مجلة جامعة تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية

اسم المقال: تجربة التأمين الصحي في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي (2010 - 2018)
اسم الكاتب: د. لؤي صيوح، د. مالك حسن، آصف حيدر
رابط ثابت: https://political-encyclopedia.org/index.php/library/5365
تاريخ الاسترداد: 2026/11/04 01:47 +03

الموسوعة السياسيّة هي مبادرة أكاديمية غير هادفة للربح، تساعد الباحثين والطلاب على الوصول واستخدام وبناء مجموعات أوسع من المحتوى العلمي العربي في مجال علم السياسة واستخدامها في الأرشيف الرقمي الموثوق به لإغناء المحتوى العربي على الإنترنت.
لمزيد من المعلومات حول الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political، يرجى التواصل على info@political-encyclopedia.org

استخدامكم لأرشيف مكتبة الموسوعة السياسيّة – Encyclopedia Political يعني موافقتك على شروط وأحكام الاستخدام المتاحة على الموقع https://political-encyclopedia.org/terms-of-use

تم الحصول على هذا المقال من موقع مجلة جامعة تشرين – سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية – ورفده في مكتبة الموسوعة السياسيّة مستوفياً شروط حقوق الملكية الفكريّة ومتطلبات رخصة المشاع الإبداعي التي ينضوي المقال تحتها.

The Experience Of Health Insurance In The Syrian Arab Republic Between 2010- 2018

Dr. Loay Sayoh*
Dr. Malek Hassan**
Asef Haider***

(Received 14 / 11 / 2019. Accepted 15 / 1 / 2020)

□ ABSTRACT □

This study has aimed to analyze the experience of health insurance in the Syrian Arab Republic between 2010 and 2018 in order to know the extent of development in the health insurance sector during the study period.

The study also has focused on three basic indicators: the number of health insurers from 2010 to 2018, the distribution of health insurers in the government and private sector to health insurance expenses management companies, health insurance premiums. The researcher has studied and analyzed the basic health insurance indicators and showed their impact on the health development process in Syria. The study has achieved a set of results, the most important of which are: the poor level of insurance culture among the Syrian citizen, the impact of the war in Syria on the health insurance sector from the increase in the cost of providing health service to the insured for different types of service providers.

Keywords: service providers - insurer (beneficiary) - health insurance - insurance premiums.

*Associate Professor- Department Of Economics And Planning -Economic Faculty-Tishreen University-Lattakia-Syria.
**Assistant Professor -Andalus University For Medical Sciences-Syria.
***Postgraduate Student - Department Of Economics And Planning -Economic Faculty-Tishreen University-Lattakia-Syria.

تجربة التأمين الصحي في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي(2010 – 2018)

الدكتور لؤي صيوح*
الدكتور مالك حسن**
آصف حيدر***

(تاريخ الإيداع 14 / 11 / 2019. قُبِل للنشر في 15 / 1 / 2020)

□ ملخّص □

هدفت الدراسة إلى تحليل تجربة التأمين الصحي في الجمهورية العربية السورية ما بين عامي 2010– 2018 بغية معرفة مدى التطور الحاصل في قطاع التأمين الصحي خلال فترة الدراسة. كما ركزت الدراسة على ثلاث مؤشرات أساسية وهي: عدد المؤمنين صحياً من عام 2010 وحتى 2018 ، توزع المؤمنين صحياً في القطاع الحكومي والخاص على شركات إدارة نفقات التأمين الصحي ، أقساط التأمين الصحي. قام الباحث بدراسة وتحليل مؤشرات التأمين الصحي الأساسية وإظهار مدى تأثيرها وانعكاسها على عملية التنمية الصحية في سورية. كما توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: ضعف مستوى الثقافة التأمينية لدى المواطن السوري، تأثير الحرب في سورية على قطاع التأمين الصحي من زيادة في تكلفة تقديم الخدمة الصحية للمؤمن لهم على اختلاف أنواع مزودي الخدمة.

الكلمات المفتاحية: مزودي الخدمة – المؤمن (المستفيد) – التأمين الصحي – أقساط التأمين.

* **أستاذ مساعد – كلية الاقتصاد –قسم الاقتصاد والتخطيط – جامعة تشرين–اللاذقية –سورية.**
** **مدرس – كلية إدارة المشافي – جامعة الاندلس الخاصة–سورية.**
*** **طالب دكتوراه – الاقتصاد – قسم الاقتصاد والتخطيط – جامعة تشرين– اللاذقية –سورية.**

مقدمة :

من أهم العوامل المؤثرة بالتنمية الصحية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة هو التأمين الصحي، فالدول المتقدمة قطعت شوطاً كبيراً في مجال التأمين الصحي، ووفرت له المناخ الملائم من خلال إرساء شبكة معلومات في الداخل والخارج وتخصيص كفاءات إدارية ذات خبرة عالية ومؤسسات مالية ناجحة، واستطاعت شركات التأمين الكبرى في العالم من تعزيز مكانتها في السوق وهذا ما جعلها قادرة على تقديم خدمات تأمينية ذات مستوى رفيع وبأسعار منافسة مسايرة بذلك متغيرات البيئة الاقتصادية ،حيث يترتب على التأمين انخفاض التكلفة الحدية للعناية الصحية للفرد الأمر الذي يؤدي إلى استخدام أكثر بواسطة الفرد للخدمات الصحية مقارنة بحالة مقابلة التكلفة الحدية الحقيقية. وسورية كغيرها من الدول النامية لم يحظ تأثير الصحة على دخول العائلات باهتمام ملحوظ (حيث توجد علاقة إيجابية بين الحالة الصحية للسكان وإنتاجية عنصر العمل داخل الاقتصاد القوي) حيث تعتبر الحالة الصحية والانفاق الصحي أحد العناصر الأساسية في زيادة القدرة الإنتاجية، وتحسين الصحة يزيد من دخل الفرد من خلال: تغيير القرارات حول النفقات والادخار على مدى الحياة وكذلك التخطيط للتقاعد يكون أكثر أهمية عندما تكون معدلات الوفيات منخفضة.

تأتي أهمية هذه الدراسة كونها من الدراسات القليلة التي ركزت على مؤشرات التأمين الصحي في الجمهورية العربية السورية، حيث ركزت هذه الدراسة على تطور أقساط التأمين الصحي وتطور عدد مزودي الخدمة الصحية وتطور عدد المؤمنين صحياً.

مشكلة البحث:

تكمن مشكلة البحث الرئيسة بالتساؤل حول الدور الذي لعبه التأمين الصحي في عملية التنمية الصحية وبالتساؤل حول أسباب ضعف قطاع التأمين الصحي السوري وضعف مساهمته في الناتج المحلي الإجمالي. ويمكن تلخيص المشكلة الرئيسية بمجموعة من الأسئلة الفرعية الآتية:

1-لماذا لم يحقق التأمين الصحي قفزات نوعية كتلك التي شهدتها الدول المتقدمة على الرغم من تبني سياسات استراتيجية في قطاع صناعة التأمين الصحي ؟

2- هل تؤدي صناعة التأمين الصحي دور فعال في تطور مؤشرات التنمية الصحية.

3-لماذا لا تزال السياسات الصحية قاصرة عن مواكبة التغطية الصحية الشاملة للعاملين في القطاعين العام والخاص.

أهمية البحث وأهدافه:

أهداف البحث :

يهدف هذا البحث إلى دراسة وتحليل واقع التأمين الصحي، وإبراز دوره في الخدمات الصحية المقدمة ودفعه إلى سلم اهتمامات السياسة الصحية القائمة في سورية. ويمكن أن تتفرع عنه مجموعة من الأهداف الفرعية:

1-دراسة واقع التأمين الصحي في سورية وانعكاسه على مؤشرات التنمية الصحية

2-تحديد المعوقات والتحديات التي يعاني منها التأمين الصحي وتمنع نموه وتطوره.

3-دراسة وتحليل التأمين الصحي كأحد الخيارات الاستراتيجية في عملية التنمية الصحية.

فروض البحث: تنطلق الدراسة من مجموعة فرضيات وهي :

1-لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين صناعة التأمين الصحي وجودة الخدمات الصحية المقدمة.

2-لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين صناعة التأمين الصحي وتوزع خدمات الرعاية الصحية.

3-لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تطور صناعة التأمين الصحي وزيادة الطلب والوعي التأميني.

منهجية البحث :

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لإيجاد العلاقة التي تربط بين تطور التأمين الصحي وعدد المؤمنين صحياً وكذلك اقساط التأمين الصحي وتوزعها بين القطاعين العام والخاص.

مفهوم التأمين الصحي:[1]

هو أحد انواع التأمين ضد مخاطر الظروف الصحية للأفراد ويشمل تكاليف فحص المؤمن عليه وعلاجه ودعمه النفسي والجسدي كما قد يتضمن تغطية بدل انقطاعه عن العمل لفترة معينة أو عجزه الدائم.

ويعرف التأمين الصحي على أنه نظام اجتماعي يقوم على التكافل والتعاون بين الأفراد لتحمل ما يعجز أن يتحمله أحدهم بمفرده حيث يقوم على مبدأ تجميع المخاطر الذي يعني جمع مخاطر الإصابة بالمرض الذي يصيب المجتمع أو مجموعة معينة من الافراد وتقاسمه بين الافراد بشكل متساو وذلك عن طريق جمع الأموال اللازمة للعلاج بشكل متساو ثم توزيعها على الأفراد حسب احتياجاتهم للعلاج ما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عليهم عند المعالجة وهذا ما يضمن وصول الرعاية الصحية لجميع محتاجيها مقابل مبلغ يسير من المال يدفعه جميع المشتركين بالتأمين.

باختصار فإن التأمين الصحي عبارة عن اتفاق بين طرفين يتحمل فيه الطرف الأول النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني (فرد، جماعة) مقابل مبلغ محدد يتم دفعه جملة واحدة أو على هيئة أقساط

عناصر التأمين الصحي:

- **مؤسسة التأمين:** وتكون أحد المؤسسات الحكومية مثل وزارة الصحة أو الشركة العامة للتامين
- **المنتفع (المؤمن عليه):** قد يكون الفرد بشخصه عندما يشترك في التأمين أو يكون معه عائلته كما قد
- يكون العقد ضمن شركة أو مؤسسة أكبر اذ يشترك الشخص مثلا ضمن مجموعة من الموظفين الموجودين في الشركة التي يعمل بها
- **العقد:** يوضح التغطيات الصحية والأقساط مقدار الاقتطاع المالي للتامين واسسه والذي قد يكون شهريا ثابتا كما قد يشمل اقتطاعا بنسبة معينة من تكاليف الاجراء الطبي عند حدوثه مثل ان يدفع 10% من كشف الطبيب أو 5% من رسوم المشفى.
- **طبيعة التغطية:** وتشمل الامراض المشمولة بالعلاج والاجراءات المغطاة ضمن العقد
- **مقدم الرعاية الصحية:** قد تكون المؤسسات الحكومية كمراكز ومستشفيات وزارة الصحة أو قد تكون مؤسسات صحية خاصة كالمستشفيات الخاصة وكل ذلك يعتمد على العقد الموقع بين الطرفين.

أنواع التأمين الصحي:

يشمل التأمين الصحي بشكل عام عدة انواع من العقود التأمينية التي رغم ارتباطها ببعضها البعض الا ان كلا منها يهدف إلى الحماية ضد مخاطر مختلفة واهمها :

[1] **Abel-Smith,Health insurance and health for a/1. Geneva, World Health Organization, 1990**

تامين دخل العجز: (التأمين ضد فقدان الدخل) والذي يوفر دفعات منتظمة عند عدم قدرة المؤمن عليه على المال بسبب المرض أو الاصابة وتكون اهلية تحصيل الدفعات على اساس افتراض فقدان الدخل ولكن تعرف فعليا على اساس عدم القدرة على ممارسة العمل

تأمين التكلفة الطبية: يوفر تكاليف الرعاية الطبية الناتجة عن الاصابة أو المرض وتشمل تكاليف الاطباء والمستشفيات وخدمات التمريض والخدمات الصحية الاخرى ذات العلاقة اضافة إلى الادوية والتجهيزات الطبية وقد تأخذ المنافع التأمينية عدة اشكال فقد تكون بالتعويض المباشر عن التكاليف اما لمقدم الخدمة أو للمؤمن عليه أو بدفع مبالغ نقدية محددة أو بتوفير الخدمات المباشرة وبالإمكان تقسيم هذا النوع من التأمين إلى اربعة انواع هي:

- تغطية تكاليف المشفى
- تكلفة الجراحة
- تكاليف الخدمات الطبية العادية
- التكاليف الطبية الكبرى
- وللتأمين الصحي عدة أنواع فقد يكون تجاري يهدف إلى تحقيق الربح وقد يكون اجتماعي يهدف إلى تحقيق سياسات اجتماعية تضعها الدول على قائمة أولوياتها.

الجدول من مقارنة بين التأمين الصحي التجاري والتأمين الصحي الاجتماعي

التأمين الصحي التجاري	التأمين الصحي الاجتماعي
. تقدمه شركات خاصة من خلال التعاقد مع مستشفيات محددة واطباء محددين من اجل تقديم الخدمات الصحية للأفراد المشتركين (الاشتراك طوعي)	تقدمه الدولة ويكون التمويل عن طريق حسم نسبة معينة من الاجر الشهري للأفراد والنسبة العالمية لهذا الاشتراك هي 1 % على العامل و3% على اصحاب العمل (الاشتراك اجباري)
هدفه الربح	– لا يهدف للربح حيث ان الدول تستخدم اموال الضرائب في تقديم الخدمات الصحية للأطفال والعاطلين عن العمل
يعتمد هذا النوع من التأمين في تمويله على مجموع الاشتراكات لذلك دائما يكون هناك حد اقصى لتكلفة العلاج وهذا الحد يختلف باختلاف قيمة الاشتراك الذي يدفعه الفرد.	– تلجا الدولة إلى مثل هذا النظام من اجل ادارة المنظومة الصحية بشكل يضمن وصول الرعاية لكل فرد من افراد المجتمع

تمويل انظمة الرعاية الصحية (التأمين الصحي)

تأتي ضرورة تمويل انظمة الرعاية الصحية بهدف ايجاد حوافز مالية لمقدمي الخدمة والتأكد من حصول جميع الافراد على الصحة العامة الفعالة ويختلف تمويل انظمة الرعاية الصحية من بلد إلى اخر حسب النظام السياسي والاجتماعي والاقتصادي الذي يتبناه كل بلد.

ويمكن تقسيم وظيفة التمويل هذه إلى مجموعة من الفئات وهي:

- تحصيل الايرادات –تجميع الموارد –شراء الخدمات

تحصيل الايرادات:

إن تحصيل الإيرادات هو عبارة عن تعبئة الموارد لدفع ثمن السلع والخدمات الصحية فكلما كانت الايرادات أكثر كلما كانت القدرة على تقديم الخدمات الصحية أفضل كما ان استدامة الرعاية الصحية تعتمد على الاستقرار الاقتصادي ويتم تحصيل الايرادات عن طريق

- الضرائب – مساهمات الرواتب – اقساط التأمين المتعلقة بالمخاطر – حسابات التوفير الطبية
- **طرق دفع المستحقات لمقدمي الخدمة:** [1]

أولا: الدفع على اساس الوقت:

حيث تدفع المبالغ المتفق عليها بموجب العقد في وقت محدد يكون قد تم الاتفاق عليه وعادة ما تقدر هذه المبالغ على اساس تاريخي أي بناء على نفقات السنوات السابقة

بالرغم من ان هذه الطريقة اثبتت فعالية جيدة في السيطرة على التكاليف الا انه يوجد بعض العيوب التي تشوبها الا وهي:

- وجود مشاكل تتعلق بقوائم الانتظار الطويلة
- قلة الانتاج بسبب اعتماد هذا النظام على الرواتب
- إنفاق اموال قد لا تكون ضرورية في نهاية السنة المالية
- تدني الرواتب المدفوعة للأطباء تشجعهم على الانتقال إلى القطاع الخاص

ثانيا: الدفع على اساس السكان:

حيث يكون الدفع على اساس حجم السكان المخدمين من خلال المرافق الصحية (المشفى – الطبيب) بغض النظر عن العدد الفعلي للمرضى ويتلقى مقدمو الخدمة اجورهم وتعويضاتهم من خلال مبالغ ثابتة أو من خلال مبالغ معدلة حسب المخاطر بالرغم من الحوافز التي خلقتها هذه الطريقة للسيطرة على التكاليف من خلال ازالة المبالغة بالخدمات وتعزيز الرعاية المعتمدة على مبدا التكلفة الفعلية الا انها تعاني من قلة الانتاج ان مثل هذا النظام نجده في كل من المملكة المتحدة، ايطاليا، هولندا، تايلاند.

ثالثا: الدفع القائم على اساس الخدمة:

يقوم هذا النظام على مبدأ الدفع مقابل الخدمة للمرضى، منذ عام 1980 انتقلت العديد من البلدان في أوروبا الغربية واميركا الشمالية إلى نظام الدفع على اساس الخدمة وذلك لربط أجور مقدمي الخدمة بأدائهم الفعلي

عرض تجربة التأمين الصحي في سوريا من 2010 –2018

تبرز أهمية التأمين الصحي بالتأكيد على ضرورة رفع مستوى الرعاية الصحية في الدولة وإزالة أو تخفيف العبء المالي الذي يقع على كاهل المواطن وخلق نوع من العدالة الاجتماعية بين المواطنين وتتضمن العناصر الرئيسية للتأمين الصحي شركات التأمين، شركات إدارة النفقات الطبية، مقدم الخدمة الطبية والمؤمن له.

أولاً: شركات التأمين: تعتبر المسؤول الأول والأخير عن نجاح أو فشل التأمين الصحي، لأن لها السلطة الكاملة في تسعير المنتج التأميني ومتابعة أعمال شركات الإدارة وشبكات الخدمة الطبية المتعاقدة معها .

ثانياً: شركات إدارة النفقات الطبية: لها دور مهم في تقديم الخدمة من حيث تتولى التعاقد (نيابة عن شركة التأمين) مع شبكة من مقدمي الخدمات الطبية (أطباء، صيادلة، مستشفيات) حيث توفر لهم البنية الالكترونية اللازمة لبدء مفاعيل هذا التعاقد، كالأجهزة القارئة للبطاقات، مساعدتهم في موضوع توفير الانترنت، وغير ذلك.

[1] **inancing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries.1-**

ثالثاً: مقدم الخدمة الطبية: من أطباء بمختلف الاختصاصات، صيادلة، مخابر، أشعة ومستشفيات، ولهم مصلحة حقيقية في التأمين الصحي من حيث المبدأ، حيث يوفر لهم مصدر دخل جيد.

رابعاً: المؤمن له: يشكل مركز وهدف التأمين الصحي، ويعتبر البعض أن رضى المؤمن له هو المؤشر لنجاح المشروع من عدمه.

يتضمن برنامج التأمين الصحي: العلاج داخل المشفى والعلاج خارج المشفى:

أولاً: العلاج داخل المشفى (In hospital): تغطية كافة المصاريف المرتبطة بالإسعاف والعمليات الجراحية –أجور الإقامة –الصور الشعاعية–التحاليل المخبرية–التمريض–الأدوية اللازمة

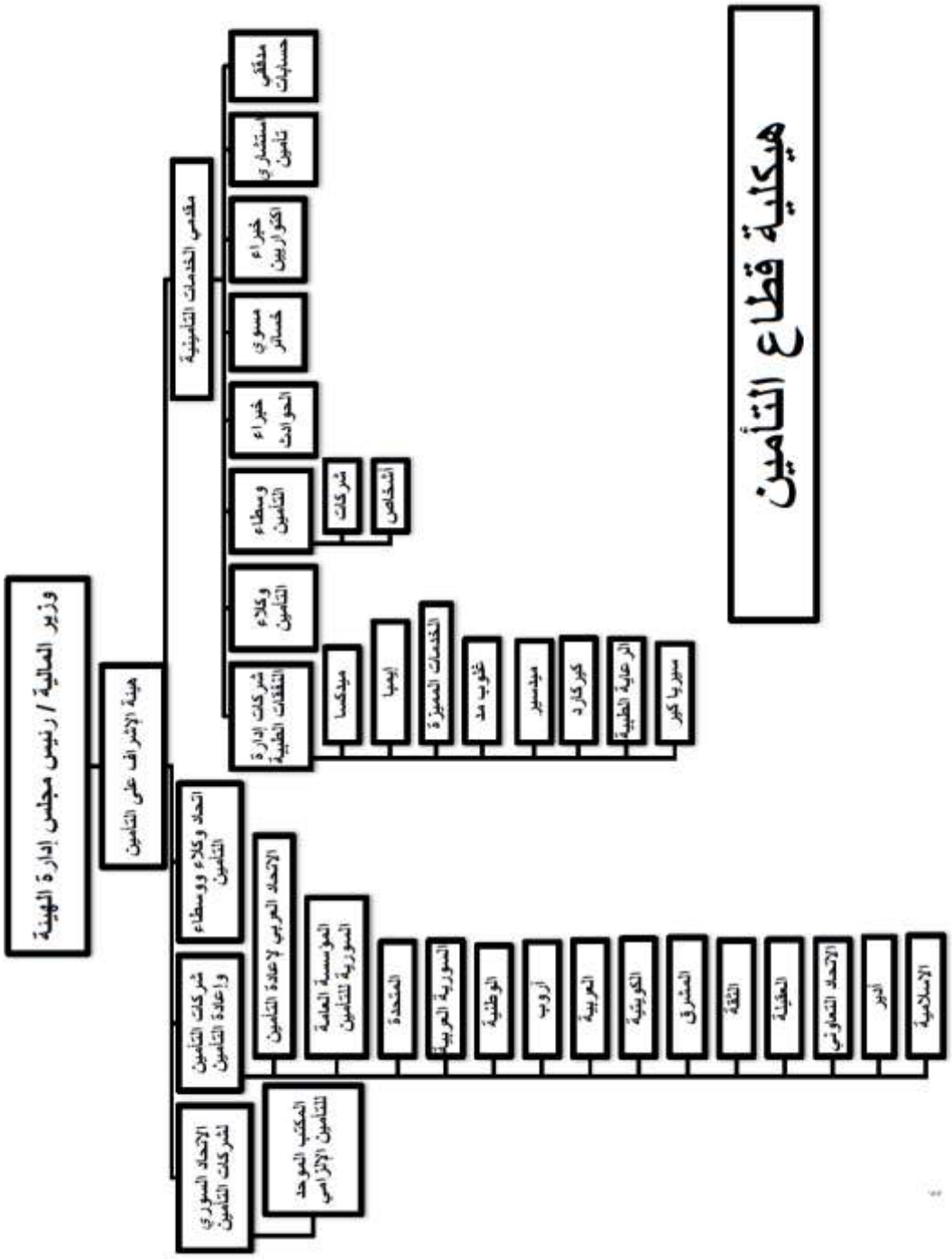
ثانياً: العلاج خارج المشفى (Out Hospital): يشمل العلاج خارج المشفى الحالات التالية: زيارة الطبيب: وتشمل تغطية كافة التكاليف المرتبطة بالمعاينة العادية التي تمت في عيادة الطبيب وتعتبر مطالبات الطبابة الأكثر تكراراً والأقل تكلفة.

الفحوصات التشخيصية: تشمل تغطية تكاليف الإجراءات التشخيصية الخارجية مثل صور الأشعة والتحاليل المخبرية.

الوصفات الطبية (الأدوية): تشمل تغطية جميع التكاليف المرتبطة بموضوع الوصفات الطبية، حيث يتم تغطية تكلفة الدواء المحلي والدواء الأجنبي المستورد بطريقة نظامية.

التأمين الصحي في سوريا

أصدر السيد الرئيس المرسوم التشريعي رقم 68 لعام 2004 القاضي بإحداث هيئة الإشراف على التأمين التي تتمتع بالشخصية الاعتبارية وبالاستقلال المالي والإداري وتقوم بتنظيم قطاع التأمين وإعادة التأمين وتعزيز دور صناعة التأمين في صناعة الأشخاص، كما تقوم بتطوير التأمين الصحي ومعالجة سلبياته.



ويبين الشكل رقم (1) هيكلية قطاع التأمين الصحي في سوريا (2018).

المصدر : هيكلية قطاع التأمين الصحي في سوريا (2018)

يظهر الشكل رقم (1) الهيكلية الإدارية للتأمين الصحي في سوريا الذي يظهر أن هيئة الإشراف على التأمين هي الناظم الرئيس لقطاع التأمين وإعادة التأمين ويظهر أيضا شركات التأمين في سوريا كما يظهر الشكل رقم (1) أن شركات إدارة نفقات التأمين الصحي

أنواع العقود:

في عام 2010 تم البدء بمشروع التأمين الصحي في سوريا لموظفي القطاع الإداري وكانت الرؤية المستقبلية أن يشمل هذا التأمين العائلات والمتقاعدين والقطاع الاقتصادي والخاص، لكن ظروف الحرب حالت دون تطبيق بقية القطاعات بالشكل الأمثل.

من خلال دراسة نسب استخدام البطاقة تبين أن 20% فقط ممن قاموا باستخدامها من بداية عام 2010 ولغاية 2013 وببداية عام 2014 تم ارتفاع نسبة استخدام البطاقة إلى 80% وببداية تاريخ 2017/4/1 أصدر السيد رئيس مجلس الوزراء مذكرة بتعديل تغطيات ونسب الاقتطاع للقطاع الإداري.

ويوضح الجدول (1) شروط العقد الإداري الجديد.

جدول (1): شروط العقد الإداري الجديد

العقد الإداري الجديد
مدة صلاحية الإحالات: هي المدة المسموح بها بين تاريخ طلب الطبيب وتاريخ الاستفادة من الخدمة
4 أيام للوصفات الطبية. 4 يوم لإحالات المخبر. 4 لإحالات الأشعة. مع مراعاة أيام العطل والأعياد الرسمية
الحدود المالية للعقد:
المعالجة الخارجية :Outpatient 50000 ل.س، بالإضافة لمبلغ 25000 ل.س للمؤمنين أصحاب الوصفات المزمنة. المعالجة الداخلية In patient: 500000 ل.س خلال السنة التعاقدية، مع تحديد مبلغ 100000 ل.س للبدائل.
القسط السنوي:
250 ل.س شهرياً من المؤمن (بمجموع 3000 ل.س سنوياً) 6500 ل.س من وزارة المالية. 6500 ل.س لا تدفع المؤسسة العامة السورية للتأمين هذا التأمين وإنما تعطي العجز من باقي فروع التأمين. قيمة القسط السنوي الكلي للمؤمن الواحد 16000 ل.س.
حدود الزيارات الخارجية المسموحة في العقد:
1–المعالجة الخارجية: تحديد 12 زيارة لكافة الإجراءات /عيادة – صيدلية – مخبر – أشعة ... / تبدأ من الطبيب حصراً، خلال

السنة التعاقدية، بالإضافة لـ 12 وصفة مزمنة.
2-اعتماد تعرفة تأمينية للأطباء والمشافي للحفاظ على أكبر عدد من مزودي الخدمة الطبية.
المبالغ المالية المترتبة على المؤمن:
25% للمعاينة خلال زيارة الطبيب الخارجية.
25% من قيمة الوصفة الطبية
25 % من قيمة الوصفات المزمنة
25 % من قيمة فواتير إعادة التسديد
100% من قيمة الفواتير العائدة للحالات غير المغطاة.
10% للعمليات الجراحية المغطاة ضمن المشفى.
العيادات:
كافة الاختصاصات

المصدر : هيئة الاشراف على التأمين

جدول (2): العقد الاقتصادي ومقارنته بالعقد الإداري الجديد

العقد الإداري الجديد	العقد الاقتصادي
الحدود المالية للعقد:	
المعالجة الخارجية :Outpatient 50000 ل.س، بالإضافة لمبلغ 25000 ل.س للمؤمنين أصحاب الوصفات المزمنة. المعالجة الداخلية In patient: 500000 ل.س خلال السنة التعاقدية، مع تحديد مبلغ 100000 ل.س للبدائل.	المعالجة الخارجية Out patient لا يوجد حد مالي لمعالجة الداخلية In patient لا يوجد حد مالي
القسط السنوي	
250 ل.س شهرياً من المؤمن (بمجموع 3000 ل.س سنوياً) 6500 ل.س من وزارة المالية. 6500 ل.س من المؤسسة العامة السورية للتأمين. قيمة القسط السنوي الكلي للمؤمن الواحد 16000 ل.س.	ما بين 30000 – 42000 ل.س سنوياً بحسب الفئات العمرية.
الصيدلية	
من ضمن الحدود المالية للمعالجة الخارجية. 12 زيارة خلال السنة التعاقدية لكافة أنواع مزودي الخدمة، تبدأ من الطبيب حصراً خارج المشفى (عيادة – صيدلية – مخبر – أشعة ....) وصفة مزمنة Chronicلكل شهر.	12 زيارة طبية لكل حركة طبية. (وصفة طبية موقعة ومختومة من قبل الطبيب المرخص له بمزأولة المهنة سواءً كان من داخل الشبكة أو خارجها –موضح فيها التشخيص والتاريخ) وصفة مزمنة Chronicلكل شهر.

توقيع المريض على الوصفة.	توقيع المريض على الوصفة.
العيادات	
كافة الاختصاصات 12 زيارة خلال السنة التعاقدية لكافة أنواع مزودي الخدمة، تبدأ من الطبيب حصراً، خارج المشفى (عيادة – صيدلية – مخبر – أشعة ....)	كافة الاختصاصات 12 زيارة للعيادة الطبية.
المخبر / الأشعة	
من ضمن الحدود المالية للمعالجة الخارجية. 12 زيارة خلال السنة التعاقدية لكافة أنواع مزودي الخدمة تبدأ من الطبيب حصراً خارج المشفى (عيادة – صيدلية – مخبر – أشعة ....)	12 إحالة طبية خلال سنة تعاقدية. (وصفة طبية موقعة ومختومة من قبل الطبيب المرخص له بمزأولة المهنة سواءً كان من داخل الشبكة أو خارجها –موضح فيها التشخيص والتاريخ)
المبالغ المالية المترتبة على المؤمن	تغطيات خاصة / منافع خاصة
25% للمعاينة خلال زيارة الطبيب الخارجية. 25% من قيمة الوصفة الطبية 25 % من قيمة الوصفات المزمنة 25 % من قيمة فواتير إعادة التسديد 100% من قيمة الفواتير العائدة للحالات غير المغطاة. 10% للعمليات الجراحية المغطاة ضمن المشفى	– تغطية علاج الأسنان (بمبلغ مالي محدد) حسب البوليصة. – تغطية النظارات الطبية (بمبلغ مالي محدد) حسب البوليصة. – يُعطى للمولود الجديد خلافاً للاستثناء وخلال 48 ساعة من ساعة الولادة: – 1–الحاضنة 2–استشارة طبيب الأطفال 3–الختان للمولود الذكر – أجهزة تصحيح السمع. – جلسات غسيل الكلى. – تكاليف الدفن بحد أقصى /100,000/ ل.س في حال وفاة المريض أثناء إقامته في المشفى نتيجة حالة سيارة الإسعاف الخاصة بالمشفى مغطاة.

المصدر : هيئة الاشراف على التأمين

البيانات الإحصائية

الهيكلية العامة للتأمين الصحي في سوريا عام 2018 كما تظهر الجداول من رقم (3) إلى رقم (10)

أولا: الهيكلية العامة للتأمين الصحي في سوريا

الجدول (3): معلومات إحصائية عامة عن قطاع التأمين الصحي في سوريا

الموضوع	العدد
شركات التأمين الحكومية	1
شركات إعادة التأمين	1
شركات التأمين الخاصة العاملة بالنظام التقليدي	10
الشركات الخاصة العاملة بالنظام التكافلي	2
الشركات المدرجة في سوق دمشق للأوراق المالية	6
فروع شركات التأمين في المحافظات	81
الموظفين في قطاع التأمين	3005

جدول (4): عدد المؤمنين صحياً من عام 2010 وحتى 2018 :

العام	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الإجمالي	504467	592072	691857	601804	669047	743264	768191	791010	848099

المصدر: تقارير هيئة الاشراف على التأمين في سورية

الجدول (5): معلومات إحصائية مالية عن قطاع التأمين الصحي في سوريا

الموضوع	المبلغ أو %
الأقساط الاجمالية لعام 2018	33 مليار ل س
حصة المواطن السوري سنوياً = الأقساط الاجمالية/عدد السكان	1938 ل س
نسبة مساهمة قطاع التأمين في الناتج المحلي = الاجمالي	%0.9
نسبة مساهمة قطاع التأمين في قطاع الخدمات	%2

تقرير هيئة الاشراف على التأمين لعام 2018

الجدول (6): توزع المؤمنين صحياً في القطاع الحكومي والخاص على شركات إدارة نفقات التأمين الصحي (2018)

الشركة	العدد (ألف شخص)	%
ميدكسا	118,177	14
إيمبا	127,061	15
غلوب مد	239,311	28
الخدمات المميزة	127,650	15
ميدسير	66,863	8
كيركارد	63,043	7
الرعاية الطبية	105,964	12
الإجمالي	848,099	100

تقرير هيئة الاشراف على التأمين لعام 2018

بلغ إجمالي عدد المؤمنين صحياً 848099 مؤمن في القطاع الحكومي والخاص عام 2018 كما يوضح الجدول رقم (6)

الجدول (7): توزع المؤمنين صحياً في القطاع الحكومي الاداري على شركات إدارة نفقات التأمين الصحي (2018).

الشركة	العدد (ألف شخص)	%
ميدكسا	108,947	18
إيمبا	103,665	17
غلوب مد	111,142	18
الخدمات المميزة	97,110	16
ميدسير	66,786	11
كير كارد	61,889	10
الرعاية الطبية	59,837	10
المجموع	609,376	100%

الجدول (8): توزع المؤمنين صحياً في القطاع الحكومي الاقتصادي على شركات إدارة نفقات التأمين الصحي (2018)

الشركة	العدد (الف شخص)	%
ميدكسا	4,40	7.5
إيمبا	19,614	33.8
غلوب مد	26,857	46.2
الخدمات المميزة	7,220	12.4
المجموع	58,092	100

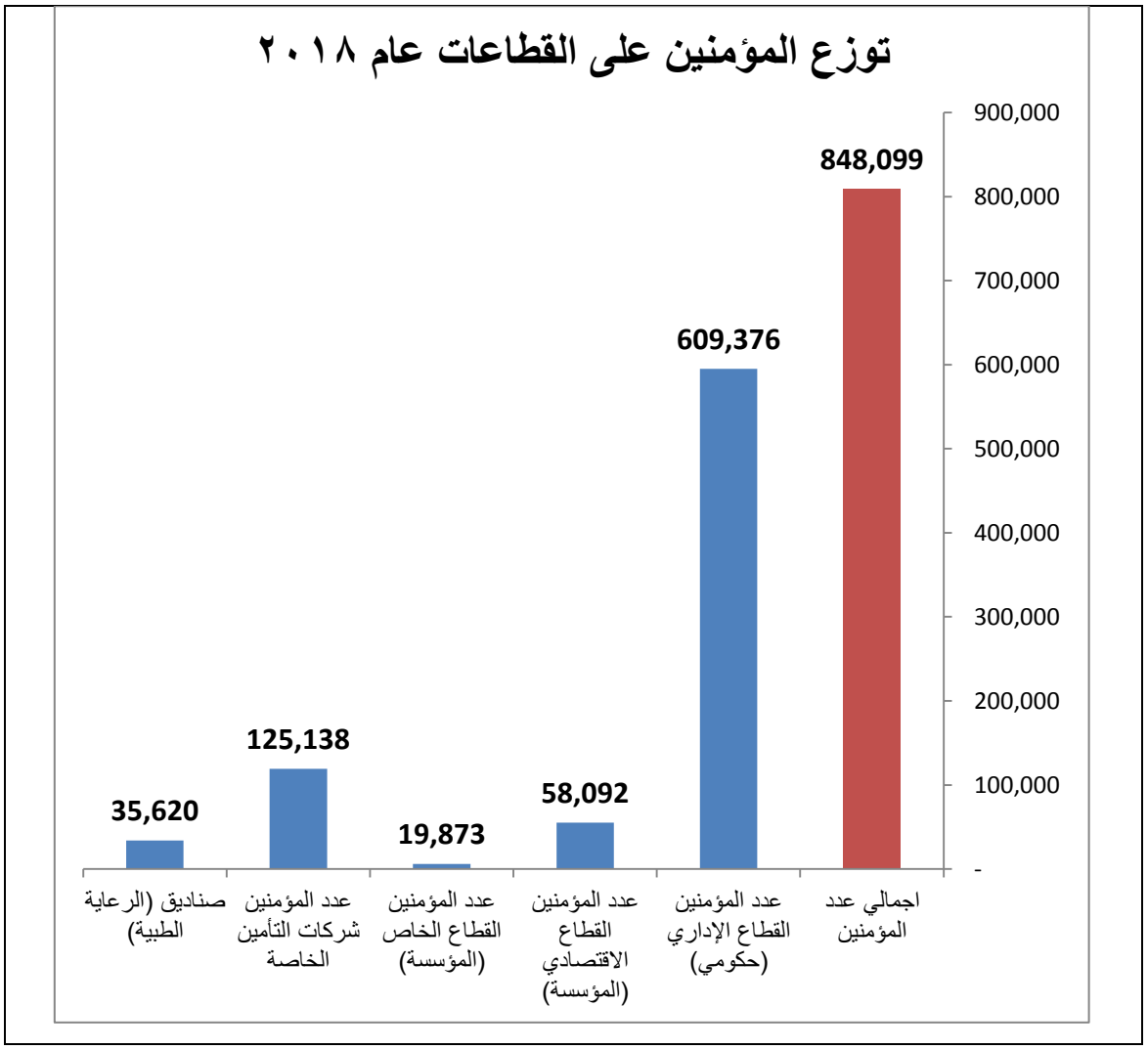
تقرير هيئة الاشراف على التأمين لعام 2018

الجدول (9): توزع المؤمنين صحياً في القطاع الخاص على شركات إدارة نفقات التأمين الصحي (2018)

الشركة	العدد (الف شخص)	%
ميدكسا	4,829	24.2
إيمبا	262	1.3
غلوب مد	1,131	5.6
الخدمات المميزة	387	1.9
كير كارد	4	20.0
الرعاية الطبية	13,260	66.7
المجموع	19,873	100

أقساط التأمين الصحي				
العام	التوزع بين العام والخاص بالليرة السورية		الإجمالي بالليرة السورية	نسبة النمو
2009	المؤسسة	4,966,803	198,178,334	29%
	القطاع الخاص	193,211,531		
2010	المؤسسة	2,872,215,679	3,561,415,710	1697%
	القطاع الخاص	689,200,031		
2011	المؤسسة	3,645,015,734	4,450,740,780	25%
	القطاع الخاص	805,725,046		
2012	المؤسسة	4,793,217,861	5,544,372,164	25%
	القطاع الخاص	751,154,303		
2013	المؤسسة	4,171,355,179	4,992,792,620	−10%
	القطاع الخاص	821,437,441		
2014	المؤسسة	4,334,561,032	5,246,207,818	5%
	القطاع الخاص	911,646,786		
2015	المؤسسة	5,519,834,067	6,744,145,801	29%
	القطاع الخاص	1,224,311,734		
2016	المؤسسة	5,134,551,353	7,115,079,205	6%
	القطاع الخاص	1,980,527,852		
2017	المؤسسة	5,810,474,727	8,702,386,947	22%
	القطاع الخاص	2,891,912,220		
2018	المؤسسة	6,833,688,993	11,196,933,376	29%
	القطاع الخاص	4,363,244,383		
نصف 2019	المؤسسة	5,067,230,231	18,861,515,975	68%
	القطاع الخاص	1,881,357,766		

المصدر : هيئة الاشراف على التأمين في سورية.



الشكل (2): توزع المؤمنين على القطاعات في سوريا (2018)

ويبين الشكل رقم (2) توزع المؤمنين على قطاعات المؤسسة العامة السورية للتأمين (عام 2018):

- عدد المؤمنين صحياً =609,376مؤمن في القطاع الحكومي الاداري، كما يوضح الجدول رقم (7)
- عدد المؤمنين صحياً =58,092مؤمن في القطاع الحكومي الاقتصادي، كما يوضح الجدول رقم (8)
- عدد المؤمنين صحياً= 19,873 مؤمن في القطاع الخاص في المؤسسة العامة السورية للتأمين، كما يوضح الجدول رقم (9)

قد عانى قطاع التأمين بشكل عام والتأمين الصحي بشكل خاص خلال سنوات الحرب بسبب:

- ضعف الاتصال بالإنترنت مما أدى لوجود صعوبة لمقدمي الخدمة.
- ضعف الحالة الاقتصادية وفرق الأسعار الباهظة.
- انقطاع التيار الكهربائي.

التأثير على الصيادلة

خروج العديد من معامل الأدوية عن الخدمة بسبب وقوعها في مناطق تحت سيطرة الإرهابيين.

عدم توافر العديد من الأدوية الضرورية والهامة نتيجة الظروف.

التأثير على المخابر

أسعار المواد المخبرية تضاعفت 10 أضعاف لأن غالبيتها مستوردة.

التأثير على مستوى الأطباء

1. هجرة العديد من الأطباء أصحاب الكفاءات.
2. تغيير أماكن تواجد الأطباء نتيجة الظروف الحالية واختلاف عنأوينهم.
3. ضعف قيمة الفحص الطبي المعتمدة من قبل وزارة الصحة مقارنة مع الأسعار الرائجة.

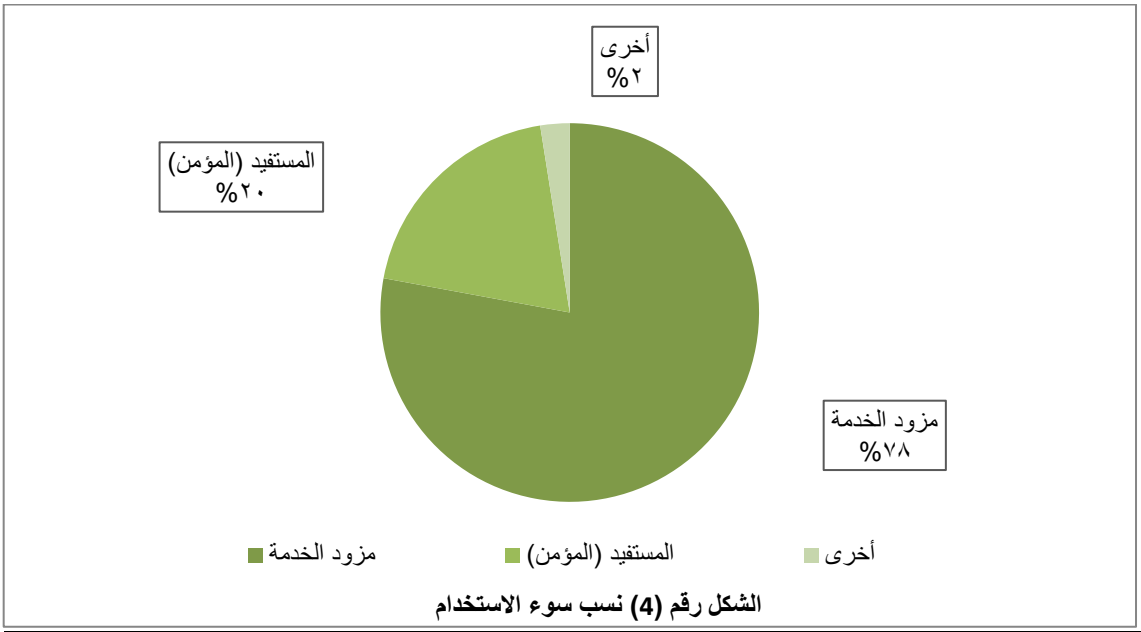
كل ما سبق ذكره أدى إلى تقلص حجم الشبكة الطبية مما انعكس سلبا على مدى استخدام الخدمة التأمينية.

سوء الاستخدام في قطاع التأمين الصحي Abuse In Health Insurance

يقصد بسوء الاستخدام في قطاع التأمين الصحي: الممارسة (مزودي الخدمة أو المأمنين) التي قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها ولكن بدون قصد الاحتيال أو تعمد الكذب وتشويه الحقائق بغرض الحصول على منفعة.

❖ هو ممارسة من قبل أفراد حاملي البطاقة الصحية أو مزودي خدمة قد تؤدي إلى الحصول على منافع أو مزايا غير مخولين للحصول عليها.

أوضحت الدراسات أن معظم سوء الاستخدام ناتج عن مقدمي الخدمة، سواء كانوا أطباء أو مستشفيات أو صيدليات أو مراكز طبية وما شابهها، كما يساهم المستفيدون من الخدمات الصحية (المؤمن عليهم)، بحوالي 20% من الممارسات المسببة لسوء الاستخدام، مع الأخذ في الاعتبار أن النسب الموضحة أدناه قابلة للاختلاف من مجتمع لآخر، ولكن الإحصاءات التي أجريت أوضحت ما يلي:



الشكل رقم (4) نسب سوء الاستخدام

الجدول (10) يلخص سوء الاستخدام وفق مكان الخدمة

آلية التجاوز	أطباء	مستشفيات	صيدليات	مراكز طبية
1. اللجوء لوسائل التشخيص بدلاً عن مهارة الطب	*	*		*
2. استخدام عدة وسائل مجتمعة دون داع	*	*		*
3. المغالاة في الأجور والأسعار	*	*	*	*
4. التعمد بإطالة أمد المعالجة	*	*		*
5. معالجة حالات خارجة عن الاختصاص	*	*		*
6. إدخال حالات للمستشفى دون مبرر طبي	*	*		
7. القيام بعمليات جراحية دون مبرر علمي	*	*		
8. وصف الأدوية الأكثر كلفة دون ضرورة	*	*	*	*
9. تعمد كتابة أدوية لا علاقة لها بالتشخيص	*	*		
10. صرف أدوية ومستحضرات لشركات محددة لمصالح متبادلة	*	*	*	*
11. المبالغة في احتساب كميات الأدوية المستخدمة أثناء التشافي		*		
12. التلاعب بقيمة الأدوية الموصوفة وتسجيلها بأعلى من ثمنها		*	*	
13. التلاعب بكميات الأدوية الموصوفة		*	*	
14. موافقة المؤمنين على مقايضة الأدوية الموصوفة بمواد تجميلية أو ببدل مالي وغيره		*	*	
15. استبدال الأدوية الموصوفة بأدوية شبيهة أقل كلفة وتسجيل قيمة الدواء الموصوف		*	*	
16. تسجيل جلسات علاج أكثر مما هو حقيقي ومنفذ	*	*		*
17. معالجة شخص غير مغطي تأمينا باسم آخر مغطى	*	*	*	*
18. التعأون مع بعض المؤمنين لاستغلال التأمين دون حق	*	*	*	*
19. تعدد الاستشارات الطبية بشكل غير مبرر لحالات مرضية واضحة	*	*		
20. لقيام بإجراءات تشخيصية لا داعي لها داخل العيادة	*			
21. تسجيل أسعار وأجور لأجهزة لم تستخدم للمريض والمبالغة في قيمة هذه الأجور (أكثر من قيمتها)		*		
22. تقديم مطالبات غير مفصلة ودون إرفاق تقارير طبية		*		
23. عدم إجراء الفحوصات المطلوبة كاملة والمطالبة بكامل القيمة		*	*	
24. عقد صفقات بين الأطباء والمراكز التشخيصية والتأهيلية لتشغيلها بأكثر من حاجة المرضى	*	*		*
25. طلبات لإجراءات غير منفذه 58%	*	*	*	*
26. تكثيف استخدام وسائل التقنية الأكثر كلفة دون ضرورة	*	*		*

المصدر : هيئة الاشراف على التأمين في سورية.

سوء الاستخدام عند الطبيب –مخبر–مشفى: ([1])

1. زيارات مؤمن لنفس مقدم الخدمة بمعدل متكرر والخدمات الطبية المقدمة متوافقة مع التشخيص المفروض.
2. تقديم خدمات طبية للمؤمن له لا تقدم أي فائدة سريرية لكن يمكن إجراؤها.
3. زيادات مفاجئة في عدد المطالبات وخلال فترة قصيرة لكن الخدمات الطبية المقدمة مطابقة للتشخيص المعطى.
4. ورود خدمات طبية لا علاقة لها بالتشخيص.
5. ورود خدمات طبية لا تتوافق مع عمر أو جنس المؤمن.
6. تقديم خدمات طبية من قبل مقدم خدمة لا تتوافق مع اختصاصه.
7. قيام مقدم خدمة بتقاضي مبالغ مالية تتجأوز نسبة تحمل المؤمن أو بحجة أن الخدمة غير مغطاة بدون أن يطالب بأجرها من شركات التأمين.
8. طلب أدوية مزمنة لمؤمن يعاني من مشكلة صحية لكنها لا تعتبر مرضاً مزمناً.
9. تكرار عدد زيارات شهري كبير لا يتوافق مع التوزع الجغرافي للمؤمنين.
10. قيام مقدم خدمة بتقديم خدمات لا علاقة لها بالتشخيص المعطى.
11. إجراء عمليات جراحية لا مبرر لها (جميع الولادات قيصرية أو إضافة عمليات أخرى للمريض بهدف تغطية عملية جراحية غير مغطاة –تجميلية مثلاً).
12. زيادات مفاجئة في عدد المطالبات وخلال فترة قصيرة لكن الخدمات الطبية المقدمة غير مطابقة للتشخيص المعطى.
13. شكوى إهمال من مؤمن على مقدم خدمة بقصد الإساءة
14. تقديم خدمة طبية لشخص غير المؤمن له وبعلم مقدم الخدمة.
15. قيام مقدم خدمة بتسجيل خدمة طبية بهدف تحقيق منفعة ما للمؤمن دون إجراءها للمؤمن.
16. شكوى من مؤمن بتسجيل زيارة من قبل مقدم خدمة بدون زيارة.
17. تغيير نتيجة الفحص الطبي الأساسي (المقصود بذلك التشخيص) وذلك بهدف تحقيق أكبر كسب من ذلك.
18. تسجيل خدمات طبية (وهمية) لا داعٍ لها بهدف تحقيق منفعة مادية لمقدم الخدمة.
19. توجيه مقدمي الخدمة للمؤمن إلى نمط مقدم خدمة آخر (مخبر–أشعة–صيدلية) للحصول على الخدمة الطبية إلا إذا كان هو الوحيد في القطاع الجغرافي.
20. تقديم خدمات طبية لا داعٍ لها بهدف تحقيق منفعة مادية يتم تقاسمها بين المؤمن ومقدم الخدمة.
21. كتابة وصفات طبية تحتوي أدوية ذات الفئة السعرية المرتفعة بالاتفاق مع المؤمن له والصيدلية الأمر الذي يزيد قيمة الوصفة الطبية.
22. تكرار صرف الوصفات لدى مزود خدمة (صيدلية معينة أو مخبر معين).
23. تكرار كتابة وصفات لجهة معينة. (عقود الصحة)
24. عدد مطالبات كبير نسبياً بمقارنة المكان الجغرافي لمزود الخدمة وعدد مزودي الخدمة بنفس الاختصاص وبنفس المكان.
25. إدخال إجراءات وهمية داخل العيادة دون تقديمها فعلياً للمؤمنين.

---

[1] **"واقع التأمين الصحي الاداري والاقتصادي والخاص " ورقة عمل قدمها مدير عام شركة ميدكسا في مؤتمر كلية إدارة المشافي الأول – جامعة الأندلس – كانون الثاني 2018**

26. كتابة وصفات طبية غير مستحقة للمؤمنين بناءً على طلبهم دون أن يكونوا بحاجة إليها.
27. تكرار زيارات المرضى بشكل دوري وشهري بتشاخيص مختلفة بعضها غير متعلقة بالاختصاص ودون وجود استقصاءات مرتبطة بالحالة المرضية.
28. إدخال المطالبات على النظام دون التحقق من هوية المؤمن.
29. وجود تشاخيص نوعية دون وجود استقصاءات أو علاجات أو تحاليل.
30. تكرار أدوية محددة في عدة مطالبات ولأكثر من مؤمن له.
31. مطالبات بدون متابعة علاجية (صيدلية –مخبر أشعة–مشفى).

سوء استخدام من قبل المؤمن له هو ادعاء كاذب متعمد لمحأولة الحصول على منفعة أو أموال من خلال نشاط التأمين بدون وجه حق عن طريق الخداع، وذلك وفق: سوء نية المؤمن وعدم كشفه عن المعلومات التي يجب الإفصاح عنها في عقد التأمين.

عدم إتباع القواعد اللازمة عند إجراء الكشف الطبي على المؤمن عليه للتأكد من شخصية المؤمن إلى جانب إجراء الكشف الطبي والفحوصات الطبية المناسبة للمؤمن.

انتحال صفة حامل البطاقة

سوء استخدام من قبل مزود الخدمة والمؤمن له

هو التضليل المتعمد من قبل المؤمن له ومزود الخدمة وبالاتفاق المشترك بينهما بغرض استغلال بطاقة التأمين الصحي على نحو غير مشروع عن طريق الخداع المتعمد الذي ينتج عنه الحصول على منافع أو تقديم مزايا مستثناة أو تجأوز الحدود المسموح بها للمؤمن أو الجهة. وتحدث وفق الآتي:

1–زيارات مؤمن لنفس مقدم الخدمة بمعدل متكرر والخدمات الطبية المقدمة متوافقة مع التشخيص المفروض.
2–تقديم خدمات طبية للمؤمن له لا تقدم أي فائدة سريرية لكن يمكن إجراؤها.
3–زيادات مفاجئة في عدد المطالبات وخلال فترة قصيرة لكن الخدمات الطبية المقدمة مطابقة للتشخيص المعطى
4–ورود خدمات طبية لا علاقة لها بالتشخيص.

الاستنتاجات و التوصيات:

للتامين الصحي اهميه كبيره وخاصه بالنسبة للمنظمات القطاع العام سواء اكانت انتاجيه أو خدميه أو اداريه بشكل خاص حيث إن الإحاطة بموضوع التأمين الصحي في كافة جوانبه والاقتناع بدوره واهميته الكبيرة واستخدامه في كافة مستوياتها كفيل بالحفاظ على صحة وسلامه عمالها وموظفيها وزيادة ولائهم وانتمائهم وخاصه ان معظمهم غير قادر على تحمل تكاليف العلاج وحده وهذا كفيل بزيادة انتاجيتهم وروحهم المعنوية وبالطبع سيؤدي ذلك إلى زيادة انتاجيتهم مما ينعكس على عمليه التنمية الاقتصادية والاجتماعية

فيما يلي مجموعه من التوصيات التي تم التوصل اليها من خلال دراسة واقع التأمين الصحي:

- ضرورة اصدار قانون شامل للضمان الصحي في سوريا يهدف إلى تغطيه جميع مواطنين الجمهورية العربية السورية يساهم بشكل اساسي في ترشيد استخدام الموارد المتاحة وتوجيهها لمستحقيها لحل مشكله التشتت الحالي في انظمه التأمين الصحي لدى القطاع العام وتقديم رؤية لموضوع المجانية في العلاج في مؤسسات الدولة

- نشر الافكار الرئيسية المتعلقة بأهمية التأمين الصحي من خلال حمله وطنيه واسعه لنشر الافكار الرئيسية عن التأمين الصحي ونشر فهم مشترك عن الصحة والتعليم كونهما المحركين الاساسيين للتطور الاجتماعي والاقتصادي
- تطوير جوده الخدمات الصحية مما يوقف نزيف موازنه الدولة
- اكمال كافة الجهود المبذولة في الجوانب الادارية والفنية والمالية من خلال برنامج تثقيف صحي مكثف لكل الشرائح ومن خلال حملات التوعية العامة في تحسين فهم الحماية الاجتماعية الصحية والطلب على التأمين الصحي والرغبة في الدفع بشكل مسبق للرعاية الصحية بطريقه منتظمة ومستدامه
- تقديم مصادر تمويل جديده للقطاع الصحي يقلل احتياجات موازنه الحكومة ويحرر الاموال للاستثمارات الاخرى لتحفيز النمو الاقتصادي مما يزيد سياسات شراء وجمع التمويل للصحة من انتاجيه مقدمي الخدمة
- ضرورة وضع خطه تدريب شامله لجميع الكوادر البشرية العاملة في القطاع التأميني من الناحية الاكاديمية والتدريب المهني والممارسة العملية للارتقاء بمستوى الاداء للوصول بهذا القطاع إلى الهدف الذي أحدث من اجله
- اتاحة الفرصة للقطاع الصحي الخاص في القيام بدور أكثر فعالية في القطاع الصحي والاستفادة من طاقته التشغيلية القصوى لرفع مستوى الخدمات الصحية مع التأكيد على ضرورة التزام هذا القطاع في معايير الجودة

References:

المراجع العربية:

1. Legislative Decree No. 68 of 2004 establishing the Insurance Supervision Authority
2. Statistics and reports of the Insurance Supervision Authority
3. " The reality of health insurance in Syria (for the public-private sector)" a working paper presented by the Director General of Medxa Company at the Comprehensive Health Insurance Conference - Jordan - April 2019
4. A working paper presented by the Director General of Medxa Company in the workshop "Health Insurance Work in Syria and its implications for environmental awareness" - Tishreen University (Faculty of Education) 23/4/2019
5. The reality of administrative, economic and private health insurance", a working paper presented by the Director General of Medxa Company at the First College of Hospital Administration Conference - University of Andalusia - January 2018
6. A working paper presented by the General Manager of Medxa Company in the "First Insurance Forum" Damascus - Sheraton Hotel 25-26 / 10/2017
7. A working paper presented by the General Manager of Medxa Company in the symposium "Health Insurance Procedures and Cardiologists" Latakia - Afamia resort 04/28/2017
8. A working paper presented by the Director General of Medxa Company in the company's meeting with the Syndicate of Pharmacists of Latakia March 2017
9. A working paper presented by the Director General of Medxa Company in the November Medical Management Conference, Latakia (2016.(

المراجع الأجنبية:

1-Working paper on social health insurance planning، management، financing.
A compendium of technical notes. Geneva, internattonal Labour Office, 1993
2-Abel-Smith, 8. Health insurance and health for a/1. Geneva, World Health

Organization, 1990
3-Evaluation of recent changes in financing of health services. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series~ No. 829.)
4-Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries. Paris, Organization for Economic Co-opera1ion and Development. 1990.
5-Vital Wave Consulting. Health for development: the opportunity of mobile technology for healthcare in the developing world. Washington & Berkshire: UN Foundation-Vodafone Foundation Partnership; 2009.
6-International Telecommunication Union [Internet]. Worldwide mobile cellular subscribers to reach 4 billion mark late 2008: ITU estimates over 60 per cent penetration driven mainly by BRIC economies (press release). 2008 Sept
7-Lambert، Littlefield E. Dial growth: how handheld devices are enabling nascent economies to skip a generation of development. Finance Dev 2009; 46: 48-50.
8. Cichon. M. Health sector reforms in C-emral a..,d Eastern Europe: paradigm reversed. International Labour Review, 1990~ 130(3): 311-327.
9. Saving Lives at Birth: a grand challenge for development [Internet]. Washington: Grand Challenge for Development; 2011.
10. Dentzer S. E-health promise for the developing world. Health Aff 2010; 29: 229
11. Gerber T، Olazabal V، Brown K، Pablos-Mendez A. An agenda for action on global E-health. Health Aff (Milwood) 2010; 29: 233-6
12. Crean KW. Accelerating innovation in information and communication technology for health. Health Aff2010; 29:278-83
13. Blaya JA، Fraser HSF، Holt B. E-health technologies show promise in developing countries. Health Aff (Milwood) 2010; 29: 244-51
14- http:1/healthmarketinnovations.orgjaboutjchmi-approachjchmi-methodology