

تقرير حول:

إصلاح التأمين الصحي مدخلٌ ضروريٌ لإصلاح القطاع الصحي الفلسطيني ولتأمين حق الصحة لجميع المواطنين

سلسلة تقارير رقم 215



أيار 2022



تقرفر حول:

إصلاح التأمفن الصءف مدخل ضرورف

لإصلاح القطار الصءف الفلسطفنف ولتأمفن ءق الصءة لءمفع المواطنفن

أفر 2022

AMAN
Transparency Palestine



يتقدم ائتلاف أمان بالشكر الجزيل للباحث الأستاذ إبراهيم أبو هنطش لإعداده هذا التقرير، وللدكتور عزمي الشعبي وفريق أمان لإشرافه ومراجعته وتحريه له.

جميع الحقوق محفوظة للائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان).
في حالة الاقتباس، يُرجى الإشارة إلى المطبوعة كالتالي: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). 2022. إصلاح التأمين الصحي مدخلٌ ضروريٌ لإصلاح القطاع الصحي الفلسطيني. رام الله- فلسطين.

إنّ الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان) قد بذل جهوداً في التحقق من المعلومات الواردة في هذا التقرير، ولا يتحمل أيّ مسؤولية تترتب على استخدام المعلومات لأغراض خارج سياق أهداف التقرير بعد نشره.

فهرس المحتويات

5	الملخص التنفيذي
7	مقدمة
9	الواقع الصحي وواقع النظام الصحي الحكومي
9	الواقع الصحي (أرقام ومؤشرات)
13	واقع النظام الصحي الحكومي
16	تحليل النفقات على الخدمات الصحية الحكومية
19	مشكلات نظام التأمين الصحي والعلاج في الخارج ومحاولات الإصلاح
19	مشكلات (تحديات) التأمين الصحي الحكومي
25	المشكلات (التحديات) أمام التحويلات الطبية
30	جهود الإصلاح في القطاع الصحي
32	العدالة الضريبية مدخل لإصلاح النظام الصحي
34	مقترحات سابقة لإصلاح القطاع الصحي
36	النتائج والتوصيات
36	النتائج
38	التوصيات
40	المصادر والمراجع
41	ملحق (1): أعداد التحويلات الطبية وتكاليفها المتوقعة حتى العام 2028

يقع على عاتق وزارة الصحة الفلسطينية تقديم الخدمات الطبية للمواطنين وفقاً لأحكام القانون الأساسي. وتختص إدارة التأمين الصحي في الوزارة بوضع السياسات والخطط الخاصة بأنظمة التأمين الصحي والإشراف على تنفيذها. ونظراً لعدم توفر جميع الخدمات الطبية والتخصصات والمعدات الطبية اللازمة في المؤسسات الصحية الحكومية أو لانخفاض طاقتها الاستيعابية؛ تلجأ الوزارة إلى شراء بعض الخدمات (ويشمل ذلك تحويل المواطنين للعلاج في مؤسسات طبية غير تابعة لها) سواء داخل البلاد أو خارجها. وتُلزم القرارات الحكومية المواطن بعمل تأمين صحي حكومي للاستفادة من خدمات التحويلات الطبية. إلا أن هناك تحديات كبيرة تعترض النهوض بنظام التأمين الصحي، وتسهم باستمرار ارتفاع العجز في موازنته، ما يؤدي إلى استنزاف مخصصات الوزارة في الموازنة العامة، وبشكل محدد بسبب التكلفة المرتفعة لملف التحويلات الطبية خارج المؤسسات الطبية الحكومية.

يأتي هذا التقرير في محاولة لاستكشاف واقع القطاع الصحي ورصد مؤشراتته (بالتركيز على نظام التأمين الصحي وملف التحويلات الطبية)، والبحث عن الاختلالات والمشاكل التي تعيق تطوره، ومن ثم تقديم مقترحات عملية سياساتية لمعالجة الخلل وتذليل الصعوبات وصولاً إلى نظام صحي كفو وعادل وشامل.

بناءً على التحليل والاستقصاء، توصل التقرير للنتائج التالية:

1. تعطي الأرقام والمؤشرات الخاصة بالنظام الصحي انطباعاً جيداً عن واقع القطاع وتطور الخدمات التي يوفّرها، إلا أن غالبية المؤشرات كمية وقاصرة عن تشخيص واقع القطاع الصحي والاختلالات التي يعانيها.
2. تبلغ قيمة مخصصات وزارة الصحة نحو 2.3 مليار شيكل، وتشكل أكثر من 14% من الإنفاق الحكومي، يخصص معظمها (93%) للرواتب والإنفاق التشغيلي، لكنها غير كافية مقارنة بمتطلبات النهوض بالقطاع الصحي ومكوناته.
3. تتحمل الحكومة النسبة الأكبر (40%) من عدد المؤمنین، كما تحصل فئات عديدة على إعفاء من رسوم التأمين الصحي من خلال كثير من القرارات الحكومية والمراسيم، ويترتب على ذلك تكاليف مالية باهظة تتكبدها الخزينة، حيث تشكل الإيرادات المتأتية من التأمين الصحي ما نسبته 10% فقط من النفقات الفعلية لوزارة الصحة.
4. نحو 80 ألف تحويلة طبية (93%) لمشاف فلسطينية خاصة وأهلية، تكلف الخزينة أكثر من 900 مليون شيكل سنوياً تُثقل كاهل الخزينة، ومن المتوقع أن تتضاعف هذه التكلفة 3 مرات خلال 6 سنوات، كما أن الحكومة تتلکأ في سداد المستحقات للمشافي المحلية ما يؤثر على استقرارها المالي.
5. عوامل عديدة لا تساعد على تقليص هوامش الفساد، بل توسعها في القطاع الصحي، أهمها: بنية نظام التأمين الصحي، وضعف المساءلة عن نوعية خدماته، وضمان النزاهة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من هذه الخدمات.
6. جهود الإصلاح متعددة وأبرزها تشكيل لجنة صحية وطنية لمراجعة المنظومة الصحية الحالية، وتقديم التوصيات بشأنها. وحتى هذا التاريخ، ورغم التوصل لنتائج مهمة وتقديم توصيات مفيدة، فإن الحكومة لم تتخذ إجراءات عملية على الأرض ولم تضع آليات لتنفيذ ما تم التوافق عليه.
7. النظام الضريبي الفلسطيني بوضعه الحالي غير قادر على تحقيق متطلبات العدالة الضريبية، ومن الصعوبة أن يشكل رافداً وممولا محتملاً للقطاع الصحي ونظام التأمين بشكل خاص.

اقترح التقرير مجموعة من التدخلات التي يمكن أن تسهم في إصلاح نظام التأمين الصحي، فيما يلي أبرزها:

1. إلزامية التأمين الصحي «نظام التأمين الصحي الإلزامي الشامل والتضامني» للجميع ضرورة أساسية لبناء نظام صحي عادل، يقدم خدمات صحية للجميع وبتكلفة معقولة للسكان كافة دون تمييز، ودون تحميل الأسر تكاليف عالية قد تؤدي إلى إفقارها. يستدعي ذلك مشاركة مجتمعية واسعة في حوار وطني تشارك فيه الأطراف ذات الصلة، بحيث يفضي الحوار إلى إصدار قانون تأمين صحي تضامني وعصري يسهم في معالجة الاختلالات.
2. إنشاء هيئة أو مؤسسة مستقلة لإدارة التأمين الصحي بشكل منفصل عن وزارة الصحة التي ستبقى الجهة الإشرافية وجهة تحديد وبلورة السياسات الصحية الوطنية.
3. يترافق مع الحوار إعداد دراسات مالية اكتوارية حول كلفة الخدمات الصحية المطلوبة، واعتماد رسوم تأمين حكومي أو غير حكومي تتناسب مع هذه التكلفة ومع قدرة المواطنين على الدفع.
4. استحداث مؤشرات نوعية عن القطاع الصحي تعكس مستوى جودة الخدمات المقدمة وكفاءة النظام وعدالته، إضافة إلى مستوى رضا المواطنين عنها.
5. شح الموارد المالية وتعدد الاحتياجات يستدعي إعادة النظر بهيكل الإنفاق ورفع القدرة على التمويل. إذ يبدأ الإصلاح أولاً بالقدرة على الاستغلال الأمثل للموارد المحدودة، وهذا هو جوهر الكفاءة والفعالية في استخدام الموارد.
6. أتمتة نظام التأمين الصحي وتقليل تدخل العنصر البشري يساعد في الحد من التجاوزات والتدخلات في النظام ويزيد من تحقيق مستوى أعلى من العدالة والكفاءة في إدارة ملف التأمين الصحي.
7. تعزيز الشفافية والإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالتحويلات الطبية، لا سيما الحالات الاستثنائية ومبرراتها، ونشر كافة التقارير والتعليمات المتعلقة بعمل وحدة شراء الخدمة في الموقع الإلكتروني للوزارة.
8. بشكل عاجل، هناك ضرورة لوقف إصدار قرارات أو تعليمات لدائرة شراء الخدمة بمنح إعفاءات أو إجراء استثناءات تتعلق بالتحويلات الطبية. إضافة إلى إصدار قرار رئاسي بوقف إعفاء أي شخص من دفع رسوم التأمين الصحي ما لم تتم تغطية تكلفة ذلك من موازنة مرصودة مخصصة لذلك.

تكلفت وزارة الصحة بتقديم الخدمات الطبية والصحية التشخيصية والعلاجية والوقائية والتأهيلية للمواطن بحكم المهام الوظيفية المكلفة بها، وباعتبار هذه الخدمات جزءاً من الحقوق الأساسية وفقاً لأحكام القانون الأساسي ونظام التأمين الصحي. ونظراً لعدم توفر جميع الخدمات الطبية والتخصصات والمعدات الطبية اللازمة في المؤسسات الصحية الحكومية أو لانخفاض طاقتها الاستيعابية؛ تلجأ الوزارة إلى شراء بعض الخدمات ويشمل ذلك تحويل المواطنين للعلاج في مؤسسات طبية غير تابعة لها (مزوَّدي الخدمة) سواء داخل البلاد أو خارجها بشكل عام وإلى المستشفيات الإسرائيلية بشكل خاص.

على الرغم من محاولات وزارة الصحة في السنوات الأخيرة توجيه التحويلات إلى مستشفيات القطاع الخاص والأهلي، وزيادة المرافق الصحية وتوسيعها، إلا أنّ هذه المحاولات ظلت قاصرة عن تقليص عدد التحويلات الطبية أو الحد من الطلب المتزايد عليها ما استنزف موازنة وزارة الصحة، وأضعف من القدرة على تلبية الاحتياجات التطويرية لأقسام المستشفيات الحكومية، وأدى إلى تراجع في مستوى تقديم الخدمات الصحية الأخرى في ظل زيادة الديون المتراكمة حيث يتم تسديدها من وزارة المالية على حساب موازنة وزارة الصحة؛ الأمر الذي أثر سلباً على جودة الخدمة المقدّمة في المؤسسات الصحية الحكومية لعدم القدرة على الالتزام بتوريد المستلزمات الطبية اللازمة لها.

بالرغم من أنّ نفقات موازنة وزارة الصحة في العامين الماضيين وصلت إلى حوالي 12% من الإنفاق الحكومي الكلي، وهي نسبة مقبولة عالمياً في دولة كفلسطين، إلا أنّ فشل نظام التأمين الصحي واستمرار ارتفاع العجز في موازنته أدى إلى استنزاف مخصصات الوزارة في الموازنة العامة، وبشكلٍ مجدّدٍ بسبب التكلفة المرتفعة ملف التحويلات الطبية خارج المؤسسات الطبية الحكومية. وقد شكّل ذلك عبئاً مادياً ثقيلاً على ميزانية وزارة الصحة في السنوات الماضية إلى أن وصلت حوالي 39% من موازنة الوزارة للعام 2020 أي أكثر من نصف مليار شيكل، وبلغت حوالي 70% من إجمالي النفقات التشغيلية لوزارة الصحة. كما أنّ الوزارة لم تستطع طوال الأعوام الستة والعشرين الماضية كبح جماح الزيادة المطردة لعدد التحويلات أو تكلفتها؛ تحت مبرر عدم توفر هذه الخدمات في القطاع العام، أو بهدف الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية للمواطنين.

هناك انتقادات كثيرة لموضوع سياسات وإجراءات إدارة التأمين الصحي بشكل عام وموضوع عدم عدالة منحها لمستحقيها، ومنذ عدة أعوام تجري محاولات حكومية وأهلية متعددة لإصلاح نظام التأمين الصحي دون نتيجة، ومؤخراً أثار تقرير لجنة التحقيق بوفاة الطفل سليم النواتي من قطاع غزة المشكلة بتاريخ 22 كانون ثان/يناير 2022، موضوع أهمية بناء نظام تأمين صحي شامل وتضامني لجميع المواطنين من جهة وتوفير موازنات تطويرية لمستوى الخدمات الرئيسية في المستشفيات العامة، حيث أكد التقرير عدم عدالة نظام التأمين الصحي وضعف شفافية إجراءات التحويل الصحي والعلاقة مع الجهات الشريكة، وضعف منظومة المساءلة عن التأخر في تقديم الخدمات وتحديد الجهات المسؤولة وبشكل غير مباشر. وقد أوصت اللجنة بإعادة النظر في آليات عمل وحدة شراء الخدمة في الوزارة المسؤولة عن العلاقة مع مقدّمي الخدمات وعن الإجراءات المتعلقة بعملية التحويل والسلطة المسؤولة عن قرارات التحويل والجهات التي تقدم الخدمة المطلوبة لكل حالة مرضية معروضة عليها.

يأتي إعداد هذا التقرير بهدف تسليط الضوء على واقع القطاع الصحي وسبل إصلاحه من زوايا مختلفة من حيث شموله للجميع وتقديم محتوى خدمات صحية شاملة وعادلة، وتوفير الموارد المالية الضرورية بشكل تضامني وإلزامي بما يشمل معالجة إشكالية التحويلات الطبية وعلاقة ذلك بالتأمين الصحي.

يهدف هذا التقرير إلى فحص السياسات والإجراءات والتدابير المتخذة من قبل الحكومة ووزارة الصحة من أجل إصلاح القطاع الصحي الفلسطيني من خلال تحديد الفجوات والتحديات والخروج بتوصيات فعّالة تساعد صناع القرار على تصويب الوضع.

أهمية التقرير وأهدافه

تتبع أهمية هذا التقرير من حيث تناوله موضوعاً هاماً وحيوياً يهتم المجتمع الفلسطيني بكافة شرائحه لا سيّما الفئات الفقيرة والمهمشة، إذ يتعلق ب حياة الإنسان. ومن ثم، فإنّ هذا التقرير يسعى إلى تحقيق هدف رئيسي يتمثل في تأمين السياسات والتشريعات والإجراءات والتدابير من قبل الحكومة ووزارة الصحة لتقديم خدمات صحية شاملة للمواطنين، تساعد صنّاع القرار على سد الفجوات ومجابهة التحديات وصولاً إلى تصويب الوضع.

يسعى التقرير إلى تبني خطة تشمل العناصر التالية:

- وصف الواقع الصحي في فلسطين.
- وصف واقع نظام التأمين الصحي الحكومي.
- تحليل الإطار القانوني الناظم لنظام للتأمين الصحي، وتحديد الثغرات والتحديات التي يواجهها.
- تسليط الضوء على حجم الإنفاق على الصحة، ومدى أهمية ترشيد النفقات.
- تحليل آلية العمل في التحويلات الطبية "شراء الخدمة"، والتكاليف التي تتكبدها الحكومة جراء ذلك.
- تسليط الضوء على المحاولات المستمرة لإصلاح القطاع الصحي، وما نجم عنها.

منهجية التقرير

- لتحقيق أهداف التقرير، سيتم اتباع المنهج الوصفي التحليلي والاستبساطي، من خلال الخطوات والإجراءات الآتية:
- الاطلاع على العديد من الدراسات والتقارير الصادرة عن الجهات الرقابية ذات العلاقة بالموضوع.
 - مراجعة التشريعات والقوانين ذات العلاقة والناظمة لعمل وزارة الصحة والتأمين الصحي.
 - تجميع البيانات من مصادرها الثانوية المختلفة (مثل: وزارة المالية، ووزارة الصحة، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني) وتبويبها وتحليلها.
 - تنظيم لقاءات شخصية مع الخبراء في هذا المجال، والمسؤولين في كلٍّ من وزارة الصحة والمؤسسات الأخرى ذات العلاقة مثل وزارة المالية، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، واتحاد المستشفيات الخاصة، واتحاد لجان العمل الصحي، وغيرها.
 - عقد ورشة عمل متخصصة تضم كافة الأطراف ذات الصلة للاستفادة من مداخلاتهم وتعليقاتهم لإثراء المسودة الأولى من التقرير.

تنظيم التقرير

يتكون التقرير من خمسة أجزاء:

- الجزء الأول: الإطار العام للتقرير. ويشمل الهدف من إعداد التقرير، وأهميته، والمنهجية المتبعة في إعداده، ومحتوياته.
- الجزء الثاني: وصف كل من الواقع الصحي، وواقع النظام الصحي الحكومي.
- الجزء الثالث: تحليل النفقات على الخدمات الصحية الحكومية.
- الجزء الرابع: يسلط الضوء على المشكلات في كل من نظام التأمين الصحي، والعلاج في الخارج "شراء الخدمة"، إضافة إلى عرض المحاولات المستمرة لإصلاح القطاع الصحي.
- الجزء الخامس: يستعرض أهم النتائج التي توصل إليها التقرير، والتوصيات التي يمكن أن تسهم في إصلاح القطاع الصحي.

◀ الواقع الصحي وواقع النظام الصحي الحكومي

● الواقع الصحي (أرقام ومؤشرات)

يوضح هذا الجزء من التقرير بإيجاز الواقع الصحي في فلسطين من خلال تسليط الضوء على أبرز المؤشرات الصحية في فلسطين، ومقارنتها مع دول أخرى.

عدد السكان: بلغ عدد السكان نحو 5.4 مليون نسمة في العام 2022، تشكل الإناث حوالي 49% منهم (103.3 ذكر لكل 100 أنثى). يتوزعون بواقع 2.3 مليون نسمة (59.3%) في الضفة الغربية و2.2 مليون نسمة (40.8%) في قطاع غزة. ويُعد الشعب الفلسطيني شعباً فتياً؛ إذ يشكل صغار السن، الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 سنة 37.6% من إجمالي السكان.

فيما يشكل كبار السن الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة فأكثر نحو 5.5% من مجمل السكان¹. العمر المتوقع عند الولادة: يبين الجدول (1) أنّ متوسط العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين يبلغ 74.1 سنة في العام 2019، وهو ذات المعدل في دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وأعلى من المعدل العالمي بسنة واحدة، وأعلى من معدل العالم العربي بسنتين، وينخفض بشكل ملحوظ عن المعدل في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بـ 6 سنوات، ويزيد عن عنه في الدول ذات الدخل المتوسط-المنخفض بثلاث سنوات.

جدول (1): متوسط العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين مقارنة بالدول الأخرى في العام 2019*

المؤشر/الدولة	فلسطين	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	العالم العربي	العالم
العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)	74	75	71	74	80	72	73

المصدر: وزارة الصحة (2020): التقرير الصحي السنوي فلسطين 2019. رام الله- فلسطين. ص 13. والبيانات المفتوحة على الموقع الإلكتروني للبنك الدولي: <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.
*اعتمد الباحث العام 2019 في المقارنة مع البيانات المتعلقة بالدول الأخرى لأنه العام المتوفر في بيانات البنك الدولي.

معدل الوفيات: يتضح من جدول (2) بأنّ معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في فلسطين قد بلغ 6.9 و8.2 (لكل ألف ولادة حيّة) على التوالي في العام 2020، ويتضح أنه أفضل من المعدل العالمي ودول المقارنة باستثناء دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. وتعدّ أمراض الجهاز التنفسي المزمنة وخاصة الالتهاب الرئوي، والإسهال، والعدوى والالتهابات من أبرز أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في العالم². فقد بلغت نسبة المواليد الأحياء المبلغ عنهم خلال العام 2020 الذين ولدوا في مرافق صحية (مستشفيات ومراكز ولادة آمنة) 99.9%³.

1 الموقع الإلكتروني للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: https://www.pcbs.gov.ps/site/lang_ar/881/default.aspx#PopulationA
2 بلال فلاح، جهاد مشعل، وفاء بيطاوي، تقييم القطاع الصحي الفلسطيني: دراسة تحليلية على المستوى الكلي. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس). رام الله- فلسطين. 2020. ص 48.

3 وزارة الصحة: التقرير الصحي السنوي فلسطين 2020. رام الله- فلسطين. 2021. ص 13.

جدول (2): معدّل الوفيات في فلسطين مقارنة بدول العالم الأخرى في العام 2022

المؤشر/الدولة	فلسطين	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	العالم العربي	العالم
معدل الوفيات، رضيع (لكل 1000 مولود حي)	6.9	13	30	18	6	26	27
معدل الوفيات، أقل من 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي)	8.2	15	40	23	7	34	37
الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمّنة للأعمار بين 30 و70 (%)	21	19.2	23.2	18.8	12.4		18.7

المصدر: وزارة الصحة (2021): التقرير الصحي السنوي فلسطين 2020. رام الله- فلسطين. ص 56. والبيانات المفتوحة على الموقع الإلكتروني للبنك الدولي: <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

تشير البيانات إلى أنّ فلسطين قد أحرزت تقدماً في تخفيض هذين المؤشرين على مدار السنوات السابقة، فهناك انخفاض ملموس فيهما خلال الفترة ما بين عامي 1990 و2020؛ إذ انخفض هذان المؤشران، على التوالي، من معدّل 35.1 و39 حالة وفاة عام 1990 إلى 6.9 و8.2 في العام 2020 كما ذكر سابقاً؛ ويعود ذلك جزئياً إلى التغطية الشاملة للتطعيمات؛ ففي العام 2020 بلغت تغطية كل مطاعيم الأطفال دون سنّ السنتين نسبة الاكتمال عدا جرعتي (IVP، HB) فبلغت 99.8% و99.6% على التوالي⁴. وتجدر الإشارة هنا إلى تحقيق فلسطين للغاية الثانية من الهدف الثالث لأهداف التنمية المستدامة 2030، والتي تنص على خفض معدّل وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى أقلّ من 12 لكل 1000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى أقلّ من 25 لكل 1000 مولود حي⁵.

الأسباب الرئيسية للوفاة: بلغ عدد الوفيات المبلغ عنها في العام 2020 نحو 13 ألف حالة وفاة، منها نحو 7.8 ألف حالة وفاة (60.4%) في الضفة الغربية، و5.1 ألف حالة وفاة (39.6%) في قطاع غزة. يبين الجدول (3) الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة⁶. ومن المتوقع أن يتوفّى حوالي 21% من البالغين في فلسطين، قبل سنّ الـ 70 عاماً، وتعتبر هذه النسبة مرتفعة على نحو كبير إذا ما قورنت بدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (12.4%) كما وتعتبر مرتفعة إذا ما قورنت بدول الشرق الأوسط (18.8%) والعالم (18.7%). فبالرغم من نجاح فلسطين في مجال الرعاية الصحية في مجال السيطرة أو الحدّ من العديد من الأمراض المعدية، لكنّها ما زالت محدودة في الحدّ من الإصابة بالأمراض غير المعدية (المزمنة). ويعود ذلك بشكل رئيسي إلى تفشي نمط الحياة غير الصحي بشكل عام مثل اتباع أنظمة غذائية سيئة عالية السكريات والدهون، والإكثار من الأغذية المصنعة، والتدخين، وقلة النشاط البدني؛ وتستدعي هذه النسبة العالية من حالات الوفاة المرتبطة بهذه الأمراض وضع تدخلات لتعديل نمط الحياة لدى السكان واتباع أنماط حياة صحية⁷.

4 نفس المرجع السابق. ص 18.

5 بلال فلاح وآخرون. مرجع سابق. ص 49.

6 وزارة الصحة (2021). مرجع سابق. ص 56.

7 بلال فلاح وآخرون. مرجع سابق. ص 49-50.

جدول (3): الأسباب العشرة الرئيسية للوفيات المسجلة في فلسطين خلال العام 2020

الترتيب	سبب الوفاة	النسبة المئوية
1	أمراض القلب الوعائية	24.7%
2	مضاعفات مرض السكري	14.6%
3	السرطان	14.1%
4	الجلطات الدماغية	10.7%
5	فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)	11.0%
6	أمراض الجهاز التنفسي	5.5%
7	وفيات الأوضاع حوالي الولادة للمواليد الجدد	4.7%
8	الحوادث	3.7%
9	الفشل الكلوي	3.4%
10	التشوهات الخلقية	2.7%

المصدر: وزارة الصحة (2021): التقرير الصحي السنوي فلسطين 2020. رام الله- فلسطين.

جدول (4): معدّل الخصوبة في فلسطين مقارنة بالدول الأخرى في العام 2019*

المؤشر/الدولة	فلسطين	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	العالم العربي	العالم
معدّل الخصوبة الكلي	4.1	2.7	2.5	2.8	1.7	3.2	2.4

المصدر: وزارة الصحة (2020): التقرير الصحي السنوي فلسطين 2019. رام الله- فلسطين. ص 12. والبيانات المفتوحة على الموقع الإلكتروني للبنك الدولي: <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

معدّل الخصوبة: يبين الجدول (4) أنّ معدّل الخصوبة في فلسطين قد بلغ 4.1 في العام 2019، ويتضح أنّه مرتفع بالمقارنة مع المعدّل العالمي ودول المقارنة، ويؤدي ذلك إلى ارتفاع الزيادة السكانية التي بلغت 2.5% في العام 2020.

الصحة الإنجابية: تتعلق الصحة الإنجابية بصحة الأم والطفل قبل وخلال وبعد الإنجاب. يبين الجدول (5) بعض المؤشرات الخاصة بالصحة الإنجابية. ويتبين منه أنّ معدّل وفيات الأمهات في فلسطين قد بلغ في عام 2015 حوالي 15.7 وفاة لكل 100 ألف مولود حيّ. ويزيد هذا العدد عن المعدّل في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ويقل عنه في الأردن ودول الشرق الأوسط. كما يقل كثيراً عن معدّل الوفيات في الدول ذات الدخل المتوسط-المنخفض ودول العالم بشكل عام. تتسبب عدة عوامل في وفيات الأمهات، ومن أهمها تفاقم المشاكل الصحية أثناء الحمل أو الولادة أو في غضون 42 يوماً من انتهاء الحمل. في حين بلغت نسبة النساء ضمن عمر الإنجاب (ما بين 15-49 سنة) اللاتي يستخدمن الأساليب الحديثة لتنظيم الأسرة 78.5%. وتضاهي هذه النسبة نظيراتها في الدول الأخرى.

جدول (5): مؤشرات الصحة الإنجابية في فلسطين ودول المقارنة

الدولة/المؤشر	السنة	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض- المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	فلسطين	العالم
معدل وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100 ألف مولود حي)	2015	58.00	260.00	81.00	14.00	15.70	216.00
معدل الوفيات، حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي)	2017	10.10	23.90	12.70	3.70	11.30	18.00
انتشار وسائل منع الحمل (نسبة مئوية من عدد النساء بعمر 15-49 سنة)	2014 للأردن، 2016 لفلسطين، و2010 لباقي الدول.	83.8	52.09	57.84	70.52	78.5	62.61
الأطفال من ذوي الوزن المنخفض عند الولادة (نسبة مئوية من الولادات)	2016 للأردن وفلسطين و2010 لباقي الدول.	%13.0	%13.06	%13.06	%8.06	%5.70	%10.60
انتشار فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب (نسبة مئوية من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة)	2016	%34.70	%43.10	%34.23	%17.39	%29.40	%32.80

● واقع النظام الصحي الحكومي

يدير ويشرف على النظام الصحي الفلسطيني⁸ أربعة أطراف رئيسية هي وزارة الصحة الحكومية (والخدمات الطبية العسكرية)، ووكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص. وتتشارك هذه الأطراف المختلفة في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمواطنين بمختلف مستوياتها: الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الثانوية والثالثية. يناقش هذا الجزء من التقرير ما يتعلق بالنظام الصحي الحكومي (التشخيصي، والعلاجي، والوقائي، والتأهيلي).

الرعاية الصحية الأولية: تتناول الصحة بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية الشاملة، وجوهرها هو توفير الرعاية ككل والاحتياجات الصحية للمواطن طوال فترة حياته، ولا تقتصر على مجموعة من الأمراض المحددة. وتضمن الرعاية الصحية الأولية حصول الأشخاص على رعاية صحية شاملة، تتراوح بين الإرشاد والوقاية إلى العلاج.

ارتفع عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة من 203 مراكز في نهاية العام 1994 إلى 475 مركزاً في العام 2020 بزيادة بلغت 134%. وتصنف وزارة الصحة مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى أربعة مستويات⁹ بالإضافة إلى عيادات متقلة. ويقدم 282 مركزاً من هذه المراكز خدمات تنظيم الأسرة في الضفة الغربية، فيما يقدم 234 مركزاً منها عيادة طبية تخصصية، ويقدم 40 مركزاً منها خدمات صحة الفم والأسنان، فيما تقدم الخدمات المخبرية في 200 مختبر، وتقدم خدمة الحمل الخطر في 78 مركزاً، بينما تقدم خدمات تصوير الثدي الشعاعي في 12 مركزاً، والأشعة في 17 مركزاً.

صحة المرأة: بلغ العدد الإجمالي لزيارات الحوامل لمراكز الرعاية الصحية الأولية نحو 97.4 ألف زيارة في العام 2020، تم تحويل نحو 5 آلاف منها إلى عيادات الحمل الخطر في مختلف المحافظات.

رعاية الطفل: قامت وزارة الصحة منذ العام 2016 برفع سنّ الأطفال الذين يتلقون الخدمة الصحية المجانية في مراكزها من 3 سنوات إلى 6 سنوات، وخلال العام 2020 سجلت مراكز رعاية الأطفال 425 ألف زيارة، وبلغ عدد الأطفال الذين تلقوا خدمات الرعاية من قبل الطبيب في مراكز وزارة الصحة نحو 46.4 ألف طفل.

فقر الدم لدى الأطفال على عمر 12 شهراً: بلغت نسبة فقر الدم (الأنيميا) بين الأطفال المفحوصين على عمر 12 شهراً 4.32% في مختلف محافظات الضفة الغربية خلال العام 2020.

الرعاية الصحية الثانوية والثالثية في فلسطين: أبرز ما يمكن الإشارة إليه هنا هو الآتي:

المستشفيات في فلسطين: بلغ عدد المستشفيات العاملة في فلسطين 87 مستشفى في العام 2020، يعمل 53 مستشفى (61%) منها في الضفة الغربية بما فيها القدس الشرقية، وبلغ إجمالي عدد أسرّة المستشفيات (بما في ذلك مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية) 6,552 سريراً، بمعدل 12.8 أسرة لكل 10,000 نسمة من السكان (أي 1.28 لكل ألف). ويبين الجدول (6) أنّ عدد الأسرّة لكل ألف من السكان قريب من مثيله في الأردن والعالم العربي ودول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ولكنّه أقل بنحو 1.6 أسرة بالمقارنة مع المعدل العالمي، وهو أقل من الثلث بالمقارنة مع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

8 النظام الصحي: المجموع الكلي لمؤسسات وفعاليات الدولة ومواردها البشرية وإمكاناتها الفنية المتاحة والموظفة لتقديم الخدمات الصحية التي تلبى حاجات المواطن. النظام الصحي الجيد هو النظام القادر على تقديم خدمات صحية شاملة لكافة السكان، بتكلفة معقولة ونوعية جيدة، ويلبي حاجات الناس ويحقق العدالة والمساواة بين جميع السكان، مع إمكانية الوصول إلى الخدمات نفسها وبشكل مستدام. المصدر: أبو مغلي، فتحي (2021): اللقاء التشاوري الثالث الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة في دولة فلسطين ونظام التأمين الصحي المطلوب. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس). رام الله - فلسطين.

9 المستوى الأول: يقدم الخدمات الوقائية (الرعاية الصحية للأُم والطفل والتحصين (التطعيم)، والتثقيف الصحي)، والخدمات العلاجية (الإسعافات الأولية). المستوى الثاني: يقدم الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية (طب عام، مختبر (في بعض العيادات)). والمستوى الثالث: يوفر الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية (طب عام، ومختبر طبي متخصص، طب أسنان، عيادات اختصاص)، والمستوى الرابع: الخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية (طب عام، وطب الأسنان، وعيادات اختصاص، ومختبر طبي متخصص، وأشعة).

جدول (6): عدد الأسرة لكل ألف من السكان في فلسطين ودول المقارنة في العام 2020*

المؤشر/الدولة	فلسطين	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	العالم العربي	العالم
معدّل أسرة المستشفيات لكل 1000 من السكان	1.28	1.5	2.3	1.5	5	1.4	2.9

المصدر: وزارة الصحة (2021): التقرير الصحي السنوي فلسطين 2020. رام الله- فلسطين. ص 28. والبيانات المفتوحة على الموقع الإلكتروني للبنك الدولي: <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>.
*اعتمد الباحث العام 2020 لفلسطين، ولكن تختلف السنوات المتعلقة بالدول الأخرى.

تملك وزارة الصحة وتدير 54.8% من أسرة المستشفيات، ويبلغ عدد مستشفيات وزارة الصحة 28 مستشفى، بسعة سريرية قدرها 3,590 سريراً. يوجد 15 مستشفى منها في الضفة الغربية، بسعة سريرية قدرها 1,760 سريراً، وهو ما يعادل 49% من مجمل أسرة المستشفيات. ويتضح أن هناك ضغطاً على مستشفيات وزارة الصحة، ففي العام 2020 بلغت نسبة إشغال الأسرة 95%، وبلغ معدّل المكوث للمريض فيها 2.6 يوماً، كما تم إجراء نحو 53.5 ألف عملية جراحية في العام 2020، وبلغ عدد الولادات الحيّة المسجّلة نحو 38 ألف مولود، فيما تم إجراء نحو 11 ألف عملية قيصرية.

عدد الأطباء: بلغ عدد الأطباء في فلسطين 13,507 أطباء في العام 2020، أي أن هناك 3 أطباء لكل ألف مواطن¹⁰. يوضح الجدول (7) أن معدّل الأطباء في فلسطين مرتفع بشكل ملحوظ مقارنة مع كل من المعدّل العالمي (1.8) والعالم العربي (1.1) والأردن (2.3) ودول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (1.4) والدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط (1.4)، ولكنّه أقل بنحو 0.8 بالمقارنة مع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (3.8).

جدول (7): عدد الأطباء لكل ألف من السكان في فلسطين ودول المقارنة*

المؤشر/الدولة	فلسطين	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	العالم العربي	العالم
عدد الأطباء لكل 1000 من السكان	3	2.3	1.4	1.4	3.8	1.1	1.8

المصدر: وزارة الصحة (2021): التقرير الصحي السنوي فلسطين 2020. رام الله- فلسطين. والبيانات المفتوحة على الموقع الإلكتروني للبنك الدولي: <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>.
*اعتمد الباحث العام 2020 لفلسطين، ولكن تختلف السنوات المتعلقة بالدول الأخرى.

الكوادر الطبية البشرية في وزارة الصحة؛ تُعتبر وزارة الصحة المشغل الأكبر للكوادر البشرية العاملة في القطاع الصحي في فلسطين، وفي العام 2020 بلغ عدد العاملين في وزارة الصحة نحو 14 ألف موظف كما يتضح في الجدول (8).

جدول (8): توزيع أعداد الكوادر البشرية في وزارة الصحة حسب التخصص والمنطقة، 2020

التخصص والمنطقة	أطباء عامون	أطباء اختصاص	أطباء أسنان	صيادلة	تمريض	قبالة	مهن مساندة	إدارة وخدمات	المجموع الكلي
الضفة الغربية	842	519	76	287	2,777	398	1,309	2,106	8,314
قطاع غزة	641	356	93	190	1,117	70	620	2,608	5,695
المجموع	1,483	875	169	477	3,894	468	1,929	4,714	14,009

المصدر: وزارة الصحة (2021). مرجع سابق. ص 28.

تبعاً لبعض المحللين المختصين بالشؤون الفلسطينية، فإنه وبعد قيام السلطة الوطنية وتسلمها لمهام وزارة الصحة في العام 1994 راهنت إسرائيل على انهيار القطاع الصحي في مدة لا تتجاوز ثلاثة أشهر. إلا أنه وبشكل غير متوقع فقد تم إنجاز عملية إصلاح واسعة في هذا المجال. لكن استدامة عملية الإصلاح هذه أصبحت اليوم بعيدة المنال إلى حد كبير بات معه موضوع الاستدامة حلماً للمواطن الفلسطيني، وكابوساً مطوّري ومنفذي السياسات الصحية، حيث إن مخاطر أكثر تحدياً أخذت تنتشر على نحو متزايد. وعليه غدا تطوير خطة استمرارية العمل لوزارة الصحة الفلسطينية حاجة ملحة يجب أن تؤخذ على محمل الجد من قبل إدارة هذه الوزارة¹¹.

وتشير بعض التقارير¹² إلى أن القطاع الحكومي يتحمل النسبة الأكبر من الصرف على الخدمات الصحية بنحو 42%، مقابل 24.5% للإنفاق الأسري، و21.4% للمنظمات غير الحكومية، و11.8% لوكالة الغوث. ويواجه النظام الصحي العديد من المشكلات منها اعتماد هيكلية وزارة الصحة الحالية الإدارة المركزية المطلقة، وعدم وضوح الأدوار واتخاذ القرارات، وضعف الكوادر اللازمة في مجال التخطيط ورسم السياسات والاستراتيجيات، وعدم توفر أنظمة صحية ومعايير واضحة لتقييم الأداء، كما أن زيادة نسبة الأمراض المزمنة والإعاقات يزيد من الأعباء والضغط على الموارد المحدودة.

وبالرغم من تحقيق إنجازات مهمة في مجال الخدمات الصحية، وهو ما انعكس إيجاباً في المؤشرات الرئيسية سائلة الذكر (مثل: تحسّن مؤشر وفيات الأطفال، والتغطية في التطعيمات، وارتفاع العمر المتوقع عند الولادة، وغيرها). لكن هناك تحديات تواجه هذا النظام، من أهمها:

1. الزيادة المطردة في الطلب على الخدمات الصحية التابعة لوزارة الصحة، سواء الخدمات المقدمة من المؤسسات الصحية الحكومية، أو من خلال نظام التحويل للعلاج خارج هذه المؤسسات.
2. ارتهان تطوّر الخدمات الطبية واستمرارها بتوفير الدعم الخارجي؛ ما يضع علامة استفهام على استدامة هذه الخدمات، ويضع على عاتق الجهات المعنية مهمة التفكير بصورة استراتيجية في هذه المسألة، بما في ذلك إحداث تغيير جذري في النظام الصحي، وتعزيز درجة الاعتماد على الذات في تمويل البرامج المهمة.
3. استمرار التركيز على خدمات الطوارئ يضعف إمكانية تطوير الخدمات الصحية الأساسية، وبالتالي ضعف إمكانية متابعتها وتحسين نجاعتها.

في كثير من الأحيان تعطي الأرقام والمؤشرات الخاصة بالنظام الصحي انطباعاً جيداً عن واقع القطاع وتطور الخدمات التي يوفرها. إلا أن العضلة الأساسية تتمثل في أن غالبية المؤشرات تظل كمية وأحياناً صمّاء. وتبدو تلك المؤشرات الكمية قاصرة عن تكوين الانطباع الدقيق، وتظل كذلك عاجزة عن تشخيص واقع القطاع الصحي والاختلالات التي يعانيها. وهي بحاجة لدراسة أعمق وأكثر شمولاً بحيث تطل آليات العمل وأدوات تطبيق القانون والأنظمة. إذ لا يكفي أن تكون نصوص القانون وأنظمتها جيدة، بل من المهم الوصول إلى مؤشرات نوعية تستند لأسس العدالة والشمولية وجودة الخدمات في المجال الصحي، وتقليل الاعتماد على الأطراف الخارجية في تأمين الموارد والاحتياجات، إضافة إلى تعزيز إدارة بنية القطاع الصحي والعاملين والمسؤولين فيه وفق قيم النزاهة ومبادئ الشفافية ونظم المساءلة.

11Asma' Ibrahim Khre Samara (2012): Continuity Management the Palestinian Health Care Sector. An-Najah National University. Palestine. P.ب.

12 الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان) (2007): النزاهة والشفافية والمساءلة في الخدمات الصحية الحكومية (سلسلة التقارير 8). رام الله- فلسطين. ص 3.

تحليل النفقات على الخدمات الصحية الحكومية

يتناول هذا الجزء من التقرير الإنفاق الحكومي على الصحة، والذي يتمثل في موازنة وزارة الصحة، وتحليلها بحسب أنواع النفقات المختلفة.

يوضح الجدول (9) سلوك الموازنة الفعلية لوزارة الصحة ونسبتها من إجمالي النفقات الفعلية في الفترة 2016-2021؛ ويتبين أن هناك ارتفاعاً مطّرداً في هذه الفترة، إلى جانب ارتفاع طفيف في العام 2020، بنحو 62 مليون شيكل (3.5%) نتيجة لجائحة كورونا. أما في العام 2021 فقد ارتفعت موازنة وزارة الصحة بشكل ملحوظ (24.5%) بنحو 470 مليون شيكل¹³.

جدول (9): موازنة وزارة الصحة ونسبتها من إجمالي النفقات في الفترة 2016-2021 (مليون شيكل)

السنة	موازنة وزارة الصحة	إجمالي النفقات في الموازنة العامة	نسبة موازنة وزارة الصحة من إجمالي النفقات
2016	1,699.3	14,762.1	11.51%
2017	1,734.6	16,290.6	10.65%
2018	1,787.7	16,599.0	10.80%
2019	1,784.5	16,423.7	10.90%
2020	1,846.5	15,944.0	11.60%
2021	2,316.1	16,120.3	14.40%
2022	2,621.2	18,723.2	14%

المصدر: وزارة المالية. كتاب الموازنة العامة للأعوام 2016 حتى 2021. رام الله - فلسطين.

الجانب الأهم الآخر من حجم موازنة وزارة الصحة هو كيفية توزيع هذه النفقات؛ فكما يتبين من الجدول (10) فإن معظم موازنة الوزارة (نحو 93% منها) يذهب لبندّي الرواتب والأجور، والنفقات التشغيلية، بينما تُشكل البنود الأربعة الأخرى مجتمعة نحو 7% من حجم الموازنة. ويُعد ذلك أحد التحديات في تأمين النفقات الرأسمالية والتطويرية؛ إذ يجب أن تكون حصتهما أكبر من ذلك حتى تتناسب مع طبيعة عمل وزارة الصحة وحاجتها المستمرة للتطوير والتحديث لمواكبة المستجدات الطبية. وبالرغم من حصول تطور إيجابي في حجم النفقات التطويرية من حيث القيمة، إذ ارتفعت من 1.9 مليون شيكل في العام 2016 إلى نحو 68.1 مليون شيكل في العام 2019 إلا أنها عادت لتتراجع بشكل طفيف في العام 2020، وبشكل حاد في العام 2021؛ إذ أصبحت 25.7 مليون شيكل. وجدير بالذكر هنا أن الإنفاق الفعلي على وزارة الصحة ارتفع في العام 2021؛ سواء من حيث الموازنة المقدّرة أو الموازنة الفعلية أو من حيث نسبة موازنة وزارة الصحة من إجمالي النفقات، ولكن هذه الزيادة انعكست بشكل رئيسي في بندّي الرواتب والأجور والسلع والخدمات، في حين كان هناك انخفاض ملموس في كل من النفقات الرأسمالية والتطويرية.

13 المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية «مفتاح» (2022): التقرير السنوي للإنفاق الفعلي المقارن 2020-2021 وزارة الصحة 2022. رام الله - فلسطين. ص 4.

جدول (10): توزيع موازنة وزارة الصحة حسب بنود النفقات في الفترة 2016-2021 (بالشيكل)

مجموع نفقات وزارة الصحة	النفقات التطويرية		النفقات الرأسمالية		النفقات التحويلية		النفقات تشغيلية		المساهمات الاجتماعية		الرواتب والأجور		السنة	
	النسبة من موازنة الوزارة	القيمة	النسبة من موازنة الوزارة	القيمة	النسبة من موازنة الوزارة	القيمة	النسبة من موازنة الوزارة	القيمة	النسبة من موازنة الوزارة	القيمة	النسبة من موازنة الوزارة	القيمة		
100.0	1699.3	0.1	1.9	0.5	9	1	15.3	51.1	868.1	3.8	65.4	43.5	739.6	2016
100.0	1,734.60	0.4	7.8	0.5	8.5	1	15.3	49.1	852	3.9	68.2	45.1	782.7	2017
100.0	1,787.30	1.2	22.2	0.6	11	1	15.3	47.8	853.9	4.1	73.3	45.4	812.1	2018
100.0	1,784.50	3.8	68.1	0.5	9.6	0	0	52.1	930.1	2.6	46.1	40.9	730.6	2019
100.0	1,846.50	3.5	65.1	4.0	73.2	0	0	51.9	958.7	3.4	62.1	37.2	687.3	2020
100.0	2,316.10	1.1	25.7	0.9	20.7	0	0	56.3	1,303	3.2	74.2	38.5	892.6	2021

المصدر: وزارة المالية. كتاب الموازنة العامة للأعوام 2016 حتى 2021. رام الله - فلسطين. النسب المئوية من احتساب الباحث.

فيما يتعلق بالنفقات التشغيلية¹⁴ يتضح استحوادها على ما يزيد عن نصف موازنة وزارة الصحة، كما يتضح ارتفاعها أيضاً من حيث القيمة في الأعوام الثلاثة الأخيرة فقد ارتفعت بنحو 76.2 مليون شيكل في العام 2019، ونحو 28.6 مليون شيكل في العام 2020، وازدادت بشكل ملحوظ في العام 2021 بنحو 344 مليون شيكل.

وفيما يتعلق أيضاً بالإنفاق الحكومي على الصحة، فمن اللافت وجود فجوة تمويلية بقيمة 662 مليون دولار بين كل من المخصصات المالية المقدّمة من قبل وزارة الصحة، في خطتها الاستراتيجية (2017-2022) من جهة، والسقوف المالية المخصصة لتلك الخطط من قبل وزارة المالية من جهة أخرى، الأمر الذي أثار وبشكل مباشر على البرامج التنموية والتطويرية للوزارة المتعلقة بتحقيق مؤشرات العدالة والشمول الاجتماعي، فيما بلغت فجوة الصرف الفعلي عن المخصص المالي ما قيمته 105.9 مليون دولار للعام المالي 2017؛ أي ما يشكل 19% من إجمالي المخصص المالي، اقتطعت من المخصصات التشغيلية والتطويرية، علماً أنّ الأصل في الخطط الاستراتيجية التي تعدّها مراكز المسؤولية أن تنسجم مع الرؤيا الشمولية لوزارة المالية، وألا تزيد الانحرافات والفجوات المالية فيها عن هوامش معقولة قابلة للضبط.¹⁵

كما يجدر التنويه بشكل عام إلى أنّ هناك اتّساعاً في الهوة بين الإنفاق الجاري والإنفاق التطويري التنموي، حيث شكّل الإنفاق الجاري معظم هيكل الإنفاق العام بنسبة (80%)¹⁶، الأمر الذي يعطي مؤشراً على استمرار المنحى الإغاثي الاستهلاكي للسياسات المالية على حساب الإنفاق التطويري التنموي، ما يحد من قدرة الموازنة العامة على خلق مصادر تمويل ذاتية مستدامة، وبخاصة في ظلّ التراجع الملموس في حجم المساعدات والمنح الخارجية لدعم الموازنة الجارية¹⁷.

14 النفقات التشغيلية أو السلع والخدمات: تشمل بشكل عام النفقات اللازمة لتشغيل الوزارة أو المؤسسة العامة، مثل: أجور المباني، والمياه، والمحروقات، وغيرها. وتشمل هذه النفقات في وزارة الصحة التحويلات الطبية، وشراء الأدوية.

15 بكر اشّية، الإنفاق الحكومي على القطاع الاجتماعي من منظور العدالة الاجتماعية. المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية "مفتاح". رام الله - فلسطين. 2018. ص 9.

16 هيكل الإنفاق العام يشمل الرواتب والأجور، والنفقات التشغيلية، والنفقات التحويلية، وصافي الإقراض، والنفقات التطويرية.

17 بكر اشّية. مرجع سابق. 2018. ص 23.

أما عن تركيبة النفقات الجارية، فتستمر السيطرة لبند الرواتب والأجور على هيكل الإنفاق الجاري بنسبة 43% لموازنة وزارة الصحة، فيما تستقر حصة النفقات التحويلية عند نحو ربع النفقات الجارية. أما من حيث تقسيم النفقات العامة حسب القطاعات، فتستحوذ المؤسسة الأمنية على نحو ربع النفقات العامة، وهي حصة توازي مجموع الإنفاق على قطاعي التعليم والصحة.

مرة أخرى، مخصصات وزارة الصحة كبيرة، وتستحوذ على نسبة معتبرة من الإنفاق العام، وهي في تطور مستمر وباتجاه تصاعدي. الأرقام في ظاهرها جيدة، لكنها غير كافية مقارنة بمتطلبات النهوض بالقطاع الصحي ومكوناته. كما أن توزيع النفقات في القطاع الصحي الحكومي واستحواد النفقات التشغيلية على حصة كبيرة على حساب الإنفاق التطويري والرأسمالي، لا يدل على وجود استراتيجية ومنهجية واضحة وقابلة للتطبيق. شح الموارد المالية وتعدد الاحتياجات يستدعي إعادة النظر بهيكل الإنفاق ورفع القدرة على التمويل. الإصلاح يبدأ أولاً بالقدرة على الاستغلال الأمثل للموارد المحدودة، وهذا هو جوهر الكفاءة والفعالية في استخدام الموارد.

◀ مشكلات نظام التأمين الصحي والعلاج في الخارج ومحاولات الإصلاح

■ مشكلات (تحديات) التأمين الصحي الحكومي

- أكد قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م على أنّ من مهام وزارة الصحة توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانيات المتوفرة. كما نظمت العديد من قرارات مجلس الوزراء التأمين الصحي، ومنها:
 - قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي وتعديلاته¹⁸.
 - قرار رقم (10) لسنة 2007م بشأن التنسيب إلى رئيس السلطة تعليق العمل بنص المادة (88) من القانون الأساسي لعام 2003م وإعفاء المواطنين في المحافظات الجنوبية من دفع الضرائب العامة والرسوم.
 - نظام رقم (2) لسنة 2009م بشأن التأمين الصحي الإلزامي للمحامين النظاميين: يُطبَّق هذا النظام على المحامين المسجلين في سجلات المحامين المزاولين والمتدربين والمتقاعدين كافة.
 - قرار مجلس الوزراء رقم (19) لعام 2010م بنظام إعفاء الأسرى المحررين من رسوم التعليم المدرسي والجامعي والتأمين الصحي والدورات التأهيلية وتعديلاته.
 - نظام التأمين الصحي الحكومي للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021م¹⁹.

يتضح من التشريعات أعلاه أنّ إدارة التأمين الصحي تقوم على ردود فعل، دون الاستناد إلى دراسة علمية ومعايير لآلية إدخال المواطنين إلى التأمين الصحي، ودون استراتيجية واضحة لتطوير نظام التأمين الصحي وشموليته وتحقيقه للمساواة بين المواطنين.

تختص إدارة التأمين الصحي في وزارة الصحة بوضع السياسات والخطط الخاصة بأنظمة التأمين الصحي والإشراف على تنفيذها، سعياً لتحقيق رؤية شاملة مضمونها توفير الخدمة الصحية المتميزة لجميع المواطنين على قدم المساواة، مع الأخذ بعين الاعتبار مقدرة كل مواطن على الدفع وليس فقط حاجته للخدمة الصحية²⁰. وقد بلغ عدد بطاقات التأمين الصحي في العام 2020 نحو 357 ألف بطاقة من فئات مختلفة كما يتبين في الجدول (11)، وبلغ العائد منها نحو 314 مليون شيكل.

18 بموجب هذا النظام فإن الاشتراك في هذا التأمين تلقائي لموظفي القطاع الحكومي، ويجوز الانضمام الاختياري لنظام التأمين الصحي من قبل أي مؤسسة مرخصة بموجب تعاهد وتعهد بتسديد رسم التسجيل وأقساط التأمين المطلوبة بشكل جماعي للعاملين كافة. يقوم المؤمن عليه بتغطية جزء من تكاليف العلاج خارج مراكز الوزارة وتقوم الوزارة بتغطية الجزء المتبقى من التكاليف وفقاً للأنظمة المعمول بها في الوزارة. وهناك مستفيدون من غير المؤمنين مثل الأطفال حتى سن ثلاث سنوات ولكن في العلاج خارج مراكز الوزارة، يشترط أن يكون لدى العائلة تأمين صحي ساري المفعول، وكذلك كل من يتعرض لإصابات أثناء فعاليات مدرسية ومراكز التدريب المهني الرسمية والمؤسسات الحكومية الأخرى بما لا يتعارض مع القانون أو أية أنظمة حكومية أخرى.

19 تُطبَّق أحكام هذا النظام على الأشخاص ذوي الإعاقة وأسْرهم، ويهدف هذا النظام إلى ضمان حقّ الأشخاص ذوي الإعاقة وأسْرهم في التأمين الصحي الشامل والمجاني، وتعتبر الخدمات الصحية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسْرهم من قبل الوزارة بموجب أحكام هذا النظام مجانية دون أية رسوم أو مقابل مالي.

20 وزارة الصحة: الخطة الاستراتيجية الوطنية 2017-2022 لوزارة الصحة الفلسطينية. <https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar>

جدول (11): توزيع التأمين الصحي حسب نوعه وأعداد الأسر المستفيدة
والعائد السنوي في العام 2020

نوع التأمين	عدد بطاقات التأمين الصحي المستفيدة	العائد السنوي (بالشيكل)
الإلزامي (حكومي)	78,252	92,375,914
الطوعي (اختياري)	2,664	675,710
العمال داخل الخط الأخضر	66,025	64,349,955
العقود الجماعية	17,771	59,106,553
وزارة التنمية الاجتماعية	51,387	29,839,150
الأسرى والمحروون	18,878	10,883,950
أسر الشهداء	5,717	3,395,750
النقابات	77,835	-
العاطلون عن العمل	18,105	-
مساهمات (دواء، أشعة، مختبر)	-	54,033,229
مجاني	20,184	0
المجموع	356,818	314,660,211

المصدر: وزارة الصحة (2021). مرجع سابق. ص 38.

جدول (12): التوزيع النسبي للمؤمنين بحسب طبيعة العمل

المنطقة	حكومي	وكالة الغوث	خاص	حكومي ووكالة	حكومي وخاص	وكالة وخاص	إسرائيلي	أخرى	المجموع	عدد المؤمنین صحياً
فلسطين	40.21%	18.96%	2.18%	36.29%	0.28%	0.86%	0.83%	0.39%	100%	3,458,227
الضفة الغربية	55.25%	20.69%	4.17%	15.80%	0.51%	1.21%	1.71%	0.66%	100%	1,669,830
قطاع غزة	26.17%	17.35%	0.33%	55.42%	0.06%	0.53%	0.00%	0.15%	100%	1,788,397

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2018): النتائج الأولية لتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017. رام الله - رام الله - فلسطين.

نجم عن آلية منح التأمين الصحي تحمّل الحكومة للنسبة الأكبر (40.21%) من عدد المؤمنین، كما يبين الجدول (12)، يليها (حكومي ووكالة الغوث معا) (36.29%) ثم وكالة الغوث (18.96%) وبحسب الجدول (12) فإن نسبة الأفراد المؤمنین صحياً تبلغ نحو 68.6% وهي أقل من نظيرتها لعام 2017 إذ بلغت في حينه 79%.

كما ترتب على ذلك أيضاً حصول مواطنين على التأمين الصحي دون أن يكونوا مستحقين له من خلال كثير من القرارات غير المدروسة بمنح التأمين، والتي قد تُفضي إلى شبهات فساد، ورتب عليها تكاليف مالية باهظة تتكبدها الخزينة، يمكن إيجازها بما يأتي²¹:

21 فادي ربايعه، وآخرون. إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي. هيئة مكافحة الفساد. رام الله - فلسطين. 2018. ص 65-68.

التأمين المُخصَّص للنقابات العمالية: وقَّعت وزارة الصحة عدداً من الاتفاقيات مع النقابات العمالية المختلفة، منحت الوزارة بموجبها باقية من التسهيلات والخدمات تفوق تلك الممنوحة لحاملي بطاقات التأمين الأخرى²²؛ وهذه الامتيازات يُمكن أن تفتح شهية الفئات الأخرى للانضمام لهذا النوع من التأمين الصحي؛ ما يشكل فرصة قوية لانحراف القرار الإداري بمنح أحد المواطنين التأمين المُخصَّص للنقابات رغم عدم استحقاقه لهذا النوع من التأمين بناءً على كتاب أو وثيقة من إحدى النقابات العمالية (مقابل رسوم اشتراك دون أن تتحمَّل أيَّة أعباء مالية لقاء ذلك) تُؤكِّد تبعيَّته للنقابة.

التأمين الجماعي:²³ (مثل التأمين المُخصَّص للجنة الزكاة أو التأمين المُخصَّص للنقابات المهنية، أو تأمين الفلاحين): تحصل هذه التأمينات على امتيازات تتفاوت وفق طبيعة الاتفاقية مع وزارة الصحة. فعلى سبيل المثال منحت وزارة الصحة لجنة زكاة نابلس امتيازات أفضل من تلك الممنوحة للجان الزكاة المختلفة. وتبقى احتمالية وقوع الانحراف قوية نظراً لعدم مقدرة إدارة التأمين الصحي على الرقابة على قرار المنح الصادر من قبل المؤسسات ذات العلاقة كالنقابات المهنية.

تأمين الطالب: تمنح وزارة الصحة للطلبة المُسجّلين لدى المؤسسات التعليمية بمختلف أنواعها (خاصة أو حكومية) بغض النظر عن مستواهم الأكاديمي نوعاً خاصاً من التأمين الصحي يمتاز بانخفاض قيمة القسط الشهري؛ وبناءً عليه فقد يصبح القرار الإداري هنا عُرضة للانحراف عبر منح التأمين لغير الطلبة.

تأمين مجاني لأُسَر الشهداء وعائلات الأسرى في سجون الاحتلال أو المحررين من المعتقلات الإسرائيلية، أو للمواطنين القاطنين في المناطق البدوية المتاخمة لجدار الفصل العنصري والمهددة بالتهجير: يُمنح هذا التأمين بناءً على وثائق من المؤسسة ذات العلاقة، مثل: مؤسسة رعاية أُسَر الشهداء والجرحى، وهيئة شؤون الأسرى والمحررين، وغيرها، دون أي سيطرة لإدارة التأمين الصحي على تلك الوثائق، فالأمر مرهون بمستوى الشفافية والنزاهة التي تتمتع به هذه المؤسسات، لا سيما وأن برنامج التأمين الصحي المُحوَّسب غير مرتبط مع هذه المؤسسات؛ ما يصعب عملية التأكد من البيانات والوثائق.

تأمين مجاني للمواطنين من سكان البلدة القديمة في الخليل:²⁴ يُمنح هذا التأمين بشرط قيام طالب التأمين بإحضار وثيقة تُثبت أنه من سكان البلدة القديمة يحصل عليها من «لجنة إعمار الخليل». ويتمثل الانحراف المحتمل هنا بمنح شخص تأميناً مجانياً رغم كونه من غير سكان البلدة القديمة أو أنه لم يعد من سكانها.

تأمين صحي مجاني للأسير المُحرَّر الذي أمضى أقل من سنة واحدة في المعتقلات الإسرائيلية، والذي يعاني من عجز صحي تزيد نسبته عن 60%: تكمن احتمالية الانحراف هنا بمنح الأسير المُحرَّر هذا التأمين رغم عدم انطباق الشروط الخاصة بذلك كأن يكون العجز الصحي أقل من النسبة المقررة.

تأمين صحي مجاني خاص بالعاطلين عن العمل: قد يتعرَّض هذا القرار كغيره من القرارات التي تتخذها إدارة التأمين الصحي لإساءة الاستخدام، عبر منح هذا التأمين لفئات غير مُستحقة له.

إضافة مرافقين إلى التأمين الصحي الممنوح للمؤمنين ممن لا تنطبق عليهم الشروط القانونية، مثل: البنت العزباء، وذوي المؤمن البالغ عمرهم 60 سنة فما فوق، وغيرهم. وتجدر الإشارة هنا إلى أن عدم وجود نظام توثيق محوسب لإدخال البيانات والأوراق الثبوتية الخاصة بالمرافقين المنضمين إلى التأمين الصحي يزيد من احتمالية وقوع الفساد. فقصور النظام الإلكتروني المحوسب يجعل من الصعوبة بمكان على إدارة التأمين الصحي التدقيق في مدى صحة الإجراء الذي قام به الموظف في إحدى مديريات الصحة بإضافة مرافقين لأي تأمين صحي بشكل إلكتروني حتى دون الحاجة إلى توفر أوراق ثبوتية تدعم قراره.

22 من بين التسهيلات المالية والخدمات الممنوحة لحاملي تأمين النقابات أن القسط الشهري للتأمين يبلغ (50 شيكلاً) ويجوز أن يتم دفعه على أقساط، كما يتم تقديم الخدمة الصحية للمريض مباشرة من قبل المرافق الحكومية دون الحاجة إلى مراجعة وزارة الصحة للحصول على موافقة سابقة على الخدمة الطبية. كما أن الشخص الحاصل على التأمين يستفيد من سلة الخدمات الطبية مباشرة دون الحاجة للانتظار شهرين وفق الإجراء المتبع في بقية التأمينات الصحية. كما تبلغ نسبة التغطية المالية 90% على خلاف التأمين الاختياري الذي تبلغ فيه نسبة التغطية 65%.

23 التأمينات الجماعية هي عبارة عن اتفاقيات منفصلة تعقدتها وزارة الصحة مع مؤسسات مختلفة، تمنح بموجبها الوزارة عدداً من الامتيازات الخاصة بالتأمين الصحي. أصدر الرئيس الراحل ياسر عرفات قراراً رئاسياً في العام 1996 يقضي بمنح تأمين مجاني لكافة السكان الفلسطينيين القاطنين في البلدة القديمة في الخليل.

قيام موظف الحاسوب المركزي بمنح أو إدخال أو تغيير أو تعديل بيانات خاصة بالتأمين الصحي لدى إدارة التأمين الصحي؛ قد لا يكون لموظفي التأمين الصحي في المديرية سلطة تعديل أو تغيير بيانات خاصة بالتأمين الصحي بشكل تلقائي دون الرجوع إلى الإدارة العامة للتأمين الصحي لدى الوزارة، فهذه الصلاحيات محصورة فقط بيد مدير قسم الحاسوب في إدارة التأمين الصحي الذي يملك سلطة الدخول إلى الحاسوب المركزي للإدارة وتغيير أو تعديل أو شطب البيانات المحوسبة إلكترونياً. فالانحراف في القرار يمكن أن يتم عبر قيام موظف الحاسوب المركزي بإجراء تعديل في البيانات أو إضافة أي شخص للتأمين أو تغيير نوع التأمين -كيفية شاء- دون أن يتطلب ذلك وجوب إدخال وثائق تدعم التعديل في البيانات. كما أن النظام المحوسب لا يتضمن عدة مستويات من المصادقة على التعديلات، فالأمر متروك لنزاهة ومصادقية موظف الحاسوب المركزي، ما يجعل احتمالية وقوع الفساد قوية جداً.

لقد أدت القرارات المتعلقة بمنح التأمين الصحي لأشخاص غير مستحقين له إلى تكبيد خزينة الدولة تكاليف مالية باهظة. وقد رصدتها تقرير ديوان الرقابة المالية والإدارية²⁵ في العام 2016، واستخلص في حينه وجود سوء استغلال في إدارة التأمين الصحي؛ ما ألحق خسائر مالية دون وجه حق، وأتاح المجال لاستخدام غير منضبط ونزوي في حالات تم ذكر بعضها:

• عدم قيام وزارة الصحة باحتساب تكلفة العلاج لكل مريض على حدة، وإصدار فواتير بذلك، ما يؤدي إلى صعوبة احتساب تكلفة التأمين الخاصة بكل مريض وقطاع على حدة.

• تبين أن الإيرادات المتأتية من التأمين الصحي بلغت 177 مليون شيكل وتمثل ما نسبته 10% فقط من النفقات الفعلية لوزارة الصحة والبالغة نحو 1.7 مليار شيكل في العام 2016، وارتفعت إلى 260.2 مليون شيكل في العام 2020 شكلت 15.3% من النفقات الفعلية للوزارة، ما يعطي مؤشراً على أن هذه النسبة منخفضة جداً.

• إن أعلى نسبة للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي الحكومي هم قطاع العاطلين عن العمل بنسبة 54% من مجموع المستفيدين، مع العلم أنه لا تتم جباية أية أقساط أو رسوم تأمين من قبل المستفيدين من هذا القطاع.

• تحمّل الدولة أعباء 70% من المستفيدين من خدمات التأمين الصحي من خلال أنواع التأمين التي تُغطى من نفقة مؤسسات الدولة (المجاني، والشؤون الاجتماعية، والأسرى، والعاطلون عن العمل). وقد بلغت نسبة المبالغ المصروفة على العلاج خارج وزارة الصحة ومراكزها (التحويلات الخارجية) على هذه الفئات 51% بمبلغ 311.4 مليون شيكل من مجموع المبالغ المصروفة على التحويلات الخارجية في العام 2014 والتي بلغت 615.9 مليون شيكل، وهذا يعطي مؤشراً على أن الدولة تتحمل نصف المصاريف الخاصة بالتحويلات الخارجية لهذه الفئات.

• بلوغ مصاريف التحويلات الخارجية لفئة الاشتراك الجماعي والاختياري مبلغ 171 مليون شيكل، في حين بلغت الإيرادات المتأتية من تلك الاشتراكات مبلغ 23.4 مليون شيكل فقط، أي أن نسبة الإيرادات من مصاريف التحويلات الخارجية كانت 14% فقط، دون احتساب مصاريف العلاج داخل مراكز وزارة الصحة ومستشفياتها.

• بلوغ أعلى تكلفة للتحويلات الخارجية في المحافظات الشمالية (الضفة الغربية) للمستفيدين من خدمات التأمين الصحي لقطاع النقابات بمبلغ 119.8 مليون شيكل، أي ما نسبته 25% من تكلفة التحويلات الخارجية الكلية، بالرغم من أن نسبة المستفيدين من هذا القطاع بلغت 6% فقط من عدد المستفيدين بشكل عام، وعلماً بأن الإيرادات المتأتية من المستفيدين من تأمين النقابات في العام 2014 بلغت 214 ألف شيكل فقط، وبنسبة لم تصل إلى 0.5% من تكلفة التحويلات الخارجية، دون احتساب تكلفة العلاج داخل مراكز وزارة الصحة.

• عدم الالتزام بفترة الانتظار من قبل معظم فئات التأمين التي نصّ عليها نظام التأمين الصحي (60 يوماً لسريان مفعول التأمين)، حيث تبين أن معظم التأمينات تسري قبل انتهاء فترة الانتظار، بعد تسديد الرسوم لسنة ونصف فقط، وليس لكون الحالة طارئة وفقاً للنظام (أي يدفع المؤمن في هذه الحالة نحو 1400 شيكل مقابل حصوله على

25 ديوان الرقابة المالية والإدارية: التقرير السنوي للعام 2016. رام الله - فلسطين، ص 39.

خدمات طبية بعشرات آلاف الشواكل، دون أن يشارك بالتأمين مسبقاً وقد لا يدفع اشتراكات لاحقاً). وعملياً فإنّ نحو 80% من بعض فئات التأمين (الاشتراك الجماعي، والنقابات العمالية، والزكاة، ومقاتلي الثورة) قد استفادت من خدمات التأمين خلال اليوم الأول من فترة الانتظار، ويعود ذلك إلى أنّ التأمين الصحي يعتمد في تمويله على اشتراكات موظفي الحكومة بصورة أساسية، حيث يسمح النظام الحالي باستفادة المريض من خدمات التأمين الصحي عند حاجته لها، وبالتالي لا يميل الأفراد إلى الاشتراك الاختياري في هذا التأمين إلا عند الحاجة²⁶.

• وجود العديد من بطاقات التأمين التي سرى مفعولها قبل تاريخ بداية التأمين، ما يشير إلى احتمالية أنّه تمّت الاستفادة من خدمات العلاج قبل إصدار بطاقة تأمين للمستفيد.

• ضعف إجراءات التأكد في المستشفيات من أنّ حامل بطاقة التأمين الصحي هو نفس الشخص الذي استفاد من الخدمات الصحية، ما أدى إلى اكتشاف بعض حالات التحايل في هذا الصدد.

يؤشر كلّ ما سبق على أنّ بنية النظام الصحي الحكومي تعاني من العديد من نقاط الضعف وغياب المساءلة، والتي تتمثل بالآتي²⁷:

• يتلقى المشتركون في التأمين الصحي الحكومي الخدمات الصحية ذاتها بغض النظر عن الأقساط المدفوعة من قبلهم؛ حيث يقدم التأمين الصحي الحكومي رزمة موحّدة من الخدمات الصحية بغض النظر عن الأقساط المدفوعة من قبل المشترك. كما تؤمّن الوزارة في حال عدم توفّر الرعاية الصحية اللازمة للمريض في مرافقها الصحية إمكانية التحويل إلى مؤسسات صحية أخرى داخل فلسطين أو خارجها.

• تبدو المساءلة ضعيفة في نظام التأمين الصحي وتحديدًا عن نوعية خدماته أو ضمان النزاهة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من هذه الخدمات، نتيجةً للجمع بين مقدّم الخدمة ومتابعتها في ظل إلزامية التأمين الصحي بالنسبة لموظفي القطاع العام. ما يفقد إدارة التأمين الصحي الحكومي حوافز تطوير النظام، أو السعي إلى توسيع دائرة المشتركين فيه، خاصة أنّها لا تراعي المعايير الاقتصادية، وهي خاسرة باستمرار نتيجة معاناتها من مشكلة الاختيار العكسي، أي أن يقوم المواطن بالاشتراك في التأمين الصحي الحكومي عندما يحتاج إلى العلاج فقط.

• يفتح نظام التأمين الصحي الحالي الباب واسعاً أمام كسر النظام من خلال تدخلات المسؤولين أو من خلال الاستثناءات التي يسمح بها النظام نفسه. وبصورة عامة فإنّ بنية النظام الصحي الحالي، وبنية التأمين الصحي الحكومي لا تساعد على تقليص هوامش الفساد، بل الأدقّ أنّها توسّعها.

• ضعف الشفافية وآليات المحاسبة ويرتبط هذا العامل ببنية وهيكلية التأمين الصحي بصورة رئيسية، فمن يقوم بمتابعة ومساءلة الوزارة عن خدماتها هي الوزارة نفسها. ويتوافق ذلك مع ضعف في أنظمة العمل والمعايير التي تشكل مرجعية لمحاسبة الوزارة عن تقديم خدماتها بصورة نزيهة من جهة، ومن جهة أخرى لا يُتاح لأعضاء التأمين الصحي الاطلاع على آلية تقديم الخدمة والاستفادة منها، فلا توجد بيانات ملائمة، ولا توجد سياسة نشر واضحة للمعلومات. وبصورة عامة لا توجد معايير واضحة قابلة لتحكيم درجة النزاهة في تقديم الخدمات.

• غياب تعليمات محددة، أو مدوّنة سلوك خاصّة بالموظفين تجعل من سلوك الموظف معتمداً على سماته الشخصية، وهذه مسألة لا يُعتمد عليها في العمل المؤسسي؛ فغياب هذه التعليمات يزيد من احتمالات ممارسة الفساد.

26 الانتكاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان) (2007): النزاهة والشفافية والمساءلة في الخدمات الصحية الحكومية (سلسلة التقارير 8). رام الله- فلسطين. ص 5.
27 الانتكاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان) (2007). مرجع سابق. ص 11.

ترى بعض الدراسات²⁸ أنّ هناك العديد من التحديات التي فرضت نفسها على واقع نظام التأمين الصحي، أهمها الأوضاع الاقتصادية في فلسطين والتحديات أمام النمو الاقتصادي، إضافة إلى التحديات المختلفة أمام جودة الخدمات الصحية الحكومية التي تعيق الارتقاء بجودة الخدمات الصحية وتؤثر على رضا المواطنين عن القطاع الصحي الحكومي بشكل عام، ومن أهمها²⁹:

- نقص الكادر الطبي والإداري، وصعوبة المتابعة المباشرة في بعض المديرية من قبل مدير المديرية نتيجة انفصال مبنى الإدارة عن عيادات تقديم الخدمة الطبية للمواطنين (مثل طوباس، والخليل، وشمال الخليل، وجنوب الخليل، ويطا).
- تدني مستوى النظافة في بعض المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.
- تكرار الحالات التي تترافق بشبهة الاتهام بوجود الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية قد أُلقت بظلالها على رضا المواطنين عن جودة الخدمات الطبية المقدمة. وبالرغم من الجهود المبذولة في معالجة هذه المسألة، ما زال علاجها يراوح مكانه؛ لعدم تفعيل التشريع الخاص بالسلامة الطبية والصحية.
- تواجه أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية ضغطاً كبيراً نتيجة نسبة الإقبال العالية عليها لعدم كفاية التخصصات الطبية في مديريات الصحة، كما لوحظ أنّ المناطق المهمّشة والحدودية ومناطق (ج) لا تتلقى الخدمات الصحية بشكل مناسب.
- المشاكل المتعلقة بألية التخلص من النفايات الصلبة، مع العلم أنّها من أخطر مسببات التلوث البيئي، وتعتبر هذه المشكلة من أهم المشاكل البيئية على مستوى الوطن.
- بعض المباني المستخدمة كمراكز صحية ومستشفيات قديمة، ولا يمكن التوسع بها أفقياً أو عمودياً.
- إنّ تناقض وتعارض كثير من الأرقام بين المراجع المختلفة يستدعي تعزيز الجهد المبذول من المرصد وتغذيته من قبل كافة الجهات ذات العلاقة (وزارة الصحة والقطاع الخاص الريحي وغير الريحي والنقابات المهنية) بكافة البيانات المتاحة لديها ضمن شراكة حقيقية تعكس الاهتمام العام بمعرفة الموارد البشرية المتاحة في الحقل الصحي واحتياجاتها من حيث الكم والكيف، من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

28 بلال فلاح وآخرون. مرجع سابق. ص 60.
http://www.palestinecabinet.gov.ps/WebSite/Upload/Documents/StudyAndReports/MOH_SERVICES_2017.pdf

29 فتحي أبو مغلي (2021). مرجع سابق. ص 6-7.

■ المشكلات (التحديات) أمام التحويلات الطبية

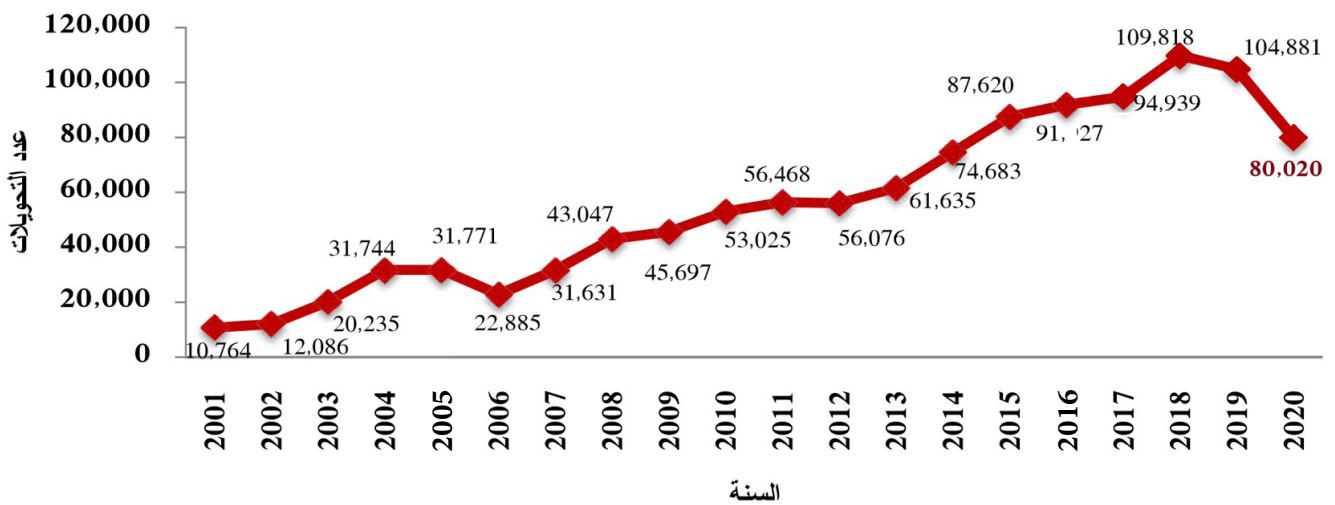
منطلق الربط بين ملف التحويلات الطبية ونظام التأمين الصحي في الواقع هو قرار مجلس الوزراء والتطبيقات العملية بهذا الشأن. إذ جاء قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2006 بشأن نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة كأساس قانوني لتأسيس وتنظيم عمل التحويلات الطبية من قبل وحدة شراء الخدمة لدى وزارة الصحة. يتم العمل في التحويلات الطبية من خلال لجان التحويل الطبية ووحدة شراء الخدمة في وزارة الصحة، وقد تمّ تصميم هذا النظام لتعويض النقص في الخدمة لدى المرافق الطبية الحكومية سواء أكان ذلك بسبب نقص الخبرات الطبية أو لغياب الأجهزة والمعدات والمباني المؤهلة لاستيعاب الأعداد الكبيرة من المرضى، فيأتي تعويض النقص من خلال شراء الخدمة الصحية من المرافق غير الحكومية من داخل فلسطين أو خارجها.

وبموجب النظام يقوم التأمين الصحي الحكومي على حقّ المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية، وواجب المواطنين في التكافل لتغطية تكاليف الخدمات الصحية. وبغض النظر عن الأقساط المدفوعة من قبل المشتركين في التأمين الصحي فإنهم يتلقون الخدمات الصحية ذاتها، بحيث يقدم هذا التأمين رزمة موحّدة من الخدمات الصحية. كما تؤمّن وزارة الصحة في حال عدم توفر الرعاية الصحية اللازمة للمريض في مرافقها الصحية إمكانية التحويل إلى مؤسسات صحية أخرى داخل فلسطين (مستشفيات القطاعين الخاص والأهلي)، أو إلى المستشفيات الإسرائيلية أو إلى دول أخرى وبالأخص الأردن ومصر.

وتعود أسباب التحويلات إلى مستشفيات خارج فلسطين إلى النقص أو الفجوة في مهارات الاختصاصيين وأعضاء الطواقم الطبية المتوفرة، ونقص التجهيزات الطبية التشخيصية والعلاجية في المستشفيات الفلسطينية، وعدم وجود مانحين في حالات زراعة الأعضاء، وعدم وجود أسرة شاغرة في المستشفيات الفلسطينية لغرض تقديم العلاج في الحالات الطارئة، ولأسباب يُطلق عليها مصطلح «الأسباب الاجتماعية»، للدلالة على الحالات التي يصرّ فيها المرضى على رغبتهم في تلقي العلاج خارج فلسطين بسبب ضعف ثقمتهم بالقدرات الطبية المحلية³⁰.

ومن ثم، يشير الواقع العملي إلى أنّ السلطة الفلسطينية تعتمد بشكل كبير على التحويلات الطبية (انظر/ي الشكل (1))، وهو ما يشكل ضغطاً كبيراً على نظام التأمين الصحي. ففي العام 2001 كان عدد التحويلات نحو 11 ألف تحويل، وتضاعف 10 مرات ليبلغ أقصى عدد للتحويلات في العام 2018 بنحو 110 آلاف تحويل، ثم انخفض بشكل طفيف في العام 2019، وبشكل واضح بنحو 23.7% في العام 2020؛ إذ بلغ نحو 80 ألف تحويل شملت 42,160 مريضاً، أي بمعدل تحويلتين لكل مريض.

الشكل (1): عدد تحويلات شراء الخدمة من خارج وزارة الصحة خلال السنوات 2001-2020



المصدر: وزارة الصحة (2021). مرجع سابق. ص 37.

30 سمير عبد الله. نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس). رام الله - فلسطين. 2018. ص 42.

أما من حيث توزيع التحويلات حسب الجهة المحوّل إليها، فكما يتبين من الجدول (13) فإنّ هناك تطوراً إيجابياً تمثل في انخفاض عدد التحويلات الطبية إلى إسرائيل (من 14.3% عام 2016 إلى 3.9% في العام 2020)، لصالح المستشفيات العاملة في الضفة الغربية وقطاع غزة (ارتفعت حصة مستشفيات الضفة الغربية من 36.7% إلى 48.2%، كما ارتفعت حصة مستشفيات قطاع غزة من 3.3% إلى 7.4%). وانخفضت أيضاً حصة مستشفيات القدس الشرقية من 43.7% إلى 37.4%.

جدول (13): التوزيع النسبي لأعداد التحويلات بحسب الجهة المحوّل إليها في الفترة 2016-2020

2020	2019	2018	2017	2016	
37.4	43.8	39.4	38.4	43.7	القدس الشرقية
48.2	39.9	35.4	39.5	36.7	الضفة الغربية ما عدا القدس الشرقية
3.9	6.9	16.7	17.1	14.3	إسرائيل
7.4	5.6	6.3	3.6	3.3	قطاع غزة
0.3	0.4	0.0	0.0	0.0	الأردن
2.8	3.4	2.1	1.4	1.9	مصر
100	100	100	100	100	المجموع النسبي (%)
80,020	104,881	109,818	94,961	91,294	مجموع التحويلات (تحويلة)

وبالرغم من إيجابية ما سبق من زاوية استفادة أعداد أكبر من الفلسطينيين من التحويلات الطبية التي يوفرها النظام الصحي الحكومي، إلّا أنّه قد ترتب عليه مشكلات أخرى تتمثل في زيادة حجم الديون للمستشفيات الفلسطينية التي تحوّل لها وزارة الصحة. فعلى سبيل المثال بلغ حجم الديون المستحقة على الحكومة لمستشفى النجاح 400 مليون شيكل في نهاية العام 2021، حيث يتمّ التحويل بموجب اتفاقيات رسمية معتمدة، بما في ذلك مرضى الأورام، ومرضى الغسيل الكلوي، الذين تُعتبر تكلفة علاجهم مرتفعة جداً³¹. ومثال آخر هو ما تعانيه المستشفيات في مدينة القدس (المقاصد والمطلع وسان جوزيف وسان جونز والهلال الأحمر ومركز بسمة للتأهيل) من ضائقة مالية كبيرة مزمنة باتت تهدد استمرار عمل طواقمها نتيجة عدم قدرة هذه المستشفيات على دفع رواتبهم، وتستقبل باستمرار تحويلات طبية من الضفة الغربية وقطاع غزة. حيث تقدم هذه المستشفيات 65% من خدماتها لمواطنين تحولهم وزارة الصحة. ففي العام 2012 بلغ حجم هذه الديون نحو 67 مليون شيكل³²، وارتفع إلى 180 مليون شيكل في العام 2015 ما أعاق شراء الأدوية اللازمة لمرضى السرطان³³، وتهدد هذه الديون مستشفيات القدس بعدم القدرة على الاستمرار وخطر الإغلاق. وتُقدّر ديون المستشفيات الخاصة على الحكومة خلال عام 2020 بنحو 800 مليون شيكل، ويسبب تراكم الديون أزمات كبيرة تؤدي إلى إيقاف الخدمات ورواتب الموظفين³⁴.

من ناحية أخرى تُشير البيانات التاريخية كما يتضح في الجدول (14) إلى التزايد المستمر في الاعتماد على التحويلات الطبية خارج مستشفيات وزارة الصحة، فهي تتضاعف سنة بعد أخرى، إذ ارتفعت قيمتها من 150 مليون شيكل في العام 2003 إلى 924 مليون شيكل في العام 2019 أي أنّها تضاعفت 6 مرات خلال 16 عاماً، وتستحوذ على ما يزيد عن نصف موازنة وزارة الصحة.

31 الموقع الإلكتروني النجاح الإخباري: <https://nn.najah.edu/news/Alnajah/2021/393938/01/12/>

32 <https://www.aljazeera.net/news/reportsandinterviews/2012/32/4/10/>

33 <https://www.raya.ps/news/884095.html>

34 <https://www.fatehgaza.com>

جدول (14): الإنفاق على التحويلات الطبية ونسبته من الإنفاق الإجمالي على قطاع الصحة، في الفترة 2015-2018 (بالمليون شيكل)

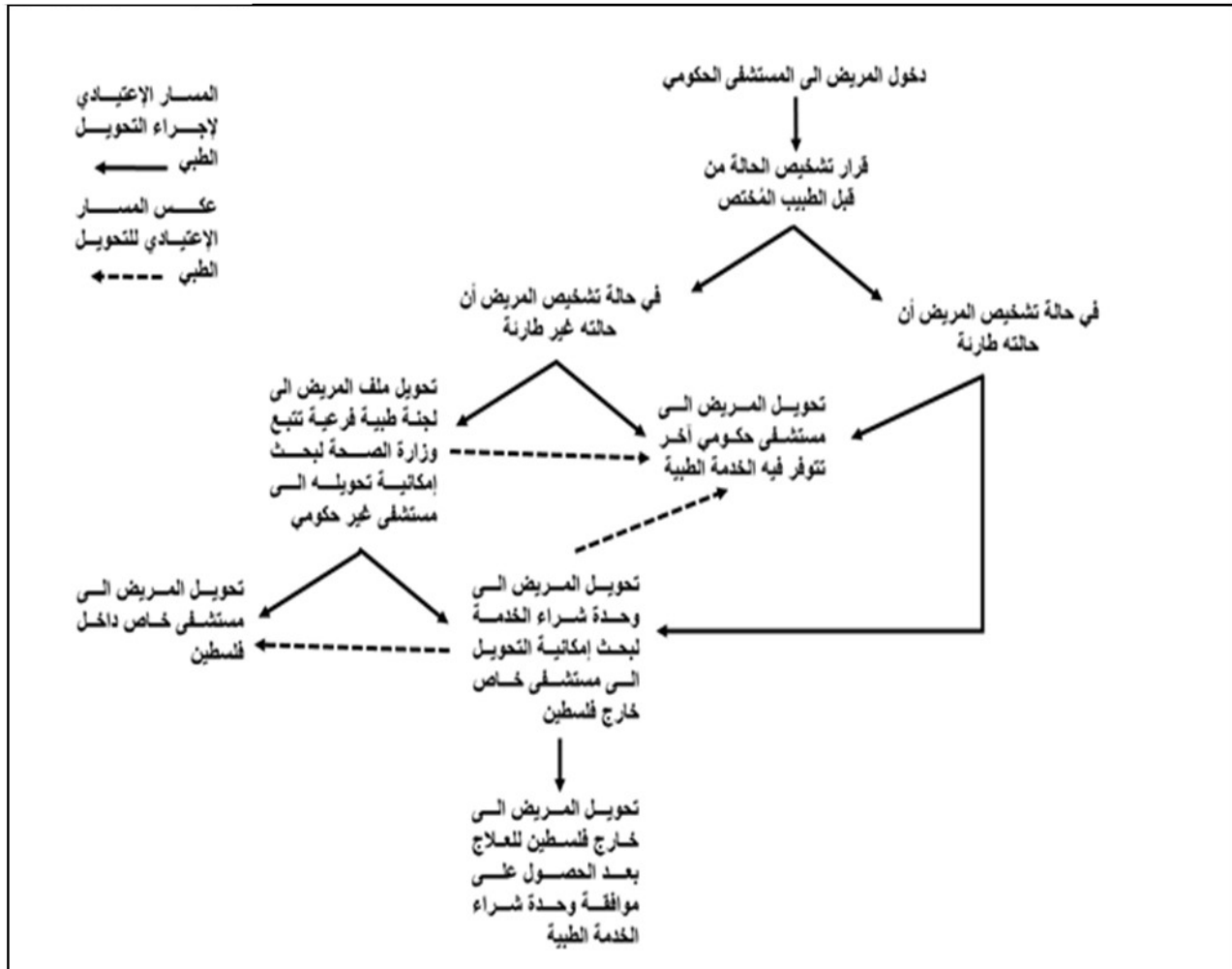
2019	2018	2017	2016	2015	2012	2008	2005	2003	
924	945	876	835	726	487	313	268	150	تكلفة التحويلات الطبية
%52	%56	%51	%49	%42					النسبة من ميزانية وزارة الصحة

المصدر: للأعوام من 2003-2012: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان) (2014): بيئة النزاهة والشفافية والمساءلة في التحويلات للعلاج التخصصي خارج مؤسسات وزارة الصحة. رام الله - فلسطين.
والأعوام 2015-2018: بلال فلاح وآخرون. مرجع سابق. العام 2019: وزارة الصحة (2021). مرجع سابق.

ويبدو بحسب بعض التحليلات³⁵ أنّ التزايد في عدد التحويلات وتكلفتها سيتضاعف بثلاثة أمثال ما هي عليه حالياً كما يتضح في الملحق (1)، أي يُتوقع أن يصل عدد التحويلات في العام 2028 إلى نحو 308 آلاف تحويلة بتكلفة 2.7 مليار شيكل.

ويمكن التعرف على نقاط الضعف والشبهات في آلية اتخاذ القرار في التحويلات الطبية إلى خارج مستشفيات وزارة الصحة، من خلال الاطلاع على المسار التي تسلكه الحالة المرضية حتى يتم تحويلها، بحسب ما يتضح في الشكل (2).

الشكل (2): مسارات العمل في التحويلات الطبية



المصدر: فادي ربايعة. مرجع سابق. ص

ويمكن توضيح الانحراف في القرارات الإدارية المتعلقة بالتحويلات الطبية والتي تؤدي إلى زيادة عدد التحويلات وارتفاع تكاليفها بحسب التحليل أدناه³⁶:

قرار تشخيص الحالة المرضية: يُعتبر قرار تشخيص الحالة الصحية للمريض (حالة طارئة أو غير طارئة) أمراً مهماً في مسار شراء الخدمة للمريض، وقد ينحرف القرار الإداري هنا بأن يُصدر الطبيب المناوب قراراً يقضي بأن الحالة الصحية للمريض تستدعي إجراءً طارئاً رغم أن الحالة لا تكون طارئة في حقيقة الأمر؛ وذلك لأسباب عدة منها الشك عند الطبيب المختص في تشخيصه الأولي لحالة المريض الصحية، أو سعي الطبيب للحصول على مكسب شخصي من قبل المريض، وغيرها. كما أنه رغم وجود عدد من الحالات المسجلة أنها طارئة والتي يظهر فيها بعد أنها لم تكن كذلك، لم يحدث أن شكّلت لجان متخصصة لمراجعة وتقييم سبب حدوث ذلك وتحديد مسؤولية الجهات ذات العلاقة بالتشخيص الخاطئ للحالة المرضية.

قرار إحالة المريض من مستشفى حكومي إلى مستشفى غير حكومي: ما يدور مكاسب تصب لمصلحة المرفق الخاص أو حتى المريض، ويشكل دافعاً لانحراف القرار الإداري عن مساره السليم عبر توقع أن يقوم الطبيب المختص بإصدار قرار التحويل إلى المستشفى غير الحكومي رغم توفر الخدمة الطبية في المرافق الحكومية. وقد يكون قرار إحالة المريض من مستشفى حكومي إلى مستشفى غير حكومي لوجود اكتظاظ في المستشفى الحكومي، بعد الحصول على موافقة كل من رئيس القسم الطبي ومدير عام المستشفى. ويمكن هنا تصوّر الانحراف في القرار الإداري عند ادعاء الطبيب المختص عدم إمكانية تقديم الخدمة الطبية رغم أن ذلك غير صحيح ويكون مقصده من ذلك إحالة المريض إلى المستشفى الخاص الذي يرغب به في الأساس بناءً على اتفاق مسبق معه لواسطة أو محسوبة أو رشوة.

قرار اللجنة الطبية الفرعية بشأن المصادقة على تحويل المريض إلى مستشفى غير حكومي: أجاز قرار مجلس الوزراء رقم (108) لسنة 2004 لوزارة الصحة شراء الخدمة الطبية من مرافق غير حكومية داخل فلسطين أو خارجها في حالة تعثر تقديم الخدمة أو عدم توفرها في القطاع الصحي الحكومي. وتختص اللجنة الطبية الفرعية بدراسة كافة طلبات التحويل الطبي المحالة لها من قبل المستشفيات الحكومية وإصدار قرار بالموافقة على طلب شراء الخدمة الخارجية إذا ما توافرت عدة شروط، منها أن تكون الخدمة الطبية غير متوفرة لدى المرفق الحكومي، أو أن فترة انتظار المريض للحصول على الخدمة المطلوبة طويلة جداً. وتمثل إمكانية انحراف القرار في حالة مصادقة اللجنة الطبية الفرعية على قرار التحويل الطبي رغم توفر الخدمة في المرافق الحكومية.

قرار اللجنة الطبية الفرعية بشأن تحديد مزود الخدمة الطبية غير الحكومي: قد تُصدر اللجنة الطبية الفرعية قراراً صحيحاً بشأن المصادقة على التحويل الطبي لمرافق غير حكومي ويكون هذا القرار مستوفياً لكافة الشروط القانونية، غير أنه يبقى عُرضة للانحراف عندما يتعلق الأمر بتحديد المرفق الطبي غير الحكومي المُستضيف للمريض. حيث يمكن أن يحدث الانحراف في اختيار مزود الخدمة الطبية غير الحكومي (كاختيار مستشفى مقارنة بغيره من المستشفيات التي تتيح نفس جودة الخدمة أو أفضل منها) لاعتبارات المحاباة وعدم الأخذ بعين الاعتبار لحالة تضارب المصالح بين بعض الأشخاص المؤثرين في تحديد الجهة المحوّل لها وأحياناً بالرغم من التكلفة؛ الأمر الذي لا تترتب عليه أعباء مالية غير مبررة على وزارة الصحة فحسب، وإنما يؤثر بشكل قوي على جودة الخدمة المقدمة للمريض ويزعزع المركز المالي للمرافق الطبية غير الحكومية عبر منح مفاضلة غير منصفة لإحدى هذه المرافق على حساب المرافق الأخرى.

تدقيق وحدة شراء الخدمة للتحويلات الطبية التي تُصدرها اللجان الطبية الفرعية بما فيها اللجان الطبية المتخصصة: قد تعتمد وحدة شراء الخدمة إلى ندب طبيب مُختص بالفحص والمتابعة يجري إدراجه في كل من اللجان الطبية الفرعية والمتخصصة، كما تُخصص الوحدة مُدقق حسابات مالية من أجل تدقيق الفواتير الخاصة بشراء الخدمة. وقد يجري العمل من قبل الوحدة على شراء بعض الأدوية الطبية غير المتوفرة في سلة الخدمات التي يغطيها التأمين الصحي وذلك بناءً على قرار «استثنائي» يُصدره وزير الصحة بهذا الشأن. وبناءً عليه، فإن قرارات الوحدة (سواء فيما يتعلق بشراء الأدوية استثناءً أو تدقيق التحويلات الطبية) قد تتعرض كغيرها من القرارات سابقة الذكر لانحراف في تحقيق الأهداف التي أقرها المشرّع.

قرار وحدة شراء الخدمة بشأن تحديد المرفق الطبي خارج فلسطين: بعد قيام وحدة شراء الخدمة بالموافقة على التحويل إلى خارج الوطن، يتبع ذلك وجوب تحديد المستشفى المستضيف، وهنا يمكن أن يتعرض القرار الإداري للانحراف، كأن يتم اختيار مستشفى ذي أسعار مرتفعة عن الحد المقبول لتكلفة الخدمة الطبية المستهدفة، أو أن تكون الخدمة التي يقدمها المستشفى الذي وقع عليه الاختيار ذات جودة متدنية قياساً بالتكلفة.

قرار وزير الصحة بشأن التحويل الطبي خارج المرفق الطبي الحكومي: بموجب المادة (1) من قرار مجلس الوزراء رقم (108) للعام (2004) بشأن التحويلات الطبية، يحق لوزير الصحة تحويل أي مريض لأسباب خاصة يقررها الوزير بهذا الشأن. هذه الصلاحيات الاستثنائية التي منحها النظام لوزير الصحة بهدف خلق درجة من المرونة الإدارية، قد تعطي مساحة كافية لاستيعاب حالات مرضية أو ظروف غير اعتيادية لم يتوقعها المشرع عند تنظيمه لإجراءات شراء الخدمة. وتكمن الخطورة في هذا الاستثناء أن النظام لم يحصر الحالات الاستثنائية، ولم يشترط على الوزير أن يعلن قراره؛ ما يجعل من قرار الوزير الاستثنائي -حتى وإن أستخدم لغايات مشروعة- موضعاً للريبة والتشكيك من قبل المواطنين خاصة المرضى الذين لم يستجّب لمطالبهم بالتحويل الطبي الخارجي.

قرار تحويل طبي لمريض مُتواجد في مستشفى غير حكومي: قد يُضطر المريض الموجود في مستشفى غير حكومي إلى طلب تحويل طبي خارج الوطن لاستكمال العلاج. وهنا تقتضي الإجراءات المعمول بها في وحدة شراء الخدمة ضرورة نقل المريض إلى مستشفى حكومي بداية لإجراء الفحص الأولي ومن ثم استكمال إجراءات التحويل. غير أنه قد يتم التحايل على النظام كأن يقوم الطبيب المختص في المستشفى الحكومي وبالتعاون مع موظف التسجيل بإجراء تسجيل صوري للمريض بغية نقل العبء المالي على كاهل الوزارة. وحتى يتسنى للطبيب المختص إخفاء ذلك، فإنه يعتمد على إصدار قرار يُفيد بأن حالة المريض الصحية تستدعي تدخلات طارئة، ويقوم بإصدار قرار التحويل إلى المستشفى الخاص الذي يقبع به المريض في الأساس.

قرار إصدار تحويل طبي لمريض يُعالج في مرفق حكومي ونقله إلى مستشفى خاص: تصبح الأمور أكثر تعقيداً عندما يتعلق الأمر بإجراء تحويل طبي لحالة مرضية طارئة لا تحتمل التأخير. ففي هذه الحالة يقوم الطبيب المختص الذي يتابع حالة المريض في المرفق الحكومي بإجراء اتصال هاتفي مع طبيب الحالات الطارئة في وحدة شراء الخدمة، والذي يقوم بدوره بالاتصال بالمرافق الطبية الخاصة لبحث إمكانية تقديم الخدمة الطبية للمريض بأسرع وقت ممكن. عادة ما يقوم الطبيب العامل في الوحدة باختيار المرفق الطبي غير الحكومي استناداً لعدة معايير منها سرعة تقديم الخدمة الطبية، وكفاءة الخدمة، وتكلفة الخدمة الطبية. وقد ينحرف القرار الإداري هنا إذا ما تم اختيار مزود الخدمة الطبية دون أخذ المعايير السابقة بالاعتبار، كأن يقرر الموظف العامل لدى وحدة الشراء إجراء تحويل طبي لمستشفى بعينه لأسباب تتعلق بمصلحة ذاتية أو لواسطة أو محاباة لطرف ثالث. وفي بعض الحالات الطارئة جداً «إنقاذ حياة» يتم إجراء التحويل الطبي للمريض مباشرة من قبل الطبيب المختص في المستشفى الحكومي دون المرور بوحدة شراء الخدمة، على أن تقوم الوحدة لاحقاً بإجراءات التدقيق والتمحيص في الإجراءات التي تم اتخاذها.

◀ جهود الإصلاح في القطاع الصحي

حاولت السلطة الفلسطينية إصلاح النظام الصحي في فلسطين من خلال العديد من المحاولات أهمها:

مشروع قانون التأمين الصحي الإلزامي (التضامني):

لم ير هذا المشروع النور لاعتبارات مختلفة أهمها:

- عدم اعتباره قانوناً يحمل صفة الاستعجال بسبب غياب المجلس التشريعي، ولوجود اعتراضات عليه من بعض المراكز التي لها مصلحة في بقاء الوضع الحالي أو توقعات بأن مصالحها قد تتضرر. ناهيك عن معارضة بعض كبار الأطباء العاملين في مستشفيات حكومية مستفيدين من عملهم في المستشفيات الخاصة. إضافة إلى أمور أخرى تتعلق بكيفية التعامل مع اللاجئين ومسؤوليات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا) تجاه تقديم الخدمات الصحية للاجئين المسجلين لديها في محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة.
- معارضة فئات متعددة استفادت من قرارات إعفائهم من رسوم التأمين الصحي، مثل إعفاء مواطني قطاع غزة من الرسوم والضرائب، كون القانون تعامل مع قضية الانقسام كقضية مؤقتة بكل ما ترتب عليها من التزامات وحقوق، إضافة إلى تأمين النقابات العمالية، والأسرى المحررين، حيث نصّ قانون الأسرى والمحررين على «أن كل أسير محرر أمضى في سجون الاحتلال مدة لا تقل عن خمس سنوات، وكل أسيرة أمضت مدة لا تقل عن ثلاث سنوات، يتم إعفاؤه/ا من رسوم التأمين الصحي»، ولم يحدد القانون الجهة التي ستتحمل كلفة التغطية التأمينية لهذه الفئة من المواطنين.

أولاً: نظام التأمين الصحي المعمول به حالياً رقم (113) للعام 2004

جاء هذا النظام كخطوة إصلاحية من أجل تحديد سلّة الخدمات الصحية المقدّمة وقائمة الأدوية الأساسية المعتمدة، ومن أجل توضيح العديد من الأمور المتعلقة بكيفية الاشتراك في التأمين الصحي والاستفادة من خدماته؛ سواء المتاحة لدى المرافق الصحية الحكومية، أو من خلال شراء الخدمة من القطاع غير الحكومي لصالح المنتفعين من التأمين الصحي الحكومي.

لقد واجه نظام التأمين الصحي المعمول به ضمن هذا النظام، العديد من التحديات التي أثرت على جودة الخدمات المقدمة، وسهولة الوصول إليها، وعدالة الاستفادة منها، ومن أهمّ هذه التحديات والصعوبات:

- عائدات التأمين الصحي لم تغط، في أفضل الظروف، أكثر من 10% من كلفة الخدمات المقدمة، وذلك بسبب عدم إلزامية التأمين الصحي، وبالتالي محدودية الاشتراك الطوعي في النظام.
- وجود فئات عديدة معفاة بقرارات وقوانين من رسوم التأمين الصحي دون توضيح آلية تعويض النظام الصحي أو صندوق التأمين الصحي عن هذه الحالات.
- إنّ وزارة الصحة هي نفسها التي تدير التأمين الصحي، وفي الوقت نفسه هي التي تقدم الخدمات الصحية الأساسية للمؤمنين، وبالتالي فإنّ أيّ عجز في ميزانياتها، أو أيّ خلل في سياساتها، كان ينعكس سلباً على جودة الخدمات المقدمة والوصول إليها.
- إنّ شراء الخدمات (التحويلات) من القطاع الأهلي والخاص، أو من خارج البلاد، عملية مكلفة، لم تكن مقيّدة بأيّة ضوابط واضحة، وكانت في كثير من الأحيان مرتبطة بضغط سياسي أو مجتمعي.
- إنّ الانقسام المستمر منذ العام 2007، وقرار إعفاء مواطني غزة من الرسوم، قد أثر على قدرات النظام على ضبط الإنفاق، وفي الوقت نفسه حرّمه من عائدات مهمة.
- تحديد الحد الأدنى للاشتراك الشهري بـ 40 شيكلاً شهرياً، والحد الأقصى بـ 75 شيكلاً شهرياً، وبأسعار أخرى مثبتة ضمن اتفاقيات بين بعض الجهات ووزارة الصحة ينفي عن هذا النظام صفة تجميع المخاطر، والتكافل الاجتماعي المرغوب، ويتنافى مع نتائج أيّ دراسة موضوعية حول تكلفة الخدمات المقدمة ضمن سلّة خدمات التأمين الصحي المعتمدة وفق النظام المعمول به.

ثانياً: قرار مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 2019/5/27 بتشكيل لجنة صحية وطنية

حُدِّدَت أهداف تشكيل هذه اللجنة بمراجعة المنظومة الصحية الحالية، وتقديم التوصيات التطويرية المحددة مع التركيز على العناصر الأساسية التالية: منظومة التأمين الصحي، وبروتوكولات التحويلات الطبية، وتوطين الخدمات الصحية. وقد عقدت اللجنة الوطنية اجتماعات عدة بعد تقسيمها إلى أربع لجان فرعية (لجنة التغطية الصحية الشاملة والتأمين الصحي، ولجنة جودة الخدمات الصحية، ولجنة التحويلات الطبية وشراء الخدمة، ولجنة الإسعاف والطوارئ). وقدمت اللجان الفرعية تقاريرها التي تم دمجها في تقرير مشترك قدم مع خطة تنفيذية إلى معالي وزيرة الصحة التي رفعته، بدورها، إلى مجلس الوزراء لمناقشته، واتخاذ القرارات اللازمة. في الوقت نفسه، تمت استضافة وفد من منظمة الصحة العالمية قام بتقديم ورقة حلل فيها عناصر نظام التأمين الصحي الحالي. بعد ذلك تم عقد ورشة عمل مشتركة قُدِّمَت فيها ورقة اللجنة الوطنية وورقة منظمة الصحة العالمية، ودار نقاش تم من خلاله التوافق على مبادئ أساسية عدة، أهمها إلزامية التأمين الصحي، وضرورة وجود هيئة أو مؤسسة لإدارة تمويل مؤسسة التأمين الصحي، وضرورة أن يكون التمويل من اشتراكات المواطنين وفق مبدأ تجميع المخاطر، ومن ضرائب حكومية. بعد ورشة العمل، تم عقد لقاء في مكتب رئيس الوزراء وبحضوره، حيث تم إطلاعه على ما تم التوصل إليه، ومنذ ذلك الحين، وحتى هذا التاريخ، لم يتم اتخاذ إجراءات عملية على الأرض لتنفيذ أو وضع آليات لتنفيذ ما تم التوافق عليه، بمعنى آخر صدور قرارات من مجلس الوزراء لإقرار ما تم الاتفاق عليه، وبعدها صدور مرسوم بشأن التأمين الصحي الإلزامي.

إنَّ إلزامية التأمين الصحي للجميع ضرورة أساسية لبناء نظام صحي عادل، يقدم خدمات صحية للجميع؛ أي يوفر تغطية صحية شاملة بخدمات صحية جيدة ومستدامة، وبتكلفة معقولة للسكان كافة دون تمييز، ودون تحميل الأسر تكاليف عالية قد تؤدي إلى إفقارها.

كما أنَّ الوصول إلى الهدف المنشود وبناء هذا النظام الجيد، يتطلب مشاركة مجتمعية واسعة في حوار وطني تشارك فيه كافة المؤسسات الصحية والمؤسسات المعنية بتوفير خدمات صحية شاملة وعادلة وذات جودة عالية للناس، من أجل وضع قانون تأمين صحي إلزامي، ينظم العلاقة بين كافة مقدمي الخدمات الصحية في القطاعات المختلفة الحكومية، والأهلية، والأممية، والقطاع الخاص.

◀ العدالة الضريبية مدخل لإصلاح النظام الصحي

عند الحديث عن الضرائب في فلسطين، فإنه يتم بشكل رئيسي تحليل ما يتعلق بظريبة الدخل وظريبة القيمة المضافة.

• ظريبة الدخل:

بموجب اتفاق باريس الاقتصادي فإن من صلاحية السلطة الفلسطينية إجراء تعديلات على ظريبة الدخل، ولذلك فقد أدخلت كثير من التعديلات (12 مرة في آخر 10 سنوات) على قانون ظريبة الدخل، وهذه التعديلات وإن ساهمت في زيادة التحصيل إلا أنها لم تتجح في زيادتها كنسبة مئوية (10%) من مجموع الإيرادات الضريبية؛ حيث بقيت مساهمتها قليلة نسبياً مقارنة بالعديد من الدول؛ إذ بلغت 17% في الأردن و28% في مصر، بينما يبلغ المعدل العام في الدول الأخرى ما نسبته 34.3% من مجموع الإيرادات الضريبية. ويعود ذلك إلى طبيعة النظام الضريبي وخاصة الشرائح الضريبية من حيث اتساع وكبر الشريحة ونسب الضريبة على كل شريحة، وكذلك بسبب أنظمة الإعفاءات والحوافز الاستثمارية لتشجيع الاستثمار.

عملت التعديلات في العام 2015 على زيادة الاستقطاع الموحد (الإعفاء السنوي الذي أصبح 36 ألف شيكل) للشخص الطبيعي، وأبقت على إعفاء التعليم والسكن. إلا أن التعديل في العام 2015 كان وبكل وضوح لصالح الدخل الأعلى؛ فمثلاً الشخص الذي دخله 210 آلاف شيكل كان يدفع ظريبة مقدارها 23,750 شيكلاً بموجب القرار بقانون رقم (8) لسنة 2011، ولكنه أصبح يدفع ظريبة مقدارها 13,690 شيكلاً فقط بموجب القرار بقانون رقم (5) لعام 2015 أي أنه يدفع نحو 58% فقط مما كان يدفعه بموجب القرار بقانون رقم (8) لعام 2011. ويتضح من ذلك فقدان قانون الضريبة لمبدأ التصاعدية، وهذا يؤدي إلى تقليص العدالة الضريبية³⁷.

الجدول (15): مثال لآلية احتساب ظريبة الدخل للشخص الطبيعي بحسب قرار بقانون رقم (8) لسنة 2011 ورقم (5) لسنة 2015

القرار بقانون رقم (5) لسنة 2015			القرار بقانون رقم (8) لسنة 2011			
420,000	210,000	70,000	420,000	210,000	70,000	الدخل بالشيكل
36,000	36,000	36,000	30,000	30,000	30,000	الإعفاء الضريبي
384,000	174,400	34,000	390,000	180,000	40,000	الدخل الخاضع لنسب الضريبة
3,750	3,750	1,700	2,000	2,000	2,000	ظريبة الشريحة الأولى (5%)
309,000	99,400	-	350,000	140,000	-	الدخل المتبقي بعد فرض الشريحة الأولى
7,500	9,940	-	4,000	4,000	-	ظريبة الشريحة الثانية (10%)
159,000	-	-	310,000	100,000	-	الدخل المتبقي بعد فرض ظريبة الشريحة الثانية
23,850	-	-	6,750	6,750	-	ظريبة الشريحة الثالثة (15%)
-	-	-	265,000	55,000	-	الدخل المتبقي بعد فرض ظريبة الشريحة الثالثة
-	-	-	53,000	11,000	-	ظريبة الشريحة الرابعة (20%)
35,100	13,690	1,700	65,750	23,750	2,000	مجموع الضريبة المستحقة
384,900	196,310	68,300	354,250	186,250	68,000	صافي الدخل بعد الضريبة

37 محمد خليفة، توزيع العبء الضريبي ومبدأ التصاعدية للعام 2018-2019، المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديموقراطية «مفتاح»، رام الله - فلسطين، 2019، ص 5.

• ضريبة القيمة المضافة (الضرائب غير المباشرة)

يتم فرض الضرائب غير المباشرة على استهلاك السلع والخدمات والتجارة المحلية والدولية، ويتمّ تحصيل هذه الضرائب محلياً، ومن قبل الجانب الإسرائيلي (إيرادات المقاصة) نيابة عن خزينة السلطة الفلسطينية تطبيقاً لاتفاق باريس الاقتصادي، وتبقيها لديها قبل تحويلها فيما بعد إلى خزينة السلطة بعد خصم 3% منها مقابل رسوم تحصيل وإدارة.

تبلغ حصيلة الضرائب غير المباشرة ما نسبته 92% من مجموع الإيرادات الضريبية دون أيّة تغييرات كبيرة بين السنوات. ويُطلق على هذا النوع من الضرائب بالضريبة العمياء لأنها تمسّ كلّ المواطنين بغضّ النظر عن مستوى الدخل. ويتضاعف التأثير السلبي لضريبة القيمة المضافة على شريحة واسعة من الشعب الفلسطيني، فمثلاً تدفع الأسرة الفقيرة التي تتقاضى نحو 1,060 شيكلاً من التنمية الاجتماعية نحو 170 شيكلاً كضريبة قيمة مضافة (ما نسبته 16% من دخلها)³⁸.

رغم الوزن النسبي المرتفع لضريبة القيمة المضافة في الإيرادات العامة، إلّا أنّ المعطيات والبيانات التاريخية لا ترجّح قدرة النظام الضريبي بوضعه الحالي على إصلاح نفسه في ظلّ المحددات الموضوعية والعوامل الخارجية المتعددة التي تحدّ من قدرته تلك وخصوصاً المؤثر الإسرائيلي الخارجي. ولكن، توجد فرص كثيرة لزيادة حصيلة الضرائب غير المباشرة دون أن تطال الزيادة جيوب وموارد الطبقات المهمشة ومحدودي الدخل. ويتمثل المدخل الرئيسي لهذه الفرص بتوسيع الوعاء الضريبي وزيادة شمولية الأنشطة الاقتصادية الخاضعة لضريبة القيمة المضافة. ويعتقد بعض الخبراء أنّ النظام الصحي يحتاج إلى دعم حكومي من خلال نظام ضريبي قد يفرض نسب ضريبة أعلى على بعض السلع الكمالية لتغطية احتياجات خدمات الصحة العامة والتطوير، وتحسين جودة الخدمات. ومن المرجّح أنّ نظام تأمين صحي يعتمد على توزيع الأعباء والتكاليف حسب الدخل والمزايا يتميز على نظام التأمين الصحي المعتمد فقط في تمويله على الضرائب، وبخاصة لدى الدول محدودة الدخل، حيث تساهم مشاركة المجتمع في تخفيف الأعباء عن الحكومة، وتساهم في تطبيق نظام التكافل الاجتماعي³⁹.

38 نفس المرجع السابق، ص 9.
39 فتحي أبو مغلي، مرجع سابق، ص 10.

على مدار السنوات الماضية طالب ائتلاف أمان الحكومة بمعالجة تحديات المنظومة الصحية: «مطلوب فوراً إعداد وإصدار قانون لصندوق التأمين الصحي الإلزامي يكون شاملاً وعادلاً لكافة المواطنين (نظام التكافل)، ويأخذ بعين الاعتبار الفئات الفقيرة والمهمشة، ويتمتع باستقلال إداري ومالي يتبع مجلس الوزراء أو وزارة الصحة».

المصدر: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). التقرير السنوي الرابع عشر حول واقع النزاهة ومكافحة الفساد في فلسطين. رام الله - فلسطين. 2021. ص 15.

هناك العديد من المقترحات التي تمّ تقديمها لإصلاح القطاع الصحي من خلال العديد من الدراسات، ومن أبرزها: اعتقد فلاح وآخرون⁴⁰ أنّ من الصعوبة تطبيق التأمين الصحي في فلسطين وتحديثه، على المستوى القصير والمتوسط، بما يضمن شمول تقديم خدمات الرعاية الصحية. واقترح التدخلات الآتية:

● على المستوى قصير الأمد: عدم التهاون في تطبيق الإجراءات المتعلقة بفترة سريان التأمين (6 أشهر)؛ ما يضمن توسيع قاعدة التأمين الصحي وزيادة الإيرادات، ولكن يلزم لتطبيقه قيام وزارة الصحة بحملة توعية شاملة توضح للمواطنين أهمية هذا القرار، إضافة إلى العمل على زيادة قيمة اشتراكات التأمين الصحي سواء المتعلقة بالخدمات الصحية أو شراء الأدوية على نحو لا يشكل عبئاً على المشتركين.

● على المستوى متوسط الأمد: زيادة إيرادات التأمين الصحي من خلال رفع نسبة الضرائب، على نحو محدود، على عدد من السلع الاستهلاكية التي يتمّ تحديدها بناءً على دراسة علمية؛ وذلك لأنّ فرض الزيادة الضريبية على السلع المستهلكة يعتبر خياراً أفضل من فرضها على ضريبة الدخل أو زيادة الأقطاعات الضريبية من الرواتب. إضافة إلى توسيع القاعدة الضريبية أفقياً ومحاربة التهرب الضريبي خصوصاً في قطاع المهن التخصصية التي لا يشترط ترخيصها التسجيل لدى الدوائر الضريبية، ويضم هذا القطاع المهن الطبية والمحاماة على وجه الخصوص.

يرى ائتلاف أمان⁴¹ أنّ نموذج التأمين الصحي الأمثل لفلسطين هو التأمين الصحي الاجتماعي، الذي يعتمد تجميع المخاطر، إضافة إلى مساهمة الحكومة ضمن نظام ضريبي على سلع كمالية، أو قد تسبب ضرراً على الصحة كالدخان والوقود، وهذا النظام معمول به حالياً في فلسطين، ولكن بشكل مشوّه وغير منضبط وغير إلزامي، وبالتالي فإنّ من الضروري مراجعة النظام الموجود، وتحويله إلى قانون تأمين صحي إلزامي، وتكليف إدارة كفوّة مستقلة لإدارته وفق نظام المؤسسات والهيئات الحكومية، بحيث تتولى هذه الهيئة وضع الأنظمة التفصيلية اللازمة، ومعايير الخدمات المطلوبة من حيث الجودة والتكلفة وأسعار الشراء، وتتولى بعد ذلك إدارة هذا الصندوق وشراء الخدمة للمواطنين كافة، سواء أكانوا مشتركين أم منتفعين، كما يجب أن تقوم هذه الهيئة أو المؤسسة بعمل التعاقدات المناسبة مع مقدّمي الخدمات المختلفين، من الحكومة، أو القطاع الخاص، أو الأهلي، وعقد اتفاقيات تعاون مع المؤسسات الممولة مثل الأونروا وغيرها لتنظيم العلاقة ومنع الازدواجية. وفي الوقت نفسه تتحمل الحكومة تكلفة تقديم الخدمات الأساسية الواردة في قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004، وهي خدمات الصحة العامة، والطب الوقائي، وصحة البيئة.

ويرى الائتلاف أنّ المنطلق في اقتراح هذا النموذج أنّه متبع جزئياً في نظام التأمين الصحي الحالي، إضافة إلى أنّ إلزامية التأمين ستحقق العدالة بين كل المواطنين، ما يوفر الحق في الصحة بأقل أعباء مادية على الأسر ودون أن يرهق موازنات الدولة، إضافة إلى توفير التمويل الذاتي اللازم لتنمية وتطوير البنى الصحية التحتية، والنهوض بجودة الخدمات الصحية المقدمة، وتطوير القوى البشرية العاملة في القطاع الصحي.

40 بلال فلاح وآخرون، مرجع سابق، ص 61.

41 الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). نحو نظام تأمين صحي شامل. رام الله - فلسطين. 2018. ص 21.

ويدعو ائتلاف أمان⁴² لتأسيس مؤسسة عامة للتأمين الصحي والعلاج في الخارج لها إدارتها الخاصة المستقلة، والتي تجمع الفعاليات ذات العلاقة: الحكومة، والقطاعين الخاص والأهلي، والمستفيدين، وخبراء مستقلين في هذا المجال، ولها استقلالها المالي. وهذا يعني الفصل بين مقدم الخدمة والجهة المشرفة على نشاطاتها، أي وزارة الصحة، وحينها تكون الوزارة أكثر فاعلية في الرقابة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة، وعلى درجة نزاهة هذه المؤسسة في تقديم خدماتها. كذلك يسمح بناء مؤسسة تأمين صحي بإدارة مستقلة بخضوعها للمحاسبة من الجهات ذات العلاقة كوزارة الصحة، والمجلس التشريعي، وأعضاء التأمين الصحي. ويحتاج تعزيز مؤسسة التأمين الصحي العامة تشريع قانون بالزامية التأمين الصحي، ويمكن البدء في المرحلة الأولى بموظفي القطاع العام، والمنظمات الأهلية، والشركات الكبيرة والمتوسطة. وهذا يسمح بإدارة التأمين الصحي على أسس اقتصادية سليمة، بحيث يعمل على تجميع موارد كبيرة يمكن استثمارها اقتصادياً، وتساهم في ديمومة هذا النظام، من خلال التغلب على مشكلة الاختيار العكسي (أي التأمين عند المرض فقط).

42 الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). النزاهة والشفافية والمساءلة في الخدمات الصحية الحكومية سلسلة تقارير (8). رام الله - فلسطين. 2007. ص 14.

■ النتائج:

فيما يلي أبرز النتائج التي توصل إليها التقرير:

- تشير مؤشرات الواقع الصحي في فلسطين إلى تقدّم فلسطين في بعض المؤشرات التي فاقت فيها المعدّل العالمي مثل العمر المتوقع عند الولادة، ومعدّل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة. أما معدّل وفيات الأمهات في فلسطين فيقل عنه في الأردن ودول الشرق الأوسط والدول ذات الدخل المتوسط-المنخفض ودول العالم بشكل عام. وفي المقابل هناك تراجع في بعض المؤشرات مثل عدد الوفيات المبلّغ عنها ومعدّل الخصوبة فهي مرتفعة مقارنة بالمعدّل العالمي ودول الشرق الأوسط فقط.

- فيما يتعلق بمؤشرات واقع النظام الصحي الحكومي: فإنّ معدّل عدد أسرة المستشفيات قريب من مثيله في الأردن والعالم العربي ودول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وتملك وزارة الصحة وتدير 54.8% من أسرة المستشفيات. ويتضح أنّ هناك ضغطاً على مستشفيات وزارة الصحة، ففي العام 2020 بلغت نسبة إشغال الأسرة 95%. كما يبلغ معدّل عدد الأطباء 3 أطباء لكل ألف مواطن، وهو مرتفع بشكل ملحوظ مقارنة مع كل من المعدّل العالمي ومعدّل العالم العربي.

- يتحمل القطاع الحكومي النسبة الأكبر من الصرف على الخدمات الصحية بنحو 42%، مقابل 24.5% للإنفاق الأسري، و21.4% للمنظمات غير الحكومية، و11.8% لوكالة الغوث. ويواجه النظام الصحي العديد من المشكلات منها اعتماد هيكلية وزارة الصحة الحالية الإدارة المركزية المطلقة، وعدم وضوح الأدوار واتخاذ القرارات، وضعف الكوادر اللازمة في مجال التخطيط ورسم السياسات والاستراتيجيات، وعدم توفر أنظمة صحية ومعايير واضحة لتقييم الأداء، كما أنّ زيادة نسبة الأمراض المزمنة والإعاقات يزيد من الأعباء والضغط على الموارد المحدودة.

- بلغت موازنة وزارة الصحة نحو 2.3 مليار شيكل في العام 2021 شكلت ما نسبته 14.4% من إجمالي النفقات، يذهب معظمها (نحو 93% منها) لبندّي الرواتب والأجور، والنفقات التشغيلية، بينما تشكّل البنود الأربعة الأخرى مجتمعة نحو 7% من حجم الموازنة. ويُعدّ ذلك أحد المثالب في توزيع الموازنة لا سيّما في بندّي النفقات الرأسمالية والتطويرية؛ إذ يجب أن تكون حصتها أكبر من ذلك حتى تتناسب مع طبيعة عمل وزارة الصحة وحاجتها المستمرة للتطوير والتحديث لمواكبة المستجدات الطبية.

● المشكلات (التحديات) أمام التأمين الصحي الحكومي:

- هناك العديد من التحديات التي تواجه التأمين الصحي الحكومي، والتي نجم عنها تحمّل الحكومة للنسبة الأكبر (40.21%) من عدد المؤمنّين، كما ترتب على ذلك أيضاً حصول مواطنين على التأمين الصحي دون أن يكونوا مستحقين له من خلال كثير من القرارات المنحرفة بمنح التأمين، والتي قد تُفضي إلى شبهات فساد، ويترتب عليها تكاليف مالية باهظة تتكبدها الخزينة، خاصة وأنّ الإيرادات المتأتية من التأمين الصحي تمثل ما نسبته 10% فقط من النفقات الفعلية لوزارة الصحة.

- يفقد نظام التأمين الصحي قابلية المساءلة عن نوعية خدماته أو ضمان النزاهة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من هذه الخدمات.

- يفتح نظام التأمين الصحي الحالي الباب واسعاً أمام كسر النظام من خلال تدخلات المسؤولين أو من خلال الاستثناءات التي يسمح بها النظام نفسه. وبصورة عامة فإنّ بنية النظام الصحي الحالي، وبنية التأمين الصحي الحكومي لا تساعد على تقليص هوامش الفساد، بل الأدقّ أنها توسعها.

- ضعف الشفافية وآليات المحاسبة ويرتبط هذا العامل ببنية وهيكلية التأمين الصحي بصورة رئيسية.

• المشكلات (التحديات) أمام التحويلات الطبية:

- يشير الواقع العملي إلى أنّ السلطة الفلسطينية تعتمد بشكل كبير على التحويلات الطبية، ففي العام 2001 كان عدد التحويلات نحو 11 ألف تحويلة، وتضاعف 10 مرات ليبلغ أقصى عدد للتحويلات في العام 2018 بنحو 110 آلاف تحويلة. وعاد لينخفض في العام 2020؛ حيث بلغ نحو 80 ألف تحويلة شملت 42,160 مريضاً، أي بمعدل تحويلتين لكل مريض، تستحوذ على ما يزيد عن نصف موازنة وزارة الصحة.
- هناك تطور إيجابي تمثل في انخفاض عدد التحويلات الطبية إلى إسرائيل (من 14.3% عام 2016 إلى 3.9% في العام 2020)، لصالح المستشفيات العاملة في الضفة الغربية وقطاع غزة. وبالرغم من هذه الإيجابية إلا أنه قد ترتبت على ذلك مشكلات أخرى تتمثل في زيادة حجم الديون للمستشفيات الفلسطينية التي تحوّل لها وزارة الصحة.
- من المتوقع أن يزيد عدد التحويلات وتكلفتها بحيث تتضاعف بثلاثة أمثال ما هي عليه حالياً، إذ يُتَوَقَّع أن يصل عدد التحويلات في العام 2028 إلى نحو 308 آلاف تحويلة بتكلفة 2.7 مليار شيكل.
- هناك العديد من نقاط الضعف والشبهات في آلية اتخاذ القرار في التحويلات الطبية إلى خارج مستشفيات وزارة الصحة، مثل قرار تشخيص الحالة المرضية، أو إحالة المريض من مستشفى حكومي إلى مستشفى غير حكومي، أو قرار اللجنة الطبية الفرعية بشأن المصادقة على تحويل المريض إلى مستشفى غير حكومي، أو قرار اللجنة الطبية الفرعية بشأن تحديد مزوّد الخدمة الطبية غير الحكومي، وقرار وحدة شراء الخدمة بشأن تحديد المرفق الطبي خارج فلسطين، وقرار وزير الصحة بشأن التحويل الطبي خارج المرفق الطبي الحكومي، وغيرها.

■ التوصيات:

- إلزامية التأمين الصحي «نظام التأمين الصحي الإلزامي الشامل والتضامني» للجميع ضرورة أساسية لبناء نظام صحي عادل، يقدم خدمات صحية للجميع وبتكلفة معقولة للسكان كافة دون تمييز، ودون تحميل الأسر تكاليف عالية قد تؤدي إلى إفقارها. يستدعي ذلك مشاركة مجتمعية واسعة في حوار وطني تشارك فيه الأطراف ذات الصلة، بحيث يفضي الحوار إلى إصدار قانون تأمين صحي تضامني وعصري يسهم في معالجة الاختلالات.
- إنشاء هيئة أو مؤسسة مستقلة لإدارة التأمين الصحي بشكل منفصل عن وزارة الصحة التي ستبقى الجهة الإشرافية وجهة تحديد وبلورة السياسات الصحية الوطنية.
- إصلاح النظام الضريبي بشكل يؤدي إلى تحقيق العدالة الضريبية، وذلك من خلال المحافظة على الفئات المحرومة والمهمشة، وزيادة العبء على ذوي الدخل المرتفعة. وأن يتم ذلك من خلال دراسة علمية لآلية توزيع الشرائح الضريبية، وكذلك تحديد نسبة المشاركة في التأمين الصحي بناءً على الدخل.
- إعداد دراسات مالية اكتوارية حول كلفة الخدمات الصحية المطلوبة، واعتماد رسوم تأمين حكومي أو غير حكومي تتناسب مع هذه التكلفة ومع قدرة المواطنين على الدفع.
- استحداث مؤشرات نوعية عن القطاع الصحي تعكس مستوى جودة الخدمات المقدمة وكفاءة النظام وعدالته، إضافة إلى مستوى رضا المواطنين عنها.
- شحُّ الموارد المالية وتعدد الاحتياجات يستدعي إعادة النظر في هيكل الإنفاق ورفع القدرة على التمويل، ما يؤدي إلى زيادة الإنفاق على بندي النفقات الرأسمالية والتطويرية؛ حتى تتناسب مع طبيعة عمل وزارة الصحة وحاجتها المستمرة للتطوير والتحديث لمواكبة المستجدات الطبية. إذا يبدأ الإصلاح أولاً بالقدرة على الاستغلال الأمثل للموارد المحدودة، وهذا هو جوهر الكفاءة والفعالية في استخدام الموارد.
- أتمتة نظام التأمين الصحي وتقليل تدخل العنصر البشري يساعد في الحد من التجاوزات والتدخلات في النظام ويزيد من تحقيق مستوى أعلى من العدالة والكفاءة في إدارة ملف التأمين الصحي.
- تعزيز الشفافية والإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالتحويلات الطبية، لا سيّما الحالات الاستثنائية ومبرراتها، ونشر كافة التقارير والتعليمات المتعلقة بعمل وحدة شراء الخدمة في الموقع الإلكتروني للوزارة.
- بشكل عاجل، هناك ضرورة لوقف إصدار قرارات أو تعليمات لدائرة شراء الخدمة بمنح إعفاءات أو إجراء استثناءات تتعلق بالتحويلات الطبية. إضافة إلى إصدار قرار رئاسي بوقف إعفاء أي شخص من دفع رسوم التأمين الصحي ما لم تتم تغطيتها من موازنة مرصودة مخصصة لذلك. على أن تقوم الجهة ذات العلاقة بدفع رسوم الاشتراك لوزارة الصحة عن الفئات المهمشة والمحرومة والعاطلين عن العمل مثل وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة العمل وغيرها.
- العمل باستمرار على تدقيق فواتير المستشفيات الإسرائيلية التي خصّمت خلال السنوات السابقة، ومراجعة الفواتير والأموال المخصصة من أموال المقاصة لمطابقتها مع تكاليف التحويلات الصادرة من جهة، والخدمة المقدّمة من المستشفيات الإسرائيلية من جهة أخرى.
- ينبغي مساءلة المسؤولين عن الإهمال الحاصل في عدم طلب فواتير المستشفيات الإسرائيلية للسنوات السابقة وعدم تدقيقها.

● تدقيق ومراجعة التحويلات الصادرة عن الخدمات الطبية العسكرية؛ للتحقق من مدى الحاجة لهذه التحويلات، ومدى توفر الخدمات الصحية في المرافق الصحية الفلسطينية، وتحميل تكلفة التحويلات الطبية العسكرية إلى المستشفيات الإسرائيلية لموازنة الخدمات الطبية العسكرية.

● ضرورة القيام بالتفاهمات اللازمة مع وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) لاستمرار تقديمها لخدمة الرعاية الصحية للاجئين الفلسطينيين، وضمان عدم حدوث ازدواجية في تقديم الخدمة، أو التمويل، مع ضرورة القيام بالتفاهمات اللازمة مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية في القطاع الخاص في ذات الوقت.

يقدم التقرير مقترحات إضافية تفصيلية، وذلك على النحو التالي:

- تتطلب نسبة الوفاة العالية المرتبطة بأمراض القلب والسرطان والسكري والجلطات وضع سياسة عامة تقودها وزارة الصحة بالتعاون والتنسيق مع الوزارات والشركاء الآخرين.
- يساعد عدد أسرّة المستشفيات وعدد الأطباء على العمل بشكل حثيث على توطيد الخدمات الصحية في فلسطين، وتطوير الخدمات الصحية بما يؤدي إلى تقليل الاعتماد على شراء الخدمة من خارج مؤسسات وزارة الصحة، وخفض التكلفة العالية على الخزينة العامة.
- إعادة تشكيل وزارة الصحة من خلال وضع هيكلية للوزارة تتناسب مع طبيعة وواقع التعديلات المتوقعة بعد إقرار خطة الإصلاح، وتوزيع الصلاحيات، وتوضيح الأدوار وآلية اتخاذ القرارات.
- تعزيز الشفافية والإفصاح عن المعلومات المتعلقة بالتحويلات الطبية، لا سيما الحالات الاستثنائية ومبرراتها. ونشر كافة التقارير والتعليمات المتعلقة بعمل وحدة شراء الخدمة في الموقع الإلكتروني للوزارة.
- التأكيد على مبدأ التغطية الصحية الشاملة وفق مفهوم تجميع المخاطر، الذي يقتضي ضرورة وجود قانون للتأمين الصحي يراعي إلزامية الاشتراك بأحد صناديق أو أنظمة التأمين الصحي المتاحة، ولا يشترط أن يكون صندوقاً حكومياً.
- إعداد دراسات مالية حول كلفة الخدمات الصحية المطلوبة، واعتماد رسوم تأمين حكومي أو غير حكومي تتناسب مع هذه التكلفة ومع قدرة المواطنين على الدفع.
- إعداد دراسة لتوزيع مراكز الخدمات الصحية، سواء للرعاية الصحية الأولية، والصحة العامة أو الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المستشفيات العامة والمتخصصة)، وقدرة المواطنين على الوصول الآمن والسلس لهذه المراكز، وكذلك تقييم قدرة وكفاءة هذه المراكز على تقديم خدمات عالية الجودة.
- إعداد دراسات أكثر شمولية للقوى البشرية العاملة في القطاع الصحي الحكومي وغير الحكومي، وتوزيع هذه الكوادر جغرافياً، ووفق احتياجات كل منطقة وتجمع سكاني.
- يتوجب على أي نظام للتغطية الصحية الشاملة أن يتّصف بالشمولية والجودة والاستدامة.
- إعادة النظر في دوام العيادات الحكومية ومراكزها الصحية لفترة واحدة، ودعم دوام الفترتين، ونعني بذلك المراكز التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية.
- تحسين ظروف العمل في مراكز وأقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية من حيث التجهيز والكوادر البشرية العاملة.
- دعم برامج التعليم الطبي المستمر ووضع ضوابط ومعايير لإعادة الترخيص.
- وضع معايير واضحة ومحددة ومكتوبة ومعلنة تحكم آلية تحديد مكان العلاج للمرضى المستفيدين من خدمة العلاج خارج وزارة الصحة.
- وضع معايير واضحة ومحددة ومكتوبة ومعلنة تحدد حقوق المؤمنین وواجباتهم.
- اعتماد لوائح أسعار للخدمات والإجراءات الطبية للعيادات والمستشفيات غير الحكومية، بشكل يراعي مستوى الخدمات المقدّمة، ويمكن أن يكون هناك حد أدنى وحد أقصى للأسعار والأجور الطبية، بحيث يتمّ التفاهم عليها بمشاركة وزارة الصحة ونقابة الأطباء، واتحاد المستشفيات الخاصة والأهلية وممثلين عن شركات التأمين.

1. فتحي أبو مغلي. اللقاء التشاوري الثالث الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة في دولة فلسطين ونظام التأمين الصحي المطلوب. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس). رام الله- فلسطين. 2021.
2. بكر اشتية. الإنفاق الحكومي على القطاع الاجتماعي من منظور العدالة الاجتماعية. المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية «مفتاح». رام الله- فلسطين. 2018.
3. الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). النزاهة والشفافية والمساءلة في الخدمات الصحية الحكومية (سلسلة التقارير 8). رام الله- فلسطين. 2007.
4. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني:
https://www.pcbs.gov.ps/site/lang___ar/881/default.aspx#HealthA.
5. محمد خليفة. توزيع العبء الضريبي ومبدأ التصاعدية للعام 2018-2019. المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية «مفتاح». رام الله- فلسطين. 2019.
6. ديوان الرقابة المالية والإدارية: التقرير السنوي للعام 2016. رام الله- فلسطين.
7. فادي ربيعة، وآخرون: إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي. هيئة مكافحة الفساد. رام الله- فلسطين. 2018.
8. سمير عبد الله. نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس). رام الله- فلسطين. 2018.
9. بلال فلاح، جهاد مشعل، وفاء بيطاوي، تقييم القطاع الصحي الفلسطيني: دراسة تحليلية على المستوى الكلي. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطينية (ماس). رام الله- فلسطين. 2020.
10. المبادرة الفلسطينية لتعميق الحوار العالمي والديمقراطية «مفتاح» (2022): التقرير السنوي للإنفاق الفعلي المقارن 2020-2021 وزارة الصحة 2022. رام الله- فلسطين.
11. موقع النجاح الإخباري: <https://nn.najah.edu/news/Alnajah/2021/393938/01/12/>
12. الموقع الإلكتروني للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني:
https://www.pcbs.gov.ps/site/lang___ar/881/default.aspx#PopulationA.
13. وزارة الصحة (2021): التقرير الصحي السنوي فلسطين 2020. رام الله- فلسطين.
14. وزارة الصحة: الخطة الاستراتيجية الوطنية 2017-2022 لوزارة الصحة الفلسطينية. <https://www.site.moh.ps/index/Books/BookType/1/Language/ar>.
15. http://www.palestinecabinet.gov.ps/WebSite/Upload/Documents/StudyAndReports/MOH_SERVICES_2017.pdf
16. <https://www.aljazeera.net/news/reportsandinterviews/2012/4/10/>
17. <https://www.fatehgaza.com>
18. <https://www.raya.ps/news/884095.html>
19. Samara, Asma' Ibrahim Khre (2012): Continuity Management the Palestinian Health Care Sector. An-Najah National University. Palestine.

◀ ملحق (1): أعداد التحويلات الطبية وتكاليفها المتوقعة حتى العام 2028

السنة	أعداد التحويلات	تكاليف التحويلات بالشيكل
2018	109,818	944,669,180
2019	121,761	1,047,405,684
2020	135,003	1,161,315,188
2021	149,685	1,287,612,801
2022	165,964	1,427,645,778
2023	184,013	1,582,907,894
2024	204,026	1,755,055,378
2025	226,214	1,945,924,581
2026	250,816	2,157,551,564
2027	278,093	2,392,193,816
2028	308,337	2,652,354,341

المصدر: بلال فلاح وآخرون. مرجع سابق.

AMAN
Transparency Palestine



الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)

المؤسسة الفلسطينية المعتمدة من قبل منظمة الشفافية الدولية منذ العام 2006، تأسس في العام 2000 من مجموعة من المؤسسات الأهلية الفاعلة في مجال الديمقراطية والحكم الصالح وحقوق الإنسان، سعياً لتحقيق رؤيته نحو «مجتمع فلسطيني خالٍ من الفساد».

يسعى الائتلاف حالياً إلى خلق وقيادة حراك مجتمعي عبر قطاعي مناهض للفساد، والإسهام في إنتاج ونقل وتوطين المعرفة بالفساد ومكافحته على الصعيد الوطني والإقليمي والدولي. يحرص ائتلاف أمان على القيام بدوره الرقابي Watchdog على النظام الوطني للنزاهة بالتركيز على المشاركة المجتمعية وتفعيل دور مؤسسات المجتمع المدني، ووسائل الإعلام في الرقابة والمساءلة وخلق بيئة محصنة ومساهمة في الكشف عن جرائم الفساد والحد من انتشاره.

رام الله: عمارة الريماوي - الطابق الأول - شارع الإرسال ص.ب: رام الله 339 القدس 69647

هاتف: 022989506 - 022974949 فاكس: 022974948

غزة: شارع حبوش، متفرع من شارع الشهداء - عمارة دريم / الطابق الثالث

هاتف: 082884767 تليفاكس: 082884766

الموقع الإلكتروني: www.aman-palestine.org



برنامج أمان الرئيسي بتمويل مشكور من حكومات والنرويج ولوكسمبورغ هولندا/UNDP