

Ministry of Health



- Health Sector Modernisation Programme -



SYR/AIDCO/2001/0215

Funded by the European Union

برنامج تطوير القطاع الصحي
بتمويل من الاتحاد الأوروبي

خارطة الطريق المحتملة لنظام تأمين صحي وطني في سوريا

النتيجة السادسة لبرنامج تطوير القطاع الصحي: استدامة التمويل الصحي

المسودة الثانية

ديتلف شويفل/يانز هولست

دمشق / كانون الثاني 2007

gtz

EPOS
Health Consultants

Options

خارطة الطريق المحتملة لنظام تأمين صحي وطني في سوريا

مسودة

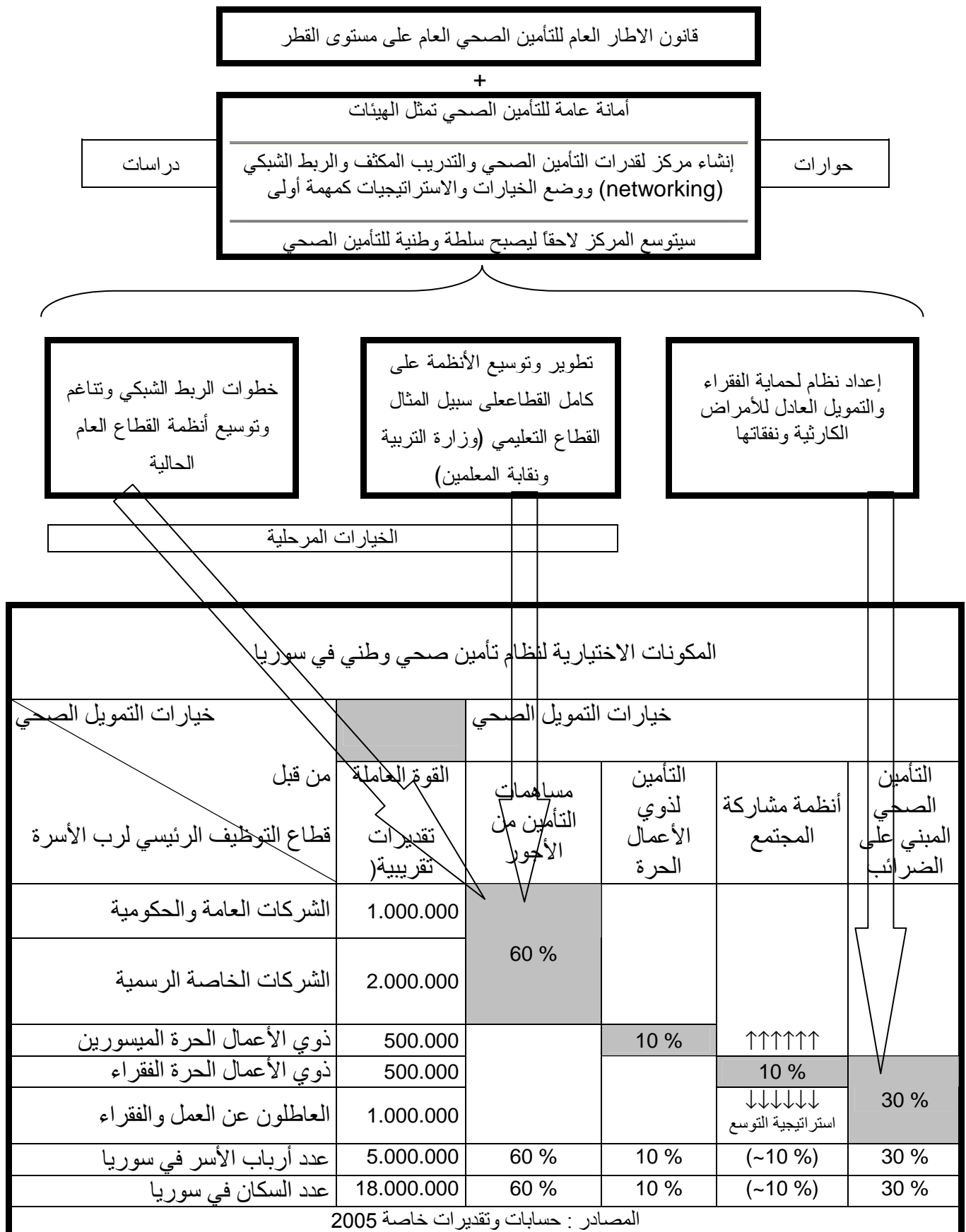
المحتويات

الصفحة	المحتويات
1	المحتويات
2	نظرة عامة
3	بعض المقترحات لتطبيق التأمين الصحي في سوريا
3	➤ مقدمة
4	➤ الشروط المسبقة
4	- الأساس القانوني
5	- الأساس المعرفي
6	➤ الاستراتيجية الأساسية : الحماية الاجتماعية للفقراء
8	➤ الاستراتيجية الأولى : خطوات الربط الشبكي (networking) وتناغم وتوسيع أنظمة القطاع العام الحالية
9	➤ الاستراتيجية الثانية: تطوير وتوسيع الأنظمة على كامل القطاع

English annexes

13	1	Draft of a profile for health insurance as policy direction
14	2	Project proposal: Health insurance options study
16	3	Project proposal: Centre for Health Insurance Competence
17	4	Project proposal: Re-insurance fund for social health insurance
18	5	10 نقاط باتجاه الضمان الصحي في سوريا
21	6	Health expenditure distribution and poverty
24	7	Costs of a national health insurance system
27	8	Assessment of existing health benefit and insurance schemes
31	9	HSMP advice on health insurance in Syria. A historical sketch
33	10	Sources

نظرة عامة على خارطة الطريق المحتملة لنظام تأمين صحي وطني في سوريا نظرة عام



بعض المقترحات لتطبيق التأمين الصحي في سوريا

مقدمة

تتفق العائلات السورية سنوياً حوالي 30 مليار ليرة سورية على الرعاية الصحية. وهم ينفقون هذه المبالغ على حسابهم الخاص عندما يمرضون ويحتاجون للرعاية الصحية. وفي حالة الإصابة بأمراض كارثية لا تستطيع العائلات أن تدفع تكاليف العلاج لهذه الأمراض. وهذا الحالات تتسبب إما بإفقارهم أو تأجيلهم الرعاية الصحية التي يحتاجونها. يحاول التأمين الصحي أن يحول الإنفاق من الجيب الخاص على الرعاية الصحية في حال المرض إلى دفعات منتظمة مسبقة أقل نسبياً من قبل أكبر عدد ممكن من الأشخاص. تحاول أنظمة التأمين الصحي القانونية تغطية كافة السكان ذوي المساهمات المناسبة. وسيتم إعفاء الفقراء بالطبع لأن التأمين الصحي يهدف إلى تقديم الرعاية الصحية حسب الحاجة لها وليس حسب المقدرة على الدفع.

ووفقاً للخطة الخمسية العاشرة، تولي الحكومة السورية اهتماماً لتطوير الحماية الإجتماعية الصحية للمواطنين وخصوصاً للفقراء الذين يقطنون في الأرياف. لذا يجب دعم قيام نظام تأمين صحي وطني، وهذه هي النتيجة التي استخلصناها من عمليات التقييم المختلفة والدراسات والتحليلات التي تمت تحت مظلة برنامج تطوير القطاع الصحي الممول من الإتحاد الأوروبي. يجب تولي القيام بإجراءات صريحة وتخصيص التمويل اللازم لبناء التمويل الصحي الآن (على سبيل المثال إعداد مركز كفاءات التأمين الصحي).

وفيما يتعلق بتطبيق التأمين الصحي في سوريا، نقترح أن نبدأ بطريقة تدريجية في القطاعات الحكومية الأكثر استعداداً ونقترح على سبيل المثال القطاع التعليمي أو المؤسسات الحكومية أو اتحادات العمال التي يوجد فيها من قبل أنظمة فوائد صحية أو كليهما في نفس الوقت آخذين بعين الاعتبار أن يتم الإعداد الجيد لكل مرحلة وأن يتم الإشراف عليها بشكل جيد.

ولكي نفسح المجال لاستغلال الفرص لتطبيق الحماية الإجتماعية، يجب أن تتم الموافقة على مقترح قانون التأمين الصحي الذي تم إعداده في 2003 بعد إجراء بعض التعديلات كإطار قانوني ناظم للمقاربة العامة. ولانوصي بأن يتم الخوض في التفاصيل التي قد تعيق التعديلات التي قد تكون ضرورية جداً خلال عملية التطبيق. ويجب أن يصاحب قانون التأمين الصحي تعديلاً للتشريعات الخاصة بتمويل وتقديم الرعاية الصحية وتحديد قوانين التأمينات الإجتماعية والعمل والقرارات الناظمة لشركات القطاع العام واتحادات العمال والمنظمات المهنية لكي يتم تجاوز العوائق البيروقراطية تدريجياً. ويجب التركيز بشكل خاص على إيجاد خيارات أخرى للنماذج المبتكرة التي تقدم فرصاً لرعاية صحية ذات جودة عالية ويمكن دفع تكاليفها. وهذا يشمل تحسين جودة الرعاية وعمليات الإعتمادية من المنظمات المختصة بشكل مستمر لمقدمي الرعاية الصحية بالتوازي مع تطبيق التأمين الصحي.

وبناء على السياسات المطروحة في الخطة الخمسية العاشرة للحكومة السورية فيما يخص استراتيجيات التمويل الصحي التي سيتم تطبيقها، فإن صندوق التأمين الإجتماعي يجب أن يكون مستقلاً عن وزارة الصحة وربما عن الوزارات الأخرى. ولكن التمويل لايعتمد بشكل حصري على الموارد التي يتم جمعها والإستفادة منها للسبب الذي جمعت من أجله ولكنه يحتاج أيضاً إلى موارد بشرية مدربة ويمكن الاعتماد عليها لأن تكون فعالة وذات شفافية. في الوقت الحالي ليس

لدى سوريا العدد الكافي من الموظفين لإدارة تمويل التأمين الصحي على المستوى الوطني و/أو الإقليمي. لذلك يعتبر التدريب المهني ورفع الكفاءات مهام بارزة يجب التعامل معها قبل تطبيق نظام تأمين صحي على نطاق أوسع.

يجب إكمال كافة الجهود المبذولة في الجوانب الإدارية والفنية والمالية من خلال برنامج تثقيف صحي مكثف لكل السكان ومن خلال حملات التوعية العامة ليشعر المواطنون بأهمية التأمين الصحي والطلب على التأمين الصحي والرغبة في الدفع بشكل مسبق للرعاية الصحية بطريقة منتظمة ومستدامة. يجب نشر الأفكار الرئيسية المتعلقة بأهمية التأمين الصحي من خلال حملة وطنية واسعة لنشر الأفكار الرئيسية عن التأمين الصحي ونشر فهم مشترك عن الصحة والتعليم كونهما المحركين الأساسيين للتطور الاجتماعي والاقتصادي .

عبرت الحكومة السورية عن رغبتها في إعداد نظام تأمين صحي يضمن المساواة ويخصص الموارد اللازمة للذين لا يستطيعون دفع تكاليف الخدمات الصحية التي يحتاجونها. وكما أن شبكات الأمان الاجتماعية للفقراء ستكون مصدراً لاغنى عنه لتغطية واسعة للسكان . ومن المهم أن تقوم الحكومة بنقل المعونات اللازمة وتتولى المسؤولية الاجتماعية لتحقيق العدالة وتكافؤ الفرص لكل المواطنين. ويجب أن تزيد الحكومة من التمويل الخاص لدعم التأمين الصحي للفقراء والمحتاجين من خلال الزكاة والصناديق الوقفية المخصصة للصحة لكي يتم تحسين جودة الرعاية للسكان الفقراء.

وفيما يخص الكفاءة والعدالة ، فإن نظام الدفع الأحادي الجانب له العديد من المحاسن إذا ما تمت مقارنته بأنظمة الدفع المتعددة الأطراف. ووفقاً لظروف نظام الحماية الصحية الاجتماعية الموجود في سوريا فإن الطريقة التدريجية المبنية على أنظمة الفوائد الصحية الموجودة تقدم خيارات استراتيجية يمكن استخدامها كنقطة بداية لتطبيق التأمين الصحي . وفي هذا السياق ، تحتاج السياسات الخاصة بالفقراء والمحتاجين لاهتمام خاص لكي نتجنب التمييز بين المجموعات الغير محصنة. يجب أن يكون نظام التأمين الصحي المراد تطبيقه على مستوى وطني مدركاً للمشكلة من البداية وأن يحاول أن يربط بين شبكات الأمان الاجتماعية مع القطاعات الأخرى في التأمين الصحي.

يستغرق تقديم نظام التأمين الصحي الوطني الكثير من الوقت. وهو ليس مهمة هندسية ذات طبيعة فنية ، بل هو عملية إجتماعية و تستطيع التجارب الدولية تقديم المساعدة في هذا المجال . ونحن بحاجة إلى البحوث والدراسات وتعتبر المعلومات والبيانات الجيدة أيضاً ضرورية . وسيدعم برنامج تطوير القطاع الصحي ومركز الدراسات الاستراتيجية الصحية توجهه نحو العمل على التأمين الصحي في القطاع العام والذي يساهم في التمويل الصحي المستدام للرعاية الصحية الممتازة.

مما لاشك فيه أن الطريق للوصول إلى تأمين شامل (ونأمل أن يكون ذو تغطية عالمية) سيكون طويلاً وصعباً. وسوف يتطلب التزاماً سياسياً بالإضافة إلى الرغبة في التقييم المستمر للعملية ليشعر المواطنون بالثقة وتصبح الأخطاء التي لا يمكن تجنبها في برنامج سياسة إجتماعية معقد كبرنامج تطبيق التأمين الصحي.

وعلاوة على ذلك ، يجب أن تتم الإشارة إلى أن التأمين الصحي لن يحقق أية عوائد للحكومة. سوف تستخدم كافة عوائد التأمين الصحي التي تأتي من مساهمات أرباب العمل والموظفين وأجور المستخدم وكافة خيارات التمويل لشراء فوائد تأمين صحية. إن تقديم مصادر تمويل جديدة للقطاع الصحي يقلل احتياجات موازنة الحكومة و يحرر الأموال للاستثمارات الأخرى لتحفيز النمو الاقتصادي. و ستزيد سياسات شراء وجمع التمويل للصحة من إنتاجية مقدمي الخدمة . إن الصحة الأفضل هي استثمار في الرأسمال البشري و كما أن تجنب إفلاس العائلات بسبب تكاليف الرعاية الصحية الناتجة عن الفواقع هو استثمار في الرأسمال الاجتماعي.

الشروط المسبقة

ليس هنالك فهم على نطاق واسع في المجتمع السوري لفكرة ومعنى التأمين الصحي. وبما أن هنالك نقص في الخبرة بالتأمين الصحي ، يتطلب تنفيذ أنظمة الدفع المسبق على نطاق واسع حملات توعية عامة مكثفة لخلق الوعي لدى السكان. وفي نفس الوقت لا يمكن الاستغناء عن القيام بسلسلة من الدورات والنشاطات التدريبية لإعداد وإنجاز نظام التأمين الصحي. وتعتبر الموارد البشرية المؤهلة شرطاً مسبقاً وثروة لا يمكن الاستغناء عنها قبل البدء بنظام التأمين الصحي بشكل ميداني ، كما ويجب أن يتوافر في القطر كوارذات مؤهلات عالية للتأمين الصحي وإدارة النظم الصحية.

1- الأساس القانوني: قانون الإطار العام والمحيط المؤسسي

على الرغم من أن وجود قانون التأمين الصحي ليس بالتأكيد كل شيء، يعتبر التشريع عاملاً أساسياً في تطبيق نظام تأمين صحي واسع النطاق ونأمل أن يكون عالمياً. لذا سنحتاج إلى سلسلة من الإجراءات التشريعية:

- 1- إعداد قانون الإطار العام للتأمين الصحي على نطاق الدولة يحدد فقط الجوانب العامة للحماية الإجتماعية في مجال الصحة ، وسوف يتم تعديل ومواءمة التفاصيل بشكل مستمر وفقاً للتجارب والإحتياجات المستمرة.
- 2- مراجعة متأنية لكافة القوانين والقرارات والقواعد التي تؤثر على أنظمة الفوائد الصحية للشركات .
- 3- تطبيق القوانين التي تسمح للشركات ونقابة العمال والأنظمة الأخرى اختيار مقدمي الرعاية الصحية والتعاقد معهم بشكل مباشر .
- 4- إعطاء أنظمة الفوائد الصحية الحق القانوني والاستقلالية للتفاوض مع مقدمي خدمة الرعاية الصحية حول تقديم الخدمة والتعرفة والجوانب الأخرى للرعاية الصحية للموظفين أو المستفيدين.

يجب أن يحدد القانون الجهة المسؤولة عن صلاحيات التأمين الصحي المنبثقة. هنالك عدة خيارات يجب تحليلها وفقاً لمحاسنها مقارنة مع الخيارات الأخرى:

المؤسسات	المحاسن	المساوي
وزارة الصحة	<ul style="list-style-type: none"> • خبرة طبية • خبرة واسعة في مجال تقديم الرعاية الصحية • لها تأثير على مقدمي الخدمة 	<ul style="list-style-type: none"> • لا يوجد هنالك خبرة في إدارة أموال التأمين • تأثير مقدمي خدمة الرعاية الصحية • عدم التأكد من رغبة الوزارة بالقام بذلك.
وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل	<ul style="list-style-type: none"> • خبرة طويلة في إدارة التأمين الإجتماعي • وجود اجراءات إدارية تم تأسيسها مسبقاً • قاعدة بيانات قيمة • موظفون مدربون • عبرت عن رغبتها في القيام بذلك 	<ul style="list-style-type: none"> • نقص الخبرة في التأمين الصحي والرعاية الصحية • زيادة العبئ و المهام بنظام إضافي

المؤسسات	المحاسن	المساوئ
رئيس الوزراء	<ul style="list-style-type: none"> • من المحتمل تخطي التنافس بين الوزارات المختلفة • الفرصة لجعل التأمين الصحي مستقلاً بشكل كافٍ عن اهتمامات و تأثيرات مقدمي الخدمة • تعزيز صلة التأمين الصحي مع القطر والحكومة • القيادة والنفوذ السياسي 	<ul style="list-style-type: none"> • يمكن أن تثير الغيرة لدى الوزارات التي يحتمل أن تكون هي المسؤولة • نقص الخبرة الإدارية والفنية
صندوق تأمين صحي مستقل	<ul style="list-style-type: none"> • تجنب التنافس والغيرتبيين الوزارات والمساهمين الآخرين • الاستقلالية عن تأثير المساهمين ذوي النفوذ 	<ul style="list-style-type: none"> • يتطلب إنشاء بنية تحتية وتنظيم إداري جديد

2- الأساس المعرفي: إنشاء مركز كفاءات التأمين الصحي والتدريب المكثف وتبادل المعلومات

لقد عبرت الحكومة السورية عن رغبتها في بدء تطبيق التأمين الصحي في أقرب وقت ممكن. ولكن البداية في ظل الظروف الحالية مخاطرة كبيرة قد تحدث العديد من المشاكل الرئيسية. نظراً لنقص المعلومات التي يمكن أن يعول عليها ونقص معرفة العرض والطلب ووفقاً لنتائج الدراسة الأولى المتاحة ، يعتبر خيار إنشاء نظام تأمين صحي ذو أداء جيد يغطي كامل القطر هدفاً طموحاً ومعقداً للسياسة الاجتماعية ويتطلب في كل الأحوال إعداداً جيداً مبنياً على أساس معرفي ، وإلا ستكون المخاطرة كبيرة لحدوث فشل آخر كالذي حدث في عام 1979 والتسبب بحدوث خيبة أمل للمساهمين والمواطنين. لابد من الإعداد المبدئي والتخطيط وإتخاذ القرار كخطوات لا يمكن تجنبها قبل بدء عملية التطبيق. ويجب أن يكون واضحاً أن التأمين الصحي يحتاج إلى مقارنة متعددة القطاعات والقواعد الإنضباطية تتعدى اعداد واصدار قانون تأمين صحي أو قرار وزاري أو مرسوم رئاسي ، وهذا صحيح خصوصاً في بيئة ثقافية إجتماعية لاتطبق فيها الترتيبات القانونية بشكل دائم. ومما لاشك فيه أن التأمين الصحي يحتاج إلى إطار قانوني ملائم. ولكن يبدو أن المهام الإدارية والقانونية والاستفادة من التجارب الواقعية هي عوامل حاسمة في التطبيق والأداء.

الخطوات :

- 1- البدء بفترة مكثفة من بناء الكفاءات والقدرات وتدريب الموارد البشرية التي سنحتاجها لتطبيق وإدارة التأمين الصحي في سوريا.ويمكن أن يقوم مركز الدراسات الاستراتيجية الصحية بدور كبير في هذا المجال.
- 2- إجراء دراسة شاملة لوضع وخيارات نظام التأمين الصحي الإجتماعي في سوريا الذي يشمل كل السكان من قبل شركة استشارية معروفة ومتخصصة في هذا المجال مثل مؤسسة التطوير الألمانية أو منظمة الصحة العالمية أو منظمة العمل العالمية (ILO, WHO, GTZ).
- 3- في البداية، يجب إنشاء أمانة عامة مصغرة من قبل رئيس الوزراء تجمع الفرق المهنية والخبرة من وزارة الصحة ووزارة الشؤون الإجتماعية والعمل ووزارة المالية ونقابة المعلمين واتحاد العمال والمساهمين الآخرين ذوي الأهمية.

- 4- بعد ذلك وبدعم من الأمانة العامة يجب البدء بإنشاء مركزكفاءات التأمين الصحي بدعم مالي من الحكومة ويمكن أن يبدأ مركزكفاءات التأمين الصحي العمل بتعاون وثيق مع قسم التمويل الصحي التابع لمركز الدراسات الصحية الاستراتيجية والذي يتم تأسيسه حالياً.
- 5- تدريب عدد كافٍ من الموظفين المهنيين بشكل جيد للتعامل مع المهام المختلفة للتأمين الصحي مثل (التوظيف والتسجيل وجمع المساهمات والتعاقد مع مقدمي الخدمة والأعمال المحاسبية والضبط... الخ). ويمكن توظيف المتدربين من الشرائح التي تدير أنظمة الفوائد الصحية.
- 6- تطوير وتنسيق البحوث الصحية والتمويل الصحي في سوريا لكي نحصل على معرفة أفضل للوضع الراهن والتحديات ذات العلاقة. ويمكن أن يشارك في تلك البحوث المعاهد الأربعة لمركز تطوير الدراسات الاستراتيجية .
- 7- تأسيس شبكة من أنظمة الفوائد الصحية وأنظمة التأمين الصحي لتبادل الرأي في عملية تطوير التأمين الصحي الوطني.

ليس من الضروري إعداد الكفاءات الإدارية والفنية داخل كل نظام تأمين صحي لإدارة كل نظام تأمين صحي بشكل مستقل. يمكن أن يلعب مركزكفاءات التأمين الصحي الوطني دوراً حاسماً داخل شبكة مؤسسات التأمين الصحي وأن يقدم مساندة ودعماً مستمراً طويل الأمد للأعضاء في هذه المؤسسات. يمكن أن تكتسب أنظمة التأمين الصحي هذه الخبرة من مؤسسة ذات مركز أعلى وأن تركز جهودها على القضايا ذات الفائدة.

كما أن لمركزكفاءات التأمين الصحي الأهداف التالية:

- 1- تقديم الكفاءات الإدارية والتنظيمية الضرورية لإعداد وتطبيق ومراقبة نظام التأمين الصحي (على سبيل المثال الخدمات التي تسند لجهة خارجية).
- 2- التفاوض مع شركات التأمين حول شروط التأمين الجماعي الجيد أو إعداد منتجات وإجراءات معيارية مناسبة لتبنيها محلياً.
- 3- تبادل الأفكار والمفاهيم مع الدولة ومقدمي الخدمة والمجتمع المدني.

وفي البداية سيركز هذا المركز على المهام التالية:

- تعزيز محاولات التأمين الصحي في سوريا.
- متابعة عملية اكتشاف وتحليل ودعم أنظمة التأمين الصحي الموجودة في القطاعين العام والخاص.
- التعاقد لإجراء الدراسات لوضع الصحة والرعاية الصحية، وإعتمادية مقدمي الخدمة والمواضيع الأخرى ذات الصلة بدعم تقديم التأمين الصحي وخصوصاً:
- تصميم وإجراء التدريب على التمويل الصحي والاقتصاديات الصحية والإدارة الصحية وإدارة التأمين الصحي مع الشركاء الآخرين (مثل الجامعات و مركز الدراسات الصحية الاستراتيجية).

لذلك يجب إنشاء مركز مستقل لكفاءات التأمين الصحي ذو موارد مالية كافية وذو استقلالية أيضاً، ومن الممكن تلقي الدعم لهذا المركز من جهات خارجية. ويجب أن يدي هذا المركز مدير ذو خبرة مهنية عالية و خبرات دولية جيدة ويجب أن يتم الإشراف على هذا المركز من قبل مجلس مصغر من القطاعات المختلفة يرأسه السيد رئيس الوزراء.

يقدم التأمين الصحي أداة فعالة لتطوير أداء وجودة تقديم الرعاية الصحية. وكلما كان تمويل التأمين الصحي أكبر ، كلما كانت الفرص أفضل للتفاوض لصالح المستفيدين. يمكن لأنظمة التأمين الصحي أن تختار وتتعاقد مع أفضل كقدمي الخدمة في القطاع العام والخاص وفقاً لبرنامج إعتماضية صارم وذو شفافية عالية. ومن التجارب الدولية في التأمين الصحي يمكننا أن نتعلم أن التأمين الصحي يكون ناجحاً إذا تم تأمين الرعاية الصحية الجيدة والمعتمدة والمبنية على فعالية التكلفة. والدرس الثاني الذي نتعلمه من التجارب العالمية أن مقدمي خدمات الرعاية الصحية يستفيدون من إنشاء التأمين الصحي لأنه يضمن لهم دخلاً مضموناً وثابتاً حتى ولو كانت الأجور أقل مما يأخذونه من المرضى الذين يأتون بمفردهم.

الاستراتيجية الأساسية : الحماية الإجتماعية للفقراء:

بالنسبة للفقراء الذين لا يستطيعون أن يدفعوا للتأمين الصحي ، يجب إعداد وتطبيق برامج خاصة لهم . وهذا ينطبق على واحد من كل ثلاثة سوريين . ويجب أن يكون الفقراء مؤهلين للوصول على الخدمات الصحية الموجودة في المشافي العامة ومراكز الرعاية الصحية الأولية . وتعتبر برامج حماية الفقراء ذات أهمية كبيرة لنظام التأمين الصحي الوطني. لذلك يجب أن تطبق آليات تحديد الفقراء لإعطائهم أفضلية العلاج كشرط إلزامي في الرعاية الصحية العامة.

تولي الخطة الخمسية العاشرة اهتماماً لآبأس به للتأمين الصحي وحماية الفقراء. لقد قررت رئاسة مجلس الوزراء أنه يجب تجربة التأمين الصحي في الرقة واللاذقية ودرعا تحت اشراف ودعم برنامج تطوير القطاع الصحي. لقد بدأت تلك التجارب وسوف تعطى المحافظات المختارة الفرصة للمشاركة في تصميم عملية التأمين الصحي في سوريا واتخاذ القرار بهذا الخصوص.

تمتلك أنظمة الحماية الإجتماعية (أو شبكات الحماية) للفقراء القدرة على تحسين وضع الفقراء وتقليص الفجوة بين الفئات الإجتماعية المختلفة. ولكنه ليس من السهل تحسين الكفاءة والمساواة وخصوصاً اذا ماتم تطبيق نظام فرعي للأشخاص الأكثر عوزاً وحاجة. إن إنشاء هيئة خاصة أو نظام رفاه يغطي الاحتياجات الصحية للفقراء يمكن أن يكون مخالفاً لأهداف سياسة مناصرة الفقراء التي تهدف إلى دعم المجموعات غير المحصنة والحد من الفقر. يجب أن تولى أهمية خاصة لتجنب أي نوع من التمييز بين الفقراء . يمكن أن يتلق الأشخاص الذين يشعرون تحت خط محدد من الفقر معالجة مختلفة وربما تكون أسوء من قبل مقدمي الخدمة عن العلاج المقدم للأشخاص الذين يدفعون للتأمين أو يدفعون نفقات العلاج من جيوبهم الخاصة. ويزداد التمييز بين الفقراء بتقديم حزم فوائد أساسية مختلفة للمجموعات المختلفة للتأمين والمستفيدين من الرفاه الإجتماعي.

ويجب أن يتنبه متخذوا القرار والقائمون على نظام التأمين الصحي لهذه المشكلة من البداية و محاولة ربط شبكات الأمان الإجتماعي مع القطاعات الأخرى بشكل وثيق. وتكافح العديد من الدول في مختلف أنحاء العالم أن تتجاوز التجزئة بين الرعاية الصحية وأنظمة التمويل الصحي المؤلفة من تغطية الرفاه للفقراء والتأمين الصحي الإجتماعي للقطاع الرسمي وجزء من القطاع غير الرسمي والتمويل الخاص وتقديم الفوائد الصحية.

والحل الذي يوصى به أن توضع مسؤولية الحماية الصحية الإجتماعية للفقراء والتأمين الصحي الإجتماعي للأشخاص الأفضل حالاً تحت مظلة صندوق التأمين الصحي الإجتماعي واحد. ويجب يكون لصندوق التأمين الصحي الإجتماعي مصدرين اثنين:

- أ- المساهمات من الأشخاص الذين يستطيعون دفع المساهمات وفقاً لرواتبهم .
 - ب- معونة مخصصة من الحكومة للذين لا يستطيعون الدفع للتأمين الصحي بأنفسهم.
- وعند الحاجة يجب أن لا يستطيع مقدموا الخدمة التفريق بين المجموعات المختلفة من المستفيدين.

قضايا رئيسية:

- 1- تحديد واستهداف الفقراء (وليس فقط الأشخاص الذين يقل دخلهم عن حد معين ولكن أيضاً لأشخاص من الطبقات الوسطى الذين هم مهددون وعائلاتهم بالأزمات المالية بسبب الأمراض الكارثية أو الإنفاق الصحي).
- 2- تحديد حزمة فوائد معقولة ليتم تقديمها مجاناً (وبدون تقاسم التكلفة) لكل المواطنين في سوريا لتجنب الأفلاس بسبب المصاريف الصحية الكارثية.
- 3- منع أي نوع من أنواع التمييز أو التشهير بالفقراء كما هو وارد في السياسات المطروحة لاستراتيجيات تطوير التمويل الصحي المتعلقة بالاستراتيجية التاسعة للخطة الخمسية العاشرة.
- 4- تطبيق شبكة الرفاه الإجتماعي للفقراء في نفس المنظمة التي ستضم هيئة التأمين الصحي الوطنية المنبثقة .
- 5- تأسيس مخزون من رأس المال لاستخدامه مستقبلاً كصندوق إعادة تأمين لسلاسل الأمراض الكارثية وللحماية الصحية للفقراء.

خطة مرحلية للحماية الصحية للفقراء		
2007	2008	2009
البحث عن الأدوات المناسبة لتحديد واستهداف الفقراء ومناقشة هذه الأدوات	إختبار الطرق المختارة	تطبيق الطرق المختارة
تحديد حزمة خدمات معقولة	التأكد من وجود الرعاية الصحية ذات الجودة وفقاً لحزمة الفوائد التي تم تحديدها	
التحقق من قدرات تقديم الرعاية الصحية في سوريا	الاستثمار في مقدمي خدمات الرعاية الصحية لتحقيق متطلبات حزمة الفوائد	
توجه مركز الدراسات الصحية الإستراتيجية نحو الحد من الفقر وشبكات الأمان للرعاية الصحية	البدء بالدراسات والبحوث العلمية عن الخصائص الصحية المتعلقة بالفقر	
التخطيط لحملات توعية عامة عن التأمين الصحي	تطبيق استراتيجية منظمة لنشر الفهم لشبكات الحماية والحد من الفقر	
البدء بتأسيس صندوق إعادة تأمين بأسرع وقت ممكن		

الاستراتيجية الأولى: خطوات الربط الشبكي (networking) وتناغم وتوسيع أنظمة القطاع العام الحالية

إن أحد الخيارات لتطبيق نظام تأمين صحي وطني يمكن أن يبدأ ببعض المجموعات من الموظفين في القطاع العام الرسمي أو في القطاعات الخاصة أيضاً. إن العدد الإجمالي للقوة العاملة الموظفة رسمياً في كلا القطاعين العام والخاص هو حوالي ثلاثة ملايين مواطن سوري. وإذا كان التأمين الصحي سيغطي الموظفين وعائلاتهم أيضاً، سيكون في استطاعة أكثر من عشرة ملايين شخص الاستفادة من التغطية الإجمالية لهذا القطاع .

لقد تم التواصل مع أنظمة الفوائد في شركات القطاع العام وبعض الوزارات من قبل فرق برنامج تطوير القطاع الصحي ووزارة الصحة والشركات المتعاقدة. وتقدم تلك الأنظمة تجارب مفيدة ذات نطاق واسع في مجال الإدارة و التمويل الصحي يمكن الاستفادة منها لإنشاء وتطبيق نظام أوسع وأكثر شمولية في سوريا.

الخطوات:

- 1- تحديد الشركة العاملة الأكثر نجاحاً والأفضل أداءً وأنظمة الفوائد الصحية لنقابة العمال والمهنيين.
- 2- تعديل التشريع الخاص بأنظمة التأمين والفوائد في القطاع العام وتحديد العوائق القانونية التي ستحد من التنسيق و توسيع تلك الأنظمة لتتعدى مستوى العضوية و الشركات .
- 3- دراسة الفوائد التي تتم تغطيتها والإحتياجات للرعاية الصحية ليتم تحديد حزمة فوائد تلبي الإحتياجات والتوقعات للمجموعة المستهدفة وتراعي مسألة الإفلاس بسبب النفقات الصحية الكارثية.
- 4- التحول التدريجي لأنظمة الفوائد الصحية الحالية للشركات العامة والوزارات إلى نظام تأمين صحي وطني للقطاع العام.

ووفقاً للمسودة الأخيرة لقانون التأمين الصحي الوطني ، فإن نسبة المساهمة ستكون 6% من الراتب من أصحاب العمل و 3% من الراتب من الموظفين. وبهذا يمكن توفير الحصول على أكثر من 20 مليار ليرة سورية من ضرائب الأجور وفقاً للحساب المبسط التالي:

المسجلين بالتأمين	متوسط الراتب الشهري (بالليرة السورية)	مساهمة رب العمل (6%) شهرياً (بالليرة السورية)	مساهمة الموظف (3%) شهرياً (بالليرة السورية)	المساهمة الإجمالية الإجمالية سنوياً (بالدولار الأمريكي)	المساهمة الإجمالية الإجمالية سنوياً (بالليرة السورية)	المساهمة الإجمالية الإجمالية سنوياً (بالليرة السورية)
1 مليون	7.000	420	210	150	7.560	630
3 مليون	21	1.260	630	450	22.68	1.890
مليون	مليار	مليون	مليون	مليون	مليار	مليون

والخطوة الثانية ربما تكون توسعة التأمين الصحي للقطاعات غير الرسمية في المجتمع . وتقدم البداية بنظام التأمين الصحي الإجتماعي سلسلة من المحاسن الفنية ولكنها تتجنب التعامل مع التحدي لتغطية السكان الموظفين بشكل غير رسمي وبذلك يكون من الصعب تسجيل هذه الفئة في التأمين والحصول على مساهمات منتظمة منهم. إن الحجم النسبي للقطاعين الرسمي وغير الرسمي ذو علاقة بتطبيق نظام تأمين صحي على مستوى القطر . وكلما كان القطاع غير الرسمي أكبر ، كلما كانت الصعوبات الإدارية أكبر في تقييم الدخل وتحديد مساهمات التأمين الإجتماعي للموظفين في القطاع غير الرسمي وجمع هذه المساهمات. وكما في العديد من الدول، سيكون التحدي الرئيسي هو كيف يمكننا أن نتمكن من ضم السكان الذين يعملون في القطاع غير الرسمي في الأرياف في خطة تغطية يأمل أن تكون عالمية. كما أن دخل هذه المجموعة من السكان غير ثابت وهناك رغبة ضعيفة لديهم للافصاح عن دخلهم الحقيقي ودفع مساهمات منتظمة. إن العوائق لتطبيق نظام تأمين صحي وطني كبيرة والخطوات ويجب تحليلها ودراستها. وهذا يمكن أن يكون أحد مهام مركز كفاءات التأمين الصحي.

الاستراتيجية الثانية: تطوير وتوسيع الأنظمة على كامل القطاع

البدء بقطاعات مختارة أو فروع من القطاع العام أو ربما من القطاع الخاص والفقراء الذين لا يستطيعون الدفع للرعاية الصحية ويحتاجون للحماية ضد المخاطر المالية للمرض. على سبيل المثال، يقدم للموظفين في وزارة التربية مزايا نسبية يجب أخذها بعين الاعتبار عندما يبدأ تطبيق التأمين الصحي. يعيش ويعمل المعلمون في مختلف أنحاء القطر وهم يمثلون فئة سكانية مهمة وهم منظمون بشكل جيد نسبياً وقد اعتادوا أن يدفعوا مساهمات منتظمة بشكل مسبق من أجل الرعاية الصحية . اكتسبت نقابة المعلمين خبرة طويلة الأمد في إدارة نظام فوائد صحي جيد و هناك طيف واسع من آليات الدفع والتعاقد مع مقدمي الخدمة موجود في نقابة المعلمين. وعلاوة على ذلك قامت وزارة التربية بتأسيس معونات مالية لنظام الفوائد للمعلمين وربما يكون لديها القدرة على أن تشجع وتدعم الأنظمة

الخطوات:

- 1- تقييم أكبر لنظام التأمينات الصحي في نقابة المعلمين فيما يخص جمع المساهمات والتغطية و حزمة الفوائد والأداء الإداري والتنظيمي وآليات الدفع والتعاقد مع مقدمي الخدمة وكيفية التعامل مع المطالبات وكيفية ضبطها.
- 2- مسح للآراء بخصوص المقدرة والرغبة في الدفع بين المعلمين.
- 3- التحقق من وضع الوزارات والمؤسسات ذات العلاقة (مثل وزارة التعليم العالي أيضاً).
- 4- دراسة الإمدادات الحالية للرعاية الصحية من خلال مراجعة توزعها وإمكانية الوصول إليها وجودة مقدمي خدمة الرعاية الصحية ووضعهم المالي والإداري.
- 5- تصميم حزمة الفوائد التي يمكن تغطية تكاليفها والتي تحقق الهدف بأبزر قدر ممكن وتلبي إحتياجات الموظفين في التعليم والبدائية بالأمراض الكارثية فقط.

- 6- تدريب إداري مكثف لموظفي نقابة المعلمين ومن الممكن أن يتم هذا التدريب بالتنسيق مع مركز الدراسات الصحية الاستراتيجية.
- 7- تقديم استشارات متكررة قصيرة الأمد لمركز قدرات التأمين الصحي من قبل خبراء اقليميين ودوليين بخصوص نظام التأمين في نقابة المعلمين وأن تغطي هذه الاستشارات كافة مهام التأمين الصحي.
- 8- تجهيز الإدارة الحالية لنظام الفوائد الحالي بالأجهزة الفنية والبرمجيات اللازمة للقيام بمهمة التأمين الصحي بشكل أكثر فاعلية ولكي يكون النظام الحالي مهيباً للتوسع إلى الفئات المستهدفة في القطاعات الأخرى.

Annexes

Annex 1

Draft of a profile for health insurance as policy direction

(June 2005)

Proposal for 10th 5 Year Plan

Name	Affordable social <u>health insurances</u> for all, especially for catastrophic cases and illnesses of the working population, the vulnerable, and the poor			
Goal	Social protection and a safety net shall be given to all Syrian population in the transition from socialism to a social market economy			
Result	Families are protected against high costs of illnesses			
Proponent	Ministry of Health			
Partners	Ministry of Health (MoH) together with State Planning Commission, Ministry of Social Affairs and Labour, existing health benefit and health insurance schemes for the public and the private sector. The private sector will be involved gradually, since health insurance will negotiate and buy private services. International cooperation will be invited to cooperate.			
Lead Activities	Study of various options for a fair health insurance financing and appropriate benefit packages, especially for the poorer majority of the population			
	National debate and discussion on health care financing options and development and gradual implementation of pilot projects			
	Establishment of a health insurance competence centre as initial step towards a National Health Insurance Corporation			
	Establishment of a network of existing health benefit schemes and health insurance schemes to consult the process of national health insurance development			
	Gradual transfer of existing health benefit schemes of public companies and ministries into a national health insurance scheme of the public sector			
	Exemplary introduction (in selected areas) of pro-poor policies in primary health care and in hospitals with a preferential treatment and provision of drugs to the poor, people with chronic diseases and diseases of childhood and old age			
	Development and pilot-testing of ways to provide the poor (about 20 % of the population) with comprehensive health services and free drugs			
	Establishment of a capital stock to be used in the future as re-insurance or trust fund for catastrophic illness episodes			
Procedure	National or social health insurance will be started with these activities. MoH and Health Insurance Competence Centre will develop meaningful projects as soon as possible and reasonable to be integrated into the Five Year Plan later. The following cost estimates are a financial framework to be filled with good projects and programmes, step by step			
Government expenditure	In SP	Investments	Recurrent	Total
	2006	100.000.000	900.000.000	1.000.000.000
	2007	500.000.000	1.500.000.000	2.000.000.000
	2008	500.000.000	2.500.000.000	3.000.000.000
	2009	500.000.000	3.500.000.000	4.000.000.000
2010	500.000.000	3.500.000.000	4.000.000.000	
Revenues	There will be no revenues for the government. All revenues of health insurance by contributions of employers, employees, user fees or other funding options will be entirely used for purchasing health insurance benefits.			
Economic impacts	Introduction of new financing sources for the health sector reduces government budget needs and frees money for other investments to stimulate economic growth. Pooling and purchasing policies of the Health Funds will increase productivity of providers. Better health is investment in human capital and avoidance of insolvencies of families due to catastrophic health care costs is investment in social capital.			

Annex 2**Project proposal: Health insurance options study**

(June 2005)

Proposal for 10th 5 Year Plan

1. Name	Study of various options for a fair health insurance financing and appropriate benefit packages, especially for the poorer majority of the population
2. Location	Nationwide
3. Description	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collect, summarize, and synthesize all relevant documents and data bases prepared for Syria and provide an overview for a comparative analysis of the situation in Syria with selected countries in the region and the World. 2. Identify important existing solidarity schemes in Syria and analyse their structure, impact, and performance. 3. Review existing health insurance schemes in Syria, including public sector programmes, private health insurance, community-based health insurance and company-based health insurance schemes. 4. Conduct and analyse a health financing opinion survey of politicians, Islamic leaders, citizens, development partners, local governments, ministerial officials, insurance companies, public and private health care providers, NGOs, workers' syndicates and the medical association. 5. Visit and interview the ministries and other central institutions, public and private health care providers, district local councils and health offices on Governorate and district levels. 6. Compare the present situation in Syria experiences in similar countries in the region and worldwide in order to determine which preconditions are required to start a National Health Insurance System. 7. Analyse and discuss in a workshop(s) all findings and suggested alternative health care financing options with major stakeholders and draw conclusions against background of the realities in Syria 8. Develop at least 3 alternative health financing proposals which assure the equity of health care provision. Each proposal should cover issues related to revenue collection, provider payment, choice and unit of enrolment, benefit package, pooling arrangements, contribution schedule & method and purchasing. 9. Propose an implementation plan with stages of regional, social and organizational expansion according to priorities, management capabilities, quality of existing health services, and preparedness of population groups 10. Prepare the National Health Insurance financing framework for each proposal as well as preliminary macro-financial projections for the first 10 years. 11. Identify areas of demand for future technical assistance for the establishment of a National Health Insurance system in Syria
4. Time frame	90 days starting 15. March 2006
5. Main purpose	Data collection and analysis as basis of evidence for decision making about social health insurance in Syria
6. Outputs	Report
7. Activities	Hiring an international team, e.g. GTZ with Options, in collaboration with WHO and ILO
8. Inputs	200 days of international experts, 200 days of Syrian counterparts, travelling in Syria, conduction of workshops
9. Total costs	300.000 Euro or approximately 20.000.000 Syrian Pounds
10. Beneficiaries	Especially the vulnerable and poor population of Syria

11. Staff	There should be a twinning of the international team, i.e. each international expert will have an English speaking Syrian counterpart during altogether 200 days
12. Classification	Service
13. Project type	New
14. Investments	None
15. Staff costs	200 days of local professionals; support staff will be taken from MoH. For MoH there are no incremental costs to be expected
16. Revenues	None
17. Inter-Sector effects	Coordination of public sector (Ministry of Health and all Ministries with health benefit schemes, Teachers Organization, etc.) with large organised private sector as well as with non-governmental organizations
18. Employment effects	None (because it is a small project)
19. Environment effects	None
20. Civil society effects	Private sector health care provision will be dealt with as well as improved health seeking behaviour of families
Note: This proposal is essentially a replication of a study to be conducted from July to October 2005 in Yemen under the leadership of the consultant and awarded by the Yemenite Government to GTZ in cooperation with WHO and ILO	

Annex 3**Project proposal: Centre for Health Insurance Competence**

(June 2005)

Proposal for 10th 5 Year Plan

1. Name	Establishment of a health insurance competence centre as initial step towards a National Health Insurance Corporation
2. Location	Damascus
3. Description	<p>A Centre for Health Insurance Competence (CHIC) will be set up in Damascus to support all activities towards designing and implementing a national social health insurance. At the same time it will consult all existing health benefit schemes of the ministries and public companies in their transformation processes from benefit schemes to health insurances. At the same time it will advise the existing social health insurances of the Workers Union, the Teachers Association and other to strengthen and expand their activities and to coordinate it with national health insurance. This CHIC can be franchised from the German Agency for Technical Cooperation (GTZ). Main tasks are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information, analysis, studies, etc. • Business planning, training, support, etc. • Networking with government, peers, partners, etc. • Semi-governmental structure <p>It will be a joint venture of the Institute for Health Economics of the Centre for Strategic Health Studies and of the Department of Planning and Statistics of the Ministry of Health</p>
4. Time frame	Design period starting 1.1.2006, implementation starts half a year later
5. Main purpose	To back up and strengthen public health benefit schemes for employees and health insurance schemes and to attune it to a national health insurances network.
6. Outputs	Advise, coordination, training, documentation, management support
7. Activities	<ol style="list-style-type: none"> 1. Finding and upgrading office space in the Ministry of Health 2. Recruitment of international experts 3. Recruitment of Syrian professionals with experience in this field 4. Recruitment of support staff 5. Buying and installing equipment, furniture, etc.
8. Inputs	16 staff members, office space, equipment and furniture and running costs
9. Total costs	Approximately 25.000.000 Syrian Pounds per year
10. Beneficiaries	Members of social health insurances
11. Staff	Two international long-term experts on social health insurance for approximately two years, 6 national professionals, 8 persons as assistants (two translators, two communication specialists, 4 miscellaneous staff)
12. Classification	Service
13. Project type	New
14. Investments	Rehabilitation of office spaces, approximately 100.000 SP
15. Staff costs	Local staff: 1.500.000 SP per year. International staff: 15.000.000 SP per year
16. Revenues	Increasingly, CHIC will sell its services to clients. During the first years considerable revenues are not expected
17. Inter-Sector effects	Linking all sectors interested in social health insurance, also the private sector when it will be mandatory to join a social health insurance
18. Employment effects	High-quality and high-productive employment generation. Syrian professionals will take over the duties of the international experts after a certain period
19. Environment effects	None
20. Civil society effects	Non-governmental and community-based health benefit schemes and health insurances will be advised and will join the national health insurance drive.

Annex 4

Project proposal: Re-insurance fund for social health insurance (June 2005)

Proposal for 10th 5 Year Plan

1. Name	Establishment of a capital stock to be used in the future as re-insurance fund for catastrophic illness episodes		
2. Location	Damascus		
3. Description	A trust fund will be built up to back up a future health insurance. Small health insurances can access this fund as well as uninsured poor people and those who by virtue of their poverty will be exempted from paying health insurance contributions.		
4. Time frame	Starting with first transfer of funds.		
5. Main purpose	Social health insurances in Europe suffer from being paid by the monthly revenue from contributions and are not backed up by an accumulated capital stock, as private pension funds are financed usually in USA. Therefore a re-insurance fund should be build up for supporting future social health insurance activities. This fund aims at making affordable the health insurance		
6. Outputs	Operation of funds. Pilot-testing of using the fund.		
7. Activities	Trust fund regulation design and preparation as law. Set up of high-ranking committee and supervisory body, eventually with international backing. Accreditation of high-quality health care providers.		
8. Inputs	Fund manager and staff. Bureau will be attached to the President or Prime Minister. Eventually managed by the State Bank.		
9. Total costs	6.5 Billion Syrian Pounds during the Five Year Period		
10. Beneficiaries	Poor people with catastrophic illness episodes, chronic conditions and/or repeated episodes of illness		
11. Staff	One fund manager, one assistant, two staff		
12. Classification	Service		
13. Project type	New		
14. Investments	2006	500.000.000 SP	
	2007	1.000.000.000 SP	
	2008	1.500.000.000 SP	
	2009	2.000.000.000 SP	
	2010	2.000.000.000 SP	
15. Staff costs	Approximately 360.000 Syrian Pound per year		
16. Revenues	The fund will generate highest possible revenues which will be used only for reimbursing the cost of catastrophic diseases and considerable expenses for chronic diseases and repeated illness episodes.		
17. Inter-Sector effects	Partnership between office of Prime Minister, State Bank, Ministry of Health and health insurances		
18. Employment effects	None.		
19. Environment effects	None.		
20. Civil society effects	This fund will strongly increase the social reputation of the government since families with catastrophic health care costs will benefit from the fund as well as especially accredited high-quality providers of health care.		

10 نقاط باتجاه الضمان الصحي في سوريا

مسودة 2005/12/19

1. تحليل الواقع

المعطيات الناقصة حول الأسر/حجم العائلة، تحليل معطيات الإحصاء الرسمي بشكل أعمق	السكان
المعطيات الناقصة حول قطاعات التوظيف (العام، الخاص، الأعمال الحرة، البطالة)	توظيف
لم يتم فصل المعطيات بالنسبة للمحافظات تحليل المسح الأسري بشكل أعمق فقدان المعطيات حول الدخل بشكل عام	الدخل و المعاشات
توفر تحليل معطيات المسح الذي قامت به UNDP ندرة المعطيات الفردية عن الفقر	الفقر
معطيات وطنية بشكل رئيسي	اقتصاديات
عدم توفر معطيات عن المراضة و التشخيصات عدم توفر معطيات المسح الصحي	صحة
معطيات التزويد غير دقيقة تماما عدم توفر معطيات عن الاستخدام و الجودة	رعاية صحية
موازنة وزارة الإدارة المحلية معروفة، و لكن موازنات الأطراف الأخرى غير معروفة حتى الآن	موازنات الصحة الحكومية
معطيات تقديرية و تقريبية و قديمة عن المسح عدم توفر معطيات تتعلق بالحالات الكارثية	تمويل الرعاية الصحية للعائلات
الكم و الكيف على الأغلب غير معروف فقدان تحليل استمارة المعلومات المؤكدة	الفوائد الصحية/خطط الضمان
لا تزال بحاجة تقييم	خطط حماية اجتماعية أخرى

2. نقاط القوة

- a. الرغبة السياسية لدعم الضمان الصحي بجرأة (الخطة الخمسية العاشرة)
b. وزارة الصحة مهتمة بالضمان الصحي (تم تحضير طلب قانون)
c. خطط الضمان الصحي و الفوائد الصحية الموجودة
d. المانحون الدوليون يدعمون الضمان الصحي

3. نقاط الضعف

- a. فشل مبادرة الضمان الصحي عام 1979
b. توقع خدمات عامة مجانية للرعاية الصحية
c. الافتقار إلى فهم الضمان الصحي (المرضى ، المزودون، السياسيون)
d. موظفي القطاع العام يعملون أيضا في القطاع الخاص
e. توزيع و عقلانية ما هو متوفر من الرعاية الصحية العامة يؤثر على الجميع و خاصة الفقراء
f. التكلفة العالية و الغير معقولة للدفع من الجيب في حالة المرض
g. المعلومات أو المعطيات الأساسية إما خاطئة أو غير متوفرة
h. عدم وجود السوق التنافسي للمزودين في المحافظات
i. محدودية خيارات الضمان الصحي من أجل التطبيق و الاستخدام في المحافظات
j. القيام بتجربة رائدة سيكون أفضل مع عدم إغفال التركيز الوطني
k. لم يقدم إلى الآن موضوع فصل العمل بين توفير و شراء ما يتعلق بالصحة
l. تمثيل ضعيف لحقوق المرضى و مصالحهم ضمن القطاع الصحي

10 نقاط باتجاه الضمان الصحي في سوريا

مسودة 2005/12/19

4. صعوبات الضمان الصحي

شروط مسبقة للضمان الصحي		
الأموال	موارد مالية عامة كافية؟	?
	القدرة على الدفع للضمان الصحي؟	?
	الاستعداد للدفع للضمان الصحي؟	?
	صناديق صحية عامة لامركزية؟	-
العقل الموجه	القيادية و الرغبة الوطنية؟	?
	القيادية و الرغبة المحلية؟	?
	أفضل الممارسات في مجال الضمان الصحي معروفة و فعالة؟	-
	أفكار و مبادئ واضحة؟	-
آليات	إدارة خطة ملائمة؟	?
	إدارة وطنية ملائمة؟	-
	فصل واضح بين الشراء و التوريد؟	-
	دعم الحكومة للإصلاح؟	?
	دعم المانحين؟	?
	ضبط ملائم لسوء الاستخدام؟	?
أسواق	عدد كاف من مزودي جودة حشريين؟	?
	عدد كاف من مزودي جودة ريفيين؟	-
	ضمانات صحية خاصة؟	-
كثييات	توفر القوانين و الأنظمة؟	-
	تطبيق القوانين و الأنظمة؟	?
القوى العاملة	كادر مؤهل و كاف؟	-
	عدد كاف من خبراء التمويل الصحي؟	-
	عدد كاف من خبراء إدارة الضمان الصحي؟	-
	قدرات تدريبية كافية؟	?
التحفيز	معرفة و وعي و إثارة؟	-
	إجماع المعنيين؟	-
	دعم التكافل من أجل الفقراء؟	?
	الثقة بإدارة الصندوق المركزية؟	?
القياس	معلومات و معطيات كافية؟	-
	ملخص تقييم	-/?

5. عروض، حلول

- ملاحظة تحذيرية:
- عدم التسرع في المناطق الرائدة للضمان الصحي – بحاجة لزم من بخوالي 2 - 5 سنوات
 - الإبقاء على خطط الضمان الموجودة- و كسب التأييد لمنهج جماعي
 - يتم دعم الدراسات و كذلك جمع المعطيات الأساسية من برنامج تحديث القطاع الصحي
 - تحليل الوضع (النقطة 1)
 - استكشاف و وصف و تحليل الفوائد الصحية الموجودة / و خطط الضمان
 - مسوحات عن القدرة و الاستعداد للدفع للضمانات الصحية
 - التعاقد على دراسات عن حالة الطلب و التوفر و جودة المزودين
 - الحوارات السياسية و التدريب التقني على الضمان الصحي الوطني و الاجتماعي
 - زيارات إلى مصر و الأردن لأشخاص تقنيين و استراتيجيين رئيسيين
 - مؤتمرات و مناقشات و مناظرات عن السياسة مع صانعي القرار
 - جلسات تدريبية و استشارات يقوم بها الدراسات الصحية الاستراتيجية
 - اختبار رائد في محافظات مختارة و مع مجموعات منتقاة على المستوى الوطني
 - خطط الحماية الصحية للفقراء و المجموعات السريعة التأثر (خاصة فيما يتعلق بالأدوية)
 - الربط / التوسع في بعض الفوائد الصحية / خطط الضمان الموجودة
 - تقديم الضمان الصحي لمجموعات سكانية مختارة
 - أوراق السياسة و الدراسات نحو نظام ضمان صحي وطني

10 نقاط باتجاه الضمان الصحي في سوريا

مسودة 2005/12/19

6. الخيارات المتاحة

المنهج القطاعي
البدء بقطاعات توظيف أو مهين منتقاة

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 الحرة	مساهمة ضريبية الدخل في الضمان		
			60 %	1.000.000	الشركات الحكومية و العامة
				2.000.000	الشركات الخاصة الرسمية
	↑↑↑↑	10 %		500.000	المهين الحرة ذات الكسب الأفضل
	10 %			500.000	فقراء المهين الحرة
30 %	↓↓↓↓ استراتيجية التوسع			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					

المنهج الإقليمي

- الصناديق الصحية الحكومية (النموذج المصري أو الكندي)
- البدء برعاية صحية مجانية للفقراء و الطبقات السريعة التأثر (خاصة الأدوية)
- التوسع و تكرار فوائد صحية موجودة / خطط ضمان

7. تكاليف من أجل الضمان الصحي
التكلفة تغطيتها الدولة و المانحون، في البداية تحتاج محافظة الرقة تمويل و وطني أو من برنامج تحديث القطاع الصحي من أجل الدراسات (2006 : 1 مليون ليرة سورية) كل الاختبارات الرائدة يجب مراقبتها بالنظر إلى مضامين الكلفة الوطنية

8. القوانين و الأنظمة
إذا كان من الضروري إطار عمل قانوني من أجل إتاحة المجال أمام الاختبار الرائد و الابتكارات المتعلقة بأمور الموازنة

9. التغطية و المجموعات المستهدفة
دائما نستهدف نظام التأمين الصحي الوطني و الاجتماعي الذي يغطي الجميع بما فيها تحليلات مضمون الضمانات الصحية الخاصة

10. النتائج خلال عام
تحضير الكادر الرئيسي للضمان الصحي من أجل الإقلاع تنامي الإجماع حول استراتيجية معقولة باتجاه نظام ضمان صحي وطني

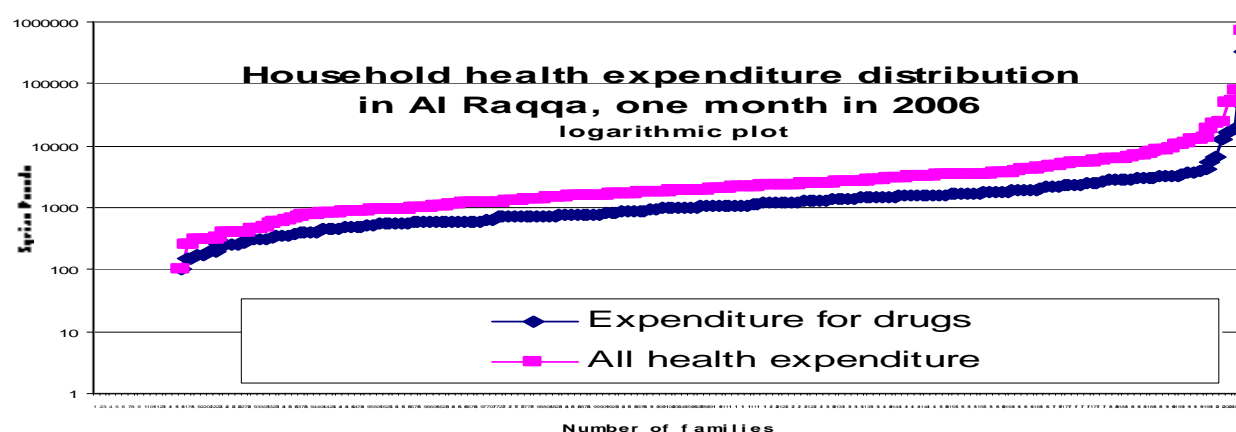
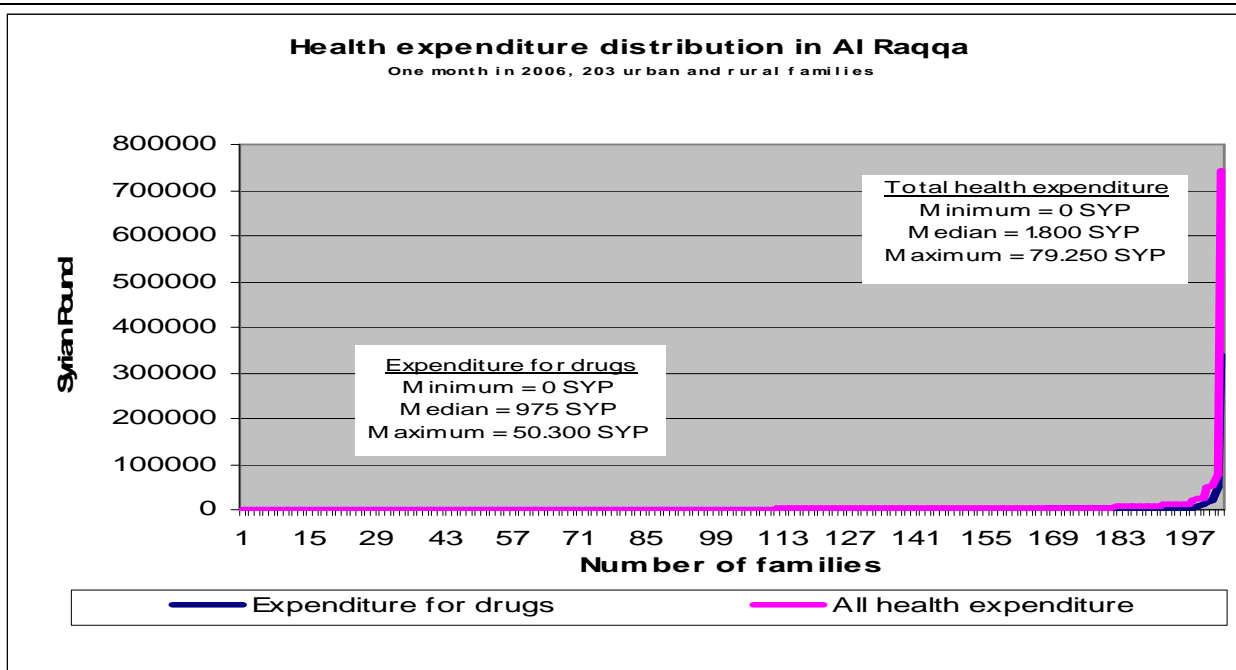
Annex 6

Health expenditure distribution and poverty

(December 2006)

Household health expenditure surveys reveal that normally quite a number of families do not spend large amounts of money for health in a typical year. This might be caused by (relatively) good health or by avoiding health expenditure. Catastrophic illness episodes or expenditures hit just a very small fraction of society, as can be seen in the following graphs.

Health expenditure distribution in Al Raqqa case study 2006

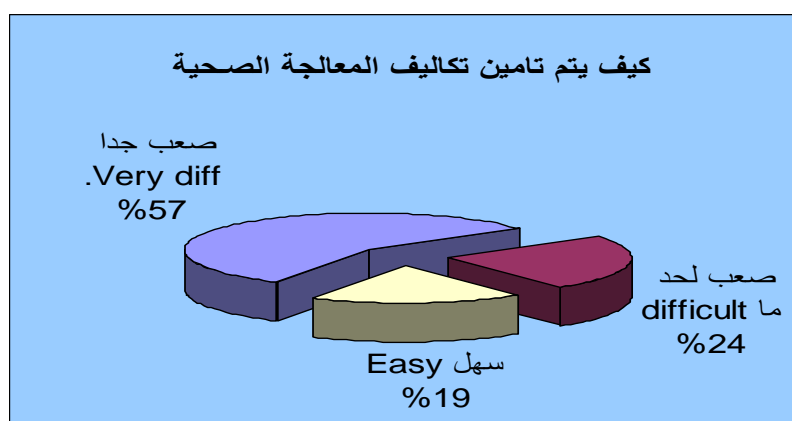


Protection of the poor in the health systems does not refer only to those living below a certain 'means-tested' income ceiling. In view of the sometimes exorbitant high costs of care for catastrophic cases of illness or for chronic diseases even middle-class families can fall into poverty if there is no health-safety net for them. If there are no savings in the families, a spending of more than 40% of the regular income for health can be considered catastrophic. Other expenses would have to be downgraded, including spending for education and nutrition, for example. Health insurance has to deal with catastrophic diseases or spending for health care wherever they occur. The formula is: small mandatory prepayments by all for high payments of a few in need.

Al Raqqa case study 2006: catastrophic health spending

Percentage of families	Percentage of spending
1.5	24.6
8.9	49.7
36.5	79.9

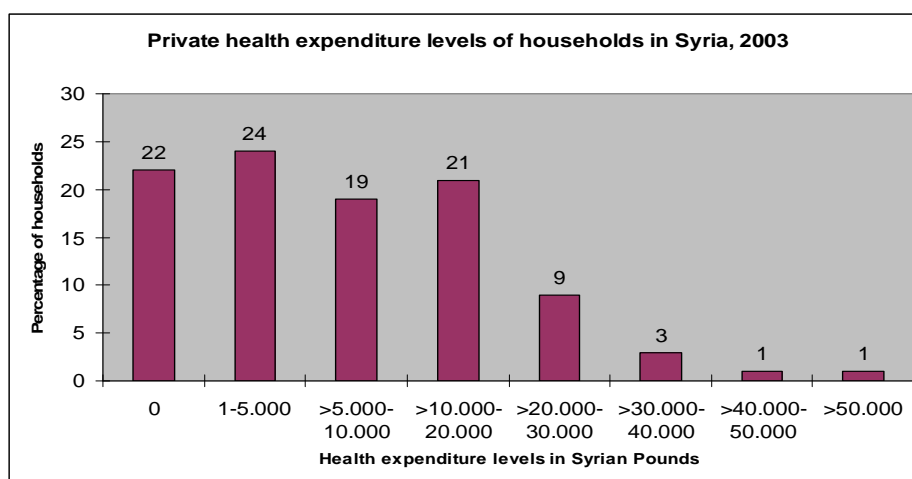
Al Raqqa case study 2006: difficulties for paying for care among 203 families



Al Raqqa case study 2006: financial burden of chronic diseases

Family members with chronic conditions	Number	Percent %	Total monthly health care expenditure SYP	Percent %
0	110	54.19	299.099	40.29
1	66	32.51	204.575	27.56
more	27	13.30	238.723	32.16
Totals	203	100	742.397	100

Central Bureau of Statistics: National household health expenditure survey 2002



Poverty in Syria

Indicator	Year	Syria	Dara'a	Lattakia	Raqqa	Source
Population below poverty line (%)	2003	20				CIA
Population in extreme poverty, i.e. with less than 1 US\$ per day in percent	2003-4	0.3				CBS
Population with less than 2 US \$ per day, %	2003-4	10.4				CBS
Upper poverty incidence (%)	2003-4	30.13	32.93	31.78	35.27	UNDP
Upper poverty depth (%)	2003-4	7.39	9.08	8.80	9.89	UNDP
Upper poverty severity (%)	2003-4	2.60	3.48	3.41	3.90	UNDP
Upper poverty incidence (%) - urban	2003-4	28.48	33.34	30.51	38.84	UNDP
Upper poverty depth (%) - urban	2003-4	6.97	9.94	8.85	9.89	UNDP
Upper poverty severity (%) - urban	2003-4	2.44	3.99	3.48	3.65	UNDP
Upper poverty incidence (%) - rural	2003-4	31.82	32.70	33.04	33.20	UNDP
Upper poverty depth (%) - rural	2003-4	7.82	8.59	8.76	9.90	UNDP
Upper poverty severity (%) - rural	2003-4	2.76	3.19	3.34	4.05	UNDP
Lower poverty incidence (%)	2003-4	11.39	15.43	11.55	17.59	UNDP
Lower poverty depth (%)	2003-4	2.13	3.22	2.28	3.91	UNDP
Lower poverty severity (%)	2003-4	0.62	1.06	0.67	1.30	UNDP
Lower poverty incidence (%) - urban	2003-4	8.70	13.99	11.04	14.92	UNDP
Lower poverty depth (%) - urban	2003-4	1.57	2.91	2.32	2.70	UNDP
Lower poverty severity (%) - urban	2003-4	0.46	0.95	0.71	0.72	UNDP
Lower poverty incidence (%) - rural	2003-4	14.18	16.26	12.06	19.13	UNDP
Lower poverty depth (%) - rural	2003-4	2.70	3.40	2.24	4.60	UNDP
Lower poverty severity (%) - rural	2003-4	0.79	1.12	0.63	1.64	UNDP
HH owning agricultural land (%)	2003-4	n.a.	8.15	23.81	39.35	UNDP
HH owning sheep and goat (%)	2003-4	n.a.	3.25	0.26	28.63	UNDP
HH owning trucks (%)	2003-4	n.a.	3.76	2.98	3.66	UNDP
<p>United Nations Development Programme (2005): Poverty in Syria: 1996-2004. Diagnosis and pro-poor policy considerations. Damascus (UNDP)</p> <p>Explanation 1: The 'lower household-specific poverty line', calculating essential food and non-food requirements, is used as a basis for the analysis of the report, although two other distinct poverty lines were also calculated using the household-specific methodology. The analysis constructed a food poverty line – the cost in SL of a minimum food basket – often considered to be the 'ultra' poverty line. In addition, an 'upper' poverty line reflects the actual consumption expenditure of the poor – not just expenditures on essential needs – and thus reflects the standard for satisfying a <i>reasonable</i> level of basic needs. Finally, the 'lower' poverty line falls between these two extremes, and reflects a basket of basic food and non-food needs. Households' consumption at this line would satisfy the <i>essential</i> food and non-food requirements.</p> <p>Explanation 2: The head count index (P0) is a measure of the prevalence of poverty. It denotes the percentage of households that are poor – as defined by the poverty line – as a proportion of total population. This measure; however, is insensitive to the distribution of the poor below the poverty line. This is captured by the following two indices, P1 and P2. The poverty gap index (P1) is a measure of the depth of poverty and denotes the gap between the observed expenditure levels of poor households and the poverty line. Assuming perfect targeting, the poverty gap index indicates the amount of resources (transfers) needed to bring all poor households up to the poverty line. The poverty severity index (P2) measures the degree of inequality in distribution below the poverty line and gives greater weight to households at the bottom of the income (or expenditure) distribution.</p>						

Annex 7

Costs of a national health insurance system

(December 2005)

The STE revised his mapping of health financing options according to the households main employment sector by including now the security sector – military and polices – in his calculations, even if it is just a speculation, that half a million persons are employed by this sector.

Optional components of a national health insurance system in Syria					
Health financing options by households' main employment sector	Workforce (rough and rounded estimates)	Health financing options			
		Payroll tax contribution insurance	Self- employed insurance	Community participation schemes	Tax-based public services
Government & public companies	1.000.000	64 %			
Public security sector (?)	500.000				
Formal private companies	2.000.000				
Better-off self-employed	500.000		9 %	↑↑↑↑↑↑	
Poor self-employed	500.000			9 %	27 %
Unemployed and poor	1.000.000			↓↓↓↓↓↓ Expansion strategy	
Workforce in Syria	5.500.000	64 %	9 %	(~9 %)	
Population in Syria	18.000.000	64 %	9 %	(~9 %)	
Sources: own estimates and calculations, 2006 – with security sector added.					

Based on this mapping of affairs the STE drafted a first scenario on potential revenues of a national health insurance system in Syria. Calculations took as a guideline the contribution shares proposed in the most recent draft of a national health insurance law, recommended by the Ministry of Health. A 6% share of the salaries should be paid by the employer and 3% by the employee. It can be debated if it is wise to have not the same shares of employers and employees. Considering the meagre salaries in the public sector it has to be recommended that children up to an age of approximately 15 years should not be covered by health insurance but by free health care for the poor and the vulnerable. In view of the high prevalence of additional jobs in the afternoons it has to be discussed, if salaries should be taken as the yardstick to calculate premiums or rather income or flat rates. The following calculation therefore is only one of many possible scenarios.

Expected health insurance contributions per employee						
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	7.000	420	210	630	7.560	150
1 Million	7 Billion	420 Million	210 Million	630 Million	7.6 Billion	150 Million

Assuming a total coverage of the national health insurance system we estimate a total revenue of about 27 billion Syrian Pounds per year as can be depicted from the following table.

Expected health insurance contributions of a national health insurance system in Syria				
Employment category	Insured In Mio	Revenue 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

We assume that the private smaller formal sector will need a subsidy of 50% by the government. Anyway, these calculations are very optimistic. It will be not an easy task to insure all the private sector and all self-employed. In a more detailed cost calculation given in [Annex 31](#) we assume a slow phasing in of various employment groups, especially of the private sectors between soon and 2020. The following table presents some selected data of the aforementioned annex.

Cost Estimates for National Health Insurance System in Syria (in 1.000s of US\$)				
Issue	Details	2006	2010	2020
HI institution building	HI support institutions (Centre for HI competence + HI Authority)	250	3,000	5,000
Government subsidies for HI	30% of public and private contributions	0	67,500	157,500
Government fund for the poor	Pro-poor health development fund	10,000	50,000	100,000
Health budgets of all ministries	Less provision, more prevention, regulation, etc.	500,000	400,000	200,000
Public budgets for health	MoH + pro-poor-fund + HI subsidies + Institution	510,250	520,500	462,500
All government HI contributions	Total government as employer contributions	0	100,000	150,000
All government health budgets	For health care and for salary contributions	510,250	620,500	612,500
All public employees contributions	Public employees salary contributions	0	50,000	75,000
All private HI contributions	Contributions from all employers & employees	0	75,000	300,000
All health budgets + HI contributions	Public and private, employers and employees	510,250	745,500	987,500

These calculations are very first and preliminary ways of stimulating criticism for enriching discussions on the introduction of a health insurance system in Syria.

Some Tentative Cost Estimates for National Health Insurance System in Syria (in 1000s of US\$)

(First, simplified and very preliminary draft, just an exercise in thinking about possible futures)

Contributions

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)	Employer share (6%) per year (US\$)	Employee's share (3%) per year (US\$)	Total contribution per year (US\$)
1 only	7.000	420	210	630	7.560	100	50	150

No	Issue	Details	Comments / calculations	2006	2008	2010	2015	2020
1	HI institution building	HI support institutions (Centre + Authority)	Additional funds from donors	250	2,000	3,000	3,000	5,000
2	Public sector HI contributions	Salary contributions of government	For up to 300.000 teachers	0	30,000	30,000	30,000	30,000
3	=	Salary contributions of government	For additional 700.000 employees	0	0	70,000	70,000	70,000
4	=	Salary contributions of government	For remaining 500.000 employees	0	0	0	0	50,000
5	=	Total government as employer contributions	6% salary rate	0	30,000	100,000	100,000	150,000
6	=	Public employees salary contributions	3% salary rate	0	15,000	50,000	50,000	75,000
7	=	Total public sector HI contributions	For up to 1 million employees	0	45,000	150,000	150,000	225,000
8	Private sector HI contributions	Employers contributions for HI	For up to 500.000 employees	0	0	50,000	50,000	50,000
9	=	Employers contributions for HI	For second batch of 500.000	0	0	0	50,000	50,000
10	=	Employers contributions for HI	For smaller companies, 1 million	0	0	0	0	50,000
11	=	Employees and workers contributions for HI	For up to 500.000 employees	0	0	25,000	25,000	25,000
12	=	Employees and workers contributions for HI	For second batch of 500.000	0	0	0	25,000	25,000
13	=	Employees and workers contributions for HI	For smaller companies, 1 million	0	0	0	0	25,000
14	=	Better-off self employed contributions for HI	For up to 500.000 self-employed	0	0	0	0	75,000
15	=	Poorer self-employed contributions for HI	Same for unemployed and poor	0	0	0	0	0
16	=	All private sector HI contributions	For up to 3 million workforce	0	0	75,000	150,000	300,000
17	All HI contributions, public&private	Revenues from p&p employers & employees	For up to 4.5 Mio contributors	0	45,000	225,000	300,000	525,000
18	Government subsidies for HI	30% of public and private contributions	All population	0	13,500	67,500	90,000	157,500
19	Government fund for the poor	Pro-poor health development fund	About 1 million households	10,000	30,000	50,000	100,000	100,000
20	Other ministries health budgets	Less provision, more prevention, regulation, etc.	All population	500,000	500,000	400,000	300,000	200,000
21	Public budgets for health	MoH + pro-poor-fund + HI subsidies + CHIC	Line 1+18+19+20	510,250	545,500	520,500	493,000	462,500
22	All government HI contributions	Total government as employer contributions	Line 5	0	30,000	100,000	100,000	150,000
23	All government health budgets	For salary contributions and for health care	Line 21+22	510,250	575,500	620,500	593,000	612,500
24	All public employees contributions	Public employees salary contributions	Line 6	0	15,000	50,000	50,000	75,000
25	All private HI contributions	Contributions from all employers & employees	Line 16	0	0	75,000	150,000	300,000
26	All health budgets + HI contributions	Public and private, employers and employees	Line 23+24+25	510,250	590,500	745,500	793,000	987,500

Annex 8

Assessment of existing health benefit and insurance schemes

(January 2007)

Year	Schemes	Contents and comments
2000	Ministries	Coverage and costs of all ministries
2002	Social insurance of MoSAL	Narrative report of Dr. Guiliana Bensa, estimating 2.4 billion SYP for 490.000 employees covered with approximately 2.5 million beneficiaries at an annual cost of 4924 SYP per employee
	Syrian Insurance Comp. - MoEc	
	Teachers Union	
	Trade Union	
	Damascus Electricity Company	
	Syrian Medical Association	
2004	Teachers Association	Detailed training and self-assessment on the basis of 185 multiple-choice questions of the InfoSure methodology by HSMP
	Workers Union	
	Dental Association	
	Ministry of Health	
	Ministry of Transport	
2005	Public health benefit schemes in Al Raqqa	Report of Directorates of Health on coverage and costs requested by MoH for Prime Minister
	Public health benefit schemes in Dara'a	
	Public health benefit schemes in Lattakia	
2006	156 public institutions with and without health benefit schemes in Dara'a, Lattakia and Al Raqqa Governorates	Assessment of employment, coverage and cost of health benefit schemes. Institutional coverage is 52%, population coverage is 13%. Study contracted to private consulting company.
	Dara'a: ➤ Commercial Bank of Syria ➤ General Electricity Company ➤ Teachers Syndicate ➤ Drinking Water and Drainage Est. ➤ Al Qsour Petrol Station	More detailed assessment of public and private schemes: 1. Membership 2. Financing 3. Benefits 4. Legal issues 5. Administrative issues 6. Healthcare conditions 7. Risk management Studies were contracted to private Syrian consulting companies. Main result training, management advice and mutual exchange of experiences with other schemes are advisable
	Lattakia: ➤ 11 public companies	
	Al Raqqa: ➤ Agricultural Cooperative Bank ➤ Popular Credit Bank ➤ Postal Establishment ➤ Telecommunications Establishment ➤ Direct. of Agriculture/Agrarian Reform	
	Syrian insurance Company - Death disability pension ins Professional group schemes - Teachers Association Ministries - Ministry of Telecommunication (Transport) Public corporations - Commercial Bank - Public Electricity Company - PEC Co-operation fund - PEC Al Raqqa - Central Bank Al Raqqa - Reconstruction C. Al Raqqa - Euphrates Dam Corporation Third Party Administrators - Bankers Best Assistance - IMPA Ltd. Private health insurance - United Insurance Co. Private Companies - Syriatel / Ramak-Group Health care providers - Al Shami Hospital - Damascus Hospital	
Health benefit & insurance schemes Assessments of - Ministry of Finance Cooperation Fund - Lattakia Port Corporation - Syrian Tobacco Corporation	Review of studies done and recommendations for peer review and improvement Assessment of three public schemes	

Some data on selected health benefit and insurances schemes

Five health benefit and insurance schemes – a few indicators

Questions	Multiple-choice answers	Ministry Transport	Teachers Association	Workers Union	Dental Association	Ministry of Health	
1 Setting up the scheme							
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	
2 Membership							
2.7 How is membership constituted	Voluntarily						
	Compulsory by law						
	Compulsory by group membership						
	Opting out of social insurance scheme						
	Varies according to the group of members						
	Other: decision of ministry						
2.11 Definition of family members	Max. number of household members covered	all	all	all	0	all	
	Maximal number of spouses covered	1	1	1	0	all	
	Maximal number of children covered	all	all	all	0	6	
	Male spouses covered	0	0	0	0	0	
	Parents covered dependant parents	Dep	0	Dep	0	Dep	
	No clear definition						
	Other						
3 Financing							
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	
11 Financial profile	Expenditure during last year		14 Mio SP	316.292.655 SP	200 ass. à 5 Mio SP	2 Mio SP	N/A
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

Application of InfoSure multiple-choice questionnaire with about 185 detailed questions. The answers were given during a six days training and assessment seminar conducted by the Health Sector Modernisation Programme of the Ministry of Health, between 21st of November and 2nd December 2004. All questions were given in a questionnaire in Arabic language, in company with two other questionnaires – one with the same questions asking for open answers and another one on financial and statistical issues of the participating schemes.

Private insurance

Agent	Benefit coverage	Yearly € premium	Comments
Sadoui	Inpatient Syria and Lebanon	360	Premia are for young adults up to about 36 years
	Inpatient care in Syria	130	
	Outpatient care in Syria	64	
	Drugs Syria	32	
Bankers Company	IPC 100%, OPC 90%	160-200	
Private schemes	Exclusion of expensive care	100-200	
International Re-insurers	Premium-coverage rate: 80 € per 120.000 € applicable also for health insurances		
IPC = inpatient care; =PC = outpatient care			
Source: Holst [15]			

Coverage and cost of public health benefit schemes in three Governorates

Indicators Areas	All public inst.	Inst. with health benefit schemes	Institutional coverage %	Population	Beneficiaries	Coverage of population %	Cost per beneficiary per year SYP
Dara'a	49	27	55	858.000	126.095	14.70	1.062
Lattakia	42	20	48	891.000	107.327	12.05	754
Al Raqqa	66	34	52	811.000	91.523	11.29	1.383
Totals	157	81	52	2.560.000	324.945	12.69	1.051

Public companies studied according to coverage of health benefit schemes in three Governorates

Dara'a	Lattakia	Al Raqqa
<p><u>With benefit scheme</u> Agricultural Bank Central Bank of Syria Commercial Bank Credit Bank (limited incomes) Dara'a Building Co Dara'a Cereal Dara'a Communication Dara'a Consumptive Est. Dara'a Electricity Dara'a Finance Dara'a Post Dara'a Religious Endowments Directorate of Irrigation Directorate of Transport Education Directorates Fuel Company Dara'a Branch Industrial Bank Pharmix Productive Credit Bank Real-estate Bank Social Insurance Syrian Air Syrian Insurance Technical Services Directorate Yarmuk Mills</p> <p><u>Without benefit scheme</u> Central Corpus Civil Affairs Directorate Dara'a Advertisement Branch Dara'a City Council Dara'a Directorate of Economy Dara'a Directorate of Environment Dara'a Directorate of industry Dara'a Directorate of Justice Dara'a Health Directorate Dara'a Planning Directorate Dara'a Railway Dara'a Real-estate0 Dara'a Religious Endowments Dara'a State Affairs Dara'aa Purchase centre Directorate of Affairs Directorate of Agriculture Directorate of Culture Directorate of Tourism Farmers Union Labourer's Union Potable Water Est. Saving Bank Secretariat of Dara'a Governorate</p>	<p><u>With benefit scheme</u> Social Security Directorate Railway Electricity Co. Lattakia Port Post Service Central Bank Real-estate Bank Duty Free Credit Bank Productive Credit Bank Water Est. Internal Transport Co. Marble Co. Directorate of Industry Pharmix Directorate of Tourism Hmeisho Cars Abu Musa Co Directorate of Culture</p> <p><u>Without benefit scheme</u> Directorate of Agriculture Insurance & Pensions Directorate of Finance Courts Labour & Social Affairs Real-estate Directorate Directorate of Supply Education (Technical) Radio &Television Aviation Agencies Cereal Est. Electric Motors Co. Economy & Trade Directorate Education Directorates Assad University Sport Premises Environmental Religious Endowments Syriatel Areeba University</p>	<p><u>With benefit scheme</u> Central Bank of Syria Commercial Bank of Syria Communication Directorate Cooperative Agricultural Bank & its Branches Credit Bank Directorate of Agriculture Directorate of Transport General Construction Co. General Co of Potable Water General Co. of Advertisement General Co. of Bakeries General Co. of Euphrates Dam General Co. of Poultry General Co. of Social Security General Co. of Water Projects General Co. of Road Transport General Electricity Co General Est for Development of Furat Basin General Est. of Cereal General Est. of Consumptive Materials General Est. of Metals & construction Materials General Est. of Railway General Ways& Bridges Co. Industrial Bank Land Reclamation Military Housing Est. Radio & Television Center Raqqa Mail Directorate Raqqa Sugar Co. Real-estate Bank Sundus Center Syrian Co. for Storing & Distribution of Materials Syronics Technical Services Directorate</p> <p><u>Without benefit scheme</u> Administration of State Affairs Central Corpus of Financial Monitoring Central Corpus of Monitoring& Inspection Civil Affairs Directorate of Civil Affairs Directorate of Culture Directorate of Education Directorate of Finance Directorate of Social Affairs &Labor Directorate of Tourism Eradication of Unemployment Office General Est. of Seeds General Co. of storing and marketing General Est of Mills General Est. of Geology and Minerals General Est. of Pension & Insurance General Est. of School Books Governorate Secretariat Local Councils of towns & village Municipalities Military Housing Est Public Institution Raqqa Directorate of Economy Raqqa Directorate of Health Raqqa Directorate of Industry Raqqa Directorate of Internal Trade Raqqa Directorate of Justice Raqqa Directorate of Planning Raqqa Directorate of Religious Endowments Raqqa Directorate of Statistics Real-estate Directorate Saving Bank Silage Est. Transport of Goods Office</p>
<p>The numbers of the above mentioned establishments do not tally exactly with the numbers mentioned in the executive summaries of the contracted company.</p>		

Annex 9

HSMP advice on health insurance in Syria

A historical sketch until end of 2006

STE	Dates			Lead activities
	N.	Dates	Days	(for details: see knowledge data bank in Ministry of Health)
Detlef Schwefel	1	2003 05-06	18	Review of Italian report on Syrian health benefit and insurance schemes (HBaIS) Estimation of financial share of HBaIS (~4.5% of all health exp.)
	2	2003 09	21	First assessment of status and context of HBaIS in Syria. Comparison with South Korea, Philippines and Thailand. Hint at indigency programmes.
	3	2003 11-12	31	Review of drafted law on health insurance. Introduction of InfoSure methodology for assessing HBaIS
	4	2004 01-03	61	Training on health insurance. Planning on future steps of HSMP. Translation of InfoSure questionnaire into Arabic.
	5	2004 07-08	27	Pilot-test of InfoSure questionnaires Plan for interagency involvement Training on fair financing
	6	2004 10-12	56	Interagency consultation, training and assessment of five schemes Health economics training
	7	2005 06	22	Health insurance inclusion in 10 th Five Year Plan Draft of a profile for health insurance as policy direction Proposal of 8 lead activities towards social health insurance Proposals for reforming allocations for health
	8	2005 11-12	37	Sednaya conference as response to cabinet request Draft of 10 elements for discussing health insurance Proposal on studies on health benefit and insurance schemes Statistical data compilation and analysis
	9	2006 01-02	43	Compilation of documents and excerpts for Prime Ministers Office Proposal on modifications of 10 th Five Year Plan strategy Health insurance workshops in three Governorates The importance of protecting the poor Cost of a national health insurance system The issue of privatisations A framework law for health insurance
	10	2006 04	7	Health financing and insurance in Egypt Family health funds in Egypt
	11	2006 04	5	Review for monitoring
	12	2006 06-07	34	National health insurance committee participation Willingness to pay for health insurance – first results
	13	2006 11-12	36	Household health expenditure data requesting health insurance Support for monitoring mission First review of four studies on provincial health benefit schemes
	Total		398	Health insurance was only one of six tasks for the short term consultant, i.e. approximately 66 calendar days were spent for advice in this area between 2003 and 2006
Jens Holst	1	2006 07	21	Comparison with Lebanon, Jordan, Chile Private and public health insurances and benefit schemes InfoSure assessment of some existing schemes
	2	2006 12	14	Private and public health insurances and benefit schemes InfoSure assessment of some existing schemes
	Total		35	Consultancy given on health insurance, only.

Annex 10

Sources and references

- [1] Schwefel, Detlef: Improving national health accounts and social health insurance in Syria. Some assessments and recommendations within a modernized framework. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (May-June mission) Damascus 2003, 48 pages (Report 1)
- [2] Schwefel, Detlef: First steps towards national health accounts and public health expenditure reviews in Syria. Some data, estimations, recommendations and policy implications. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (September mission) Damascus 2003, 83 pages (Report 2)
- [3] Schwefel, Detlef: Strengthening health systems management in Syria. Suggestions for national health accounts, social health insurances, health systems research and related issues of the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (November-December mission) Damascus 2003, 40 pages (Report 3)
- [4] Schwefel, Detlef: Towards a framework for sustainable health financing in Syria. First batch of advices on implementing the annual plan 2004 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (January-March mission) Damascus 2004, 93 pages (Report 4)
- [5] Schwefel, Detlef: Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Second batch of advices on implementing the annual plan 2004 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (July-August mission) Damascus 2004, 68 pages (Report 5)
- [6] Schwefel, Detlef: Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Third batch of advices on implementing the annual plan 2004 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (October-December mission) Damascus 2004, 161 pages (Report 6)
- [7] Schwefel, Detlef: Towards strengthening the 10th Five Year Plan for Health in Syria. Suggestions for producing meaningful project proposals. Short-term consultancy report contracted by Options for HSMP. (June mission) Damascus 2005, 96 pages (Report 7)
- [8] Schwefel, Detlef: Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Advices on implementing the annual plan 2005 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (November-December mission) Damascus 2005, 101 pages (Report 8)
- [9] Schwefel, Detlef: Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Second batch of advices on implementing the annual plan 2005 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (January-February mission) Damascus 2006, 231 pages (Report 9)
- [10] Schwefel, Detlef: Health financing in Egypt. National health accounts, health insurance and family health funds. Lessons for the Health Sector Modernisation Programme if Syria? Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (April mission) Berlin 2006, 23 pages (Report 10)
- [11] Schwefel, Detlef: Monitoring and planning the modernisation of health financing in Syria. Review of annual work-plans 2003-2005 and preview of unmet needs for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation

- Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (June-July mission) Damascus 2006, 45 pages (Report 11)
- [12] Schwefel, Detlef: Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Third batch of advices on implementing the annual plan 2005 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted by GTZ International Services for HSMP. (June-July mission) Damascus 2006, 149 pages (Report 12)
- [13] Schwefel, Detlef: Towards a framework for sustainable health financing in Syria. Fourth batch of advices on implementing the annual plan 2005-6 for health economics and health financing within the Health Sector Modernisation Programme. Short-term consultancy report contracted Options Consultancy Services for HSMP. (November-December mission) Damascus 2006, 140 pages (Report 13)
- [14] Schwefel, Detlef: Towards a national health insurance system in Syria. Documents, materials and excerpts from short-term consultancy reports of Detlef Schwefel. 2003-2006. Damascus 2007, 453 pages
-

- [15] Holst, Jens: the potential of health insurance to contribute to universal coverage n health in Syria. Detection and assessment of selected health insurance schemes in the country. Short-term consultancy report contracted Options Consultancy Services for HSMP. (July-August mission) Damascus 2006, 139 pages (Report 1)
- [16] Holst, Jens: the potential of health insurance to contribute to universal coverage n health in Syria. Detection and assessment of selected health insurance schemes in the country. Short-term consultancy report contracted Options Consultancy Services for HSMP. (December mission) Damascus 2006, 80 pages (Report 2)
-

- [17] Schwefel, Detlef and Jens Holst, Christian Gericke, Michael Drupp, Boris Velter, Ole Doetinchem, Rüdiger Krech, Xenia Scheil-Adlung, Guy Carrin, Belgacem Sabri, Jamal Nasher, Saleh Fadaak, Gamal Srori, Rashad Sheikh, Ali Al-Agbary: Towards a national health insurance system in Yemen. Part 1: Background and assessments, Sana'a, October 2005 (Study commissioned by the Republic of Yemen to the Consortium of German Development Cooperation (GTZ), World Health Organization (WHO), International Labour Office (ILO), financially supported by World Health Organization and the World Bank), 127 pages – also available in Arabic
- [18] Part 2: Options and recommendations, 120 pages – also available in Arabic
- [19] Part 3: Materials and documents, 202 pages
-

- [20] Schwefel, Detlef: Fair financing for health and health care. Discussion paper for the European Commission's Working Group on Fair Financing. Commissioned by German Agency for Technical Cooperation (GTZ). Berlin 2004, 78 pages