واسترداد الكلفة والرسوم مقابل الخدمات، والعمل على إعداد التشريعات اللازمة التي تسمح بتنفيذ تلك المشاريع، ومتابعة اصدارها وتطبيقها . وقد تم التأكيد على ذلك في كلاً من:

- وثيقة السياسات والاستراتيجيات المستقبلية للتنمية الصحية في الجمهورية اليمنية، المقررة في المؤتمر الوطني الاول للتنمية الصحية المنعقد خلال الفترة ٦- ٩ فبراير ١٩٩٤م.
 - الخطة الخمسية الأولى للتنمية الصحية ٩٦- ٢٠٠٠م
 - وثيقة إصلاح القطاع الصحي.
 - توصيات اللجنة المشتركة لمجلسي النواب والشورى.
 - الخطة الخمسية الثانية للتنمية الصحية ٢٠٠- ٢٠٠٥م.
 - قرار مجلس الوزراء رقم ١٦ للعام ٢٠٠٢م بشأن تقييم الخدمات الصحية الحكومية ومدى قدرتها على تقديم خدمات التأمين الصحي.
 - لقاء تعز التشاوري حول التأمين الذي عقد على هامش المؤتمر الوطني الأول للتمريض خلال الفترة ٦- ٧/أكتوبر/٢٠٠٢م والذي تم الإجماع فيه على :
 - ضرورة البدء بتطبيق نظام التأمين الصحي .
 - ضرورة التسريع بإقرار مشروع القانون وقرار إنشاء الهيئة في أسرع وقت ممكن.
- ٣-٥) الجهود التي بذلت من قبل وزارة الصحة العامة والسكان على طريق الأخذ بنظام التأمين الصحي
- بدأت الخطوة العملية الأولى في هذا المجال عام ١٩٩١م بمناسبة حضور خبير من الوكالة الأمريكية للتنمية إلى اليمن وقيامه بإعداد دراسة عن التأمين الصحي، على ضوء تلك الدراسة تم تشكيل لجنة مشتركة من وزارتي الصحة والتأمينات

- لوضع مسودة مشروع قانون للتأمين الصحي، ولكن بسبب التجاذب الذي حدث بين الوزارتين آنذاك عن جهة الإشراف وإدارة هذا النظام فقد توقف المشروع تماماً .
- وفي عام ٢٠٠١م بعد مرور عقد كامل تقريباً على الفكرة الأولى، أدركت الحكومة، ووزارة الصحة العامة والسكان، بأن الخيار الإستراتيجي للخروج من أزمة النظام الصحي الحالي هو الإعداد والتحضير الجيد للتأمين الصحي، ولذلك تم إنشاء إدارة عامة بوزارة الصحة العامة والسكان لتكون همزة وصل ومسئولة عن التحضير الدائم والفعلي لهذا النظام وإخراجه إلى النور، حيث قامت بجمع المعلومات المتعلقة بالتأمين الصحي، سواء من حيث الاستعانة بالخبرات الخارجية واستقدامهم أو من حيث القيام بزيارات خارجية للاستفادة من تجارب تلك الدول حيث قامت الإدارة العامة المذكورة باستقدام خبير اقتصادي من قبل منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠١م، ولمدة أسبوعين والذي قام بدراسة اقتصادية للفكرة، بعدها أوصى بضرورة البدء في نظام التأمين الصحي الاجتماعي في اليمن على موظفي الدولة كمرحلة أولى .
- استقبال مدير عام هيئة التأمين الصحي في السودان لليمن لعرض تجربة السودان الشقيق في هذا المجال.
- التنسيق مع منظمة أوكسفام للقيام بزيارة لجمهورية أرمينيا للاطلاع على تجربة المنظمة هناك في التأمين الصحي المجتمعي .
- إستقدام خبراء من الدول الشقيقة والصديقة والمنظمات الدولية لمساعدة الوزارة في إختيار نوع التأمين الصحي المناسب في اليمن.

- الإطلاع على تجارب بعض البلدان العربية مثل: (مصر- الأردن- السودان- تونس- ودول الخليج).

و في عام ٢٠٠٢م تم عقد ورشة عمل ولمدة أربعة أيام بتمويل من الاتحاد الأوروبي، قام بها عدد من المحاضرون من بريطانيا ودول أخرى، وحضرها ممثلون من وزارة الصحة العامة والسكان ووزارات وهيئات أخرى ذات العلاقة وكذا ممثلين عن نقابتي الأطباء والصيادلة اليمنيين وكانت: تحت عنوان المفاهيم وعملية التأمين الصحي في الدول النامية واختيار نوع التأمين الصحي المناسب لليمن .

كما تم الإعداد لعقد لقاء في تعز في نهاية عام ٢٠٠٢م حضره المعنيون في وزارة الصحة العامة والسكان، وممثلون عن الوزارات الأخرى ذات العلاقة، ومدراء عموم الصحة في المحافظات وأوصوا بسرعة تنفيذ التأمين في سبتمبر ٢٠٠٣م.

- استقدام خبير في التأمين الصحي(رئيس هيئة التأمين الصحي السابق بجمهورية مصر العربية) الذي قام بإجراء الكثير من اللقاءات مع قيادات وزارة الصحة والسكان، والوزارات ذات العلاقة، وكذا مع ممثل منظمة الصحة العالمية باليمن وغيرهم، كما قام بزيارات ميدانية للمؤسسات الصحية في صنعاء للإطلاع على الخدمات الطبية التي يقدمونها، وقدم الخبير مجموعة من الدراسات السابقة التي أجريت بخصوص موضوع التأمين الصحي في عدد من الدول وكذا الدراسات التمويلية والاقتصادية وغيرها كما قدمت له مسودتي قانون التأمين الصحي ومشروع قرار إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي بصيغتهما النهائية والمدروسة من قبله . وعلى ضوء ذلك تم عقد ندوة خاصة بالتأمين الصحي في اليمن قامت بها وزارة الصحة العامة والسكان بالتعاون مع منظمة أوكسفام، وحضرها ممثلون عن

الوزارات ذات العلاقة ومدراء عموم مكاتب الصحة بالمحافظات وممثلين عن المنظمات الدولية العاملة في المجال الصحي في اليمن، ومجلس الشورى والذين أوصوا في نهاية الندوة على ضرورة البدء في تطبيق نظام التأمين الصحي في اليمن .
والجدير بالذكر هنا أنه ومن خلال نتائج تلك الدراسات واللقاءات من قبل الخبراء ونتائج الندوات وورش العمل في هذا المجال تم إختيار التأمين الصحي الاجتماعي لتطبيقه في اليمن .

٤-٥) الاسس القانونية لقيام نظام التأمين الصحي في اليمن:
أشار دستور الجمهورية اليمنية في المادتين (٢٥)،(٣٢) من الفصل الثالث ((الأسس الاجتماعية والثقافية)) من الباب الأول " اسس الدولة" على الاتي:
مادة(٢٥): يقوم المجتمع اليمني على أساس التضامن الاجتماعي القائم على العدل والحرية والمساواة وفقاً للقانون.

ماده (٣٢): التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية أركان أساسية لبناء المجتمع وتقدمه يساهم المجتمع مع الدولة في توفيرها.

كما نصت المادة(٥٦): من الباب الثاني ((حقوق وواجبات المواطنين الأساسية من الدستور على أن " تكفل الدولة توفير الضمانات الاجتماعية للمواطنين لكافة حالات المرض أو العجز أو البطالة أو الشيخوخة أو فقدان العائل، كما تكفل ذلك بصفة خاصة لأسر الشهداء وفقاً للقانون"

ونصت المادة (٥٥) على أن :

((الرعاية الصحية حق لجميع المواطنين وتكفل الدولة هذا الحق بإنشاء مختلف المستشفيات والمؤسسات الصحية والتوسع فيها وينظم القانون مهنة الطب والتوسع في الخدمات الصحية ونشر الوعي الصحي بين المواطنين)).

٥-٦ مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي :

يشمل مشروع قانون التأمين الصحي الاجتماعي والذي أعد من قبل المتخصصين في وزارة الصحة، وبمساعدة خبراء ومتخصصين دوليين ومحليين على (٤١) مادة موزعة على خمسة أبواب، وقد احتوى الباب الأول على الأحكام التمهيدية لمواد (١ - ٧) تتضمن التسمية والتعاريف ونطاق السريان.

في المادتين الأولى والثانية تم تسمية القانون، والتعريفات التي تبين دلالة التسميات والتعريفات، ومن ضمن ما احتوى عليه تعريف حديث لإصابة العمل، وهي الإصابة بأحد الأمراض المهنية المبينة بجدول الأمراض المهنية المنصوص عليها باللائحة التنفيذية للقانون، وكذلك الإصابة الناتجة بسبب حادث وقع أثناء العمل، وأضاف التعريف إضافة جديدة لحالات إصابة العمل، وهي اعتبار الإصابة الناتجة عن الإجهاد والإرهاق من العمل إصابة عمل، كما حددت التعريفات من هو

المريض ومن هو المصاب، وما هو المقصود بتطبيق قانون التأمين الصحي على فئات معينة من المواطنين في مناطق جغرافية من الجمهورية، أو محافظات في التقسيم الإداري، كما أوضحت التعريفات ما هو مقصود بالعجز المستديم لدى المرضى ويكون حائلاً بينهم وبين العمل، كما أوضحت التعريفات من هي الهيئة العامة للتأمين الصحي التي ستقوم بتنفيذ أحكام القانون.

أوضح القانون في المادتين (٤،٣) إن نظام التأمين الصحي يضم نوعان من التأمين وهما: تأمين المرض، وتأمين إصابات العمل. وأنه يسري على جميع المواطنين بالجمهورية تدريجياً، بداية من الخاضعين لأحكام قانون الخدمة المدنية رقم (١٩) لسنة ١٩٩١م، والخاضعون لأحكام القانون رقم (٥) لسنة ١٩٩٥م بشأن قانون العمل وتعديلاته، وكذلك المتقاعدون وباقي فئات المواطنين، كما أجازت المادة (٤) بإمكانية التغطية حتى للفئات التي لا ينطبق عليها القانونين المشار إليهما آنفاً بقرار من مجلس الوزراء. وهكذا فإن التأمين الصحي الاجتماعي يغطي مجموع المواطنين بالجمهورية من عاملين وغير عاملين وأفراد الأسر من عاملين وغير عاملين وأصحاب المعاشات والأرامل في حالة وفاة صاحب المعاش وقد أقرت المادة (٣) من القانون لمبدأ التأمين الهام وهو إلزامية القانون على من سيطبق عليهم والتطبيق بشكل تدريجي أو جغرافي في مادة (٥).

وأوضحت المادة (٧) أن خدمات التأمين الصحي هي خدمات شاملة تحتوي على جميع مستويات الخدمات الصحية والطبية، بداية من الخدمات الوقائية ومروراً بالعلاجية والتأهيلية، وعلى النحو الذي تحدده اللائحة التنفيذية للقانون. وفي مجال تأمين المرض من حيث تمويله ومجال تطبيقه أفادت المواد من (٨ - ١١) من الباب الثاني أن هناك اشتراكات شهرية يسدها صاحب العمل عن

العاملين لديه بمقدار ٦٪ من إجمالي الأجور، كما أنه بالنسبة لأصحاب المعاشات ستكون الحكومة هي الداعم لهم بنسبة ٦٪ من إجمالي المعاشات، أما حصة المؤمن عليه، فهي ٥٪ من أجر العاملين و٥٪ من المعاش للمتقاعدين، كما تضمن التمويل والمساهمات من المؤمن عليهم في حالة العيادات الخارجية فقط، إقتناعاً بأن المريض داخل المستشفى يحصل على خدمة كاملة دون إي مساهمة، واقتصرت المساهمة على ثمن الدواء في العيادات الخارجية بمقدار الثلث، واستثنت الفقرة (١) من البند الثاني من المادة (٨) للأمراض المزمنة، حيث يتم صرفها كلها مجاناً بدون مشاركة من مرضى الأمراض المزمنة الذين هم عادة من كبار السن ويستعملون الدواء بصفه مستمرة، كما أن هذه الأدوية هي عادةً غالية الثمن واستحدثت المادة (٨) موارد أخرى لمرضى التأمين الصحي وهو على هيئة رسم يسمى برسم التأمين الصحي على مادة ضارة جداً بالصحة وهي سبب مباشر لارتفاع نسبة الأمراض في المجتمع من أمراض السرطان والقلب والأوعية الدموية وغيرها وهو ما تمثله السجائر المباعة بالسوق المحلي سواء الوطنية أو الأجنبية.

كما أعطت المادة (٩) من مشروع القانون المشار إليه الحق لمجلس الوزراء عند ضم فئات جديدة تحديد قيمة الاشتراكات والمساهمات والجهات التي تتحملها وذلك بما لا يتجاوز الحدود المقررة بهذا القانون.

أجازت المادة (١١) دخول الأرملة للنظام في حالة وفاة زوجها صاحب المعاش وأوردت

المادة (١٣) الحالات التي يوقف سريان التأمين خلالها وحصرتها بالآتي:-

- مدة عمل المؤمن عليه لدى الجهة التي لا تخضع لهذا التأمين.

- مدة التواجد خارج البلاد لأي سبب من الأسباب.

- مدة الإجازات الخاصة والدراسية والبعثات العلمية التي يقضيها المؤمن عليه خارج البلاد.

- حالات قطع المعاش عن الأرملة.

وأوضحت المواد من (١٦) إلى (٢١) الواردة في الباب الثالث تمويل إصابات العمل وخدماتها التي تقدمها وأحكامها التنفيذية حيث يمول ذلك باشتراك صاحب العمل فقط بنسبة ٢٪ من الأجور ولا يوجد اشتراك من المؤمن عليه في إصابات العمل واستحدث المشروع في المواد (٢٢ - ٢٧) من الباب الرابع صندوقاً مالياً لتأمين المرض وإصابات العمل يقوم بتمويل سائر وجوه التأمين الصحي ويتولى إدارته هيئة عامة تسمى الهيئة العامة للتأمين الصحي لها الشخصية الاعتبارية ويرأس مجلس إدارتها وزير الصحة العامة والسكان.

وأحتوت المواد من (٢٨) إلى (٤١) من الباب الخامس من مشروع القانون على الأحكام العامة للقانون حيث بينت المادة (٢٨) إن التأمين الصحي يقدم خدماته داخل الجمهورية للمؤمن عليه إلى أن يشفى أو يثبت عجزه، كما ألزمت المادة (٣٠) صاحب العمل بإجراء فحص طبي ابتدائي للعاملين المرشحين للعمل لديه تقوم به الهيئة العامة للتأمين الصحي مقابل تكلفتها الفعلية بأسعار الهيئة، كما أضافت المادة (٣١) إلزام صاحب العمل بإجراء فحص طبي دوري للعاملين لديه فقط المعرضين منهم للإصابة بإحدى الأمراض المهنية حسب جدول الأمراض المهنية المنصوص عليه باللائحة التنفيذية للقانون، وذلك نظير تكلفة هذه الفحوص الفعلية. كما بينت المادتين (٣٢) و(٣٣) فيما يخص حالات العجز والمرضى والاصابة.

وقررت المواد من (٣٤) حتى (٣٩) إعفاء الهيئة من الضرائب والرسوم، وأوضحت مهام موظفي الهيئة في الحصول على البيانات، ودور الجهات الحكومية في إمداد الهيئة وفروعها بالبيانات اللازمة، بالإضافة إلى منحها إمتيازاً لأموال الهيئة على جميع أموال المدين حماية لأموال المؤمن عليهم.

وأعطت المادة (٤٠) وزير الصحة العامة والسكان صلاحية إصدار القرارات اللازمة لتنفيذ القانون.

وأخيراً اشترطت المادة (٤١) من مشروع القانون سالف الذكر على أن يعمل به من تاريخ صدوره ونشره في الجريدة الرسمية.

٢) مشروع القرار الجمهوري بشأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي:

يشتمل مشروع القرار المذكور على ثلاثة وثلاثين مادة موزعة على أربعة أبواب :

أحتوى الباب الأول على ثلاثة فصول: (التعاريف والإنشاء والأهداف والمهام)

- تضمن الفصل الاول على التعاريف (المادة ١)

- وتضمن الفصل الثاني من الباب المذكور في المواد من (٢ - ٨) على إنشاء

الهيئة العامة للتأمين الصحي وتمتعها بالشخصية الاعتبارية، وبذمة مالية

مستقلة، وخضوعها لإشراف وزير الصحة العامة والسكان - رئيس مجلس

إدارة الهيئة، وأن يكون مقرها العاصمة صنعاء، وإعطائها الحق في إنشاء فروع

لها بالمحافظات.

- وتتولى الهيئة المذكورة تنفيذ التأمين الصحي المنصوص عليه في قانون

التأمين الصحي والاجتماعي ونصت المادة(٧) من المشروع المذكور على قيام

محاسب قانوني أو أكثر يصدر بتعيينه أو تعيينهم قرار من مجلس الإدارة -

بتدقيق حسابات الهيئة سنوياً وتحت إشراف ورقابة الجهاز المركزي للرقابة والمحاسبة، وضرورة تعيين خبير أكتواري لتحديد المركز المالي للهيئة.

- كما تضمن الفصل الثالث على أهداف ومهام الهيئة ، حيث تشير المادة (٩) منه إلى أن الهيئة تهدف إلى توفير الخدمات الصحية والطبية للمؤمن عليهم في جميع أنحاء الجمهورية وفقاً لخطة الهيئة التدريجية والمرحلية، وأورد المهام التي تمارسها الهيئة في سبيل تحقيق الهدف المذكور.

- أما الباب الثاني فقد احتوى على فصلين : نصت المادة (١٠) من الفصل الأول على موارد الهيئة المزمع إنشائها وتحديدها بالاتي:

- جميع الموارد المنصوص عليها في القانون ولائحته التنفيذية.

- الإعانات والتبرعات والهبات التي يقرر مجلس الإدارة قبولها.

- حصيلة استثمار أموال الهيئة

- الموارد الأخرى الناتجة عن نشاط الهيئة.

- حصيلة الغرامات والجزاءات والتعويضات وما في حكمها.

- وتضمن الفصل الثاني من الباب المذكور على التنظيم المالي وعلى ضرورة أن تتبع الهيئة في حساباتها نظاماً محاسبياً خاصاً بها قائم على الأسس المحاسبية الحديثة وبما يتلائم مع طبيعة نشاطها ، وعدم جواز استثمار أموالها في أعمال المضاربة أو المتاجرة في الأموال المنقولة.

- وتحدثت المادة (١٣) من الفصل المشار إليه ، على أن يفحص المركز المالي للهيئة خبير أكتواري يصدر باختياره قرار من مجلس الإدارة، على أن يجري الفحص الأول بعد مرور سنتين من إنشاء الهيئة ، ثم يجري الفحص بعد

ذلك مرة على الأقل كل خمس سنوات مع وجوب تناول الفحص المذكور قيمة الالتزامات القائمة ، وفي حالة تبين وجود عجز في أموال الهيئة ولم تكف الاحتياطات بتسويته ، التزمت الحكومة بأدائه على أن يوضح الخبير أسباب العجز والوسائل الكفيلة لتلافيه.

- أما في حالة ما إذا تبين من الفحص وجود مال فائض فإنه يتعين إيداع المال في حساب خاص ولا يجوز التصرف فيه إلا بموافقة مجلس الإدارة وفي الأغراض المحددة فقط في المادة (١٤) والواردة على سبيل الحصر والمتمثلة بالآتي:

- تحسين مستوى خدمات التأمين الصحي المقدمة للمؤمن عليهم

- تمويل البرامج الانشائية والاستثمارية المتعلقة بأنشطة الهيئة وبرامج التدريب والبحوث والنظم المختلفة.

- التوسع في تطبيق نظام التأمين الصحي المنصوص عليه في القانون

- تكوين احتياطي عام واحتياطات خاصة للأغراض المختلفة.

- أما الباب الثالث من مشروع القرار ، فقد اشتمل على الهيكل التنظيمي للهيئة المادة (١٤) ، كما أحتوت المادة (١٥) على تشكيل وتكوين مجلس إدارة الهيئة الذي يصدر به قرار من رئيس مجلس الوزراء.

- وتعنى المادة (١٧) بجلسات المجلس ، وتحدثت المادة (٢٠) على اختصاصات مجلس الإدارة واختصاصات رئيس مجلس إدارة الهيئة المادة (٢٤) بالإضافة إلى اختصاصات رئيس الهيئة ونائبه المادتين (٢٥ - ٢٦).

- وأخيراً احتوى الباب الرابع على الأحكام الختامية المواد (٢٨ - ٣٣)

- وحملت المادة (٢٨) جهات العمل المسئولية المباشرة عن حصصها وخصص الاشتراكات المقررة من أجور المؤمن عليهم ومن معاشات المتقاعدين

- المشتركين شهرياً في المواعيد المحددة لصرف الاجور والمعاشات ، والالتزام بتوريدها إلى حساب الهيئة.
- كما أعتبرت المادة (٢٩) المبالغ المستحقة للهيئة من الديوان الممتازة ، وتستوفي بكاملها قبل أي ديوان أخرى.
 - وتحدثت المادة(٣١) على قيام الهيئة بإعداد موازنة تشغيلية أولية فور صدور القرار الجمهوري بإنشاء الهيئة على أن يتم تمويلها بقرض من خزينة الدولة يتم استعادته خلال فترة أقصاها سنتين من بدء التشغيل.
 - وتنظم المادة (٣٢) كيفية إصدار القرارات التنظيمية والتفصيلية لتنفيذ أحكام القرار.
 - وتشترط المادة الأخيرة العمل بهذا القرار من تاريخ صدوره ونشره في الجريدة الرسمية.

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع	٢
٦	الاستثمار في القطاع الصحي (الواقح - والظموح)	
٧	المقدمة	١
٨	واقح الاستثمار الصحي في اليمه .	٢
٢٠	الاستثمار في القطاع الصحي تكاملياً أو تنافسياً مع القطاع الحكومي ودوره في خدمات الرعاية الصحية الأولية	٣
٢٢	الاستثمار في القطاع الصحي الخاص ومشاركة العمالة المحلية والأجنبية.	٤
٢٧	دور الاستثمار الروائي في توفير الدواء الآمن وبأسعار معقولة.	٥
٢٠	الاستثمار الصحي المشاكك والمعوقات	٦
٣٦	التوصيات .	٧
٧٨	ب) التأميه الصحي	٨
٨٨	التأميه الصحي	٩
٨٥	٢) الرعاية الصحية والتنمية الإقتصادية	١٠
٩٤	٣- أنظمة الرعاية الصحية التأمينية في بعض دول العالم.	١١
١٠٦	٤- الوضع الصحي الراهن في اليمه	١٢
١١٤	٥- التأميه الصحي في اليمه	١٣
١٢٢	٦- الاسس القانونية لقيام نظام التأميه الصحي في اليمه:	١٤

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجمهورية العربية السورية
مجلس الشورى

الإعلام الرسمي الواقع الراهن
وطموحات التحديث

تصدير:

أنشئ مجلس الشورى حديثاً، خلفاً للمجلس الإستشاري، بعد الإستفتاء على التعديلات الدستورية أوائل عام ٢٠٠١م كتطور طبيعي للمجلس الإستشاري السابق، وفي إطار التوجه لتعميق التجربة الديمقراطية في بلادنا، من خلال توسيع مهام وصلاحيات مجلس الشورى ورفع مستواه وكفاءته، ورفع العضوية فيه إلى الضعف، وبما يساوي ثلث أعضاء مجلس النواب، بهدف إحداث تطور مؤسسي للهيئات الدستورية في الدولة، وكذا توفير إطار مؤسسي عالي يضم الخبرات والكفاءات الوطنية لتوسيع دائرة المشاركة في الرأي وإتخاذ القرار.

وقد نصت المادة (١٢٥) من الدستور على ان"ينشاء بقرار من رئيس الجمهورية مجلس شورى من ذوي الخبرات والكفاءات والشخصيات الإجتماعية لتوسيع قاعدة المشاركة في الرأي والإستفادة من الكفاءات والخبرات الوطنية"، كما حددت المادة المهام والصلاحيات الدستورية للمجلس على النحو التالي:

- أ- تقديم الدراسات والمقترحات التي تساعد الدولة على رسم إستراتيجياتها التنموية وتسهم في حشد الجهود الشعبية من أجل ترسيخ النهج الديمقراطي وتقديم الإقتراحات التي تساعد على تفعيل مؤسسات الدولة وتسهم في حل المشاكل الإجتماعية وتعمق الوحدة الوطنية .
- ب- إبداء الرأي والمشورة في المواضيع الأساسية التي يرى رئيس الجمهورية عرضها على المجلس .

- ج- تقديم الرأي والمشورة بما يسهم في رسم الإستراتيجية الوطنية والقومية للدولة في المجالات السياسية والإقتصادية والإجتماعية والعسكرية والأمنية لتحقيق أهدافها على المستويين الوطني والقومي .
- د- إبداء الرأي والمشورة في السياسات والخطط والبرامج المتعلقة بالإصلاح الإداري وتحديث أجهزة الدولة وتحسين الأداء .
- هـ- الأشتراك مع مجلس النواب بتزكية المرشحين لمنصب رئيس الجمهورية والمصادقة على خطط التنمية الإقتصادية والإجتماعية والمعاهدات والإتفاقيات المتعلقة بالدفاع والتحالف والصلح والسلم والحدود والتشاور فيما يرى رئيس الجمهورية عرضه من قضايا على الإجتماع المشترك .
- و- رعاية الصحافة ومنظمات المجتمع المدني ودراسة أوضاعها واقتراح تطويرها وتحسين أدائها .
- ز- رعاية السلطة المحلية ودراسة نشاطها وتقييمها واقتراح تطويرها وتعزيز دورها.
- ح- تقييم السياسات الاقتصادية والمالية والنقدية وتقييم تنفيذ برامج الاستثمار السنوية .
- ط- استعراض تقارير جهاز الرقابة والمحاسبة ورفع تقرير بشأنها إلى رئيس الجمهورية.
- وتوسع قانون اللائحة الداخلية للمجلس رقم(٣٩) لسنة ٢٠٠٢م في تحديد تلك المهام .

وتنفيذ لذلك فقد نصت المادة(٤٠) من قانون اللائحة الداخلية للمجلس على تشكيل (١٣)لجنة دائمة،بحسب الأنشطة والمهام والاختصاصات الموكلة إليه، وذلك على النحو التالي:

- ١- اللجنة الدستورية والقانونية والقضائية .
 - ٢- اللجنة السياسية والعلاقات الخارجية والمغتربين .
 - ٣- اللجنة الاقتصادية .
 - ٤- اللجنة المالية .
 - ٥- لجنة السلطة المحلية والخدمات .
 - ٦- لجنة الإصلاح الإداري والتأمينات والتنمية البشرية .
 - ٧- لجنة الدفاع والأمن .
 - ٨- لجنة التربية والتعليم والبحث العلمي .
 - ٩- لجنة الإعلام والثقافة والشباب والرياضة.
 - ١٠- لجنة الزراعة والأسماك والموارد المائية .
 - ١١- لجنة حقوق الإنسان والحريات العامة ومنظمات المجتمع المدني .
 - ١٢- لجنة الصحة والسكان.
 - ١٣- لجنة البيئة والسياحة.
- إضافة إلى أي لجان خاصة قد يستدعي نشاط المجلس ومهامه تشكيلها.

وبحكم الخبرات العملية المتراكمة والكفاءات العلمية والشخصيات الاجتماعية المجربة التي يضمها المجلس، [اشترط القانون عدداً من الشروط في من يعين عضواً في المجلس منها:

أن يكون من ذوي الكفاءة والخبرة، وأن يكون متفرغاً (ليس عضواً في مجلس النواب أو في المجالس المحلية).

وأن لا يقل سنه عن أربعين عاماً.]

فقد اتبع المجلس آلية جديدة في عمله تتمثل في قيام اللجان المختصة بالإعداد للموضوعات وتحضيرها وتجهيزها وتقديمها للمجلس من قبل اللجان ذاتها، كتطوير نوعي للآلية التي كانت متبعة في المجلس الاستشاري السابق. حيث تقوم اللجان المعنية قبل تقديم مواضيعها إلى المجلس بـ:

- اللقاء مع الوزراء والمحافظين والكوادر القيادية في الجهة المعنية بالإضافة إلى ذوي العلاقة من ممثلي القطاع الخاص وممثلي منظمات المجتمع المدني وإجراء المناقشات معهم.

- الزيارات الميدانية للمحافظات والمديريات .

- النزول الميداني إلى الجهات والمواقع التي يتم دراسة أوضاعها .

- تلقي التقارير من الجهات المعنية، والاستعانة بالدراسات والبحوث التي يطلب من الباحثين والمختصين إعدادها .

وعلى ضوء ذلك كله تقوم اللجنة المعنية بدراسة الموضوع المدرج ضمن خطة عملها، من مختلف جوانبه، وبالتالي إعداد التقرير النهائي المقدم للمجلس مشفوعاً بالآراء والملاحظات والتوصيات المناسبة والعملية.

وتلبية للاستحقاقات الدستورية والقانونية، فقد أدرج المجلس ضمن خطته السنوية لعام ٢٠٠٣م موضوع حول الإعلام الرسمي الواقع الراهن وطموحات التحديث والذي أعدته لجنة الاعلام والثقافة والشباب والرياضة بالمجلس .

حيث شارك في جلسات اجتماع المجلس لمناقشة ذلك الموضوع بالإضافة إلى اللجنة وأعضاء المجلس الأخ وزير الاعلام ووكلاء الوزارة وعدد من المهتمين ومن ذوي الخبرات المختصة في هذا الشأن .

ولا يسعنا. في الأخير. إلا أن نتقدم بالشكر الجزيل للأخوة رئيس وأعضاء اللجنة السياسية والعلاقات الخارجية والمفتربين على الجهود الطيبة التي بذلوها في إعداد هذا الكتاب الذي نضعه بين أيدي المهتمين والباحثين وللأخوة الذين قدموا مساهمات إيجابية في إثراء مادة هذا الكتاب الذي خرج بهذه الصورة.

مؤكدين، أننا في مجلس الشورى، سنظل حريصين على بذل كل ما بوسعنا في إنجاز المهام الدستورية والقانونية المناطة بنا، وكل التكاليف التي يتكرم فخامة الأخ/علي عبدالله صالح رئيس الجمهورية، راعي التنمية والديمقراطية بإحالتها إلينا.

والله من وراء القصد ، ، ،

عبدالعزیز عبدالغني

رئيس مجلس الشورى

مقدمة

تتنامى أهمية الأعلام في الحياة الإنسانية المعاصرة حتى أمكن اعتباره النبض الكاشف لحقائق الحياة وتفاعلها والمشكل لها في ذات الوقت أنه سلطة بكاملها وسبيل الفعالية للسلطات الأخرى في الدولة وهو سبيل المجتمع لإبراز سلطاته...ومدى اقتداره وفعاليتته ، فصار قوة لا قبل لقهرها إلا بالإعلام ذاته .

ويتربط الإعلام عموماً والصحافة منه بشكل جوهرى بمبدئين جوهرين هما الحرية والمسئولية وأن رسالة الإعلام لا يمكن أن تؤدي كما يجب بدون الحرية الكاملة .. وفي المقابل بدون التمسك بكل الواجبات التي تفرضها المسئولية لجهة الخطورة الكبيرة التي يحتلها الإعلام .

ولقد انعكست كل التطورات المتجددة في المجالات العلمية والانتاجية .. التكنولوجية والصناعية على الإعلام ووسائله وبرامجه ورسائلته في الحياة الإنسانية المعاصرة على مستوى الدولة والمجتمع الواحد وفي النطاق الأوسع والأعم ولم تعد هناك حواجز قادرة على حجب الإعلام والتواصل وتأثيرات الثورة المعلوماتية إلا لمن يريد أن يعيش في الكهوف .. وهو لا يستطيع حتى إذا شاء .. كما أثر الإعلام في الدفع بكافة أشكال التطور في كل مجالات الحياة أن كوكبنا اليوم صار بيتاً صغيراً يفرض التعارف على ساكنيه عنوة .. هو من أجل ذلك صار يختزل الطرق وييسر السبل ومع ذلك فإن هناك فجوات كبيرة بين العمليات الإعلامية الدائرة رحاها على كوكب الأرض وعبر امتلاك الفضاء والسيطرة على الأثير والتفنن في التوظيف الإعلامي وأداء الرسالة الإعلامية .

أن الإعلام هو حرب كل لحظة صار وجه المجتمع والدولة وفعل الثقافة والمعرفة بالنسبة لهوية كل كيان إنساني شعباً كان أو أمةً .. ويكاد يكون وضع الإعلام في الوطن العربي في الدرجات الدنيا إذا كان ثمة ما يمكن القياس عليه .

ذلك أن ثورة المعلومات والاتصالات أحدثت هزات كبيرة في نمط الحياة التقليدية وعلى المستوى الإعلامي فإن تطوراتها العلمية والتطبيقية المتسارعة تتجه نحو تقويض القديم، وما أسس عليه الإعلام التقليدي، وهذا التحول يقضي بضرورة التعامل معه حتى لا نصبح خارج المسار الإعلامي الحديث الذي يقتحم حياتنا دون استئذان، فالثورة المعلوماتية والاتصالية لا يكون الاحتماء منها بالإنكفاء على الذات والتقوقع في سرداب الموروث التقليدي بل بالدخول بإيجابيات الموروث في عمق الحداثة ولكن من مدخل العلم وتطبيقاته التكنولوجية، ومشتقاته الأخرى. وباختصار فإن الوافد الجديد قد يقتلعنا من جذورنا أو يحتوينا ويذيينا فيه، إذا لم نتعامل معه بانفتاح مدروس وفق قواعد العلم ومستلزماته التكنولوجية والتقنية، وبهذا الخصوص فإننا نؤكد على قضيتين أساسيتين هما:-

- ١- إن الإعلام قديمه وحديثه عملية ابداعية تتصل بالحرية بشكل أساسي، وبقدر توسيع مساحة الحرية يتسع مجال الرؤية وتتجلى العملية الابداعية التي تقودها أولا الرقابة الذاتية التي تتكون من التشئة الاجتماعية السليمة للإعلامي وفي المراحل الأولى التعليمية المتصلة بالمهنة والقيم التي تحصنها وإدراك حقيقة وظيفتها وبنوعية مخرجات كليات الإعلام في الجامعات والمعاهد العليا وبما أشرنا إليه سابقاً بركن (المسؤولية).
- ٢- إن الإعلام تحديداً المرئي (التلفزيون) ينعت بأنه (فم مفتوح) يحتاج الغذاء على مدار اليوم، ويتوجب تغذيته بالمفيد وفق خطط عملية تدرس الانتاج ونوعيته ومضامينه وأهدافه، وما لم يتم ذلك تحول التلفزيون إلى جهاز مدمر أكثر مما يعمر أو يبني.

البث التلفزيوني الفضائي:-

نتيجة للتطورات الهائلة في مجال الإعلام والاتصال المعلوماتي فقد بات البث التلفزيوني الفضائي عبر شبكات الأقمار الاصطناعية من المجالات الهامة المؤثرة في حياتنا، بحيث أصبح المتلقي بوسعه أن يتابع أحداث العالم في أي مكان وأن يعيشها لحظة وقوعها، والتعاطي مع كم هائل من القنوات التلفزيونية الفضائية بعد أن تحرر من العدد المحدود من المحطات المحلية وأنتجت له حرية اختيار برامجه من بين مئات البرامج والمواد الإعلامية المختلفة التي تنقل عبر شاشات التلفزيون التي غدت أشبه ما تكون روافد ثورة معرفية وتقنية في أن واحد، إذ لم تقتصر تطوراتها على الجوانب التقنية فحسب، بل تجاوزتها إلى تطوير مضامين ومحتوى وإخراج البرامج والمواد الإعلامية بل وإنتاجها وتصنيعها، باعتبارها جوهر العملية الإعلامية والاتصالية التي يتم من خلالها التأثير على الجمهور المتلقي.

ومن هذا المنطلق فإن مسالة المواكبة أو المواجهة ليست رهينة تملك الوسائل التقنية فحسب إنما هي تخضع أساسا لرؤية إستراتيجية واضحة وإدراك وفهم عميق للوظيفة التنموية والترفيهية والثقافية والترويجية للتلفزيون ولا تتحقق هذه الرؤية التلفزيونية إلا بالوقوف على طبيعة العلاقات التي منها الجمهور المستهدف مع القنوات الوطنية والعربية والأجنبية باعتباره الطريق العلمي الذي تنتهجه الدول المتقدمة والمنتجة للأجهزة والمضامين والمفاهيم والخدمات.

وفي ضوء ذلك يذهب البعض إلى أن الصراع القادم صراع حضاري بالأساس مبني على حضارة الإعلام والانتشار السريع للمعلومات والذكاء الإنساني فالبث التلفزيوني الفضائي ليس تقنية فحسب بل أنه يعكس بعدا حضارياً جديداً تجلت ملامحه في الواقع بشكل واضح فالقرية الكونية هي الآن تتجسد أكثر من أي وقت مضى عبر هذا البث التلفزيوني المباشر ومشتقات الثورة المعلوماتية والاتصالية.

الإعلام في بلادنا:

بالنسبة للإعلام في بلادنا كما له إيجابياته فإن له سلبياته برغم الضمانة القيمة المتحققة بكفالة الحرية الكاملة للإعلام دستورياً وقانونياً .. غير أن مجالات التطبيق وفي واقع صورة الوسائل والإمكانيات المتاحة تكشف مدى تخلف الوضع عن مواكبة إعلام العصر .. أو مجارات حركة الإعلام المتطور داخل الوطن العربي في الصورة التي يفرضها الطموح الوطني والقومي .. وعند تأمل السياسة الإعلامية ومحتواها الواضح والغني بالقيم والمبادئ الإستراتيجية والأفكار والتصورات التخطيطية والأهداف المرسومة على كل صعيد وفي كافة الميادين الديمقراطية والتنمية والثقافية يتجلى مستوى القصور والتعارض الذي يكشفه الواقع العملي وخاصة بالنسبة للتلفزة ومن ثم الإذاعة وتبدو الحالة أكثر إيجابية على صعيد الصحافة المقروءة علماً بأن امتلاك سياسة إعلامية مقرة من قبل الحكومة قام بصياغة مادتها الإعلاميون أنفسهم وترسموا فيها طريق الإبداع والتجويد لأدائهم لمهام مهمتهم يعتبر ركناً أساسياً في ضمانة نجاح كل عمل وفي المقدمة منه العمل الإعلامي حيث يتحقق وضوح الرسالة المطلوبة كما هو شأن كل إعلام سواء كان رسمياً أو خاصاً أو أهلياً ولأن موضوع الإعلام من المواضيع التي اقر مجلس الشورى الوقوف أمامها في خطة عمله للعام الماضي وهذا العام كانت الفرصة متاحة للحوار وتبادل الرأي والمناقشة على أكثر من نطاق وقد تم من أجل كفالة ذلك تحرير العديد من الرسائل إلى الجهات الإعلامية الرسمية وغيرها وكبار الإعلاميين والأساتذة في كلية الإعلام في جامعة صنعاء وتلقت اللجنة ردوداً إيجابية من البعض بينما تغافل عنا البعض الآخر وبخاصة في الوسائل الإعلامية الرسمية ومن واقع المادة التي توفرت والنقاشات التي تم إجراؤها نضع بين يديكم هذا التقرير الذي توخينا أن

يكون مختصراً وخاصة وأن جميع أوراق العمل التي تسلمتها اللجنة وأقرت التعامل معها وناقشتها وهي كما يلي:-

- ١- طفرة الإعلام الجديدة وأين نقف منها ؟ للدكتور/ علي البريهي
- ٢- الإعلام اليمني الرسمي بين الخطاب المحلي والتوجه الإقليمي. للدكتور/ أحمد محمد العجل
- ٣- دراسة حول التشريعات الإعلامية . للدكتور/ وديع العززي
- ٤- أهمية مواكبتنا للتطورات التكنولوجية والتقنية الإعلامية والاتصالية . للدكتور/ محمد عبد الجبار
- ٥- الصحافة الإلكترونية في اليمن واقعها ومستقبلها للدكتور/ محمد معمر الشميري
- ٦- الإعلام اليمني وعالم متغير . للأستاذ/ إسكندر الأصبحي
- ٧- ورقة بعنوان البرنامج التلفزيوني في القنوات الفضائية و ٢٢ مايو.
- ٨- مقترحات خاصة بتطوير منهج كلية الإعلام بجامعة صنعاء أعدته لجنة برئاسة الأستاذ/ عثمان أبو ماهر.
- ٩- السياسة الإعلامية المقررة من قبل الحكومة.

❖ وهي جميعها مرفقة بهذا التقرير كجزء لا يتجزأ من هذا العمل الموثق بالإضافة إلى السياسة الإعلامية المقررة من قبل الحكومة لأهمية القراءة المتأمل لها لأنها في نظرنا جاءت مشبعة بالاستراتيجيات والأهداف والتصورات المفيدة والتي تدور في خلد وتفكير كل مهتم بالعمل الإعلامي وحسبنا هنا أننا في التوصيات المقترحة أكدنا على ضرورة الالتزام بتنفيذ وترجمة ما احتوت عليه وضرورة عقد حلقات

نقاش وتدريب حول كيفية السهر على ذلك وإغناء كافة الخطط البرمجية السنوية والنوعية بأشكال من المعالجة والتعامل معها .. علماً بأن كل قراءة لها على مستوى كل مجموعة عمل تلفزيونية أو إذاعية أو صحفية أو اتصالية يمكن أن تفيد لأبعد الحدود في ميدان الممارسة العملية ولا نريد أن نستبق المحتوى التقييمي

لنعود إليه حيث وقد حرصنا على تبويبه على النحو التالي :-

١- الواقع الإعلامي الراهن النظام الإعلامي وأبعاده المختلفة .

٢- تطلعات التحديث.

النظام الإعلامي اليمني الرسمي وأبعاده المختلفة

هناك خمسة أبعاد لمفهوم النظام الإعلامي يتمثل في:-

- ١- الفلسفة الإعلامية التي يقوم عليها وهي الدستور والثوابت الوطنية وفي مقدمتها الأهداف الستة السامية للثورة اليمنية.
- ٢- السياسات الإعلامية.
- ٣- الإطار القانوني ((التشريعات الإعلامية)).
- ٤- البنية الاتصالية الأساسية.
- ٥- الممارسات الإعلامية في الواقع الفعلي.

ويلاحظ وجود أكثر من سياسة إعلامية أحدها المصاغة في الوثيقة الرسمية، ولا تلتزم بها جميع المؤسسات الإعلامية حتى الحكومية منها...، وكل وسيلة ومؤسسة تتبع أما سياستها الإعلامية الخاصة بها المرتبطة بطبيعة المؤسسة التي تصدرها، أو تعمل في إطار سياسات وغايات فردية مختلفة... ويلخص أحد الباحثين السمات العامة لما يمكن اعتباره مجازاً سياسية إعلامية في بلادنا بالعديد من السمات منها:-

- ١- تتسم بالتناقض بين النصوص المكتوبة والخطاب الرسمي وبين الممارسات الإعلامية اليومية.
- ٢- أنها لم تدمج على نحو ملائم في سياسات التنمية ولم تحتل الأولوية المناسبة رغم الوعي بأهمية الإعلام من أجل التنمية.
- ٣- تتسم بندرة المشاركة المجتمعية والمؤسسية للقطاعات الأخرى في صياغتها فهي معزولة عن السياسات الثقافية والتعليمية بشكل خاص.
- ٤- رغم أن البحث العلمي المنهجي من شأنه تقديم معونة حقيقية لصناع القرار الإعلامي ورأسي السياسات إلا أن المؤسسات الإعلامية لم تهتم بذلك. وإجمالاً فإننا نحتاج إلى إجراء علمية نقدية وتقييم موضوعي حتى تستوعب سياستنا الإعلامية المتغيرات العلمية والتحول الكونية الكبيرة.

التشريعات الإعلامية

يعد موضوع التشريعات الإعلامية من أبرز الموضوعات المحورية المتصلة بعلم الاتصال والإعلام ليس فقط لأنها تتعلق بكفالة وتنظيم حرية التعبير والاتصالها مباشرة بحقوق الإنسان وقضايا الإعلام ذاتها، ولاشتمالها للمبادئ والغايات التي تبني عليها السياسات الإعلامية والتي تحقق للإعلام حريته ومصداقيته، وتتيح له الفرصة لكي يؤدي وظيفته الطبيعية في المجتمع، وتهيئة النظام الإعلامي السائد للإستجابة لمتطلبات تنمية العنصر الإنساني في إطار المفهوم العام للتنمية وللبناء الوطني والحضاري الشامل.

وأن الأهم من وضع التشريعات هو تهيئة المناخ العام بجوانبه المختلفة لممارسة الحقوق والواجبات على نحو متوازن بالنسبة إلى علاقات الفرد بالسلطة والمجتمع والحرية والمسئولية على حد سواء مع الإيمان بأن ممارسة الديمقراطية عبر وسائل الإعلام تحكمها ضوابط أخلاقية ومهنية قبل الضوابط القانونية، وتحتاج إلى مستلزمات تشترك أطراف متعددة في توفيرها بدءاً من الدولة وفلسفتها وفي المقدمة القيم التي يقوم عليها منهاد الحكم وسلطاته والحكومة وأجهزتها والصحفيين والمؤسسات الإعلامية المختلفة الخاصة والأهلية والحزبية وغيرها وكذلك منظومة العلاقات المتكافئة الكفيلة بضمان نجاح الممارسة حتى لا تتحول إلى ضرب من العبث وربما الفوضى على أن الصعوبة الأكبر تكمن في عدم الالتزام في أحوال كثيرة بهذه التشريعات، فعندما نتناول تطبيقات حرية الإعلام خاصة حرية الصحافة، وحرية الرأي والتعبير والطباعة والنشر، يلاحظ أن المبادئ المتضمنة في النصوص الدستورية والقانونية شيء والممارسات العملية شيء آخرى، وهو ما يعني أن المبادئ ليست ذات قيمة فعلية مجردة في المدونات، أن العبرة بالممارسات القائمة في الواقع المعاش ولذلك فإن الدعوة لمجرد تغيير القوانين أمر لا يكفي إذا لم يطل التغيير

أيضاً العمل الإعلامي والصحفي والمؤسسات الإعلامية والموقف من التطبيق للقوانين وقد تم التوسع في تحديد واستتباط التوصيات والمقترحات بهذا الجانب لخطورته وأهميته سواء بالنسبة لقانون الصحافة والمطبوعات وقانون المؤسسة اليمنية للإذاعة والتلفزيون والقرار الجمهوري المتعلق بالحقوق الفكرية والرقابة على المصنفات الفنية أو الأنظمة الخاصة بالمؤسسات الصحفية والتي تحتاج لشكل خاص إلى مجالس للأمناء وجمعيات عمومية للمساهمة في تسيير عملها.

البنية الاتصالية الأساسية:

وقد تكون الوسيلة هي العنصر الأوفر حظاً فقد حدث فيها شيء من التطور بسبب استجلاب التكنولوجيا والتي هي نتاج الثورة المعلوماتية بشكل عام، والواقع أن الاختلالات التي تشهدها العملية الإعلامية والاتصالية في الإعلام الرسمي قد أفقدت العملية الاتصالية فعاليتها وتأثيرها بين ركائزها أو مكوناتها المختلفة.

لذلك يجب أن تكون مكونات أو عناصر أي عملية إعلامية واتصالية متجانسة ومنظمة في إطار فاعل ومتكامل وإذا غابت أو أهملت أو لم يحسب لها كعناصر نشطة وفعالية ومؤثرة، انعكس ذلك على سير العملية الإعلامية ذاتها فتبدوا ضعيفة وعاجزة عن تلبية احتياجات الجمهور. وبدلاً من الحفاظ على الجمهور فإنها تجعله يتحول إلى قنوات إعلامية تلفزيونية أو إذاعية أو حتى صحفية فالصحف العربية الوافدة تحتل مكانة أكبر وأهم للأسف الشديد.

وإذا وضعنا الأمور في نصابها الصحيح وجب القول بأن جميع عناصر العملية الإعلامية والاتصالية يجب أن تحظى بالاهتمام وأن توفر مستلزمات كل عنصر ليحقق فعاليته ووظيفته ضمن العملية الإعلامية المتفاعلة، ولعل من المهم الإشارة هنا إلى أن التلفزيون في اليمن يمتلك حظاً من التكنولوجيا الحديثة ولديه بعض الأجهزة المتطورة وخصوصاً بعد انتهاج اليمن سياسة فتح الباب على البث الفضائي الوافد ...

ولأن سياسة استقبال البث الفضائي لم تكن مدروسة بالشكل المطلوب فلم يستفد منها التلفزيون وتوسعت الفجوة في المعادلة بين زيادة استجلاب التكنولوجيا وإهمال محتوى ما يقدمه التلفزيون وبالنتيجة ضعف تأثير التلفزيون ولذلك تشير بعض الدراسات الأكاديمية التي أجريت على التلفزيون المحلي أن حوالي ٩٥٪ من المستهدفين بالدراسة كعينة يشاهدون الفضائيات الوافدة العربية والأجنبية، وأن ٥٪ فقط هم الذين يشاهدون التلفزيون المحلي وهذه المؤشرات الخطيرة تثير تساؤلات عديدة لعل من أهمها:-

كيف نفتح على الآخر؟ وما هي الاستعدادات والشروط المطلوبة لذلك؟ وهل يمكن أن تنافس القنوات التلفزيونية الفضائية الوافدة؟

كما أن مشكلة الكادر الإعلامي المؤهل والكفو تعد وحدة من أهم المشاكل التي يعاني منها الإعلام اليمني في الوقت الراهن - وسوف تزداد في المستقبل وتبرز هذه المشاكل في جانبها النوعي المتمثل في الافتقار إلى الكوادر الإعلامية الكفوءة والمتخصصة في المجالات المختلفة، والقادرة على مواكبة معالجة وفهم واستيعاب الأحداث والظواهر والتطورات التي تزداد تعقداً وتشابكاً في المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والرياضية، وكذا الكوادر القادرة على إشباع الحاجات الإعلامية لجمهور إعلامي يرتفع مستوى تعليمه وتزداد مستوى ثقافة وتعدد وتنوع وبالتالي حاجاته الإعلامية.

الممارسات الإعلامية في الواقع الفعلي:-

إن سير العملية الإعلامية ونشاطاتها في الواقع، وتكون الممارسات الإعلامية محصلة انعكاس لما هو قائم، فعندما تشهد أبعاد النظام الإعلامي الأساسية اختلالات وتشوهات تكون الممارسة انعكاساً لذلك، وعند تفحص ممارسات الإعلام ولاسيما المرئي منه يتبين أن هناك اختلالات وظيفية وتقاطعات بين الأبعاد

المختلفة وسيطرة بعضها على الآخر، ونلاحظ في معظم الجوانب سيطرة السياسة وطفانها على الرغم من أنها لا تقوم على التخطيط العلمي السليم لذلك نجد أن الممارسات الإعلامية تتميز بالعشوائية والارتجال وكثرة العثرات بحيث تحول (التلفزيون) كمثل من جهاز تنوير وتثقيف إلى جهاز لا يرفد الواقع بالجديد ولا يسعى إلى تغييره، أنه جهاز الحفاظ على الواقع السائد فحسب وتسطح البث الإذاعي بما يشبه أما الصحافة فإنها ذات وجه واحد في كل يوم وتأتي أخبارها في صيغة واحدة مكرره ولا يواكبها أي اجتهاد لا ثراء مادة الأخبار ولا تبرز المعطيات المحلية الغنية كما بالنسبة رد صحيفة الجمهورية و ١٤ أكتوبر وأن حققت نوعاً من التميز الإيجابي الأسبوعيات لصحيفة ٢٦ سبتمبر والملاحقة الصادرة عن الصحف اليومية. الأساليب والمعالجات الإقناعية والفنية:

أ- الأساليب الإقناعية للخطاب الإعلامي الرسمي: تغليب الجوانب والمداخل العاطفية ويتضح هذا من خلال الآتي:- الأسلوب الدعائي وكذلك تغليب وجهة النظر الواحدة بدلاً من تعدد وجهات النظر وهذا يعتبر من المثيرات التي تثير الريبة والشك في وجدان وعواطف الجمهور وبالذات الجمهور المستير وكذلك ضعف التدليل المقنع والتعليل العلمي المنطقي وقلة الاستعانة بالشخصيات محل الثقة والمتخصصة وضعف لغة الأرقام والإحصائيات إلى جانب تدني مستوى البرامج الحية على الهواء مباشرة وضئالة تمكين مشاركات الجمهور في هذه البرامج الحية والقصور في استغلال الأحداث وتوظيفها في الإقناع.

ب- اللغة الإعلامية : تعتبر اللغة الإعلامية عنصراً هاماً من عناصر المادة الإعلامية، ولا بد أن تكون هذه اللغة في مستوى قدرات وفهم واستيعاب الجمهور، وبالنسبة للغة الخطاب الإعلامي المحلي للإعلام الرسمي فهي تختلف من برنامج إلى آخر إذ هي لغة عربية جيدة مبسطة في بعض البرامج وهي في الوقت نفسه في برامج أخرى

كالمسلسلات المنتجة محلياً باللهجة المحلية أي العامية وهي بهذا تعيق من عملية تصدير تلك المسلسلات إلى البلدان العربية لكون اللهجة المحلية قد لا تفهم في الكثير من البلدان العربية وهذه إشكالية يجب تجاوزها إلى جانب إشكالية الأخطاء الشائعة في البرامج الإخبارية وقد غدت لا تحصر !!

ج- المعالجات الفنية للخطاب الإعلامي المحلي للإعلام الرسمي: - توجد معالجة فنية سواءً من حيث إعداد النص أو من حيث التحرير أو الإخراج وفنونه المختلفة أو المونتاج والألوان وتشهد هذه القضية تقدماً نوعاً ما وهذا أمر لا ينكر ولكن لا زال الكثير يشكو من الرتابة التي تؤدي للملل والتقليد والمحاكاة إلى جانب الاعتماد على المعالجات والفنون الإقناعية التأثرية التقليدية التي قد عفى عليها الزمن.

د- الأشكال الفنية للخطاب الإعلامي المحلي للإعلام الرسمي: - الأشكال الفنية هي القوالب التي تظهر فيها المادة الصحفية أو البرنامج الإذاعي أو التلفزيوني، وفي حقيقة الأمر فإن الإعلام اليمني قد قطع شوطاً جيداً في هذه المسألة غير أننا بحاجة إلى التجديد في القوالب والأشكال والابتعاد عن الاقتصار على القوالب والأشكال القديمة ثم إنه لا بد من الاستفادة من القوالب الفنية الجديدة وكيفية توظيف هذه القوالب في عرض القضايا الهامة والمثارة والتي يمكن تكرار معالجتها عبر الأشكال (القوالب) المختلفة بحيث يتحقق الإقناع بحيث لا يشعر الجمهور بالتكرار ولا الملل أو السأم، كما أن هناك قوالب تناسب فئة بينما لا تناسب فئة أخرى وقوالب تناسب وسيلة معينة وقد تكون غير مناسبة لوسيلة إعلامية أخرى، وهنا لا بد من التقدير الحصيف من قبل الإعلامي ذي المهارات والملكات والقدرات الإعلامية الذي يحدد الشكل أو القالب المناسب للمادة الإعلامية.

وسائل الخطاب الإعلامي الرسمي

أ- الصحافة: ولها دورها إلا أنه توجد العديد من جوانب القصور منها غلبة أخبار المسؤولين النمطية وأخبار افتتاح المشاريع بأساليب إنشائية لا تتوفر فيها المعلومات أو الأرقام غالباً الاستطلاعات إلا فيما ندر وضآلة الأخبار العالمية وطابع الرسمية، وضعف التعبير عن هموم ورغبات الجماهير وعدم الاستغلال المناسب لوظائف الاتصال وفنونه وغياب دورها المساند للسلطة الرقابية إلى جانب الورق الرديء والألوان وفنون الإخراج وإشكالية التوزيع والافتقار إلى الفورية.

ب- الإذاعة (المسموعة): والإذاعة المسموعة لها خصائصها التأثيرية الإقناعية ولها جمهورها الكبير ودورها التتموي البالغ الأهمية إذ ما أدركنا أهمية استخدامها للأمينين وأبناء المناطق الريفية والمناطق النائية وسكان هذه المناطق هم بحاجة ماسة إلى التنمية وبالذات عبر الإذاعة نظراً لقلّة تكلفتها. ومع التسليم بأن الخطاب المحلي للإذاعة جيد إلى حد ما ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هو ما دور مساندة الإذاعة لبرنامج محو الأمية وبرنامج الطب الوقائي وبرنامج التوعية القانونية وبرنامج تحصين الشباب وبرنامج إدماج الفتاة اليمينية في التعليم ومواجهة الظواهر السلبية كالثأر والإسراف في المآتم وفي حفلات الأعراس والعنصرية والتعصب المنبوذ والسلالية وغلاء المهور والإشكالية السكانية (تنظيم الأسرة) والشراكة الفعلية واليومية لكل عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية ونشاط الممارسة الديمقراطية.

ج- التلفزيون: شهد التلفزيون تطوراً ملموساً ولذلك يتقدم مختلف وسائل الإعلام الأخرى من حيث التأثير والفعالية والتحسن ومع هذه الايجابيات الملفتة للانتباه إلا أنه تعتور الكثير من جوانب القصور نشير إلى البعض منها في الآتي: التكرار والتقليد والجمود في المعالجات الفكرية والإقناعية والفنية ولناخذ مثلاً على ذلك

نشرت الأخبار التي تعاني من ضعف التجديد والإبداع والابتكار وما إلى ذلك وكذلك التكرار لبعض الصور التي تحكي الأحداث بل الرجوع إلى الصور القديمة أو التي لم تعد لها صفة الفورية لتغطية الخبر إلى جانب إشكالية مدى تعبير الصورة عن مضمون الخبر وسياسة التحرير في انتقاء وصياغة الخبر والاكتفاء بالأساليب التقليدية في صياغة وتحرير الخبر والجمود على الصيغ والقوالب التحريرية الإخبارية التقليدية وضعف التوظيف الأمثل للصورة وحجمها ومناظرها ولقطاتها في القصة الخبرية وإشكالية الفورية والالتزام بالإجابة على الأسئلة الخمسة المعروفة من ؟ ماذا ؟ كيف ؟ لمن ؟ لماذا ؟ ومتابعة تطور الخبر وإبرازه في ضوء أولياته وأسبابه وآثاره من خلال استغلال ما يعرف بوظيفة الشرح والتفسير والتوظيف الأمثل للتحقيق والمقابلات والتصريحات والتقارير والتعليق والتحليل من قبل المؤهلين المختصين من خلال استغلال رؤساء التحرير وأساتذة العلوم السياسية وغيرهم والاستفادة من المراسلين من مواقع الحدث.

وبسبب عدم وضوح الإستراتيجية وعدم التعاطي الإيجابي مع السياسة الإعلامية التي يفترض أنه يسير عليها التلفزيون، تتسم ملامح وضعه الحالي بهشاشة بناءه المادية والموضوعية والإنتاجية فيظهر عاجزاً عن تلبية احتياجات جمهوره المحلي الذي يفترض أن يكون ضمن دائرة تأثيره المباشر أي ضمن خط الأمان الذي يصعب اقتحامه من القنوات التلفزيونية الوافدة، وهذا العجز والافتقار للمواد والبرامج الإعلامية الرصينة جعله غير قادر حتى على حماية وتحصين الجمهور اليمني من تأثيرات القنوات التلفزيونية الأخرى بصورها المختلفة .

وكالة الأنباء اليمنية (سبا)

تواصل الوكالة تقديم خدماتها الاخبارية والمعلوماتية التقليدية برغم التطور الكبير الذي شهدته في منشأتها وأجهزتها الفنية والتقنية وقيامها بوظيفة الإرسال إلى

خارج الوطن في عدة شبكات ولكن لا ينعكس هذا العمل على أي الوسائل الإعلامية والصحفية الخارجية بسبب انغلاق عمل الوكالة على ما هو داخلي وعدم توفر السبق لها في تغطية الأخبار ذات الأهمية القومية والدولية وعدم تزويدها بالتصريحات التي تساعدها على خلق مكانة في الإعلام الخارجي فمن زمن طويل لم يتردد خبر أو تحقيق ذي أهمية منسوباً لوكالة الأنباء اليمنية سبأ وهي لذلك بحاجة إلى التمكين ليكون لها مثل هذا الوجود ومثل هذه الفعالية التي تمتلكها بعض الوكالات العربية ومع ذلك فالوكالة تواصل أعمالها اليومية الروتينية في تزويد الأخبار لجميع وسائل الإعلام المحلية والخارجية وباللغتين العربية والإنجليزية وتفرض الوزارة على الوسائل الرسمية التقيد بالصيغة التي تأتيها من الوكالة وغالباً ما تكون إنشائية وفقيرة من المعلومات والمشوقات وتطبع الوكالة نشرة السياسة المحدودة التداول وتقوم فيها بتوثيق الأحداث والفعاليات خلال الأربع وعشرين ساعة يومياً إضافة إلى نشرة باللغة الإنجليزية إلى جانب إصدارات أخرى شهرية متخصصة والإصدارات الخاصة في المناسبات وحقيقة لا بد من التقييم الشامل لعمل وكالة الأنباء ولموضوع السياسة الخيرية والمعايير التي تقوم عليها خدماتها وجدوى بقاء الوكالة في الهيئة التقليدية التي هي عليها حيث أنه لا بد من بحث عن وظائف جديدة لها بعد أن امتلكت الوسائل الإعلامية الأخرى ما صار يمكنها من منافسة وكالات الأنباء به وتجاوز حدودها بسرعة وتغطية وفورية ونحوها.

الإعلام الإلكتروني:-

تعد قضايا النشر والمعلومات الواردة عبر شبكة الانترنت، وما يترتب عليها من حقوق للمؤلف والملكية الفكرية، من القضايا التي مازالت تفتقر إلى تشريعات وطنية منظمة لها، سواء في الموضوعات المتعلقة بالنشر والصحافة الإلكترونية اليمنية، أو بموضوعات النشر في الشبكة بشكل عام، وإن كانت الاتفاقيات

الدولية المتصلة بحقوق المؤلف والملكية الفكرية، تتناول القواعد المنظمة لهذه القضايا، إلا أن بلادنا لم تنظم إلى هذه الاتفاقيات، وهو ما يستدعي ضرورة وضع تشريعات وطنية تنظم هذا الجانب لما فيه تطوير المجتمع المعلوماتي، بالاستفادة من التشريعات الدولية وبما يحفظ الهوية الحضارية والقيم العقيدية لشعبنا .
الإنترنـت والصحافة الإلكترونية :

فرضت مسألة التطورات التقنية في عالم الاتصالات والإعلام أساليب جديدة لا بد من التعامل والتفاعل معها ومن أهمها الإنترنت الذي أتاح الفرصة لظهور الصحافة الإلكترونية وقد دخلت اليمن هذا المجال مما أمكن تقديم عدد من الصحف الإلكترونية إلى جانب توافر الصحف المحلية والمطبوعة في الإنترنت الأمر الذي مكن جمهور واسعاً داخل اليمن وخارجه للإطلاع عليها ومتابعة المادة الصحفية المنشورة فيها ورغم محدودية عدد الصحف الإلكترونية اليوم إلا أن المستقبل يبشر بتوسع وازدياد عددها خاصة مع توجيهات فخامة الأخ علي عبدالله صالح رئيس الجمهورية الخاصة بمشروع تعميم الحاسوب وتسهيل الحصول عليه إضافة إلى الفرص التي إتاحتها الحكومية لتشجيع امتلاك الحاسوب وتسهيل إدخال خدمات الإنترنت إلى الجمهور وهذا يضع بلادنا في مرتبة متقدمة بين دول العالم لمواكبة التطورات المتسارعة في أنظمة وأساليب الاتصالات وتقنيات نقل المعلومات والإعلام ويوسع من تعرف ومتابعة الجمهور لمسيرة البناء والتنمية التي تشهدها الجمهورية اليمنية .
الصحافة الإلكترونية في اليمن :-

مع بداية القرن الحادي والعشرين عرف الجمهور اليمني الصحافة الإلكترونية في مواقع الإنترنت وكانت أولى تلك الصحف (المؤتمرات) تلاه (الصحوة نت) حيث أصبح لهما جمهورهما الواسع ومن مصادر المعلومات المهمة التي يتم النقل والاقتباس وإعادة النشر منهما وخاصة في الصحافة المطبوعة.

وقد تلى ذلك ظهور عدد آخر من الصحافة الالكترونية اليمنية لبعض الأحزاب والمنظمات والهيئات .

وما يجب الإشارة إليه أن الصحيفة الالكترونية يجب أن تختلف أخبارها ومواضيعها عن الصحيفة المطبوعة (إن كانت لنفس الصحيفة أو الحزب) وإلا أصبحت صحيفة متوافرة الكترونياً .

إيجابيات ومميزات الصحيفة الالكترونية:-

- (١) انتشارها الواسع وبدون حدود (شرقاً وغرباً).
 - (٢) إمكانية تجديد أخبارها ومعلوماتها وبسهولة ووقت قصير (الحذف والتعديل والتغيير) وكذا تصحيح إي خطأ وفي أي وقت.
 - (٣) لا تحتاج إلى ترخيص ومتابعة وإجراءات روتينية.
 - (٤) يمكن جعلها مقروءة ومسموعة ومرئية في وقت واحد.
 - (٥) إمكانية استخدام الصور والألوان بدقة عالية.
 - (٦) قلة تكلفة إعدادها ونشرها عبر الإنترنت.
 - (٧) سهولة البحث دون الحاجة إلى قراءة النص بكاملة وبالتالي اختصار الوقت.
 - (٨) نقل أجزاء مقتبسة من النصوص الالكترونية (دون الحاجة إلى إعادة طباعتها).
- سلبيات الصحافة الالكترونية:-

- عدم احترام بعض الصحف الالكترونية أخلاقيات المهنة.
- ضعف أساليب الإخراج الفنية التي تجعلها جذابة وشائقة.
- الميل لتطويل المادة الخبرية وعدم مراعاة أهمية الاختصار المفيد.
- عدم انتظام صدور بعض الصحف الالكترونية في مواعيد ثابتة.
- عدم الاستفادة من ميزة إمكانية تغيير وتجدد للمعلومات والأخبار في وقت قياسي.

- أتباع أسلوب التقليد لما هو قائم وعدم الابتكار والتجديد.
- ضعف الترويج والإعلان عن مواقع الصحف الالكترونية وتعميم عناوينها في الانترنت.

ضرورة التطور والتغيير في الإعلام الرسمي:-

إننا نعيش في حقبة من الزمن تغيرت فيها المفاهيم والأنماط وأصبحت الدول النامية ونحن منها، في مواجهة مستجدات لا خيار لنا من مواجهتها والقبول بها، وليس لنا أمام هذه المستجدات إلا العمل على كفاءة توظيفها التوظيف الأمثل لتقليل السلبيات القادمة معها والاستفادة من إيجابياتها، وهناك أماننا جملة من الخطوات يتقدمها ضرورة الالتزام بتنفيذ السياسة الإعلامية المقررة من قبل الحكومية والعمل سنويا على مراجعة محتوياتها وتحريك التفاصيل بما ينسجم مع المستجدات بما في ذلك التغيير والتطوير وتجديد النظام والأساليب المتبعة أو استبدالها بأخرى تسائر المتغيرات المفروضة.

لقد أصبح الإعلام الحديث أحد وسائل ومظاهر العولمة التي همشت الحدود بين الأقطار والأقاليم والثقافات والمواطن اليمني مثله مثل غيره من مواطني الدول الأخرى قد تعددت لديه الخيارات بهذا الانفجار الإعلامي الهائل فإن لم يواكب الإعلام الرسمي التطورات الحاصلة، فإن دوره سيختزل إلى دون مستوى التوصيل والتأثير المطلوب، وهذا أمر لا يليق مسألة التوظيف الإعلامي لخدمة الدولة والمجتمع. ويجب أن نعلم أنه مهما كنا موفقين في إعادة النظر في سياستنا الإعلامية، ومهما كنا موفقين في (عصرنة) ما نقدمه في كافة وسائلنا الإعلامية فإننا لن نحظى (بالاحتكار) الذي كانت تسير عليه الأمور في السابق، ويجب أن يكون واضحاً وجلياً أن الهدف الآن هو الحصول على نسبة معقولة من (سوق) لم تعد حكراً على أحد، والإعلام التجاري طغى فيه على ما سواه.

ولذا فإنه يؤخذ على الإعلام الرسمي - من ضمن ما يواخذ عليه - أن رسالته المحلية التي ضعف تلقيها داخلياً هي نفس الرسالة التي توجه إقليمياً عبر الفضائية والإعلام المسموع والمقروء، كما يؤخذ عليه حدة قالب القطري في ظل عالم يعيش التنوع والانفتاح والتمازج وذوبان الحدود المميزة للشكل أو التفرد .

لقد أصبح لزاماً على الإعلام الرسمي أن يتفهم متطلبات الإعلام في العصر الراهن، ويعمل على أخذ موقع يقبل فيه بالتحديات ويوظف ما لديه من التقنيات الإعلامية والمعلوماتية توظيفاً أفضل مستفيداً من كل طاقات وذلك باختيار كفاءات فنية وإعلامية تتناسب قدراتها مع التحديات المفروضة .. كما أن عليه أن يمزج بين الرسالة المحلية والتوجه الإقليمي بحيث يخرج بإنتاج مقبول لعين وذوق المتلقي ويؤدي الهدف بأسلوب معاصر تشعر كل متلق بأنه موجه إليه بغض النظر عن الشريحة أو القطر الذي ينتمي إليه، وعلى الإعلام الرسمي في سبيل ذلك أن يبتعد عن الصيغ والعبارات التي تجاوزت عصرها، لأن المد الإعلامي الهائل لن يرحم من يركن إلى الاسترخاء أو يصر على الاستمرار في العمل بالطرق التقليدية وبالكفاءات المخضومة التي سيصعب عليها أن تتغير بالشكل الحاد الحاصل في الإعلام الحديث، كما أن على القيادات الإعلامية أن تضع خيارات إعلامية متقدمة وتدارسها واختيار انسبها ولصالح إحداث إنقلاب إعلامي موزي مع الحفاظ على الهوية الثقافية والمهابة الرسمية مع إعادة تكييف الرسالة الموجهة بشكل متطور ينافس على كسب الجمهور في الوطن وفي المكان الذي يقدر أن يصل إليه .