

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

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

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

الجدول رقم (28): السمات المعلمية لتطور التأمين الصحي في اليمن			
العام	السمات المعلمية للتأمين الصحي	البناء المؤسسي	النصيحة
2011	دراسات تقييمية حول التجارب	هيئة التأمين الصحي	المجلس الإشرافي
2012	مراجعة كاملة لهيئة التأمين الصحي المدرسين في محافظة كاملة برامج الضمان على المستوى الوطني دفع وزارة المالية لمساهمات الفقراء تعزيز التأمينات الأصغر برامج الشركات لجميع القطاعات الخاصة تناقص الدعم الدولي	الوطني ومركز اختصاص التأمين الصحي 2	ومجلس الاستشارة
2010 2014	توسع تدريجي لجميع البرامج دفع وزارة المالية لمساهمات جميع الفقراء زيادة وزارة الصحة العامة والسكان لبرامج الوقاية تدقيق وتقييم شامل مراجعة الدعم الدولي	هيئة التأمين الصحي الوطني ومركز اختصاص التأمين الصحي 2	المجلس الإشرافي ومجلس الاستشارة
2015	مراجعة وتخطيط - نهج تشاركي لجميع الشركاء والعملاء		

#### 4- تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية الكلية للتأمين الصحي الوطني المقترح 15

##### 1-4 مقدمة

أعدت مجموعة من تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية باستخدام برنامج محاكاة التأمين الصحي لمنظمة الصحة العالمية – المنظمة الألمانية للتعاون الفني نسخة سيمانس 2<sup>16</sup>. إن سيمانس هي وسيلة محاكاة التأمين الصحي التي تحلل الآليات الأساسية للتأمين الصحي. فهي تتوقع تطور الدخل والنفقات بحسب افتراضات معينة على مدى فترة 10 سنوات. إن استخدامه الرئيسي هو التنبؤ المالي ببرامج التأمين الصحي الاجتماعي ولكن يمكن استخدامه أيضاً للتأمين الصحي الذي أساسه المجتمع. إن المتغيرات الرئيسية في التأمين الصحي – التغطية السكانية والدخل ومساهمات التأمين الصحي والمدفوعات المشتركة وتكاليف الرعاية الصحية ومعدلات الاستخدام – يمكن تغييرها بحسب ست مجموعات سكانية وحتى خمسة فئات خدمة صحية.

#### الشكل رقم (5): شاشة سيمينس



<sup>15</sup> إعداد جوي كارن واول دونتشم وبلفاسم صبري ومنظمة الصحة العالمية.  
<sup>16</sup> أنظر جي كارن وسي جيمس 2005 نموذج محاكاة التأمين الصحي سيم انس: المنظمة الألمانية للتعاون الفني وجنيف: منظمة الصحة العالمية.

لسيمينس ثلاثة استخدامات رئيسية:

- 1- شرح المعاني الضمنية للسياسات الأولية فيما يتعلق بمتغيرات التأمين الصحي الرئيسية وبذلك تعكس (على عكس الوضع) خيارات سياسية مختلفة.
- 2- لتحديد أي مجموعات من المساهمات و/أو أنماط الاستخدام و/أو تكاليف الرعاية الصحية يمكن أن تضمن التوازن المالي في بيئة ديناميكية ومتغيرة.
- 3- لبيان تأثير التأمين الصحي على البنية الشاملة للتمويل الصحي.

وتشمل النتيجة الأساسية تقديرات نفقات الرعاية الصحية على غير المؤمنين والمؤمن عليهم. وهذه مبنية على أساس تقديرات التكلفة (لمختلف فئات الخدمة الصحية) مضروبة في معدلات الاستخدام المصاحبة (لمجموعات سكانية مختلفة وتفصل أيضاً إلى غير مؤمن عليهم ومؤمن عليهم). ويأتي تمويل النفقات الصحية من الميزانية الصحية الحكومية ورسوم المستخدمين ومساهمات التأمين الصحي والمدفوعات المشتركة والدعم الحكومي للتأمين الصحي. يعطى اهتمام خاص لحساب الإيرادات - النفقات للتأمين الصحي الاجتماعي والفوائض أو العجزات وطرق تمويل العجزات وخصوصاً من قبل الحكومة.

## 2-4 غرض التنبؤات المالية والبدائل الخارجية

### 1-2-4 مدخل

تقديرات الاحتمالات المستقبلية المالية المقدمة في هذه الدراسة يجب أن تفهم بأنها أولية جداً (حيث أن مزيد من التنقية للبيانات مطلوب ليتم إدخالها)<sup>17</sup>. إنها تعطي تقديرات تقريبية أولى لمختلف السيناريوهات والتي من بينها ينبغي لصناع السياسة أن يختاروا إحداها والتي هي أكثر جدوى من وجهة النظر الاقتصادية والاجتماعية والسياسية. هناك حاجة للقيام بمزيد من دراسات التكاليف (وضع التكاليف) المعقدة الإضافية ودراسات تأمينية أكثر نقاوة واستخدام نتائجها في تحليل سيناريو أكثر موثوقية.

### 2-2-4 الخواص الأساسية للسيناريوهات البديلة

إن الخواص الأساسية في تقديرات الاحتمالات المستقبلية التي تم القيام بها هي: سرعة التنفيذ وتكلفة حزمة المزايا ومعدلات الاستخدام والدعم الحكومي في برنامج التأمين الصحي.

ستؤدي توليفات بديلة لهذه الخصائص إلى بناء سيناريوهات بديلة.

#### سرعة التنفيذ

إن الخاصية المهمة في تحليل السيناريو هي سرعة تنفيذ تغطية التأمين الصحي. يمكن احتساب سيناريو تنفيذ فوري وتحليله. ومع ذلك وكما أوضح بأعلاه (الباب 7-2) فإن إستراتيجية التنفيذ للتغطية الفورية للقطاع الرسمي بكامله بحلول 2007م (المشار إليها بـ "الدفعة الكبيرة") تتضمن العديد من المشكلات. والأكثر حرجاً هو العجز الكبير في التأمين الصحي (عند تنفيذ رزمة فوائد أساسها الشركات لجميع المواطنين) وعدم التغطية للمشتغلين ذاتياً والفقراء على الإطلاق وبذلك عدم تقديم أي مساواة. إن الهم الكبير الآخر هو أن تغطية نصف السكان خلال عام واحد من المحتمل جداً أن يكون غير مجدي فنياً.

ومن وجهة نظر المساواة فإن المشتغلين ذاتياً والذين يتضمنون قسماً كبيراً من الفقراء يحتاجون إلى أخذهم في الاعتبار من بداية عملية التنفيذ. ومع ذلك فإن الدعم الحكومي يمكن أن يكون مطلوباً لدعم تغطية التأمين الصحي مالياً للمشتغلين ذاتياً وخصوصاً الفقراء. إن حالة المالية العامة ربما لا تسمح مع ذلك لصناع السياسة تبني التنفيذ السريع. وإذا ما أخذنا تلك الاعتبارات فإن التنفيذ التدريجي لتغطية التأمين الصحي هي الأكثر جدوى لكل من الأسباب الفنية والاقتصادية. وانسجاماً مع الباب 7-4-2 فإن تقديرات الاحتمالات المستقبلية تأخذ بالاعتبار لذلك إطاراً زمنياً أكثر واقعية للتنفيذ لخمس سنوات على الأقل لما يسمى بالقطاع الرسمي وسنوات أكثر للمستخدمين ذاتياً.

<sup>17</sup> ستكون مهمة مركز اختصاص التأمين الصحي المستمرة أو مجموعة التخطيط لهيئة التأمين الصحي الوطني أن تجري تنقية لمدخلات البيانات واستخدام نتائج تلك التقديرات الاحتمالية المستقبلية لحوارات مع الشركاء وصناع السياسة. نعتبر أن نماذج المحاكاة كمساهمات قيمة لعملية المناقشة.

## حزمة المزايا

يؤخذ في الاعتبار نوعين من حزم المزايا. الأولى مبنية على المستوى الحالي للإنفاق الصحي كما قدمت في حسابات الصحة الوطنية<sup>18</sup>. إن تكلفة حزمة المزايا المعروضة قد وضعت مساوية لمتوسط الإنفاق المنفق للفرد (بعد خصم 33 بليون ريال يمني للعلاج في الخارج و 10 بليون ريال يمني من العلاج الذاتي).

ويقوم هذا بإعطاء أسباب أنه بافتراض الوضع الحالي في معدلات الاستخدام فإن هذه الرزمة مجدية مالياً على مستوى الاقتصاد الكلي. ويمثل هذه الرزمة لن يجرى تحسين لكامل جودة الخدمات الصحية مع ذلك. وبالإضافة لذلك فإن الموظفين المستقبدين حالياً من الرزمة الأفضل في الشركات سيفقدون طبعاً فوائد التأمين الصحي. ومع ذلك فإن الافتراض المتضمن هو أن الفرق بين الرزمة في الشركات وحزمة المزايا الأقل (على أساس المستوى الحالي للإنفاق الصحي) ستعطي بترتيبات تأمين صحي خاص على المستوى الفردي أو على مستوى الشركات.

إن قيمة حزمة المزايا الثانية التي تسمى رزمة فوائد الشركات مبنية على قيمة حزمة المزايا التي تعطيها المؤسسة العامة للاتصالات ناقصاً 33 بليون ريال يمني للعلاج في الخارج. وفي السيناريوهات التي تستخدم هذه الرزمة فإن جميع المواطنين الغير مؤمنين حتى الآن وخصوصاً المستخدمين ذاتياً سيتلقون بذلك تغطية تأمينية أفضل.

في سيميس ندخل قيمة حزم المزايا البديلة هذه عن طريق خمسة عشر نوعاً من الخدمات الصحية كحد أقصى. ومع ذلك وبسبب عدم كفاية البيانات فقد ميزنا فقط الرعاية الخارجية والداخلية في تقديرات الاحتمالات المستقبلية الحالية. من المهم مع ذلك التأكيد هنا أنه في تقديرات الاحتمالات المستقبلية فإن هذا النوع من المدخلات يحتاج إلى تحسين. إن دراسة معمقة عن حزمة المزايا التي يمكن أن يعطيها التأمين الصحي الوطني وحول تكاليف الخدمات الصحية ضمن تلك الرزمة هو أمر مطلوب. وبالإضافة لذلك ستحتاج معدلات الاستخدام للخدمات الصحية في تلك الرزمة إلى أن تجمع أو يجري تقديرها.

## معدلات الاستخدام

بالنظر التدريجي لتغطية التأمين الصحي للجميع لا يحتمل أن تبقى معدلات الاستخدام كما هي. وبالنسبة لأولئك المؤمن عليهم حديثاً فإن المدفوعات المنفقة ستخفض بصورة كبيرة. ويحتمل أن نلاحظ "تأثير سعري" مع طلب المؤمن عليهم لخدمات صحية أكثر من قبل. وبالنسبة لعدد من المؤمن عليهم وخصوصاً الفقراء فإن الطلب سيرتفع بصورة كبيرة: إذ سيجدون أنفسهم في وضع به يعطيهم التأمين الصحي مطالبات على خدمات الرعاية الصحية مقارنة بالوضع السابق حيث طلبهم للخدمات الصحية يحدد بصورة رئيسية بقدرتهم على الدفع فقط.

وبالنظر إلى الاعتبارات السابقة يؤخذ في الحسبان بديلين لتحليل السيناريو:

- 1- معدلات استخدام منخفضة والتي يمكن وصفها بأنها "جارية".
- 2- معدلات استخدام متزايدة (ثلاث زيارات خارجية لكل فرد و 3% معدل قبول داخلي).

لربما يكون البديل الأخير الأكثر واقعية من البديلين بعد إدخال التأمين الصحي.

## الدعم الحكومي

إن دعم الحكومات للتأمين الصحي الاجتماعي شائع تماماً في برامج التأمين الصحي الاجتماعي الثابتة وخصوصاً لتغطية تكاليف الرعاية الصحية للفقراء والعاطلين عن العمل ... الخ والذين لا يستطيعون بذاتهم دفع مساهمات منظمة في مثل تلك البرامج وإنه لأمر طبيعي أن يعتمد مبلغ الدعم الحكومي على ما تستطيع الحكومة بمجملة أن تتحمله وترغب في تحويله إلى التأمين الصحي الاجتماعي.

في الأربعة السيناريوهات من بين الخمسة سنقدم مستوى دعم الحكومة (كنسبة من الإيرادات الحكومية الإجمالية) الذي ستكون له حاجة لتحقيق التوازن المالي في التأمين الصحي. وبالطبع سيحتاج الأمر إلى تقدير ما إذا كان الدعم "المطلوب" مجدي مالياً للحكومة. وفي السيناريو الخامس أوضحنا ما يمكن حدوثه إذا كان هناك عائق شامل على دعم الحكومة ومساوي لـ 1% من الدخل الحكومي الإجمالي.

<sup>18</sup> "النفقات على الصحة" طبعة منظمة الصحة العالمية وجدول هيئة الصحة الوطنية وجدول هيئة التأمين الصحي لمنظمة الصحة العالمية - اليمن . (nha@who.int)

#### صورة عن السيناريو

فيما يلي نقدم السيناريوهات الخمسة التي جرى تحليلها وهي تغطية الفترة من عام 2004م إلى عام 2014م. إنها متفاوتة هنا بحسب مستوى حزمة المزايا ومعدلات الاستخدام والدعم الحكومي. هناك فوارق أخرى في المتغيرات والحدود المدخلة وستوفر هذه عند طلبها.

الجدول رقم (29): السمات الأساسية للسيناريوهات			
السيناريوهات	حزمة المزايا	معدلات الاستخدام	الدعم الحكومي
السيناريو 1 أ	مبني على مستوى الإنفاق الصحي	جاري	دعم متضمن للتوازن المالي للتأمين الصحي الاجتماعي
السيناريو 1 ب	مبني على المستوى الحالي للإنفاق الصحي	متزايد	مثل أعلاه
السيناريو 2 أ	رزمة مبنية على أساس الشركات	جاري	مثل أعلاه
السيناريو 2 ب	رزمة مبنية على أساس الشركات	متزايد	مثل أعلاه
السيناريو 3	رزمة مبنية على أساس الشركات	متزايد	1% من إجمالي الإنفاق الحكومي

#### 3-4 البيانات المستخدمة

#### 1-3-4 التنفيذ التدريجي لتغطية التأمين

إن سيناريوهات تقدير الاحتمالات المستقبلية تتشارك في نفس البيانات وتعكس قرار السياسة بالتنفيذ التدريجي. إن التغطية في أربعة من السيناريوهات الخمسة المقدمة يوسع بحسب الجدول رقم (30) والشكل (6) بأدناه.

الجدول رقم (30): التغطية: المسار الزمني للتوسع والتنفيذ التدريجي (بالمليون)								
في نهاية فترة المحاكاة: تغطية القطاع الرسمي 100% وتغطية القطاع الغير رسمي 85%								
بالملايين	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
إجمالي السكان المؤمن عليهم ومنهم:	2.294	9.431	12.908	15.461	18.15	20.545	22.613	27.784
معالين لمستخدمين ذاتياً	0	2.584	3.723	4.925	6.194	7.533	8.944	10.43
مستخدمين ذاتياً	0	0.606	0.873	1.155	1.453	1.767	2.098	2.447
موظفين حكوميين	0.436	0.942	1.154	1.187	1.222	1.257	1.293	1.311
مستخدمين	0	0.168	0.288	0.415	0.549	0.628	0.646	0.665
متقاعدين	0	0.112	0.231	0.238	0.244	0.251	0.259	0.266
معالين آخرين	1.858	5.018	6.639	7.54	8.488	9.109	9.373	9.645
التغطية السكانية (%)	10.36%	41.38%	55.04%	64.06%	73.09%	80.40%	86.00%	91.60%

وهذا يعكس تغطية القطاع الرسمي في مراحل بحسب البنية المؤسسية وإدراج تدريجي لقطاع المستخدمين ذاتياً.

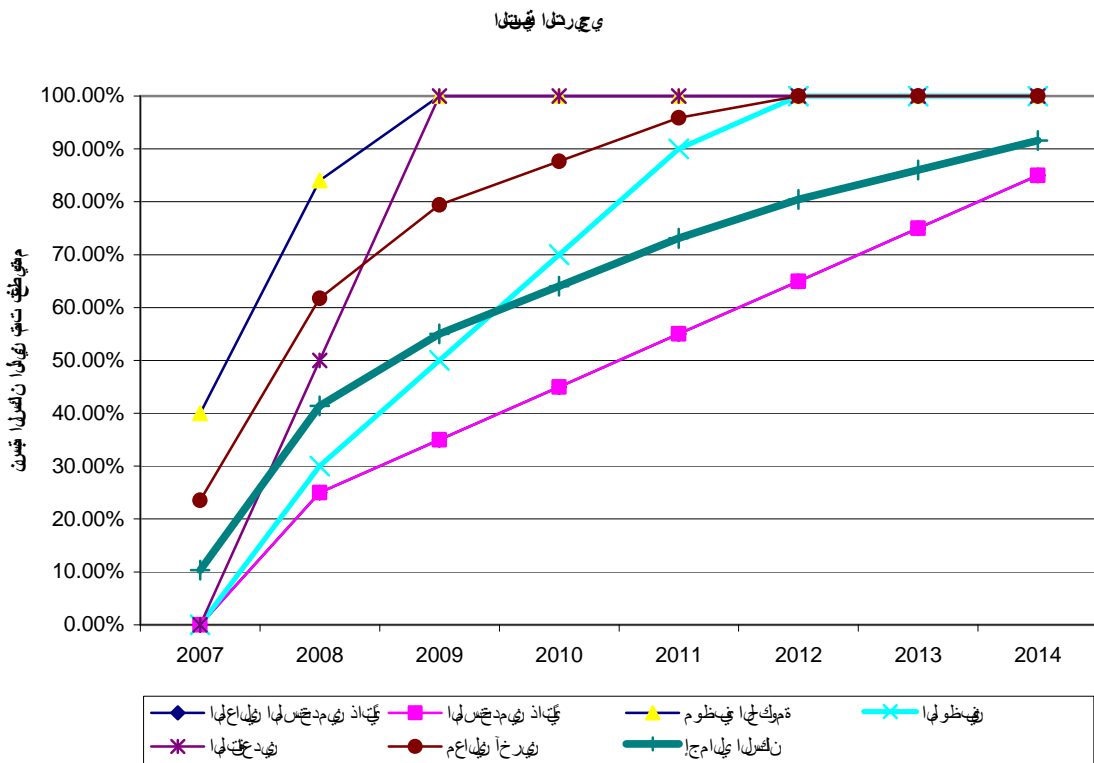
الموظفين الحكوميين: نفترض أنه في سنة البداية يغطي التأمين الصحي العسكريين فقط (حوالي 400 ألف موظف بالإضافة إلى المعالين). إن العسكريين هم هيئة منظمة بدرجة كبيرة معروفة بأنها مع إدخال التأمين الصحي ولذلك فهي ستسهل إدخاله. وسنة البداية هذه يمكن استخدامها كذلك للبحث عن وتصحيح المشكلات الفنية الناشئة أثناء التنفيذ. وتشهد السنة الثانية إدراج الشرطة وموظفي الأمن الآخرين (حوالي 200 ألف موظف) وكذلك وزارة التربية والتعليم (حوالي 240 ألف موظف) ويُدراج المعالين في كل حين. وأخيراً وفي السنة الثالثة سيتم تغطية جميع الموظفين الحكوميين ومعاليتهم.

موظفو القطاع الرسمي  
بدءاً من السنة الثانية يفترض النموذج تغطية تدريجية لموظفي القطاع الرسمي ومعاليهم بدءاً بـ 30% ووصولاً إلى تغطية كاملة على مدى فترة خمس سنوات.

المتقاعدين  
تبدأ تغطية المتقاعدين كذلك في السنة الثانية وتشملهم جميعاً خلال عامين.

المستخدمين ذاتياً والفقراء  
تصوغ السيناريوهات الجهود لتوفير العدالة وتشمل المستخدمين ذاتياً والسكان من الفقراء مع الزمن. وفي السنة الثانية يتم تغطية ربع من المستخدمين ذاتياً والفقراء ثم يزداد ذلك بـ 10% في السنة ليصل إلى 85% في نهاية فترة المحاكاة. وضمن هذا يعفى نصف من جميع المستخدمين ذاتياً من دفع المساهمة إلى الحساب لفقيرهم. أما السيناريو الخامس المقدم هنا فيختلف في التقديرات الاحتمالية المستقبلية لتغطية المستخدمين ذاتياً والفقراء وقد تم إيضاح هذا في ذلك القسم.

الشكل رقم (6)  
التغطية: المسار الزمني للتوسع والتنفيذ التدريجي (% من إجمالي السكان)



#### 2-3-4 حسابات الصحة الوطنية 2003 – 2004

استخدمت البيانات والافتراضات المقدمة أدناه في الجدول (31) والجدول (32) لبناء بيانات "الأساس".

الجدول رقم (31): بيانات وافتراضات حسابات الصحة الوطنية	
بيانات وافتراضات	متغيرات
46745 مليون ريال (2003) عدل هذا الرقم للتضخم ومعدل النمو الحقيقي للنتائج المحلي الإجمالي للحصول على: 54317.7 (2004)	الإفاق الحكومي العام على الصحة (بالأسعار الجارية)
85993 مليون ريال (2003) عدل هذا الرقم للتضخم ومعدل النمو الحقيقي للنتائج المحلي الإجمالي للحصول على: 99923.9 (2004)	النفقات الخاصة على الصحة (بالأسعار الجارية)

الجدول رقم (31): بيانات وافتراضات حسابات الصحة الوطنية	
الإنفاق الحكومي العام	929916 مليون (2004)
الناتج المحلي الإجمالي (بالأسعار الجارية)	2531635 مليون ريال (2004)
سعر الصرف (الريال إلى الدولار الأمريكي)	184.78 (2004)
إجمالي السكان (بالآلاف)	20239

### 4-3-3 بيانات اقتصادية كلية أخرى استخدمت في سنة الأساس (2004)

الجدول رقم (32): بيانات سيناريو اقتصاد كلي		
المتغير	القيمة	المصدر
معدل النمو السكاني		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
معدل النمو الحقيقي للناتج المحلي الإجمالي		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
إجمالي الإيرادات الحكومية ك % من الناتج المحلي الإجمالي		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
تركيب إجمالي الإيرادات الحكومية		<ul style="list-style-type: none"> <li>• تقدير إجمالي الدخل الحكومي في عام 2004م على أساس الناتج المحلي الإجمالي لعام 2004م ونسبة 33.9% (البنك الدولي ولمحة عن الجمهورية اليمنية).</li> <li>• توزيع إجمالي الدخل الحكومي في مكوناته باستخدام تركيبة المالية العامة لعام 1999م (أنظر صندوق النقد الدولي الكتاب السنوي للإحصائيات المالية الحكومية لعام 2004م : ص 487)</li> </ul>
التضخم		البنك الدولي: لمحة عن الجمهورية اليمنية
استخدام الناتج المحلي الإجمالي (في %)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• الاستهلاك المحلي</li> <li>• استهلاك الحكومة</li> <li>• تشكيل الرأسمال الثابت الإجمالي</li> <li>• صادرات البضائع والخدمات</li> <li>• واردات البضائع والخدمات</li> </ul>

### 4-4 النتائج الرئيسية

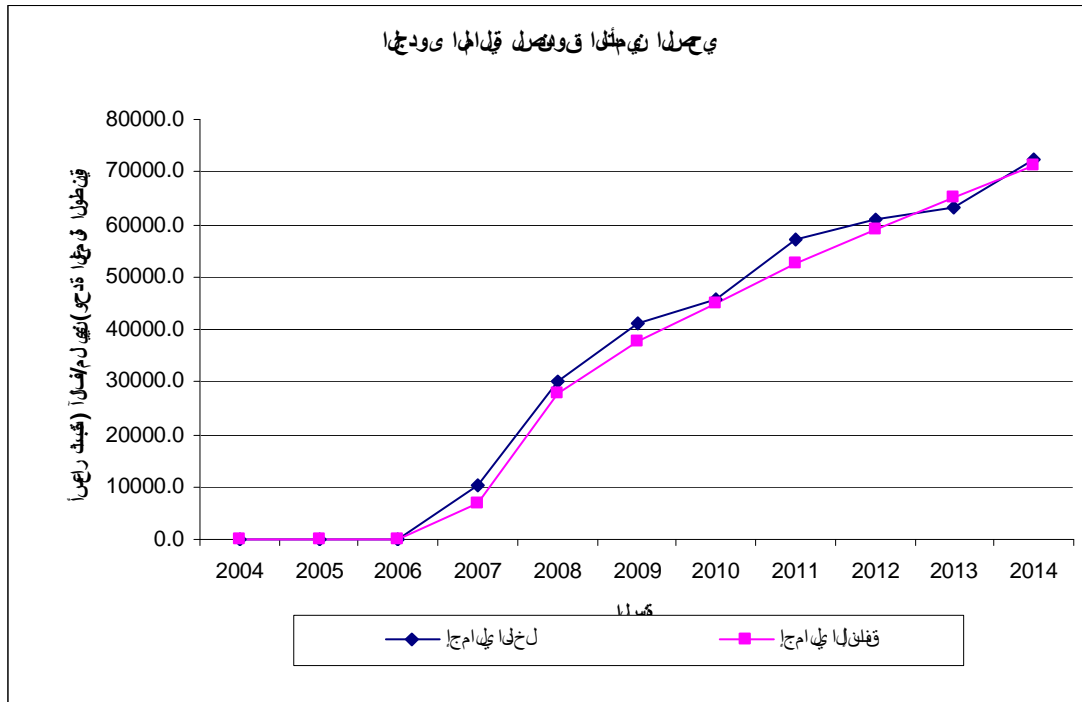
#### 4-4-1 سيناريو 1 أ: تنفيذ تدريجي في مستوى الإنفاق الحالي ومعدل استخدام ثابت

في سيناريو تقدير الاحتمالات المستقبلية الأولى درسنا التأثير الكلي لإستراتيجية التنفيذ التدريجي بينما نقدم فوائد متناسبة مع مستويات الإنفاق الإجمالي الجاري في البلاد. وفي هذه البنية يحقق التأمين الصحي ربحاً بحيث أن هذا هو السيناريو الوحيد الذي فيه المساهمات من القطاع الرسمي تخفض من الافتراض الأولي لـ 11%. يتدبر التأمين الصحي في الإبقاء على توازن مالي بمساهمات القطاع الرسمي التي تبدأ بـ 8% من الأجور وترتفع إلى 10% بنهاية فترة المحاكاة (أنظر الشكل 7). وبالتالي لا يطلب أي دعم حكومي في هذا التقدير للاحتتمالات المستقبلية. من أجل تفاصيل النتائج المالية أرجع إلى الجدول (33).

على الرغم من التغطية لجميع السكان في الأخير فبدون طلب دعم سيكون هناك عدد من المحاذير لهذا السيناريو: تعني حزمة المزايا التي يمكن أن تعطى بتكلفة مساوية لمستويات الإنفاق العالي في البلاد كإجمالي تعني أن الفوائد ستكون أقل ومختلفة عن تلك التي يحصل عليها بعض الموظفين في القطاع الرسمي الآن. وبإدراج الأفقر والسكان الريفيين يجب أن تأخذ الفوائد المعطاة في الحسبان الاحتياجات الصحية الكلية للسكان وخصوصاً الخدمات الأولية والوقائية وكذلك صحة الأمومة والطفولة. إن موظفي القطاع الرسمي الذين لا يريدون تضييع بعض الفوائد التي يتمتعون بها الآن (مثل العلاج في الخارج) سيكون بمقدورهم شراء تأمين خاص إضافي وبمعدلات المساهمة التي تقتطع المبلغ الذي يكون هؤلاء الموظفين

راغبين في دفعه وإدراج المستخدمين ذاتياً والفقراء ربما يكون هذا مغرياً. وبالطبع فإن المحذور الكبير هنا هو أن السيناريو يستخدم معدلات استخدام منخفضة ولذلك ربما لا يكون واقعياً.

الشكل رقم (7)



### الجدول رقم (33): تقدير الاحتمالات المستقبلية سيمنيس

السيناريو رقم (1): تنفيذ تدريجي (مستوى إنفاق جاري)

السيناريو 1 أ: مستويات استخدام جاري

السيناريو 1 ب: مستويات استخدام متصاعدة

مستويات الإنفاق الجاري / معدلات الاستخدام الجاري			السيناريو 1 أ
2011	2009	2007	ملايين الريالات (أسعار ثابتة)
52431.7	37818.8	6821.1	الإنفاق
57123.5	40965.1	10459.7	الإيراد
%8.20	%7.70	%34.80	الرصيد
%0.0	%0.0	%0.0	الدعم الحكومي <sup>1</sup>
مستويات الإنفاق الجاري / معدلات الاستخدام الجاري			السيناريو 1 ب
2011	2009	2007	ملايين الريالات (أسعار ثابتة)
99400.8	71769.6	6821.1	الإنفاق
69837.1	56162.8	14382.1	الإيراد
%42.50-	%27.80-	%52.60	الرصيد
%2.5	%1.0	%0.0	الدعم الحكومي <sup>1</sup>

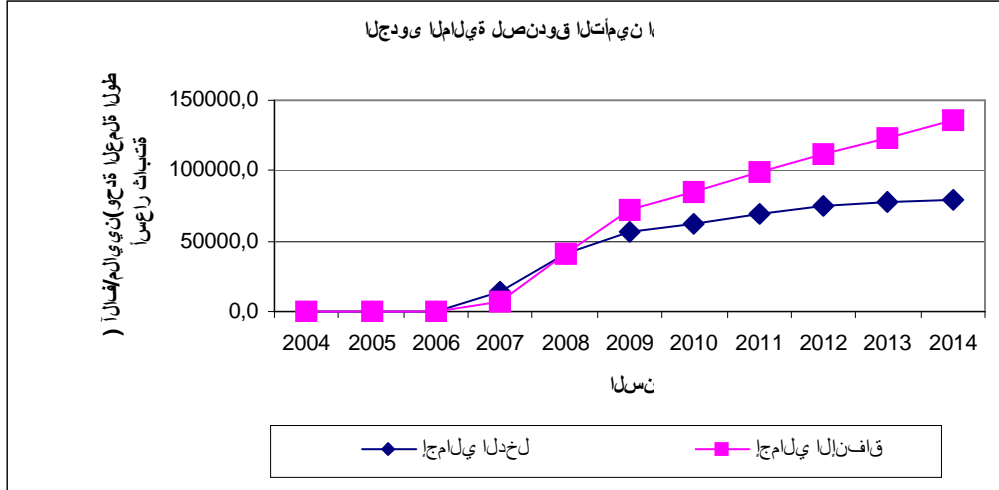
<sup>1</sup> ملحوظة:

1- الدعم الحكومي المطلوب للتوازن المالي كنسبة من إجمالي الإيرادات الحكومية.

#### 4-4-2 سيناريو 1 ب: التنفيذ التدريجي في مستوى إنفاق جاري ومعدل استخدام متزايد

السيناريو 1 ب ينفذ الزيادة المتوقعة في معدلات الاستخدام حيث يتزايد الوصول للخدمات الصحية بالتغطية. وتدفع التكاليف الناتجة لتقديم الخدمة الصحية التأمين بصورة كبيرة إلى الخسارة والعجز الناتج يرتفع إلى أكثر من 40% من الإيراد بحلول العام 2011م (أنظر الجدول 34 والشكل 8). ولتصحيح هذا العجز ستكون هناك حاجة لدعم حكومي للتأمين الصحي بنسبة 1% من إجمالي الإيرادات الحكومية في العام الثالث من التشغيل يزداد إلى 4% في العام الثامن. لاحظ أنه على عكس السيناريو السابق فإن هذا يتضمن إسهامات القطاع الرسمي بـ 11% من الأجور.

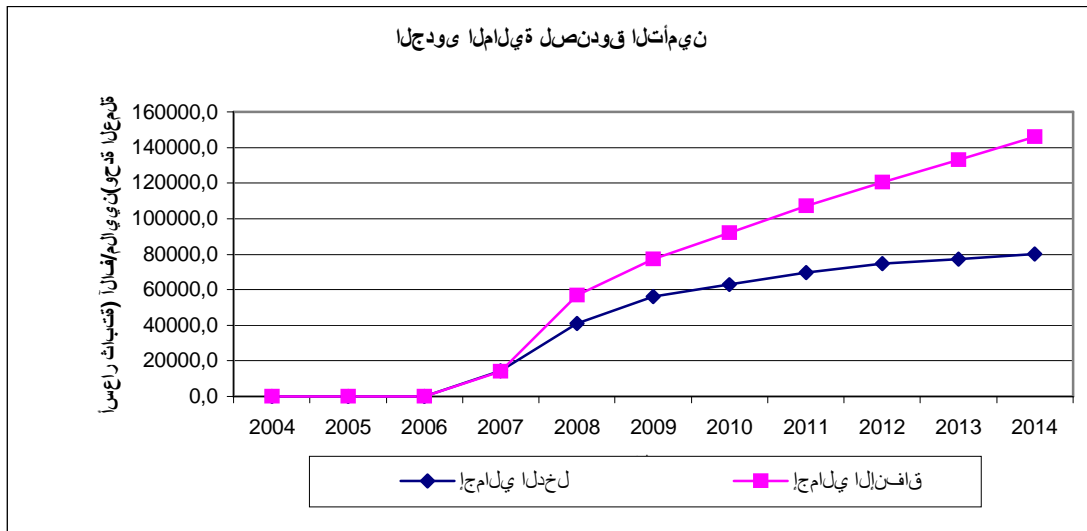
الشكل رقم (8)



#### 4-4-3 سيناريو 2 أ: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا في الشركات ومعدل الاستخدام الثابت

بالنسبة للسيناريو 2 أ فقد بنيت الحسابات على تكاليف رعاية صحية أعلى والتي هي مساوية للتأمين الصحي الذي يغطي حزمة فوائد على أساس ما تعطيه الشركات حالياً (على أساس الفوائد الصحية للمؤسسة العامة للاتصالات). وبحسب هذا النظام يمكن أن يعطى موظفو القطاع الرسمي نفس الفوائد كما تلك التي يتلقونها الآن رغم عدم وجود علاج في الخارج وبالنسبة لأغلبية السكان ينبغي إنفاق المال على رزمة تعكس احتياجاتهم الصحية حيث أنها ربما تكون مختلفة عن متوسط الموظفين (الذكور).

الشكل رقم (9)



حسبما يمكن أن نرى في الشكل رقم (9) بنفس الأرباح عملياً كما في السيناريو السابق ولكن بنفقات أعلى بصورة كبيرة يتدبر التأمين الصحي تحقيق نقطة التعادل في العام الأول فقط (والتي أثنائها يغطي العسكريون فقط). قدمت النتائج المالية في الجدول رقم (34). العجز كنسبة أعلى منه حتى في السيناريو 1 ب رغم أن معدلات الاستخدام قد بقيت ثابتة في المستويات الجارية. ولتحقيق توازن الدفاتر سيكون الدعم ضرورياً طالما أن التغطية قد امتدت إلى المستخدمين ذاتياً

والفقراء. سيكون المبلغ المطلوب يساوي 2% من الإيرادات الحكومية في السنة الثالثة من التشغيل يرتفع إلى 3.5% في السنة الخامسة.

<b>الجدول رقم (34): تقدير الاحتمالات المستقبلية سيمنيس</b>			
السيناريو رقم (2): التنفيذ التدريجي (حزمة المزايا على أساس الشركات)			
السيناريو 2 أ: مستويات استخدام جارية			
السيناريو 2 ب: مستويات استخدام متصاعدة			
حزمة المزايا على أساس الشركات / معدلات الاستخدام الجاري			السيناريو 2 أ
2011	2009	2007	ملايين الريالات (أسعار ثابتة)
107290.5	77388.3	13958.4	الإنفاق
69930.6	56234.2	14382.1	الإيراد
%53.40-	%37.60-	%2.95	الرصيد
%3.5	%2.0	%0.0	الدعم الحكومي <sup>1</sup>
حزمة المزايا على أساس الشركات / معدلات الاستخدام الجاري			السيناريو 2 ب
2011	2009	2007	ملايين الريالات (أسعار ثابتة)
202470.5	146041.3	13958.4	الإنفاق
70446	56313.3	14382.1	الإيراد
%187.40-	%159.30-	%3.00	الرصيد
%11.0	%8.0	%0.0	الدعم الحكومي <sup>1</sup>

#### 4-4-4 سيناريو 2 ب: التنفيذ التدريجي بحزمة المزايا على أساس الشركات ومعدل الاستخدام المتصاعد

بإعطاء التأمين الصحي رزمة فوائد أعلى مما تلقاه أغلبية السكان حالياً نحن نفترض أن الناس سيبدأون في استخدام أكثر للخدمات الصحية.

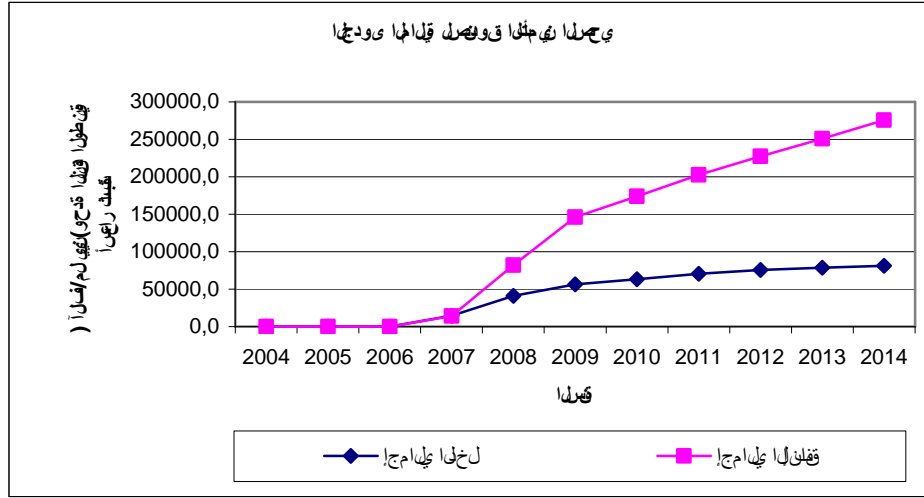
سيناريو 2 ب يعكس معدل الاستخدام المتزايد هذا وبينما حزمة المزايا ، كما في السيناريو السابق ، مساوية مالياً للفوائد الصحية التي أساسها الشركات.

إن نظرة سريعة إلى الشكل رقم (10) ستجعل عدم الاستدامة المالية واضحة لهذا السيناريو. والنتائج المالية مبينة في الجدول رقم (35): والعجز الناتج سيبلغ أكثر من 1.5% من إيرادات التأمين في العام الثالث من التشغيل. ونظرياً فإن هذا العجز يمكن استبعاده بدعم التأمين الصحي بـ 8% من الإيرادات الحكومية في عام 2009م والتي سترتفع إلى 11% في عام 2011م.

<sup>1</sup> ملحوظة:

1- الدعم الحكومي المطلوب للتوازن المالي كنسبة من إجمالي الإيرادات الحكومية.

الشكل رقم (10)



**4-4-5 سيناريو رقم (3): التنفيذ التدريجي بحزم المزايا في الشركات والعائق المالي العام**  
 بالنسبة للسيناريو رقم (3) فقد تطرقنا لقضية التوازن المالي من زاوية مختلفة. إن الدعم الحكومي قد تحدد الآن بـ 1% من الإيراد الحكومي والذي يعكس احتمال العائق المالي العام. وعندئذ نعدل الحدود الأخرى لنرى كيف نستطيع الاقتراب من سيناريو تأمين صحي متوازن مالياً لكنه عادل كذلك.

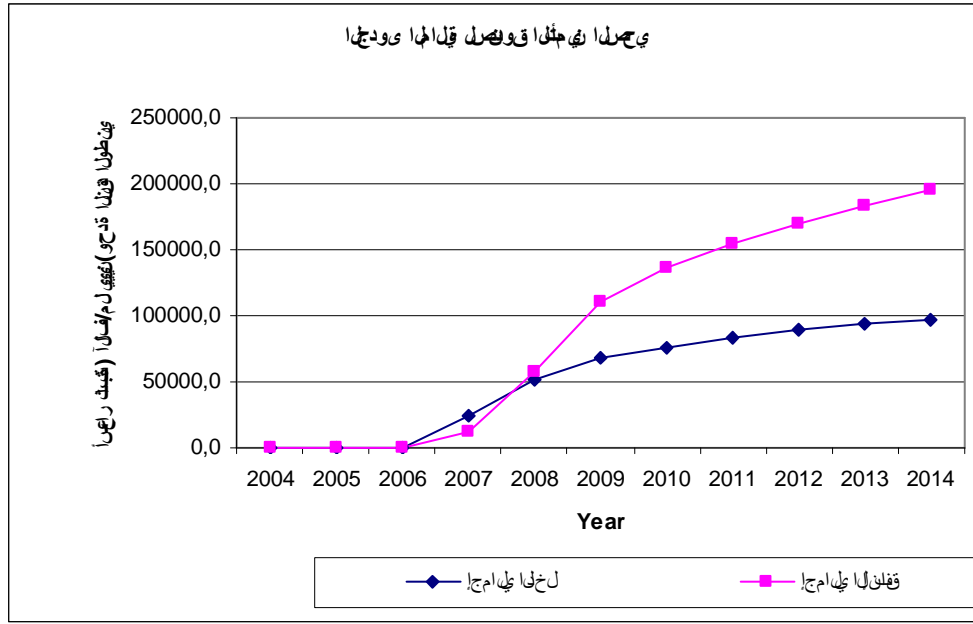
ولما كان الكثير من العاملين في القطاع الرسمي يمكن أن يقاوموا الدفع إلى تأمين اجتماعي يعطي فوائد أقل مما تعودوا الحصول عليها فيتم الإبقاء على النفقات على مستوى الشركات (مساوي للسيناريو 2 و 2ب). يتم الإبقاء على اسهامات القطاع الرسمي عند 11% كحد أقصى. وحيث أن مثل هذا الترتيب لازال سينتج عنه عجز كبير جداً تتخذ إجراءات إضافية لتخفيض التكاليف وزيادة الإيرادات:

- تتم زيادة المدفوعات المشتركة إلى 20%.
- تقسم مساهمات المستخدمين ذاتياً إلى اثنتين:
- 1000 ريال للشخص المتوسط في هذه الفئة (أرقام 2004م ويعدل التضخم في السنوات التالية).
- 500.000 من المستخدمين ذاتياً الأغنياء يدفعون مساهمة تساوي 4% من الراتب وهذا يساوي مرتين متوسط الراتب الحكومي.
- في العام الأول من التشغيل يعفى أفراد أقل في فئة المستخدمين ذاتياً من دفع المساهمة.
- مد التغطية للمستخدمين ذاتياً والفقراء يخفض بصورة كبيرة بحيث أنه بنهاية فترة المحاكاة يغطي النصف فقط (أنظر الجدول 36).

الجدول رقم (35): تغطية المستخدمين ذاتياً والفقراء في السيناريو رقم (3): توسع أبطأ (في %)								
السنة	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
تغطية المستخدمين ذاتياً	0%	10%	20%	30%	35%	40%	45%	50%

قدمت النتائج الكاملة في الشكل رقم (11) وفي الجدول رقم (36). وعلى الرغم من أن السيناريو قد حاول الإبقاء على النفقات أقل والإيرادات أعلى من مستويات السيناريو السابق فلا زالت فجوة مالية واسعة موجودة بحلول العام الثالث من التشغيل. وتأخذ هذه الأرقام بالاعتبار الدعم الحكومي بنسبة 1%. ومع ذلك يبلغ عجز التأمين الصحي 63% من الإيرادات في عام 2007م و 84% في عام 2011م.

### الشكل رقم (11)



### الجدول رقم (36): تقدير الاحتمالات المستقبلية سيمنيس

السيناريو رقم (3): تنفيذ تدريجي (حزمة المزايا في الشركات وقيد المالية العامة بمستويات الاستخدام المتصاعدة)

رزمة المنافع في الشركات / قيد المالية العامة / معدلات الاستخدام المتصاعدة			السيناريو 3
2011	2009	2007	ملايين الريالات (أسعار ثابتة)
154808.4	111108.9	12407.4	الإنفاق
84072.8	68127.1	23938.4	الإيراد
%84.10-	%63.10-	%48.20	الرصيد <sup>1</sup>
%1.0	%1.0	%1.0	الدعم الحكومي <sup>2</sup>

في هذا السيناريو أدرجنا سقف لدعم التأمين الصحي يأتي من خارجه. وهذا محتمل حيث أن هناك الكثير من المطالبات المتنافسة لأي أموال يمكن استخدامها للدعم سواء كانت تلك من الحكومة أو من مصادر أخرى. وقد عدلنا مستويات المساهمة لمحاولة وكسب أقصى إيراد معقول من داخل نظام التأمين الصحي. وقد ضحينا بالعدالة والتضامن في مجالات عدة وتحديد المدفوعات المشتركة الأعلى واستثناءات أقل وتغطية أدنى (أو أبطأ) للمستخدمين ذاتياً والفقراء. ومع ذلك فإن هذا لم ينتج عنه توازن مالي لتقدير التوقعات المستقبلية للتأمين الصحي هذا.

وللإنطلاق من هنا هناك بعض الأسئلة الهامة التي تحتاج إلى أن نطرحها: إلى أي مدى توجه اليمن سياسة تأمينها الصحي مع الهدف المعياري لتوفير نظام عادل ووصول إلى الرعاية الصحية للجميع؟ إن التوازن المالي من السهل ايجاده بالتأكيد عندما تكون التغطية محدودة على القطاع الرسمي. ومع ذلك فإن نظام التأمين الصحي سيحكم عليه في الأخير بحقيقة إلى أي قدر ساهم في مجتمع أكثر صحة وأفضل لأن هذه العدالة مهمة. إن التضامن بين أولئك الذين يكسبون الكثير وأولئك الذين لديهم أقل مسألة مهمة. إن التغطية والوصول إلى الجميع بأسعار يستطيعون تحملها هي قضية هامة. وكما رأينا في هذه السيناريوهات فإن الحصول على نظام صحي مستدام وعادل هو مسألة صعبة ليس فحسب من وجهة النظر المالية. إن درجة التضامن أو الدعم المتبادل وإدراج المستخدمين ذاتياً وإعفاء الفقراء من الدفع ودعم النظام من الحكومة أو المصادر

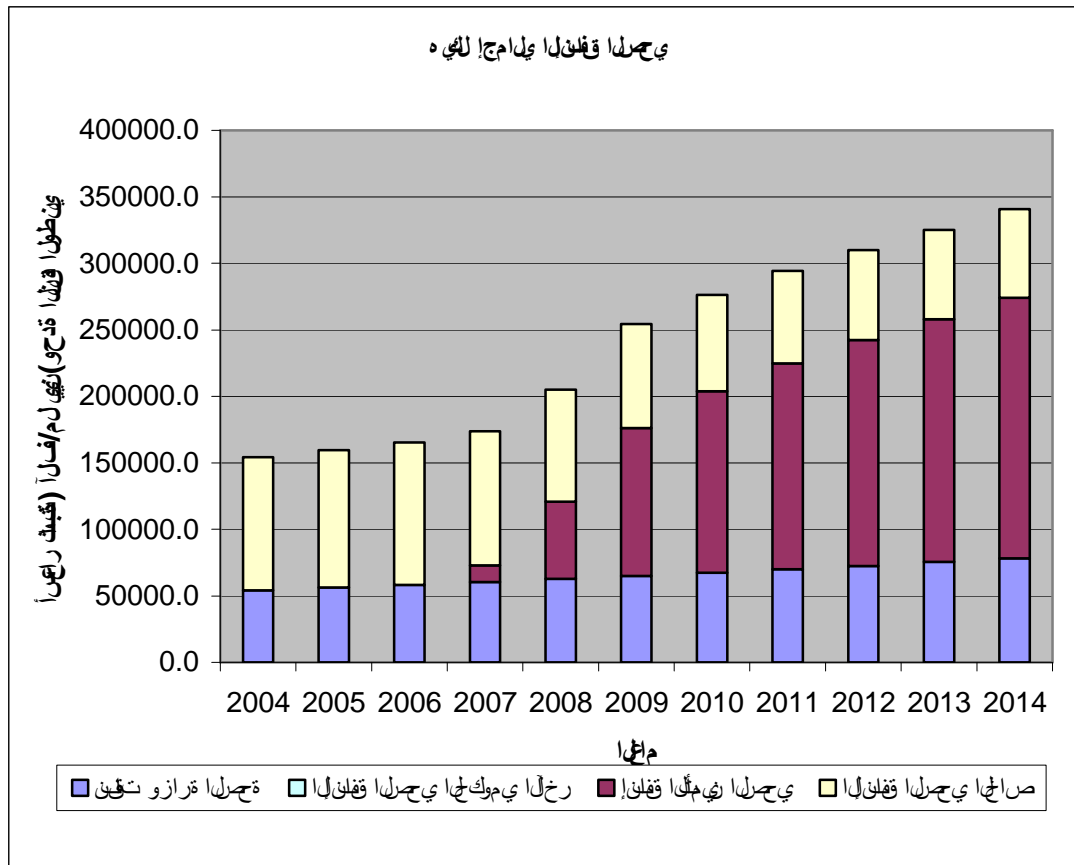
<sup>1</sup> الرصيد بعد الدعم الحكومي بـ 1% من إجمالي الإيرادات الحكومية.  
<sup>2</sup> الدعم الحكومي مقفل عند 1% من إجمالي النفقات العامة (قيد المالية العامة).

الأخرى هي مسألة متروكة للمجتمع اليمني ليناقشها. ثم ستجري بعدها صياغة المعاني المتضمنة المالية لهذه الخيارات بسيناريوهات سيمينيس أخرى.

#### 6-4-4 بنية الإنفاق الصحي الشامل

أخذ الشكل رقم (12) بأدناه من السيناريو رقم (3) ويشرح أحد الخصائص الأساسية المشتركة لجميع تقديرات الاحتمالات المستقبلية الخمسة: ولما كان التأمين الصحي ينفذ وتمد التغطية تدريجياً لكل السكان فإن بنية النفقات الصحية تتغير. فالنفقات الصحية تنتقل من الخاص والإنفاق المنفق إلى الدفع المسبق في نظام صحي وتزايد حصة نفقات الرعاية الصحية المتبادلة من خلال التأمين الصحي بينما يتناقص الإنفاق الخاص. وبالإضافة لذلك فعندما يحصل قسم أكبر من السكان على الوصول إلى رزمة كثيفة أكثر من الخدمات الصحية من خلال التأمين يتزايد الإنفاق الشامل في قطاع الصحة.

الشكل رقم (12): بنية الإنفاق الصحي الإجمالي



#### 5-4 التحديات الرئيسية

##### ضمان الموارد المالية الضرورية

إن زيادة نوعية الخدمات الصحية (مع أثرها اللاحق على تكاليف الخدمات) وتحسين استخدام الرعاية الصحية ومد الوصول الشامل للخدمات الصحية إلى جميع السكان هي أهداف هامة في الإطار اليمني. يمكن استخدام التأمين الصحي الاجتماعي كعربة رئيسية للعمل باتجاه هذه الأهداف. ومع ذلك فهناك حاجة لتحديد الموارد المالية. وحتى إدخال حزمة الفوائد الأولى (المنخفضة) في الوقت الذي يجري افتراض استخدام أكبر من الرعاية الصحية يؤدي إلى عجوزات مالية كبيرة. وستكون هناك حاجة للدعم الحكومي والذي يمثل نظرياً المبلغ الرئيسي ويتبع ذلك أن تكاليف فرصة ذلك الدعم ربما تكون ضخمة. إن إدخال رزمة فوائد أفضل أساسها الشركات مع معدلات استخدام أعلى يزيد الحاجة أكثر للدعم الحكومي والذي قدر الآن أنه سيكون أكبر من ميزانية وزارة الصحة الحالية. وأخيراً فعندما يتم إدخال قيد على الدعم الحكومي (أنظر السيناريو الخامس) ترتفع العجوزات المالية أكثر.

ومن التحليل الأولي للسيناريو نستنتج لذلك أن الجدوى المالية للتنفيذ التدريجي المفترض لبرنامج التأمين الصحي أكثر إشكالية.

## إمكانية تبني بنية التأمين الصحي الاجتماعي

من وجهة النظر المالية يمكن أن يستحق الأمر النظر في جدوى بنية متعددة التمويل للضمان الصحي الاجتماعي. على سبيل المثال يمكن تطوير تغطية سكان القطاع الرسمي أكثر جعلهم يستفيدون من رزمة فوائد الشركات الموجودة. ويمكن القيام بذلك ضمن صندوق تغطية المرض للموظفين والموظفين المدنيين و عندها يمكن أن يكون هناك صندوق تغطية المرض للمستخدمين ذاتياً حيث بواسطته سيتم إدخال رزمة فوائد أقل. ينبغي إتخاذ إجراءات خاصة بالنسبة للمستخدمين ذاتياً ذوي الدخل المتوسط والكبير والمسجلين والذين توجد لهم تقديرات دخل معقولة (بحيث يستطيعون دفع المساهمات). إن صندوق آخر يمكن تكوينه من اتحاد برامج التأمين الاجتماعي المجتمعية.

يمكن أن تكون حزم المزايا في الصناديق المختلفة مختلفة في البداية بسبب اختلاف قدرة المساهمين على الدفع. ومع ذلك ومع النمو الاقتصادي وتحسن توزيع الدخل فإن هذه الرزم يمكن أن تغطي رزمة فوائد مشتركة على مدى عدد معين من السنوات. وإذا تحدثنا من الناحية المالية على الأقل فيبدو أن هذا أكثر عملياً.

إن تنظيم مثل هذه البنية يمكن أن يسبب مزيد من القلق مع ذلك. وفي بلدان كثيرة لديها بنية متعددة الصناديق تعمل الصناديق تحت مظلة مجلس التأمين الصحي الوطني أو هيئة التأمين الصحي الوطني وهناك حاجة بالنسبة للأخيرة أن تمارس إشرافاً مهماً على مثل هذه البنية للصناديق المتعددة للاستجابة للأهداف الوطنية المشتركة. وبالإضافة لذلك عليها تنظيم أي تحويلات بين مختلف الصناديق على سبيل المثال حصة معينة من إيرادات الصناديق الموسرة (عادة صناديق تغطية مرض الموظفين والموظفين المدنيين هي إحداها) يمكن سحبها لصالح الصناديق الأقل يسراً. وبالإضافة لذلك فإن هيئة المظلة هذه عليها أن تتفاوض مع الحكومة حول الدعم الحكومي الذي سيدعم مالياً مختلف الصناديق وخصوصاً الأقل يسراً منها.

## مجموعة عمل حول تمويل التأمين الصحي الاجتماعي<sup>19</sup>

في هذا الباب نقدم المجموعة الأولى من توقعات الاحتمالات المستقبلية الأولية لمختلف السيناريوهات. وهناك مزيد من العمل يحتاج إلى القيام به من أجل تحديد تحت أي ظروف يمكن للتأمين الاجتماعي في اليمن أن ينظر إليه في آخر الأمر:

- 1- هناك حاجة أن يتم إدخال جميع البيانات حالياً في نموذج محاكاة سيمينيس لمراجعتها
- (1) فئات الخدمات الصحية مع تكاليفها الوحيدة ومعدلات الاستخدام (وبذلك نتأكد أن معدلات الاستخدام للنساء والأطفال قد أخذت بالاعتبار بصورة صحيحة.
- (2) تحديث حسابات الاقتصاد الكلي والمالية العامة لسنة الأساس من تقديرات الاحتمالات المستقبلية تحديداً لعام 2004م.

2- سيناريوهات جديدة من أجل استكشافها:

- (1) إمكانية تعديل بنية الضرائب مع دراسة لمتغيراتها الاقتصادية الكلية مثل الاستخدام والاستثمار والنمو الاقتصادي).
- (2) إمكانية هبات دولية للمساعدة في استدامة تمويل برنامج التأمين الصحي الاجتماعي.

يمكن القيام بهذا العمل من قبل مجموعة عمل فنية (والتي يمكن إنشائها من قبل لجنة التوجيه الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي). وستحتاج مثل هذه المجموعة أن تضم خبراء وطنيين من وزارات الصحة والمالية والعمل وأن تضم كذلك خبير قانوني وطني. وبدورها ستدعم هذه المجموعة بمساعدة فنية دولية.

إن التفاعل ضمن مجموعة العمل هذه سيعزز بصورة كبيرة واقعية سيناريوهات بديلة أخرى. وعلى سبيل المثال سيكون من الأسهل دراسة المعاني المتضمنة المالية لأي تغييرات في القانون المقترح حالياً. أو أن القيود المحددة من قبل وزارة المالية يمكن النظر فيها من البداية.

## 5- خارطة طريق نحو التعاون الدولي لنظام التأمين الصحي في اليمن

### 5-1 طلب المساعدة الفنية

وبمجاراة الدراسات السابقة (أي فتاح 2003) فقد أظهر هذا التحقيق أن مجموعة من الشروط المسبقة الأساسية لتنفيذ نظام تأمين صحي وطني لم يتم الوفاء بها بعد في اليمن. ومن جانب ينطبق هذا على الوضع في نظام الرعاية الصحية وكذلك على الحاجة الملحة لنظام معلومات موثوق به. ومن جانب آخر فإن معظم المتطلبات الأساسية لتنفيذ والقيام بنظام التأمين الصحي الوطني ليست موجودة ولم يتم البدء فيها بعد على الرغم من أنه قد أوصي بها بوضوح في مراجعات وتحليل

<sup>19</sup> ضمن مركز اختصاص التأمين الصحي المقترح أو هيئة تأمين صحي وطني.