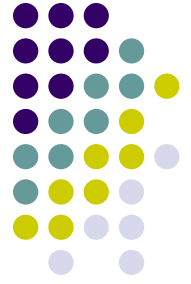




## آفاق الضمان الصحي؟

نعتمد في دراستنا هذه على قياس العبء المرضي على المجتمع:

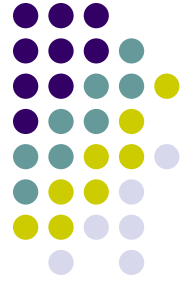
- باستخدام مؤشر سنوات العمر المتوقعة معدلة على بحساب سنوات الإعاقة و التي تختصر بكلمة "دالي" "Disability Adjusted Life Years". والتي تحسب سنوات العمر الصحية المفقودة بسبب الوفاة والمرضاة بحساب درجة الإعاقة.



## آفاق الضمان الصحي؟

- سنوات العمر المفقودة نتيجة الوفاة والعجز من الأمراض المختلفة بحوالي 2.4 مليون دالى في السنة. يفقد الغالبية العظمى منها تحت سن الخامسة والستين.
- مثلت سنوات العمر المفقودة:
  - تحت سن الخامسة حوالى 27% من اجمالى العبء المرضى
  - فوق سن الخامسة و الستين حوالى 17% من اجمالى العبء المرضى
  - سنى الشباب المبكر و الرجولة 56% من اجمالى العبء المرضى.
- **تمثل هذه النسبة مؤشرا بالغ الخطورة على مستقبل التنمية فى سوريا بسبب ارتفاع معدلات اصابة الفئات صغيرة السن بأمراض مختلفة لها تداعيات صحية خطيرة**

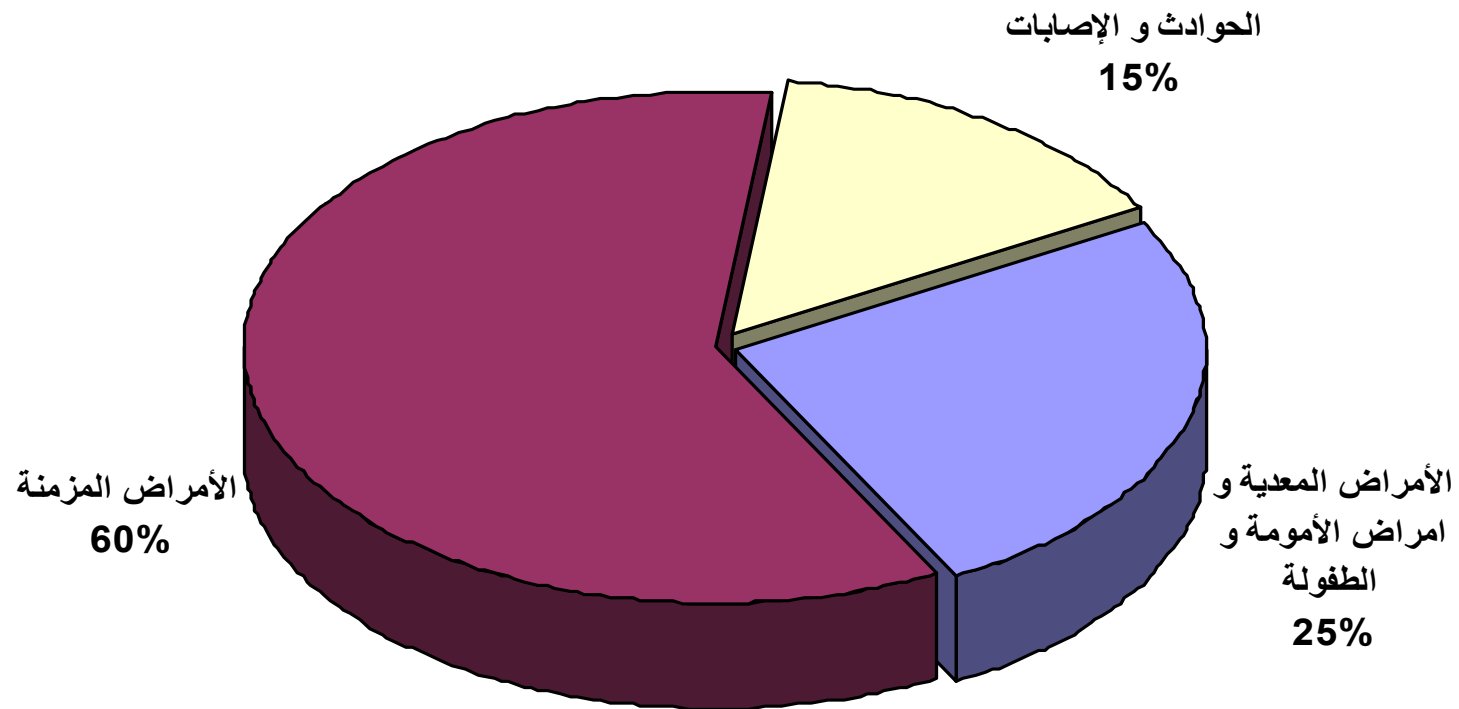
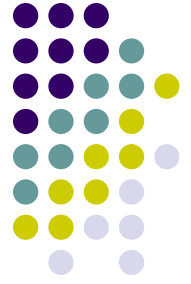
# المجموعات الأمراض الرئيسية الثلاثة من اجمالي العبء المرضى فى سوريا



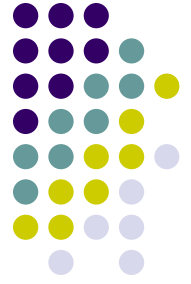
1. مجموعة الأمراض المزمنة حوالى 60%
2. الأمراض المعدية و أمراض الأمومة و الطفولة فى حوالى 25%
3. الحوادث والإصابات لأسباب خارجية حوالى 15%.

سوريا تواجه عبئاً ثلاثياً للأمراض يمثل تحدياً لنظامها الصحى.  
إنها مثل كل الدول النامية الأخرى ما زالت تتوء تحت الأمراض المعدية  
وأمراض الأمومة و الطفولة.  
و لكنها تواجه، على عكس هذه الدول عبئاً متزايداً من الأمراض المزمنة  
والحوادث مثل الدول الصناعية المتقدمة

# توزع العبء المرضي

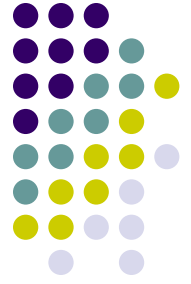


# المجموعات المرضية المسببة للعبء المرضى في سورية



1. أمراض القلب و الأوعية الدموية في القمة: تسبب فقدان ما يعادل 400 ألف سنة من سنوات العمر الصحيحة أي ما يمثل حوالي 17% من اجمالي العبء المرضى.
2. الحوادث و الإصابات غير المتعمدة: ، فقدان 315 ألف سنة من سنوات العمر الصحيحة و هو ما يمثل 13% من اجمالي العبئ المرضى.
3. الأورام الخبيثة و السرطانات تسبب فقد حوالي 230 ألف سنة من سنوات العمر الصحيحة، اي حوالي 10% من اجمالي العبء المرضى.

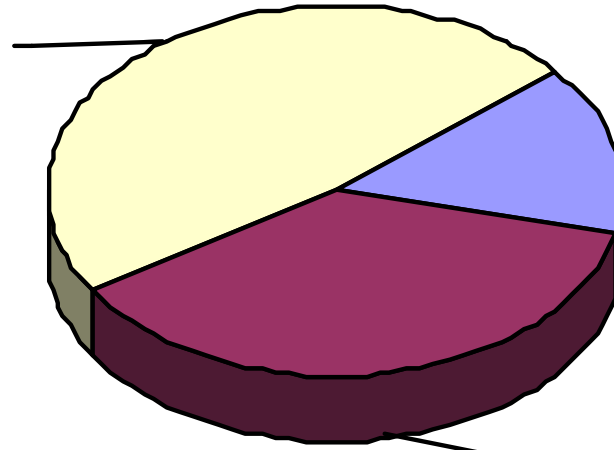
# كف التشغيل



كف التشغيل ●

مشافى القطاع العام

مصاريف  
التشغيل  
الأخرى  
%48



الكفة

الرأسمالية

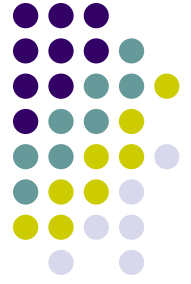
%15

كفة القوى

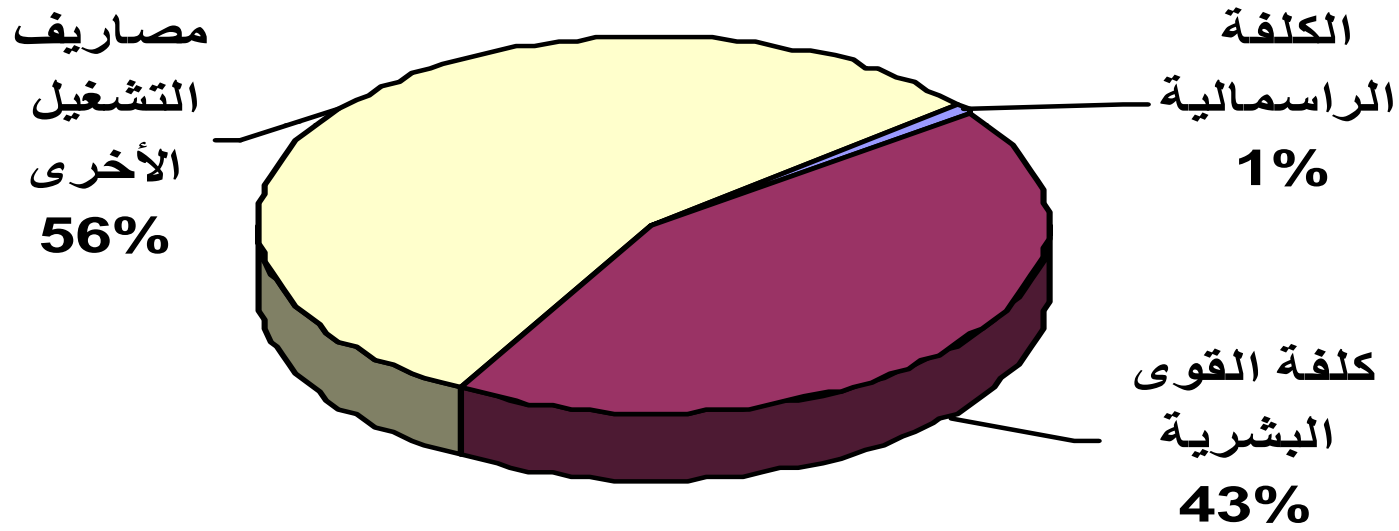
البشرية

%37

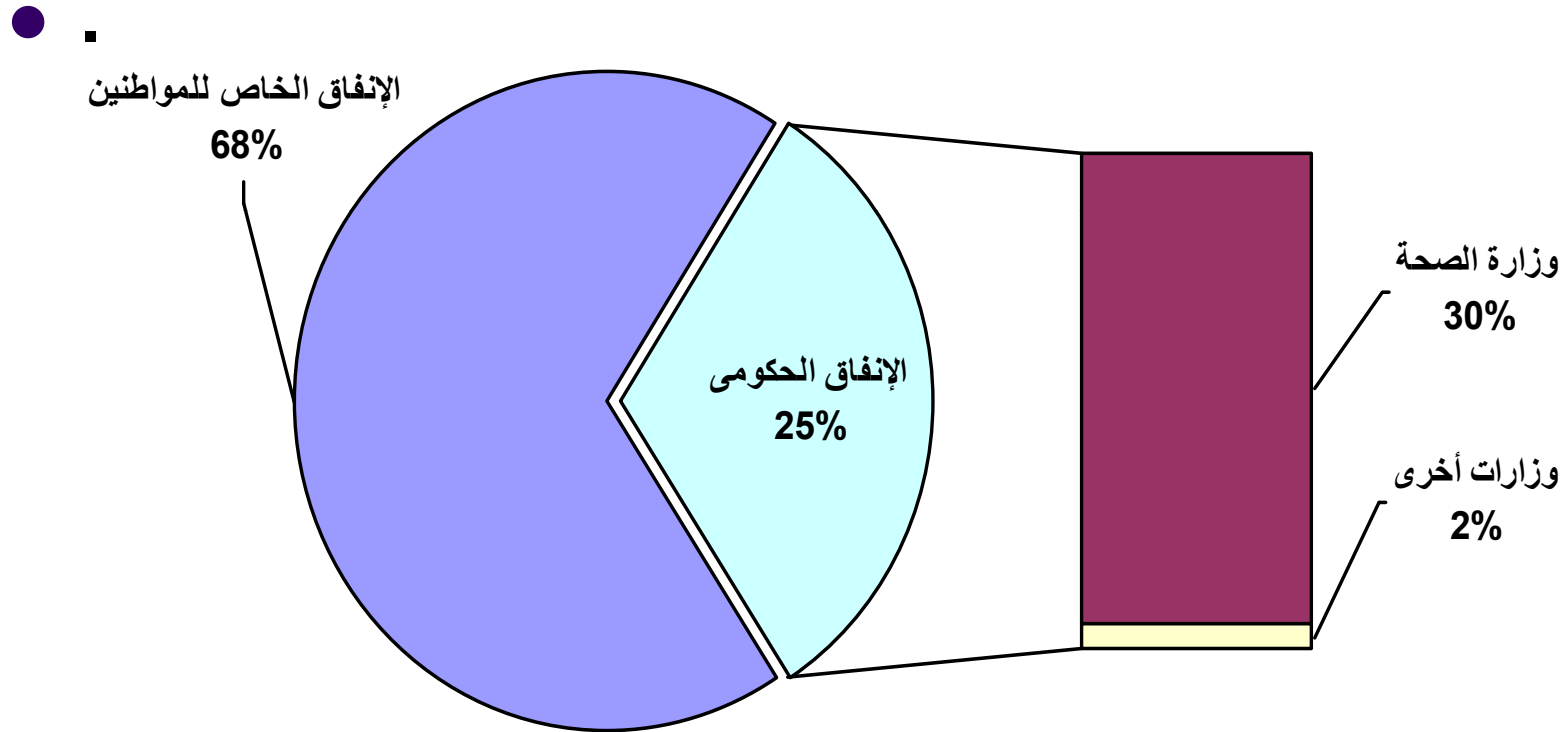
# كف التشغيل



## مشافى القطاع الخاص



# مصادر الإنفاق على الرعاية غير الاستشفائية في سورية

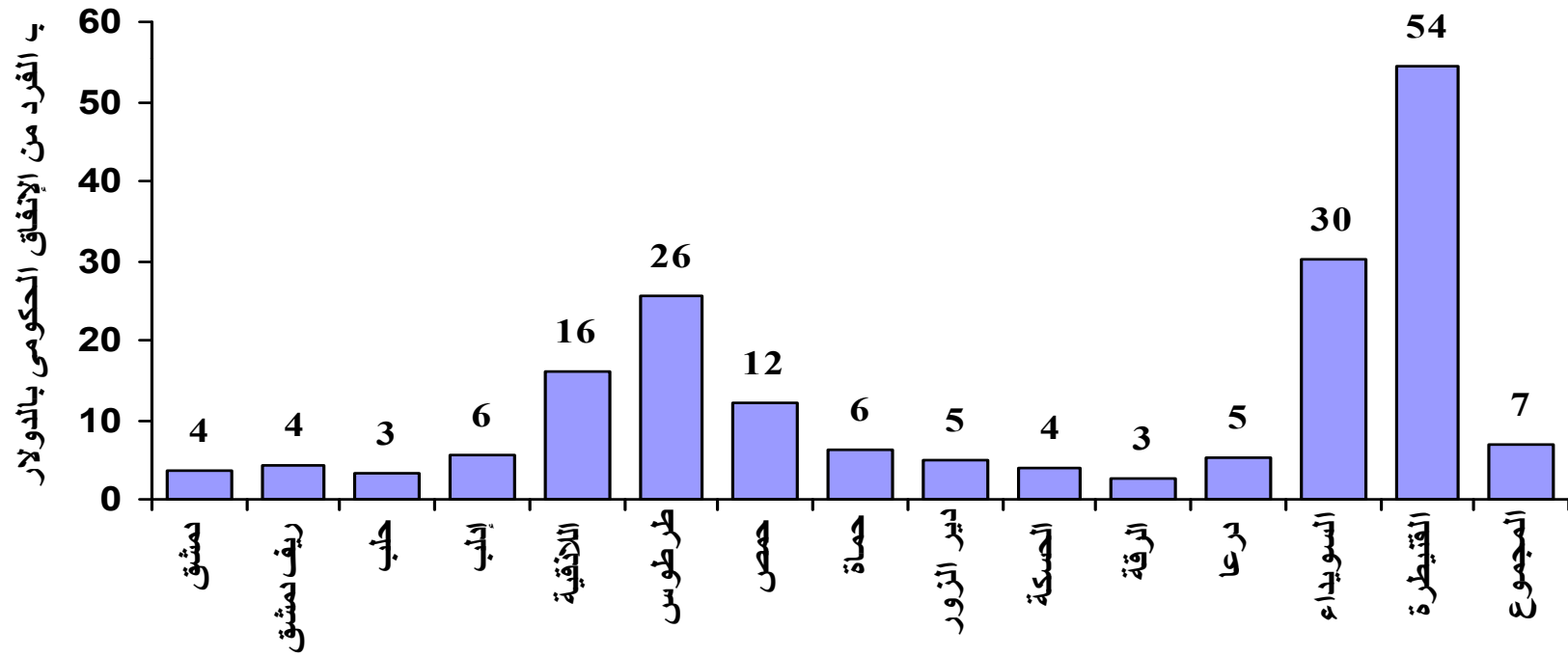
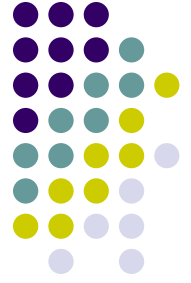




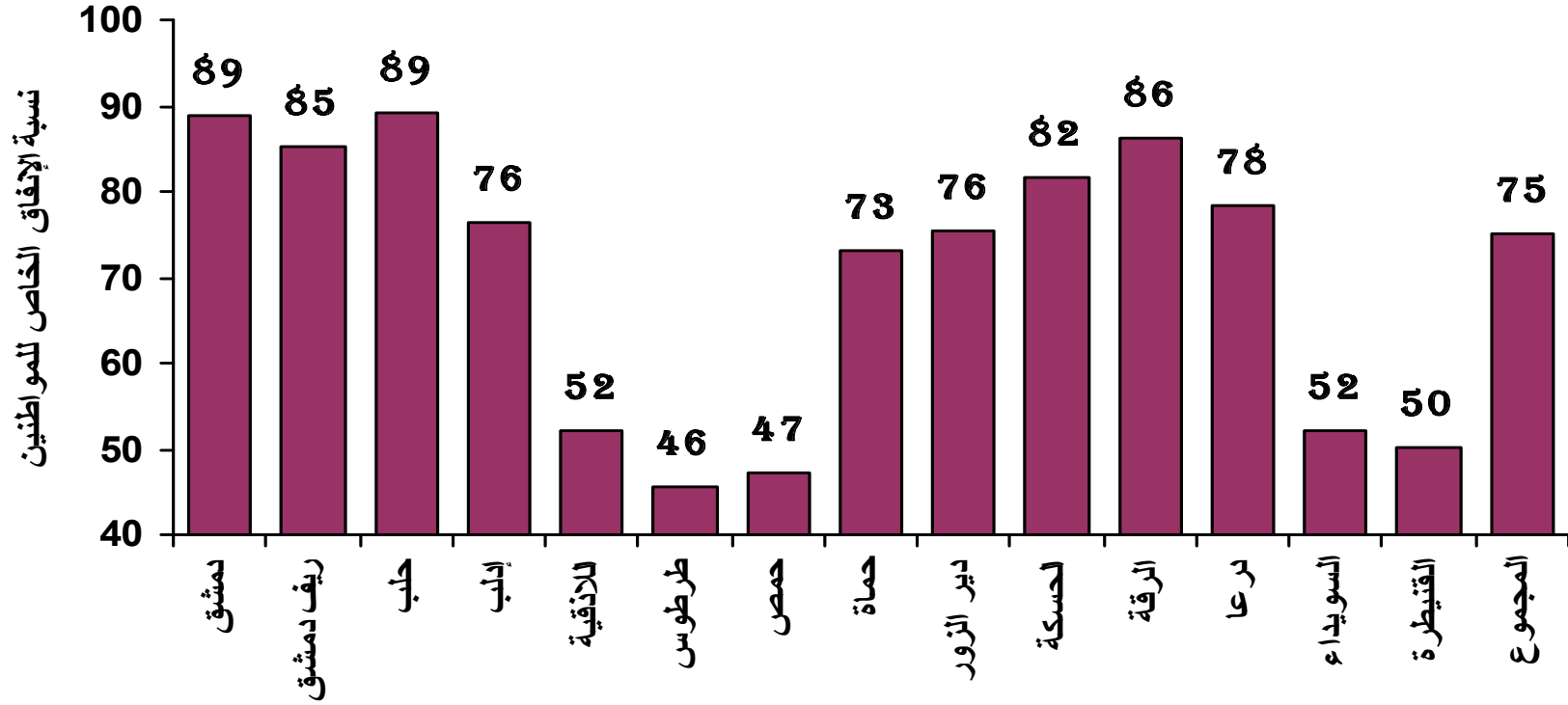
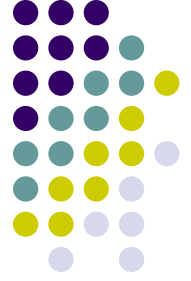
# سوء توزيع الخدمات الصحية

- نصيب ألفرد من الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية الأولية بحوالي 7 دولارات
- نصيب الفرد الحقيقي من الإنفاق يقع تحت هذه المتوسط في كل محافظات المنطقتين الشمالية الشرقية و الوسطى.
- بينما تتمتع محافظات القنيطرة و السويداء و طرطوس و اللاذقية بمستوى أعلى.
- يبلغ متوسط نصيب الفرد 54 دولارا في محافظة القنيطرة
- 30 دولارا في محافظة السويداء
- 26 دولارا في محافظة طرطوس
- 16 دولارا في محافظة اللاذقية
- متوسط نصيب الفرد ثلاثة دولارات فقط في محافظتي حلب و الرقة
- 4 دولارات فقط في محافظات الحسكة و دمشق وريف دمشق
- خمسة لسته دولارات في محافظات درعا وادلب و حماة.
- يجب مراجعة المعايير و الطرق العشوائية المستخدمة في تخصيص الموارد واستبدالها بمداخل منهجية قائمة على دراسة واقعية للاحتياجات الصحية وآليات العرض و الطلب على الرعاية غير الإستشفائية و الأهداف الوطنية الصحية في المحافظات المختلفة.

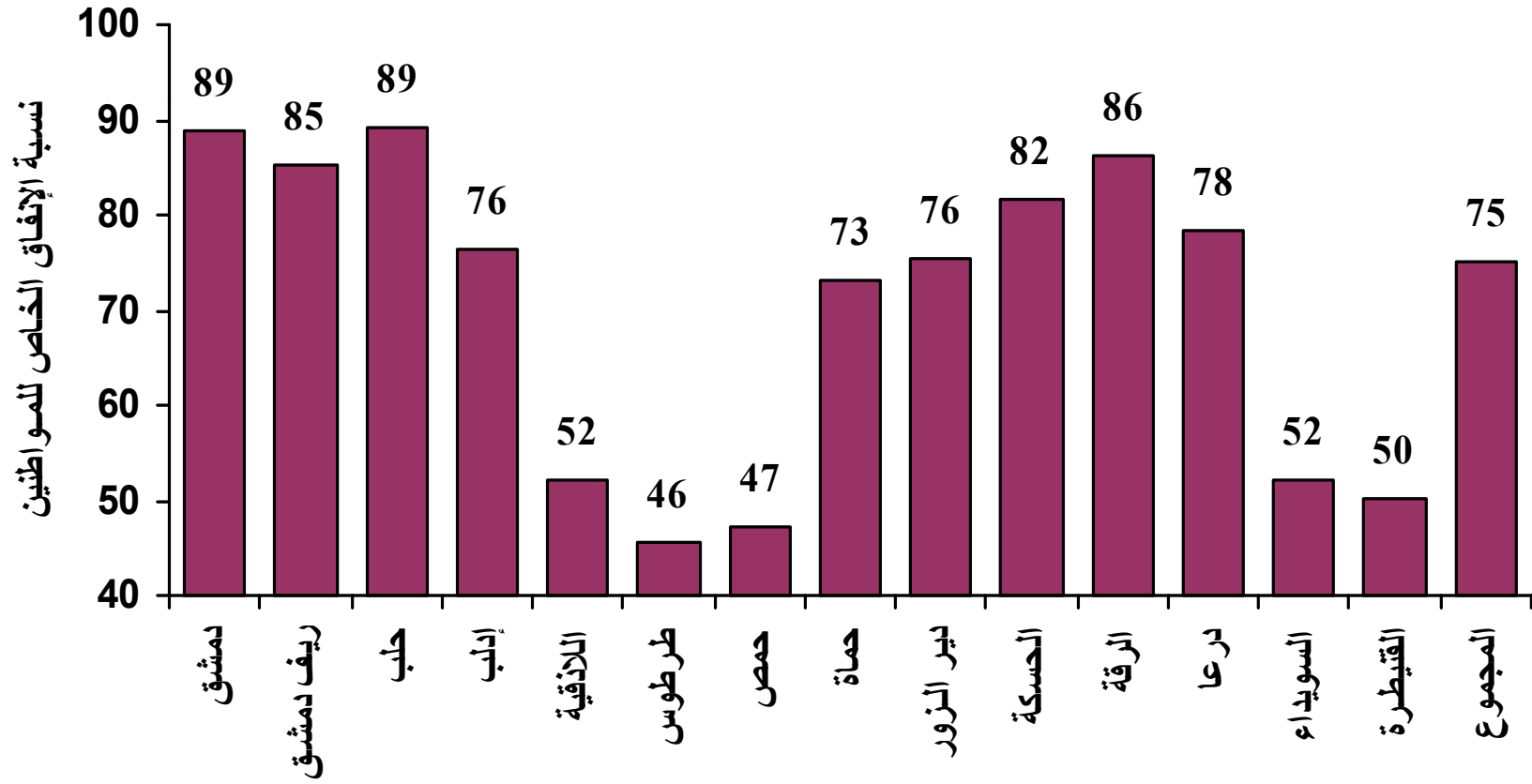
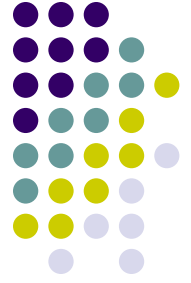
# سوء توزيع الخدمات الصحية

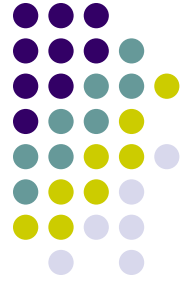


# سوء توزيع الخدمات الصحية



# سوء توزيع الخدمات الصحية





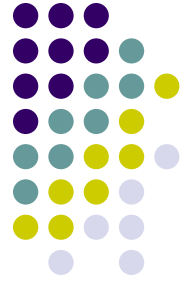
## عوامل تؤثر على مستويات الطلب

- تغيرات في مستوى و طبيعة الإحتياج
- تغيرات في الممارسات الطبية و انماط الإحالة
- تغيرات في افضليات و أنماط الإستهلاك.
- العوامل التكنولوجية
- البدائل العلاجية الأخرى
- عوامل تؤثر على العرض من الرعاية غير الإستشفائيةالعوامل التكنولوجية
- القوى البشرية

# تواجه سوريا ضغوطا اقتصادية كبيرة فى السنوات القادمة

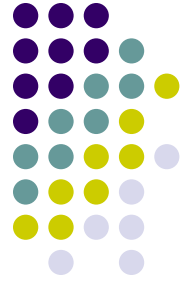


- نصيب الفرد من الدخل الوطنى فى عام 2003 2149 دولارا وهو ما يقل عن معظم الدول العربية الأخرى. لذلك يتطلب تقديم خدمات صحية جيدة توفير موارد اقتصادية كبيرة.
- معدل النمو السكانى فى سوريا من أعلى المعدلات فى المنطقة 2.45% سنويا.
- اذا استمرت معدلات النمو الاقتصادى و السكانى على وتيرتها الحالية سينخفض نصيب الفرد من الدخل الوطنى بحوالى 27% من قيمته الحالية بحلول عام 2020.



## توزع الانفاق الصحي

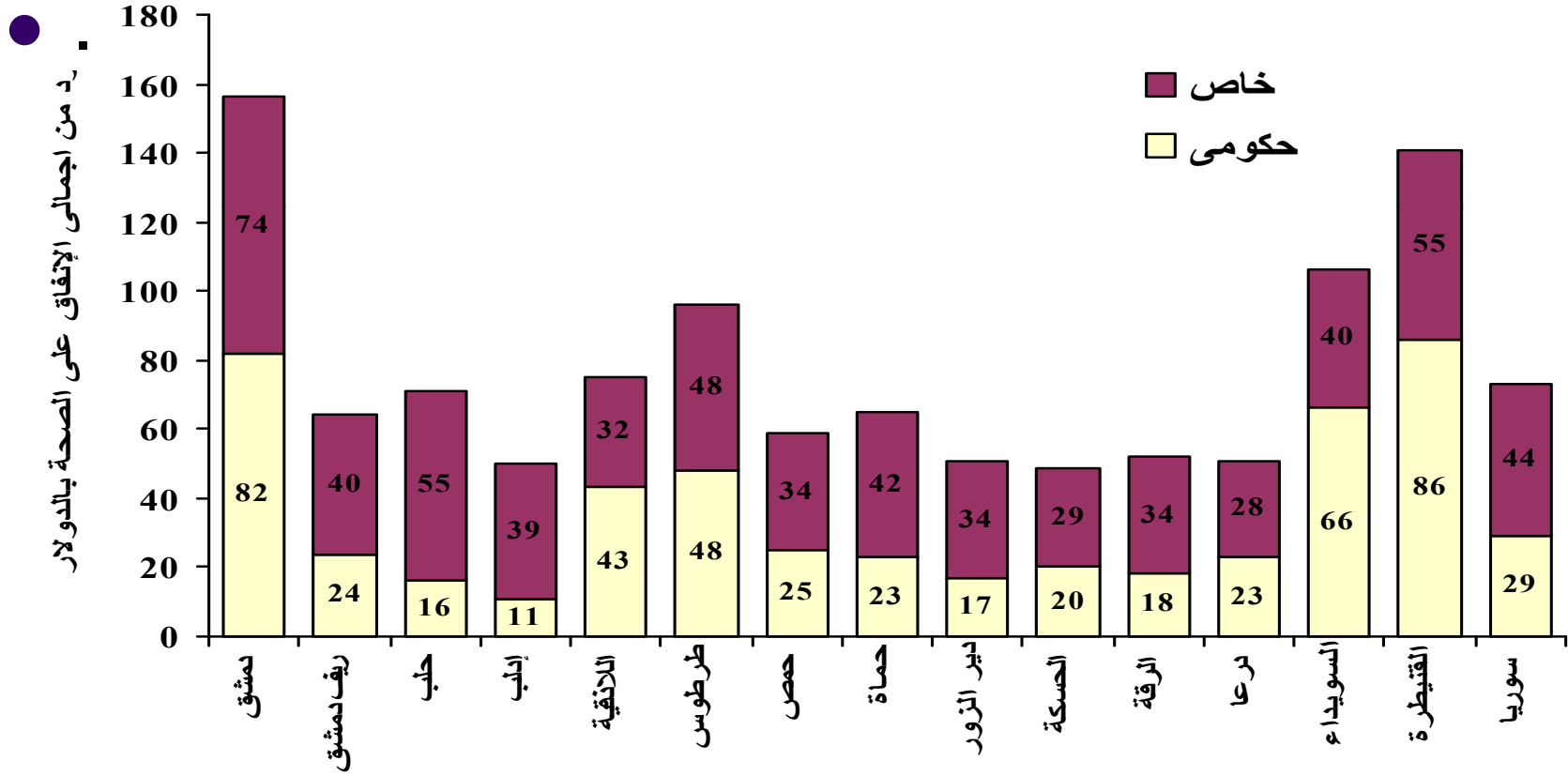
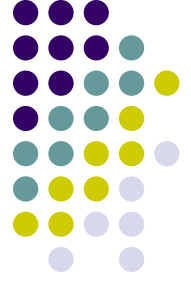
- يقدر اجمالي الإنفاق على الصحة سنويا في سورية بحوالي 71 مليار ليرة سورية (1.3 بليون دولار).
- يساهم القطاع العام بحوالي 28 مليار ليرة سورية (516 مليون دولار) أي ما يقدر بحوالي 39.5%.
- يساهم الإنفاق الخاص بحوالي 43 مليار ليرة سورية (مليون دولار) و هو ما يشكل حوالي 60.5%.

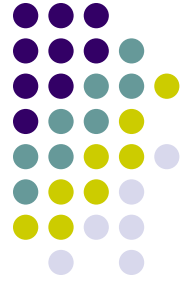


## توزع الانفاق الصحي

- الإنفاق العام على الصحة 6.1% من اجمالي الدخل الوطني المقدر في عام 2003 بحوالي 21.5 بليون دولار.
- الإنفاق الحكومي 2.4%
- الإنفاق الخاص 3.7%

# توزع الانفاق الصحي

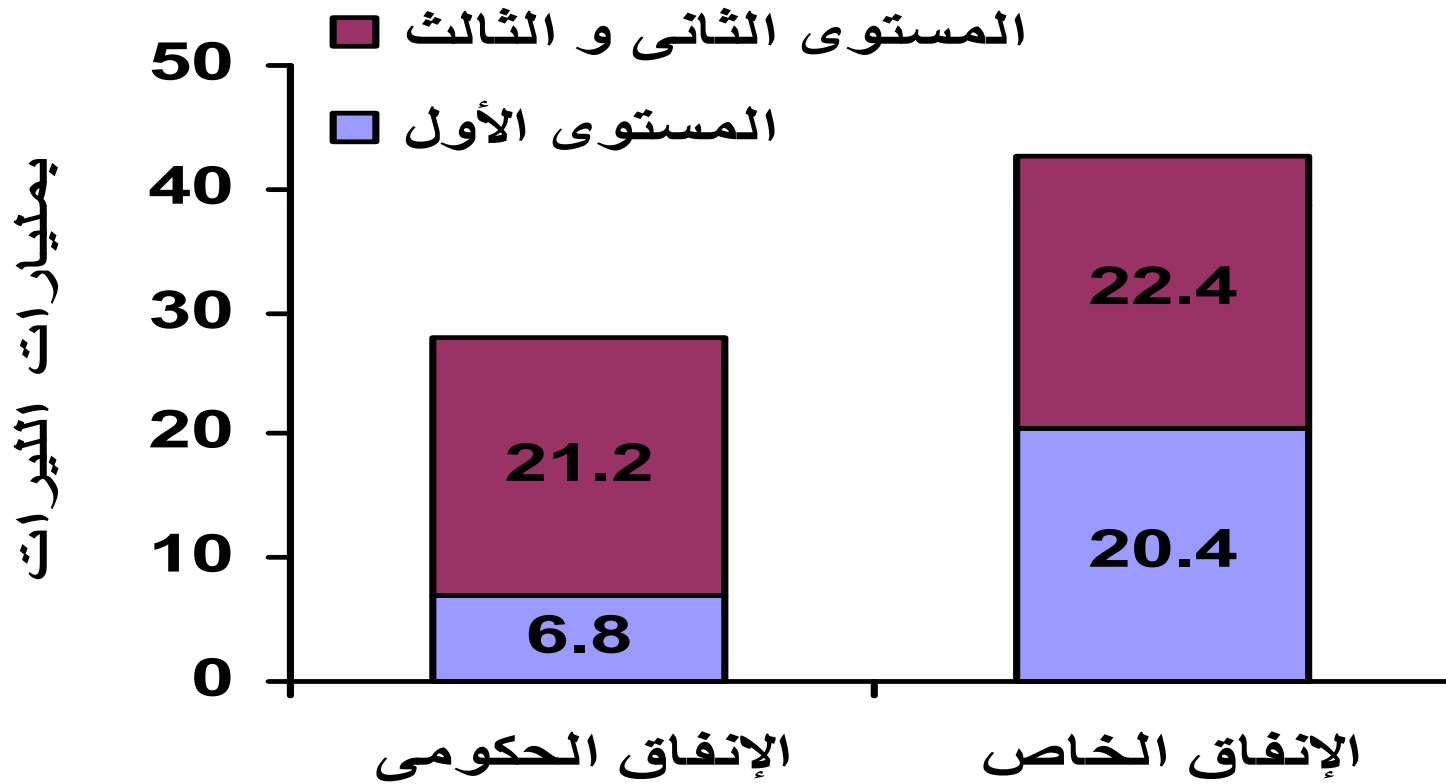
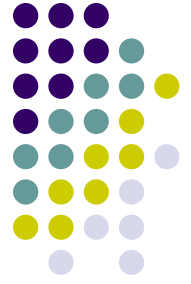




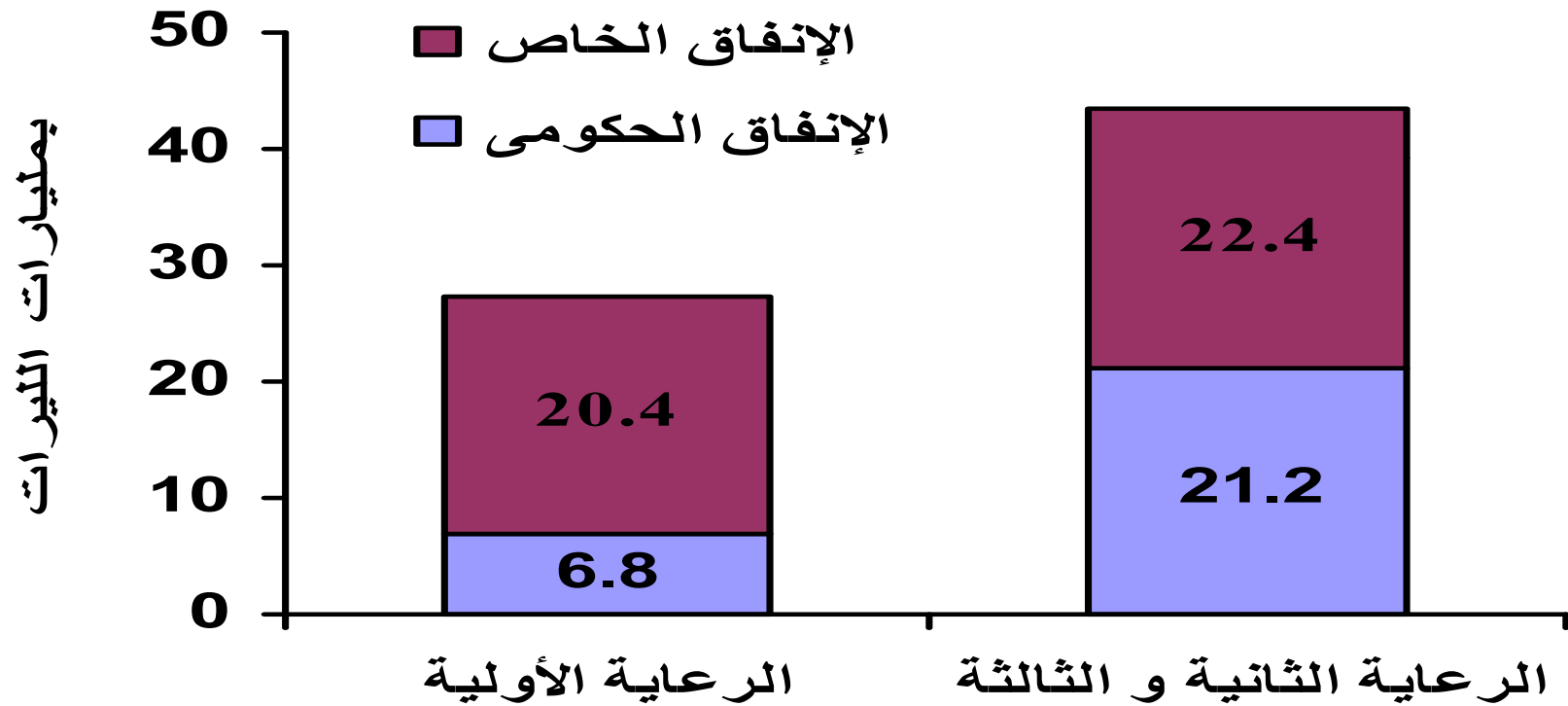
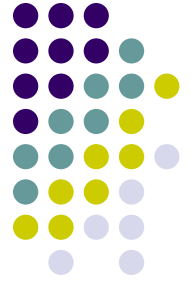
## توزع الانفاق الصحي

- الإنفاق على المستوى الأول -الخدمات غير الإستشفائية:
- حوالى 27.2 مليار ليرة سورية سنويا و هو ما يمثل 38% من الإنفاق على الصحة
- 4\3 الإنفاق الخاص للمواطنين: 20.4 مليار ليرة.
- التمويل الحكومى 4\1: 6.8 مليار ليرة سنويا. (10% من اجمالى الإنفاق على الرعاية الصحية فى سوريا)
- الانفاق على الرعاية الصحية على المستويين الثانى و الثالث: 43.6 مليار ليرة سنويا: 61.6% من اجمالى الإنفاق على الصحة سنويا.
- الانفاق الحكومى 48.7% (21.2 مليار ليرة) (4\3 الإنفاق الحكومى على الصحى)
- الإنفاق الخاص بحوالى 51.3% (22.4 مليار ليرة).

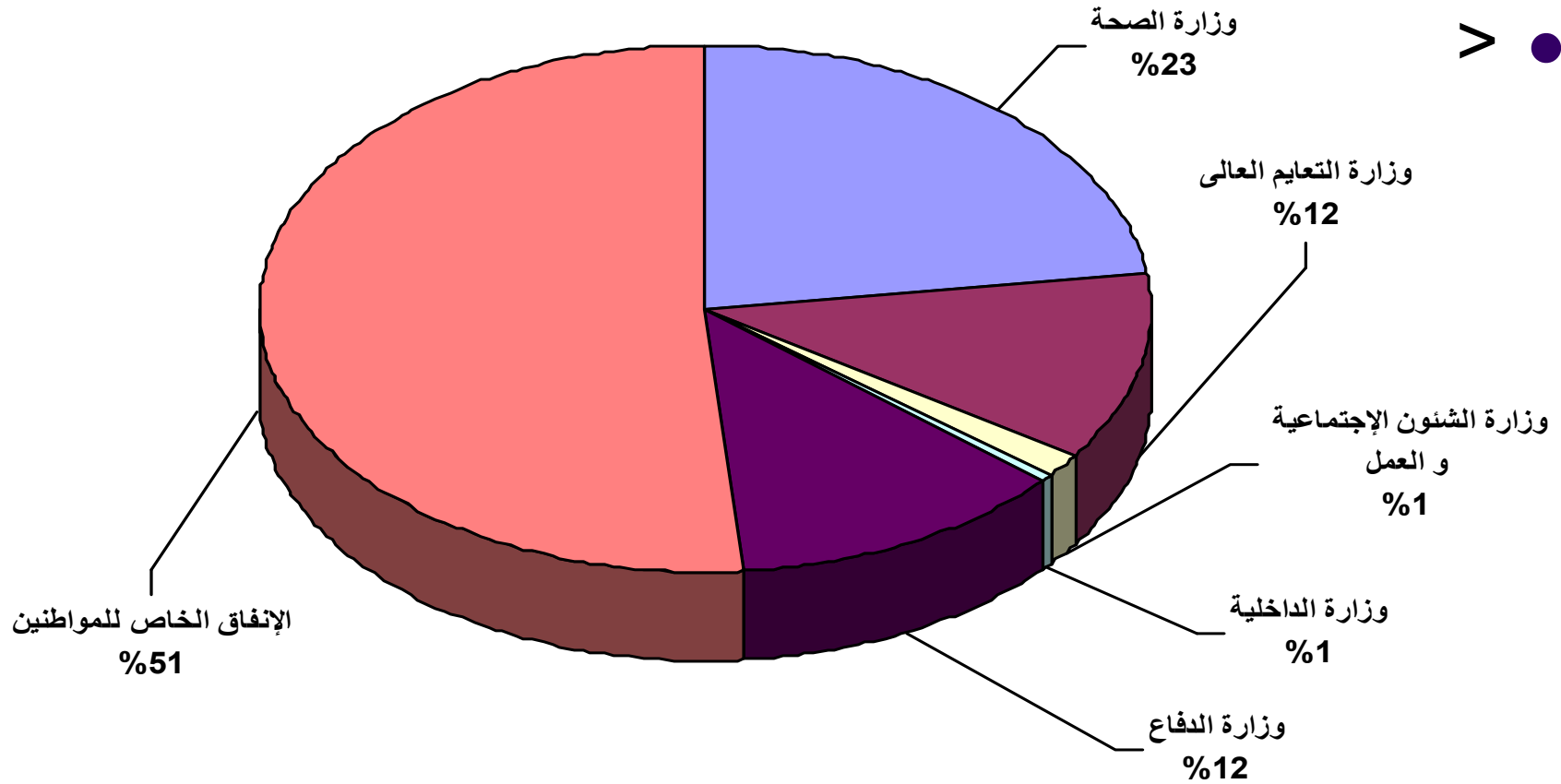
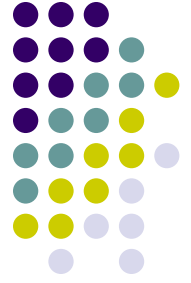
# توزع الانفاق الصحي



# توزيع الانفاق الصحي



# توزيع الانفاق الصحي





## توزع الانفاق الصحي

انحياز تخصيص الموارد نحو المحافظات والشرائح الإجتماعية الأحسن حالا:

● ارتفاع نسبة التمويل الخاص للمواطنين من اجمالي الإنفاق على الرعاية الإستشفائية في المحافظات الأكثر فقرا عن المحافظات الأيسر حالا.

● التمويل الخاص للمواطنين

● 79% في محافظة ادلب

● 69% في محافظة حلب

● 65% في محافظة حمص

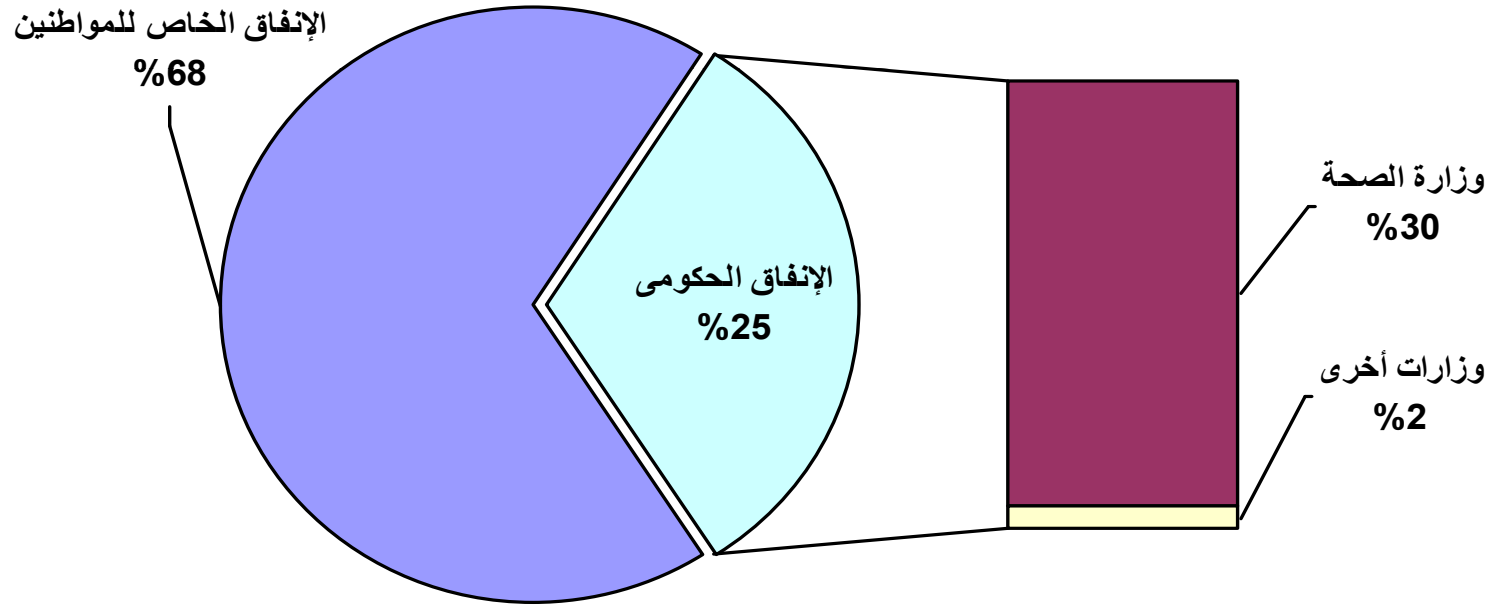
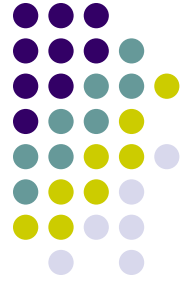
● 60% في محافظة الحسكة

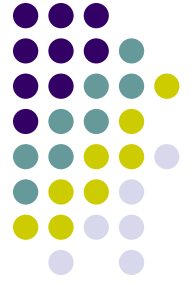
● 53% في محافظة الرقة.

● 17% في محافظة السويداء

● 30% في محافظتي اللاذقية و درعا.

# توزيع الانفاق الصحي

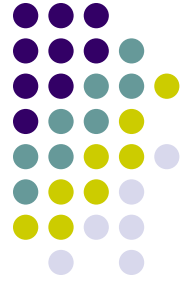




# أولويات تطوير نظام تمويل القطاع الصحي

## فصل تمويل الخدمات عن تقديم الخدمات

- هيئة وطنية مستقلة لتمويل و تأمين الخدمات الصحية للمواطنين تلعب دورا أساسيا في تأمين و شراء الخدمات الصحية من مقدمي الخدمة طبقا لمعايير وأسس تعاقدية.
- هيئة رقابية و إشرافية على القطاع الصحي وهو دور وزارة الصحة في المستقبل:
  - مراقبة التزام مقدمي الخدمات بالقواعد المهنية و الأخلاقية في عملهم
  - التأكد من التزام مقدمي الخدمات بإجراءات تشخيصية و علاجية موحدة على مستوى القطر و لجميع المواطنين.
  - ضمان قدرة القوى البشرية و المؤسسات الصحية على مزاولة المهنة والاستمرار في مزاولتها.
- هذا اضافة إلى دور مؤسسات المجتمع المدني في الرقابة على مقدمي الخدمات.

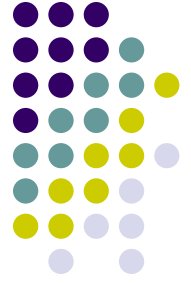


## تحقيق شمولية و كفاية التمويل

### تعدد قنوات وآليات التمويل الصحي:

- سبب هامما في عدم فاعلية وعدم كفاءة النظام الصحي
- تحول هذه التجزئة دون إمكانية تحقيق زيادة حقيقية في الموارد التي تكفل كفاية التمويل.

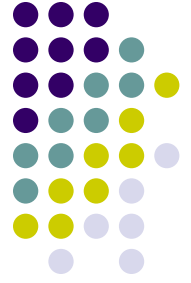
# تركيز التنافسية بين مقدمي الخدمات عن طريق التمويل الكفاء



ساهمت نظم التوظيف و الرواتب في القطاع الصحي  
الحكومي:

- تدهور معدلات الأداء وجودة الخدمات بسبب غياب التحفيز على الأداء الجيد أو معاقبة سوء الأداء
- تركيز التنافسية بين مقدمي الخدمات للحصول على التمويل هي المحور الإستراتيجي الأكبر لتحسين جودة الخدمات ورفع معدلات أداء النظام الصحي

# حماية و تأمين الخدمات الصحية للفقراء



يعيب النظام الصحى الحالي تمييز واسع ضد الفقراء و الفئات المعوزة

- بمراجعة الاستثمارات الرأسمالية و الجارية الحكومية نجد أنها تتركز:
  - في المناطق الغنية أكثر من الفقيرة
  - المدن أكثر من القرى
  - المحافظات الرئيسية منها في المحافظات الطرفية.
- ذات الحال في القطاع الخاص
- تزداد الفجوة اتساعا إذا ما أخذت نوعية و جودة الخدمات في الاعتبار.

# تحقيق الكفاءة الاقتصادية لإدارة الخدمات



## النظام التمويل المقترح للخدمات الصحية:

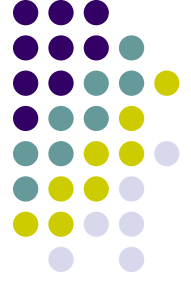
- يعتمد أسس تعاقدية مع مقدمي الخدمات الصحية
- مسؤولية الإدارة المالية و الاقتصادية للمؤسسات الصحية تتمتع باستقلالية كاملة في الإدارة في أيدي مقدمي الخدمة.
- تحريض القطاع الخاص على الاستثمار في إنشاء و إدارة مراكز استشارية و تدريبية تساعد مقدمي الخدمات على تحقيق الكفاءة الاقتصادية.

# تشجيع و دعم القطاع الخاص



- تستطيع آليات السوق الإجماعى المنظم من قبل الدولة تأمين الخدمات الصحية للمواطنين وضمان جودتها وعدالتها وتحقيق الكفاءة الإقتصادية التي يتميز بها القطاع الخاص.
- تشجيع الدولة مشاركة القطاع الخاص في الاستثمار في القطاع الصحي بتوفير الإطار القانوني وبما يضمن الشفافية والتنافسية نشاطه
- التعامل مع كلا القطاعيين باستخدام نفس المعايير و الأسس التعاقدية و الرقابية.

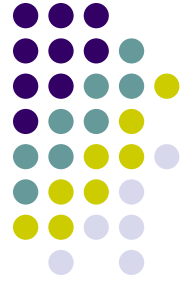
# حزمة السياسات المتعلقة بتطوير نظام تمويل القطاع الصحي



## إحداث و تطوير صندوق وطني موحد و مستقل لإدارة تمويل الخدمات الصحية

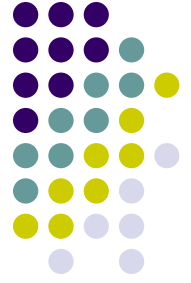
- دمج جميع القنوات التمويلية الحكومية في صندوق وطني موحد ومستقل عن وزارة الصحة وشامل عن وزارة الصحة
- تدير فروع الصندوق بالمحافظات هذه الموارد بالشكل الأمثل الذي يؤمن الخدمات الصحية للمواطنين بأعلى جودة ممكنة و أقل كلفة اقتصادية.
- تتوقف الدولة عن الاستثمار الرأسمالي في المنشآت الصحية (اي في حالات الضرورة القصوى).
- يستخدم هذه الصندوق الحافز المادي التعاقدى لتشجيع مقدمي الخدمات أنفسهم على الاستثمار الصحي طبقا لخطة وطنية تعتمد على معايير رشيدة.
- تطوير الإطار القانوني و النظم الإدارية و توفير الكوادر البشرية القادرة على إدارة هذا الصندوق.

# تطوير نظم تعاقدية مع مقدمى الخدمات تعزز التنافسية من خلال التمويل الكفاء



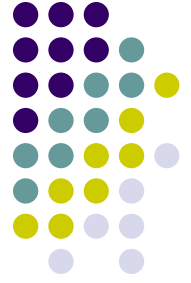
- تطوير عدة خيارات تعاقدية للصندوق الوطني لتمويل الخدمات الصحية مع مقدمي الخدمات
- تتمتع هذه البدائل التعاقدية بالمرونة مع مقدمي الخدمات والبنية التحتية والكوادر البشرية
- ترتبط هذه النظم التعاقدية بشبكة الأمان الموجهة للفقراء وذوي الاحتياجات الخاصة
- وترتبط بمعدلات الأداء ومعايير الجودة

# تطوير نظم تعاقدية مع مقدمى الخدمات تعزز التنافسية من خلال التمويل الكفاء



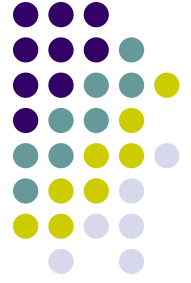
- تطوير عدة خيارات تعاقدية مرنة للتعاقد مع مقدمي الخدمات.
- ترتبط هذه النظم التعاقدية بنسبة وحدة الفقر والاحتياجات الصحية الخاصة بكل منطقة أو محافظة.
- ترتبط النظم التعاقدية بمعدلات الأداء و معايير الجودة حيث ستركز التعاقد على اعتمادية كل مؤسسة من قبل هيئة وطنية مستقلة لإدارة الجودة.

# تحديد حقيية الخدمات الأساسية للمواطن السوري و حساب كلفة تقديمها

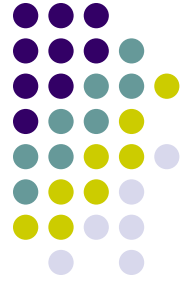


- سيتم تحديد و حساب كلفة حقيية للخدمات الصحية الوقائية و العلاجية الأساسية التي يجب تأمينها لجميع المواطنين بغض النظر عن قدرتهم على الدفع. و ستعكس هذه الحقيية المشكلات الصحية ذات الأولوية في المجتمع السوري و كذلك التدخلات الصحية التي تحقق أعلى مردود صحي من كلفتها. و سيتم تحديد هذه الحقيية بمراجعة أسباب الوفاة و المراضة و كذلك الأهداف و الأولويات الصحية الوطنية و بأجراء دراسات الكلفة الإقتصادية للتدخلات الصحية. و سيمثل تأمين حصول جميع المواطنين على حقيية الخدمات الأساسية المهمة الأولى للصندوق الوطني لتمويل الخدمات، كما تمثل هذه الحقيية المحور التعاقدى الأهم بين الصندوق و مقدمي الخدمات.

# إحداث شبكات أمان لحماية و تأمين الخدمات الصحية للفقراء



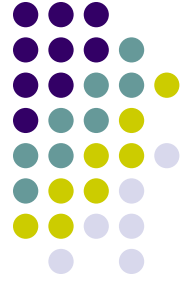
- إنشاء شبكات أمان لتأمين الخدمات غير المدرجة في حقيبة الخدمات الصحية الأساسية للفقراء وذوى القدرة المحدودة على الدفع.
- تطوير شراكات فاعلة مع المجتمع الأهلي للمساهمة في تمويل وإدارة هذه الشبكات مع الدولة.
- تطوير آليات للتمويل تضمن الكفاءة الاقتصادية وتحافظ على كرامة الفقراء وتحد من التمييز ضدهم عند حصولهم على الخدمات الصحية.



## زيادة الموارد المالية للقطاع الصحي

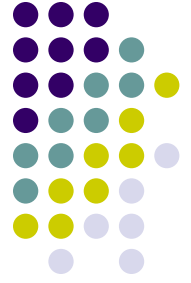
- إدخال نظام الدفع مقابل الخدمة في جميع مؤسسات الخدمات الصحية لتغطية كلفة الخدمات الصحية غير المدرجة في حقيبة الخدمات الأساسية.
- سيتم تمويل هذه الخدمات للفقراء و ذوي القدرة المحدودة على الدفع من خلال شبكات الحماية و الأمان السابق ذكرها.
- تحديد أسعار الخدمات بما يوازن بين الخدمة والجودة.
- تطوير آليات فاعلة للرقابة وتغليظ العقوبات في حال مخالفتها وكذلك آلية دورية لمراجعتها.

# تشجيع استثمارات القطاع الخاص في الخدمات الداعمة للمؤسسات الصحية



- تشجيع القطاع الخاص على الاستثمار في الخدمات الداعمة للمؤسسات الصحية عن طريق الحوافز القانونية و الضريبية و عن طريق شراكات متنوعة مع الدولة. (الصيانة، والنظافة الغسيل، النفايات).

# مشروع الصندوق الوطني لتمويل الخدمات الصحية



يقوم على:

- فصل تمويل الخدمة عن تقديمها والإشراف عليها.
- تحقيق شمولية و كفاية التمويل و تركيز التنافسية بين مقدمى الخدمات عن طريق التمويل الكفاء.
- و يتضمن المشروع التحول من النظم الحالية فى تخصيص الموارد المالية الى نظام أكثر عدالة
- تأسيس وتشغيل وتطوير النظم الإدارية والرقابية لهيئة مستقلة تدعى الصندوق الوطنى لتمويل الخدمات الصحية بغض النظر عن قدرة المواطنين على الدفع

**يهدف إلى:**

- نظام تمويل مستقل و كفاء يؤمن حزمة من الخدمات الصحية الأساسية لجميع المواطنين،
- علاقات تعاقدية سليمة بين نظام التمويل و مقدمى الخدمات تتفصل فيها المصالح و تحدد فيها المسئوليات،
- خدمات صحية أكثر جودة و تنافسية أعلى بين مقدمى الخدمات،
- هدر أقل و نظم رقابية أكفاء على مقدمى الخدمات،
- قوى بشرية ذات قدرات عالية على الإدارة الإقتصادية للقطاع الصحى.



# مشروع تطوير الضمان الصحى

## يقوم المشروع إلى:

- التأمين الصحى ثالث الروافد التمويلية و يهدف الى تمويل الخدمات الصحية غير المدرجة فى حزمة الخدمات الأساسية لذوى القدرة على الدفع أو للمواطنين التى تشملهم صناديق ضمان صحى موجودة مثل الضمان الصحى للعاملين بالدولة و الشركات و النقابات.
- و تحدد الإستراتيجية الصحية ضرورة التوسع التدريجى المحسوب فى تغطية هذه الأوعية التأمينية
- **يهدف المشروع إلى:**
- مستوى صحى أعلى و أعباء اقتصادية و اجتماعية أقل على المواطن و الدولة،
- تغطية أكبر للمواطنين بالضمان الصحى و تأمين أكبر للخدمات الصحية،
- زيادة فى تمويل الخدمات الصحية و تحسن فى جودة و تغطية الخدمات،
- أطر قانونية عادلة و شفافة و تنافسية أعلى بين مقدمى الخدمات،
- قوى بشرية مؤهلة فى الإدارة الاقتصادية و المالية للقطاع الصحى.



## المرجع الأول : الخطة الخمسية العاشرة

### و- البرامج و المشروعات

أدناه ملخص البرامج و المشروعات ذات الأولوية المتضمنه في الخطة الخمسية العاشرة و التي تم اختيارها وفق مقياس معايير الأولوية التي اعتمدها الخطة.

مساهمة الدولة في المشروع						الكلفة الإجمالية		تسلسل الأولوية للبرامج و المشروعات
التشغيل		الاستثمارات		اجمالي المساهمة				
%	ملايين الليرات	%	ملايين الليرات	%	ملايين الليرات	%	ملايين الليرات	
70.1	67251	1.8	1138	43.1	68389	35.3	77797	المجموعة ذات الأولوية الأولى
0.0	0	0.2	124	0.1	124	0.1	181	مشروع تطوير وزارة الصحة و اعادة هيكلتها
0.0	0	0.5	293	0.2	293	0.2	461	مشروع دعم الامركزية الإدارية
22.4	21495	0.2	127	13.6	21622	9.8	21622	مشروع الصندوق الوطني للتمويل الصحي
9.3	8893	0.0	0	5.6	8893	8.2	18048	مشروع شبكات الأمان و الحماية الصحية للفقراء
38.2	36635	0.3	212	23.2	36847	16.7	36847	مشروع تطوير الضمان الصحي
0.1	138	0.2	110	0.2	248	0.1	276	مشروع الهيئة الوطنية للإعتمادية و إدارة الجودة
0.1	90	0.4	272	0.2	262	0.2	362	مشروع الهيئة الوطنية للحداء و الدواء
29.7	28483	92.9	59557	55.4	88040	49.2	108281	المجموعة ذات الأولوية الثانية
0.0	0	5.9	3774	2.4	3774	1.7	3774	مشروع تطوير الرعاية غير الإستشفائية و اعادة هيكلتها
19.9	19073	57.0	36586	35.0	55659	32.1	70659	مشروع تطوير الرعاية الإستشفائية و اعادة هيكلتها
1.9	1792	0.4	265	1.3	2056	1.1	2356	مشروع تطوير المنظومة الوطنية للإسعاف و الطوارئ
0.0	23	0.1	69	0.1	92	0.2	415	الدولة

الجمهورية العربية السورية

رئاسة مجلس الوزراء

الرقم : ٥٧٤٠ / ١

السيد وزير الصحة

# المرجع الثاني : توصيات رئاسة مجلس الوزراء

أوصى مجلس الوزراء في جلسته المنعقدة بتاريخ ٢٠٠٥/٧/٣٠ أثناء مناقشة موضوع الضمان الصحي والتأمين الصحي للأخوة المواطنين تكليفكم بـ :

- متابعة تنفيذ مشروع تحديث القطاع الصحي ، الذي تعد أهم مكوناته الضمان الصحي وتنفذه وزاراتكم بتمويل وإشراف الاتحاد الأوربي في محافظتي (درعا - اللاذقية).
  - إعداد الدراسات اللازمة والاجراءات التحضيرية المطلوبة تمهيداً لتطبيق الضمان الصحي من قبل وزاراتكم في محافظة ( الرقة ) خلال مدة ٦/ اشهر وموافقتنا بمذكرة تفصيلية تبريرية تتضمن رؤيتكم والمتطلبات اللازمة ومقترحاتكم ومشروع القرار اللازم للتنفيذ بالتنسيق مع السيد نائب رئيس مجلس الوزراء للشؤون الاقتصادية ليصار إلى العرض على مجلس الوزراء .
  - رفع نتائج تطبيق تجربتين أعلاه وتقييمهما والصعوبات والحلول اللازمة ومقترحاتكم ليصار الى الأخذ بها في مشروع قانون الضمان الصحي .
- يرجى الاطلاع وإجراء المقتضى .

دمشق في ٨ / ٢٠٠٥ م

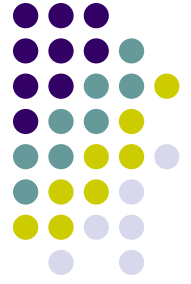
/ذ/

رئيس مجلس الوزراء

المهندس محمد ناجي عطري

١١  
١٢  
١٣  
١٤  
١٥  
١٦  
١٧  
١٨  
١٩  
٢٠  
٢١  
٢٢  
٢٣  
٢٤  
٢٥  
٢٦  
٢٧  
٢٨  
٢٩  
٣٠  
٣١  
٣٢  
٣٣  
٣٤  
٣٥  
٣٦  
٣٧  
٣٨  
٣٩  
٤٠  
٤١  
٤٢  
٤٣  
٤٤  
٤٥  
٤٦  
٤٧  
٤٨  
٤٩  
٥٠  
٥١  
٥٢  
٥٣  
٥٤  
٥٥  
٥٦  
٥٧  
٥٨  
٥٩  
٦٠  
٦١  
٦٢  
٦٣  
٦٤  
٦٥  
٦٦  
٦٧  
٦٨  
٦٩  
٧٠  
٧١  
٧٢  
٧٣  
٧٤  
٧٥  
٧٦  
٧٧  
٧٨  
٧٩  
٨٠  
٨١  
٨٢  
٨٣  
٨٤  
٨٥  
٨٦  
٨٧  
٨٨  
٨٩  
٩٠  
٩١  
٩٢  
٩٣  
٩٤  
٩٥  
٩٦  
٩٧  
٩٨  
٩٩  
١٠٠



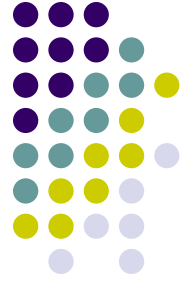


# ما هو التأمين الصحي؟

## ما هو التأمين الصحي؟

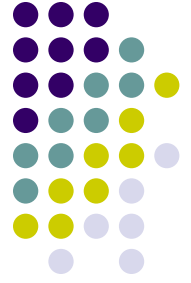
- مساهمات تدفع مسبقاً للرعاية الصحية
  - رعاية صحية تقدم حسب الحاجة
  - اعانات تقدم للمرضى، للفقراء، لكبار السن
  - تأمين صحي تأمين الزامي للمجموعات المعرضة للخطر
- ### أنظمة تمويل رعاية صحية أخرى
- أنظمة صحية تعتمد على الدفع من الجيب الخاص
  - أنظمة صحية تعتمد على الدفع من الضرائب

# ما هو التأمين الصحي؟



- الضمان الصحي الاجتماعي مقابل الخاص
  - مساهمات حسب الدخل
  - مساهمات حسب درجة الخطورة (مخاطرة عالية / منخفضة)
  - العضوية الزامية أو اختيارية (المجموعات كبيرة / صغيرة)

# ما هو التأمين الصحي؟



## حقيبة الامان الاجتماعي

- الصحة ( 3% / 6% )
- الموت , العجز , التقاعد ( 7% / 14% )
- اصابات العمل ( 2% )
- العاطلين عن العمل
- رعاية طويلة الأمد



### حاليا: العبء المالي للرعاية الصحية موزع بشكل غير عادل

- >1% يدفعون 25-30% من إجمالي النفقات
- حوالي 10% مسئولين عن 50% من النفقات
- <50% يدفعون 1-3% من إجمالي النفقات

### الإفكار بسبب النفقات الصحية

- يقع أكثر من 100 مليون في الفقر بسبب النفقات الصحية
- الهند: بعد الدخول للمستشفى، تصبح 25% من العائلات مفلسة

## توزيع الانفاق الاسري على الصحة

فئة كبيرة بإنفاق منخفض

فئة قليلة بإنفاق كبير

فئة قليلة جداً بإنفاق عالي المستوى

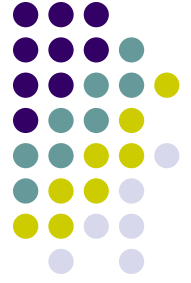
Rare high cost conditions might be underrepresented

الانفاق الاسري على الصحة في سورية 2002	% of house holds
0	22
1-5.000	24
>5.000-10.000	19
>10.000-20.000	21
>20.000-30.000	9
>30.000-40.000	3
>40.000-50.000	1
>50.000	1
<b>Total (n=7.185)</b>	<b>100</b>



## اجمالي الانفاق على الرعاية الصحية في سورية 2003

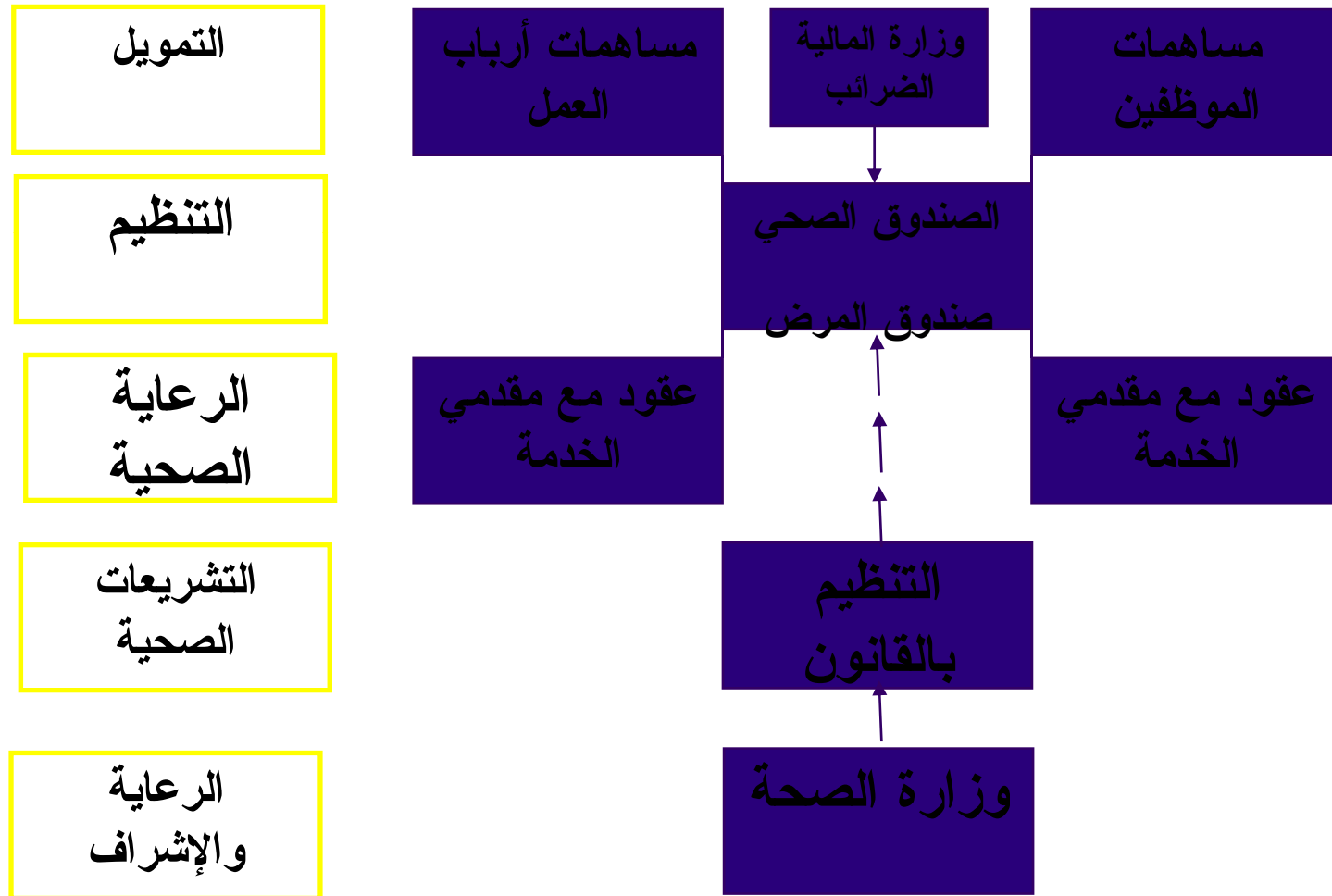
الحكومة	27.018.000.000 SP	49 %
المنح	500.000.000 SP	1 %
الانفاق الاسري	27.477.000.000 SP	50 %
الانفاق العام	54.021.415.000 SP	100 %



# فرص التأمين الصحي

- مخاطرة وعدم تأكد في الصحة والرعاية الصحية
  - حدوث غير متوقع للأمراض
  - أسعار لا يمكن احتمالها للرعاية الصحية
  - خطر تأجيل الرعاية الصحية
- أسواق التأمين الصحي غير كفئة في معظم الأحيان
  - الاختيار غير السليم والخطر الأخلاقي كلاهما يسبب فشل كبير في السوق
  - على الحكومة أن تقدم الدعم والتشريعات والإشراف

# نظام مبسط للتأمين الصحي

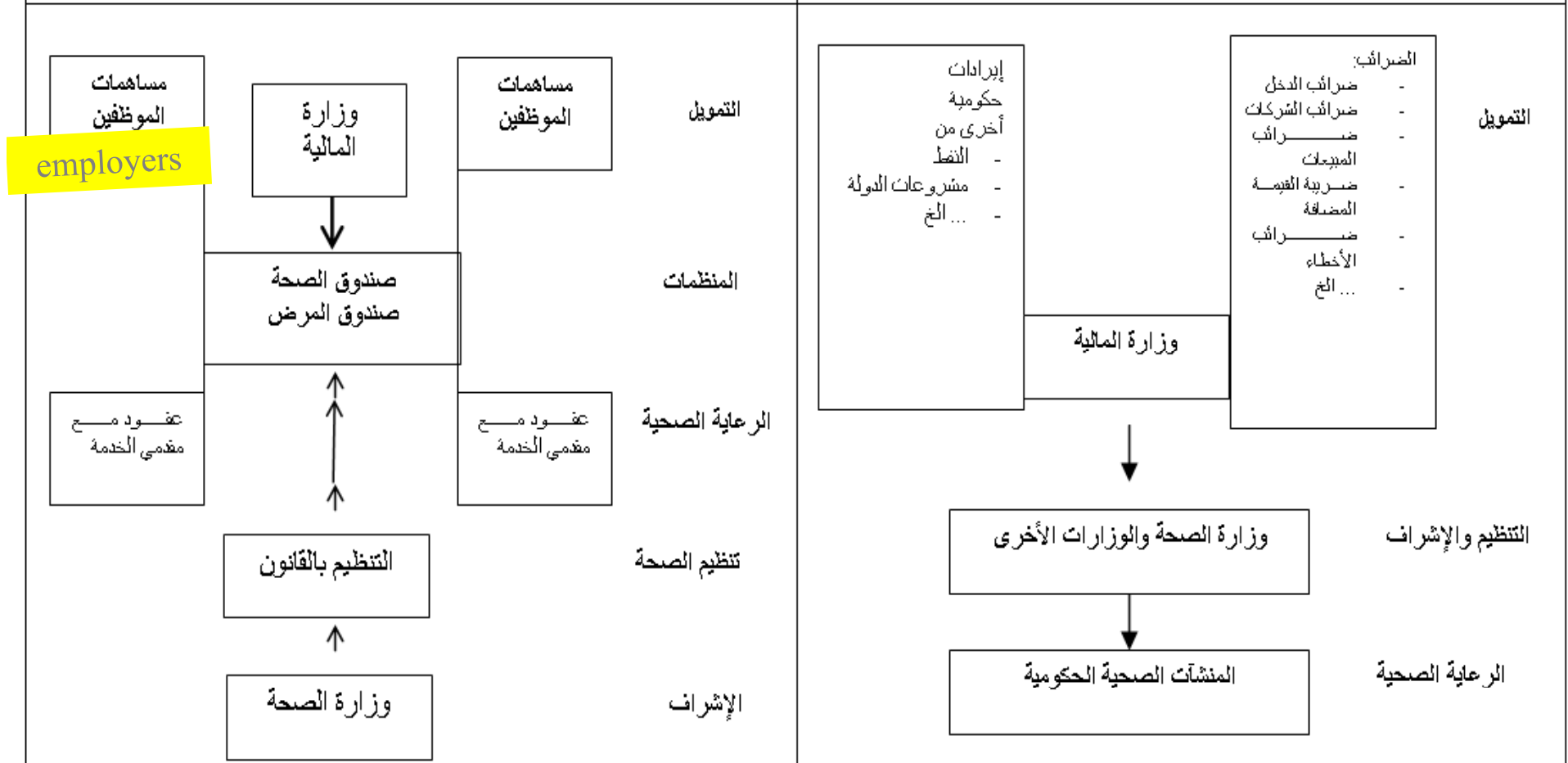




## الفوارق الأساسية بين التأمين الصحي الاجتماعي وتقديم الرعاية الصحية الحكومية

### تقديم الرعاية الصحية للتأمين الصحي

### تقديم الرعاية الصحية الحكومية





# ثلاثة أمور أساسية للنظام الصحي





# المكونات الرئيسية لنظام التأمين الصحي

#

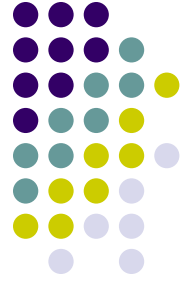
## Characteristics of health insurance schemes

### المميزات الأساسية لخطط لضمان لصحي

1	Setting up the scheme	وضع المخطط أو النظام	1
2	Membership	العضوية	2
3	Financing	التمويل	3
4	Benefits provided by scheme	الفوائد المرجوة من النظام التأميني	4
5	Risk management	ادارة المخاطر	5
6	Services	الخدمات	6
7	Legal issues, constitution	مسائل قانونية_ الدستور	7
8	Administration	الادارة	8
9	Healthcare provision	شرط لرعاية الصحية	9
10	Provider payment	مساهمات المزود	10
11	Financial profile	الملف المالي	11
12	Statistical profile	الملف الاحصائي	12
13	Implications	تضمينات	13
14	Health authorities – role of the state	الجهات الصحية المسؤولة_ نور لدولة	14

InfoSure

# أمثلة وتجارب



## كوريا الجنوبية

### ● برنامج العوز (1976)

### ● الشركات (إدخال تدريجي)

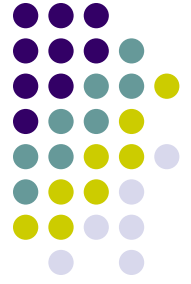
1976	أكثر من	500	عامل/موظف	✓
1979	أكثر من	300	عامل/موظف	✓
1981	أكثر من	100	عامل/موظف	✓
1983	أكثر من	16	عامل/موظف	✓
1988	أكثر من	5	عامل/موظف	✓

### ■ موظفو الحكومة والأساتذة (1979)

### ■ أصحاب المهن الحرة

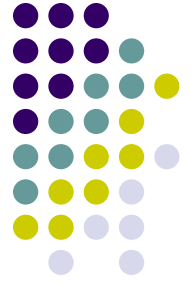
1981	التجربة الرائدة في المناطق الريفية	1988	إدخال الجميع في عام	✓
1982	التجربة الرائدة في المدن	1989	إدخال الجميع في عام	✓

# قانون الضمان الصحي الوطني في الفلبين (1995)

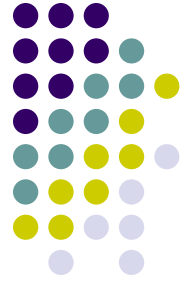


- اندماج أنظمة الضمان الرسمية الموجودة :
  - موظفو القطاع الخاص
  - موظفو الحكومة
- برنامج العوز لحوالي 25%
- الضمان الصحي لذوي المهن الحرة كأولوية وطنية
- اعتماد أنظمة الضمان الصغيرة للمقاطعات والمجموعات السكانية

# تغطية نظام الضمان الصحي الوطني في الفلبين عام 2003



النسبة (%)	عدد المستفيدين	
55.4	20.676.114	موظفو القطاع الخاص
23.9	8.948.003	موظفو الحكومة
7.6	2.847.464	الفقراء
11.2	4.181.464	ذوو المهن الحرة
1.9	716.172	الفئات التي لاتدفع
100	37.460.401	العدد الكلي للمستفيدين
	77.925.894	العدد الاجمالي للسكان
48.07		النسبة المئوية للمستفيدين من إجمالي السكان



# الدروس الأساسية التي توفرها تجربة تايلاند

## ● الفقراء والمحتاجون

- يشكلون جزءاً مهماً من السكان
- توفر لهم الحكومة خدمات صحية مجانية

## ● ذوو المهن الحرة:

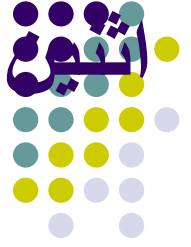
- طور لهم نظام " بطاقة صحية" طوعية
- خدمات أسرع وأفضل (قناة خضراء)
- متطلبات صارمة للإحالة الطبية
- نسبة مساهمة مناسبة (20 دولار بعد الحصاد)
- لا يوجد سقف للفوائد (حالياً)
- يغطي حالياً 20% من السكان
- يدعمه الموردون الحكوميون والحكومة



# نظام تأمين صحي في اليمن؟

قطاعات التوظيف	القوة العاملة	خيارات التمويل الصحي			
		استقطاعات الراتب	البرامج لنوي الاعمال الخاصة	التأمين الصحي المجتمعي	ضرائب حكومية
القطاع العام	1.000.000	37.5 %			
القطاع الخاص	500.000				
أعمال خاصة	500.000		12.5 %		
الفقراء في أعمالهم الخاصة والعاطلين عن العمل	2.000.000			10 %	50 %

# سياريوهين ترعين اتنين "الدفة الكبرى"



- تدفع الحكومة الاشتراكات
- تتولى هيئة التأمين الصحي الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية وتتعاقد مع أفضل المقدمين فقط وفي كل مكان.
- تتولى الحكومة الوظائف الأساسية فيما يتعلق بالتشريعات والإشراف
- تقسيم العمالة بين الخدمات الصحية الحكومية وهيئة التأمين الصحي
- تهتم الحكومة بالوقاية والتثقيف والرعاية الصحية الأولية وأخيراً الأمراض المزمنة والكوارث
- تخدم هيئة التأمين الصحي أعضائها ومستفيديها فقط



## تقييم الدفعة القوية

### الفرص

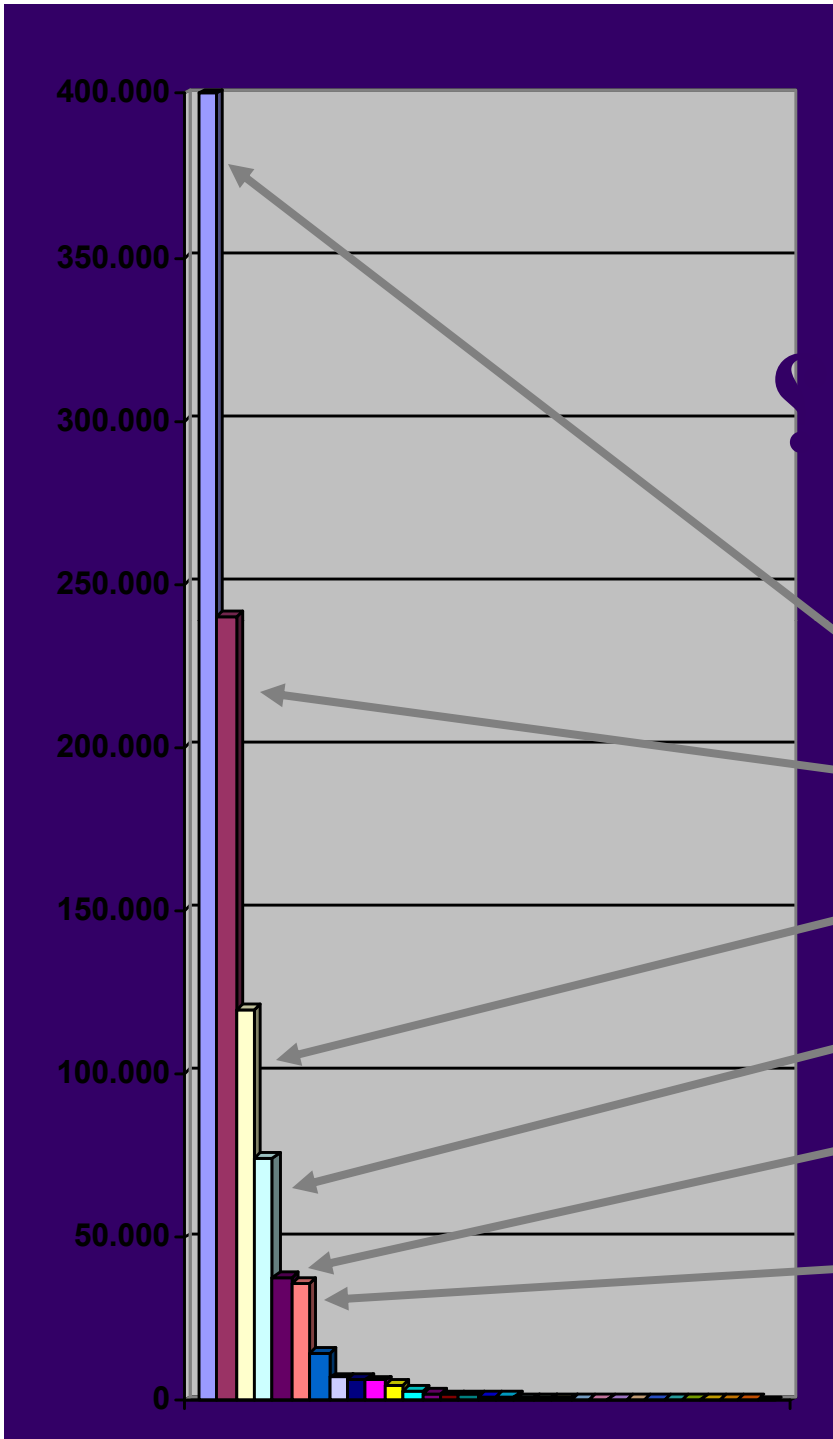
- زيادات الرواتب تعطي فرصة تاريخية
- يمكن للحكومة أن تدفع المساهمات عن الفقراء
- يتم التعاقد مع أفضل مقدمي الخدمات فقط من قبل هيئة التأمين الصحي

### المتطلبات المسبقة

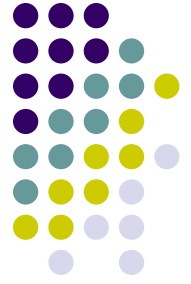
- المال -
- الإدارة -
- العقل المفكر -
- الأدلة الإرشادية -
- الأسواق -
- القوى العاملة -
- الدافعية -
- القياس -
- الرقابة -



# من يبدأ



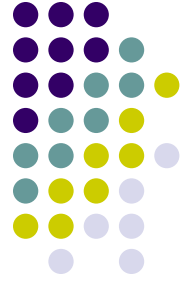
- وزارة الدفاع
- وزارة التربية
- وزارة الداخلية
- شركات القطاع العام والمختلط
- المعاهد العلمية
- وزارة الصحة



# إنشاء مركز اختصاص التأمين الصحي

- الاستكشاف والتحليل المستقبلي
  - لبرامج التكافل
- الملاحظة والتحليل
  - للتأمين الصحي لدى الشركات
- المتابعة والإرشاد
  - للبرامج المجتمعية
- حشد التأييد
  - من أجل نظام تأمين اجتماعي ووطني
- التدريب – التدريب – التدريب – التدريب

# خارطة طريق



## ● لجنة تسيير من قطاعات متعددة للتأمين الاجتماعي

● برامج التكافل، التأمين الصحي، العمال، أصحاب العمل، منظمات المرأة، منظمات المجتمع المدني، الاقتصاديين الصحيين، خبراء الصحة العامة، الجامعات... الخ

● الحكومة: رئاسة الوزراء، وزارة المالية، وزارة الصحة العامة والسكان، وزارة الخدمة المدنية والتأمينات، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وزارة الأوقاف والإرشاد

## ● السكرتارية الفنية (مركز اختصاص التأمين المجتمعي)

● تقديم الخبرة الفنية

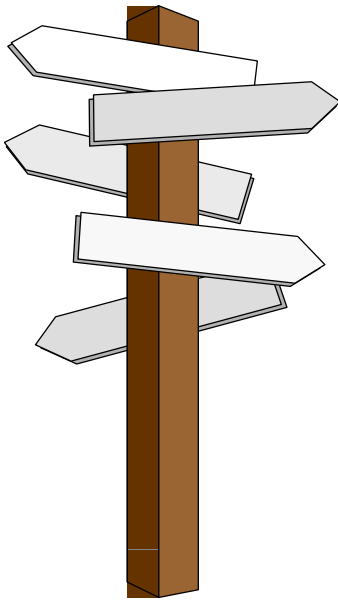
● الدعم القانوني والمعلوماتي

● التطوير المؤسسي

● بناء القدرات

● دعم من منظمة الصحة العالمية وشركاء آخرون

● تمويل محلي كبير كعلامة على التزام الحكومة اليمنية





# 1 قوانين التأمين الصحي

- يمكن إقرار القوانين
- مع بعض التعديلات
- كإطار قانوني
- بعد التشاور
- والمداولات

Comments on the social health insurance law proposal	
<u>Republic of Yemen</u> Social Health Insurance law (Final draft)	<u>Comments</u> <sup>1</sup> Social Health Insurance law (Final draft)
<b>Article (1)</b> This Law is nominated (Social Health Insurance Law)	<b>Additional article:</b> In the spirit of national solidarity and for the mutual benefit of all citizens the main aim of this law to reduce the high burden of out-of-pocket spending in case of diseases, especially for the poor and the vulnerable parts of population. Social health insurance intends to contribute to a sustainable financing of a high quality of health care for all and everybody. Each member of our Yemeni society shall get good health care according to need and not according to capacity to pay. Pre-payments for health care will substitute cost-sharing in case of illness.
<b>Article (4)</b> The stipulations of this law covers 1- Workers covered by the law No. (19) for the year 1991 concerning civil services. 2- Workers covered by the labour law No. (5) for the year 1995 and its amendments. Keeping the stipulations of the international agreements, approved by the republic active, foreigners covered by labour law, to be covered by this law, they must have a contract not less than one year and the same situation is adopted by their countries 3- Any other sectors, the Council of Ministers approve their coverage by this law who are not covered by the stipulations of the two laws mentioned in items (1) and (2) of this article. 4- Pensioners who retired according to civil law. 5- The rest of republic citizens who approves the council of ministers to be covered by this law.	<b>To be added:</b> Family members of the insured will receive the same benefits stipulated by the law. Family members include wife/husband/partner and children below legal age. For fathers, mothers and other family members living in the household of the insured special arrangements will be developed.
<b>Article (5)</b> The stipulations of this law covers who are mentioned in article (4), gradually, sectorially or geographically.	OK
<b>Article (6)</b> Exemption from the stipulations of article (4) of this law, employment injuries insurance covers workers who are less than 18 years of age.	OK
<b>Article (7)</b> The provided services of health insurance	<b>To be added:</b> A comprehensive and cost-



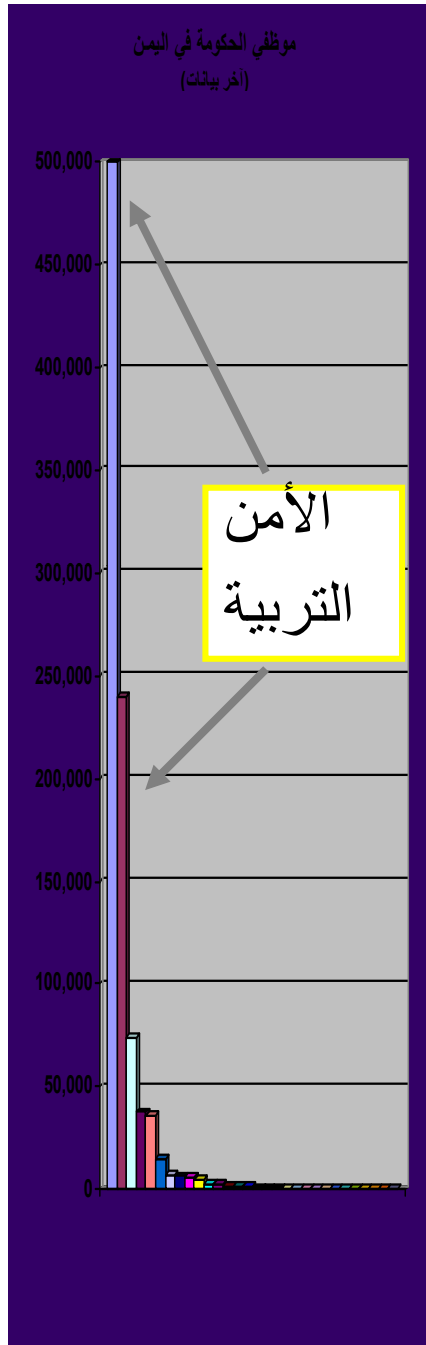
## 2 الاتجاه التدريجي

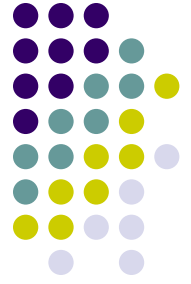
### ● التنفيذ خطوة بخطوة

- البدء بالقطاع الحكومي – إعداد جيد مع تقديم الإرشادات
- إما بقطاع الأمن أو قطاع التربية
- أو مع جميع قطاعات الدولة في مدن مختارة
- تشبيك وربط برامج المزايا الصحية الحالية لدى الشركات العامة والخاصة والمجتمعات

### ● في نفس الوقت

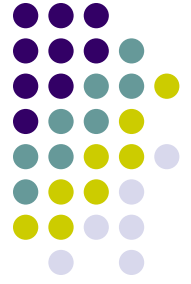
- تحسين الرعاية الصحية للفقراء





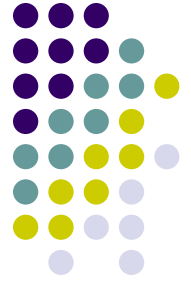
## 3 إنشاء هيئة تأمين صحي وطني تدريجياً

- هناك حاجة لهيئة تأمين صحي وطني مستقلة وذات مصداقية ومساءلة وشفافية
- تكرار التجارب الجيدة للصندوق الاجتماعي للتنمية
- الإنشاء التدريجي
  - أولاً الأمانة (السكرتارية) الفنية
  - ثانياً مركز التأمين الصحي
  - ثالثاً هيئة التأمين الصحي
- للاسترشاد والتعلم من التوجهات التدريجية من أجل نظام تأمين صحي اجتماعي ووطني



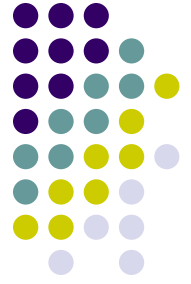
## 4 مركز اختصاص التأمين الصحي

- مركز مستقل ذاتياً
  - يتم إنشائه في أقرب وقت بقرار جمهوري
  - الموازنة السنوية 400 مليون ريال من الجمهورية اليمنية
  - دعم دولي إضافي، مثلاً من البنك الدولي
- يتم الإشراف عليه من قبل رئيس الوزراء
  - مجلس إدارة من قطاعات متعددة
  - من الوزارات الرئيسية وممثلين من المجتمع المدني
- المهام الرئيسية
  - دعم الاتجاه التدريجي للتأمين الصحي
  - دراسات وتدريب – على سبيل المثال المؤهلات الاقتصادية
  - شرط مسبق لإنشاء هيئة التأمين الصحي



## 5 بناء تأمين صحي = عملية اجتماعية

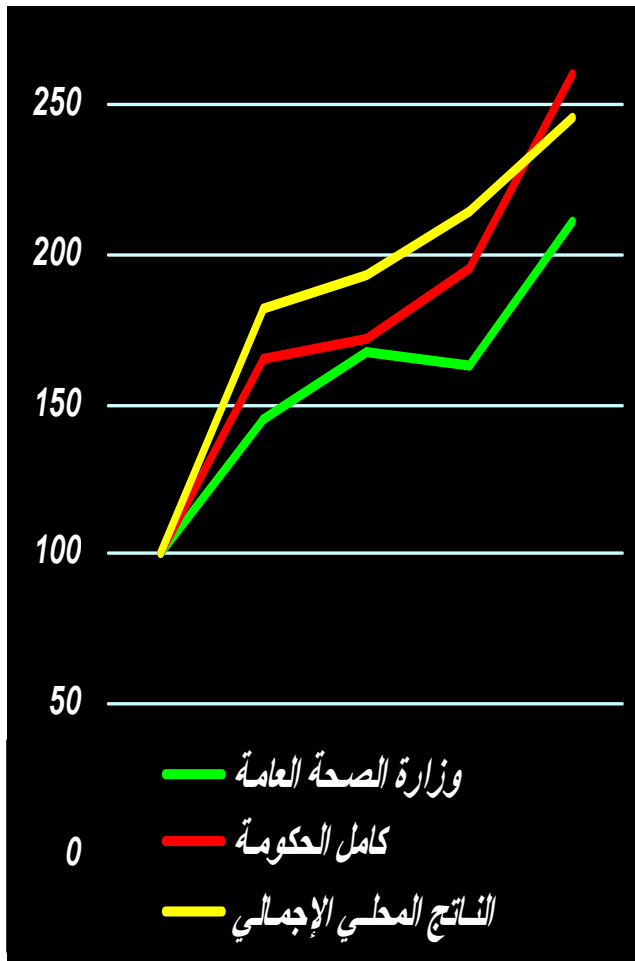
- شركاء متعددين في العملية
  - مجلس الشورى، مجلس النواب، الأحزاب السياسية
  - الوزارات: وعلى الأخص وزارة التخطيط ووزارة المالية ووزارة الصحة العامة والسكان ووزارة الخدمة المدنية والتأمينات ووزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ووزارة الأوقاف وأولئك الذين يمكن أن يتبنوا نظام تأمين صحي قريباً، مثل وزارة الدفاع ووزارة الداخلية ووزارة التربية.
  - برامج التأمين الحالية، أصحاب العمل، الموظفين، منظمات المجتمع المدني ، منظمات المرأة، الجامعات، الخبراء... الخ
- يجب أن تمثل جميع هذه القطاعات في المجلس الاستشاري لمركز التأمين الصحي أو لجنة تسيير مستقلة



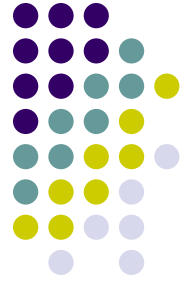
## 6 التمويل متعدد الموا

ارتفاع مؤشر الإنفاق

2003-1998



- التأمين الصحي للجميع
- وزارة المالية، وعلى الأخص للفقراء
- الوقاية، الأمراض المعدية، الرعاية الصحية الأولية، صحة المرأة
  - هناك حاجة لتمويل كبير
- ليس من خلال المشاركة في التكاليف من الفقراء
  - يرفض أهل الرأي مبدأ المشاركة في التكاليف
- مساهمات التأمين الصحي
- أصحاب العمل، الموظفين، المشتغلين في أعمالهم الخاصة
- الوفورات التي تحققها هيئة التأمين الصحي عن طريق الكفاءة
- أموال الأوقاف والزكاة



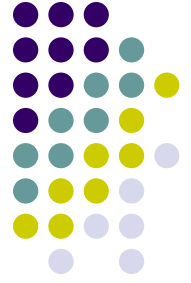
## 7 العوائد الاقتصادية والاجتماعية

- التمويل العادل
  - مدفوعات صغيرة مسبقة من الأكثرية من المساهمين
  - بدلاً عن العبء المادي الكبير في حالة المرض على الأقلية
- الفقر الناتج عن الأمراض الكارثية يؤثر حتى على العائلات من الطبقة المتوسطة
  - التأمين الصحي هو برنامج لمكافحة الفقر
  - التأمين الصحي يطلق العنان للمبادرات
- يصبح تقديم الرعاية الصحية أكثر كفاءة
  - المنافسة بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية والاقتصاد في التكاليف الصحية
  - الرعاية الصحية والتمويل الصحي كشركاء
- التأمين الصحي الاجتماعي كعلامة على الحكم الرشيد
- الاستثمار في الصحة يؤدي إلى عوائد على الاقتصاد الكلي

# أسئلة واقتراحات



# اقتراحات مبدئية



- تحديد وتحليل جميع أنظمة الضمان الصحي الموجودة
- ✓ موظفو الحكومة
- ✓ موظفو القطاع الحكومي : شركة الكهرباء...
- ✓ موظفو الشركات الكبرى في القطاع الخاص
- ✓ أصحاب المهن: المدرسون، الأطباء
- ✓ اتحادات التجارة، المجموعات المساهمة
- ✓ الجمعيات الدينية، الزكاة، أنظمة التكافل الاجتماعي

Ministry	Staff	Members	Annual cost (S.P.)
Agriculture	40.774	10.104	20.037.965
Building and construction	46.819	46.278	145.686.647
Cabinet	462	0	0
Communications	24.896	21.761	80.394.706
Culture	3.163	509	606.967
Defence	65.07	63.579	74.232.620
Economy and external commerce	29.024	27.894	252.965.516
Education	270.09	0	0
Electricity	24.944	24,582	223.370.677
Environment	333	0	0
Finance	22.279	3.99	52.157.132
Foreign affairs	669	0	0
Health	59.528	0	0
Higher education	21,374	8.462	14.212.834
Housing and public utilities	19.414	17.45	68.978.930
Industry	65.639	64.183	421.790.580
Information	389	0	0
Interior	63.365	63.365	75.000.000
Irrigation	17.93	17.893	117.330.648
Justice	11.393	0	0
Labour & social affairs	4.58	1.833	21.053.170
Local administration	55.27	28.822	124.898.283
Petroleum and mineral resources	37.519	37.258	346.553.629
Planning	586	0	0
Presidency affairs	754	384	0
Religious affairs	5.438	0	0
Supply and internal commerce	35,280	25.326	242.053.370
Tourism	2,266	0	0
Transportation	2.775	2.775	12.100.000
<b>Total</b>	<b>932.023</b>	<b>466.448</b>	<b>2.293.423.674</b>



أنظمة المنافع  
الصحية  
لبعض الوزارات  
في سورية  
2000

Health benefit  
schemes of  
Ministries in  
Syria 2000

Source: Dr. Tarek Al-Sheik

# Ar Raqqa data



## المؤسسات والشركات العامة والدوائر الرسمية والبلديات المشمولين الضمان الصحي

تسلسل	الجهة العامة	مجموع عدد العاملين	اجمالي عدد افراد أسر العاملين	متوسط عدد افراد العائلة	احمالي الراتب المقطوع	الكلفة السنوية	وسطي كلفة الطبابة للعامل	نسبة التغطية للعامل	شمولية الضمان (الاسرة )
1	مؤسسة الاسكان العسكري	528	1931	4	3845723	1041000	1972	75%	غير معروف
2	الشركة العامة للبناء والتعمير	471	2283	5	3630901	1471000	3123	100%	العامل فقط
3	الشركة العامة للطرق والجسور	252	1287	5	2008195	1200000	4762	100%	العامل فقط
4	الشركة العامة للكهرباء	1043	6172	6	7987997	17000000	16299	100%	العائلة 50%
5	الشركة العامة للمخازير	195	1140	6	1404337	150000	769	100%	العامل فقط
6	الشركة العامة للمشاريع المائية	1224	6282	5	10528500	450100	368	100%	العامل فقط
7	المؤسسة العامة للمعادن ومواد البناء	106	450	4	844019	400000	3774	100%	العامل فقط
8	المؤسسة العامة الاستهلاكية	193	1426	7	1596983	250000	1295	100%	العامل فقط
9	المؤسسة العامة لتجارة وتصنيع الحبوب	859	3586	4	5313237	1900000	2212	100%	العامل فقط
10	المؤسسة العامة لتنمية حوض الفرات	1140	5740	5	13261622	7718000	6770	100%	الاسرة 50%
11	المؤسسة العامة لسد الفرات	2327	9300	4	18853850	24000000	10314	100%	العائلة جزئياً
12	المؤسسة العامة للاعلاف	169	277	2	1156099	مركزي	غير معروف	100%	العامل فقط
13	المؤسسة العامة للتأمينات	69	210	3	498816	750000	10870	100%	العامل فقط
14	المؤسسة العامة للدواجن	45	200	4	297715	50000	1111	50%	العامل فقط
15	المؤسسة العامة لمياه الشرب	866	3898	5	5511141	5300000	6120	0%	يعطى للعامل مبلغ 3800/الاسرة سنوياً
16	المؤسسة العامة للمواصلات الطرقيه	14	39	3	104753	مركزي	غير معروف	100%	غير معروف
17	المركز الاداعي و التلغرافوني	6	5	1	34473	مركزي	غير معروف	100%	العامل و اسرته
18	المصرف التجاري السوري	54	160	3	380316	1065000	19722	0%	الاسرة 75%

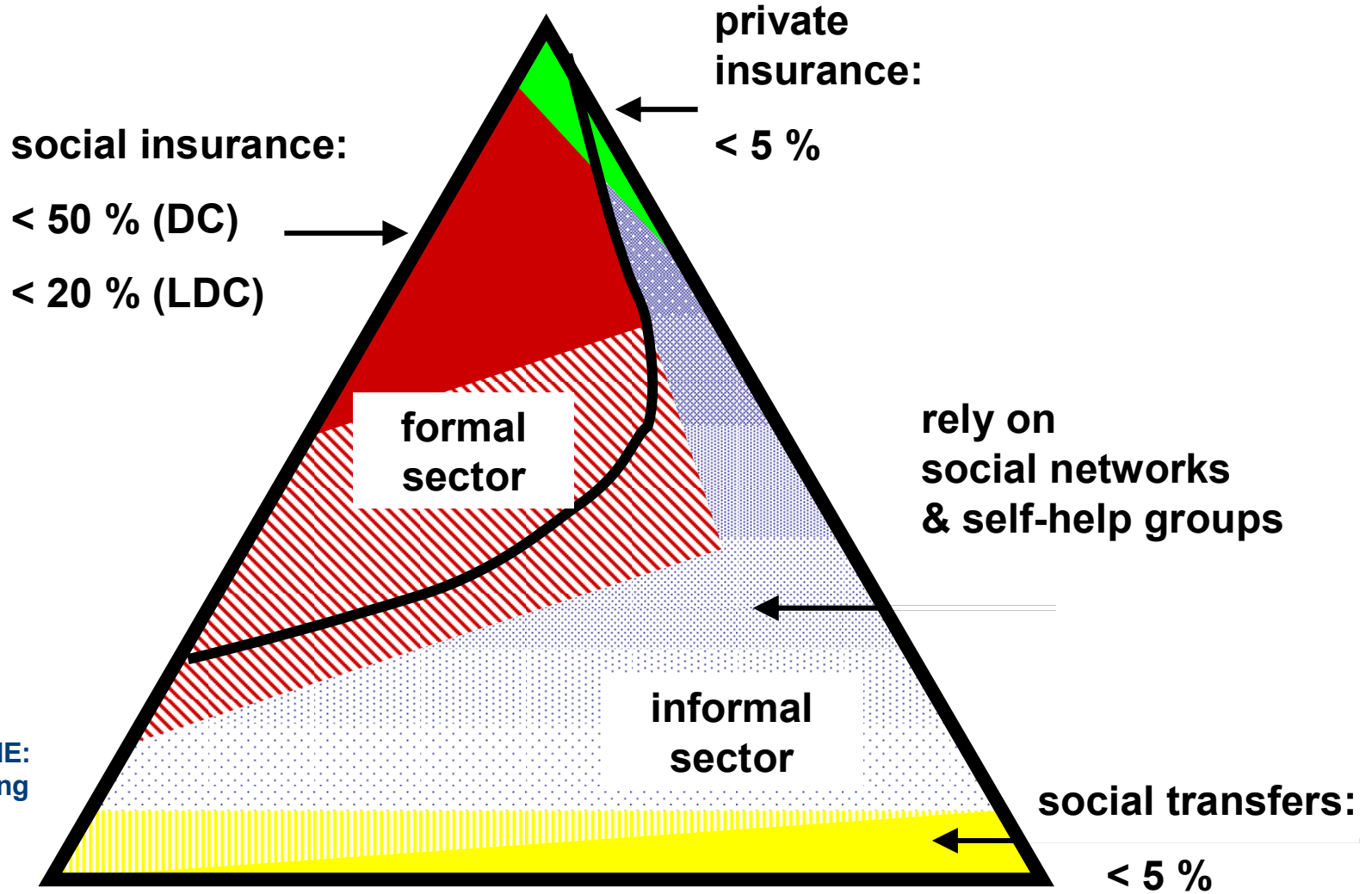
# تحليل لبعض الانظمة في سورية 2004

## Analysis of some schemes in Syria 2004

6 of 185 characteristics  
Source: MoH DPS/HSMP

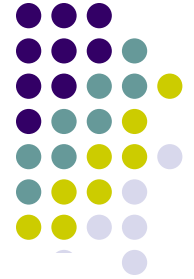
Questions		Multiple-choice answers	Ministry Trans- port	Teachers Asso- ciation	Workers Union	Dental Asso- ciation	Ministry of Health	
1.1	Set-up period	Year of decision	1970	1965	1975	1975	2000	
		Year of first contributions	1970	1965	1980	1975	2000	
		Year of first benefits	1970	1965	1980	1975	2000	
1.2	What kind of need/ problem led to the creation of the scheme?	Ability to pay						
		Dissatisfaction with existing scheme						
		Poor quality of care						
		Unstable/low salaries of health workers						
		Political motivation						
		Commercial interests						
		Problems of providers with payments						
		Consumer empowerment						
		Other: Doctors not only working in hospitals						
2.1	What are the target groups?	Entire population of the country						
		Total population of defined region						
		Professional groups						
		Social groups						
		Communities						
		Formally employed						
		Informal workers						
		Employees of enterprises						
		Pensioners						
		Unemployed						
		Poor						
		Dependants						
		Other						
3.1	Sources of finance	Contributions						
		Co-payments and user charges						
		Subsidies						
		Donations						
		Loans						
		Revenue from sales						
		Fines (e.g. for late payment)						
		Interest						
Other: investment revenue								
3.2.3	Level of contributions	Average contribution	in SP per year					
		Member		2000	360	300		
		Dependants						
		Households						
		Other: no contribution	0				0	
		Income estimates	in SP per month					
		Low income level	4500	6000	3900	10000	4500	
		Middle-income level	9000	8000	6000	25000	9000	
High income level	14000	16000	12000	60000	14000			
12	Statistical profile	Number of target population	1.100	290 240	1 Mio	11.164	60.000	
		Number of members	1.100	288 204	1000 pas	11.268	60.000	
		Number of beneficiaries	6.000	1.15 Mio	4000 pas per assoc	11.268	258.000	

# الحماية الاجتماعية في الدول منخفضة الدخل



Source:  
Markus Löwe / DIE:  
„Soziale Sicherung  
von unten“

# تحليل قطاع التوظيف في سورية

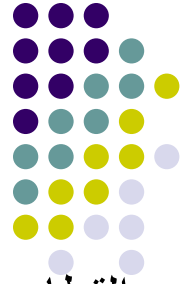


Distribution of the Syrian work force (15 years over) by the employment status (the main job), 2003 [2,90]	Number	%
Public (employed)	1.168.811	24,2
Private organized (employed)	2.512.012	52,1
Private non organized (self-employed)	1.131.810	23,5
Others	9.125	0,2
Total	4.821.758	100,0

**Analyse employment structure**



# قطاع الضمان الصحي المستقبلي والفعلي في سورية



## النسبة 20%

### ● القطاع العام

- حالياً : التغطية جزئية والدفع عن طريق الضرائب
- مستقبلاً : المساهمات حسب الرواتب ( 6% + 3% )

## النسبة 40%

### ● القطاع الخاص الضخم

- حالياً : انظمة نموذجية صغيرة
- مستقبلاً : المساهمات حسب الرواتب ( 6% + 3% )
- المشكلات :

- ازدياد نفقات العمل مع المنافسة العالمية
- الرواتب هي واحد من مصادر متعددة للدخل

## النسبة 20%

### ● القطاع الخاص الصغير

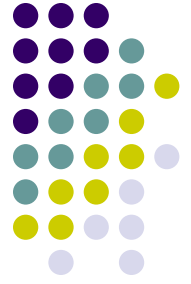
- حالياً : لا يوجد خطط منافع صحية
- مستقبلاً : مساهمات صغيرة ثابتة

## النسبة 20%

### ● العاطلين عن العمل والفقراء

- حالياً : لا يوجد أنظمة منفعة صحية
- مستقبلاً : اعفاء من دفع الضرائب

# الخيارات المتاحة



## مكونات اختيارية لنظام ضمان صحي وطني في سوريا

خيارات التمويل الصحي				القوة العاملة (تقدير تقريبي)	خيارات التمويل الصحي بواسطة قطاع التوظيف الرئيسي للأسرة
خدمات عامة مدفوعة من الضرائب	خطط مشاركة المجتمع	الضمان للمهنة الحرّة	مساهمة ضريبية الدخل في الضمان		
			60 %	1.000.000	الشركات الحكومية و العامة
				2.000.000	الشركات الخاصة الرسمية
		10 %		500.000	المهنة الحرة ذات الكسب الأفضل
30 %	10 %			500.000	فقراء المهنة الحرة
				1.000.000	العاطلين و الفقراء
30 %	~10 %	10 %	60 %	5.000.000	الأسر في سوريا
30 %	~10 %	10 %	60 %	18.000.000	السكان في سوريا

المصدر : تقديرات و حسابات خاصة، 2005



### Contributions per insured

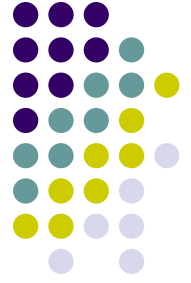
Insured	Average salary per month (SYP)	Employer share (6%) per month (SYP)	Employee's share (3%) per month (SYP)	Total contribution per month (SYP)	Total contribution per year (SYP)	Total contribution per year (US\$)
1 only	7000	420	210	630	7560	150
1 Million	7 Billion	429 Million	210 Million	630 Million	7.6 Billion	150 Million

### All potential contributions

Employment category	Insured Mio	Assumption	Million US\$	Billion SYP
Public civilian sector	1	100%	150	7.6
Public security sector	0.5	100%	75	3.8
Private larger formal sector	1	100%	150	7.6
Private smaller formal sector	1	50%	75	3.8
Better-off self-employed	0.5	100 %	75	3.8
Poor self-employed	0.5	0%	0	0
Unemployed and poor	1	0%	0	0
Totals	5.5	-	525	26.6



# أسئلة استراتيجية حول توسيع أنظمة الضمان الصحي الموجودة (1)

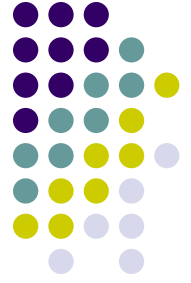


هل من الممكن:

- الطلب من موظفي الوزارات وموظفي الشركات الحكومية أن يدفعوا لأنظمة الاستفادة الصحية؟
- إرغام قطاع التشغيل الخاص الرسمي على اتباع نظام ضمان صحي إلزامي.
- إعطاء أفضلية في المعالجة المتعلقة بالصحة لعامة الفقير والمحتاج وسحب الخدمات الصحية المجانية من غير المؤمنين؟
- إدخال نظام مدعوم لأصحاب المهن الحرة.
- إدخال نظام مدعوم للعاطلين عن العمل.

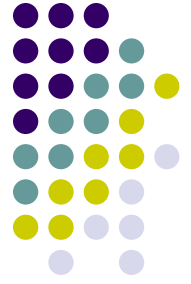


# أسئلة استراتيجية حول توسيع أنظمة الضمان الصحي الموجودة (2)



هل من الممكن:

- إخضاع جميع المنشآت والموردين لطريقة اعتماد معممة؟
- تنظيم صيغ الضمان الموجودة من حيث نسبة المساهمة، حقيقية الفوائد، والإجراءات الإدارية
- قبول إدارة متعددة للضمان الصحي مع تمويل المرضى، الموردين والمنظمات المهنية؟
- إنشاء مؤسسة مستقلة للضمان الصحي.



## الدعم المقترح

- تأسيس مجموعة عمل للضمان الاجتماعي الصحي :
    - جمع المعلومات وتحليلها ، إجراء الدراسات.
    - تخطيط العمل، التدريب، تقديم الدعم إلخ...
    - تبادل المعلومات مع الحكومة، النظراء، الشركاء...
    - بنية نصف - حكومية
  - السياق: مركز اقتصاديات الصحة التابع لمركز استراتيجيات الصحة
- مقاربة مبنية على المعرفة
- مقاربة متعددة

# 1 نقاط تتعلق بالضمان الصحي في سورية



Elements of an analysis of the feasibility of health insurance in Syria

1 Situation analysis	Population	Census data for sub-country	
	Employment	Data mostly missing	
	Incomes, salaries	Essentially unknown	
	Parity	Constitutional data	
	Essentials	Mostly assumed data	
	Health	Reliable data & surveys missing	
	Health care	Some statistics unknown, esp. on quality	
	Health budgets of governmental	Known, but unreliable budgets	
	Health care financing	Old and assumed data	
	Health benefit/insurance schemes	Mostly unknown	
Other social provisions schemes	To be assessed, null		
2 Subgroups	Political willingness to boldly support health insurance (100%??) Maturity of Health insurance in health insurance (low proposal) Existing health benefit and health insurance schemes Institutional domains supporting health insurance		
3 Weaknesses	Partial health insurance insurance in 1999 Expansions of free public services for health care Lack of understanding on health insurance Private/public sector mix-up of many publicly employed professionals Reversing of available public health care to all, especially the poor High and unusual out-of-pocket expenditure in case of illness Essential data and information wrong or not available		
4 Difficulties for health insurance	Proceedures for health insurance		
	Money	Sufficient public financial resources?	?
		Ability to pay for health insurance?	?
		Willingness to pay for HFI?	?
		Constitutional public health funds?	-
	Manpower	Leadership & willingness nationally?	?
		Leadership & willingness locally?	?
		Staff resources in HFI schemes & secure?	-
	Mechanisms	Clear concepts and roles?	-
		Appropriate scheme arrangements?	?
		Appropriate national arrangements?	-
		Clear purchasing-provision split?	-
	Methods	Operational back-up for rollout?	?
		Debris back-up?	?
		Sufficient non-insure casual?	?
	Materials	Sufficient infra quality providers?	?
		Sufficient infra quality providers?	-
		Laws and regulations available?	-
	Manpower	Enforcement of laws and regulations?	?
		Sufficient qualified cadres?	-
Sufficient health financing experts?		-	
Materials	Sufficient HI arrangements experts?	-	
	Sufficient financing capabilities?	?	
	Knowledge, awareness, awareness?	-	
	Consensus of stakeholders?	-	
Mechanisms	Self-insure support for the poor?	?	
	Trust?	?	
	Informational	Sufficient data and information?	-
Summary assessment	-?		

5 Proposals, solutions	Essential data collection and studies suggested by HSMF - situation analysis - discovery, diagnosis and analysis of existing health benefit/insurance schemes - surveys on ability and willingness to pay for health insurance - case studies on demand, availability and quality of providers to be considered - Political dialogue and technical working on social and national health insurance - conferences and policy debates with decision makers - working sessions with Council for Strategic Health Studies - trips to Egypt and Jordan for key strategic and technical professionals - Piloting in selected governmental and with selected groups nationally - health provision schemes for the poor and vulnerable - expansion of some existing health benefit/insurance schemes - introduction of health insurance for selected population group - Policy papers and studies towards a national health insurance system																																																	
6 Available choices	<p>Several approaches</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Optimal composition of a national health insurance system in Syria</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">Key characteristics</th> <th rowspan="2">Market size (rough and round estimate)</th> <th colspan="4">Health financing options</th> </tr> <tr> <th>Population with health insurance</th> <th>Self-employment insurance</th> <th>Community participation schemes</th> <th>Free-based public services</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Governmental/public employees</td> <td>1,000,000</td> <td rowspan="4">50%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Formal private employees</td> <td>2,000,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Self-employed</td> <td>1,000,000</td> <td></td> <td>10%</td> <td>??????</td> </tr> <tr> <td>Unemployed and poor</td> <td>1,000,000</td> <td></td> <td></td> <td>10% Ergonomics strategy</td> </tr> <tr> <td><b>Governmental System</b></td> <td><b>1,000,000</b></td> <td><b>50%</b></td> <td><b>10%</b></td> <td><b>10-10%</b></td> <td><b>10%</b></td> </tr> <tr> <td><b>Population in Syria</b></td> <td><b>12,000,000</b></td> <td><b>50%</b></td> <td><b>10%</b></td> <td><b>10-10%</b></td> <td><b>10%</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Source: own estimates, not verifiable</p> <p>Regional approach - Government's health funds (Egypt's or Canada's model) - Starting with free health care for the poor and vulnerable - Expansion and replication of existing health benefit/insurance schemes</p>	Optimal composition of a national health insurance system in Syria						Key characteristics	Market size (rough and round estimate)	Health financing options				Population with health insurance	Self-employment insurance	Community participation schemes	Free-based public services	Governmental/public employees	1,000,000	50%				Formal private employees	2,000,000				Self-employed	1,000,000		10%	??????	Unemployed and poor	1,000,000			10% Ergonomics strategy	<b>Governmental System</b>	<b>1,000,000</b>	<b>50%</b>	<b>10%</b>	<b>10-10%</b>	<b>10%</b>	<b>Population in Syria</b>	<b>12,000,000</b>	<b>50%</b>	<b>10%</b>	<b>10-10%</b>	<b>10%</b>
Optimal composition of a national health insurance system in Syria																																																		
Key characteristics	Market size (rough and round estimate)	Health financing options																																																
		Population with health insurance	Self-employment insurance	Community participation schemes	Free-based public services																																													
Governmental/public employees	1,000,000	50%																																																
Formal private employees	2,000,000																																																	
Self-employed	1,000,000			10%	??????																																													
Unemployed and poor	1,000,000				10% Ergonomics strategy																																													
<b>Governmental System</b>	<b>1,000,000</b>	<b>50%</b>	<b>10%</b>	<b>10-10%</b>	<b>10%</b>																																													
<b>Population in Syria</b>	<b>12,000,000</b>	<b>50%</b>	<b>10%</b>	<b>10-10%</b>	<b>10%</b>																																													
7 Costs for health insurance	Costs to be covered by government and donors, at the beginning All piloting to be considered in view of national cost implications																																																	
8 Laws and regulations	Necessity, framework law for allowing piloting and budgetary arrangements																																																	
9 Coverage and target groups	Always in view of a national and social health insurance system for all																																																	
10 Results within one year	Key cadre proposal for health insurance set-up Consensus found on a reasonable strategy towards national health insurance system																																																	