



تقييم دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية للوصول  
إلى التغطية الصحية الشاملة في الجمهورية العربية السورية





إنّ القطاع الخاص كان وما زال مصدراً مهماً ورافداً حقيقياً للرعاية والخدمات الصحية لا يمكن إغفاله أو تنحيته أو تجاهله. وفي هذا السياق بدأت تتشكل حالياً العديد من الشراكات بين القطاعين العام والخاص من أجل توفير الرعاية في المستشفيات، وتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتطوير برامج تأمين صحي خاصة ذات كفاءة وجودة عالية.

ويمكن أن يكون القطاع الخاص أكثر فاعلية في الاضطلاع بدوره إذا كانت هناك معايير أوضح جرى تحديدها مع وجود حوافز لإشراكه، وعليه كان لابد من تعزيز آليات الحوار بين القطاعين العام والخاص والعمل على بناء جسور الثقة، وذلك بالاعتماد على البيانات المستمدة من عمليات التقييم الشاملة للقطاعين على حدٍ سواء، الأمر الذي من شأنه تعزيز المشاركة الاستراتيجية بين القطاعين على أسس متينة وصلبة.

وعليه لابد من فهم دور القطاع الخاص ومعرفة نقاط قوته وضعفه، وتقييم الفرص والتحديات للاستفادة من قدرته على تقديم أفضل الخدمات بأعلى جودة، بما يجعل من الأطراف الفاعلة في القطاع الخاص نظيراً أكثر فعالية لإجراء حوار مع الحكومة بشأن الأولويات المشتركة، وصياغة استراتيجية المشاركة الصحية الفعالة من خلال إدراج مقدمي الخدمات من القطاع الخاص في عقود التمويل المستند إلى الأداء في الاستراتيجيات والخطط الحكومية.

# شكر وتقدير

يتقدم فريق البحث بخالص الشكر والامتنان إلى السيد وزير الصحة الدكتور حسن محمد الغباش لدعمه وتشجيعه على إنجاز هذه الدراسة.

كما نتقدم بكل الشكر للسادة معاوني وزير الصحة والسادة مدراء الصحة في المحافظات ومدراء الإدارة المركزية، والعاملين في مركز الدراسات الاستراتيجية والتدريب الصحي، لما قدموه من مساندة خلال فترة البحث.

كما نود أن نشكر بكل امتنان رئيس البعثة وممثل منظمة الصحة العالمية في الجمهورية العربية السورية، الدكتورة أكجمال مختوموفا. وكذلك فريق المنظمة القطري الدكتورة هيام بشور، مسؤولة النظم الصحية، والدكتورة وفاء التجار مسؤولة برنامج الرعاية الصحية الأولية والأمراض المزمنة لما قدموه لنا من دعم قيم خلال جميع مراحل هذه الدراسة.

كما نتوجه بجزيل الشكر لفريق العمل من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط على ما قدموه من دعم فني لهذه الدراسة، ونخص بالشكر الدكتور حسن صلاح، (المستشار الإقليمي، برنامج الرعاية الصحية الأولية والمجتمعية وقائد الفريق، فريق تقديم الخدمات المتكاملة / إدارة تطوير النظام الصحي)، والدكتورة آية ثابت ( استشاري قطاع الصحة الخاص، قسم التغطية الصحية الشاملة، النظم الصحية في المكتب الإقليمي لشرق المتوسط).

كل الشكر للفريق الذي ساهم بجمع البيانات لما توخاه من حذر وحرص وأمانة أثناء الدراسة، والشكر موصول لكل من تعاون مع هذا الفريق من نقابات مهنية، وشركات تأمين، ومنظمات دولية وجمعيات أهلية.

## فهرس المحتويات

- 7 ..... الملخص التنفيذي •
- 8 ..... مصطلحات البحث •
- 9 ..... المقدمة •
- 11 ..... مبررات الدراسة •
- 11 ..... المنهجية •
- 14 ..... مناقشة النتائج •
- 15 ..... أولاً: لمحة عن الجمهورية العربية السورية: •
  - السياق القطري •
  - الحالة الصحية •
- 16 ..... ثانياً: الهيكل التنظيمي للقطاع الصحي العام والسياسة الصحية •
- 18..... ثالثاً: القطاع الصحي العام: •
  - 1-3 وزارة الصحة •
  - 2-3 الوزارات المعنية الأخرى •

- رابعاً: المحاور الرئيسية في القطاع الصحي : ..... 21
  - 4 - 1 الحوكمة في القطاع الصحي
  - 4 - 2 الموارد البشرية في الصحة
  - 4 - 3 التمويل الصحي والإنفاق
  - 4 - 4 نظم المعلومات الصحية
  - 4 - 5 تقديم الخدمات
  - 4 - 6 الأدوية
- خامساً: أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي ..... 26
- سادساً: القطاع الصحي الخاص: ..... 26
  - 6 - 1 موارد القطاع الصحي الخاص
  - 6 - 2 الموارد البشرية في القطاع الخاص
  - 6 - 3 القانون والإطار التشريعي في القطاع الصحي الخاص
  - 6 - 4 تقديم الخدمات
  - 6 - 5 الجودة، الاعتمادية، الإشراف على الخدمات في القطاع الصحي الخاص
  - 6 - 6 نظام التأمين الصحي والقطاع الصحي الخاص
- سابعاً: تحليل القطاع الصحي الخاص ومنظور أصحاب المصلحة ..... 34
  - 7 - 1 نمو القطاع الخاص ومحدداته
  - 7 - 2 مناقشة حول مساهمة القطاع الصحي الخاص في سورية
- ثامناً: التوصيات والمقترحات. .... 41
- تاسعاً: المراجع. .... 42

قامت هذه الدراسة في الجمهورية العربية السورية في كل من المحافظات التالية (دمشق – حلب – درعا – حمص – اللاذقية) حيث غطت القطاع الخاص الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية وفق عينة عشوائية.

ومن أهم أهداف هذه الدراسة: إلقاء الضوء على واقع الشراكة ما بين القطاعين الخاص والعام، ومعرفة مواطن القوة والضعف وأهم التحديات وفرص التحسين التي تواجه قطاع الرعاية الصحية في القطاع الخاص في الجمهورية العربية السورية.

تم تقسيم الفئة المستهدفة في العينة المأخوذة من القطاع الخاص إلى مجموعات وفق التالي:

(مجموعة صناع القرار والسياسيين، مجموعة النقابيين، مجموعة أصحاب المصلحة من المنظمات الدولية المعنية بالقطاع الصحي الخاص، ومجموعة أصحاب المصلحة من المنشآت الصحية في القطاع الخاص (مراكز صحية خاصة، مشافي خاصة، عيادات ومخابر خاصة).

وكانت أداة جمع البيانات من خلال الاستبانة والمقابلات التي قام بها فريق مدرب من كل المحافظات المعنية والمستهدفة بالإضافة إلى الفريق المركزي بمركز الدراسات الاستراتيجية والتدريب الصحي.

بيّنت الدراسة فيما إذا طبقت هذه الشراكة على أرض الواقع، وأهمية إجراء التحديثات اللازمة والواجب أخذها بعين الاعتبار لضمان نجاح الشراكة والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة التي هي هدف تسعى له الجمهورية العربية السورية.

### التغطية الصحية الشاملة:

تعني أن بإمكان كل شخص أن يحصل على ما يحتاج إليه من خدمات صحية بجودة كافية تجعل هذه الخدمات ذات تأثير فعال، دون أن يواجه ضائقة مالية.

### حوكمة المؤسسات الصحية:

الإدارة الرشيدة لعناصر النظام الصحي؛ بهدف استدامة تقديم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع بكفاءة وفعالية. وتقع مسؤولية هذه المهمة الإشرافية بشكل رئيسي على عاتق الحكومة.

### القطاع الصحي الخاص:

يتألف من جميع الجهات الفاعلة في المجال الصحي غير الحكومية، بما في ذلك الجهات الرسمية وغير الرسمية، الربحية وغير الربحية، ويشمل ذلك مقدمي الخدمات والصيدليات وشركات الأدوية، والمنتجين، والموردين، والمعالجين التقليديين.

### الشراكة بين القطاع الصحي العام والقطاع الصحي الخاص:

تستند الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي على ترتيبات تعاقدية بين واحد أو أكثر من الجهات الصحية الحكومية، وإحدى شركات القطاع الخاص في مشروعات صحية، يتم بمقتضاها قيام الشريك الخاص بإمداد الحكومة بالأصول والخدمات، والتي تقدم تقليدياً من القطاع الصحي العام، بصورة مباشرة. وتشمل هذه الترتيبات الصور المبسطة للتعاقد الخارجي، أو قد تمتد لتشمل نقل أو مشاركة الإدارة، أو عملية صنع القرار، وبحيث يكون للقطاع الخاص دوراً أكبر في تخطيط، وتمويل، وتصميم، وبناء وتشغيل، وصيانة الخدمات العامة.

ويتوقف شكل التعاقد بين القطاعين العام والخاص على المهام التي يتولاها القطاع الخاص، وحجم المشاركة بين القطاعين في أطر عدة تشمل: تصميم المشروع، وتمويله، وتشبيده، وتشغيله وصيانته. وبناء على ذلك، تقوم الحكومة بتحديد أي من تلك المهام التي سيتولاها القطاع الخاص لتنشأ بمقتضاها صورة تعاقدية.

### القطاع المشترك:

هو أسلوب للتعامل بين القطاع العام والقطاع الخاص في المجالات التي يكون فيها هذا التعاون هو الصيغة المناسبة أو الأنسب لتحقيق أهداف محددة.



إن التوجه العالمي نحو التغطية الصحية الشاملة التي تعني تقديم رعاية صحية آمنة وعالية الجودة لجميع السكان دون صعوبات مالية، يؤكد على أن هناك حاجة أكبر لاستخدام كل مورد متاح للقطاع الصحي وتوحيد جهود كل من القطاع العام والخاص لتحقيق ذلك.

في مواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وندرة الموارد ( ولا سيما آثار الحرب الإرهابية على سورية وسرقة الثروات الوطنية من قبل الاحتلال الأمريكي والتركي ) والحاجة إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، تدرك الحكومات قوة القطاع الخاص والحاجة إلى تعبئتها بشكل فعال.

هذا القطاع هو مزود خدمة نشط مرن وخاصة في منطقة شرق المتوسط، ويقدم خدمات الإسعاف والمستشفيات. بالإضافة إلى ذلك، فهو يشارك في التكنولوجيا الصحية وإنتاج الأدوية وتطوير البنية التحتية للبلاد.

تكمن أهميته في دوره الحاسم في دعم حالات الطوارئ وانخفاض الإنفاق الحكومي على الصحة. لذلك، على الرغم من وجود تحديات في إشراك القطاع الخاص نحو تغطية صحية شاملة فعالة، تظل الحقيقة إنَّ القطاع الخاص يمكنه جذب والاحتفاظ بالموارد البشرية التي تمتلك المهارات التقنية والإدارية اللازمة. ومع ذلك، فقد نما القطاع الصحي الخاص في العديد من البلدان بما فيها سورية مع وجود استراتيجيات وطنية وتخطيط حكومي لا يتناسب مع حجم المتطلبات.

يقدم القطاع الخاص في سورية خدمات صحية ربحية وغير ربحية. على سبيل المثال، قد تشمل الملكية الخاصة مرافق الرعاية الصحية (المشافي والعيادات الخاصة) وتلك المراكز التي المنظمات غير الحكومية غير الربحية.

يلعب القطاع الصحي الخاص في سورية دوراً مهماً من حيث التمويل وتقديم الخدمات. وتعمل الحكومة السورية على تشجيع الاستثمار في قطاعي الصحة والمستشفيات حيث نلاحظ نمو القطاع الصحي الخاص في سورية، إلا أننا نرى أنه لا يزال شريكاً رئيسياً غير مستغل للتحرك نحو التغطية الصحية الشاملة.

اعترافاً بأهمية إشراك القطاع الخاص في المنطقة في تقديم الخدمات الصحية، يجري المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط مراجعة منهجية وتقييم للقطاع الصحي الخاص في بلدان منطقة شرق المتوسط، بما في ذلك الجمهورية العربية السورية.

ونظراً لعدم وجود الدراسات التي تهدف إلى فهم حجم و توزيع و خصائص القطاع الصحي الخاص ومشاركته الفعالة في تقديم الخدمات في مخطط التغطية الصحية الشاملة، فإن ذلك يجعل من الصعب الوصول إلى فهم شامل لدور القطاع في خطة الرعاية الصحية، مما يعيق فرصة إشراكهم بشكل فعال وبالتالي تهدف هذه الدراسة إلى تقييم القطاع الصحي الخاص في سورية لتوفير فهم متعمق لمشاركته الحالية في تقديم خدمات فعالة نحو التغطية الصحية الشاملة.

## مبررات الدراسة:

- تلقي الضوء على مفاهيم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية.
- تركز الدراسة على فهم البيئة التشغيلية للقطاع ومساهمته الحالية في تقديم الخدمات الصحية.
- التعرف على دور الشراكة بين القطاع العام والخاص في العمل على تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة.
- مناقشة المشاكل والتحديات التي تواجه هذا النموذج من الشراكة في الرعاية الصحية.
- التعرف على نقاط القوة وفرص التحسين لهذه الشراكة بين القطاعين، وتزويدها لصانعي السياسة الصحية لمساعدته على اتخاذ القرار الملائم للوضع الراهن.

## المنهجية:

تم العمل على إجراء مراجعة عامة والاطلاع على حيثيات الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص العامل في مجال الرعاية الصحية في الجمهورية العربية السورية، والاطلاع على القوانين والتشريعات الناظمة للعمل الخاص ضمن الرعاية الصحية، وتم الاعتماد على أداة جمع البيانات المصممة والمعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية ومطبقة بعدد من البلدان وهي أداة تقييم القطاع الخاص المرفقة بالملاحق، وقد تم ترجمتها من قبل فريق البحث، وتم إجراء بعض التعديلات عليها بما يتلاءم مع الواقع السوري.

وشملت أداة البحث على مراجعة الأدبيات المرتبطة بالبحث والتي لها علاقة بالموضوع بشكل مباشر أو غير مباشر، ومن ثم وضع قائمة الاستبيانات التي سهلت عملية جمع البيانات والاعتماد عليها في إجراء التحليل والحصول على النتائج .

## الخطوة الأولى- مراجعة الأدبيات:

لفهم الخلفية السياسية والاقتصادية والاجتماعية والقانونية والصحية الحالية لتطوير القطاع الصحي الخاص في سورية بشكل أفضل، تم إجراء مراجعة أولية للبيانات المتوفرة حول الخطط الاستراتيجية والتشريعات الصحية والدراسات السابقة حول القطاع الصحي الخاص وترتيبات الشراكة بين القطاعين العام والخاص في سورية، ومراجعة الأدبيات وذلك من أجل إجراء لمحة عامة عن المعالم الرئيسية للنظام الصحي السوري بالإضافة إلى السياسات الرئيسية المتعلقة بتوفير الرعاية في القطاع الصحي الخاص، والاستراتيجيات والخطط الحكومية الحالية للعمل مع

القطاع الصحي الخاص، والشراكات الصحية القائمة بين القطاعين العام والخاص وذلك من خلال المعلومات المتوفرة في كل من المكتب المركزي للإحصاء، وزارة الصحة، هيئة التخطيط والتعاون الدولي، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل.

قام فريق الباحثين بجمع البيانات وتوليف التقارير والدراسات الحالية بصورة شاملة للقضايا الناشئة داخل القطاع الصحي الخاص. مما جعلنا نتمكن من تسجيل النتائج الأولية وتحديد المجالات والمحاور الرئيسية التي يجب التركيز عليها والثغرات التي تعين علينا سدها خلال المقابلات المتعمقة مع أصحاب المصلحة. وخاصة فيما يتعلق بتوحيد التعاريف والمصطلحات التي تكررت في معظم الاستبيانات.

### **الخطوة الثانية- تجميع البيانات الأولية:**

بعد مراجعة المعلومات المتوفرة وتحديد النقاط التي تحتاج مزيد من المعلومات لتحقيق هدف البحث، تم الاتفاق على إتباع أسلوب تصميم مختلط في هذه الخطوة، حيث استخدم فريق الباحثين الاستبانة وأسلوب المقابلات الشخصية والملاحظة. لتجميع البيانات الوصفية والبيانات العددية وتصورات أصحاب المصلحة حول القطاع الصحي الخاص.

#### **أ: تجميع البيانات الكيفية**

تم العمل في البدء على وضع عدة قوائم للعمل على أن تشمل وتغطي كافة أصحاب المصلحة مما اسفر عن تشكيل قائمة بأسماء المنظمات والجهات المانحة مع وسائل التواصل الممكنة معهم، وقائمة أخرى بأسماء صانعي السياسات الصحية وطرق التواصل معهم أيضاً، وقائمة بأسماء النقابات المهنية المعنية، وقائمة بالجمعيات والمنظمات المجتمعية المهتمة بالشأن الصحي، وتم العمل على التواصل معهم، والتنسيق معهم لأخذ مواعيد محددة ورسمية لإجراء المقابلات معهم.

أما بالنسبة للمقابلات فهي عينة عمدية بالنسبة لصانعي السياسات الصحية والجهات المانحة. وعينة موسعة لكل من النقابات وشركات التأمين (شملت معظم الشركات والنقابات العاملة في مدينة دمشق- الإدارة المركزية)، أما بالنسبة للجمعيات الأهلية فقد كانت عينة كرة الثلج.

أما عن تحليل البيانات فقد قام الباحثون المشاركون بالبحث بتحليلها وفق خبراتهم وتجاربهم المتنوعة في القطاع الصحي.

#### **ب: تجميع البيانات الكمية**

تم انتقاء خمس محافظات من الجمهورية العربية السورية تمثل جميع المناطق الجغرافية وهي : دمشق، حلب، اللاذقية، حمص، درعا حيث تغطي المنطقة الجنوبية والشمالية والساحلية والوسطى، لإجراء الدراسة.

تمت مراجعة منهجية البحث والاستمارات من قبل لجنة أخلاقيات البحث العلمي في وزارة الصحة ومن قبل مكتب منظمة الصحة العالمية في سورية والمكتب الإقليمي في مصر.

ومن ثم تم إجراء المقابلات المنظمة مع أصحاب المصلحة (مسؤولون من الإدارات الحكومية الرئيسية، وصانعي السياسات، وممثلي نقابات القطاع الخاص، والجمعيات المهنية، ومديري المرافق الصحية، والمرضى).

وتوزعت الاستبيانات إلى ثمانية، كل استبانة منها خاصة بفئة مستهدفة للمبجوثين وفق ما يلي:

1. استبيان الجهات المانحة والمنظمات الدولية.

2. استبيان النقابات.

3. استبيان صناع السياسة الصحية.

4. استبيان المرضى.

5. استبيان مقدمي الخدمات الصحية (مستشفيات وعيادات).

6. استبيان مقدمي الخدمات الصحية (مراكز، مخابر، صيدليات).

7. استبيان المنظمات والجمعيات الأهلية.

8. استبيان شركات التأمين.

بعد الحصول على جميع الموافقات، وإجراء التعديلات المقترحة، وإجراء دراسة تجريبية، تم تدريب كادر من المحافظات الخمس عن طريق ورش عمل تم من خلالها عرض الاستمارات ومناقشة جامعي البيانات بها والإجابة على استفساراتهم، ومحاكاة عملية جمع البيانات عن طريق (لعب الأدوار). وقد تم انتقاء الباحثين من فريقنا المتنوع الاختصاصات بعناية ودقة ووفقاً لمعايير معينة، خاصة الباحثين الذين قاموا بإجراء هذه المقابلات سواء مع (صناع السياسات الصحية، أو الجهات المانحة، أو النقابات، أو المنظمات والجمعيات المعنية). تم جمع البيانات من المحافظات المذكورة يمكن الرجوع إلى الملحق رقم (1).

بالنسبة لسحب العينة فكانت العينة عشوائية بسيطة بالنسبة لكل من استمارة المشافي والعيادات واستمارة المراكز التشخيصية (أشعة، تشريح مرضي)، المختبرات والصيدليات وعشوائية منتظمة بالنسبة لاستمارة المرضى. تم إدخال البيانات المأخوذة من الاستبيانات والمقابلات على جداول الإكسل، ثم تم تحليل البيانات وفقاً للبرنامج الإحصائي الـ (SPSS v.25).

## النتائج:

سوف نعرض هنا ما توصلنا إليه من نتائج تحليلنا لجميع الاستبيانات، والمقابلات النوعية التي قام بها الفريق البحثي، وذلك وفق ما ورد بالمنهجية التي قد ذكرناها آنفاً، مع التأكيد أننا في هذه الدراسة قد وضعنا للمبجوثين بأن القطاع الصحي الخاص في هذا البحث يتألف من جميع الجهات الفاعلة خارج نطاق الحكومة، بما في ذلك **الجهات الرسمية** وغير الرسمية، الربحية وغير الربحية، ويشمل ذلك مقدمي الخدمات، والصيدليات وشركات الدواء وشركات التأمين والعيادات الخاصة.

## أولاً: لمحة عن الجمهورية العربية السورية

### أ. السياق القطري:

تقع الجمهورية العربية السورية على الساحل الشرقي للبحر الأبيض المتوسط حيث تحدها من الشمال تركيا، ومن الجنوب فلسطين والأردن، ومن الشرق العراق، ومن الغرب لبنان والبحر الأبيض المتوسط تبلغ مساحتها لمساحة: 185180 كم مربع، بلغ التعداد السكاني فيها 18499161 نسمة في عام 2020، والكثافة السكانية: 118.3 ن/كم مربع، ومن الناحية الإدارية تتكون سورية من (14) محافظة و(61) منطقة و(111) مدينة و(271) ناحية و(6274) قرية و(7416) حي أو مزرعة<sup>1</sup>، وتقسم إلى<sup>2</sup>:

- المنطقة الساحلية: تضم محافظات (اللاذقية، طرطوس).
- المنطقة الجنوبية: تضم محافظات (دمشق، ريف دمشق، درعا، والسويداء، القنيطرة).
- المنطقة الوسطى: تضم محافظات (حمص، حماة).
- المنطقة الشرقية: تضم محافظات (دير الزور، الرقة، الحسكة).
- المنطقة الشمالية (حلب- إدلب).

### ب. الحالة الصحية:

انقلبت كل الموازين في سورية رأساً على عقب إثر الحرب الإرهابية والتي انعكس تأثيرها على كافة المجالات، السياسية والاقتصادية والصحية. وهنا نركز على الجانب الصحي الذي عانى كثيراً خلال الحرب الإرهابية التي مرت بها بسورية، فقد تحسنت مؤشرات الصحة التقليدية بشكل ملحوظ على مدار العقود الثلاثة الأخيرة التي سبقت الحرب الإرهابية على سورية، حيث انخفضت نسبة وفيات الأمهات من 123 أم من بين كل 100 ألف أم خلال عام 1990 إلى 49 أم من بين كل 100 ألف أم في عام 2010. وبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة 75 عاماً خلال عام 2013، ليتجاوز المعدل العالمي بسنتين<sup>3</sup>. وقد أظهر معدل الوفيات بين صفوف الرضع والأطفال أيضاً تحسناً ملحوظاً، كما انخفضت نسبة الوفاة بسبب الأمراض المعدية<sup>4</sup>.

خلال سنوات الحرب الإرهابية على سورية ورغم ما مرت به البلاد من تدمير للبنى التحتية الوطنية ومنها المشافي والمؤسسات الصحية العامة والخاصة ورغم ما فقده القطاع الصحي من الكوادر البشرية الصحية سواء إلا أن مؤشرات القطاع الصحي مازالت جيدة، ولم تظهر هذه المؤشرات أي خطورة في معدلات الأوبئة أو الأمراض<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> <http://cbssyr.sy/yearbook.htm>

<sup>2</sup> <http://cbssyr.sy/yearbook/2012/Chapter1-AR.htm>

<sup>3</sup> <http://data.worldbank.org/>

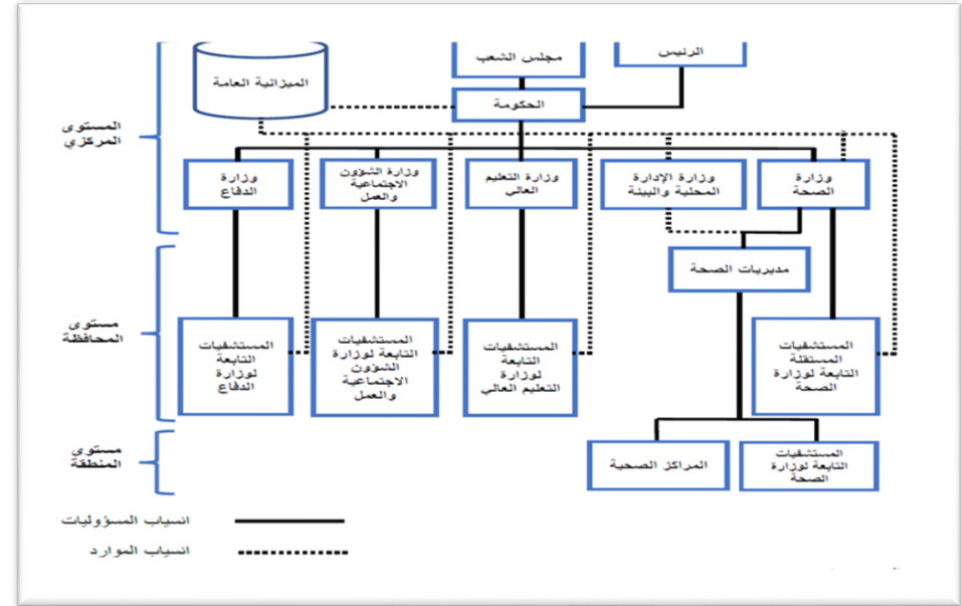
<sup>4</sup> <http://www.picc.gov.sy/site/arabic/index.php?node=55148&cat=14859>

<sup>5</sup> <http://www.emro.who.int/ar/eha/news/seven-years-of-suffering-syria-facts-and-figures.html>

## ثانياً: الهيكل التنظيمي للقطاع العام والخاص والسياسة الصحية

يعد القطاع الحكومي ممثلاً بوزارة الصحة القائد والراعي الأول لصحة السكان في سورية، بالإضافة لمن يسانده من وزارات أخرى (وزارة الدفاع، وزارة الداخلية، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وزارة الإدارة المحلية والبيئة) والتي جزء من مهامها العمل كرفيد مع وزارة الصحة حيث أنها هي الأخرى تقدم الخدمات الصحية وفق الشكل (1)، واستناداً لما ورد في دستور الجمهورية العربية السورية، تقدم مجموعة من خدمات الرعاية الصحية والأدوية مجاناً أو في بعض الأحيان بكلفة منخفضة، ويحق للاجئين العراقيين المقيمين في الجمهورية العربية السورية الحصول على نفس الخدمات التي يحصل عليها المواطنون السوريون، وتتولى الأونروا بالإضافة لوزارة الصحة السورية توفير الرعاية الصحية للاجئين الفلسطينيين، ويمكن وصف النظام الحكومي السوري للرعاية الصحية بأنه مركزي يعتمد على إدارة وزارة الصحة السورية للقطاع الصحي بشكل عام، ومجزأ يعتمد على وجود إدارة فرعية في جميع المحافظات السورية لديها الصلاحية باتخاذ القرارات المناسبة في ما يخص القطاع الصحي بذات الوقت، ويبين الشكل التالي<sup>6</sup> فروع هيكل الرعاية الصحية ويوضح المسؤولية الحكومية عن نظام الرعاية الصحية العامة.

**الشكل (1): مقتبس من  
تقرير الحماية الاجتماعية  
في الجمهورية العربية  
السورية الأمم المتحدة  
ESCWA الاسكوا  
اللجنة الاقتصادية  
والاجتماعية لغربي آسيا  
/تشرين أول 2019**



اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا /تشرين أول ESCWA الأمم المتحدة الاسكوا -تقرير الحماية الاجتماعية في الجمهورية العربية السورية<sup>6</sup>



يقوم نظام الصحة على مبدأ حرية الوصول والرعاية المجانية في المستشفيات العامة التابعة لوزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، إضافة إلى المستشفيات تحت إشراف وزارة الدفاع ووزارة الداخلية حيث تكون مخصصة للعسكريين وعناصر الداخلية وأسره، والتي تستقبل أيضاً المدنيين لقاء أجر زهيد للخدمات الصحية المقدمة فيها من خلال ما يسمى بنظام الاستشفاء. يضمن دستور الجمهورية العربية السورية لعام 2012 حماية الدولة لصحة المواطنين، حيث تنص المادة 22 من الفصل الثالث من الباب الأول على التالي:

**((تكفل الدولة كل مواطن وأسرته في حالات الطوارئ والمرض والعجز واليتم والشيخوخة، وتحمي الدولة صحة المواطنين، وتوفر لهم وسائل الوقاية والمعالجة والتداوي)).**

ويصّرح الدستور أن الخدمات الصحية والاجتماعية أركان أساسية لبناء المجتمع، ساعياً إلى تحقيق التنمية المتوازنة بين جميع مناطق الجمهورية العربية السورية.<sup>7</sup> عملت الحكومة في الجمهورية العربية السورية خلال الفترة الماضية على السعي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة 2030 ضمن خطتها في مرحلة إعادة الأعمار، ولا سيما في سياق رسم السياسات الصحية، حيث عملت الحكومة في الجمهورية العربية السورية على ترميم البنية التحتية في هذا القطاع وبدأت وزارة الصحة في العمل على تحسين جودة الأداء فقامت بإعادة هيكلة بنيتها التنظيمية من خلال استصدار النظام الداخلي الخاص بها نهاية عام 2016، بالقرار التنظيمي 2/ت تاريخ 2016/1/12 المتضمن اعتماد النظام الداخلي لوزارة الصحة، والذي تبلور من خلاله الصورة الواضحة لكافة مديريتها ومهام ودور كل مديريةية فيها لتقوم ببرامجها الصحية والخدمات المنوطة بها، سعياً لتحقيق إدارة صحية متكاملة تتواءم أهدافها مع أهداف التنمية المستدامة 2030.

جاءت توجهات الحكومة في رسم السياسات الصحية الجديدة وفق المحاور الأساسية التالية (وثيقة السياسات الصحية للأعوام 2020-2024 الصادرة عن مديريةية التخطيط والتعاون الدولي في وزارة الصحة عام 2020 (غير منشورة) ألا وهي:

- **العدالة في توزيع الخدمات الصحية**، وفق ما جاء في المادة الخامسة والعشرين من دستور الجمهورية العربية السورية: "التعليم والصحة والخدمات الاجتماعية أركان أساسية لبناء المجتمع، وتعمل الدولة على تحقيق التنمية المتوازنة بين جميع مناطق الجمهورية العربية السورية".
- **تكاملية الخدمات الصحية المقدمة** على مستوى المناطق الجغرافية في الجمهورية العربية السورية، وسهولة الوصول إليها.
- **الاهتمام بتأمين الحماية الاجتماعية** بما فيها الصحة والتزامها بتوفير وسائل الوقاية والمعالجة والتداوي لكافة مواطني الجمهورية العربية السورية. وهذا ما نصت عليه المادة الثانية والعشرون من دستور الجمهورية العربية السورية التي جاء بها: "تكفل الدولة كل مواطن وأسرته في حالات الطوارئ والمرض والعجز واليتم والشيخوخة".
- **التغطية الصحية الشاملة** حتى يتاح لجميع أفراد الجمهورية العربية السورية دون أي تمييز الحصول على خدمات عالية الجودة موزعة توزيعاً عادلاً، مع تمتعهم بالحرية في اختيار مقدم خدمات الرعاية الصحية، والعمل على حمايتهم من النفقات الصحية الكارثية.
- **جودة الخدمة الصحية** وضمان رضا كل من مقدمي الخدمات ومتلقيها.
- **الكفاءة** والاستفادة من جميع الموارد المتاحة لتحسين أداء النظام الصحي.
- **السلامة المهنية** والمحافظة على مستويات مرتفعة من الأخلاقيات والقيم المهنية.

<sup>7</sup> [https://www.constituteproject.org/constitution/Syria\\_2012.pdf?lang=ar](https://www.constituteproject.org/constitution/Syria_2012.pdf?lang=ar)

- **الحوكمة** واعتماد الدلائل المثبتة بالبراهين في الممارسات السريرية.
- **الاستجابة للابتكار والإبداع والتطور التقني** من خلال استجابة النظام الصحي للتغيرات التقنية التي تترافق بالعمولة وبالتطورات الاقتصادية والاجتماعية.
- **الشراكة** مع أصحاب المصلحة ومختلف القطاعات ذات الصلة.
- **التكافل الاجتماعي** الذي يتحقق بتضافر جهود كل من أصحاب المصلحة والمستفيدين من الخدمات، للعمل على تطوير النظام الصحي كل حسب قدرته ومن موقعه.

وكان من الخطوات الأولى التي اتخذتها الحكومة السورية في هذا المجال هو التوقيع على اتفاقية مع كافة بلدان إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في صلالة بسلطنة عمان في بداية الشهر التاسع من العام 2018 خلال (الاجتماع الوزاري حول الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة) بشأن التغطية الصحية الشاملة لعام 2030. كما تشارك سورية في تحقيق التغطية الصحية الشاملة حيث:

استمرت وزارة الصحة بتقديم الخدمات الصحية بكافة مستوياتها (الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية) رغم الصعوبات التي مرت على مدى سنوات الحرب الإرهابية على سورية. بدأت وزارة الصحة بالتركيز على العامل المجتمعي وتفعيل دور المشاركة المجتمعية، وهذا يساعد أصحاب القرار بتحديد الخدمات التي تحتاجها الفئات المستهدفة من السكان وبالتالي المساهمة الفاعلة بالسير قدماً نحو الوصول للتغطية الصحية الشاملة. إعادة الحكومة ترميم المراكز التي دمرتها الحرب الإرهابية في كافة المناطق المحررة. قامت وزارة الصحة بتأمين أدوية الأمراض المزمنة لكافة المرضى (الداء السكري- السل- ارتفاع الضغط الشرياني... ) وتوفير اللقاحات المجانية لكافة الأطفال بعمر أقل من 5 سنوات كما قامت بتحريك فرق جواله وعيادات متنقلة إلى الأماكن صعبة الوصول لتقديم خدمات اللقاح وحزمة الخدمات الأساسية. تسعى وزارة الصحة بالمشاركة في المؤتمرات وورشات العمل الإقليمية المتعلقة بهذا الشأن كما هو الالتزام بإعلان صلالة حول التغطية الصحية الشاملة.

## ثالثاً: القطاع الصحي العام

### 3-1 وزارة الصحة:

تسعى وزارة الصحة بشكل حثيث لتحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال تأمين خدمات نوعية أكبر عدد ممكن من شرائح المجتمع المختلفة. وذلك عن طريق تحقيق توزيع عادل ومدروس لمؤسسات الخدمات الصحية التابعة لجميع الوزارات والجهات المعنية بتقديم الخدمات الطبية (خدمات ووقائية وعلاجية وتأهيلية وملطفة) طوال العمر، في كافة المحافظات. كما أكدت على تعزيز العمل بمفهوم صحة الأسرة في جميع المحافظات عن طريق نشر مفهوم طب الأسرة (وتم تدريب عدد من الأطباء عام 2020-2021 على برنامج إعداد مدربين لأطباء الأسرة TOT-RDP-FM ليصبحوا نواة في التدريب المستمر لأطباء الأسرة وبناء كوادر وقدرات جديدة- وزارة الصحة).

وتكاملية الخدمات المقدمة وتطوير نوعيتها. وتعزيز أنماط الحياة الصحية، وتخفيف عبء الأمراض المزمنة والسارية. عن طريق تعزيز الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض ومتابعة المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة ونشر ثقافة الحياة الصحية السليمة ودعم تناول الأغذية الصحية من أجل خفض انتشار عوامل الخطورة مثل التدخين والسمنة وسوء التغذية. هذا بالإضافة إلى تعزيز التعاون الفعال بين مختلف القطاعات العاملة في إدارة سلامة الأغذية وجودتها وفي الرقابة عليها. وتوفير إمكانية الحصول على الخدمات العلاجية والوقائية عالية الجودة في مجال الصحة النفسية. ولم تغفل العمل على تعزيز منظومة الإسعاف والطوارئ وتعزيز ريادة وزارة الصحة لمنظومة الإسعاف والطوارئ لمرحلة ما قبل المشفى. ونشر التوعية والتثقيف لنشر مبادئ الإسعاف الأولي.<sup>8</sup>

كما سعت في فترة ما بعد الأزمة لتبني مبادرات تحسين الجودة في كافة المؤسسات الصحية التي تتبع لها من خلال تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في منشآت الرعاية الصحية الثانوية والثالثية. عن طريق<sup>9</sup> :

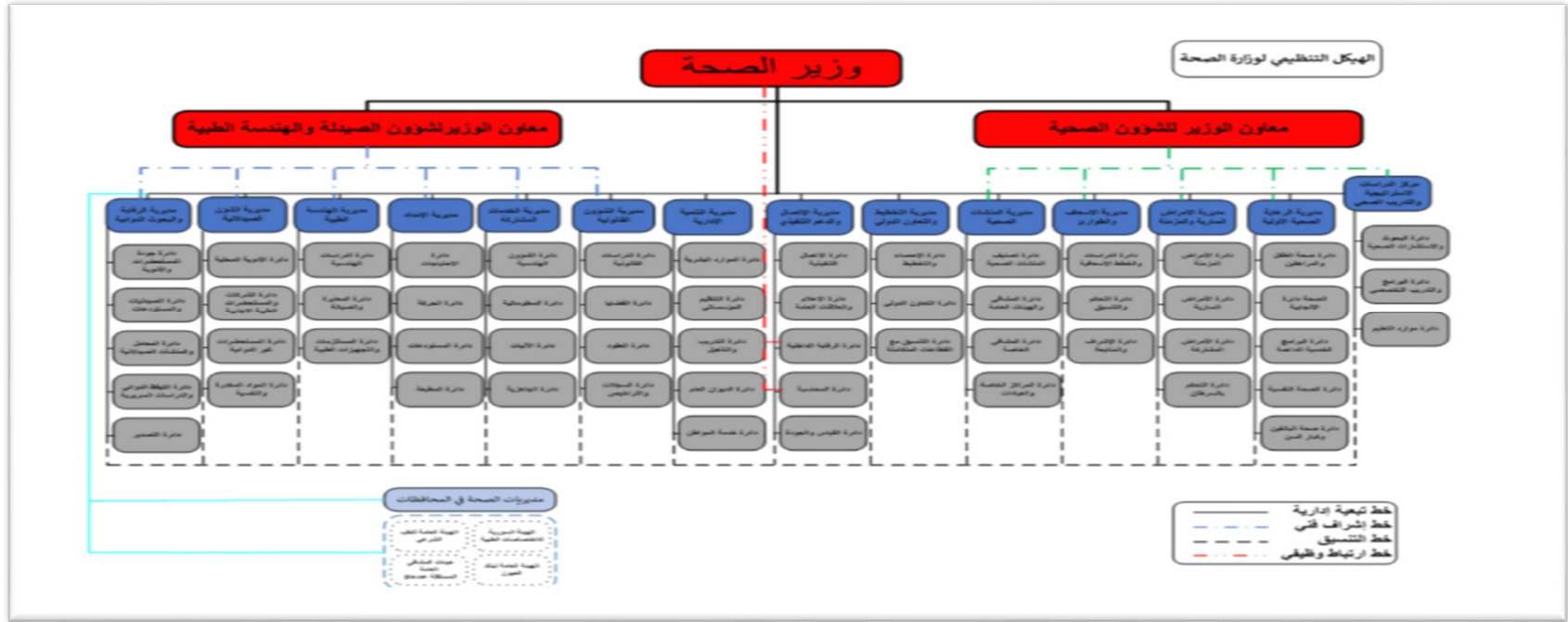
- نشر أسس ومعايير جودة الخدمات الصحية.
- تدريب الكوادر الصحية بكافة فئاتها في مجال الجودة.
- دعم المنشآت الصحية بتوفير الأجهزة والتقنيات الحديثة.

ولمساعدة الوزارة على القيام بمهامها، تم عام 2021 مراجعة الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والمؤسسات الصحية التابعة لها وهي الآن، عند كتابة هذا البحث، قيد المراجعة والاعتماد. ويتصف الهيكل الجديد بالمرونة وارتباط الوحدات الإدارية والفنية حيث يشمل 14 مديرية منها أكثر من 60% مديريات فنية و40% مديريات إدارية. وأصبح على الشكل التالي:

---

وزارة الصحة، مديرية التخطيط والتعاون الدولي، وثيقة السياسات الصحية 2020-2023.<sup>8</sup>  
<sup>9</sup> وثيقة السياسات الصحية 2020 مرجع سابق.

الشكل رقم (3): الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة لعام 2021:



### 3-2 الوزارات المعنية الأخرى:

يقدم الجزء الأكبر من الخدمات الصحية في الجمهورية العربية السورية من قبل وزارة الصحة، لكن هناك العديد من الوزارات الحكومية التي يقع على عاتقها تقديم خدمات صحية أيضاً وهي:

1. وزارة التعليم العالي والبحث العلمي: تقدم خدمات صحية للمواطنين وتعمل على تدريب وتأهيل الأطباء المقيمين ويبلغ عددها 13 هيئة مشفى في 4 محافظات.
2. وزارة الداخلية: المشافي التابعة لها والمراكز الصحية والتي تقدم الخدمات الصحية الأولية والثانوية لأفراد الأمن الداخلي والشرطة وعائلاتهم.
3. وزارة الدفاع: المشافي والمراكز الصحية التخصصية التابعة لها والتي تقدم الخدمات الصحية لأفراد الجيش العربي السوري وعائلاتهم.
4. وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل: من خلال المؤسسات الصحية التابعة للجمعيات التي تقدم خدمات صحية، والتي قد تقدم خدمات مجتمعية أخرى.
5. وزارة الإدارة المحلية والبيئة: الدوائر المتخصصة بالصحة البيئية وغيرها.

## رابعاً: المحاور الرئيسية في القطاع الصحي

### 4-1 الحوكمة في القطاع الصحي:

تعتبر وزارة الصحة قائد القطاع الصحي حيث تقود كافة السياسات والإجراءات الصحية بالكفاءة والفاعلية اللازمة لتحقيق الإدارة الرشيدة للموارد المتاحة. انتهجت وزارة الصحة في كافة محاور عملها إطار حوكمة المؤسسات الصحية والذي يعمل على تحقيق التوازن بين مبادئ الكفاءة الاقتصادية والاستدامة المالية من جانب، وبين القيم الاجتماعية وخدمة المرضى من جانب آخر. وهذا ما أكدته الوزارة من خلال القرارات التنظيمية التي أصدرتها حديثاً والتي كان أهمها المرسوم التشريعي رقم 68 لعام 2012 الناظم للهيئة السورية للاختصاصات الطبية وتعديله بالمرسوم رقم 5 لعام 2015، والذي نظم عمل الهيئة السورية للاختصاصات الطبية وحدد مهامها، ومصادر إيراداتها، بالإضافة إلى مجموعة من التعاميم والقرارات التنظيمية التي تنظم مواضيع متعددة تنظم عمل كافة محاور القطاع الصحي الخاص والعام على السواء، والتي سنأتي على ذكرها بعضها لاحقاً في محور الإطار التشريعي لعمل القطاع الصحي الخاص في هذه الورقة.

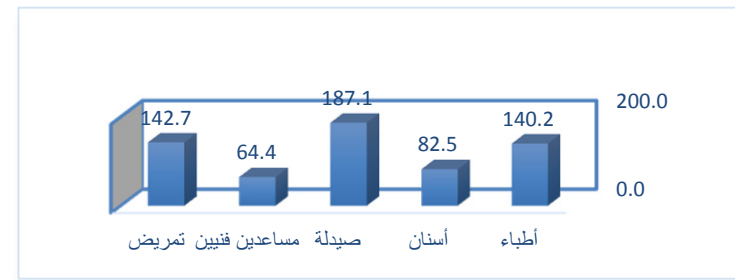
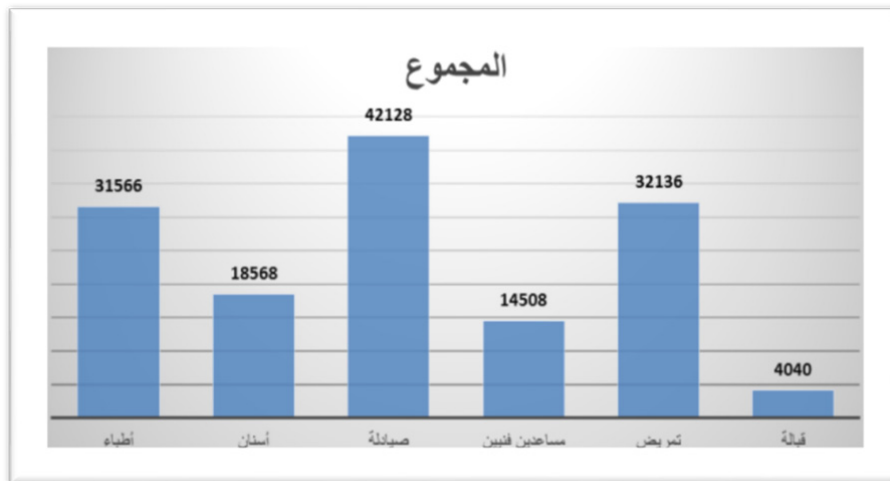
كما تسعى وزارة الصحة لتطبيق الحوكمة السريرية في المؤسسات الصحية كافة، فتعمل على اعتماد معايير لقياس أداء المؤسسات الصحية. حيث أطلقت في بداية عام 2019 عدة مبادرات لتحسين الجودة في مؤسساتها الصحية (الرعاية الصحية الأولية، والمشافي على السواء) واستطاعت منشآت صحية تابعة لوزارة الصحة وهي (مشفى قطنا الوطني - شفى القטיפه - الهيئة العامة لمشفى الهلال الأحمر - مديرية صحة ريف دمشق - مركز أبي ذر الغفاري بدمشق) الحصول على شهادة الأيزو للجودة خلال العامين السابقين.

### 4-2 الموارد البشرية في الصحة:

تشكل الموارد البشرية أحد أهم الركائز للنظام الصحي، حيث تعتمد جودة الرعاية الصحية على جودة أداء العاملين، ويعتبر استقطاب أعداد كافية من العاملين الصحيين المؤهلين وتطويرها المستمر من التحديات الرئيسية التي واجهها القطاع الصحي خلال سنوات الأزمة.

وقد شهدت الجمهورية العربية السورية في عام 2009 تطورات ملحوظة سواء في أعداد الكوادر الصحية أو في المؤشرات الصحية ذات الصلة التي رافقت التطورات التي حدثت في الخدمات الصحية. إلا أنه وخلال سنوات الحرب الإرهابية على سورية تراجع هذه الأعداد لاسيما من ذوي الاختصاصات النوعية، الأمر الذي يبرز أهمية وضرورة وضع سياسة لاستقطاب الموارد البشرية والحفاظ عليها واستمرارية تدريبها، لتطوير أداؤها لتحسين جودة الخدمات الصحية.

شكل رقم (4): أعداد الكوادر الطبية خلال عام 2020 لكل 100000 من السكان من مختلف مقدمي الخدمات الصحية في الجمهورية العربية السورية.



المصدر: وزارة الصحة - 2020

#### 4-3 التمويل الصحي والإنفاق:

يسعى القطاع الصحي الحكومي السوري لنظام تمويل صحي مستدام ومتكامل من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة: وكان من ضمن القرارات الهامة التي شرعها صانع السياسة الصحية ومتخذ القرار إصدار مجموعة من القرارات التنظيمية الفاعلة، حيث نظم قانون الهيئات رقم 17 لعام 2008 عمل هذه الهيئات في سورية، و أكد على استقلالها المالي وعلى وجود موازنة خاصة بها بشرط تحقيق التوازن بين الإيرادات والنفقات السنوية، كما نظم إدارة الهيئة من خلال النص على إدارة الهيئة من قبل مجلس إدارة يتم تشكيله بقرار من الوزير، ومن قبل مدير عام يسمى بقرار من رئاسة مجلس الوزراء.

كادت هذه الخطوة أن توتي ثمارها كما رصد وتنبأ لها، لكن الحرب الإرهابية على سورية انعكست على كافة محاورها الحياتية، لاسيما القطاع الصحي حيث تراجعت نسبة الإنفاق العام على الصحة من إجمالي الإنفاق العام من 3.3 % عام 2013 إلى 2% عام 2015 وإلى 1.9 % عام 2017، ويعزى هذا التراجع إلى تراجع إيرادات الدولة بعامّة، وبالتالي لم يتمكن القائمون على إدارة هذه الهيئات أو حتى القائمون على إدارة القطاع الصحي ككل من تقييم هذه التجربة، لمعرفة فيما إذا لو حققت الأهداف التي أنشأت من أجلها هذه القرارات أم لا. ومع ذلك لا تزال هذه الهيئات تعمل لرفد القطاع الصحي بما تدره من دخل ضئيل لم يغطي تكاليف خدماتها بعد.

يتم حالياً تمويل القطاع الصحي الحكومي من وزارة المالية إلا أنّ القطاع الصحي يعاني من انخفاض الكفاءة الاقتصادية على جميع المستويات ويتسبب في إهدار واسع للموارد القليلة المتاحة للقطاع بالإضافة إلى تدني الإنتاجية الفعلية للقوى البشرية على جميع مستويات القطاع.

ويعتبر ما فرضته الحرب الإرهابية على سورية من تبعات اقتصادية عامل رئيسي في ضعف تمويل القطاع الصحي نظراً لتغير الأولويات الصحية حيث أنّ الاستمرار بتقديم الخدمات الطبية والصحية سواء الوقائية أو العلاجية في كافة المناطق السورية يشكل تحدياً مالياً ولوجستياً، هذا بالإضافة إلى كون الإنفاق على ترميم المنشآت الصحية المدمرة وتجهيز المنشآت التي تعرضت للسرقات يمثلان ضغطاً كبيراً على الموارد المالية المخصصة خاصة في ظل ارتفاع سعر الصرف

وعلى الرغم من أن الحكومة السورية حفزت نمو التأمين الصحي الخاص الذي يستهدف السكان الأكثر ثراءً والعاملين في القطاع الحكومي الرسمي، إلا أنه وفي المتوسط تقدر المدفوعات الأسر من أموالها الخاصة نحو 50% من إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية.

#### 4-4 نظم المعلومات الصحية:

تعتبر المعلومات الصحية مكوناً أساسياً للنظام الصحي، وهي ضرورية لصياغة السياسات وللقيام بعملية التخطيط السليم. لذلك يسعى القطاع الصحي إلى إيجاد نظم معلومات داعمة لاتخاذ القرار ولصياغة الخطط الاستراتيجية في جميع مستويات الإدارة الصحية وعلى المستوى الوطني من خلال توفير البيانات والمعلومات الصحية بشكل فعال ومتكامل في القطاع الصحي بإتباع مجموعة من الخطوات بدءاً من تحسين التعاون والتنسيق مع جميع الجهات العاملة في القطاع الصحي، مثل الوزارات والجهات الأخرى الشريكة بتقديم الخدمة الصحية من القطاع أو المجتمع الأهلي، وذلك بهدف تزويد وزارة الصحة بالبيانات المتعلقة بالشأن الصحي.

والعمل على جمع وتنظيم كافة البيانات والمعلومات الصحية لجميع الخدمات الصحية المقدمة في جميع المحافظات السورية في مجال الرعاية الصحية الأولية والمشافي، سواء أكانت الجهة المقدمة لها تابعة لوزارة الصحة أو غيرها من الوزارات والجهات المعنية بالقطاع الصحي. وتعزيز قدرات الكوادر العاملة في نظام المعلومات على مختلف المستويات؛ كما انه من المهم التنسيق مع المكتب المركزي للإحصاء لتقوية جميع مصادر المعلومات الحالية، كالمسوحات والتعدادات السكانية من أجل إنتاج معلومات تتصف بالملائمة والمصدقية والحدثة.

كما تقوم بتعزيز استخدام قواعد التصنيف الدولي للأمراض لبناء الإحصاءات الحيوية المتعلقة بالشهادة الطبية لكل من الولادة والوفاة. وحساب المؤشرات الحيوية الأساسية المتعلقة بالحالة الصحية وتدريب الكوادر الصحية على أسس التصنيف الدولي للأمراض بناء شبكة لربط تسجيل ورصد الولادات والوفيات في جميع مؤسسات القطاع الصحي وتعزيز بناء السجلات الوطنية والإلكترونية. كما تسعى وزارة الصحة إلى إدخال القطاع الصحي الخاص وخصوصاً المشافي ضمن أنظمة نظم المعلومات المتبعة وتدريبهم على استخدام قواعد التصنيف الدولي للأمراض وعلى برامج نظم المعلومات المعتمدة، إلا أن التزامهم بإدخال بيانات كاملة وشفافة مازال غير مكتمل، ويعود ذلك إلى ضعف التجهيزات اللوجستية اللازمة لتطوير عمل نظم المعلومات الصحية في المؤسسات الصحية العامة والخاصة.

ففي الوقت الحالي لا توجد صورة واضحة ودقيقة عن حركة المرضى في المشافي الخاصة نظراً لعدم التزام المشافي بالتقارير الدورية ويعود ذلك ربما إلى عدم تقدير القطاع الخاص لضرورة المشاركة ببياناتهم وأهمية هذه البيانات في المؤشرات الوطنية من جهة وربما يعود أيضاً لخوفهم من الضرائب أو المسائل المالية، إلا أن عدد الخدمات في المشافي العامة يفوق كما ونوعاً عدد الخدمات في القطاع الخاص.

#### 4-5 تقديم الخدمات:

في الجمهورية العربية السورية يقع العبء الأكبر في تقديم الخدمات الصحية على القطاع العام الحكومي، لكن ذلك قد لا يستمر طويلاً بسبب ما عانته ولا تزال تعانيه سورية من تبعات الأزمة التي انهكتها بكافة قطاعاتها، ولاسيما البيئة التحتية للقطاع الصحي الذي دمرت الحرب الإرهابية على سورية محاور أساسية فيه، وقد كانت السياسة المنتهجة ما قبل الأزمة تسعى إلى فرض أجور ضئيلة جداً على الخدمات المقدمة في المشافي، فأوجد المشرع وصانع السياسة الصحية نظام الهيئات المستقلة في المشافي والذي يفرض أجوراً زهيدة مقابل الخدمات الصحية المقدمة.

في سورية يوجد 114 مشفى عام تابعين للوزارات المختلفة بواقع 21090 سرير (منها 101 مشفى تابع لوزارة الصحة)، بالإضافة إلى 393 مشفى خاص موزع على المحافظات السورية المختلفة (بيانات وزارة الصحة 2020) بواقع 10798 سرير أي ما يعادل 33.86% من عدد الأسرة الكلي في سورية.

ويقدر متوسط عدد السكان للسرير في عام 2017 بـ 826 مواطناً للسرير حسب مديرية التخطيط والتعاون الدولي في وزارة الصحة.

ومن وجهة نظر صانعي السياسات فإن الدولة في سورية تعتمد على سياسة تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية كما أكدوا بأن الدولة تقوم بتحديد حزمة الخدمات الصحية الأساسية وتجعلها في متناول الجميع بصرف النظر عن تقديمها في القطاع العام أو شرائها من القطاع الخاص. إلا أن القطاع الصحي العام يعاني إلى حد ما من انخفاض الكفاءة الاقتصادية ويتسبب في إهدار للموارد القليلة المتاحة للقطاع.



#### 4-6 الأدوية:

بالنسبة لتسعير الأدوية وفيما إذا تراقب الدولة تسعير الأدوية والخدمات الصحية لضمان وصول الخدمات للناس الفقراء أكد معظم المشاركين في الدراسة (75%) مراقبة الدولة لتسعير الأدوية والخدمات الصحية لضمان وصول الخدمات للناس الفقراء.

وتعمل وزارة الصحة على إتاحة الحصول على الأدوية الأساسية الآمنة والفعالة بدون أعباء مادية باهظة، وضمان ترشيد استخدامها. من خلال الاستمرار في تشجيع التصنيع المحلي للأدوية والاستثمار فيه، ورفع نسبة التغطية بالدواء الوطني باتخاذ الإجراءات والقرارات التالية:

- 1- تطوير المجلس العلمي للصناعات الدوائية لتمكينه من أداء دور فعال في نهضة قطاع الدواء.
- 2- دراسة الأصناف الدوائية غير المنتجة محلياً وترويج الاستثمار فيها وتبسيط إجراءات الترخيص.
- 3- التشجيع على تصنيع المواد الأولية والخامات البديلة ومستلزمات الصناعة الدوائية الوطنية.
- 4- مراجعة التشريعات المتعلقة بصناعة الدواء والتجارة غير المشروعة والاحتكار.
- 5- تطوير التشريعات الخاصة باستيراد وتصدير الدواء، وتطبيق الإجراءات الإدارية والقانونية للحالات المخالفة.
- 6- مراجعة تعليمات التسعير وجعلها أكثر مرونة مع ضمان أن يبقى السعر عادلاً وموحداً للجميع، ويتوافق مع القدرة الشرائية للمواطن.
- 7- استنهاض وتجميع الجهود الوطنية في توفير الدواء خلال الأزمات.
- 8- دراسة آليات مناسبة لتوفير الموارد البشرية والكافية والكفوة اللازمة لنهضة قطاع الدواء.
- 9- اتخاذ الإجراءات اللازمة لتشجيع الدراسات السريرية والتوافر الحيوي.
- 10- الاستمرار بالتعاون مع الدول الصديقة التي لديها ميزة تنافسية فيما يتعلق بالأدوية النوعية والحيوية.
- 11- التزام المنشآت الدوائية بشروط الممارسات الجيدة المتعلقة بالصناعة الدوائية.
- 12- ترشيد استخدام الدواء بما يضمن حصول المرضى على الأدوية المتوافقة مع احتياجاتهم من خلال:

- اعتماد لائحة الأدوية الأساسية وتحديثها دورياً، واستخدامها وفقاً للأسس والقواعد العالمية.
- التشجيع على تطبيق الدلائل الإرشادية السريرية، ومتابعة مدى استخدامها.
- إدراج التدريب القائم على حل مشاكل المعالجة الدوائية في المناهج الجامعية.
- العمل على تثقيف أفراد المجتمع وتوعيتهم بشأن استخدام الأدوية بشكل رشيد.
- تبني برامج مكافحة سوء استخدام الأدوية المخدرة.

## خامساً: أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي

نظراً للظروف الاستثنائية التي مرت بها سورية فكان لابد من أن يحظى القطاع الصحي الخاص بالاهتمام والرعاية اللازمة من قبل صانع السياسة الصحية في الجمهورية العربية السورية. لا سيما وأن سورية كمعظم دول العالم تواجه تضخماً كبيراً في الطلب على الرعاية الصحية، وتشهد نمواً مُطرداً في الإنفاق عليها، مما يُشكل عبئاً ثقيلاً على موازنتها وعجزاً في تلبية الطلب المتنامي لتلك الخدمة، مما يتطلب ضرورة البحث عن سبل جديدة لتمويل وتشغيل مؤسساتها الطبية. حيث أدركت الحكومات بأن منهج الشراكة بين القطاعين العام والخاص أصبح ضرورة حتمية لاستدامة خدمات الرعاية الصحية، سعياً منها لترشيد الإنفاق على منظومة الرعاية الصحية واستدامتها، ورفع مستوى الخبرة الفنية أو الإدارية، وتحفيز نقل التكنولوجيا الطبية وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين، وصولاً إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وهذا المنهج من الشراكة يحقق منافع ومكاسب مختلفة للمؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص، بما في ذلك خفض الإنفاق الحكومي، وزيادة القدرة التشغيلية لشركات القطاع الخاص، إضافة إلى إدارة جيدة للرعاية الصحية، وتحسين البنية التحتية لخدمات المستشفيات.

## سادساً: القطاع الخاص

يمكن أن يفتح نمو القطاع الخاص الصحي واستثماراته الأبواب في العديد من المجالات، مما يؤدي لتحسين الكفاءة وخفض التكاليف والعدالة في تقديم الخدمات والحماية المالية على الرغم من ذلك عندما لا تتوفر البيئة المواتية والانظمة التي يمكنها التكيف فإنه يوجد تحدياً أكبر للنظام الصحي فيما يتعلق بتلبية الاحتياجات وتوفير الرعاية الصحية بجودة عالية وزيادة النفقات الشخصية أثناء الازمات .

### 6-1 موارد القطاع الصحي الخاص:

إن موارد القطاع الصحي الخاص تأتي من الناشطين والمهتمين في هذا القطاع، وبالنسبة للجمعيات العاملة في القطاع الصحي الخاص والتي لا تهدف للربحية فأساس تمويلها هو التبرعات سواء من الأفراد والجمعيات المحلية أو من المنظمات الدولية. وتبين نتائج الدراسة أن المرضى المتعاملين مع مراكز التشخيص على مختلف أنواعها أنهم يدفعون من حسابهم الخاص قيمة الخدمات التي يحصلون عليها حيث بلغت النسبة 48.4 % وإن النتائج تعطى للمرضى مباشرة. لاتوجد احصائيات دقيقة لعمل القطاع الخاص بسورية نظراً لعدم وجود نظام معلوماتي موحد لهم وتهرب المسؤولين في القطاع الخاص من مشاركة البيانات خوفاً من المحاسبة أو الضرائب. ومع هذا، يوجد حالياً توجه نحو التعاون مع القطاع الصحي الخاص خاصة الجمعيات التي تقدم خدمات صحية حيث أنه لم يكن هناك منحة مخصصة للقطاع الصحي الخاص في الفترة الماضية بل معظم الدعم كان يقدم للقطاع الصحي الحكومي، أما الآن هناك اتفاقيات مختلفة ودعم متعدد من عدة منظمات للقطاع الخاص عن طريق الجمعيات الأهلية والمجتمع المحلي.

من وجهة نظر الجهات المانحة فإن دعم القطاع الخاص يؤدي إلى زيادة قدرة القطاع على المساهمة في الصحة العامة وزيادة تقديم القطاع الخاص في المجالات الصحية الرئيسية بالإضافة إلى تحسين جودة القطاع الصحي الخاص وتيسير زيادة الإبلاغ وتبادل المعلومات من خلال تأمين خدمات، تحسين وصول للخدمات والجودة حيث أكدت (25%) من الجهات المانحة ان الدعم المقدم للقطاع ضروري حتى يتمكن من متابعة بالعمل ولكن لا بد من وجود حوار ما بين المانحين والجهات الصحية العامة حتى يتم الاستثمار في القطاع الخاص بما يتوافق مع الأولويات المحلية.

## 2-6 الموارد البشرية في القطاع الصحي الخاص:

نظراً لعدم وجود قوانين تعلق بالتفرغ بالقطاع الحكومي أو عقود التزام سواء بالقطاع الخاص وإمكانية العمل بأكثر من قطاع لا يمكن تحديد حجم الموارد البشرية العاملة في القطاع الخاص بدقة بناء على البيانات الواردة منه ويتم تقدير الموارد البشرية في القطاع الصحي الخاص عن طريق النقابات المهنية في سورية إلا انه لم يتيسر علينا الحصول على هذه المعلومات في سياق البحث.

## 3-6 القانون والإطار التشريعي في القطاع الصحي الخاص:

لقد عمل المشرع السوري في القطاع الصحي على تنظيم المنشآت التي تقدم الخدمات الصحية سواءً (خدمات الرعاية الصحية الأولية أو المشافي) في القطاعين العام والخاص، فأصدر العديد من القرارات التي تنظم عمل هذا القطاع ككل لعل أهمها:

### • قرارات تنظيم إدارة وعمل الخدمات الصحية المقدمة:

❖ القرار 8/ لعام 2017 الصادر بتاريخ 2017/5/4 الناظم لعمل المناطق الصحية المتكاملة (مراكز صحية، مراكز صحية تخصصية): والذي حدد فيه بدقة تعريف كل من المركز الصحي، المركز الصحي التخصصي، والمنطقة الصحية، وصنف المراكز الصحية، والخدمات الصحية في المنطقة وفق 13 خدمة ذكرها بالتفصيل. والمبادئ الأساسية لنظام المنطقة الصحية والمخابر والشؤون الدوائية والصيدلانية وشؤون التمريض والقبالة وغيرها كالخدمات الداعمة في المركز الصحي. وكان القرار بمثابة كتيب ودليل ارشادي حيث ضُمن في 55 صفحة.

❖ القانون رقم 7 لعام 2005 الخاص بالمكاتب العلمية للدعاية الطبية: نظم أصول فتح مكتب علمي وممارسة أعمال الدعاية الطبية.

### • قرارات تنظيم الموارد البشرية والمهن الصحية:

❖ المرسوم التشريعي رقم 12 لعام 1970 الناظم لعمل المهن الطبية: والذي نظم عمل المهن الصحية التالية: الطب، طب الاسنان، الصيدلة، القبالة، التمريض، المساعدة الفنية، وقد نص على وجوب حصول ممارس تلك المهن المذكورة على شهادة خاصة بالمهنة، والتسجيل لدى وزارة الصحة وحاصل على ترخيص دائم او مؤقت من الوزارة، وشروط منح كل من الترخيص الدائم والمؤقت، وشروط منح التراخيص لفتح المختبرات الطبية وطب الاسنان والصيدليات.

ولقد تطورت مؤسسات القطاع الصحي الخاص تطوراً ملحوظاً وخاصةً بعد صدور المرسوم رقم 10 لعام 1991 والقانون الجديد 18 لعام 2021 وتعليماته التنفيذية، والذي تم من خلاله منح ميزات وإعفاءات للتشجيع على الاستثمار وتسهيل إجراءات تأسيس الشركات بمختلف أشكالها القانونية، وتقليل الزمن اللازم للتأسيس ومزايا مالية وقانونية متعددة فبرزت نتيجة لذلك منشآت صحية جديدة خاصة معامل الأدوية، وازدادت كثافة وتنوعاً.

حول مدى سهولة أو صعوبة قيام القطاع الخاص بالتسجيل أو الحصول على ترخيص أو إنشاء مرافق لتقديم الرعاية الصحية، أكد 75% من صنّاع السياسة الصحية بأن الإجراءات ميسرة حول التسجيل، والحصول على تراخيص، ولا يوجد صعوبة في حال تم تنفيذ الشروط المطلوبة، كما أكد جميع صنّاع السياسة الصحية الذين تمت مقابلاتهم. إن وزارة الصحة في سورية تقوم بالاحتفاظ بسجل خاص لمرافق أو مقدمي الخدمات الصحية الخاصة، كما تقوم الوزارة بفحص المنشآت الصحية الخاصة أو مقدمي الخدمات الصحية بشكل منتظم، وبذلك تلعب الدور الرئيسي في ترخيص أو اعتماد أو إعادة ترخيص مقدمي مرافق الصحة الخاصة.

- تقوم نقابة أطباء سورية بتقديم بعض الثبوتيات اللازمة لتأسيس وترخيص المراكز الصحية الخاصة - ولهذه النقابة نظرة بأن تكون التراخيص محدودة المدة وتجدد كل خمس سنوات بشروط تضعها النقابة.
- تدعم نقابة أطباء الأسنان افتتاح المراكز الخاصة للأطباء حيث وافتتح مركز وطني على مستوى القطر للحصول على البورد السوري للاختصاصات.
- يعتبر دور نقابة صيدالة سورية إشرافي تنظيمي.
- ليس لنقابة عمال الصحة أي دور في دعم القطاع الخاص،
- يكمن دور نقابة التمريض والمهن الصحية في تنظيم مقدمي الرعاية الصحية من الكوادر المهنية الصحية والطبية العاملة في المشافي والمراكز الصحية.
- يلعب المكتب التنفيذي للمجلس العلمي للصناعات الدوائية (ممثلًا بأعضاء المجلس) دوراً مفصلياً بالعلاقة مع وزارة الصحة والجهات الرسمية الأخرى ذات العلاقة لتذليل العقبات والمصاعب التي تعترض الصناعة الدوائية.

## تنظيم الشراكة مع القطاع الصحي الخاص:

يسمح القانون للقطاع الخاص بإدارة أصول الدولة وتطويرها في جميع قطاعات الاقتصاد، باستثناء النفط، أي أنه لم يقتصر على المجال الصحي وحده، فقام المشرع السوري بإصدار قانون الشراكة بين القطاعين العام والخاص رقم (5) في كانون الثاني/يناير لعام 2016 الناظم لعمل هذه الشراكات، والذي ألقى فيه الضوء على أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص، والطبيعة القانونية للعقود التي تحكم المشاركة، والمراحل العملية لإبرام تلك العقود. وأكد على ضرورة صياغة نماذج عقود المشاركة والتي تتحدد فيها التزامات كل من القطاع العام والقطاع الخاص بكل دقة خلال كل مرحلة من مراحل تنفيذها، وضوابط تنفيذه، وكيفية توزيع المخاطر الناشئة عن العقد، هذا بالإضافة إلى بيان إجراءات حسم المنازعات التي قد تنشأ بمناسبة تنفيذ تلك العقود والتي تتم في الغالب عن طريق التحكيم. القانون مع الملاحق. حيث ذكر هذا القانون كمرجع للاستراتيجية الاقتصادية الجديدة في "التشاركية" الوطنية التي أطلقتها الحكومة بعد شهر، في فبراير/شباط 2016.

## قدرة الحكومة على تنظيم وإدارة القطاع الصحي الخاص في سورية:

يعاني القطاع الصحي من ضعف الرقابة على القطاع الخاص وتدني المردود الضريبي من القطاع الخاص الذي يمارس معظم أنشطته بشكل غير رسمي نتيجة لوجود قصور بالأنظمة بالإضافة إلى ضعف استثمارات القطاع الخاص في الصحة. ولكن على الرغم من ذلك أكد 75% من صناعات السياسة الصحية بوجود توافق ما بين القطاع الصحي الخاص والقانون والأحكام التنظيمية، والسبب أنه ملتزم بالرقابة والمتابعة من قبل الدوائر المعنية وفق القوانين والأنظمة المرعية. كما اعتبر 75% من صانعي السياسة الصحية أن الإطار القانوني للترخيص والاعتماد والتنظيم والإشراف على القطاع الصحي الخاص مناسب وكافي، وبأن الهيكل المؤسسي والقدرة التنظيمية للقطاع الصحي بأنهما كافيتان ومخولتان لتطبيق القواعد واللوائح المتعلقة بالقطاع الخاص. وأشار 75% من صانعي السياسات الصحية بأن فعالية الامتثال هي مقبولة ويتم تنفيذها بحدٍ مقبول من الفعالية ووجود مثل نوع من التدابير والإجراءات التصحيحية للامتثال التنظيمي، وبالإضافة لذلك فقد أكد جميع صناعات السياسة الصحية الذين تمت مقابلتهم بوجود وحدة تنظيمية في وزارة الصحة مسؤولة عن التعامل والعمل مع النظام الصحي الخاص.

### لذلك وفي ضوء ما تقدم وفي دراستنا حول قدرة الحكومة على تنظيم وإدارة القطاع الصحي فإنه:

بالرغم من عدم توفر معلومات كافية حول قدرة الحكومة على تنظيم وإدارة شراكات القطاع الصحي إلا أنه وضمن إطار الشراكات الحالية- تتم متابعة الخطط دورياً ضمن هذا السياق. وهذا يقتضي بالضرورة زيادة الجزء المخصص بتمكين وتنظيم إدارة الشراكة مع القطاع الصحي الخاص. القدرة الموجودة حالياً بحاجة إلى تمكين وتنظيم أكثر حيث وأنه بالرغم من وجود جزء مخصص لإدارة القطاع الصحي الخاص، ليقوم أيضاً بعملية جذب القطاع الخاص لأن يكون شريك، وشريك فعال، وليمشي ضمن السياسات الصحية العامة. وتفعيل عمل اللوائح والأنظمة الصادرة عن وزارة الصحة التي تنظم عمل القطاع الصحي بمناحيه المختلفة (مشافي-مراكز صحية -مختبرات)، وإعادة دراستها وتنظيمها إن اقتضت الضرورة.

## المعوقات والتحديات التي تواجهها الحكومة في تنظيم القطاع الصحي الخاص:

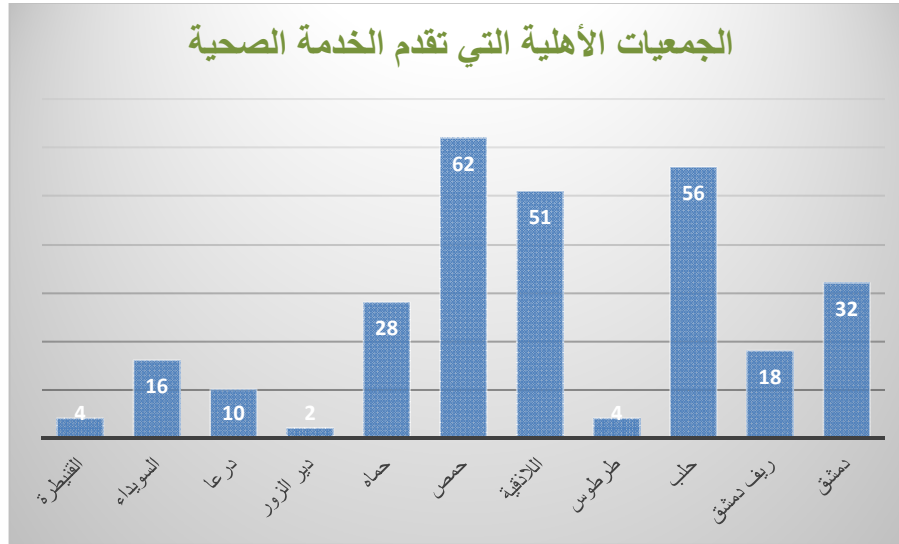
تتمثل أهم المعوقات في تنظيم القطاع الصحي بعدم مشاركة البيانات والمعلومات من قبل القطاع الصحي الخاص مع الدولة بسبب الروتين- البيروقراطية الإدارية وضعف التغذية الراجعة وعدم وجود مرونة وعدم وجود أعداد كافية من المنظمات غير الحكومية ذات الخبرة الكافية. كما تؤدي الإجراءات القسرية أحادية الجانب المفروضة على سورية إلى ضعف الاستثمار في مجال الرعاية الصحية وتأمين المستلزمات المطلوبة وضعف رغبة القطاع الخاص بالمشاركة بتقديم الخدمات الطبية من جهة وتقديم البيانات للخدمات المقدمة من جهة أخرى.

### 4-6 تقديم الخدمات:

كما ذكرنا سابقاً فإن القطاع الصحي الحكومي في الجمهورية العربية السورية هو مقدم الخدمة الأساسي في الخدمة الصحية وخاصةً فيما يتعلق بقطاع المشافي. أما عن القطاع الخاص فيعتبر المقدم الرئيس للخدمة الصحية في مجالات أخرى كالعيادات الخاصة باختصاصاتها المختلفة، وخدمات المخابر. كما يوفر القطاع الخاص في الجمهورية العربية السورية العديد من خدمات الرعاية الصحية الأولية لكن قد تكون أسعار هذه الخدمات أكبر من توقعات ومدخول المواطن السوري، وأكثر الخدمات التي تستحوذ على النسبة الأكبر من الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الخاص فهي خدمات التشخيص ولايشارك غالباً القطاع الخاص (المراكز الخاصة والمخابر والعيادات) وزارة الصحة بأعداد الخدمات، أما فيما يتعلق بالمشافي الخاصة وهي الأكثر تنظيمياً لبياناتها فإن نسبة التزام المشافي الخاصة بإرسال بياناتها إلى وزارة الصحة متفاوتة جداً بين المحافظات وتبلغ بشكل وسطي 37% نسبة الاستجابة لتزويد الوزارة بالبيانات الصحية عن الخدمات المقدمة خلال العام (ملحق رقم 4) بمجمل خدمات تقدر 1347953 خدمة مختلفة، على الرغم من قلة المعلومات ولكن اشارت الدراسة أن 66% من المبحوثين يستخدمون مرفق القطاع الخاص لاحتياجات الرعاية الصحية، و26.4% يكررون استخدام الخدمة بينما النسبة الأكبر لا تقوم بتكرار الخدمات المقدمة في المرفق الخاص وهذا يُعزى لأسباب كثيرة، أهمها التكلفة المادية للخدمة. الجدير بالذكر أن 61% من المشافي والعيادات الخاصة التي شملها البحث تتركز خدماتها فقط في المناطق الحضرية. كما تقدم الجمعيات الأهلية الخيرية الخدمات الصحية بشكل مباشر أو من خلال الدفع للجهات المقدمة للخدمات الصحية، وتكون تحت مظلة وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، وبلغ عددها 283 جمعية تقدم خدمة صحية<sup>10</sup> وقد أهتم متخذو القرار وصانعو السياسة الصحة بالخدمات الصحية التي تقدمها هذه الفئة، وعملوا لعقد الملتقيات التشاركية، لتفعيل دور هذه الجمعيات في تقديم الخدمات الصحية لا سيما أنها قدمت خدمات صحية فاعلة في فترة الحرب الإرهابية على سورية ووقفت جنباً إلى جنب لتساند عمل القطاع الصحي الحكومي، ويبين الشكل رقم (5) توزيع الجمعيات الأهلية في سورية وفق المحافظات. ونعتبر مساهمة الجهات الأهلية واضحة أساسية في بعض المناطق مثل شمال شرق سورية (الحسكة - الرقة - دير الزور) وهي ضرورية لسد الثغرات في بعض المناطق، لتأمين الاحتياجات اللازمة حيث تساهم بحوالي مليون ونصف استشارة سنوية.

الجمهورية العربية السورية، وزارة الصحة، مديرية التخطيط والتعاون الدولي، 2020..<sup>10</sup>

شكل رقم (5) - توزيع الجمعيات الأهلية في سورية وفق محافظات الجمهورية العربية السورية 2021.



المصدر: مديرية التخطيط والتعاون الدولي- وزارة الصحة

## أسباب طلب الخدمات من القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام:

اختلفت الآراء في أسباب طلب خدمات القطاع الخاص مقابل خدمات القطاع العام واعتبر 38.15% أن التأمين الصحي هو ما يدفعهم للقطاع الخاص مقابل 12.7% يعود الفضل فيه لتبرع الجمعيات الخيرية لتقديم الخدمات الصحية في القطاع الخاص، فيما يتعلق بالتعقيم والنظافة ونوعية الخدمات المقدمة بالقطاع الخاص وجدنا من خلال الدراسة أن هذه الخدمة لم تجذب المراجعين للقطاع الخاص وتميزه عن القطاع العام حيث كانت الإجابات فيما يخص النظافة والتعقيم هي على الترتيب 4.6% و 8.6% وهي نسب صغيرة لا تعبر عن رأي عام إلى حدٍ ما. وكذلك نجد أن 24.7% تعود لدوافع وحسابات خاصة ربما ترتبط بالوضع الاجتماعي والثقافي وغير ذلك من الأسباب الأخرى.

ولكن بالرغم من هذا فإن أسباب التوجه للقطاع الخاص كانت بشكل عام لها علاقة بتقديم تجربة أفضل للمريض حيث اعتبر 80.4% من المبحوثين أن الرعاية الصحية المقدمة في القطاع الخاص ذات جودة أفضل مقارنة مع جودة الخدمات في القطاع العام. كما أن هناك تقارب في اعتبار العلاج فعالاً في كلا القطاعين العام والخاص مع ترجيح النسبة لصالح القطاع الخاص وكانت وفق نتائج الاستبيان 51.4% مقابل 48.6% للقطاع العام. هذا بالإضافة أن 52.3% رأوا أن الخدمات التخصصية غير متوفرة في القطاع العام. واعتبر 74.1% أن فترة الانتظار والازدحام للحصول على خدمات الرعاية الصحية في مرفق القطاع الخاص هي أقل من فترة الانتظار والازدحام في القطاع العام. وقد أكدت مقابلتنا مع صانعي السياسات الصحية هذه النقاط حيث اعتبر 100% منهم أن مؤسسات القطاع الصحي الخاص أقل ازدحاماً وقال 75% منهم أن السلوك الودي للعاملين الصحيين فيه من أهم الإيجابيات الأمر الذي أكد عليه المبحوثين من المرضى الذين اعتبروا أن سلوك وطريقة تعامل موظفي القطاع الخاص مع المرضى أفضل بكثير من سلوك وطريقة تعامل موظفي القطاع العام مع مرضاهم.

غير انه من خلال دراسة الانطباع بعد تلقي الخدمة الصحية في القطاع الخاص، نلاحظ أن معظم المبحوثين اتفقت آراءهم بأن التكلفة كبيرة وغير مبررة وان تسوية قضايا الدفع غير متفق عليها. وهذه ما أظهرت النتائج فقد اعتبر 50% من المبحوثين في المشافي الخاصة أنه هناك تركيز على عمليات التدخل الجراحي مباشرة دون اخذ الوقت الكافي للعلاج. واقتربت من هذه النسبة أيضاً جودة الخدمات المقدمة للمرضى بشكل عام حيث كانت 48.4% وفق آراء المبحوثين من المرضى المراجعين للمشافي الخاصة، وهي لم تلدب التوقعات التي كانت مرجوة من القطاع الخاص وخاصة فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية المقدمة. إن أهم السلبيات في القطاع الصحي الخاص هي الكلفة المرتفعة، وعدم قبول التأمين الصحي، والتمييز بين المرضى الفقراء والأغنياء بالإضافة إلى وجود إجراءات غير ضرورية.

خلال فترة أزمة كوفيد\_19: قام بعض ممثلي الجهات المانحة حسب ما صرح أثناء المقابلة، بزيارات للعديد من المشافي الخاصة، وقد تفاجؤا بوجود بروتوكولات أساسية لا يلتزم بها القطاع الصحي الخاص بهذه المشافي، بل وحتى لا يعرفونها نهائياً



## 6-5- نظام التأمين الصحي والقطاع الصحي الخاص:

تعمل في سورية ثمان شركات لإدارة النفقات الطبية، مجموع رؤوس أموالها 816 مليون ليرة سورية. بدأت أقدمها مزاولة المهنة منذ عام 2006 كما إن المقر الرئيسي لجميع المكاتب هو مدينة دمشق ولها فروع في جميع المحافظات. بالرغم من بدء تجربة التأمين الصحي منذ عدة سنوات في سورية إلا أن هذه التجربة حتى الآن مازالت ضعيفة، وقد توزع المؤمنون وفق القطاعات على النحو التالي: (المرجع - الهيئة العامة للإشراف على التأمين - تقرير منشور - النصف الأول 2018).

المجموع	صناديق الرعاية الطبية	عقود شركات التأمين الخاصة	خاص (فردى)	الخاص (عقود جماعية)	الإدارى (الحكومى)	القطاع
809.087	33.805	119.316	5.962	55.041	594.963	المؤمنين
%100	4.2	14.75	0.7	6.8	73.54	النسبة %

بينت هيئة الإشراف على التأمين في تقرير منتصف 2018، أن عدد المؤمنين صحياً 809.087 مواطن (منهم 48% ذكور - 52% إناث). (أي بنسبة أقل من 4% من عدد السكان في سورية)، وبلغ عدد المستفيدين منهم 450.933، أي بنسبة لا تتجاوز 56% من المؤمنين وذلك من خلال 7 شركات تأمين. وهذا ما أكده المبحوثين حيث يرى 80% من المبحوثين أن الوضع الحالي لشركات التأمين جيد، بالرغم أنهم يعتقدون أن نسبة الأشخاص الذين لديهم تأمين صحي خاص لا تتجاوز 5% من القطاعين العام والخاص سواء كانوا من الدخل المتوسط أو من الدخل المنخفض حتى تاريخ انجاز البحث. أما عن نسبة السكان المشمولة في التأمين الصحي المجتمعي سواء القائم على مقدمي الخدمات أو ضمن خطط التأمين الذاتي أو ضمن خطط التأمين الصحي الوطنية، تراوحت إجابات شركات التأمين بين 1% - 5% .

وبيّنت الدراسة أنّ طرق التسجيل، أولاً: التأمين الفردى أو العائلى ويتم التسجيل بشكل مباشر من قبل المؤمن له. ثانياً: المجموعات (شركات- مؤسسات عامة- جمعيات- مدارس) حسب عقود سنوية تجدد تلقائياً. حيث يعتبر المنتج الأكثر شعبية من شركات التأمين هو التأمين الصحى الفردى.

ترى شركات التأمين أن مستوى الوعي بالتأمين الصحى بشكل عام بين السكان يتراوح بين الضعيف والمتوسط (حيث كانت الإجابات 40% ضعيف و60% متوسط).

ويرون أن الدور المحتمل لشركات التأمين الصحي الخاصة، في سياق خطط التأمين الصحي على المستوى الوطني من أجل تحقيق التغطية الشاملة يتمركز بـ القيام بالندوات ونشر البروشورات عن طريق وسائل التواصل الاجتماعي لتوعية السكان بالتأمين الصحي، ورأت شركة واحدة من المبحوثين أن دورها يكمن في تقديم تغطيات مناسبة وأسعار متوازنة تبعاً لارتفاعات السوق المحلية.

أما فيما يتعلق بنطاق الخدمات الصحية التي تغطيها منتجات التأمين الصحي الخاصة كانت جميع الشركات متشابهة، حيث تقدم داخل وخارج المشفى (مخابر- مراكز أشعة- صيدليات- أطباء) في حين أنها جميعاً لا تغطي حالات مثل فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز والملاريا وتنظيم الأسرة. ويتم دفع مستحقات المستشفيات/ العيادات أو مقدمين الخدمة عن طريق حساب بنكي أو عن طريق شركة إدارة النفقات الطبية، هذا بالإضافة إلى الدفع المباشر عن طريق المشتركين في مقابل خدماتهم في نقطة تقديم الخدمات والتي تتراوح بين 70-100% برأي جميع شركات التأمين.

## سابعاً- تحليل القطاع الصحي الخاص ومنظور أصحاب المصلحة

يمكن للقطاع الخاص أن يلعب دوراً متميزاً وان كان متنوعاً في توفير فرص العمل، والمساهمات في إنشاء المشروعات، وتعبئة رأس المال الخاص ويمكن أن يكون أكثر فعالية في الاضطلاع بدوره إذا كانت هناك معايير أوضح جرى تحديدها مع وجود حوافز بإشراكه. ويسعى القطاع الخاص إلى فهم أهداف القطاع العام، وكيف يمكن أن يلعب دوراً لتحقيق هذه الأهداف. ويمكن أن يتوقف دخول القطاع الخاص السوق أو الخروج منها على الإشارات التي يتلقاها والحوافز التي يحصل عليها من القطاع العام، والبيئة المواتية التي يجري توفيرها له ولاستثماراته ونموه. ويتمثل الهدف الرئيسي في أنّ يحدد القطاع الخاص مكانته في السوق ويعمل في بيئة تسهل ممارسة الأعمال وسبل الحصول على التمويل، والائتمان بأسعار معقولة، وضمانات المخاطر، وسبل الحد من المخاطر التي يتعرض لها المستثمرين أو تخفيف حدتها إن وجدت.

### 7-1- نمو القطاع الخاص ومحدداته:

يمكن أن نذكر أهم محددات نمو القطاع الخاص على الشكل التالي:

أ- **محدودية الحماية المالية:** لم تطرأ تغييرات كبيرة على الحماية المالية التي توفرها الحكومة في الجمهورية العربية السورية لمواطنيها، لكنها عملت في تهيئة بيئة ملائمة لتوفير الحماية المالية من خلال أنظمة التأمين الصحي الوطنية التي شرعتها بقوانينها وأنظمتها منذ أعوام، ولكن برامج التأمين الصحي لم تتمكن من التعامل مع هذا الأمر. إذ لا تزال الأسر السورية تتعرض لانفاق كارثي إذا ما أصيب أحد أفرادهم بمرض عضال.

ب- **اتجاهات الرعاية الصحية الأخذة في الارتفاع والتغير:** نتيجة للتحوّل الديمغرافي وتزايد معدلات الإصابة بالأمراض، والعجز، والوفيات الناتجة عن الأمراض غير السارية، بالإضافة إلى مافرضته جائحة كورونا من تغييرات في اتجاهات الرعاية الصحية أدت إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية.

هذه الزيادة حفزت نمو القطاع الصحي الخاص في ظل ضعف قدرة القطاع العام على تقديم الخدمات بسبب نقص المادة الأساسية في تقديم الخدمة والتي تأثرت جراء **الإجراءات القسرية أحادية الجانب** على سورية في المرحلة الراهنة، وبسبب الأزمة التي مرت بها سورية ولا تزال تعاني من تبعاتها.

**ج- خيارات تقديم الخدمات في المناطق الغير مستقرة أمنياً:** لطالما كان القطاع الخاص مصدراً مهماً لتقديم الخدمات الصحية في أثناء الحرب الإرهابية على سورية التي كانت تدور رحاها في سورية، فازداد دورها أهمية حيث تمثل الصيدليات مصدراً مهماً للأدوية ووسائل منع الحمل. خاصة في تلك المناطق غير المستقرة أمنياً.

**د- الحاجة إلى اشراك القطاع الصحي الخاص:** إنّ القطاع الصحي الخاص أخذ في التطور على سبيل المثال تتشكل حالياً العديد من الشراكات بين القطاعين العام والخاص من أجل توفير الرعاية الإكلينيكية وغير الإكلينيكية في المستشفيات حيث يتم التعاقد الخارجي على توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية، ويجري تطوير برامج التأمين الصحي الخاصة وأخذت المنشآت الصحية الخاصة بالظهور.

**هـ- تأثير السياسة الاقتصادية والاجتماعية والصناعية:** يرى 50% من صانعي السياسة الصحية أن هذه السياسات أدت إلى نمو القطاع الخاص بينما نفى 25% هذا التأثير وأكد 25 % منهم بأن كان لذلك تأثير غير مباشر.

**د- مساهمة شركاء التنمية الدوليون في تعزيز دور القطاع الخاص والمشاريع الصحية في سورية:** وذلك من خلال تقديم بعض الدعم للجمعيات الأهلية العاملة في القطاع الصحي، حيث أكدت ممثلة صندوق الأمم المتحدة للسكان أنه يوجد شراكات مع القطاع الحكومي في هذا المجال عن طريق دعم وتتبع الجمعيات بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة الإدارة المحلية، كما أكد ممثل شبكة الأغا خان للتنمية أنه يوجد دعم منها من خلال تحفيز الحكومة على إجراء مشاريع ذات طابع مجتمعي وعلى إشراك المجتمع المحلي بما فيها، وأن التوجه الأساسي لهم كمنظمة هو الدعم الحكومي .

(تم ذكر مثال برنامج القرى الصحية الذي قام بدعم القرى الصحية ودعمته بشكل كبير شبكة الأغا خان للتنمية بالإضافة إلى منظمة الصحة العالمية وعديد من المانحين. وهو مبني على أساس الشراكة مع المجتمع من خلال اللجان المجتمعية أو من خلال متطوعين مجتمعيين، وجمعيات محلية تكون شريكة بالمشاريع الصحية إلا أن التغييرات المستمرة في القيادات الصحية، أثر بشكل كبير عليه، لأنه في بعض الأحيان تتسلم قيادات ليس لديها خبرات بمشروع صحي مجتمعي حيث تحول مشروع القرى الصحية من مديرية إلى دائرة ثم إلى برنامج). **أحد المبحوثين**

## 2-7- مناقشة حول مساهمة القطاع الصحي الخاص في سورية:

### الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية:

إن التعاون مع القطاع الخاص يؤدي إلى تعزيز الخدمات الصحية وضمان الوصول وتحقيق أهداف التنمية المستدامة حيث يساعد على تعبئة الموارد للاستثمار في انشاء البنية التحتية الصحية للبلاد، وإمكانية وصول الخدمات إلى الأسر الفقيرة. هذا بالإضافة الى التنوع وتوفر البدائل والتنافسية بالعمل، كما أنه يؤدي الى المشاركة في تنفيذ الخطط الصحية الوطنية وتقديم التسهيلات وتبادل الخبراء وخاصة بالموارد البشرية.

ولا يمكن أن نغفل عن إمكانية تحقيق التكامل بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الطبية في جميع المناطق على أراضي الجمهورية العربية السورية. تعد الشراكة واحدة من أوجه التعاون مع القطاع الخاص وتهدف الشراكة إلى خدمة الدولة السورية وأجندتها الوطنية الرامية إلى تحقيق اقتصاد مستدام يستند على المعرفة، والتنافسية والخبرة، والتنوع، وبالتالي تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ونتائج ومخرجات أفضل مما يستطيع أن يحققه كل فريق بمفرده. ويتم ذلك عن طريق التفاوض، وتبادل الخبرات، والتوصل إلى معايير أفضل، وتوسيع الموارد المالية المتاحة نتيجة تعاون الأطراف. كما تساعد الشراكات على إبراز دور الدولة في التركيز على رسم السياسات والاستراتيجيات لقطاع البنية الأساسية، ومراقبة مقدمي الخدمات وتنظيمها. إضافة إلى توفير رأسمال القطاع الخاص ومعارفه وخبراته في إدارة المشاريع، مما يسهم في تقليل المدد الزمنية لتنفيذها، وخفض تكلفة الخدمات وتحسينها. ومن الأهداف الأخرى:

- ❖ جذب وتنشيط الاستثمارات الوطنية، والإقليمية، والأجنبية.
- ❖ تحقيق قيمة أفضل مقابل النقود فيما يتعلق بالإنفاق العام.
- ❖ تشجيع القطاع الخاص على المشاركة والابتكار.
- ❖ تعزيز النمو الاقتصادي في الدولة، وتوفير فرص عمل جديدة.
- ❖ تخفيض وطأة الإنفاق والتمويل الحكومي، ومشاركة المخاطر مع القطاع الخاص.

ومن المتوقع أن ينتج عن التعاون دعم في العديد من المجالات أهمها: الدعم التقني وتأمين التجهيزات والمستلزمات الطبية بالإضافة إلى الأدوية ودراسة موضوع الضريبة على التراخيص والعمل، وأن تكون حدودها الدنيا بالإضافة إلى الدعم المادي والتغير في التشريعات والقوانين بما يخدم العمل وتسهيل الإجراءات وتبسيطها قدر الإمكان.

أشار 25% من صناعات السياسة الصحية بأنه وحتى تاريخه لا يوجد هذا النوع من الشراكات باستثناء الشراكة على الرؤية بتقديم الخدمة الصحية، ولكن هناك التزام سياسي وتنفيذي اتجاه التشاركية مع القطاع الخاص، وهو واضح في السياسة الصحية الوطنية وغيرها من خطط استراتيجية القطاع الصحي: حيث أكد 50% من صناعات السياسة الصحية وجود هذا التوجه نحو التشاركية مع القطاع الصحي الخاص لوجود مثل هذا الأمر، بينما أشار 25% أنه لا يوجد ما ينظم هذا الأمر كونه غير فاعل في الوقت الحالي.

وعلى النقيض أكد 75% من ممثلي الجهات المانحة وجود مشروعات/ تعاقبات جيدة/ بين القطاعين العام والخاص في سورية ووفق آراء العينة وجدنا أن مشاركة مراكز التشخيص الخاصة في تقديم خدمات ذات أولويات صحية وطنية أو برامج صحية وطنية، مثل اختبارات مكافحة الأمراض (السل، الملاريا، فيروس نقص المناعة البشرية)، فحوصات خاصة بالأمراض غير السارية، هي مشاركة مقبولة إلى حد ما حيث بلغت نسبة الإجابات بـ (نعم) 43.2% .

ووجدنا من خلال دراسة استبيان المؤسسات غير الربحية أن المؤسسات غير الربحية تهتم بالشراكة بين القطاع العام والخاص لتوفير الخدمات الصحية للمجتمع، وتشارك وزارة الصحة بالمعلومات وتكون تقارير شهرية.

كما وجدنا من خلال نتائج التحليل أنه هناك استعداد كبير لدى الجهات الخاصة للتعاون مع الحكومة في إطار الشراكة. حيث أن مراكز التشخيص الخاصة لديها الرغبة بمشاركة الجهات الحكومية في العمل للمساهمة في تحسين النظام الصحي حيث أن نسبة من يرغب بشدة 59.6% مقابل 18.2% محايد. ومن لا يرغب 15.6%، وأن 68% من المبحوثين هم أعضاء بشبكات مهنية أخرى.

### أولويات الجهات المانحة عند الإشراف الحكومي للقطاع الخاص الصحي:

• فيما إذا قررت الحكومة إشراك القطاع الصحي الخاص كخيار استراتيجي فإن تعزيز الوصول إلى الخدمات وتعزيز وزيادة البحوث العلمية المسندة بالأدلة والبراهين بالإضافة على تحسين نظام المعلومات واستخدام التكنولوجيا يعتبر من الأولويات الأساسية لدى الجهات المانحة، وإن أهم الخدمات الطبية بالنسبة لهم هو اللقاح ورعاية الأم والطفل بالإضافة إلى الرعاية الصحية الثالثية وخاصة الخدمات المكلفة حيث يوجد مجالات طبية واحتياجات طبية قد يجد القطاع العام صعوبة في أن يغطيها، خاصة قضايا التي هي مثلاً قد تكون جزء منها لأمراض نادرة، أو إعاقات، أو دعم مرضى بمشاكل ذات طبيعة مزمنة ومكلفة جداً، مثلاً مرضى غسيل الكلية، المرضى يجب على القطاع الصحي الخاص أن يتحمل المسؤولية بتغطية هذه الجوانب يعتبر هذا أمر أساسي.

بالنسبة لصانعي السياسات الصحية فإن المجالات ذات الأولوية لمشاركة القطاع الخاص:

من وجهة نظر 75% من صانعي السياسات الصحية فإن الأولوية للشراكة مع القطاع الخاص تكون في مجالات تعزيز البنية التحتية الصحية مثل المستشفيات والكليات الطبية والعيادات التخصصية بينما يرى 50% من صانعي السياسات ان تحسين جميع مستويات الرعاية الصحية سواء الأولية أو الثانوية أو الثالثية من أولويات مجالات التعاون مع القطاع الخاص وخصوصاً عن طريق توفير الخدمات المتخصصة التي لا تتوفر في مرافق الصحة العامة، ويعتبر 43.3% من المبحوثين في القطاع الخاص (مشافي وعيادات) أنه ينبغي إشراك القطاع الخاص مع القطاع العام لغرض تحسين الوصول إلى الخدمات.

حول ترتيب نطاق الخدمات التي تحتاج إلى الشراكة بين القطاعين العام والخاص (PPP) وإشراك القطاع الخاص (PSE).

نلاحظ إن الأولوية كانت وفق الترتيب الآتي:

- ❖ تفعيل دور التأمين والخدمات المقدمة من خلال شركات التأمين المختلفة.
- ❖ الخدمات السريرية المتخصصة.

- ❖ تعزيز الأنشطة الصحية والتعبئة المجتمعية للصحة الوقائية.
- ❖ موضوع دعم البحث العلمي وتطوير التكنولوجيا والصناعات الدوائية.
- ❖ تقديم خدمات الدعم غير السريرية (نظافة البيئة، الغسيل، المطبخ...).
- ❖ تطوير الخدمات السريرية وإدارة عمليات المستشفيات.

### الشروط الميسرة التي يجب أن تدعم مثل هذا القرار (مثل السياسة العامة والإطار القانوني والتنظيمي وبناء القدرات وما إلى ذلك) من وجهة نظر الجهات المانحة:

- يجب دعم الشراكات بين القطاعين عن طريق الدعم القانوني ومراجعة القوانين والتشريعات بالإضافة على بناء القدرات المتعلقة بتنفيذ هذه الشراكات.
- تطوير نظام مؤسسي لإدارة الشراكة بين القطاعين وبناء القدرات لوحدة الشراكة بين القطاعين.
- إنشاء آلية تمويل مخصصة للشراكة بين القطاعين.
- الالتزام السياسي والإداري.
- توسيع نطاق أفضل الممارسات وابتكار نماذج جديدة من الشراكة بين القطاعين.
- التسهيلات المقدمة للقطاع الصحي الخاص بكافة أنواعها (ضريبية، تراخيص، تمويل، في الحركة): فيقدر ما يساهم القطاع الصحي الخاص بأشياء متفق عليها مع وزارة الصحة، أو مع السياسة الصحية العامة في البلد، ويقوم بسد فجوات أو يلبي احتياجات صحية عامة، وليست لأغراض ربحية بقدر ما يجب أن يقدم له تسهيلات ضريبية أو تسهيلات جمركية، تسهيلات تراخيص أو حتى تسهيلات الحصول على تمويل خارجي وهذا الأمر أساسي أيضاً لضمان أن تستمر بتقديم الخدمات الصحية.
- وجود منتدى أو منبر أو آلية رسمية للحكومة والقطاع الخاص للتفاعل مع بعضهم.
- الحوافز المادية.
- مشاركة المعلومات.
- المتابعة والاهتمام والتقييم.

### الاهتمامات الشاغلة الرئيسية المتعلقة بالقطاع الخاص من وجهة نظر صناعات السياسة الصحية:

- السلوك الموجه نحو الربح.
- في حال عدم وجود آليات متابعة وتقييم ومعايير وضوابط مدروسة وفق أسس علمية فالتأثير العكسي والسلبي هو النتيجة. حيث قد يؤدي لاحتلال زيادة الأسعار بين فترة وأخرى نتيجة لخصر القطاع الصحي الخاص أنشطته بأغراض الربح. مما قد يحدث تحايل على التمويل المقدم له.
- نقص المعلومات عن القطاع الخاص، وعدم مشاركة المعلومات مع الحكومة.
- عدم الاهتمام بالأهداف الصحية والسياسات الوطنية، وبخدمات الرعاية الأولية وبرامج الصحة العامة.
- وسوء تنظيم أو عدم تطبيق اللوائح، وعدم الاهتمام في إدارة الأمراض بما يتماشى مع البروتوكولات الوطنية.

- استقطاب كوادر القطاع الحكومي نتيجة الرواتب المرتفعة.
- زيادة تكلفة الخدمات.
- معالجة الحالات الأقل تعقيداً وإحالة الحالات المعقدة إلى المرفق الحكومي.
- الممارسات السريرية غير الضرورية.
- صعوبة بالرقابة التنظيمية وممارسات الإدارة.
- عدم توافق دوافع ومجالات التعامل في القطاع الصحي الخاص مع أولويات الحكومة /النظام الصحي.
- كما أنّ 82 % من المبحوثين يرى أن القطاع الخاص غير قادر على التنظيم الذاتي.

#### المعوقات:

- أهم معوقات هذه الشراكة هو تأخر الدفع من الطرف الحكومي للمراكز مقابل الخدمات التي يقدمونها.
- عدم وجود تفاهم حول التوقعات المتبادلة وعدم وجود قنوات للتواصل المتبادل بين الطرفين، عدم وجود إطار قانوني واضح يدعم التعاون بين القطاع العام والخاص، عدم وجود عدد كافي من مقدمي الخدمات – منظمات غير الحكومية في المجالات التي تكون الشراكة فيها مفيدة.
- مشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات ذات الأولويات الصحية الوطنية أو البرامج الصحية الوطنية، مثل اختبارات مكافحة الأمراض (السل، الملاريا، فيروس نقص المناعة البشرية)، فحوصات الأمراض غير السارية دون وجود شراكة مع الحكومة بعقد رسمي.
- أنّ الحوافز المقدمة من الجهات الحكومية غير كافية لجذب القطاع الخاص للمشاركة في تقديم الخدمات، ويجب - وفق آرائهم- أن تعمل الحكومة على منح الامتيازات الضريبية وتوفير الأدوية والمعدات والمستلزمات الطبية بشكل مجاني. بالإضافة إلى إمكانية التدريب وسهولة عملية الترخيص ومنح الموقع المناسب لتقديم مثل الخدمات الطبية.

## ملخص:

للقطاع الخاص دوره الفاعل في تقديم الخدمات الصحية وكذلك للقطاع العام دوره المميز، والوضع الراهن يدعو كلا القطاعين للعمل معاً على تنسيق أدوارهما، على أن يقومان معاً بالعمل جنباً إلى جنب كشركاء بالتنمية ويعملان معاً على إيجاد بيئة حاضنة تتوفر فيها هياكل للسياسات الداعمة لهذه التشاركية والحوكمة، وتحفز التمويل، وتتيح مجالاً للمهارات والفرص المستقبلية التي يتم فيها إشراك القطاع الخاص أيضاً.

وإذا نُفذ ذلك بشكل صحيح، فإن هذا النمو في إشراك القطاع الصحي الخاص يمكن أن يساعد في تيسير تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتخفيض الإنفاق الكارثي على الصحة للمواطنين، كما أنه قد يعمل على تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة.



## ثامناً - التوصيات والمقترحات

خلصت الدراسة على ضرورة تشجيع صناعات السياسات و متخذو القرار في المستويات السياسية والتشريعية والتنفيذية لتبني فكرة الشراكة ما بين القطاعين الصحي العام، والقطاع الصحي الخاص، وذلك من خلال استصدار المزيد من التشريعات، والمراسيم، والقوانين، والقرارات التنظيمية التي توفر البيئة التشريعية الحاضنة والملائمة للواقع السوري الراهن والذي يسعى ضمن أهدافه الوطنية الاستراتيجية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.

مع الأخذ بعين الاعتبار كافة المعطيات التي قدمتها هذه الدراسة لتساعد متخذو القرار، وصناع السياسات الوطنية الصحية والمخططين الصحيين الاستراتيجيين في الدولة لتكون بمثابة أداة مساعدة لتحديد مسار هذه الشراكة حالياً ومستقبلاً. ويمكن تلخيص أهم التوصيات كما يلي:

- يوصي الباحثون على ضرورة تبني سلوكيات تمويلية جديدة لدعم وتوسيع الشراكة مع القطاع الصحي الخاص، من أجل العمل على تخفيض كلفة الخدمات الصحية، وشمولية كافة فئات المجتمع بالتأمين الصحي الذي يعد الحل الأمثل لعدم وقوع الأفراد ضمن هوة الإنفاق الكارثي على الصحة.
- تبرز أهمية الحوكمة في القطاع الصحي، وضرورة تعديل التشريعات وتعزيز التخطيط الاستراتيجي لدور القطاع الصحي الخاص وإشراكه بشكل فعال. .
- إدخال القطاع الصحي الخاص ضمن نظام المعلومات الصحي بشفافية وموثوقية للحصول على المؤشرات الصحية الصحيحة والتي تعتبر أساساً لبناء الاستراتيجيات الوطنية وتقدير الاحتياجات الصحية ورسم السياسات والخطط الصحية السليمة.
- أهمية العمل على إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات ومشاركة البيانات والتحول الرقمي، وإجراء البحوث والدراسات اللازمة لذلك، والعمل على استكمال خارطة الصحية وتحديثها وإدخال معلومات عن المرافق الصحية الخاصة.
- ضرورة تأهيل وتدريب الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي على أنظمة الجودة وأبعادها وكيفية تطبيقها للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة عالية.
- العمل على إيجاد شراكات جديدة بين القطاع الخاص والحكومي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة سواء في الوصول إلى الخدمة أو نوعيتها.
- تفعيل دور النقابات المهنية والمجتمع المدني والعمل معاً لإعادة بناء الثقة بين الجهات الحكومية والقطاع الخاص.
- دراسة واقع التأمين الصحي دراسة مفصلة، وإمكانية تفعيل دوره في المساهمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- إجراء دراسات مقارنة بين المحافظات لمعرفة واقع القطاع الخاص والاستفادة من التجارب الإيجابية.
- التركيز على دور القطاع الخاص ومقارنته بالقطاع العام أثناء المسوح والدراسات لإعطاء فكرة أشمل وأدق عن نقاط ضعفه وقوته في جميع المناطق.
- الاستفادة من تجارب الدول المجاورة للشراكة بين القطاع العام والخاص، وإيجاد شراكات فعالة على مختلف المستويات.

### مقترحات الجهات المانحة حول شكل التنسيق الرسمي ما بين القطاعين العام والخاص:

- أكد جميع صناعات السياسة الصحية الذين تمت مقابلتهم بضرورة وجود وحدة تنظيمية في وزارة الصحة مسؤولة عن التعامل والعمل مع النظام الصحي الخاص والجمعيات الأهلية.
- منصة الكترونية- ملتقيات سنوية تحت إشراف وزارة الصحة.

- ❖ الدستور السوري. الدستور الحالي للجمهورية العربية السورية لعام 2012.
- ❖ وثيقة السياسات الصحية، مديرية التخطيط والتعاون الدولي في وزارة الصحة السورية، سنة 2020، وثيقة غير منشورة.
- ❖ التقارير الصحية السنوية الصادرة عن مديرية التخطيط والتعاون الدولي بوزارة الصحة السورية.
- ❖ النظام الداخلي لوزارة الصحة المعتمد والمصادق عليه والمنشور في الجريدة الرسمية 2016
- ❖ صباح صاحب المستوفي، تمويل الخدمات الصحية العامة في العراق /دراسة تحليلية للسنوات 2002-2014، مجلة المستنصرية للدراسات العربية والدولية.
- ❖ تقرير الحماية الاجتماعية في الجمهورية العربية السورية، الأمم المتحدة الاسكوا EDCWA اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا /تشرين أول /أكتوبر 2019.
- ❖ الموقع الالكتروني الرسمي لرئاسة مجلس الوزراء في القطر العربي السوري، القانون رقم /5/ لعام 2016 حول التشاركية بين القطاعين العام والخاص.
- ❖ [www.sisc.sy/providers/45/Ar](http://www.sisc.sy/providers/45/Ar)
- ❖ **Private health sector and private sector engagement for universal health coverage – Egypt>**
- ❖ **Jordan Private Health Sector Profile 2019- Jordan**

## الملاحق:

ملحق رقم (1):

- ❖ عدد المرضى /1000/ (200 مريض في كل محافظة).
- ❖ عدد المستشفيات /100/ (20 مشفى في كل محافظة).
- ❖ جمعية أهلية مجتمعية (ربحية أو غير ربحية) تقدم خدمات صحية، عددها /35/ موزعة (5-7 جمعية في كل محافظة).
- ❖ عدد المراكز الصحية والمخابر والصيدليات /35/ بين 6-8 في كل محافظة.
- ❖ عدد شركات التأمين /5/ (محافظة دمشق).
- ❖ عدد النقابات الصحية /7/ (محافظة دمشق).
- ❖ عدد صانعي السياسة الصحية ومتخذي القرار /4/ (محافظة دمشق).
- ❖ عدد الجهات المانحة والمنظمات الدولية /4/ (محافظة دمشق).

## فريق الدراسة:

### الباحثون الرئيسيون:

- د. أحمد ضميرية
  - د. رشا شرف الدين محمد
  - أ. تلايم رشيد جبارة
  - د. إياد عبد اللطيف حماد
  - د. ونام محمد حيدر
  - د. عايدة معين حبيب
- مدير مديرية المشافي  
مدير مركز الدراسات الاستراتيجية الصحية  
معاون مدير مركز الدراسات الاستراتيجية الصحية  
أكاديمي وباحث في مركز الدراسات الاستراتيجية الصحية  
مدير التخطيط والتعاون الدولي  
مدير التنمية الإدارية

### الباحثون المساعدون:

- د. خلدون محمد حربا
  - م. جمانة يوسف محمد
  - أ. جيهان غازي فريسان
  - أ. هادي سعيد فضاة
- مركز الدراسات الإستراتيجية الصحية  
مديرية التخطيط والتعاون الدولي  
مركز الدراسات الإستراتيجية الصحية  
مركز الدراسات الإستراتيجية الصحية





دمشق - 2023

مركز الدراسات  
الاستراتيجية  
CSHT  
والتدريب الصحي

الإخراج الفني: دائرة موارد التعليم