

تحديات الرعاية الصحية في المرحلة الراهنة (جائحة كورونا، أزمة المقاصة، ضعف موارد التأمين الصحي الحكومي)

سلسلة تقارير رقم 173



2020



تحديات الرعاية الصحية في المرحلة الراهنة
(جائحة كورونا، أزمة المقاصّة، ضعف موارد التأمين الصحي الحكومي)

AMAN
Transparency Palestine



يتقدم ائتلاف أمان بالشكر الجزيل للباحث الأستاذ بكر اشتية لإعداده هذا التقرير، وللدكتور عزمي الشعبي وفريق أمان لإشرافهم ومراجعتهم وتحريروهم له.

جميع الحقوق محفوظة للائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى المطبوعة كالتالي: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). 2020. تحديات الرعاية الصحية في المرحلة الراهنة (جائحة كورونا، أزمة المقاصة، ضعف موارد التأمين الصحي الحكومي). رام الله- فلسطين.

إن الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان) قد بذل جهوداً في التحقق من المعلومات الواردة في هذه الدراسة، ولا يتحمل أي مسؤولية تترتب على استخدام المعلومات لأغراض خارج سياق أهداف الدراسة بعد نشرها.

تقديم

كفل القانون الأساسي الفلسطيني حق الرعاية الصحية لكافة شرائح المجتمع الفلسطيني، ونظّم ذلك الحق من خلال المادة (22) التي تنص على:

1. ينظم القانون خدمات التأمين الاجتماعي والصحي ومعاشات العجز والشيخوخة.
2. رعاية أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى والمتضررين والمعاقين واجب ينظم القانون أحكامه، وتكفل السلطة الوطنية لهم خدمات التعليم والتأمين الصحي والاجتماعي¹.

كما صدرت العديد من القوانين الناظمة للعمل الصحي في فلسطين، منها قانون الصحة العامة (2004)، وقانون العمل الذي كفل للعامل الحق بالحصول على التأمينات والرعاية الصحية المطلوبة في بيئة العمل.

ويأتي ذلك كله انسجاماً مع الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الذي نص على أنه «لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاه له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية». كما ينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان، حيث تقر الدول الأطراف «بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه»².

وعلى الرغم من ظروف الاحتلال والحصار التي يعيشها الشعب الفلسطيني، ورغم شح وعدم انتظام الموارد المالية للسلطة الفلسطينية، إلا أن العديد من مؤشرات الرعاية الصحية الفلسطينية سجّلت تقدماً خلال السنوات الماضية، فمتوسط العمر المتوقع للفرد في الضفة الغربية وقطاع غزة بلغ 73.7 عام، فيما المتوسط العالمي 72.2 عام³. كما بلغت تغطية طعومات الأطفال نسبة الاكتمال⁴ (100%)، إضافة إلى التراجع الملموس خلال العقود الثلاثة السابقة في معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون 5 سنوات لكل 1000 مولود حي من (36 و45 على التوالي) إلى (17.9 و20.9 على التوالي)⁵.

لكن، ورغم كل تلك المؤشرات، إلا أن العديد من الدراسات السابقة للقطاع الصحي الفلسطيني أشارت إلى تدني جوهزية النظام الصحي الفلسطيني من حيث التجهيزات الطبية وعدد الأسرّة وشمولية نظام التأمينات الصحية والكوادر البشرية المؤهلة لعلاج الحالات المعقدة، الأمر الذي شكّل استنزافاً لمخصصات وزارة الصحة الفلسطينية لصالح الإنفاق على التحويلات الطبية، خاصة أن نسبة هامة كانت (حتى عام 2019) توجه للمستشفيات الإسرائيلية.

في الخامس من آذار 2020، أعلنت حالة الطوارئ في الأراضي الفلسطينية كخطوة إستراتيجية من أجل مواجهة تداعيات انتشار جائحة كورونا، حيث تم تشكيل هيكل لإدارة الأزمة مؤلف من 3 مستويات رئيسية متصلة لاتخاذ القرارات على المستويين الوطني والمحلي في المحافظات، وهي: 1. المستوى السياسي ممثلاً بالرئيس ورئيس الوزراء والقيادة السياسية. 2. لجنة الطوارئ الوطنية برئاسة رئيس الوزراء، ومؤلفة من عدد من القيادات السياسية وعدد من الوزراء ذوي الاختصاص. 3. المستوى التنفيذي المؤلف من عدة أطراف، منها الأجهزة الحكومية المدنية والأمنية وجهات الاختصاص القادرة على تنفيذ خطة الحكومة لمواجهة الأزمة، مثل وزارة الصحة والاقتصاد والزراعة والعمل والتنمية الاجتماعية والمواصلات والاتصالات⁶. تلا ذلك إعلان رئيس الوزراء محمد اشتية، بتاريخ 2020/4/9، عن موازنة الخطة الفلسطينية لمواجهة وباء كورونا بتكلفة بلغت 137 مليون دولار، تشمل توفير الأدوية والمعدات وتجهيز القطاع الصحي لمواجهة الوباء في الضفة، بما فيها القدس، وقطاع غزة.

1 القانون الأساسي الفلسطيني المعدل، 2003.

2 <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/cescr-gc14.html>

3 World Bank Open Data, 2019. <https://data.worldbank.org/>

4 وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير الصحي السنوي، 2020.

5 World Bank Open Data, 2019. <https://data.worldbank.org/>

6 غانم، أمجد. 2020. إدارة حالة الطوارئ الفلسطينية أثناء أزمة الوباء العالمي «كورونا كوفيد-19». <http://www.palestinecabinet.gov.ps/portal/news/details/51401>

تتيح حالة الطوارئ للحكومة اتخاذ إجراءات استثنائية لتحقيق الهدف المعلن لحالة الطوارئ، من ضمنها القدرة على الشراء دون الالتزام بقانون الشراء العام أو بأحكام قانون الموازنة العامة⁷، الأمر الذي يتطلب الالتزام بأعلى درجات الشفافية من أجل المحافظة على ثقة المواطنين من جهة، ومنع حالات استغلال تلك الإجراءات من قبل الفاسدين من جهة أخرى.

من هنا، تبرز أهمية هذه الدراسة التي ستسلط الضوء على واقع الإنفاق في وزارة الصحة في ظل جائحة كورونا، ناهيك عن استشراف مدى التزام المسؤولين والأطراف ذات العلاقة بمعايير الشفافية في إجراءات الإنفاق، واحترامهم لقيم النزاهة والمساءلة.

أهداف ومنهجية الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على شفافية إجراءات الإنفاق الحكومي بشكل عام، ووزارة الصحة بشكل خاص، على الاحتياجات الصحية خلال الفترة الممتدة بعد إعلان حالة الطوارئ وحتى الآن، وكذلك مدى جهوزية النظام الصحي الفلسطيني خلال فترات الأزمات، التي كانت جائحة كورونا بمثابة تجسيد عملي واختبار حقيقي يمكن من خلالها التعرف على التحديات المطلوب معالجتها، ناهيك عن تزامن ذلك مع وقف تحويلات الجانب الإسرائيلي أموال المقاصة للخزينة العامة الفلسطينية، وضعف موارد صندوق التأمين الصحي. ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- تتبع مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية خلال السنوات السابقة.
- فحص الإشكاليات التي ظهرت نتيجة الأزمة.
- التعرف على موازنة وزارة الصحة، وآلية الإنفاق، ومصادر الدعم، وأولويات الإنفاق خلال العام الحالي.
- فحص مدى التزام وزارة الصحة بمعايير الشفافية، من حيث الموازنة ومصادر الدعم وآليات الإنفاق، ومن حيث الشفافية في الإعلان عن العطاءات والنزاهة في إرساء العطاءات، ومن حيث التعيينات الجديدة.

ولتحقيق أهداف الدراسة، استعان الباحث بمجموعة من البيانات الثانوية، كالحسابات الصحية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني وبيانات موازنة وزارة الصحة من كل من وزارة المالية ووزارة الصحة وبيانات مقارنة حول مؤشرات الرعاية الصحية خلال فترة جائحة كورونا وما قبلها من خلال مركز المعلومات الصحي في وزارة الصحة. كما تمت الاستعانة ببعض البيانات الأولية التي تم جمعها من خلال إجراء العديد من المقابلات مع ممثلي القطاع الصحي الفلسطيني.

⁷ تنص الفقرة 13 من المادة 9 من القرار بقانون رقم 8 لسنة 2020 بشأن موازنة الطوارئ العامة لسنة 2020 على: «إذا كانت النفقة ناتجة عن ظروف طارئة لم تؤخذ بعين الاعتبار حين إعداد هذا القرار بقانون، أو لها طبيعة خاصة، يتم الصرف من مخصصات الاحتياطات المالية بقرار مجلس الوزراء، بناءً على تسيب وزير المالية، بناءً على طلب الوزير المختص وتسيب مدير عام الموازنة بعد دراسة الطلب، وذلك بنقل المبلغ المعتمد لموازنة المؤسسة العامة المختصة أو صرفها مركزياً من وزارة المالية».

1. واقع الإنفاق الصحي في دولة فلسطين قبل جائحة كورونا

1 - 1 الإنفاق الجاري على الرعاية الصحية

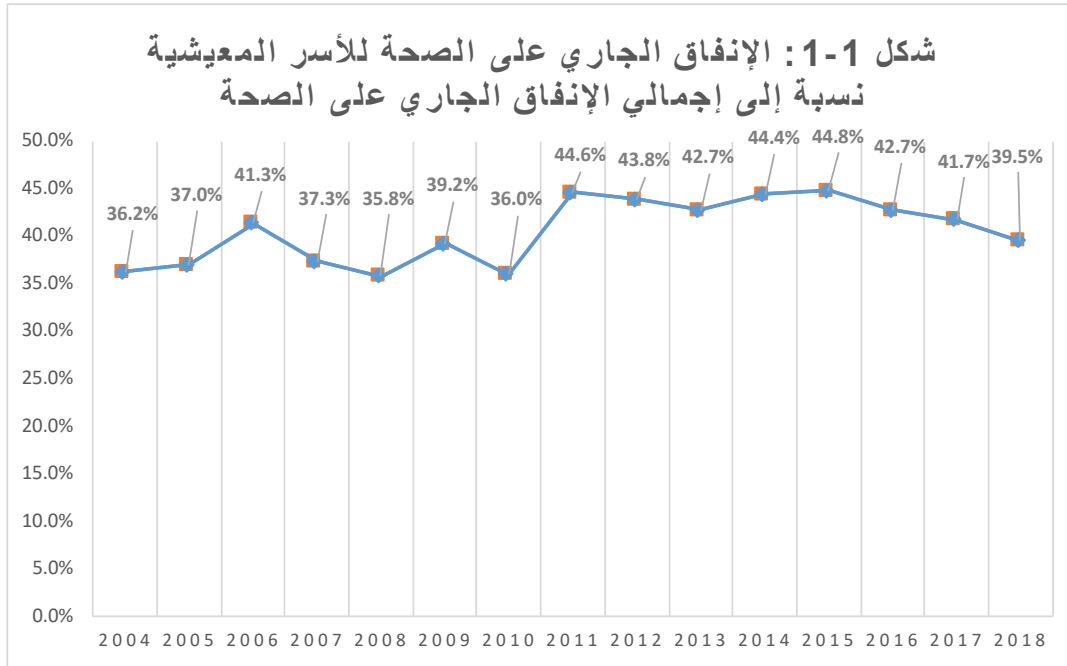
بدايةً، لا بد من التفريق بين الإنفاق على الصحة كمخصص من مخصصات مراكز المسؤولية للموازنة العامة للدولة (مخصصات وزارة الصحة)، والإنفاق الكلي على الصحة كجزء من مكونات القيم المضافة الكلية للناتج المحلي الإجمالي، فمخصصات وزارة الصحة في الموازنة العامة قد تشمل نفقات موجهة لبعض المصاريف غير الصحية، إضافة إلى وجود بعض النفقات الصحية في الموازنة العامة لمراكز مسؤولية أخرى غير وزارة الصحة⁸. أضف إلى ذلك أن نُظُم تمويل الرعاية الصحية (كجزء من الناتج المحلي الإجمالي) لا تقتصر على الإنفاق الحكومي المباشر، بل تمتد أيضاً إلى نُظُم برامج التأمين الإلزامية (الحكومي) وغير الإلزامية (كموظفي القطاع الخاص) وبرامج تمويل المؤسسات غير الهادفة للربح، إضافة إلى تمويل القطاع العائلي (كزيارة الأطباء في عياداتهم)، أي أن تتبع مخصصات وزارة الصحة في الموازنة العامة يعبر عن جزء من منظومة وكلاء تمويل الرعاية الصحية، فيما تشكل المنظومة بأكملها (الحكومة المركزية وشركات التأمين والأسر المعيشية والمؤسسات غير الهادفة للربح)، حصة الإنفاق الكلي على الرعاية الصحية من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي حسب مكونات الإنفاق الرئيسي.

وتجدر الإشارة إلى أن مكونات الإنفاق الكلي في الناتج المحلي الإجمالي تشمل الإنفاق الحكومي وإنفاق القطاع العائلي والإنفاق الاستثماري (التكوين الرأسمالي الإجمالي) وصافي الصادرات، وبالتالي، يمكن فصل كل من الإنفاق الجاري على الرعاية الصحية للقطاع العائلي والقطاع الحكومي وتتبع حصة كل منهما من إجمالي الإنفاق، إضافة إلى فصل الإنفاق الرأسمالي (التكوين الرأسمالي الإجمالي) على القطاع الصحي عن الإنفاق الإجمالي الصحي، وتتبع حصته من التكوين الرأسمالي الإجمالي كمكون من مكونات الناتج المحلي الإجمالي. كل تلك المقارنات ستأخذ الناتج المحلي الإجمالي الإسمي (بالأسعار الجارية) كأساس للمقارنة وليس الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي نظراً إلى أن كل مؤشرات الإنفاق على الرعاية الصحية تُحسب بالأسعار الجارية.

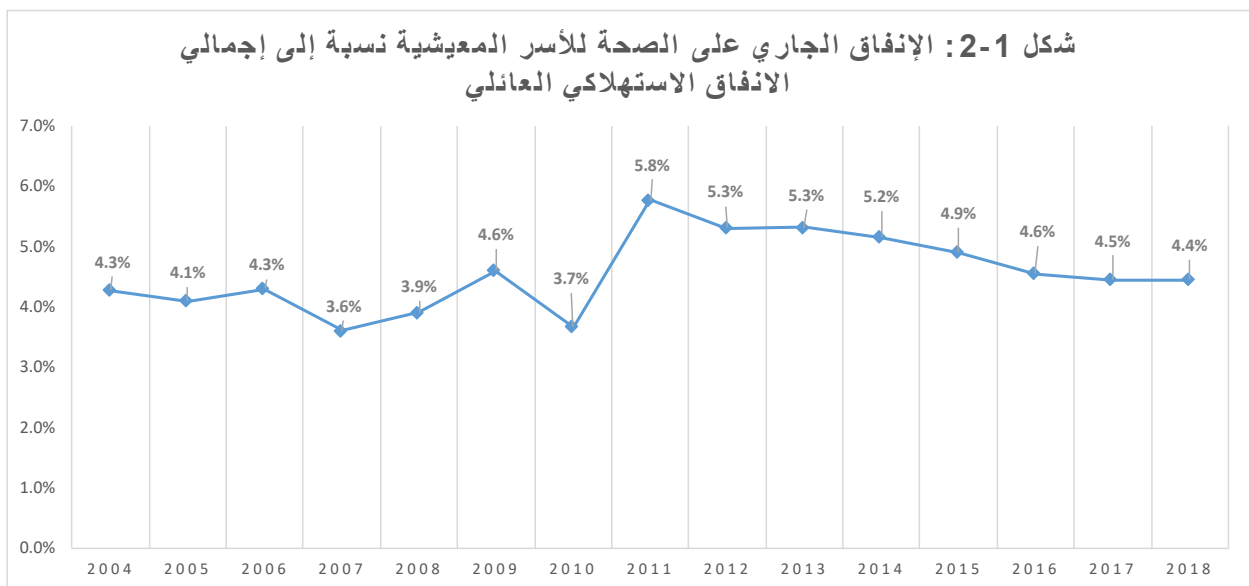
⁸ من الأمثلة على ذلك وجود مخصصات من الموازنة العامة لوزارة الصحة تذهب إلى بعض المؤسسات التعليمية (كلية ابن سينا)، ولا تدخل مباشرة في نظام الرعاية الصحية، ومخصصات أخرى لبعض الوزارات (كوزارة التربية والتعليم) على الصحة المدرسية التي يجب أن تحسب كجزء من مكونات الإنفاق على الرعاية الصحية.

1-1-1 الإنفاق الجاري على الصحة للأسر المعيشية (خارج منظومة التأمين الصحي)

تشير بيانات الحسابات الصحية الفلسطينية⁹ إلى استقرار الحصة النسبية للإنفاق الجاري العائلي على الصحة خلال الفترة (2004 - 2018) من مجموع إنفاق المنظومة الصحية (وكلاء التمويل) عند مستوى يقترب في متوسطه من 40% (انظر الشكل 1-1)، فيما بلغت تلك النسبة عالمياً قرابة 35%¹⁰، الأمر الذي يشكل عبئاً إضافياً على القطاع العائلي والأسر ذات الدخل المتوسط والمتدني.



فيما استقرت حصة تلك النفقات من إجمالي الإنفاق الاستهلاكي العائلي عند هامش 4% إلى 5% كما هو مبين في الشكل (2-1).¹¹



9 وزارة الصحة الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2020. الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018 (سلسلة منقحة).

10 منظمة الصحة العالمية، <https://www.who.int/ar/news-room/detail/202019-02-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>

11 حسب النسب من قبل الباحث بالاستعانة بسلسلة الحسابات القومية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء، وسلسلة الحسابات الصحية الصادرة عن وزارة الصحة.

2-1-1 الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية

يشكل المتوسط العالمي للإنفاق الحكومي على الصحة 51% من إجمالي الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية¹²، فيما استقرت تلك النسبة في الأراضي الفلسطينية وفقاً للحسابات الصحية الفلسطينية عند متوسط 42.5% خلال السنوات (2004 - 2018) كما هو مبين في الجدول (1-1)¹³.

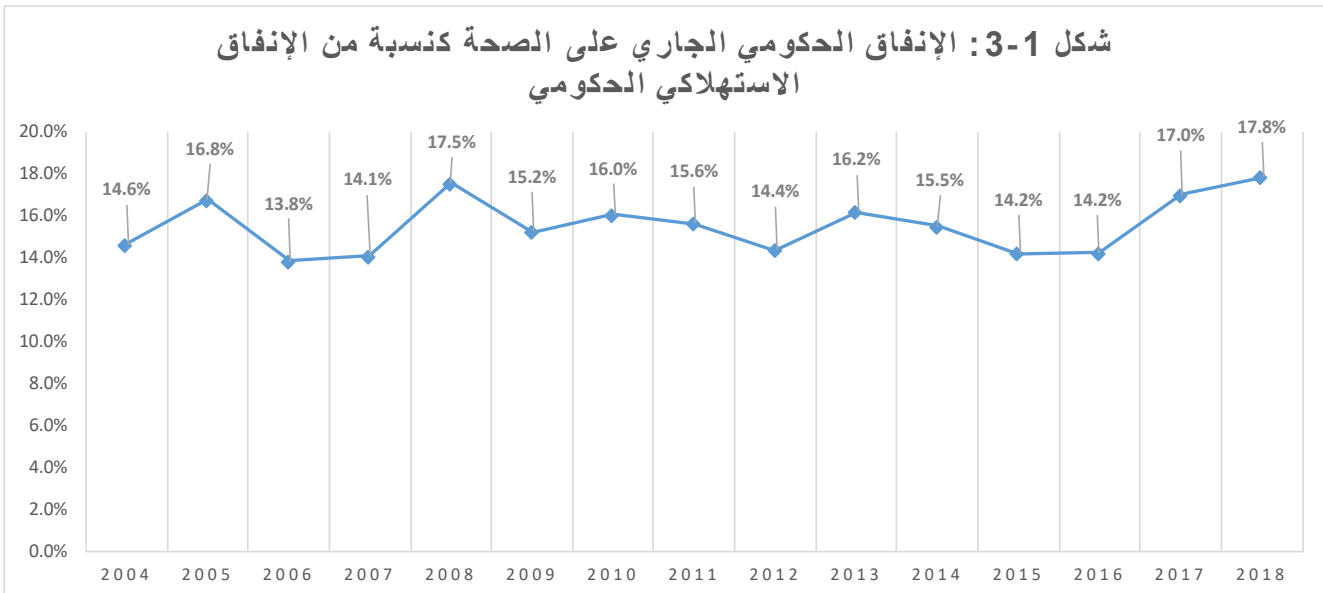
| جدول (1-1): الإنفاق الحكومي الجاري على الصحة (بالمليون دولار) | | | | |
|---|---|-----------------------------|--|---|
| السنة | الإنفاق الجاري على الصحة (حكومي + عائلي + أهلي + دولي) | نظم وبرامج الحكومة المركزية | نظم وبرامج التأمين الصحي الحكومي الإلزامي | مجموع (نسبة الإنفاق الحكومي إلى الإنفاق الكلي) |
| 2004 | 523.8 | 34.70% | 5.8% | 40.50% |
| 2005 | 563.6 | 41.20% | 5.3% | 46.50% |
| 2006 | 561.7 | 34.50% | 5.4% | 39.90% |
| 2007 | 557.6 | 41.40% | 4.9% | 46.30% |
| 2008 | 769.5 | 41.80% | 3.7% | 45.50% |
| 2009 | 870.4 | 41% | 3.4% | 44.40% |
| 2010 | 881.5 | 45.50% | 2.2% | 47.70% |
| 2011 | 1269.2 | 35.60% | 2.4% | 38.00% |
| 2012 | 1257.6 | 35.70% | 2.1% | 37.80% |
| 2013 | 1412.2 | 38.70% | 2.0% | 40.70% |
| 2014 | 1387.8 | 39.40% | 3.1% | 42.50% |
| 2015 | 1297.3 | 38.30% | 3.3% | 41.60% |
| 2016 | 1387.1 | 37.20% | 2.8% | 40.00% |
| 2017 | 1471.3 | 38.70% | 4.0% | 42.70% |
| 2018 | 1571.7 | 40.60% | 4.2% | 44.80% |

12 منظمة الصحة العالمية، مصدر سابق.

13 وزارة الصحة الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2020. الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018 (سلسلة منقحة).

من اللافت للانتباه من خلال الجدول السابق ضعف منظومة التأمين الصحي الحكومي الإلزامي في تمويل برامج الرعاية الصحية، ففي العام 2018، بلغت مساهمة الحكومة في إجمالي النفقات الجارية الصحية 704 ملايين دولار، 638 مليون دولار منها كانت من خلال الموازنة العامة، و66 مليون دولار منها كانت من خلال برامج التأمين الصحي الإلزامي، أي أن برامج التأمين الصحي لم تشكل سوى 9.4% من مجموع المساهمة الحكومية في برامج الرعاية الصحية، الأمر الذي يخلق مزيداً من الضغوط المالية على الموازنة العامة، خاصة في حالات الطوارئ الصحية والمالية، كتلك التي فرضتها ظروف جائحة كورونا، وانقطاع أموال المقاصة.

النسب الواردة أعلاه أكدت على توصيات ائتلاف أمان في السنوات الأخيرة بضرورة رفع كفاءة برامج التأمين الصحي (بما فيها الحكومي)، وضرورة إعادة النظر فيها، وصولاً إلى نظام تأمين صحي إلزامي شامل. وكذلك سبل الحد من الهدر والتسرب الماليين في بند التحويلات الصحية، خاصة تلك الموجهة للخارج، وبالأخص لدولة الاحتلال. والشكل (1-3) يوضح حجم العبء الذي تتحمله الحكومة الفلسطينية من خلال احتساب الإنفاق الجاري للحكومة المركزية على الرعاية الصحية (خارج منظومة التأمينات الصحية الإلزامية) نسبة إلى إجمالي الإنفاق الاستهلاكي الحكومي على كافة مراكز المسؤولية، التي تراوحت بين 14% إلى 17.8% خلال الفترة (2004 - 2018).



المثير للقلق في هذه الأرقام هو التخوف من عدم قدرة الحكومة المركزية على الوفاء بالتزاماتها تجاه الرعاية الصحية في ظل أزمة المقاصة الراهنة،¹⁴ وفي ظل ضعف منظومة التأمينات الصحية (غياب نظام التأمين الصحي الشامل الذي يضمن استمرارية التمويل وتطوير الخدمات الصحية)، الأمر الذي سنحاول التوسع في تحليله من خلال تحليل درجة تأثير خدمات الرعاية الصحية المختلفة وإمدادات الأدوية والمعدات الطبية بالجائحتين الصحية والمالية، ومدى قدرة الحكومة على حشد الدعم والمساعدات المالية الأجنبية للقطاع الصحي، ومدى تأثير مخصصات وزارة الصحة في الموازنة العامة خلال أشهر الجائحة مقارنة مع مخصصات الأشهر المقابلة لها خلال السنوات الماضية، وربط هذا الواقع بضرورة التحلي بأعلى درجات الشفافية في الإنفاق، وأهمية إلزام جميع المسؤولين بقيم النزاهة وعدم استغلال الموقع، حيث تصبح الوسطة والمحسوبية ضاغطة على مراكز اتخاذ القرار، وأهمية إعادة النظر بنظام التأمين الصحي.

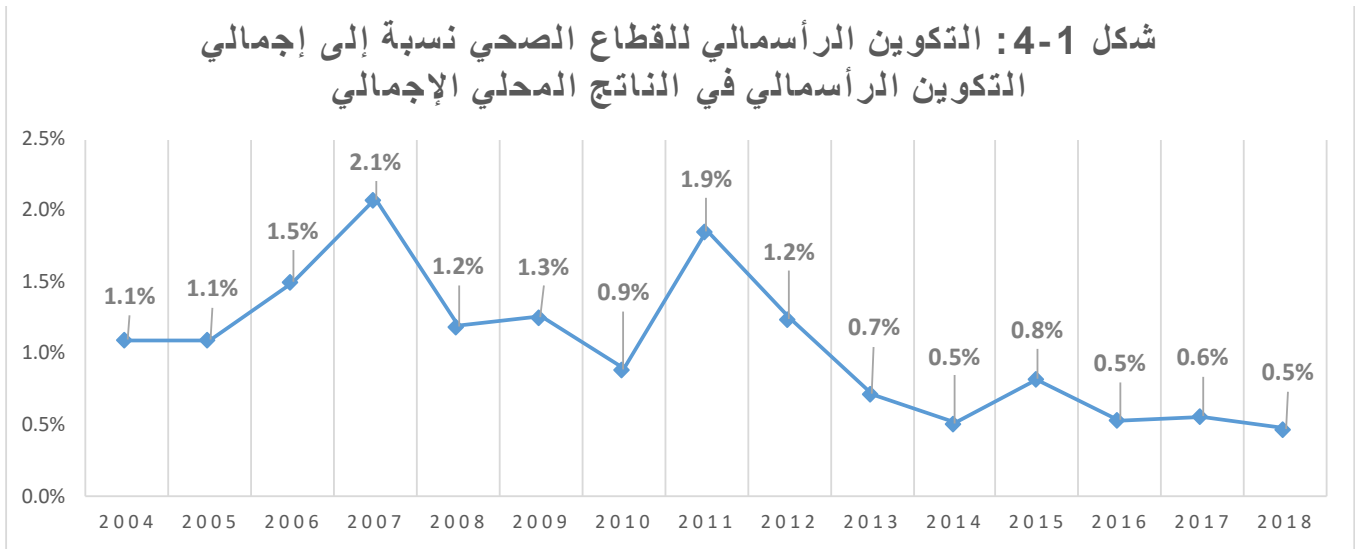
14 حسب النسب من قبل الباحث بالاستعانة بسلسلة الحسابات القومية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء، وسلسلة الحسابات الصحية الصادرة عن وزارة الصحة.

15 انتهت أزمة المقاصة في نهاية شهر تشرين ثاني/ نوفمبر 2020، وتسلمت الحكومة أموال المقاصة في بداية شهر كانون أول/ ديسمبر من نفس العام.

2-1 الإنفاق الرأسمالي على الرعاية الصحية (التكوين الرأسمالي الإجمالي)

يعبّر مؤشر التكوين الرأسمالي الإجمالي للقطاع الصحي عن حجم الأصول والموجودات التي حصل عليها مقدمو الخدمات الصحية (المستشفيات والعيادات ومرافق الرعاية الصحية) خلال عام، مطروحاً منها ما تم التخلص منه من أصول وموجودات مماثلة.

والشكل (4-1) يوضح تطور التكوين الرأسمالي الإجمالي للقطاع الصحي نسبة إلى مجموع بنود الإنفاق الكلي على التكوين الرأسمالي الإجمالي في الناتج المحلي الإجمالي الفلسطيني.



يتبين من الشكل أعلاه تراجع حصة القطاع الصحي من إجمالي التكوين الرأسمالي الإجمالي في فلسطين، الأمر الذي يعكس عدم موازنة الإنفاق الرأسمالي على القطاع الصحي للاحتياجات السنوية المتزايدة على خدمات الرعاية الصحية التي تفرضها ظروف الزيادة السنوية الطبيعية لعدد السكان. ويمكن الاسترشاد بعدد المستشفيات وعدد الأسرة فيها للدلالة على مدى كفاية النفقات الرأسمالية للاحتياجات ومتطلبات الرعاية الصحية.

1-2-1 عدد المستشفيات والأسرة وتجهيزات العناية المكثفة

يشير هذا القياس ضمناً إلى أن السرير هو الجزء الرئيسي لأشهر رأس المال في المستشفى، مُركزاً أداء الأصول الأخرى حوله. إلا أن استخدام «أعداد الأسرة» المستمر يخفق في دراسة مبادلات الاستثمار في الأنواع المختلفة من رأس المال الصحي وتكاملاته. وهكذا، وبينما يتصف عدد الأسرة بأنه أسلوب مريح، نجد أن هناك اعترافاً متزايداً بالمحددات الجوهرية لهذا القياس¹⁶، لكنه يبقى رغم ذلك المؤشر الأكثر استخداماً لأغراض المقارنة عالمياً.

| جدول (2-1): مؤشرات مختارة (2020) ¹⁷ | | | |
|--|----------|---------------|---|
| فلسطين | قطاع غزة | الضفة الغربية | |
| 87 | 34 | 52 | عدد المستشفيات |
| 7,039 | 3,049 | 3,990 | عدد الأسرّة |
| 1.38 | 1.49 | 1.3 | عدد الأسرّة لكل (1000) نسمة ¹⁸ |
| 212 | 102 | 110 | عدد الأسرّة في غرف العناية المكثفة (العامة والوسطى) |

وبمقارنة مؤشر عدد الأسرّة لكل 1000 نسمة مع مجموعة مختارة من دول العالم، نجد أن الرقم في الدول المتقدمة يصل إلى 5.9 سرير، وفي الدول متوسطة الدخل 2.3 سرير¹⁹، فيما يقتصر الرقم في فلسطين على 1.38 سرير. ويمكن قراءة هذا الرقم وتفسيره بمحدودية قدرة واستعداد النظام الصحي الفلسطيني في الضفة وقطاع غزة لمواجهة الجوائح الصحية، والكوارث الناجمة عن ظروف طبيعية أو حوادث أو حروب.

كما أن أعداد الأسرّة في غرف العناية المكثفة تُظهر تواضعاً في الإمكانيات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة (انظر جدول 2-1)، ما يسترعي منا التنبيه إلى أهمية زيادة الإنفاق الرأسمالي على القطاع الصحي بما يضمن قدرة أكبر على استيعاب الحالات الحرجة، خاصة في قطاع غزة الذي يعاني نقصاً حاداً في عدد أسرة العناية المكثفة العامة والوسطى مقارنة بحجم الأخطار الصحية التي مرت وتمر فيها نتيجة الحروب المتكررة عليها من جهة، ونتيجة تعاظم خطر انتشار وباء كوفيد-19 فيها.

3-1 الكوادر الطبية

وضعت منظمة الصحة العالمية بعض المعايير الخاصة بدرجة كفاية الكوادر الطبية في أي بلد، حيث أوصت المنظمة بضرورة وجود ما لا يقل عن طبيب واحد لكل ألف نسمة كحد أدنى مقبول، و3 ممرضات/ ممرضين لكل ألف نسمة.

17 وزارة الصحة، مركز المعلومات الصحية، فلسطين.

18 حميدان، مح مد. 2019. مشوار القطاع الصحي ما زال طويلاً، مجلة قلب الأردن.

19 في العام 2020، تم افتتاح مستشفى دورا الحكومي، والمستشفى العسكري لعلاج كورونا في نابلس، ولم يتسنّ الحصول على أعداد الأسرة فيهما.

يُظهر الجدول (1-3) توفر الأطباء في فلسطين ضمن الحد الأدنى المطلوب عالمياً، مع تفوق لقطاع غزة على الضفة الغربية (علماً أن الرقم يصل إلى 3.9 في منطقة اليورو، و3.9 في دولة الاحتلال، و2.8 في مصر، و2.6 في الأردن)، فيما نجد نقصاً واضحاً في كوادرات خدمات التمريض والقبالة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة بمتوسط لا يصل إلى كادريين لكل ألف نسمة (يصل الرقم إلى 4.9 في دولة الاحتلال، و3.5 في مصر، و4 في الأردن).

| جدول (1-3): التوزيع الجغرافي للكوادر الطبية في فلسطين (2016) | | | |
|--|----------|---------------|-----------------------|
| فلسطين | قطاع غزة | الضفة الغربية | الكوادر الطبية |
| 5,297 | 2,490 | 2,807 | أطباء |
| 1.1 | 1.3 | 0.98 | لكل 1000 نسمة |
| 9,310 | 3,869 | 5,441 | كادر التمريض والقبالة |
| 1.93 | 2.06 | 1.86 | لكل 1000 نسمة |

المصدر: المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة

من اللافت للانتباه هنا أنه في الوقت الذي كانت فيه أجهزة السلطة الفلسطينية تتوسع وتتضخم في كوادرها البشرية، لم ينل القطاع الصحي حظه من ذلك التوسع، رغم أن الاستثمار البشري في هذا القطاع كان سيحقق للسلطة الفلسطينية على المدى الطويل مؤشرات تنموية بشرية أفضل، ووفورات مالية كبيرة كانت ستتبع عن ازدياد قدرة القطاع الصحي الفلسطيني على توطين الخدمات الصحية التي تستنزف موازنة السلطة الفلسطينية بالتحويلات الطبية الخارجية.

2. تأثير الوضع المالي للحكومة على كفاءة وزارة الصحة في الإنفاق وفي مواجهة كوفيد - 19

تزامن انتشار وباء كوفيد-19 مع أزمة مالية خانقة كانت امتدت من خلال تراجع حجم الدعم الخارجي لموازنة السلطة الفلسطينية في السنوات الخمس الماضية، ومن ثم اقتطاع أجزاء من مستحقات المقاصة خلال العام 2019، وصولاً إلى احتجاز كامل تلك المستحقات اعتباراً من شهر مايو 2020.

وبالإضافة إلى الأعباء المالية الصحية الإضافية التي صاحبت وباء كورونا، جاءت أزمة المقاصة لتحد من قدرة السلطة الفلسطينية على اللجوء لأدوات السياسات المالية لمواجهة تلك الأعباء، الأمر الذي أدى إلى قصور في كفاءة وزارة الصحة الفلسطينية في تأدية المهام الملقاة على عاتقها، من حيث كافة أنواع الرعاية الصحية، بما فيها توفير أنواع الرعاية الأولية والثانوية والثالثية، إضافة إلى قدرتها على توفير الأدوية وباقي المستهلكات الطبية، الأمر الذي سنقوم ببحثه وتحليله في هذا الجزء من البحث.

1-2 أثروا كورونا على قدرة المواطنين على النفاذ لخدمات الرعاية الصحية الحكومية

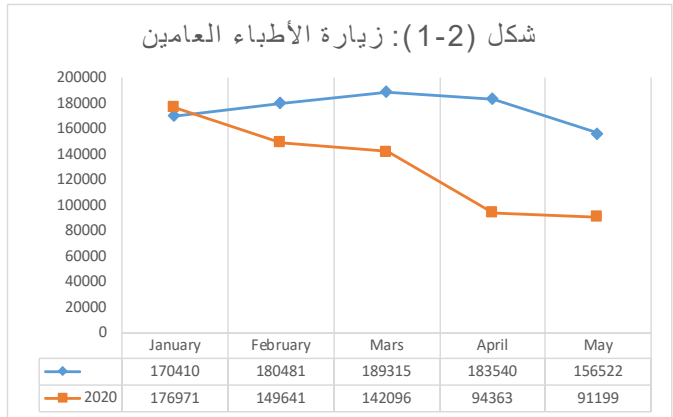
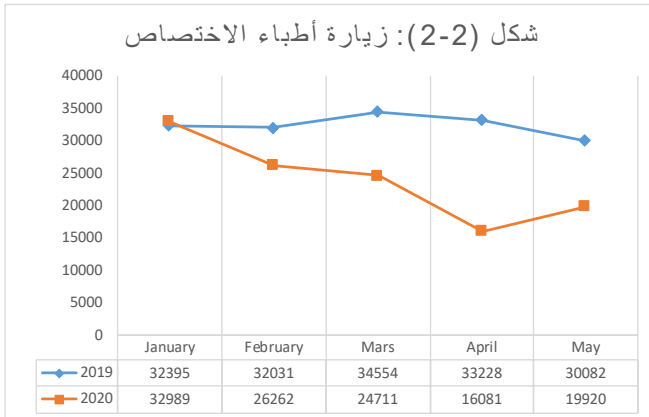
في هذا السياق، سيتم تناول قدرة المواطنين (في الضفة الغربية) خلال الأشهر الأولى من عمر الجائحة على النفاذ إلى خدمات الرعاية الصحية الحكومية مقارنة بالأشهر المناظرة للعام 2019، وتشمل الخدمات الصحية التالية:

- الرعاية الصحية الأولية (وتشمل زيارات عيادات الطب العام والعيادات المتخصصة وتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية قبل الولادة وبعدها).
- الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (وتشمل معدل إشغال الأسرّة في المستشفيات والإدخال والعمليات الجراحية والعيادات الخارجية والطوارئ).

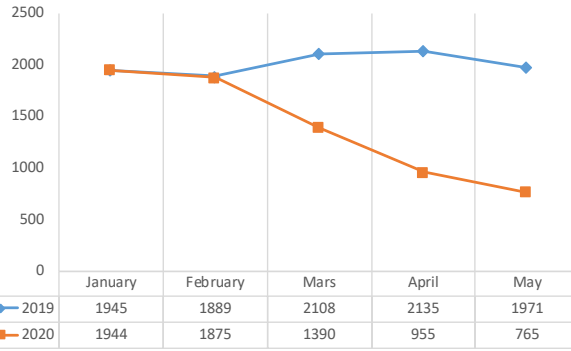
2-1-1 الرعاية الصحية الأولية

تتناول الصحة بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية، 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 والعلاج.

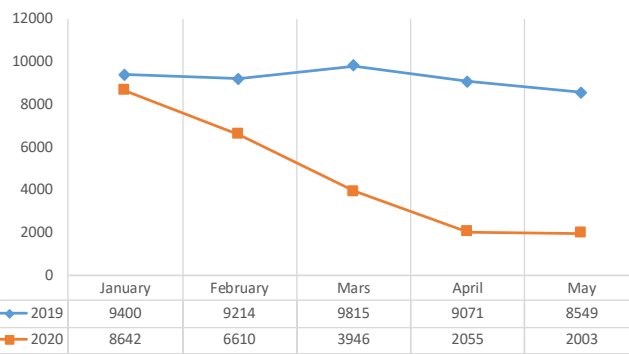
وتوضح الجداول التالية مدى قدرة المواطن (في الضفة الغربية) على النفاذ لمراكز وعيادات الصحة الأولية الحكومية خلال الأشهر الأولى من عمر الجائحة (مارس، أبريل، مايو)، مقارنة مع الفترة المناظرة لها من العام 2019 وفقاً لبيانات مركز المعلومات الصحية التابع لوزارة الصحة الفلسطينية.



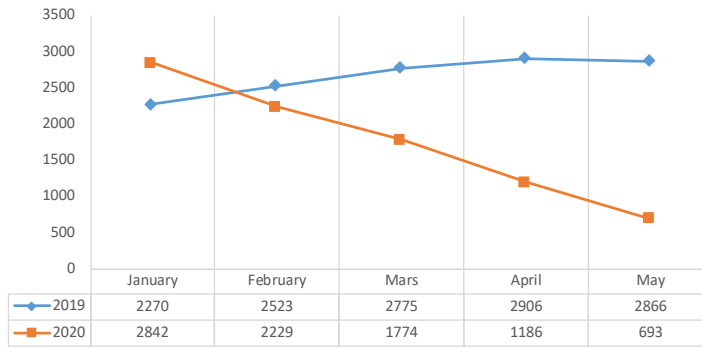
شكل (2-3): الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة



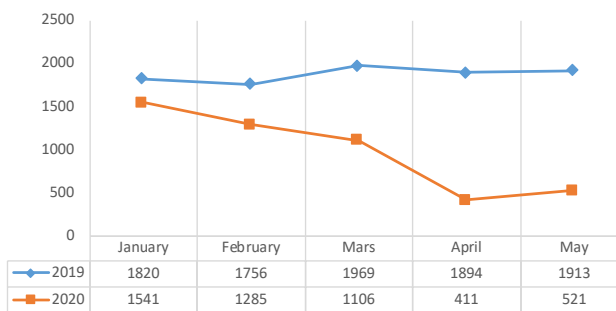
شكل (2-4): رعاية ما قبل الولادة من قبل الأطباء



شكل (2-5): حالات الحمل عالية الخطورة التي زارت الأطباء



شكل (2-6): رعاية ما بعد الولادة من قبل الأطباء



تشير كافة المؤشرات في الأشكال البيانية أعلاه إلى تراجع حاد في قدرة المواطن على النفاذ لخدمات الرعاية الصحية الأولية. ويعزى ذلك إلى أسباب عدة منها:

1. حالة الإرباك التي أصابت الجهاز الصحي وحالت دون القدرة على التواصل الفعّال مع المواطنين، فمنذ بداية شهر أبريل حتى نهاية شهر يونيو، تعذر وصول العديد من المواطنين إلى الخدمات الصحية المختلفة بسبب إغلاق العديد من العيادات والمراكز الصحية، ولم تكن هناك سهولة في الوصول إلى المعلومة حول العيادات المغلقة والمناوبة، الأمر الذي لم تتمكن وزارة الصحة من إدارته بكفاءة، نظراً لحدثة التجربة على النظام الصحي الفلسطيني.
2. حالة الإغلاق الشامل ومن ثم الجزئي التي حالت دون قدرة المواطنين على التنقل بحرية.
3. حالة الذعر التي أصابت المواطنين خلال الأشهر الأولى من عمر الجائحة، الأمر الذي نجم عنه إحجام شريحة واسعة من المواطنين عن التقدم لطلب خدمات الرعاية الصحية الأولية.
4. تراجع انتشار الأمراض الموسمية وما يصاحبها من أعراض بسبب ظروف التباعد الاجتماعي التي حدثت من انتشار كافة الأمراض المعدية الأخرى.

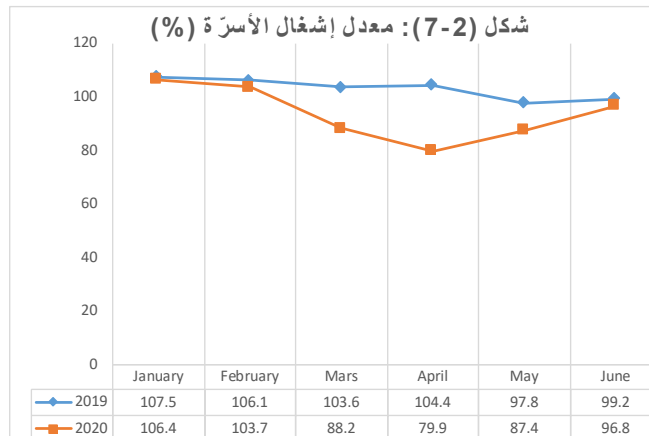
كما تشير البيانات الواردة في الجداول أعلاه إلى حاجة أنظمة الرعاية الصحية الأولية إلى خطة طوارئ شاملة (مستدامة)، تعزز من قدرتها على مواجهة الظروف الطارئة التي قد تنتج عن أوبئة صحية أو كوارث طبيعية أو حروب.

2-1-2 الرعاية الصحية الثانوية والثالثية

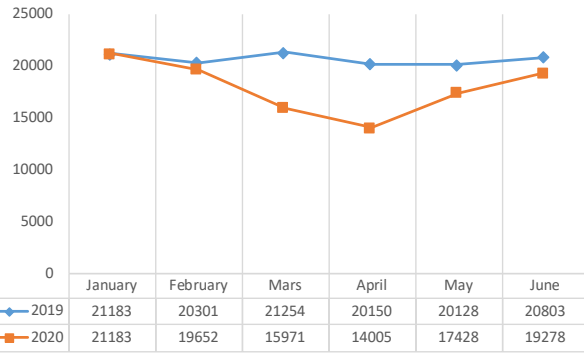
يمكن تقسيم مؤشرات الرعاية الصحية في المستشفيات إلى عدة أقسام، منها:

- معدل الإشغال الشهري للأسرّة في المستشفيات (عدد أيام الإقامة لكافة المرضى خلال الشهر) / (مجموع أسرّة المبيت / 30) * 100.
- عدد حالات الإدخال الشهري.
- عدد العمليات الجراحية.
- مراجعات العيادات الخارجية.
- عدد حالات زيارة الطوارئ.

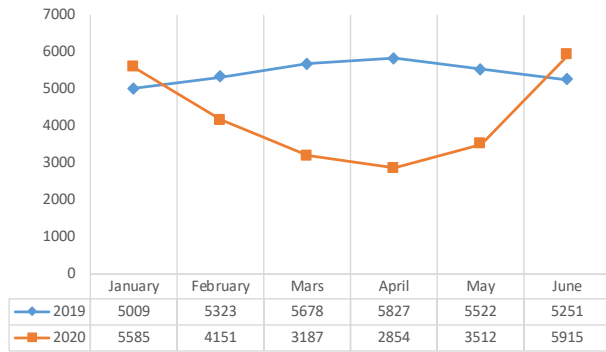
والأشكال البيانية التالية تظهر حجم التفاوت في مؤشرات الرعاية الصحية المقدمة في مستشفيات الضفة الغربية خلال فترة الجائحة والإغلاقات الكلية والجزئية مقارنة مع نفس الفترة من العام 2019.



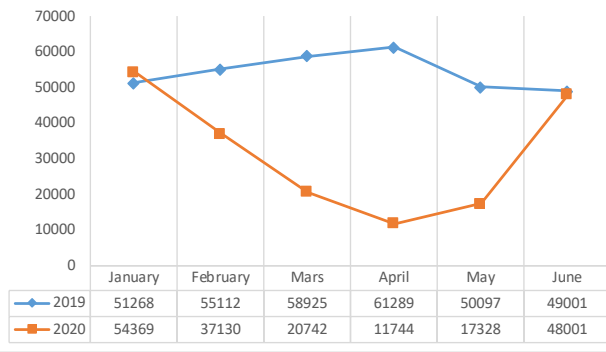
شكل (2-8): عدد حالات الإدخال الشهري



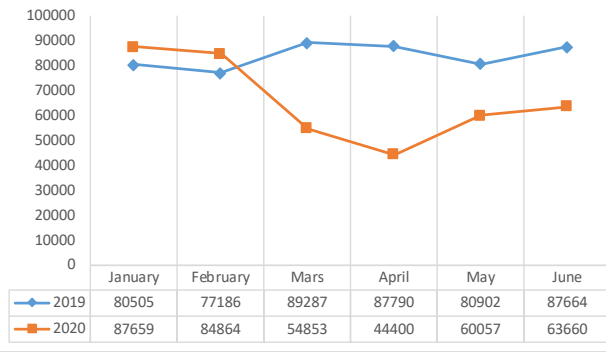
شكل (2-9): عدد العمليات الجراحية



شكل (2-10): مراجعات العيادات الخارجية



شكل (2-11): عدد حالات زيارة الطوارئ



تشير المعطيات إلى ارتفاع معدل إشغال الأسرّة في المستشفيات الحكومية في الضفة الغربية، فبعد أن كانت تلك النسبة 88% خلال العام 2015، ارتفعت إلى 103.4 خلال العام 2019، الأمر الذي يتسبب بوجود قائمة انتظار طويلة تزيد على 6 أشهر للمرضى، إضافة إلى اضطرار وزارة الصحة إلى شراء الخدمات الطبية (التحويلات الطبية) لبعض الحالات التي لا تتوفر لها أسرّة كافية، من جهات طبية محلية وأجنبية خارج منظومة الوزارة. هذا يقودنا إلى ما أسلفنا الحديث عنه حول عدم مواءمة الإنفاق الرأسمالي على القطاع الصحي للاحتياجات السنوية المتزايدة على خدمات الرعاية الصحية التي تفرضها ظروف الزيادة السنوية الطبيعية لعدد السكان، الأمر الذي يتطلب تدخلات مالية طارئة من قبل الحكومة والجهات المحلية والدولية الشريكة من أجل رفع حصة الوزارة من المخصصات المالية الرأسمالية المطلوبة. وسبق أن أشار الائتلاف الأهلي لدعم شفافية الموازنة إلى الآثار السلبية الناجمة عن عدم توفر أموال كافية للمشاريع الرأسمالية في موازنة الصحة بسبب استنزاف بند التحويلات الطبية.

يظهر الشكل (2-7) أعلاه انخفاض معدل إشغال الأسرّة خلال شهور الجائحة، وذلك بسبب تأجيل الكثير من الإدخالات والعمليات الجراحية غير الطارئة بسبب إجراءات الوقاية للحد من انتشار وباء كورونا وليس بسبب تحسن في التجهيزات الرأسمالية المطلوبة في المستشفيات الحكومية، وهو ما يظهر في الشكلين (2-8) و(2-9). يتبين من الشكلين (2-10) و(2-11) تأثير الإغلاقات والحد من الحركة، إضافة إلى مخاوف المواطنين من خطر انتقال العدوى، على عدد حالات زيارات المرضى للعيادات الخارجية وللطوارئ في المستشفيات الحكومية.

2-2 نفقات وزارة الصحة خلال أزمة كورونا واستجابة المالية العامة

من اللافت للانتباه خلال السنوات الخمس الماضية استقرار مخصصات وزارة الصحة في الموازنة العامة عند متوسط 1.7 مليار دولار، بما لا يتناسب مع معدل تطور النمو الطبيعي لحجم الطلب على الخدمات الصحية، وبما لا يتناسب كذلك مع خطة الحكومة المعلنة منذ أربع سنوات والرامية إلى مزيد من توطيد الخدمات الطبية من أجل الانفكاك التدريجي عن دولة الاحتلال في هذا المجال. هذا إضافة إلى عدم إحداث أي تغييرات جذرية في توزيع النفقات على بنود الموازنة، التي حافظ فيها بند الرواتب والأجور على ما يقترب من نصف الموازنة المقدرة.

لكن خلال فترة الجائحة، وبمتابعة التقارير الشهرية (الإيرادات والنفقات المتحققة) الخاصة بوزارة الصحة الفلسطينية في الموازنة العامة خلال الربع الثاني من العام الجاري 2020 (فترة الجائحة) ومقارنته بالأرباح المناظرة للأعوام الثلاثة السابقة (الجدول 1-2)، يتبين ما يلي:

| جدول (1-2): الإيرادات والنفقات للقطاع الصحي في التقارير الشهرية لوزارة المالية (الربع الثاني من العام المالي) / أساس التزام (مليون شيقل) | | | | | | | | | |
|--|-----------------|----------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------|
| الربع الثاني من الأعوام | رسوم خدمات صحية | رسوم تأمين صحي | مجموع إيرادات | إجمالي النفقات | الرواتب والأجور | مساهمات اجتماعية | نفقات تشغيلية | نفقات رأسمالية | نفقات تطويرية |
| 2017 | 21.2 | 58.7 | 79.9 | 331 | 188.24 | 17.26 | 122.27 | 0 | 3.1 |
| 2018 | 23.7 | 42.1 | 65.8 | 446.7 | 148.47 | 13.5 | 266.55 | 1.04 | 17.12 |
| 2019 | 25.3 | 46.2 | 71.5 | 459.4 | 169.68 | 10.27 | 256.86 | 2.6 | 20.01 |
| 2020 | 17.6 | 24.4 | 42 | 404.85 | 163.24 | 15.27 | 189.7 | 20.8 | 15.85 |

1. تراجع حاد في الموارد المالية لوزارة الصحة والمتأتية من كل من رسوم الخدمات الصحية التي تراجع خلال الربع الثاني من العام 2020 بنسبة 30% عن العام السابق، ورسوم التأمين الصحي التي تراجع كذلك بنسبة 47% عن العام السابق. ويمكن تسجيل ذلك التراجع في الإيرادات كنوع من أنواع استجابة وزارة الصحة للوضع المالي الصعب الذي تمر به الأسر الفلسطينية نتيجة ظروف الإغلاق وفقدان الكثير من مصادر الدخل. انظر الشكل (2-12) أدناه.

بالنسبة لرسوم الخدمات الصحية، فقد تأثرت سلباً بالإجراءات التالية²¹:

- الإغلاق الكامل للعديد من المراكز الصحية كالعيادات المنتشرة في القرى.
- تحويل مراكز صحية بالكامل إلى مراكز حجر (كمستشفى هوغو تشافيز).
- إغلاق العيادات الخارجية بالمستشفيات.
- إغلاق المحافظات بالكامل، وبالتالي صعوبة تنقل المواطنين.
- تخوف المواطنين من خطر انتشار العدوى.
- إغلاق الحدود ومنع السفر الذي أدى إلى تراجع بند التطعيمات للعمرة وغيرها.
- إغلاق عيادات الأسنان في مراكز مديريات الصحة.

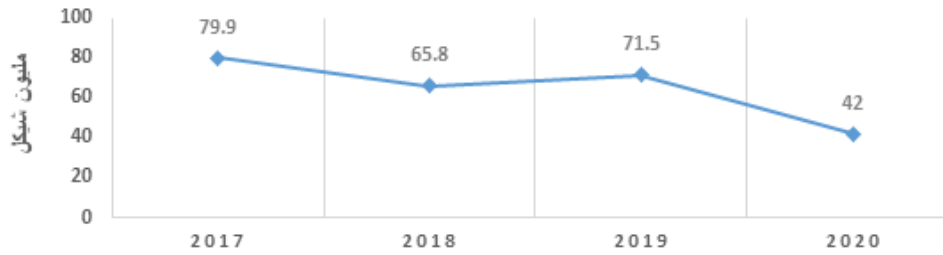
أما بالنسبة إلى تراجع العائد على رسوم التأمين الصحي، فيمكن إرجاعه إلى:

- تراجع قدرة فئات العمال داخل الخط الأخضر (تشكل 33% من مجموع عوائد التأمين الصحي الحكومي) على سداد رسم التأمين بسبب عدم تمكنها من الوصول إلى أماكن عملها.
- تضرر شريحة واسعة من العمال خارج منظومة التأمين الإلزامي خلال فترة الجائحة، حيث فقد عشرات الآلاف منهم فرص عملهم ومصادر دخلهم خلال فترة الإغلاقات الكلية والجزئية.
- رجوع العديد من الشيكات، خاصة لفئات التأمين الاختياري.

21 مقابلة مع رئيس قسم الإيرادات في وزارة الصحة رانيا شاهين ومدير عام التأمين سليمان الأحمد.

22 وزارة الصحة/ التقرير الصحي السنوي 2019/ حزيران 2020.

شكل (2-12): إيرادات وزارة الصحة (الربع الثاني من كل عام)



2. نلاحظ من خلال الجدول (2-1) السابق سرعة استجابة الوزارة في بند النفقات الرأسمالية (المعدات والأجهزة الطبية والمركبات والتحويلات الرأسمالية للمشاريع ونفقات تطويرية أخرى)، فقد قفزت تلك النفقات من 1 مليون و2.6 مليون شيقل للربع الثاني من العامين 2018 و2019 على التوالي إلى 20.8 مليون شيقل لذات الفترة من العام 2020.
3. فيما يتعلق بالنفقات التشغيلية (تشمل المستهلكات الطبية والتحويلات الطبية والأدوية)، فقد تراجع بمقدار 77 مليون شيقل، و67 مليون شيقل عن الربع الثاني للعامين 2018 و2019 على التوالي، إضافة إلى تراجع طفيف على النفقات التطويرية. ويبدو أن ذلك كان نتيجة تعويض تلك المخصصات بالمنح الطارئة التي تمكنت وزارة الصحة من حشدها خلال فترة الجائحة من العام 2020 من مصادر تمويل خارجية طارئة من أجل تعزيز قدرة القطاع الصحي على الصمود أمام أي انعكاسات سلبية لانتشار الوباء، وقد شملت تلك المنح شراء مستهلكات طبية وأدوية وأجهزة ومعدات طبية. ويظهر الجدول (2-2) حجم التمويل المقدم خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الجائحة حسب المصدر، ومقدار الإحالات التي تمت على العطاءات بعمليتي الدولار والشيق، هذا إضافة إلى ما تم رصده من قبل وزارة المالية في رام الله من أجل مواجهة أي نقص في التمويل.

| جدول (2-2): مشتريات وزارة الصحة/ لمواجهة وباء فيروس كوفيد-19 (كورونا) | | | | |
|---|---------------------|-----------------|---------------|---------------------|
| التمويل | قيمة المنحة/ دولار | الإحالات/ دولار | الإحالات/ شيق | مجموع الإحالات (\$) |
| البنك الدولي | 3,500,000 | 2,495,363 | 276,140 | 2,576,581 |
| مؤسسة التعاون | 1,400,000 | 1,249,477 | 25,200 | 1,256,889 |
| المنحة القطرية | 10,000,000 | 7,389,576 | 2,263,140 | 8,055,205 |
| صندوق وقفه عز | 1,000,000 | 835,632 | - | 835,632 |
| موازنة الطوارئ - كورونا | حسب الاحتياج الطارئ | 6,335,180 | 10,312,918 | 9,368,391 |
| الإجمالي | | 18,305,228 | 12,877,398 | 22,092,698 |

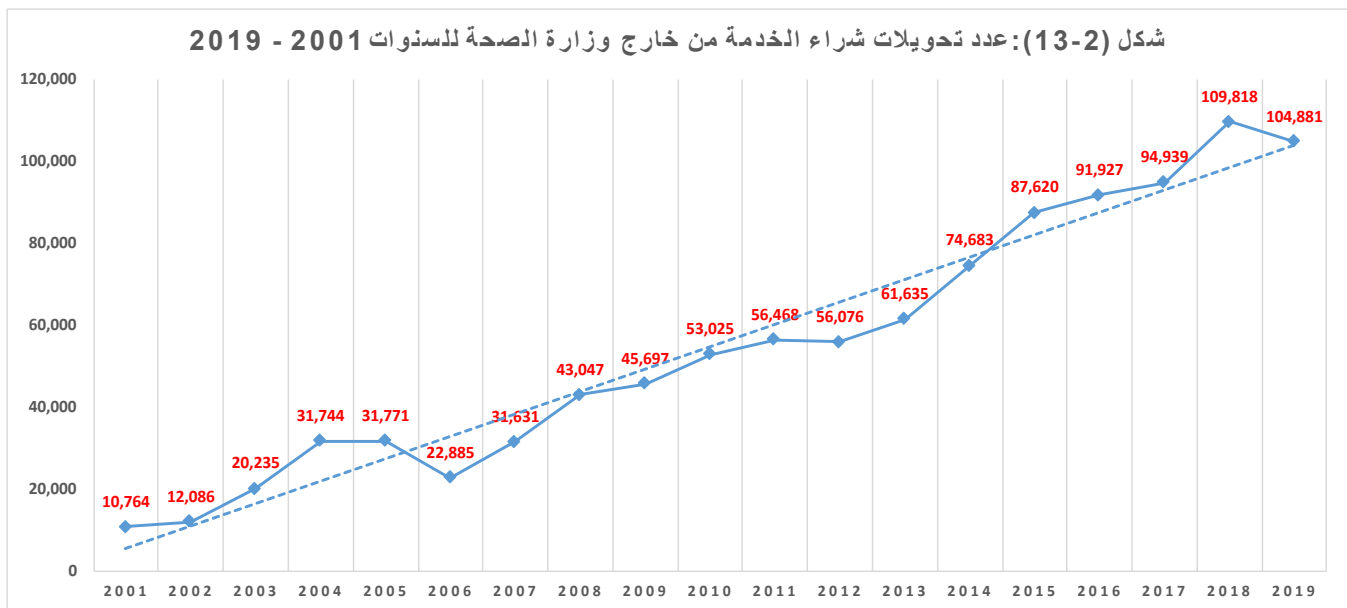
تجدر الإشارة هنا إلى أن المنح الواردة في الجدول أعلاه هي خارج بنود الموازنة، ولا تظهر في التقارير الشهرية لوزارة المالية، علماً أن الحكومة الفلسطينية فتحت لوزارة الصحة موازنة ضمن موازنة الطوارئ التي أقرت بتاريخ 2020/4/9 لمواجهة كورونا بسقف يصل إلى 137 مليون دولار، تشمل توفير الأدوية والمعدات وتجهيز القطاع الصحي لمواجهة الوباء في فلسطين، بما فيها القدس، وقطاع غزة.

4. بشكل عام، تأثرت مخصصات وزارة الصحة خلال الربع الثاني من العام الجاري بشكل ملحوظ نتيجة أزمة المقاصة ونقص مصادر التمويل لخزينة السلطة الفلسطينية، علماً أن مرحلة الإعداد لمشروع قانون موازنة العام 2020 كانت على وشك ملامسة الاحتياجات الفعلية لوزارة الصحة، حيث كان من المقرر تخصيص ما نسبته 13% من حجم الموازنة لوزارة الصحة (مخصصات الوزارة في السنوات السابقة لم تتجاوز حاجز 11% من الموازنة)، إلا أن التحديات الصحية والمالية وظروف موازنة الطوارئ حالت دون ذلك.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن وزارة الصحة تعاني من ارتفاع حجم المتأخرات المالية المدوّرة عليها (متأخرات للموردين والمزودين وشراء خدمات التحويلات الطبية لصالح المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية)²³. وكانت تلك المتأخرات قد بلغت ذروتها خلال العام 2017، إذ وصلت حينها إلى 956 مليون شيقل، وانخفضت في العام 2018 إلى 840 مليون شيقل، ليبقى ذلك الرقم عائقاً أمام وزارة الصحة في قدرتها على الاستمرار في شراء خدمات التحويلات والمستهلكات الطبية والأدوية.

3-2 الإنفاق على التحويلات الطبية (شراء الخدمة من خارج المستشفيات الحكومية)

بلغ بند التحويلات الطبية خلال السنوات (2016 - 2019) ما متوسطه 25% من موازنات وزارة الصحة، وأكثر من 50% من الميزانية المتحققة بعد إضافة المتأخرات، الأمر الذي يثقل كاهل ميزانية الوزارة على نحو كبير، ويثقل أيضاً كاهل المستشفيات الفلسطينية غير الحكومية بسبب تراكم متأخرات التحويلات الطبية لها على الحكومة، حيث بلغت تلك المتأخرات 470 مليون شيقل خلال العام 2018، نزولاً من 516 مليون دولار للعام 2017²⁴. ويبين الشكل (2-13) تطور أعداد التحويلات الطبية للفترة (2001 - 2019)، فيما يُظهر الشكل (2-14) توزيع تكاليف شراء خدمة التحويلات الصحية من خارج مرافق وزارة الصحة للفترة (2014 - 2019).

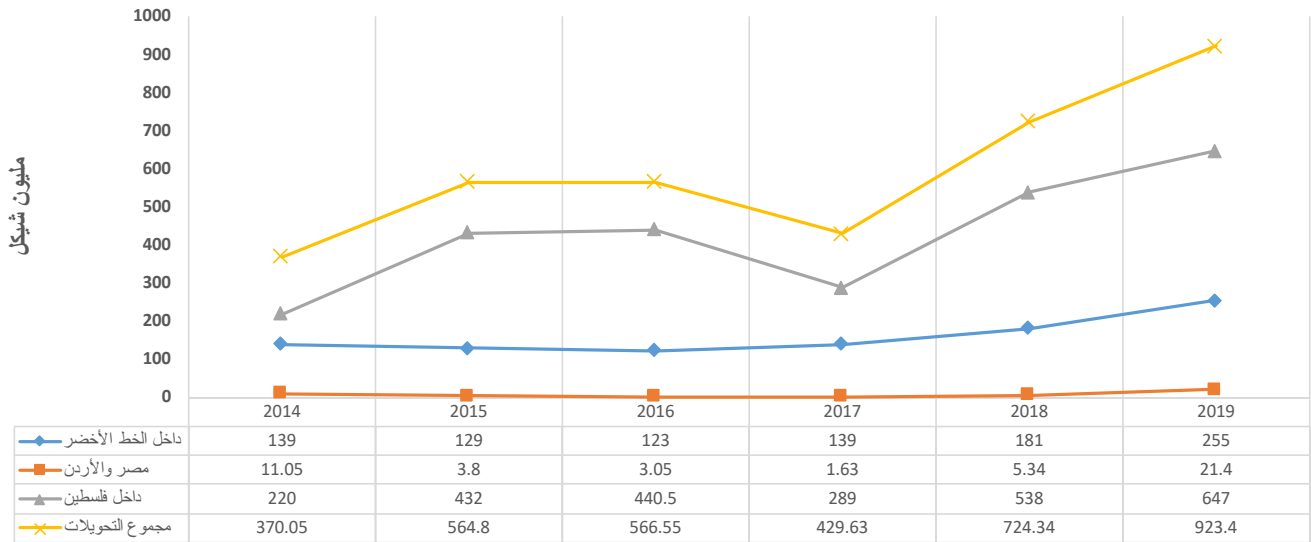


23 متأخرات شراء الخدمة من المستشفيات داخل الخط الأخضر تتم تسويتها من قبل الاحتلال بالافتتاح من مستحقات المقاصة.
24 معهد أبحاث السياسات الاقتصادية، 2020. تحليل القطاع الصحي الفلسطيني، دراسة تحليلية على المستوى الكلي. رام الله، فلسطين.
25 وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير الصحي السنوي، سنوات متفرقة.

ورغم قرار الحكومة الفلسطينية بتاريخ 2019/3/26 وقف التحويلات الطبية إلى المستشفيات الإسرائيلية، إلا أنه من اللافت للانتباه هنا (شكل 2-14) ارتفاع بند تكلفة التحويلات الطبية داخل الخط الأخضر خلال العام 2019 مقارنة مع العام 2018 بنسبة 41%. ويمكن تبرير تلك الزيادة من خلال:

1. استمرار تحويل الحالات التي كانت قد بدأت بالعلاج في المستشفيات الإسرائيلية قبل سريان القرار.
2. بدأت الحكومة الفلسطينية بالبحث عن البدائل العربية (الأردن ومصر) التي تتطلب بعض الوقت من أجل إتمام إبرام الاتفاقيات معها. ونلاحظ من خلال الشكل (2-14) ارتفاع تكلفة التحويلات الطبية إلى الأردن ومصر خلال العام 2019 مقارنة مع العام 2018 بنسبة 300%، الأمر الذي يشير إلى جدية الجانب الفلسطيني بفك ارتباطه صحياً عن الجانب الإسرائيلي. علماً أن التحوّل التدريجي إلى الأردن ومصر يحتاج للكثير من الترتيبات اللوجستية وتوقيع الاتفاقيات مع مستشفيات تلك الدول، إضافة إلى مشكلتي: الفحص الأمني، الذي يحول دون تمكن شريحة من الفلسطينيين من السفر لتلك الدول من جهة، ومشكلة المرافقين التي عادة ما تحمّل أهل المريض تكاليف إضافية تتمثل بمصاريف السفر والإقامة والخسارة نتيجة الانقطاع الجزئي عن العمل.
3. تحديات عدم كفاية الطاقة الاستيعابية للمستشفيات الفلسطينية.
4. تحديات نقص التخصصات الطبية المطلوبة في الأمراض التي تشكل النسبة الكبرى من التحويلات، وعلى رأسها أمراض السرطان وزراعة النخاع.
5. ضعف البنى التحتية والتجهيزات والمعدات الطبية اللازمة لأغراض تشخيص وعلاج بعض الحالات المرضية.

شكل (2-14): تطور توزيع تكلفة شراء الخدمة (التحويلات الطبية) حسب مكان التحويل (مليون شيكل)



فيما تشير الزيادة المطردة في كلفة التحويلات الطبية بشكل عام (بنسبة 27.5% للعام 2019 مقارنة بالعام 2018) إلى فقدان وزارة الصحة القدرة على ضبط ملف التحويلات، الأمر الذي يؤكد أهمية الاستمرار في إجراء إصلاحات في نظام التحويلات، خاصة فيما يتعلق بالتدقيق والمراجعة واستخدام نظم التحويل الإلكتروني، ومعالجة النقص في الأدوية المرسلة إلى قطاع غزة²⁶، إضافة إلى أهمية علاج الضعف الخاص بتطبيق التعليمات الخاصة بنظام التحويلات الطبية.

أما بخصوص تحديات القدرة الاستيعابية ونقص الخبرات والتقنيات، فإن معالجتها تكون من خلال تحليل جدوى التوسع في استثمارات الخدمات الصحية الأولية والثانوية والثالثية، ومن ثم تضافر جهود المشايخ الحكومية والخاصة والأهلية وتوزيع الأدوار فيما بينها. وبالنظر إلى أن التحويلات الطبية في معظمها تكمن في الخدمات الصحية الثالثية المتخصصة (أمراض السرطان وزراعة النخاع وأمراض المسالك البولية)، ومع ضعف قدرة الحكومة على استقطاب الكفاءات البشرية المتخصصة مقارنة مع القطاع الخاص، فيمكن القول أن على الحكومة تذليل العقبات أمام مشايخ القطاعين الخاص والأهلي في مجال توسيع استثماراتها في الخدمات الصحية الثالثية، وإعطاؤها الضمانات الكافية (ضمن خطة حكومية طويلة الأجل) تتصب نحو توطين تلك الخدمات فيها من أجل ضمان جدواها الاستثمارية، مع تركيز القطاع الحكومي على التوسع في تقديم الخدمات الطبية الأولية والثانوية، التي تشير البيانات الصحية إلى تقدم ملحوظ في قدرة وزارة الصحة على تقديمها بكفاءة وفاعلية.

ومع قرار القيادة الفلسطينية في 19 مايو 2020 إلغاء كافة أشكال التنسيق مع الجانب الإسرائيلي، تأثرت سلباً كافة العمليات الإنسانية في جميع أنحاء الضفة والقطاع، بما يشمل الجاهزية لتفشي وباء فيروس كورونا والاستجابة له. فمُنذ مطلع شهر يونيو، تعطلت قدرة الوكالات الإنسانية على استيراد اللوازم الأساسية، ما ألحق الضرر ببعض المنظمات الرئيسية العاملة في هذا المجال، بما فيها منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ناهيك عن بعض المنظمات غير الحكومية²⁷.

أما على صعيد التحويلات الطبية إلى المشايخ الإسرائيلية منذ بداية قرار إلغاء كافة أشكال التنسيق، فلم يتسنى للباحث الحصول على معلومات كافية عنها من وزارة الصحة.

26 معهد أبحاث السياسات الاقتصادية، مصدر سابق.

27 الأمم المتحدة، مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية للأراضي الفلسطينية المحتلة.

4-2 الإنفاق على المستهلكات الطبية والأدوية

ترتكز الأهداف الأساسية للسياسة الدوائية الوطنية (وفقاً لتحديثات وزارة الصحة للعام 2019) على العدالة والاستمرارية في القطاع الصيدلاني من خلال ضمان سلامة وجودة الأدوية وفعاليتها، وكذلك الأعشاب الطبية والمكملات الغذائية والأدوات الطبية ومستحضرات التجميل، وتوفيرها بشكل عادل، والتأكيد على أهمية الاستخدام الرشيد للأدوية، ودعم الصناعة الدوائية الوطنية وتشجيعها لتطوير أنشطتها²⁸.

ويعاني القطاع الصحي الحكومي الفلسطيني تراكم أزمة المتأخرات لصالح شركات الأدوية والمستهلكات الطبية المحلية والموردين، فقد بلغت حصة الأدوية في موازنة وزارة الصحة للأعوام الثلاثة السابقة 18%، وأكثر من 37% من الميزانية المتحققة بعد إضافة المتأخرات، حيث بلغ مجموع تلك المتأخرات مع نهاية العام 2018 ما يقارب 336 مليون شيقل²⁹. تضاف إلى ذلك متأخرات لصالح قطاع الأدوية على مستشفيات القطاع الخاص التي تربط عملية دفع المتأخرات عليها بمتأخرات الحكومة لها ضمن بند التحويلات الطبية الذي سبق التطرق له. كل ذلك يؤدي إلى عدم الحصول على أفضل النتائج المرجوة من عملية الشراء، والمتمثلة في الحصول على أفضل الأسعار وأفضل المواصفات في الوقت المناسب.

ووفقاً لبيانات التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام 2019، فقد بلغت مصروفات الوزارة على بندي الأدوية والمستهلكات الطبية قرابة 356.4 مليون شيقل، توزعت بواقع 318.9 مليون شيقل على الأدوية واللقاحات والمواد المخبرية، و37.5 مليون شيقل على المستهلكات الطبية.

ومع تفاقم أزمة المقاصة ونقص مصادر التمويل لخزينة الحكومة الفلسطينية، ازدادت حدة الأزمة (خاصة مع تراجع قدرة المواطنين على شراء الأدوية على نفقتهم الخاصة بسبب تراجع القدرة الشرائية لهم في ظل الأوضاع الاقتصادية المتردية)، وبدأت تنذر بانهايار كامل لقطاع الأدوية الحكومية إذا ما استمرت تلك الأزمة حتى نهاية نوفمبر 2020.

ووفقاً لوزارة الصحة³⁰، فإن العطاء السنوي للأدوية واللقاحات الذي تطرحه الوزارة يضم ما بين 500 إلى 550 صنف أدوية، يستحوذ أعلى 50 صنفاً استهلاكاً منها على 65% من قيمة كامل العطاء. وحسب الوزارة، فإن مشكلة نقص بعض أصناف الأدوية في مستودعات الوزارة ليست وليدة جائحة كورونا، فعلى امتداد سنوات تراكم بند المتأخرات على مالية الحكومات المتعاقبة، كان هناك نقص في مستودعات الوزارة فيما متوسطه 20 صنفاً من الأدوية، قد يصل في أقصاه إلى 40 صنفاً.

إلا أن ظروف الجائحة ساعدت على حدوث بعض الإشكالات الإضافية في إمدادات الأدوية بسبب الإغلاقات وقيود الحركة وعدم قدرة الحكومة على سداد الدفعات المستحقة عليها لصالح الموردين ومصانع الأدوية الوطنية من جهة، ومن جهة أخرى نتيجة بعض الإجراءات البيروقراطية التي استحدثتها الحكومة الحالية والتي زادت من فترات تقييم العطاءات وإحالتها وترسيختها واعتماد المخصصات المالية لها، وهو ما ستم مناقشته في الجزء الثالث من الدراسة.

28 وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير الصحي السنوي، 2020.

29 معهد أبحاث السياسات الاقتصادية، مصدر سابق.

30 مقابلة مع مدير المستودعات الطبية بوزارة الصحة الدكتور عاطف أبو صنفط.

التشاركية مع المنظمات الصحية الأهلية ومستشفيات القطاع الخاص خلال فترة الجائحة

منذ الشهر الأول من إعلان حالة الطوارئ في فلسطين، شكّلت وزارة الصحة خلية أزمة لمواجهة الوباء بالتشارك مع المنظمات الصحية الأهلية والخاصة، وكان ذلك من خلال لقاءات دورية للوزارة مع كل من اللجنة الوطنية للوبائيات واللجنة الوطنية لكورونا.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن المنظمات الصحية الأهلية تركز في عملها (إضافة إلى المدن والقرى الفلسطينية) على خدمة الفئات السكانية المحرومة والمهمشة في مناطق المخيمات والأغوار والقدس والتجمعات البدوية من خلال مراكزها الصحية الثابتة وعياداتها المتنقلة، في حين تركز مستشفيات القطاع الخاص على تقديم خدمات علاجية متطورة للمواطنين.

إلا أن قدرة تلك المنظمات ومستشفيات القطاع الخاص على دعم وإسناد النظام الصحي الحكومي لمواجهة الوباء خلال فترة الجائحة تراجعت بشكل ملموس نتيجة اعتبارات عدة، منها :

1. تراجع قدرة وإيرادات مؤسسات القطاع الأهلي الصحية بسبب إغلاق بعض تلك المراكز خلال فترة الجائحة.
2. تفاقم أزمة المتأخرات على الحكومة الفلسطينية لصالح المنظمات الصحية الأهلية ومستشفيات القطاع الخاص، وكانت ذروة تلك الأزمة في القدس مع مستشفى المقاصد والمطّلع اللذين يستقبلان التحويلات الطبية من كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، بحيث بات المستشفيات غارقين في الديون، سواء لموردي الأدوية والمواد الغذائية أو مصاريف تسيير العمل، ما اضطرهما للاقتراض من البنوك والمؤسسات المالية المتاحة حتى يستطيعوا الاستمرار في أداء عملهما الإنساني.
3. الأعباء المالية الإضافية التي واجهتها المؤسسات الصحية في القطاعين الأهلي والخاص خلال فترة الجائحة لمواجهة خطر انتشار المرض داخل مراكزها وعياداتها الصحية.

كل تلك العوامل أدت في المحصلة إلى تراجع الحالة التشاركية بين الحكومة والمنظمات الصحية الأهلية التي باتت تطالب بعودة دورها التاريخي في المجال الصحي الفلسطيني من خلال تعزيز تعامل وزارة الصحة مع الوباء كحالة وطنية لا مجرد حالة حكومية.

3. واقع قيم النزاهة ومبادئ الشفافية ونظم المساءلة في القطاع الصحي الحكومي خلال فترة الجائحة

يعرض هذا القسم تقييم بيئة النزاهة والشفافية والمساءلة في بعض المسائل المتعلقة بقطاع الصحة لمواجهة جائحة كورونا وهي:

1-3 شراء الخدمة (التحويلات الطبية)

ينظم قرار مجلس الوزراء الفلسطيني رقم 11 للعام 2006 عملية شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة من خلال «نظام التأمين الصحي والعلاج خارج الوزارة»، الذي نص في المادة 17 منه على مهام وحدة شراء الخدمة (دائرة التحويلات الطبية). وجاءت أهمية تنظيم وتقنين عمليات شراء الخدمة نتيجة لنقص كل من الكوادر الطبية المختصة، والأجهزة والمعدات الطبية، والمباني المؤهلة لاستيعاب الأعداد المتزايدة من المواطنين طالبي الخدمات الصحية. ووفقاً للإجراءات المتبعة من قبل وزارة الصحة لشراء الخدمة³¹، فإن المريض الذي يتم إدخاله إلى المستشفى الحكومي، يتم عرض ملفه على طبيب الاختصاص، أو على طبيب الطوارئ المناوب في حال عدم تواجد الطبيب المختص³²، حيث يتم في هذه المرحلة تحديد حالة المريض ضمن تصنيف ثنائي (حالة طارئة وغير طارئة).

- إذا كانت الحالة غير طارئة، يقوم الطبيب المختص أو المناوب بإدخال المريض أو تحويله إلى مستشفى حكومي آخر تتوفر فيه الخدمة، وقد يستدعي الأمر تحويل ملف المريض إلى لجنة طبية فرعية تابعة لوزارة الصحة لبحث إمكانية تحويله إلى مستشفى غير حكومي داخل فلسطين، أو قد يتم تحويل ملفه إلى وحدة شراء الخدمة لبحث إمكانية التحويل إلى مستشفى خاص خارج فلسطين.
- وإذا كانت الحالة طارئة، فإما أن يقوم الطبيب المختص أو المناوب بتحويل المريض إلى مستشفى حكومي آخر تتوفر فيه الخدمة، أو تحويله مباشرة (دون الحاجة إلى لجنة طبية فرعية) إلى وحدة شراء الخدمة من أجل البت في إمكانية تحويل المريض إلى مستشفى خاص خارج فلسطين أو داخلها، وأحياناً إلى مستشفى حكومي آخر تتوفر فيه الخدمة.

من اللافت للانتباه في آليات التحويل تلك أنها ساعدت على التوسع في عملية شراء الخدمة لتشمل في كثير من الأحيان حالات لا تتطلب شراء الخدمة، الأمر الذي أدى إلى تراكم المتأخرات على الحكومة لصالح المستشفيات الخاصة. وكان ذلك نتيجة عوامل منها:

1. اقتصار خيارات حالات التشخيص على حالتين فقط (طارئة وغير طارئة)، الأمر الذي يوسع من فرص واحتمالات تصنيف بعض الحالات المتوسطة على أنها طارئة.
2. نقص بعض أنواع الأجهزة والمعدات الطبية اللازمة للتشخيص الدقيق للحالة يجعل الطبيب المختص يميل في الكثير من الحالات إلى تحويل المريض لتفادي تحمّل أي مسؤولية قد تتجم عن نقص المعلومات الدقيقة للحالة.
3. كثيراً ما يتعرض الطبيب المختص أو اللجان الطبية إلى ضغوط اجتماعية أو تنظيمية أو عائلية تدفع باتجاه قبولهم لتحويل بعض الحالات التي قد يتوفر لها العلاج داخل المستشفيات الحكومية، الأمر الذي لا يُصنف ضمن خانة الفساد المالي أو الإداري، بقدر ما يلقي المسؤولية على المنظومة الأمنية والقضائية الضعيفة نسبياً في مواجهة تلك الضغوط المجتمعية.
4. بعض حالات الوساطة والمحسوبية والمحابة وتدخّل المتنفذين وضغطهم على مراكز اتخاذ القرار.

ومن أجل مزيدٍ من الشفافية في علاج الانحرافات التي قد تتجم عن تلك الآلية، لا بد من:

1. اعتماد عدة مستويات في تصنيف الحالات المرضية، بحيث لا تعتمد على مستويين فقط، وبحيث يتم التدرج في اعتماد تلك المستويات ضمن خطة زمنية مدروسة تبدأ بثلاثة مستويات وتنتهي بخمسة.
2. تشديد الإجراءات الأمنية داخل المستشفيات وتحسين الكادر الطبي ضد أي تهديدات أمنية قد يتعرض لها خلال إقراره لحالات الإحالة لشراء الخدمة من خارج المستشفيات الحكومية.
3. تشديد الرقابة الميدانية من قبل وحدة الرقابة الداخلية في وزارة الصحة على التحويلات الصادرة من المستشفيات الحكومية، مع ضرورة التدوير الوظيفي لتفادي حالات الكسب الشخصي أو الوساطات أو شراء الذمم.
4. زيادة عدد الأسرّة داخل المستشفيات الحكومية من أجل تفادي حالات التحويل الناجمة عن اكتظاظها وعدم وجود أسرّة كافية فيها.
5. ضرورة تنظيم الاستثناءات التي تمنح لبعض الحالات للعلاج خارج المستشفيات الحكومية، ومنها الاستثناءات الممنوحة لمكتب الرئيس ولرئيس الوزراء ولوزير الصحة، بحيث يتم الإعلان عنها وتبريرها للجمهور بشكل شفاف.

2-3 إحالة وترسية عطاءات شراء الأدوية والمستهلكات الطبية

تعمل وزارة الصحة في شرائها للأدوية والمستهلكات الطبية تحت مظلة وحدة التوريدات التي تهدف إلى شراء الأدوية والمستهلكات الطبية بأعلى جودة وأقل تكلفة، وذلك وفق القرار بقانون الشراء العام رقم 8 لسنة 2014 وقرار مجلس الوزراء رقم 5 لسنة 2014 بنظام الشراء العام.

ووفقاً لإجراءات وزارة الصحة في تنظيمها لشراء الأدوية والمستهلكات الطبية³³، تقوم كافة مراكز الرعاية الطبية الأولية والمستشفيات الحكومية بتحديد احتياجاتها من الأدوية والمستلزمات الطبية، لتقوم بعدها كل من المستودعات الطبية المركزية ووحدة الهندسة الطبية ودائرة الهندسة والإنشاء، بتنظيم كشوف بالاحتياجات الطبية وحساب التكلفة التقديرية لها، ومن ثم الحصول على موافقة وزير الصحة، الذي يقوم بدوره بإحالة الاحتياجات الطبية إلى وحدة التوريدات الطبية لمباشرة إجراءات الشراء.

ويتم تنظيم إجراءات الشراء استناداً إلى أساليب الشراء التالية³⁴:

1. أسلوب الشراء المباشر: ويُنفذ من خلال قسم المشتريات لدى وحدة التوريدات ضمن سقف مالي مقداره 3000 دولار في حالة اللوازم والخدمات الصغيرة، و5000 دولار في حالة الأشغال. ويكون ذلك من خلال ثلاث لجان مختصة لكل من اللوازم العامة (برئاسة رئيس وحدة التوريدات) والأشغال العامة (برئاسة وحدة الهندسة لدى وزارة الصحة) واللوازم الطبية (برئاسة مدير الإدارة العامة للصيدلة).
2. أسلوب استدرج عروض الأسعار: ويُنفذ من خلال قسم المشتريات لدى وحدة التوريدات، وتُستهدف منها الشركات المنافسة ذات العلاقة ضمن سقف مالي مقداره 20,000 دولار للأدوية والمستهلكات الطبية، وسقف يتراوح من 20,000 دولار إلى 50,000 دولار على اللوازم الأخرى. أما استدرج عروض الأشغال، فيكون من 5,000 دولار إلى 50,000 دولار.
3. أسلوب المناقصة (العطاءات): وتُنفذ من خلال قسم العطاءات لدى وحدة التوريدات، وفي حال تجاوز عمليات الشراء سقف 50,000 دولار، تُحال إلى دائرة اللوازم العامة في وزارة المالية، وكانت تستثنى من ذلك (وفق قرار مجلس الوزراء رقم 5 للعام 2014 بنظام الشراء العام) الأدوية، حيث كان بالإمكان شراؤها من خلال لجان المشتريات لدى وزارة الصحة مهما بلغت تكلفتها الشرائية، على أن يترأس وكيل وزارة الصحة للجنة المعدة لذلك الغرض، وبعضوية رئيس وحدة التوريدات ومدير وحدة المستودعات من وزارة الصحة، إضافة إلى ممثلين عن كل من مجلس الوزراء ووزارة المالية والتخطيط ووزارة الاقتصاد الوطني ومؤسسة المواصفات والمقاييس وديوان الرقابة المالية والإدارية.
4. إلا أن الحكومة الثامنة عشرة قامت بإلغاء الاستثناء الممنوح للجان مشتريات وزارة الصحة الخاص الذي كان يفتح لها عمليات شراء الأدوية دون سقف محددة، وقامت بتشكيل لجان خاصة بمجلس الوزراء لدراسة إحالة العطاءات والمصادقة على ترسيبتها، وذلك من باب تشديد الرقابة من جهة، والتأكد من عدم استغلال شركات الأدوية المحلية والموردين للوزارة، الأمر الذي يؤدي في بعض الحالات إلى تأخر عملية تأمين الأدوية داخل مستودعات وزارة الصحة.

بشكل عام، فإن إجراءات الشراء والاستدراج وإحالة العطاءات وترسيبتها تتسم بقدر عالٍ من الشفافية والرقابة الداخلية والخارجية، حيث تخضع كافة عمليات الشراء لرقابة كل من:

- وحدة الرقابة الداخلية في وزارة الصحة، مع الأخذ بالاعتبار حاجة الوحدة إلى مزيد من التمكين، نظراً لما يمكن أن تلعبه من دور في غاية الأهمية لضمان امتثال الإدارات والوحدات المختلفة في وزارة الصحة للقوانين وإجراءات العمل الخاصة بها، وذلك نظراً إلى الكم الهائل من الملفات التي تحتاج إلى تقييم ومراجعة ورقابة مالية وطبية.
- ديوان الرقابة المالية والإدارية.
- هيئة مكافحة الفساد.
- مجلس الشراء الأعلى.
- وزارة المالية (من خلال عشرة موظفين لها في لجان الشراء لدى وزارة الصحة يقومون بعملية التدقيق على كافة المعاملات المالية الخاصة بالشراء).

إلا أن بعض الإجراءات البيروقراطية في إجراءات الشراء (إضافة لما سبق ذكره حول تراكم المتأخرات على الحكومة لصالح مزودي الأدوية والمستهلكات الطبية)، وبعض الثغرات في آلية تنفيذ المشتريات، تحول دون التوفر الدائم للأدوية والمستهلكات في مستودعات وزارة الصحة، وتفتح الباب في حالات أخرى لبعض التجاوزات. ومن تلك الإجراءات:

1. طول فترة الحصول على «المخصص المالي» للعطاءات من قبل وزارة المالية، التي تصل إلى شهر في الكثير من المناقصات.
2. في حالي استدراج عروض الأسعار والمناقصات، يتم تشكيل لجنة لتقييم ودراسة العروض المقدمة من قبل الشركات، ولا يوجد في القانون ما يحدد السقف الزمني لعمل تلك اللجنة، الأمر الذي يؤدي في الكثير من الحالات إلى طول فترة البت في العروض من أجل إحالتها إلى الشركة الفائزة بالعطاء من قبل لجنة المشتريات.
3. بُطء عمل اللجنة المكلفة من قبل مجلس الوزراء، التي ألغى بموجبها الاستثناء الممنوح للجان مشتريات وزارة الصحة الخاص الذي كان يفتح لها عمليات شراء الأدوية دون سقف محددة. فبعد أن كانت الإجراءات تقتضي ترسية العطاء على الشركة الفائزة وفتح باب الاعتراض لمدة خمسة أيام عمل قبل أن يحال نهائياً للشركة بعد توقيع الوزير، أصبح الأمر يتطلب مصادقة مجلس الوزراء من خلال اللجنة المشكلة من قبله، ما أدى إلى مزيد من البيروقراطية في الإجراءات والتأخر في إتمام عمليات الشراء.
4. يتيح النظام الخاص بالشراء للجنة المشتريات في الوزارة عدم الأخذ بتوصية لجنة التقييم الفنية للعطاء دون الحاجة لتقديم تبريرات، الأمر الذي قد يفتح أبواباً للمحاباة والكسب الشخصي لأحد أو بعض أعضاء اللجنة، ما يستدعي تعديل نظام الشراء العام بإضافة أن تُلزم لجنة المشتريات بتبرير عدم أخذها بتوصية لجنة التقييم.

1-2-3 قيم النزاهة والشفافية في إحالة وترسية عطاءات شراء الأدوية والمستلزمات الطبية خلال الجائحة

نصت المادة 28 من القرار بقانون الشراء العام للعام 2014 على: «مع مراعاة الضوابط المحددة في النظام، للجهة المشترية أو دائرة اللوازم العامة أو دائرة العطاءات المركزية اتباع أسلوب الشراء المباشر في أي من الحالات الآتية:..... د. في حالات الضرورة القصوى أو الكوارث الطبيعية».

كما وضعت منظمة الشفافية الدولية مجموعة من المعايير التي تتعلق بالشراء العام والإنفاق أثناء الطوارئ لمواجهة جائحة كورونا، والتي تم تعميمها من قبل هيئة مكافحة الفساد الفلسطينية على وزارتي الصحة والمالية، وتتلخص هذه المعايير بالآتي:

1. إحداث أو تخصيص موقع إلكتروني حكومي لتوفير المعلومات المتعلقة بالشراء والعطاء العام وتضمين المعلومات المتعلقة بالبضائع والخدمات المطلوبة وآلية التعاقد، ونشر دفتر الشروط، والأسعار التي قدمت.
2. نشر ملخص لعقود المشتريات التي تم توقيعها مع الشركات توضح المبالغ وكميات البضائع والخدمات التي ستفد، وفيما إذا ستتم تغطية تكلفة المشتريات من الموازنة العامة أو ميزانية الطوارئ أو مخصصات تم الإعلان عنها بواسطة رئيس الدولة أو الحكومة، أو إذا ما ستتم تغطيتها من صناديق التبرعات.
3. نشر معلومات متكاملة حول الشركات والأفراد الذين تم التعاقد معهم وأسباب التعاقد المباشر كاستثناء، بحيث توضح أسماء المالكين المستفيدين والمساهمين تجنباً لتضارب المصالح وتطبيقاً لمبادئ الحوكمة الرشيدة.
4. توضيح آلية مراقبة وتتبع الخدمات وتماشياً مع بنود العطاء وإجراءات ضمان الجودة.
5. تحديد الجهات الرسمية المسؤولة عن مراقبة تطبيق الخدمات وجودتها ونشر التقارير بشكل دوري كأحد متطلبات الشفافية والحوكمة الرشيدة.
6. أن تنقل عملية طرح وفتح العطاءات بشكل مباشر على شبكة الإنترنت، أو على الأقل في ظل هذه الظروف، في دائرة مغلقة تضم كافة المتعاقدين للعطاء والمقاولين الآخرين العاملين في نفس القطاع.
7. إتاحة المجال لتقديم الشكاوى والطعون حول أي خلل في الإجراءات المتبعة.

والسؤال الأبرز الذي يتم طرحه: هل خضعت عمليات شراء الأدوية والمستلزمات الطبية خلال فترة الطوارئ (خاصة أوامر الشراء المباشر) للضوابط المحددة بالقرار بقانون الشراء العام؟ أم أن قانون الطوارئ يتيح لوزارتي المالية والصحة تجاوز تلك الضوابط وفقاً لمقتضيات المصلحة العامة؟ وهل تم الاسترشاد بمعايير منظمة الشفافية الدولية الناظمة لعمليات الشراء خلال فترة الجائحة؟

قد يكون من المبكر الخروج بتقييم شامل لواقع النزاهة والشفافية والمساءلة في إحالة وترسية عطاءات شراء الأدوية والمستهلكات الطبية خلال فترة الطوارئ، نظراً لشح تراكم البيانات وحادثة التجربة، لكن يمكن الخروج بجملته من الملاحظات والنتائج والتحديات التي رشحت من خلال مقابلات مع مسؤولين من هيئة مكافحة الفساد وديوان الرقابة المالية والإدارية ووحدة التوريدات في وزارة الصحة ومجلس الشراء العام³⁵، ومن تلك النتائج:

1. يتم تطبيق كافة إجراءات الشراء ضمن الضوابط القانونية من خلال لجنة شراء مباشر تم تشكيلها من قبل مجلس الوزراء برئاسة وكيل وزارة الصحة وعضوية ثلاثة ممثلين عن مكتب رئيس الوزراء وعضوية ديوان الرقابة المالية والإدارية ووزارة المالية.
2. إجراءات الشراء المباشر والمناقصات خلال فترة الطوارئ تستهدف شراء الاحتياجات بما يسد الحاجة للفترة المتوقعة الطارئة.
3. لم يتم رصد أي تجاوزات في إجراءات عمليات الشراء من قبل هيئة مكافحة الفساد خلال فترة الطوارئ.
4. تمت مراعاة إجراءات النزاهة وفقاً لمتطلبات ديوان الرقابة المالية والإدارية، من حيث الامتثال والشفافية، مع تحري الالتزام، ما أمكن، بمعايير منظمة الشفافية الدولية.

أما التحديات التي واجهت الوزارة، فكانت على النحو التالي:

1. لم تلتزم الوزارة بالإعلان عن طرح مناقصات الشراء خلال فترة الطوارئ، ولجأت إلى الاتصال المباشر مع كافة الشركات من أجل اختصار الوقت والتسريع في إجراءات التوريد.
2. انخفاض حجم التوريدات الطارئة من بعض أصناف المستلزمات الطبية خلال فترة الجائحة عن الاحتياجات الفعلية على الرغم من توفر الأموال اللازمة لها من قبل صندوق وقفه عز والمنح المحلية والخارجية المقدمة، إضافة إلى تأخر وصول بعض تلك التوريدات، ويمكن تفسير ذلك بزيادة الطلب العالمي على بعض أصناف المستلزمات الطبية بسبب ظروف الجائحة، إضافة إلى ارتفاع أسعار العديد من تلك المستلزمات نتيجة زيادة الطلب عليها.
3. تحديات واجهت اللجان الفنية في الوزارة من حيث مواءمة مواصفات المشتريات الطارئة مع المواصفات المطلوبة لمواجهة الوباء. ومثال ذلك الكمادات وأجهزة التنفس والمعقمات وغيرها.

3-3 الفحص المخبري للكشف عن فيروس كورونا

أظهرت المنصة الإلكترونية الرسمية لكوفيد-19 إجراء وزارة الصحة الفلسطينية (326469) فحصاً للكشف عن الإصابة بفيروس كورونا أو خلو الجسم منه حتى تاريخ 10 أيلول/ سبتمبر 2020. وكشفت المنصة المذكورة كذلك عن وجود (7) مختبرات رسمية معتمدة لفحص الأشخاص، وتحديد مدى إصابتهم بالفيروس من عدمه، موزعة على محافظات الوطن، (6) منها في الضفة الغربية، ومختبر واحد في قطاع غزة. لكن في المقابل، ورغم الجهود المبذولة في هذا الصدد، إلا أن الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان وثقت عدداً من الانتهاكات، أهمها³⁶:

35 مقابلات هاتفية بتاريخ 2020/11/1 مع كل من الأستاذة رشا عمارنة مستشارة رئيس هيئة مكافحة الفساد، والأستاذ جمال خليل جمال مدير عام ديوان الرقابة المالية والإدارية، والمهندس فائق الديك رئيس المجلس الأعلى لسياسات الشراء العام.

36 دعيس، معن. 2020. مسودة تقرير بعنوان: جاهزية دولة فلسطين لإعمال الحق في الصحة أثناء جائحة كورونا من منظور حقوقي. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، فلسطين.

- مكان أخذ الفحوصات: اكتظت أماكن أخذ الفحوصات المختلفة الموجودة في المحافظات بعدد كبير من المواطنين الراغبين في إجراء الفحص، ولم تنظم عملية اجتماعهم، بحيث يتم أخذ العينات في مواعيد متباعدة، منسقة مع الراغب في الفحص، كالاكتظاظ الذي حدث في أكثر من وقت في محافظات الخليل، ورام الله والبيرة، ونابلس. وقد تجاوز هذا الأمر المعايير التي اعتمدت عالمياً، وحتى وطنياً على المستوى النظري بشأن التباعد الاجتماعي، وتحسين ظروف تهوية أماكن الفحص، للوقاية من انتشار الفيروس.
- الإعلام بنتيجة الفحص: على الرغم من استحداث وزارة الصحة لبرنامج إلكتروني يمكن المواطن الذي أجرى الفحص من معرفة نتيجته بإدخال رقم هويته ومنطقته فقط، إلا أن الهيئة سجلت كثيراً من الحالات، ولا سيما قبل إنشاء هذا التطبيق الإلكتروني في شهر آب/ أغسطس 2020، التي لم يتم إعلامها بنتيجتها، وعلمت بها من خلال وسائل التواصل الاجتماعي التي نشرت جداول بأسماء المفحوصين ونتيجة كل منهم، بما يشكل انتهاكاً للحق في حرمة الحياة الخاصة الذي ضمنتها المادة (17) من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية³⁷. كما أبلغ القادمون من خارج البلاد عبر جسر الكرامة (ألنبي) الحدودي، والذين أخذت مسوحات لهم لفحصها، أنه في حال عدم الاتصال بهم لإبلاغهم بنتائج الفحص، فإن ذلك يعني أن نتيجة فحصهم سلبية.
- أسعار الفحص: ارتفعت أسعار شهادات نتائج فحوصات كوفيد- 19 للأشخاص الراغبين في الحصول على الفحص اختيارياً، علماً أن عدداً من توثيقات الهيئة لهذا النوع من الحالات أظهرت أنه لم يتم فحص طالب الفحص، وفقاً لإجراءات الفحص المعتادة للمصابين، أو المخالطين، أو المشتبهين بالإصابة بفيروس كورونا، وإنما يتم إجراء فحص دم بسيط لا تتجاوز تكلفته بالعادة 10% من المبلغ الذي يتم تقاضيه من طالب الفحص.
- فحص التعافي: حسب متابعات الهيئة العديدة، فإنه لا يتم إجراء فحص مخبري بعد انتهاء فترة حجر المصاب/ المختلط/ القادم من الخارج لمعرفة تعافيه من عدمه، وإنما يتم الاعتماد على انقضاء الفترة النظامية للحجر الصحي، وعدم ظهور أعراض على المصاب فقط.

4-3 تقديم التقارير المتعلقة بالجائحة

- أبدت وزارة الصحة الفلسطينية استعدادها للمساءلة والمكاشفة مع الجمهور، والتزمت الوزارة بإصدار واستحداث العديد من التقارير الدورية حول أدائها خلال فترة الجائحة، وكان ذلك من خلال:
- استحداث التقرير الشهري لإنجازات الوزارة اعتباراً من شهر آب 2020 ونشره على موقع الوزارة، إلى جانب الاستمرار بالجهود المبذولة لنشر التقرير الصحي السنوي الذي التزمت الوزارة بنشره اعتباراً من العام 2014.
 - ظهور وزيرة الصحة في مؤتمرات صحفية للإجابة عن استفسارات الصحفيين، وظهورها في مقابلات متلفزة عبر وسائل الإعلام.

37 للمزيد، راجع: التعليق العام رقم 16 لسنة 1988 المتعلق بالمادة 17 بشأن الحق في حرمة الحياة الخاصة الصادر عن اللجنة المعنية بالحقوق المدنية والسياسية في الأمم المتحدة، منشور على الموقع الإلكتروني لمكتبة جامعة منيسوتا. <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/hrc.html>

5-3 نشر المعلومات المختصة بفيروس كورونا

برز منذ الأيام الأولى لانتشار فيروس كورونا حرص وزارة الصحة والحكومة الثامنة عشرة على تدفق المعلومات المتعلقة بالحالة الوبائية من خلال:

- إنشاء المرصد الإلكتروني لكوفيد-19 على الموقع الرسمي للوزارة، الذي يرصد الحالة الوبائية للمناطق الفلسطينية والجهود المبذولة للحد من انتشار الفيروس المستجد.
- نشر تحديثات يومية عبر مواقع وسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي للتقرير الوبائي اليومي.
- نشر تفاصيل التبرعات والمنح النقدية والعينية التي تتلقاها الوزارة من المتبرعين والمانحين.
- الظهور الإعلامي اليومي للمناطق باسم الوزارة خلال الأشهر الأولى من عمر الجائحة في الإجازات الصحفية للحديث عن تفاصيل الحالة الوبائية.

6-3 التعيينات الطارئة

تخضع عمليات التعيين لفئات العمال والإداريين والكوادر الطبية في وزارة الصحة لسلسلة من الخطوات الإجرائية والرقابية، تشمل ضرورة الإعلان المسبق عن الشواغر والمؤهلات المطلوبة، وإعداد امتحانات القبول والمقابلات، وإشراف كل من ديوان الرقابة المالية والإدارية وديوان الموظفين العام.

وعلى الرغم من إعلان وزيرة الصحة ورئيس الوزراء عن عقد امتحانات ومقابلات لـ 280 كادراً طبيياً خلال فترة الجائحة استكمالاً لتلبية احتياجات وزارة الصحة العاجلة، التي أفضت إلى توظيف 100 كادر طبي خلال شهر تموز 2020، إضافة إلى البدء بإجراءات توظيف أكثر من 400 كادر جديد في مرافق الوزارة خلال شهر تشرين الأول 2020³⁸، إلا أن ظروف إعلان حالة الطوارئ خلال أزمة كورونا حدت من القدرة على الالتزام بكافة الشروط الإجرائية خلال عمليات التوظيف الطارئة، ما اضطر الوزارة إلى اعتماد بعض الآليات التي قد تحتاج إلى مراجعة وتقييم من قبل الجهات المختصة. ومن تلك الإجراءات³⁹:

1. لم يتم تدقيق إجراءات التوظيف من قبل ديوان الرقابة المالية والإدارية، الأمر الذي سيتطلب مراجعة إجراءات وزارة الصحة المتبعة في عمليات التوظيف الطارئة.
2. تجاوز بعض الشروط المطلوبة في عمليات التوظيف، ومن ضمنها:

- تقليل مدة الإعلان عن بعض الوظائف عبر وسائل الإعلام.
- الاكتفاء بالإعلان «على اللوحة» في بعض الوظائف الخاصة بفئة العمال.
- الاكتفاء بقواعد بيانات قائمة الانتظار لبعض الوظائف الإدارية والتمريضية المؤقتة (العقود) دون إعلانات أو مقابلات جديدة، وهي التعيينات التي تمت بتمويل من البنك الدولي خارج إطار الموازنة العامة.

<https://www.maannews.net/news/2020316.html> 38

39 مقابلة مع السيد جفال خليل جفال مدير عام ديوان الرقابة المالية والإدارية

التوصيات

يمكن إجمال التوصيات المقترحة ضمن مصفوفة التدخلات التالية:

| المحور | البند المستهدف | التدخلات المقترحة |
|-----------------|--------------------|---|
| | الإنفاق الجاري | <ul style="list-style-type: none"> رفع كفاءة برامج التأمين الصحي التي لا تغطي أكثر من 10% من تمويل برامج الرعاية الصحية الحكومية. ويكون ذلك من خلال تبني منظومة التأمين الصحي الإلزامي الشامل الذي سيضمن استمرارية التمويل وتطوير الخدمات الصحية. الحد من الهدر والتسرب المالي في بند التحويلات الصحية، خاصة تلك الموجهة للخارج، وبالأخص لدولة الاحتلال، ويكون ذلك من خلال تعزيز سياسات توطيد الخدمات الصحية في كل من المستشفيات الحكومية والأهلية والخاصة وفق قاعدة المزايا النسبية لكل منها. |
| الإنفاق الحكومي | الإنفاق الرأسمالي | <ul style="list-style-type: none"> ضرورة تبني خطة إستراتيجية متوسطة الأجل (بالتعاون مع القطاعين الأهلي والخاص) من أجل رفع عدد الأسرّة في المستشفيات الفلسطينية من 1.38 سرير إلى 2.5 سرير لكل 1000 نسمة خلال السنوات الخمس المقبلة، بما يضمن قدرة أكبر على مواجهة الجوائح الصحية، والكوارث الناجمة عن الظروف الطبيعية أو الحوادث أو الحروب. تُحسب للحكومة استجابتها السريعة للاحتياجات الرأسمالية الطارئة للقطاع الصحي، وقدرتها على حشد مصادر تمويل متنوعة من المانحين، الأمر الذي يمكن البناء عليه خلال الفترة ما بعد الجائحة من أجل تصحيح الخلل الهيكلي في بنية النفقات الصحية في فلسطين. |
| | الكوادر الطبية | <ul style="list-style-type: none"> الاهتمام بزيادة أعداد الكوادر التمريضية لتقترب من المتوسط العالمي (3 لكل ألف نسمة على الأقل). زيادة مخصصات الابتعاث، والتعاقد مع حملة التخصصات المطلوبة والنادرة في الأمراض التي تشكل النسبة الكبرى من التحويلات، وعلى رأسها أمراض السرطان وزراعة النخاع، وذلك لأغراض توطيد الخدمة. |
| | القدرة الاستيعابية | <ul style="list-style-type: none"> بالنظر إلى أن التحويلات الطبية في معظمها تكمن في الخدمات الصحية الثالثية المتخصصة (أمراض السرطان وزراعة النخاع وأمراض المسالك البولية)، ومع ضعف قدرة الحكومة على استقطاب الكفاءات البشرية المتخصصة مقارنة مع القطاع الخاص، يمكن القول إن على الحكومة تذليل العقبات أمام مشايخ القطاعين الخاص والأهلي في مجال توسيع استثماراتها في الخدمات الصحية الثالثية، وإعطائها الضمانات الكافية (ضمن خطة حكومية طويلة الأجل) تنصب نحو توطيد تلك الخدمات فيها من أجل ضمان جدواها الاستثمارية، مع تركيز القطاع الحكومي على التوسع في تقديم الخدمات الطبية الأولية والثانوية التي تشير البيانات الصحية إلى تقدم ملحوظ في قدرة وزارة الصحة على تقديمها بكفاءة وفاعلية. |

| المحور | البند المستهدف | التدخلات المقترحة |
|--|---|---|
| | النفاذ للخدمات الصحية | <ul style="list-style-type: none"> اعتماد خطة طوارئ دائمة وقنوات اتصال وتواصل مع الجمهور حول الخدمات التي قد تكون تعطلت، والعيادات المغلقة والمناوبة خلال فترات الطوارئ. الاستمرار في تكثيف الجهود الرامية إلى علاج أي ضعف في جهوزية أنظمة الرعاية الصحية الأولية في مواجهة الأوضاع الطبيعية والطارئة من قبل وزارة الصحة. |
| | الموارد المالية | <ul style="list-style-type: none"> ضبط الموارد المالية لبندى رسوم الخدمات الصحية والتأمين الصحي، خاصة مع التراجع الحاد في تلك الموارد خلال فترة الجائحة. ويكون ذلك من خلال إعادة هيكلة رسوم الخدمات وأقساط التأمين الصحي وفقاً لشرائح الدخل. فعلى سبيل المثال، لا بد من إلغاء الحد الأعلى لاقتطاعات التأمين الصحي من راتب الموظف الحكومي والمقر بـ 75 شيقلاً، والالتزام باقتطاع نسبة الـ 5% المنصوص عليها، مهما بلغ مستوى الراتب. والأمر ذاته ينطبق على رسوم الخدمات الصحية. |
| الأعباء المالية والقدرة على التكيف صحياً مع الوباء | <ul style="list-style-type: none"> إعادة جدولة المتأخرات لصالح المستشفيات الأهلية والخاصة والالتزام بالدفعات المقررة لصالحها. ضبط ملف التحويلات الطبية، والاستمرار في إجراء إصلاحات في نظام التحويلات، خاصة فيما يتعلق بالتدقيق والمراجعة واستخدام نظم التحويل الإلكتروني، ومعالجة النقص في الأدوية المرسله إلى قطاع غزة، إضافة إلى أهمية علاج الضعف الخاص بتطبيق التعليمات الخاصة بنظام التحويلات الطبية. اعتماد عدة مستويات في تصنيف الحالات المرضية لأغراض التحويلات الطبية، بحيث لا تعتمد على مستويين فقط، بل أن يتم التدرج في اعتماد تلك المستويات ضمن خطة زمنية مدروسة تبدأ بثلاثة مستويات وتنتهي بخمسة. زيادة عدد الأسرة داخل المستشفيات الحكومية من أجل تفادي حالات التحويل الناجمة عن اكتظاظها وعدم وجود أسرة كافية فيها. السعي نحو تأمين مصادر تمويل من قبل المانحين والمنظمات الصحية العالمية، إضافة إلى بند مخصصات الأدوية والمستلزمات الطبية في الموازنة العامة، من أجل إعادة جدولة المتأخرات لصالح شركات الأدوية والموردين، بما يضمن الحصول على أفضل النتائج المرجوة من عملية الشراء، والمتمثلة في الحصول على أفضل الأسعار وأفضل المواصفات في الوقت المناسب. | |
| الشفافية والرقابة | <ul style="list-style-type: none"> شراء الخدمة (التحويلات) | <ul style="list-style-type: none"> تشديد الإجراءات الأمنية داخل المستشفيات وتحصين الكادر الطبي ضد أي تهديدات أمنية قد يتعرض لها خلال إقراره لحالات الإحالة لشراء الخدمة من خارج المستشفيات الحكومية. تشديد الرقابة الميدانية من قبل وحدة الرقابة الداخلية في وزارة الصحة على التحويلات الصادرة عن المستشفيات الحكومية، مع ضرورة التدوير الوظيفي لهم لتفادي حالات الكسب الشخصي أو الواسطات أو شراء الذمم. ضرورة تنظيم الاستثناءات التي تمنح لبعض الحالات للعلاج خارج المستشفيات الحكومية، ومنها الاستثناءات الممنوحة لوزير الصحة، بحيث يتم الإعلان عنها وتبريرها للجمهور. |

| المحور | البند المستهدف | التدخلات المقترحة |
|-------------------|------------------------|--|
| الشفافية والرقابة | إحالة وترسية العطاءات | <ul style="list-style-type: none"> • النظر في مشكلة طول فترة الحصول على «المخصص المالي» لعطاءات من قبل وزارة المالية، التي تصل إلى شهر في الكثير من المناقصات. • تحديد سقف زمني للبت في العروض المقدمة للجنة تقييم ودراسة العروض المقدمة من قبل الشركات في حالتي استدراج عروض الأسعار والمناقصات، فلا يوجد في نظام الشراء العام سقف محدد لذلك. • إعادة النظر بقرار إلغاء الاستثناء الممنوح للجان مشتريات وزارة الصحة الخاص الذي كان يفتح لها عمليات شراء الأدوية دون سقف محددة، وتقييم عمل اللجنة المكلفة من قبل مجلس الوزراء، التي ألغى بموجبها الاستثناء. فبعد أن كانت الإجراءات تقتضي ترسية العطاء على الشركة الفائزة وفتح باب الاعتراض لمدة خمسة أيام عمل قبل أن يحال نهائياً للشركة بعد توقيع الوزير، أصبح الأمر يتطلب مصادقة مجلس الوزراء من خلال اللجنة المشكلة من قبله، ما أدى إلى مزيد من البيروقراطية في الإجراءات والتأخر في إتمام عمليات الشراء. • يتيح النظام الخاص بالشراء للجنة المشتريات في الوزارة عدم الأخذ بتوصية لجنة التقييم الفنية للعطاء دون الحاجة لتقديم تبريرات، الأمر الذي قد يفتح أبواباً للمحاباة والكسب الشخصي لأحد أو بعض أعضاء اللجنة، ما يستدعي تعديل نظام الشراء العام بإضافة أن تلزم لجنة المشتريات بتبرير عدم أخذها بتوصية لجنة التقييم. |
| | التعيينات الطارئة | <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة كافة إجراءات ومعايير التعيينات الطارئة التي اتبعتها وزارة الصحة خلال فترة الجائحة، والتحقق من مدى مطابقتها تلك الإجراءات للضوابط القانونية الناظمة لعمليات التعيين خلال فترات الطوارئ. |
| النهج التشاركي | القطاعان الأهلي والخاص | <ul style="list-style-type: none"> • إدراك أهمية رفع جهوزية القطاعين الأهلي والخاص خلال الفترة الحالية بطوابق أو مبانٍ منفصلة معزولة ومجهزة لمواجهة أي طلب إضافي في حال الانتشار الوبائي لفيروس كوفيد-19، خاصة أن إجمالي عدد الأسرّة في غرف العناية لكل من الضفة وغزة في كافة المستشفيات الحكومية والخاصة والأهلية لا يتجاوز 212 سريراً، وأن نسبة إشغال الأسرة في المستشفيات الحكومية تصل إلى 100%. • إسناد المراكز والمستشفيات الأهلية والخاصة بالمعقمات والتجهيزات والفحوصات التي أضافت إلى أعبائها المالية أعباء إضافية. • تفعيل دور القطاعين الأهلي والخاص وتعزيز دورهما التشاركي في كل من اللجنة الوطنية للوبائيات واللجنة الوطنية لكورونا، ويكون ذلك من خلال التعامل مع الجائحة كحالة وطنية لا حكومية. |

المصادر والمراجع

- <https://www.ochaopt.org/ar/content/end-palestinian-authority-coordination-israel-response-annexation-threat-decision-already-0>
- القانون الأساسي الفلسطيني المعدل، 2003.
- الموقع الرسمي لوزارة الصحة. <http://www.site.moh.ps/Index/Circle/CircleId/34/Language/ar>
- حميدان، محمد. 2019. مشوار القطاع الصحي ما زال طويلاً، مجلة قلب الأردن.
- د عيس، معن. 2020. مسودة تقرير بعنوان: جاهزية دولة فلسطين لإعمال الحق في الصحة أثناء جائحة كورونا من منظور حقوقي. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، رام الله، فلسطين.
- غانم، أمجد. 2020. إدارة حالة الطوارئ الفلسطينية أثناء أزمة الوباء العالمي «كورونا كوفيد-19». <http://www.palestinecabinet.gov.ps/portal/news/details/51401>
- معهد أبحاث السياسات الاقتصادية، 2020. تحليل القطاع الصحي الفلسطيني، دراسة تحليلية على المستوى الكلي. رام الله، فلسطين.
- منظمة الصحة العالمية، 2019. <https://www.who.int/ar/news-room/detail/2019-countries-are-spending-more-on--02-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
- منظمة الصحة العالمية، تخطيط قدرات المستشفيات. <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/ar/073361-09/8>
- وزارة الصحة الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2020. الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018 (سلسلة منقحة).
- وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير الصحي السنوي، 2020.
- وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية، بيانات غير منشورة.
- وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير الصحي السنوي، سنوات متفرقة.
- وزارة الصحة الفلسطينية، التقرير الصحي السنوي، 2020.
- وزارة المالية الفلسطينية، الموقع الرسمي، التقارير الشهرية، سنوات متنوعة.
- وزارة المالية الفلسطينية، قانون الموازنة العامة، سنوات متفرقة.
- UNDP وهيئة مكافحة الفساد ووزارة الصحة الفلسطينية، 2018. إدارة مخاطر الفساد في القطاع الصحي.
- <https://data.worldbank.org/> World Bank Open Data, 2019.
- <http://hrlibrary.umn.edu/arabic/cescr-gc14.html>
- المقابلات
- مقابلة هاتفية مع الأستاذة رشا عمارنة مستشارة رئيس هيئة مكافحة الفساد بتاريخ 2020/11/1.
- مقابلة هاتفية مع الأستاذ جفال خليل جفال مدير عام ديوان الرقابة المالية والإدارية.
- مقابلة هاتفية مع المهندس فائق الديك رئيس المجلس الأعلى لسياسات الشراء العام.

AMAN
Transparency Palestine



الاتتلاف 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

تلفاكس 082884767 تلفاكس 082884766

     /AmanCoalition

برنامج امان بتمويل مشكور من حكومات النرويج ولكسمبورغ وهولندا | UNDP