الفريق الأهلي لدعم شفافية الموازنة العامة
Civil Society Team for Enhancing Pubic Budget Transparency

نحو نظام تأمين صحي شامل

2018

نحو نظام تأمين صحي شامل

2018

يتقدم ائتلاف أمان بالشكر الجزيل

للدكتور فتحي أبو مُغلي[1] لإعداد هذا التقرير.

وللدكتور عزمي الشعيبي- مستشار مجلس إدارة ائتلاف أمان لشؤون مكافحة الفساد، وفريق أمان الذي عمل على مراجعة التقرير وتحريره.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى المطبوعة كالتالي: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان). 2018. نحو نظام تأمين صحي شامل. رام الله- فلسطين.

جميع الحقوق محفوظة للائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)

الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)
رام الله : عمارة الريماوي - الطابق الأول - شارع الإرسال
ص.ب : رام الله 339 القدس 69647
هاتف : 2989506 - 022974949
فاكس : 022974948

غزة: شارع حبوش - عمارة دريم-الطابق الثالث-شقة رقم 4
تلفاكس: 082884767
تلفاكس: 082884766
بريد الكتروني: info@aman-palestine.org
الموقع الالكتروني: www.aman-palestine.org

إن الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة "امان" قد بذل جهودا في التحقق من المعلومات الواردة في التقرير، ولا يتحمل أي مسؤولية تترتب على إستخدام المعلومات لأغراض خارج سياق أهداف التقرير بعد نشره.

1 الدكتور فتحي عبد الله أبو مغلي، طبيب فلسطيني، مارس مهنته كطبيب أمراض صدرية في عمان عاصمة الأردن. بعد عودته الى فلسطين في عام 1998 عمل منسقا» لمشروع تطوير النظام الصحي الممول من البنك الدولي لصالح وزارة الصحة الفلسطينية. في العام 2004، انتقل للعمل مع "منظمة الصحة العالمية" في القدس كمدير للبرامج الصحية. في حزيران عام 2007، تولى أبو مغلي منصب وزير لوزارة الصحة في «السلطة الوطنية الفلسطينية» في الفترة من تموز 2011 ولغاية 2012. وأثناء شغله لحقيبة وزارة الصحة، عمل على وضع مشروع قانون التأمين الصحي الإلزامي. بعد استقالته من وزارة الصحة، أنشأ شركة غير ربحية باسم المعهد الفلسطيني لدراسات وأبحاث التنمية ، كما عمل مستشارا» لاتحاد الصناعات الدوائية، ولشركة دار الشفاء لصناعة الدواء، وهو يعمل الان مديرا» تنفيذيا» للمستشفى الاستشاري العربي في رام الله.

فهرس المحتويات

العنوان	رقم الصفحة
ملخص تنفيذي	6
تمهيد	7
خلفية ديموغرافية اقتصادية اجتماعية	8
محددات الصحة	9
النظام الصحي	10
النظام الصحي الفلسطيني	10
واقع الخدمات الصحية في فلسطين	11
الخدمات الصحية المتاحة	12
القوى البشرية العاملة في الحقل الصحي	14
الانفاق على الصحة	14
التغطية الصحية الشاملة	15
التأمين الصحي	17
واقع التأمين الصحي	19
ما هو النموذج الذي يناسب فلسطين؟	20
مثال على نظام تأمين صحي ناجح	20
التوصيات	22
المراجع	23

الملخص التنفيذي

يهدف هذا التقرير الى تسليط الضوء على أهمية تبني مفهوم التغطية الصحية الشاملة بما يحمله من معاني العدالة والمساواة في تقديم الخدمات الصحية للناس، وبالتالي إلى ضرورات بناء نظام تأمين صحي قادر على توفير التغطية الصحية الشاملة على نحو يشمل خدمات صحية عالية الجودة وبكلفة معقولة، لا تتسبب في إفقار الأسر محدودة الدخل. كما ركز التقرير على تشخيص واقع نظام التأمين الصحي الحكومي المطبّق، مع تسليط الضوء على حجم الأعباء فيه، وأثره على الحق بالصحة، وذلك من خلال تحليل نظام التأمين الصحي من حيث طبيعة المشتركين، والمجالات التي يغطيها، وفحص الموازنات التي يتطلبها، والتحديات التي يواجهها لمناقشتها مع الجهات والأطراف ذات العلاقة.

ولقد تمت مراجعة واقع نظام صندوق التأمين الصحي القائم، وتحديد الأسباب التي أدت إلى فشله في تحقيق أهدافه، وتحوّل كلفته إلى عبء مالي مرهق لموازنة وزارة الصحة، مما أعاق من تنفيذ سياسات تطويرية للقطاع الصحي العام، حيث فشلت معظم المعالجات الجزئية التي اتخذت، وقد سبق أن جرت محاولة إنشاء نظام تأمين صحي جديد، الا أنها فشلت بسبب عدم الاتفاق بين بعض الأطراف ذوي العلاقة، الأمر الذي عطل الإصلاح الأخير، بل وأدى إلى مزيدٍ من تدهور واقع صندوق التأمين الصحي، ما استدعى حاليا الى العودة من جديد لبذل جهود للوصول الى تصور واضٍح، حول إمكانية الوصول إلى تغطية صحية شاملة من خلال نظام تأمين صحي وطني اجتماعي قادر على تأمين وصول كافة المواطنين بعدالة ومساواة الى الخدمات الصحية التي يحتاجونها، فقد قمنا بمراجعة عدد كبير من الأدبيات ذات العلاقة، من تقارير وأبحاث ودراسات وقوانين وقرارات لمؤسسات محلية وإقليمية وأممية تُعنى بالنظم الصحية، وجودة الخدمات الصحية والتغطية الصحية الشاملة.

أظهرت المراجعات أن هناك التزامات عديدة قدّمتها وزارة الصحة بشكل خاص والحكومة الفلسطينية بشكل عام، التزمت من خلالها بالسعي نحو توفير تغطية صحية شاملة لجميع المواطنين، وتعزيز جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل مرافق وزارة الصحة، وشركائها في تقديم الخدمات الصحية من مؤسسات القطاعين الأهلي والخاص.

تمت صياغة الالتزامات على شكل قوانين وأنظمة وخطط استراتيجية كان آخرها وأشملها الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة 2017 – 2022 والتي عكست الأهداف الصحية، التي وردت في أجندة السياسات الوطنية 2017 –2022 التي تبنتها الحكومة كالتزام وطني تجاه دعوة الأمم المتحدة لكافة حكومات ودول العالم نحو تبنٍ لخطط التنمية المستدامة لعام 2030، وتوفير كافة الظروف والآليات اللازمة لإنجازها.

إن مراجعة قانون الموازنة العامة لعام 2018 وميزانية وزارة الصحة لنفس العام لا تعكس الالتزامات المذكورة، ولا توفر الأسس والبنى التحتية اللازمة للوصول الى التغطية الصحية الشاملة، كما لا تساعد على الإرتقاء بجودة خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثيةوضمان استدامتها.

تعد الميزانيات التطويرية في كل الموازنات هامشية؛ لا تعكس رؤى طموحة لتطوير حقيقي لمستوى الخدمات وجودتها، كما أن الدخل المتحقق لوزارة الصحة –من نظام التأمين الصحي الحالي ومن مساهمات المرضى في العلاج ومن أي رسوم أخرى– لا يشكل أكثر من 10% من ميزانية وزارة الصحة، إضافة الى أن تطوير الخدمات والبنى التحتية للقطاع الصحي من أبنية وتجهيزات وقوى بشرية عاملة في الحقل الصحي، تحتاج لرصد ميزانيات كبيرة تعكس الرؤى الموضوعة في الخطة الاستراتيجية الصحية 2017 –2022.

بينت الورقة أيضا» ان نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي هو إلزامي فقط لموظفي الحكومة وبعض المؤسسات شبه الحكومية وهو اختياري لباقي فئات المواطنين؛ والمواطن غير المؤمن يستطيع أن ينضم للتأمين الصحي عند احتياجه للخدمة فقط، الأمر الذي يتنافى مع مبدأ العدالة والمساواة في تقاسم المخاطر، والذي يفرض على الجميع الإلتزام بالدفع لتغطية إحتياجات الخدمات الصحية للمرضى جميعا، ويضمن تقديم التمويل اللازم لتوفير خدمات صحية جيدة وبشكل مستدام.

إن إلزامية التأمين الصحي للجميع ضرورة أساسية لبناء نظام صحي عادل، يقدم خدمات صحية للجميع، أي يوفر تغطية صحية شاملة بخدمات صحية جيدة، وبكلفة معقولة لكافة السكان دون تمييز ودون تحميل الأسر تكاليف عالية قد تؤدي لإفقارها.

فالنظام الصحي الجيد هو النظام الصحي القادر على توفير خدمات صحية شاملة لكافة السكان بكلفة معقولة ونوعية جيدة، تلبي احتياجات الناس وتحقق العدالة والمساواة بين جميع السكان في إمكانية الوصول لنفس الخدمات وبشكل مستدام.

إن الوصول الى الهدف المنشود وبناء النظام الصحي 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 متعدد الصناديق، ينظم العلاقة بين كافة مقدمي الخدمات الصحية في القطاعات المختلفة الحكومية والأهلية والاممية والقطاع الخاص.

تمهيد:

يقاس مستوى تطور المجتمعات الإنسانية ومقدار تقدم الدول باستخدام مؤشرات تنموية محددة قابلة للقياس والمقارنة. وقد عمدت الأمم المتحدة إلى إصدار تقرير سنوي حول التنمية البشرية[1]، يتم فيه ترتيب الدول وفق مجموعة من المؤشرات التي تعكس ليس فقط مستوى التنمية التي حققها بلد ما، وإنما تعكس أيضاً العدالة والمساواة في توزيع الحقوق والخدمات ودرجة تقدمها، كما تشير السيدة هلن كلارك مديرة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في تقديمها للتقرير، «أنه يتوجب على التنمية البشرية أن تكون دائمة ومستدامة، وأن تُثري حياة كل إنسان، فيكون لنا بها عالم ينعم فيه الجميع بالسلام والرخاء».

وتعتبر الصحة ومستوى خدماتها من أهم مؤشرات التنمية والتطور في أي مجتمع، ولقد ركزت منظمة الصحة العالمية -منذ تأسيسها عام 1948 - على مبدأ مفاده أن يترتب على جميع الناس القدرة في الحصول على حقهم نحو بلوغ أرفع مستوى ممكن من الصحة. وتوّجت المنظمة الأممية جهودها بأن أعلنت في نيسان 2018 -وهو الذكرى السبعين لتأسيسها- الدعوة إلى دعم البلدان في التقدم صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، كما أعلنت السابع من نيسان يوم الصحة العالمي[2]، ما سيكون بداية لإقامة حوارات عالمية ومحلية حول طرق تحقيق الصحة للجميع.

وقد جاء في الإعلان العالمي لحقوق الانسان[3] في المادة 25 منه، أن لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كافٍ للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وكذلك الخدمات الاجتماعية اللازمة، كما له الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض والعجز والترمل والشيخوخة وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.

ويؤكد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[4] في المادة 12 منه أن الدول الأعضاء تقر بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، وأنه يتعين على الدول الأعضاء إتخاذ عدة تدابير لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، وهي تدابير لازمة من أجل العمل على خفض معدل موتى المواليد ومعدل وفيات الرضع، وتأمين نمو الطفل نموا صحيا، بالإضافة الى تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، كذلك الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية، والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها، وتهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية، والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

1 تقرير التنمية البشرية 2016 / برنامج الأمم المتحدة الانمائيUNDP

2 http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2018/key-messages/ar/ حملات يوم الصحة العالمي 2018

3 اعتُمد بموجب قرار الجمعية العامة 217 ألف (د3-) المؤرخ في 10 كانون الأول/ديسمبر 1948

4 العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية(اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأممالمتحدة٢٢٠٠ ألف (د-٢١) المؤرخ في ١٦ كانون /ديسمبر١٩٦٦تاريخ بدء النفاذ: ٢٣ آذار/مارس١٩٧٦، وفقا لأحكام المادة٤٩.

فلسطينياً، تشير المادة 22 من القانون الأساسي الفلسطيني المعدل[5] أن القانون ينظم خدمات التأمين الاجتماعي والصحي ومعاشات العجز والشيخوخة. كما تشير المادة 29 من القانون الأساسي أن رعاية الأمومة والطفولة واجب وطني، وللأطفال الحق في الحماية والرعاية الشاملة.

على الرغم من أن القانون الأساسي لا يتعرض للصحة على أنها حق أساسي للمواطن أسوة بالتعليم الذي جاء النص حوله في القانون واضحا» وقاطعا»،[6] إلا أن القانون الأساسي نفسه أعطى للمشرع أن ينظم بقانون خدمات التأمين الاجتماعي والصحي، وبالتالي أن يحدد سقف الخدمات التي يتوجب توفيرها للمواطن، وآليات تقديمها ومجانيتها ضمن إمكانات الدولة، ووفق التزاماتها بالمواثيق الدولية.

وإذا أخذنا بعين الإعتبار تبني والتزام السلطة الوطنية الفلسطينية بالمواثيق الدولية، مثل الاعلان العالمي لحقوق الانسان، والعهد الدولي للحقوق المدنية والسياسية، وكذلك دستور منظمة الصحة العالمية، وعليه فإن الصحة تعتبر حقاً في فلسطين، ولا بد لهذا الحق أن يتوضح ويتجلى في كافة الأنظمة والقوانين الفلسطينية، وبشكل رئيس قانون الصحة العامة وقانون التأمين الصحي. ولا بد ايضاأن ينعكس هذا الحق من خلال الخدمات الصحية المتوفرة، وجودتها والقدرة على الوصول إليها.

يشير قانون الصحة العامة[7] في مادته الثانية في الفقرة الخامسة منها إلى إلتزام الوزارة (وزارة الصحة) بتوفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانات المتوفرة، كما تشير المادة الرابعة من القانون على إلتزام الوزارة بإعطاء الأولوية لرعاية صحة المرأة والطفل، واعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية الإنمائية للسلطة الوطنية الفلسطينية.
كما وركزت أجندة السياسات الوطنية أيضاً في أولويتها التاسعة على رعاية صحية شاملة ذات جودة ومتاحة للجميع، وشملت هذه الأولوية على ضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة للجميع، من خلال مجموعة من التدخلات على رأسها إصلاح نظام التأمين الصحي العام. جاء ذلك منسجما مع التزامات دولة فلسطين التي تمخضت عن توقيعها على العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والذي تضمن المادة 12 أن تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، وتقوم الدولة بالتدابير اللازمة لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، والتي من شأنها تهيئة ظروف لتأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

كما وتضمنت الخطة الاستراتيجية لقطاع الصحة للفترة من 2017-2022، على مجموعة من المبادئ والتي تنص على الالتزام الوطني بالعمل نحو التغطية الصحية الشاملة، ووفقا للهدف الاستراتيجي الأول للخطة، بحيث تركز على ضمان توفير خدمات صحية شاملة لجميع المواطنين، والعمل على توطين الخدمات الصحية في فلسطين.

يتضح من كل ما سبق أن الصحة حق لكل مواطن، وأن توفير الخدمات اللازمة لتأمين التمتع بهذا الحق تفرض على الدولة تنظيمها بقانون، يوفر العدالة والمساواة بين الجميع في الحصول على خدمات صحية جيدة دون المساهمة في إفقار الأسر أو منعها من الوصول للخدمة الصحية المطلوبة.

خلفية ديموغرافية إقتصادية إجتماعية

يقدر عدد سكان دولة فلسطين كما جاء بالنتائج الأولية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام 2017 ب 4,780,978 نسمة منهم 2,881,687 يعيشون في محافظات الضفة الغربية، بينما يعيش1,899,291 في محافظات قطاع غزة[8]. وتتوزع نسب السكان حسب الفئات العمرية الى 47% تحت سن 17 و24.3% تتراوح أعمارهم ما بين 18 و29 وما نسبته 23.5% ما بين 30 -60 سنة وما نسبته 5.2% يقع في الفئة العمرية فوق 60 سنة.

5 الوقائع الفلسطينية/ عدد ممتاز / مارس 2003
6 صدر بمدينة رام الله بتاريخ: 18 /مارس/ 2003 ميلادية
7 قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م الصادر في مدينة غزة بتاريخ: 27 /ديسمبر/2004 ميلادية الموافق : 15/ ذو القعدة/1425 هجرية
8 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني النتائج الأولية للتعداد / شباط 2018

تعني النسب السابقة لتوزيع السكان أن المجتمع الفلسطيني مجتمع فتيّ، وأن الفئة المنتجة فيه تشكل ما نسبته 35% من عدد السكان، إذا ما أخذنا بالإعتبار أن هناك ما يقارب 250 ألف طالب وطالبة يلتحقون بالجامعات، ولم يدخلوا سوق العمل والإنتاج بعد.

كما تشير نتائج التعداد أن متوسط عدد أفراد الأسرة الفلسطينية هو 5.1 فردا (4.8 فرد في الضفة الغربية و5.6 في قطاع غزة).

كما تبلغ نسبة البطالة في فلسطين 27.2% (13.2% في الضفة الغربية و48.2% في قطاع غزة)، تصل بين الذكور إلى 24.4% بينما ترتفع بين الإناث إلى 40.1% (البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس، والذي ضمّه الإحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967).

محددات الصحة

تعتبر الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الصحة والتي يمكن التأثير فيها وتغييرها، كالفقر والاستبعاد الاجتماعي ونقص السكن، وتدني النُظم الصحية من أهم المحددات التي تؤثر في قدرة الإنسان على التمتع بالصحة، وتؤدي الى الاعتلال في الصحة والموت المبكر.

في شهر تشرين أول (اكتوبر) عام 2011، عقد في مدينة ريو دي جانيرو في البرازيل المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة[9]، والذي جاء انعقاده تنفيذا» لقرار الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية في دورتها الثانية والستين (قرار ج ص ع 62-14). وشكل المؤتمر فرصة عالمية للنقاش حول كيفية الحد من الغبن القائم في المجال الصحي، وتبادل الخبرات فيما يخص آليات مواجهة المحددات الإجتماعية للصحة.

حضر المؤتمر أكثر من ألف مشارك، وكان منهم مندوبون من 125 دولة، يمثلون قطاعات الصحة والتنمية الاجتماعية وقطاعات أخرى بالإضافة لممثلين عن منظمات أممية، ومنظمات مجتمع مدني وخبراء تقنيين. وكان من نتيجة أعمال المؤتمر إعتماد إعلان ريو السياسي بشأن المحددات الإجتماعية للصحة والذي من أهم ما جاء فيه:

- الإصرار على تحقيق الإنصاف الاجتماعي والصحي من خلال تنفيذ الاجراءات المتعلقة بالمحددات الجتماعية للصحة والرفاه من خلال نهج شامل ومتعدد القطاعات، وأن تحقيق الإنصاف في الصحة يعد مسؤولية مشتركة، يتطلب مشاركة كافة القطاعات الحكومية وكافة شرائح المجتمع، وكافة أعضاء المجتمع الدولي في عمل عنوانه "الجميع متحدون من أجل الإنصاف»، ويستوجب أن يهدف إلى توفير الصحة للجميع، وأن ينفذ على الصعيد العالمي.
- التأكيد على المبادئ والأحكام التي ينص عليها دستور منظمة الصحة العالمية وإعلان الما آتا لعام 1978 وميثاق أوتاوا لعام 1986 وسلسلة المؤتمرات الدولية التي ترمي الى تعزيز الصحة، والتي أعادت جميعها تأكيد القيمة الأساسية للإنصاف في الصحة، وأقرت بأن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وهو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز بسبب العرق أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية. كما أقر المؤتمرون مسؤولية الحكومات عن صحة شعوبها، مع التأكيد على أن الإجحاف في الصحة داخل البلدان، وفيما بينها يعد أمراً غير مقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً، علاوة على أنه غير عادل ويمكن تلافيه إلى حد بعيد، وأن تعزيز الإنصاف في الصحة يعد ضرورياً من أجل استدامة التنمية، وتحقيق نوعية حياة ورفاه أفضل للجميع، الأمر الذي يمكن أن يسهم بدوره في إحلال السلام والأمن.
- التأكيد على أن الصحة الجيدة تتطلب وجود نظام صحي عالي الجودة، يتسم بالعمومية والشمول والإنصاف والفعالية والقدرة على الإستجابة وسهولة الوصول إليه. لكنه نظام يعتمد ايضاً على مشاركة القطاعات والأطراف الفاعلة الأخرى والحوار معها، حيث تترتب على أدائها آثار صحية كبيرة. واعتبر المؤتمرون أن مبدأ دمج الصحة في جميع السياسات، إلى جانب التعاون والعمل بين القطاعات يعتبر نهجاً واعداً لتعزيز المساءلة عن الصحة في القطاعات الأخرى، ودعم المساواة في الوصول الى الخدمات الصحية، وتكوين مجتمعات أكثر شمولاً وإنتاجية.

9 متاح على الصفحة الالكترونية www.who.int/social__determinants

النظام الصحي

يعني النظام الصحي كمفهوم المجموع الكلي لمؤسسات وفعاليات أي شعب وموارده البشرية وإمكاناته الفنية المتاحة، والموظفة لتقديم الخدمات الصحية التي تلبي حاجات الشعب.

وتختلف الأنظمة الصحية من مكان لآخر في العالم ومن بلد لآخر، من حيث البناء والتشكيل تبعاً لعوامل تاريخية وسياسية وبيئية ومجتمعية، وتسعى كافة الشعوب لإصلاح وتعديل وتطوير نظمها الصحية بحيث تحقق أعمال الحق في الوصول لخدمات صحية جيدة لكافة المواطنين بعدالة ومساواة، وتسعى أيضاً لتجاوز المحددات الإجتماعية للصحة.

تحدد منظمة الصحة العالمية أهداف النظم الصحية بتوفير صحة جيدة تتجاوب مع توقعات السكان وفق نظام تمويل عادل. وُيقيم أي نظام صحي وفق ما يحققه من معايير جودة وكفاءة للخدمات الصحية المقدمة، وإمكانية الوصول اليسير إليها وعدالة توزيعها وتقديمها، يضاف الى ذلك استدامتها.

فالنظام الصحي الجيد هو النظام الصحي القادر على تقديم خدمات صحية شاملة لكافة السكان بكلفة معقولة، ونوعية جيدة، بشكل يلبي حاجات الناس، ويحقق العدالة والمساواة بين جميع السكان في إمكانية الوصول لنفس الخدمات وبشكل مستدام.

النظام الصحي الفلسطيني

تقع المسؤولية الأولى فيما يخص الأداء الإجمالي للنظام الصحي الوطني على عاتق الحكومة، غير أن وجود شركاء في تقديم الخدمات الصحية من القطاعات غير الحكومية يعتبر امراً محموداً. ويثري كفاءة وقدرات النظام الصحي على التطوير وتعزيز الخدمات الصحية المقدمة.

فالنظام الصحي هو تعبير شامل يستخدم ليصف العديد من الخدمات والهيئات والعاملين، الذين يقدمون كل أنواع الخدمات الصحية في المجتمع، ما و يشمل الأطباء والمراكز الصحية الأولية والمستشفيات، وخدمات الصحة العامة وصحة المجتمع والبيئة.

يتكون النظام الصحي الفلسطيني من عدد من مقدمي الخدمات الصحية، فبالإضافة لوزارة الصحة التي تعتبر المقدم الرئيس للخدمات الصحية بمختلف أشكالها ومستوياتها، تقدم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين من خلال إدارتين مستقلتين في كل من غزة والضفة الغربية، خدمات صحية للاجئين الفلسطينيين داخل المخيمات الموجودة في كل من الضفة وغزة. كما تشارك عدد من المؤسسات الأهلية غير الحكومية وغير الربحية في تقديم خدمات صحية أولية وثانوية وثالثية. بالإضافة الى مشاركتها في تقديم الخدمات الصحية للعسكريين من خلال تزويدهم بالخدمات الطبية العسكرية، ويشارك أيضا الهلال الأحمر الفلسطيني، وهو مؤسسة غير حكومية تتبع إدارياً لمنظمة التحرير الفلسطينية، في تقديم خدمات الإسعاف، بالإضافة لإدارة عدد من عيادات الرعاية الصحية الاولية ومراكز التأهيل. ويلعب القطاع الخاص الربحي دوراً مهماً في توفير الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها للمواطنين، وهو آخذبالنمو السريع في السنوات الأخيرة.

واقع الخدمات الصحية في فلسطين

كانت سلطات الاحتلال الإسرائيلي[10] تدير المناطق الفلسطينية المحتلة في الضفة الغربية وقطاع غزة عبر مديريات التنسيق والإرتباط الإقليمية التابعة للإدارة المدنية، والتي هي جزء من ما يسمى ب»جيش الدفاع»، وجهاز الأمن الإسرائيلي.

حظيت بعض القطاعات بجزء منالاهتمام، وبموازنات هزيلة جداً، كالصحة والتعليم. بالنسبة للتعليم؛ فقد كان المنهاج أردنياً أو مصرياً، وقدُبنيت المدارس ب من قِبَل الحكومة الأردنية قبل الـ 67، كما كان تعيين المدرسين يخضع للاعتبارات الأمنية، وأي مدّرس/ة يحاول قول جملة وطنية لطلابه، كان يُفصل من الخدمة فوراً، وفي آخر سنوات الانتفاضة شهد التعليم تراجعاً خطيراً، وفقد مصداقيته لدى الجامعات العربية والعالمية، وكان الطالب الجامعي يحتاج ضعف عدد السنوات للتخرج بسبب أيام الإضرابات والإغلاقات.

أما في مجال الصحة، فلم يكن الوضع أفضل، كون عدد المستشفيات والعيادات الصحية قليل جداً، والدعم المقدم لها لا يفي بالحاجة، كما لم تكن آنذاك أي برامج صحية تعنى بالفئات الخاصة والأمومة والطفولة والتطعيم والتغذية.

وبعد تأسيس السلطة الفلسطينية واستلامها إدارة القطاع الصحي الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة،[11] استلمت منالإدارة المدنية للاحتلال الإسرائيلي، مجموعة من العيادات الصحية غير المجهزة لتقديم خدمات صحية نوعية وشاملة، وانما تصنف كعيادات تقدم خدمات بدائية تنحصر في تطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية وبعض خدمات رعاية الأمومة والطفولة، وأخرى تشخيصية وعلاجية بسيطة. وجدير بالذكر أنجميع العيادات التي استلمتها السلطة الوطنية هي نفس العيادات التي كانت موجودة عند احتلال اسرائيل للضفة الغربية وقطاع غزة في حزيران عام 1967.

الأمر ذاته فيما يتعلق بالمستشفيات، مع العلم أن عدد المستشفيات الحكومية قبل عام 1967 كان أكبر من عددها عندما سلمها الاحتلال للسلطة الفلسطينية، حيث كان هناك 14 مشفى حكومي قبل عام 1967، فيما انخفض عددها الى 9، كماكما كان عدد المستشفيات الحكومية في قطاع غزة ستة مستشفيات حكومية، إنخفض الى خمسة[12]، وقد استلمتها السلطة في وضع سيء، من حيث الأبنية والتجهيز ومن حيث الكوادر الطبية والتمريضية العاملة، حيث أن سياسة الاحتلال كانت تقوم على تعزيز تحويل الحالات المرضية التي تحتاج الى تدخلاتطبية متخصصة وتحويل الى المستشفيات الإسرائيلية.

كان عدد الأسرّة 1925 سريراً بواقع 1.8 لكل ألف مواطن، وقد انخفض عدد الأسِرّة عام 1990 الى 1872 سرير أي بنسبة 1.2 سرير لكَل ألف مواطن.

وقد تسلّمت وزارة الصحة الفلسطينية صلاحيات إدارة الشؤون الصحية، بداية في غزة وأريحا بتاريخ 17 أيار 1994، وفي باقي مناطق الضفة الغربية مع نهاية نفس العام، حيث قامت بإجراء دراسة تقييمية للمرافق الصحية الموجودة سواء أكان ذلك على مستوى الرعاية الصحية الأولية أو الثانوية. وقد تم تقديم الدعم الفني لمثل هذه الدراسات من قبل منظمات أممية مثل برنامج الأمم المتحدة الإنمائيUNDP ومنظمة الصحة العالمية وبعض الدول المانحة مثل ايطاليا.

تم وضع أول خطة للصحة عام 1994، قبل استلام وزارة الصحة لمهامها، أشرف على وضعها المجلس الصحي الفلسطيني، الذي ضم كوادر الهلال الأحمر الفلسطيني وكفاءات صحية، بدعم من جهات دولية مختلفة. تبع ذلك وضع الخطة الاستراتيجية للأعوام 1999 – 2003[13] من قبل وزارة الصحة وبمشاركة واسعة من منظمات المجتمع المدني، وبدعم فني ومالي من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية.

أدى تنفيذ الخطط المذكورة إلى تطوير كبير في جودة الخدمات، ورفع كفاءة العاملين، وتحسين شبكة الخدمات الحكومية، بينما أخذت الخدمات التي تقدمها المنظمات الأهلية، وخاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية، بالتقلص نتيجة إنحسار التمويل لصالح زيادة تمويل المؤسسة الصحية الرسمية، أي وزارة الصحة.

10 من مقال في الأيام بعنوان قبل، وبعد السلطة / عبد الغني سلامة 23 كانون 2 2017

11 منذر الشريف/ وكيل وزارة الصحة الفلسطينية 1996 2004-

12 تقرير مؤسسة الحق 90/355

13 د. فتحي ابومغلي/ مشروع تطوير النظام الصحي 1999 2004-

لقد شكلت إنطلاقة الانتفاضة الثانية عام 2000 وما تلاها من اجتياح عسكري إسرائيلي لمناطق السيطرة الفلسطينية وفق تفاهمات أوسلو -وإعادة احتلال لكافة مناطق الضفة الغربية من قبل الجيش الاسرائيلي وما رافق هذا الاجتياح من إجراءات، مثل إقامة الحواجز العسكرية، وبناء جدار الفصل والتوسع- تراجعاً واضحاً في القدرة على الوصول للخدمات الصحية من قبل المواطنين. كما أدى جدار الفصل إلى عزل العديد من القرى والتجمعات السكانية، والتي أصبحت غير قادرة على الوصول للخدمات الصحية، وأدت الأحداث وما رافقها وما تبعها من حالة عدم استقرار أمنيّ واجتماعي إلى عدم القدرة على تنفيذ الجزء الأكبر من مشاريع وأنشطة الخطة الاستراتيجية 1999 – 2003.

وفي عام 2006، وبعد نجاح حركة حماس في الانتخابات التشريعية، تم فرض حصار اقتصادي شامل على السلطة الوطنية الفلسطينية، وأثّر الحصار الاقتصادي الجائر بشكل كبير على قدرة السلطة على تقديم الخدمات الصحية، حيث واجهت المرافق الصحية من عيادات ومستشفيات نقصاً كبيراً في الأدوية والمستلزمات الطبية والأجهزة. كما ظهرت تأثيرات سلبية على صحة الأطفال والأمهات، حيث كان أهم مظاهرها ارتفاع كبير في معدلات سوء التغذية وفقر الدم.

وفي حزيران عام 2007، سيطرت حركة حماس على قطاع غزة، وتبع ذلك انقسام عميق في الصف الفلسطيني أثّر بشكل كبير على حياة الناس وعلى العلاقات الفلسطينية مع دول العالم. وقد اشتد الحصار على قطاع غزة -الذي أصبح يحكم بشكل مطلق من قبل حماس- ولم يعد للسلطة الوطنية أي تأثير على الوضع هناك، وقد انحسر دورها في دفع فواتير الرواتب والتزامات أخرى كالكهرباء والوقود والأدوية واعتماد التحويلات العلاجية للخارج. وأصبح قطاع غزة يعيش على المساعدات الإغاثية، وتوقفت على إثر ذلك المشاريع التنموية. أما الوضع في الضفة الغربية، فعلى عكس قطاع غزة، إذ بدء يشهد تحسناً واضحاً، حيث استطاعت الحكومة وضع خطط تنموية لمختلف القطاعات، والتي لاقت تجاوباً جيداً من قبل الجهات المانحة، مما ساهم بشكل كبير في تحسن الوضع المعيشي للمواطنينً وتدني معدلات البطالة، وتحسن كبير في مستوى الخدمات الصحية. واستمر تحسن الأداء الاقتصادي في الضفة الغربية بشكل مستمر حتى أواسط عام 2010.

شجع الاستقرار النسبي الذي تمتعت به الضفة الغربية على البدء في وضع خطط تنموية وخاصة في القطاع الصحي (الخطة الاستراتيجية للصحة 2008 – 2010 والخطة الاستراتيجية 2011 -2013

وصولا» الى خطة وزارة الصحة الحالية 2017 -2022) والعمل على استصدار قوانين تساهم في تطوير الخدمات، وخاصة الخدمات الاجتماعية، فأنجزَ مشروع قانون التأمين الصحي الإلزامي، والذي لم يَرَ النور لاعتبارات مختلفة، أهمها عدم اعتباره قانوناً يحمل صفةَ الاستعجال، ويعود ذلك لغياب المجلس التشريعي ولوجود اعتراضات[14] عليه، تتعلق بكيفية التعامل مع اللاجئين ومسؤوليات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين(الاونروا) تجاه تقديم الخدمات الصحية للاجئين المسجلين لديها في محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة. كما أن المشروع، لم يعالج بشكل واضح قضية إعفاء مواطني قطاع غزة من الرسوم والضرائب[15]، حيث تعامل القانون مع قضية الانقسام كقضية مؤقتة، بكل ما ترتب عليها من التزامات وحقوق، إضافة الى أن مشروع القانون لم يعالج تغطية الرسوم المترتبة على الأسرى المحررين، حيث نص قانون الأسرى والمحررين[16] 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 إعفائهامن رسوم التأمين الصحي.

الخدمات الصحية المتاحة[17]

- الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة:

تقدم الخدمات الصحية الأولية للمواطنين في فلسطين، بمستوياتها المختلفة، من خلال 739 مركزاً للرعاية الصحية الأولية، منها 587 مركزاً في الضفة الغربية و152 مركزاً في قطاع غزة، حيث تقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية خدمات صحة الأمومة والطفولة ، وخدمات الأمراض المزمنة بشكل رئيسي. تتبع غالبية مراكز الرعاية الصحية الأولية لوزارة

14 مراجعة قانونية لمشروع قانون التأمين الصحي الوطني/ الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم"/ رام الله- آب 2009

15 اصدر رئيس السلطة الوطنية الفلسطينية بتاريخ 2007/6/26 مرسوماً يحمل رقم (18) لسنة 2007 ، قرر فيه إعفاء سكان قطاع غزة من الضرائب والرسوم المالية واجبة النفاذ بحكم منظومة التشريعات الوطنية.

16 قانون الأسرى والمحررين رقم (19) لسنة (2004) في المادة (5)

17 التقرير الصحي السنوي 2016 وزارة الصحة – مركز المعلومات الصحية الفلسطيني/ صادر في تموز 2017

الصحة، حيث يبلغ عدد المراكز الصحية الأولية الحكومية 466 مركزاً، وتشكل نسبة 63% من إجمالي مراكز الرعاية الصحية الأولية، بينما يبلغ عدد المراكز الصحية الأهلية غير الحكومية 189 مركزاً صحياً، أي ما نسبته 25.6% من إجمالي مراكز الرعاية الصحية الأولية. كما يبلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تديرها وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا) 64 مركزاً، فيما هناك 20 مركزاً صحياً تابعاً للخدمات الطبية العسكرية.

يبلغ عدد السكان لكل مركز صحي 6159 مواطناً، علماً بأن مراكز الرعاية الصحية الأولية تختلف من حيث المساحة، ونوع وحجم الخدمات المقدمة فيها، ويختلف ذلك وفق عدد السكان في المنطقة الجغرافية التي يخدمها المركز الصحي. فهناك مراكز صحية تخدم تجمعات سكانية أقل من 1000 مواطن، وهي تُدار من قبل عاملة صحية تقوم برصد الولادات والوفيات، وتنظم حملات التطعيم في المنطقة الجغرافية، وكذلك زيارات الطواقم الطبية. وهناك مراكز صحية تخدم تجمعات سكانية تقل عن 5000 مواطن، وتعتبر كونها مستوى ثاني، يشرف عليها طبيب بدوام 3-5 أيام أسبوعياً، وممرض أو اثنان، تقدم بدورها خدمات الأمومة والطفولة، كما يحتوي بعضها على مختبر طبي بسيط، وهناك مراكز من المستوى الثالث، تخدم تجمعات سكانية من 5000 -12000 مواطن، يديرها طبيب عام أو أكثر وأطباء اختصاص زائرين، وتحتوي على مختبر وجهاز أشعة. أما عيادات المستوى الرابع وهي مديريات الصحة، تقدم بدورها خدمات صحة الأمومة والطفولة، وخدمات الأمراض المزمنة، وهي مجهزة بشكل جيد من حيث الكوادر الطبية والتمريضية، ويخدمها مدير صحة المحافظة، ويكون فيها عدد من أطباء الاختصاص الرئيسيين: كالأطفال، والنسائية، والتوليد، والعظام والصحة النفسية؛ كما تقدم خدمات التثقيف الصحي، والإشراف على الصحة المدرسية، وصحة البيئة، وتتولى هذه المراكز إدارة كافة مراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظة، وهي مسؤولة عن كافة خدمات الصحة العامة، والصحة المدرسية، والإشراف على ترخيص وعمل المؤسسات الصحية غير الحكومية في المحافظة.

تعتبر مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة، وبسبب الاكتظاظ السكاني العالي، من المستوى الثالث والرابع، وما تقدمه هذه المراكز من خدمات.

- **الرعاية الصحية الثانوية والثالثية:**

بلغ عدد المستشفيات العاملة في فلسطين عام 2016 واحد وثمانون (81) مستشفىً ، يعمل 51 منها في الضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية، وتشكل ما نسبته 63 % من مجمل المستشفيات العاملة في فلسطين، فيما يعمل 30 مستشفىً آخر في محافظات قطاع غزة. كما يبلغ إجمالي عدد أسِرّة المستشفيات، بما في ذلك أسِرّة مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية، وأسِرّة مستشفيات القدس الشرقية 6146 سريراً، أي بمعدل 784 نسمة لكل سرير (783 نسمة لكل سرير في الضفة الغربية، و784 نسمة لكل سرير في قطاع غزة).

تدير وزارة الصحة المستشفيات الحكومية والبالغ عددها 27 مستشفىً، حيث أن مجموع عدد أسِرّتها 3325 سريراً، أي ما نسبته 54.1% من إجمالي عدد الأسِرّة العاملة في البلاد. ومن عدد المستشفيات الكلي المذكور، هناك 14 مستشفىً في الضفة الغربية بعدد أسِرّة 1661 سريراً، بينما 13 مستشفىً في قطاع غزة بعدد أسِرّة 1664 سريراً.

يبلغ عدد المستشفيات غير الحكومية، أي المستشفيات الأهلية والخاصة -بما في ذلك مستشفيات القدس الشرقية- 54 مستشفى، بسعة 2821 سريراً، بحيث يملك القطاع الخاص 16 مستشفى منها بسعة إجمالية 536 سريراً، بينما تدير المؤسسات الأهلية 34 مستشفى، بسعة 2061 سريراً، وتدير وكالة غوث وتشغيل اللاجئين مستشفى في قلقيلية بسعة 62 سرير، كما تدير جامعة النجاح مستشفى النجاح الوطني الجامعي بسعة 123 سريراً.

جاء في تقرير متابعة التقييم الخاص بالمستشفيات الحكومية، ومديريات الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية[18] 2017-2018 والذي صدر عن دائرة جودة الخدمات الحكومية، أن من أبرز التحديات التي يمكن أن تعيق الإرتقاء بجودة الخدمات الصحية، تكمن في النقص الكبير في الكادر الطبي والإداري، وصعوبة المتابعة المباشرة في بعض المديريات من قبل مدير المديرية، وذلك نتيجة إنفصال مبنى الإدارة عن عيادات تقديم الخدمة الطبية للمواطنين (طوباس، الخليل، شمال الخليل، جنوب الخليل، ويطا)، كذلك لتدني مستوى النظافة العامة. كما تواجه أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية

18 تقرير متابعة التقييم الخاص بالمستشفيات الحكومية ومديريات الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية 2017-2018 الصادر عن دائرة جودة الخدمات الحكومية

ضغطاً كبيراً نتيجة نسبة الإقبال العالية عليها، وذلك لعدم كفاية التخصصات الطبية في مديريات الصحة. كما لوحظ أن المناطق المهمشة والحدودية ومناطق (ج) لا تتلقى الخدمات الصحية بشكل مناسب، وتبين أيضاً أن هناك مشاكل في آلية التخلص من النفايات الصلبة، مع العلم أنها من أخطر مسببات التلوث البيئي. وتعتبر هذه المشكلة من أهم المشاكل البيئية على مستوى الوطن، إذ أن بعض المباني المستخدمة كمراكز صحية ومستشفيات قديمة، لا يمكن التوسع بها افقياً أو عمودياً ، إضافة لمشاكل خاصة ببعض المراكز والمستشفيات والتي تستدعي تدخلات فورية.

القوى البشرية العاملة في الحقل الصحي

وفق تقرير وزارة الصحة الفلسطينية لعام 2017، فقد بلغ عدد الكوادر الصحية المسجلة لدى النقابات الصحية المختلفة في فلسطين 29,479 شخصاً، منهم 22,201 في الضفة الغربية، أي بنسبة 75.3% و7278 آخر في قطاع غزة، أي بنسبة 24.7% من مجموع الكوادر الصحية العاملة في فلسطين. وبالتأكيد، فإن هذه الأرقام غير دقيقة للكوادر الصحية العاملة في فلسطين، بل تعكس الكوادر الصحية المسجلة في النقابات الصحية المهنية، ومن المؤكد أن أعداد كبيرة منهم تعمل خارج البلاد وخاصة في دول الخليج العربي، كما أن البيانات الإحصائية الواردة من قطاع غزة، والمنشورة في تقرير إحصائي مشابه للتقرير الذي تصدره وزارة الصحة في السلطة الوطنية الفلسطينية، تشير الى أن إجمالي القوى العاملة في القطاع الصحي في قطاع غزة، أي ما يبلغ13,180 شخصاً موزعين على القطاعات الصحية التالية: وزارة الصحة 9536 شخصاً، مؤسسات غير حكومية 2963 شخصاً، وخدمات طبية 681 شخصاً.

الإنفاق على الصحة

في شهر شباط 2018، نشر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة تقرير الحسابات الوطنية للصحة للعام 2016[19]، والذي يعكس واقع الإنفاق على الصحة في فلسطين، حيث جاء في التقرير أن مجموع نفقات وزارة الصحة لعام 2016 بلغت 1,419.5 مليون شيكلاً (مليار وأربعمئة وتسعة عشر مليون وخمسمئة ألف شيكلاً) بزيادة قدرها 4.7% عن العام 2015، حيث بلغت نفقات وزارة الصحة خلاله 1,321.3 مليون (مليار وثلاثمئة وواحداً وعشرون مليون وثلاثمئة ألف شيكلاً). وتشير بيانات التقرير أن معدل الإنفاق الحكومي على الصحة يبلغ 38.2% من مجموع الإنفاق على الصحة[20]، بينما يصل إنفاق الأسَر المعيشية على الصحة 45.5% من حجم الإنفاق على الصحة، كما بلغت مساهمة المؤسسات غير الربحية لخدمة الأسَر المعيشية 8% من حجم الإنفاق، وبلغت نسبة مساهمة شركات التأمين 2.7% من حجم الإنفاق، إضافة إلى مساهمة باقي العالم (ومنها الاونروا) 5.6% من حجم الإنفاق على الصحة.

ويشير تقرير الحسابات الوطنية للصحة أن إجمالي الإنفاق على الصحة، كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بلغ 10.7% عام 2016، وهو نفس معدل الإنفاق على العام 2015.

في حين بلغت إيرادات وزارة الصحة لعام 2016 -كما جاء في التقرير الصحي السنوي لنفس العام- ما قيمته 121,316,838 شيكل، موزعة كنسب حسب مصدر الإيراد (إيرادات مراكز الرعاية الصحية الأولية 46.2%، وإيرادات تأمين صحي 27.6%، وإيرادات المستشفيات 24.1% وايرادات المراكز الإدارية 2.1%).

يتبين من الأرقام السابقة أن حجم الإيرادات المتحققة لوزارة الصحة هامشية مقارنة بحجم الإنفاق، حيث بلغت نفقات وزارة الصحة لعام 2016 ما قيمته 1,711,900.00 مليون (مليار وسبعمئة وأحد عشر مليون وتسعمائة ألف شيكل) كما أن الميزانية المقرّة لوزارة الصحة للعام 2018 مبلغ 1,765,483.478 شيكل، منها 46% رواتب، و48% مصاريف تشغيلية، و0.6% فقط للمصاريف الرأسمالية، وهي لا تعكس بأي حال الأهداف الطموحة المطروحة للتنفيذ خلال عام 2018، ولا تعكس طموحات أجندة السياسات الوطنية 2017- 2022، والتي جاء فيها أن الأولوية التاسعة لهذه الاجندة توفير رعاية صحية شاملة ذات جودة عالية ومتاحة للجميع والإرتقاء بصحة المواطن ورفاهيته[21].

19 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2018. الحسابات الصحية الفلسطينية 2016.
20 البيانات الواردة في تقرير الحسابات الوطنية للصحة لا يشمل ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته اسرائيل بعد احتلال الضفة عام 1967

21 اجندة السياسات الوطنية 2017_2022/ كانون اول 2016

وقد أعلنت الحكومة الفلسطينية في عام 2010 عن تبني موازنة البرامج (الأداء) بدلاً من موازنة البنود، ويتماشى هذا التغيير مع التخطيط للعملية التنموية في كافة القطاعات، ما يعتبر نقلة نوعية وتطوراً مميزاً يستجيب إلى متطلبات الخطط التنموية الفلسطينية. يتطلب هكذا توجه استراتيجي رصد ميزانيات كافية لتنفيذ مشاريع تنمية صحية وقائية وعلاجية طموحة؛ من أهمها برامج مكافحة الأمراض المزمنة، والتي أصبحت تقلق العالم، وخاصة دول العالم الثالث، التي لم تتحرر من عبء الأمراض المعدية، وأصبح العبء مضاعفاً مع ازدياد حجم انتشار الأمراض المزمنة، المرتبطة بشكل أو بآخر بأنماط الحياة العصرية، ومنها أمراض السكري، وأمراض القلب، والشرايين والسرطان. كما يتوجب على النظام الصحي، بذل جهود أكبر في تطوير برنامج رعاية الأمومة والطفولة، وبالتالي تخفيض معدلات وفيات الأمهات ووفيات الأطفال الرضع. خلاصة القول يكمن، في أن الحكومة لم تعكس خلال السنوات الثمانية الماضية، التوجه الاستراتيجي والذي يتمحورباعتماد موازنة البرامج بدل موازنة البنود

إضافة الى أن تحويلات المرضى للعلاج خارج البلاد- والتي كانت ولا تزال تشكل نزفاً كبيراً لميزانيات وزارة الصحة المتدنية أصلاً- تستوجب عند طرح شعار توطين الخدمات الصحية، توفير ما يستوجبه ذلك الإرتقاء بالبنى التحتية للمؤسسات الصحية، وتطوير برامج التعليم الصحي المستمر، وتطوير الكفاءات الطبية، أو استقطاب الكفاءات الطبية الفلسطينية المهاجرة، وذلك يتطلب رصد ميزانيات كبيرة لا تتناسب مع ما هو مرصود حالياً. لا بُدّ من رصد موازنات كافية للصحة، لا تقل عن 12- 15% من الناتج الإجمالي المحلي، من أجل تعزيز قدرة وزارة الصحة على تحقيق البرامج الصحية اللازمة، والمرتبطة أساساً بالتنمية المستدامة.

التغطية الصحية الشاملة

تم تعريف التغطية الصحية الشاملة[22] بأنها المحصلة المرغوبة لأداء النظام الصحي، والتي يتلقى من خلالها جميع المحتاجين للخدمات الصحية ما يحتاجونه من خدمات (بما في ذلك تعزيز الصحة، وخدمات الصحة الوقائية والخدمات العلاجية بكافة مستوياتها إضافة لخدمات التأهيل، وإعادة التأهيل، والعناية الملطفة)[23] دون تحمل أعباء مالية غير ضرورية.

تشمل التغطية الصحية الشاملة عنصرين مرتبطين ببعضهما البعض، ألا وهما: الطيف الكامل للخدمات الصحية الأساسية ذات النوعية الجيدة والمقدمة حسب الاحتياج، والحماية من الأعباء المالية بما في ذلك، احتمال الإفقار من جراء تحمل تكاليف الخدمات الصحية، ويجب أن يعود كلا العنصرين بالنفع على مجموع السكان.

بتاريخ 25 أيلول عام 2015، اتخذت الهيئة العامة للأمم المتحدة قراراً[24] يحمل رقم 1/70 وعنوانه: تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، وشارك في المؤتمر الأممي وإقرار الوثيقة والتي اعتمدت خطة للتنمية لما بعد 2015 ، حيث جاء في المادة 16 من الوثيقة، والمُكَوّنة من 17 هدف و169 غاية، -ولكفالة تمتع الجميع بالصحة والعافية البدنية والعقلية وزيادة العمر المتوقع لدى الولادة- يجب علينا أن نوفر التغطية الصحية والرعاية الصحية الجيدة للجميع،و ألّايُحرَمُ من ذلك أحد. ونلتزم بالإسراع في وتيرة التقدم المحرز حتى الآن صوب خفض عدد وفيات المواليد والأطفال والأمهات، بوضع حد لجميع تلك الوفيات التي يمكن تفاديها قبل حلول عام 2030. وإننا ملتزمون بكفالة إستفادة الجميع من خدمات الرعاية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك لأغراض تنظيم الأسرة والإعلام والتثقيف. وسنبذل كذلك جهوداً من أجل الإسراع بالتقدم المحرز في مكافحة الملاريا، وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وداء السل، والتهاب الكبد ، وإيبولا، وغير ذلك من الأوبئة والأمراض المعدية، بوسائل من جملتها التصدي لمقاومة الميكروبات للأدوية ولمشكلة الأمراض المهمَلة التي تعاني منها البلدان النامية. ونلتزم بالوقاية من الأمراض غير المعدية ومعالجتها، بما في ذلك الإضطرابات السلوكية والعصبية واضطرابات النمو، التي تشكل تحديا كبيراً في وجه التنمية المستدامة).

22 تقرير رصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة على المستويين القطري والعالمي/ صادر عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي/ أيار 2014

23 العناية الملطفة تعرفها منظمة الصحة الدولية على انها نهج يهدف إلى تحسين نوعية حياة المريض في مواجهة المراحل المتقدمة للمرض المزمن، وتخفيف المعاناة النفسية، والروحية، والجسدية، والاجتماعية. له ولعائلته.

24 قرارات الجمعية العامة للأمم المتحدة / الدورة السبعون / أيلول 2015 / http://www.un.org/ar/ga/70/resolutions.shtml

تبنت منظمة الصحة العالمية بدورها الوثيقة الأممية، واعتمدت خلال اجتماع جمعية الصحة العالمية التاسع والستون، في شهر أيار/ مايو ٢٠١٦ بالقرار (ج ص ع 69 – 11) –[25] ما يتعلق منها بشأن الصحة، وفي كانون الثاني/ يناير ٢٠١٧، أحيط المجلس التنفيذي لجمعية الصحة العامة علماً في دورته الأربعين بعد المائة بالتقرير عن التقدم المحرز في تنفيذ خطة ٢٠٣٠، والذي اقترحت فيه الأمانة ستة خطوط عمل رئيسية، تُعرض على شكل صكوك للتغيير، بهدف مساعدة الدول الأعضاء على تحقيق أهداف التنمية المستدامة. واعتمدت الدول الأعضاء خطوط العمل هذه في تلك الدورة.

ووفق القرار المذكور (ج ص ع 69 – 11)، فإن منظمة الصحة العالمية تحث الدول الأعضاء على ضرورة الإلتزام بتعزيز العمل الشامل على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي، بغية تحقيق أهداف وغايات خطة التنمية المستدامة لعام 2030 والمتعلقة بالصحة، وأن تعطى الأولوية لتعزيز النظم الصحية، بما في ذلك توفير قوى عاملة صحية مدربة بشكل كاف، ومنحها المكافآت الكافية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحفاظ عليها، فيما يعرف بالإتاحة الشاملة للجيد من الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والملطفة، بما في ذلك إتاحة الأدوية واللقاحات الأساسية الآمنة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع، وضمان الحماية من الإنفاق المباشر على الصحة، مع التركيز بصفة خاصة على الشرائح الفقيرة والسريعة التأثر والمهمشة من السكان، باعتبارها عناصر أساسية لتحقيق خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. كما حثت منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء على ضرورة العمل التعاوني على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي عبر جميع القطاعات الحكومية وداخلها، لمعالجة المحددات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية للصحة، وللحد من الإجحاف الصحي، وخصوصاً من خلال تمكين النساء والفتيات، والمساهمة في التنمية المستدامة، بما في ذلك إدماج الصحة في جميع السياسات، وعلى ضرورة تُحدّد أولويات الاستثمارات في مجال الصحة بشكل مناسب، وتعزز تعبئة الموارد المحلية والدولية الموجهة إلى الصحة واستخدامها الفعال، وفقاً لما قد تحققه الاستثمارات في الصحة من آثار واسعة النطاق ومتعددة القطاعات على الإقتصادات والمجتمعات المحلية. كما دعت المنظمة الدولية الأعضاء الى دعم البحث والتطوير في مجال اللقاحات والأدوية الخاصة بالأمراض السارية وغير السارية التي تؤثر في البلدان النامية في المقام الأول، واتاحة سبل الحصول على الأدوية واللقاحات الأساسية بتكلفة ميسورة وفقاً لإعلان الدوحة بشأن اتفاق "تريبس»، الذي يعطي مرونة إضافية للدول الأعضاء، للحصول على تراخيص إجبارية، كونه يُعَدّ استثناء من إجراءات وقيود الحماية الواجبة لبراءات الاختراع من شركات ومختبرات تصنيع الأدوية، تسمح بتصدير العقاقير العلاجية إلى الدول، التي لا تملك قدرات تصنيعية، لمواجهة انتشار أوبئة أو تفشي أمراض خطرة. كما يهدف الإعلان إلى توفير الأدوية للمرضى بأسعار معقولة، بشكل يتناسب مع مستويات الدخل، وخاصة أدوية الأوبئة الفتاكة، مثل: الإيدز، والسل، والملاريا، والتهاب الكبدي الوبائي.

كما حثت منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء الى تعزيز الحوار بين المجموعات الطبية والبيطرية والبيئية، مع إيلاء اهتمام خاص للأمراض الناشئة والمعدية، إلى جانب ظهور مسببات الأمراض المقاومة لمضادات الميكروبات بطريقة تساعد في تعزيز وتحسين الترصد والبحث، واتخاذ التدابير الوقائية والتدريب لضمان توفير أو بناء القدرات اللازمة لمواجهة هذه التحديات الصحية العالمية وإدارتها.

محلياً والتزاماً بقرارات الأمم المتحدة حول تحقيق أهداف خطة التنمية المستدامة؛ قامت الحكومة الفلسطينية في شهر كانون الأول عام 2016 بإطلاق أجندة السياسات الوطنية 2017 – 2022 لتشكل برنامج عمل وطني من أجل الإنسان، وتحقيق الحرية والإزدهار، وتأمين الخدمات الأساسية ذات الجودة لكافة أبناء الشعب دون تمييز وأينما تواجدوا، وضمان تعزيز مقومات صمودهم، لا سيما في المناطق المسماة (ج) والقدس الشرقية عاصمة دولة فلسطين المستقلة وقطاع غزة. استندت الأجندة في إعدادها إلى عملية تشاورية عريضة مع الشركاء والمعنين كافة، المحلين والدوليين، من داخل فلسطين وخارجها وفق ما جاء في تقديم الأجندة. وجاء ترتيب الصحة في أولويات الأجندة تاسعاً[26]، حيث تفيد الأولوية المذكورة أن سياسة الحكومية تركز على ضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة للجميع. كما جاء في الأجندة أيضاً أن الرعاية الصحية تشكل مشروعًا مشتركًا، يجمع ما بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا(، وينبغي زيادة نطاق التركيز، في سياق التطلع نحو المستقبل، على نوعية وإدارة

25 قرار ج ص ع 69 11- بعنوان تعزيز الوظائف الأساسية للصحة العمومية دعماً لبلوغ التغطية الصحية الشاملة
26 اجندة السياسات الوطنية 2017 2022 / الأولوية التاسعة /ص 42

خدمات الرعاية الصحية وتأمين الحصول عليها، وتحديثها والقدرة على تحمل تكاليفها. ويكون ذلك إلى جانب مراجعة نظام التأمين الصحي العام، والنهوض بخدمات الرعاية الصحية الوقائية، وإدارة الأمراض المزمنة وصحة الأسرة والصحة العقلية.

فيما أصدر مجلس الوزراء الفلسطيني قراراً، يفيد بتشكيل فريق وطني برئاسة مكتب رئيس الوزراء، لبلورة الأولويات الوطنية للتنمية المستدامة، والعمل على إدماج أهدافها في الخطط الوطنية، بالإضافة إلى توفير الآليات لتحقيقها.

بتاريخ 21 تشرين ثاني 2016، أطلق الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني فعاليات الفريق الوطني لقيادة وتنسيق الجهود الوطنية لتنفيذ خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030، وذلك في إطار مهام الفريق الوطني لنظام المراقبة الإحصائي بإدماج مؤشرات التنمية المستدامة، عبر توفير البيانات بالشراكة مع المؤسسات الوطنية، وبالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، حيث أكدت رئيسة الجهاز إنه بدء رسميا تنفيذ خطة التنمية المستدامة 2030 منذ الأول من كانون الثاني من العام الحالي 2016، والتي تم اعتمادها من قبل قادة العالم خلال القمة التي عقدت في الجمعية العمومية للأمم المتحدة أيلول 2015.

التأمين الصحي

يعتبر توفير التأمين الصحي للمواطنين في أي بلد من أهم مكونات نظم الحماية الإجتماعية، وتقوم فلسفته في توفير التمويل اللازم لدفع كلفة الخدمات الصحية وفق مبدأ تجميع المخاطر، وتعني جمع مخاطر الإصابة بالمرض التي تصيب المجتمع أو مجموعة معينة، وتقاسمها بين الأفراد بشكل متساو، وذلك عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج هذه المخاطرة المجمعة بشكل متساو، ثم توزيعها على الأفراد حسب حاجتهم للعلاج مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم ويضمن وصول الرعاية الصحية لجميع محتاجيها مقابل مبلغ يسير من المال وثابت يدفعه جميع الأفراد المشتركين بالتأمين.

أهداف التأمين الصحي

يهدف التأمين الصحي بشكل عام الى تحقيق عدد اهداف أهمها: توفير الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات وتأمين تكاليف الرعاية الصحية للأفراد والمجموعات وتوزيع تكاليف الرعاية الصحية على الأفراد، بحيث يدفع الجميع حصة متساوية، وبذلك فإن الأشخاص الأصحاء الذين لا يعانون من المرض يغطون تكاليف علاج الأشخاص المرضى، وحماية الفرد من نقص الرعاية الصحية التي تنتج عن فقر الشخص أو عدم قدرته على دفع تكاليف العلاج، مما يؤدي إلى عدم حصوله على الرعاية الصحية، وتدهور صحته وإدارة موارد التأمين الصحية المالية بشكل يضمن استمراره للأجيال القادمة، وقد يشمل ذلك استثمارها في مشاريع تعزز خطط التنمية الوطنية أو النظام الصحي. كما يهدف التأمين الصحي إلى تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة، والحث على مزيد من التنويع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.

عناصر التأمين الصحي

يتألف التأمين الصحي من أربعة عناصر أساسية، وهي:

- العنصر الأول، جهة التأمين (مؤسسة أو مؤسسات أو صناديق أو شركات التأمين)، وقد تكون هذه الجهة حكومية أو خاصة أو أهلية أو دولية، كما هو الواقع مع وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الاونروا).

- العنصر الثاني، المنتفع أو المنتفعين من التأمين الصحي، وقد يكون فرد أو فرد وعائلته.

- العنصر الثالث، عقد التأمين، والذي يوضح طبيعة العلاقة التأمينية التعاقدية بين جهة التأمين والمنتفع أو المنتفعين، وكذلك الرسوم المقررة ونوع أو طبيعة التغطية، والأمراض التي تغطيها أو تستثنيها من التغطية ونسبتها، ومقدار مساهمة المنتفع أو المنتفعين في كلفة الخدمات المقدمة (أجور كشف طبي، أدوية، علاج في المستشفى الخ).

- العنصر الرابع الجهة او الجهات المقدمة للخدمات الطبية، وقد تكون مؤسسات حكومية لأو أهلية او خاصة أو دولية أو مختلطة، أي أن التأمين قد يغطي العلاج داخل مؤسسات صحية حكومية فقط، أو يكون وفق حاجة واختيار المريض، أو يكون محصوراً في خدمات مقدمة من جهة التأمين، كخدمات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الاونروا).

تمويل التأمين الصحي

كما ذكرنا سابقاً، فالتأمين الصحي ليس سوى وسيلة لتغطية تكاليف الرعاية الصحية. يقضي ذلك في أن تتولى الحكومات التي ترغب في توفير خدمات صحية لمواطنيها دون تعريض الأسَر للإفقار، أي بكلفة معقولة لا تمنع المرضى من طلب الخدمة الصحية، أو تحول بينه وبين الوصول لها، ما يعني أن يتم تمويل نظام التأمين الصحي من خلال الضرائب أو من خلال نظام تجميع المخاطر، والذي يعني أنّ يتم جمع الأموال المخصّصة للرعاية الصحية عن طريق الدفع المسبق، وإدارتها بطريقة تضمن تحمّل جميع أفراد تلك المجموعة أو المجموعات من السكان تكاليف الرعاية الصحية في حال الإصابة بالمرض، بدلاً من أن يتحمّل كل فرد تلك التكاليف على حدة. وفي ذلك النظام يواصل الأشخاص الأصحاء- الذين لا يحتاجون إلاّ إلى رعاية صحية محدودة- تمويل الأشخاص المرضى الذين يعتمدون بشكل أكبر على الموارد الصحية المتاحة.

اذن، هناك نظامان مختلفان لتوفير التمويل اللازم، لتغطية تكاليف الرعاية الصحية للمواطنين:

الأول: يعتمد على الضرائب لتمويل الخدمات الصحية المقدمة، وهنا يحق لجميع المواطنين الستفادة من الخدمات الصحية، وتكون التغطية الصحية شاملة.

والثاني: ويسمى التأمين الصحي الاجتماعي، ويعتمد على تجميع مساهمات الرعاية الصحية من جميع العاملين، سواء أكانوا موظفين حكوميين أو يعملون في القطاع الخاص، وتجمع الأموال في صندوق أو صناديق، ولا يمكن تحقيق التغطية الشاملة عن طريق هذا النظام التمويلي إلاّ إذا قام كل من السكان بدفع ما عليهم من مساهمات بشكل إلزامي، وفق تحديد حجم مساهمات، ووفق القدرة الفردية على الدفع، وفي هذا النظام تقوم الحكومة بدفع مساهمات الأشخاص غير القادرين على سداد مساهماتهم.

يعتمد النظام الأول على قيام الحكومة بتغطية تكاليف الخدمات الصحية من خلال الضرائب، وتقدم الخدمات من خلال المرافق الصحية الحكومية من عيادات ومستشفيات، أو تقوم الحكومة بشراء الخدمات التي لا تتوفر في مرافقها من مؤسسات القطاع الخاص الصحية، بينما يقوم النظام الثاني على دفع المواطنين إلى أحد صناديق التأمين الصحي، والتي قد تكون حكومية أو مؤسسة خاصة، ومنها شركات التأمين.

الأهم في كلا النظامين أن تكون التغطية الصحية شاملة لكافة المواطنين بجودة عالية، وبعدالة في الوصول إلى الخدمات الصحية، ومساواة في القدرة على الحصول عليها.

في الحالة الفلسطينية، هناك وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الاونروا التي تغطي اللاجئين الفلسطينيين المسجلين لديها بحزمة من الخدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، وتحصل هذه الوكالة على التمويل اللازم لخدماتها من خلال منح ومساعدات دولية.

جاء في قانون الموازنة العامة[27] لعام 2018، إن وزارة الصحة كإحدى مؤسسات دولة فلسطين ملتزمة بمبدأ العمل المشترك مع جميع الشركاء، لتعزيز صحة المواطن والمجتمع، وتطوير أداء القطاع الصحي الفلسطيني، وذلك من خلال ضمان توفير خدمات صحية متكاملة ذات جودة عالية لجميع المواطنين، وتعزيز الصحة العامة في المجتمع، وقيادة وإدارة القطاع الصحي بشكل كفؤ وفعال، ووضع السياسات والقوانين واللوائح التي تنظم عمل القطاع الصحي ومراقبة تنفيذها.

واقع نظام التأمين الصحي الحالي

يعتبر نظام التأمين الصحي الحالي المعمول به منذ قيام السلطة الوطنية الفلسطينية امتداداً لنظام التأمين الصحي الذي فرضه الاحتلال على الضفة الغربية وقطاع غزة منذ عام 1974، وكانت المشاركة في الاستفادة من هذا النظام، اختيارية، ومحدودة، ولم تزد عن ثلث السكان، وكانت عائداته تغطي 41% من إنفاق الاحتلال على الصحة في الأراضي المحتلة (الضفة الغربية وقطاع غزة)، ويعود سبب العزوف عن المشاركة في هذا النظام تكاليفه المرتفعة.

وجاء نظام التأمين الصحي رقم 113 لعام 2004، ونظام التأمين الصحي رقم 11 لعام 2006، كخطوات إصلاحية من أجل تحديد سلة الخدمات الصحية المقدمة، 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.

وتشير المعطيات والمؤشرات المعلنة حول الواقع الصحي للمواطنين الفلسطينين، أنه ما زال يواجه تحديات عديدة لتحقيق الأهداف الصحية المعلنة، الأمر الذي يتطلب مزيداً من الجهد نحو تحقيق هذه الأهداف. ما زال التأمين الصحي نظاما غير شامل للجميع، حيث أشار تقرير وزارة الصحة في عام 2016 الى العائلات المشمولة بالتأمين الصحي، والتي بلغت 658 .218عائلة فقط من أصل814.056 أسرة، أي بنسبة 26% فقط من إجمالي عدد العائلات، إضافة الى 49.3%من العائلات المؤمنة ضمن التأمين المجاني، و50.7% ضمن التأمين الرسمي، وبلغت إيرادات التأمين النقدية 9.3 مليون شيكل، وبلغت حجم اعفاءات وزارة الصحة للتأمين الصحي 98 مليون شيكل.

أما من حيث التكاليف والأعباء المالية، فقد بلغت حجم الإيرادات العامة لوزارة الصحة في عام 2016 31.040.001 شيكل، في حين بلغت النفقات التشغيلية 635,672,165 شيكل بعجز مقداره 605 مليون شيكل تقريبا، يضاف اليها النفقات الرأسمالية والتي بلغت 2,833,697 شيكل، ما يضاعف العجز ويراكم الديون على وزارة الصحة. يؤشر هذا الواقع الى تحديات جمة أهمها تحمل موازنة وزارة الصحة لنفقات تشغيلية عالية، مما يحد من موازنتها التطويرية، وبالتالي يؤثر على تطوير أدائها وعلى الإرتقاء بجودة الخدمات، وصولاً إلى الاكتفاء الذاتي، والتقليل من التحويلات الطبية خارج قطاع صحة الحكومي، والتي تستنزف من موازنة وزارة الصحة بشكل أكبر.

استمرار وزارة الصحة الفلسطينية في العمل بنظام التأمين الصحي الحالي ينهك موازنتها بسبب عدم تغطية رسوم الاشتراكات في التأمين للنفقات المترتبة عليه؛ حيث بلغت نسبة مساهمة ما يدفع لصندوق التأمين الصحي 29.8% من حجم الإيرادات، وذلك حسب تقرير وزارة الصحة لعام 2016.

ومن التحديات التي تواجه نظام التأمين الصحي المعمول به حالياً، والتي يؤثر على جودة الخدمات المقدمة وسهولة الوصول لها وعدالة الاستفادة منها ما يلي:

1) إن عائدات التأمين الصحي لم تغطِ في أفضل الظروف أكثر من 10% من كلفة الخدمات المقدمة، وذلك بسبب عدم إلزامية التأمين، وبالتالي عدم اتساع قاعدة الإشتراك الطوعي في النظام.

2) وجود فئات عديدة معفاة بقرارات وقوانين من رسوم التأمين الصحي دون توضيح آلية تعويض النظام الصحي، أو صندوق التأمين الصحي عن هذه الحالات.

27 قانون الموازنة العامة لعام 2018

3) إن وزارة الصحة هي نفسها التي تدير التأمين الصحي، وبنفس الوقت هي نفسها التي تقدم الخدمات الصحية الأساسية للمؤمنين، وبالتالي فإن أي عجز في ميزانيات وزارة الصحة أو خلل في سياساتها، فهو ينعكس سلباً على جودة الخدمات المقدمة والوصول لها.

4) إن شراء الخدمات (التحويلات) من القطاع غير الحكومي أو من خارج البلاد لأمر مكلف، ولم تكن العملية المذكورة مقيدة بأي ضوابط واضحة، وكانت في كثير من الأحيان مرتبطة بضغوط سياسية أو مجتمعية.

5) إن الإنقسام المستمر منذ أكثر من أحد عشر عاماً، وقرار إعفاء مواطني غزة من الرسوم قد أثر على قدرات النظام على ضبط الإنفاق، وبنفس الوقت حرمه من عائدات مهمة.

ما هو النموذج الذي يناسب فلسطين؟

تختلف المنهجيات المتّبعة إزاء توفير الحماية الصحية الإجتماعية، وبالتالي التغطية الصحية الشاملة باختلاف البلدان، غير أنّ القاسم المشترك بين جميع البلدان في هذا المجال وكما ذكرنا سابقاً هو نظام يُدعى نظام تجميع المخاطر، حيث يمكّن ذلك النظام مجموعة واسعة من الأشخاص من تقاسم مخاطر الإصابة بالمرض واللجوء إلى رعاية مكلفة. ويعني ذلك، أنّه يتم جمع الأموال المخصّصة للرعاية الصحية عن طريق الدفع المسبق، وإدارتها بطريقة تضمن تحمّل جميع أفراد تلك الجماعة تكاليف الرعاية الصحية في حال الإصابة بالمرض، بدلاً من أن يتحمّل كل فرد تلك التكاليف على حدة.

كثير من الدول لديها نماذج ناجحة في مجال التأمين الصحي، يمكن على سبيل المثال الاستفادة من نماذج فرنسا، أو بريطانيا أو كندا أو السويد وغيرها، ولكن لا يوجد نموذج لدولة ما يناسب دولة أخرى، إذ لا بد من إعداد برنامج خاص يناسب كل دولة، وذلك بحسب تعداد السكان، وبحسب النظام الصحي المعمول به في الدولة، مع مراعاة الجانب السياسي والاقتصادي والاجتماعي فيها.

مثال على نظام تأمين صحي ناجح

في العام 2010، أصدرت منظمة الصحة العالمية تقريراً يحمل عنوان (تمويل النظم الصحية: الطريق إلى التغطية الشاملة)، أكدت فيه على أهمية الصحة الجيدة لرفاه الإنسان، وللتنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة، داعية الدول الاعضاء في منظمة الصحة العالمية العمل على تحقيق الهدف المتمثل في تطوير نظم تمويلها الصحي، لضمان تمكين جميع الناس من استخدام الخدمات الصحية، مع حمايتهم من الإفقار بسبب دفع كلفة الخدمات الصحية.

ورتبت منظمة الصحة العالمية الدول وفق جودة الخدمات الصحية المقدمة لمواطنيها، وسهولة الوصول الى هذه الخدمات بأقل كلفة،حيث جاءت فرنسا في مقدمة هذه الدول، تبعتها إيطاليا، ثم سان مارينو، ثم هندوراس، وجاءت مالطا في المرتبة الخامسة، تبعتها سنغافورة، كما وحلّت اسبانيا في المركز السابع وعُمان في المركز الثامن، والنمسا تاسعاً واليابان في المركز العاشر، في حين حلت بريطانيا في المركز الثامن عشر، وسويسرا في المركز العشرين، بينما حلت الولايات المتحدة الامريكية في المرتبة السابعة والثلاثين.

إن اعتبار النظام الصحي الفرنسي الأفضل في العالم من قبل منظمة الصحة العالمية يعود لنظام التأمين الصحي المعمول به هناك، فنظام التأمين الصحي في فرنسا يدار من الحكومة، من خلال هيئة الضمان الاجتماعي المرتبطة بوزارة الشؤون الاجتماعية والتكافل الاجتماعي في أمور التمويل ويرتبط بوزارة الصحة في النواحي الإدارية.

يعتمد نظام التأمين الصحي الفرنسي و الإلزامي على ثلاثة مبادئ هي: 1) عمومية التغطية، حيث يغطي النظام كافة المخاطر والتعويضات. 2) إعطاء حرية الاختيار للمريض. 3) التعاون بين القطاعين الحكومي والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية.

ومن أهم مميزات النظام: حرية الاختيار للمستفيد وبدون حدود في الذهاب للأطباء بأنواعهم وأطيافهم وحتى الإبر الصينية، والطبيب النفسي والولادة والعيون والأسنان، بل الذهاب للقطاع الخاص بدون تحويل. كما تستحوذ الحكومة على 64% من أعداد أسِرّة المستشفيات فيها.

وفي هذا النظام يدفع المريض الرسوم، ويتم تعويضه من الضمان الاجتماعي، ومن مبادئه أيضاً مشاركة المريض في التكلفة بنسبة 11%، وتقدم بعض الشركات تأمين تكميل، أي تغطي هذه الشركات بقية التكلفة في حدود 12% من التكلفة، ويستفيد من هذه الخدمات التكميلية 87% من السكان. تتكفل الحكومة بكافة نفقات خدمات الصحة العامة وخدمات الطب الوقائي. أما الرعاية في العيادات الخاصة التي توفر رعاية متخصصة فيتم التعويض عن رسومها جزئياً، كما يدفع الضمان قيمة الأدوية.

ويموّل التأمين الصحي الوطني الإلزامي من خلال مساهمة أرباب العمل، والمساهمات الاجتماعية العامة والاقتطاع القليل من الرواتب، ويغطي النظام الصحي حالياً جميع السكان، ويمثل القطاع الحكومي منها 78% من التمويل.

إن النموذج الأمثل من وجهة نظرنا لفلسطين وفق مفهوم نظام تجميع المخاطر هو النظام الذي يعتمد على اقتطاع نسبة من دخل العامل (سواء أكان موظفاً حكومياً أو يعمل في مؤسسات أهلية أو خاصة)، بالإضافة الى مساهمة أرباب العمل بنفس النسبة، شريطة أن يكون النظام إلزامياً للجميع. الإلزامية أن يتمتع كل مواطن أو مقيم في البلاد بتغطية تأمين صحي بغض النظر عن مكان عمله أو دخله، وأن يوضع سقف لنسبة الاقتطاع من الدخل، تعتمد على دراسة إكتوارية لكلفة التأمين الصحي الوطني الذي يجب أن يحقق التغطية الصحية الشاملة.

في نفس الوقت، تتحمل الحكومة كلفة تقديم الخدمات الواردة في سلة خدمات التأمين الصحي المعمول به حالياً، وهي خدمات الصحة العامة والطب الوقائي وصحة البيئة ورعاية الأمومة والطفولة.

لقد انطلقنا من اقتراح هذا النموذج لعدة أسباب: أولها، إن هذا النموذج متبع جزئياً في نظام التأمين الصحي الحالي، والذي هو إلزامي للموظف الحكومي، واختياري لباقي المواطنين والمقيمين في البلاد، إضافة الى ان إلزامية التأمين ستحقق العدالة بين كافة المواطنين تجاه النظام الاجتماعي الذي يوفر الحق في الصحة بأقل أعباء مادية على الأسَر، وبدون إرهاق موازنات الدولة أو جعلها عالة على المنح والمساعدات الأجنبية في مجال تنمية وتطوير النظام الصحي وجودة الخدمات الصحية المقدمة، وحيث إن الإلزامية لا تعني وفق فهمنا أن يكون النظام حكومياً، وانما يحمل إمكانية تعدد الصناديق أو الجهات المؤمنة، فإن ذلك سيساعد شركات التأمين الخاصة على تطوير آليات عملها، وتخفيض أسعارها، وربما الاستثمار في تعزيز البنى التحتية للنظام الصحي، كما سيساعد تعدد الصناديق الى تعزيز وتوضيح دور وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا) كشريك أساسي في تغطية شريحة عريضة من المواطنين بخدمات صحية شاملة بالشراكة مع الحكومة أو شركات التأمين الخاصة.

يتضمن نظام التأمين الصحي المقترح من عدة خطوات:

1) إصدار تشريع أو مرسوم بإلزامية التأمين الصحي، ووضع الآيات اللازمة لإلزام الجميع بالحصول على تغطية تأمينية مناسبة.

2) إنشاء مؤسسة للتأمين الصحي الوطني تتكفل بالتغطية التأمينية للعاملين في القطاع الحكومي، وتشتري لهم الخدمات الصحية المطلوبة من المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية وغير الحكومية، ويكون الدخول في هذا النظام مفتوحاً للجميع وفق معايير تضمن استمرارية الاشتراك.

3) تشجيع شركات التأمين الخاصة على إنشاء شراكات أو تطوير آلياتها للاستثمار أكثر في قطاع التأمين الصحي، وتقديم خدماتها لغير الراغبين في شراء خدمات من مؤسسة التأمين الوطنية.

4) الإتفاق مع وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الاونروا) في تحديد سلة الخدمات التي تستطيع تقديمها للاجئين المنتفعين من خدماتها، وإتاحة الفرصة للمؤمنين لديها من شراء خدمات تكميلية من شركات تأمين خاصة، أو من مؤسسة التأمين الوطنية.

إن قدرة الدولة على توفير التغطية الصحية الشاملة- والتي التزمت بها فلسطين كعضو في منظمة الصحة العالمية، ومن خلال التزامها بتنفيذ خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة 2030- يفرض على الحكومة بأن تحث الخطى من أجل توفير التمويل اللازم لضمان التغطية الصحية الشاملة، والتي لن تتحقق دون أن يكون كافة المواطنين ملتزمين بالمشاركة في نظام تأمين صحي قائم على مبدأ تجميع وتقاسم المخاطر من أجل توفير خدمات صحية عالية الجودة للجميع بعدالة ومساواة.

التوصيات

لا شك أن هناك خطط طموحة لتطوير جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في فلسطين، وضمان العدالة والمساواة في توزيعها، والسعي من خلال تنفيذ هذه الخطط إلى ضمان عدم إفقار الأسَر عند سعيها لطلب الخدمات الصحية. وتأتي هذه المشاريع والخطط والأجندات الوطنية تجاوباً مع القرارات الأممية التي تصدر عن هيئة الأمم أو منظمة الصحة العالمية، وليس من خلال وجود رؤية وطنية واضحة المعالم تعتمد على التقييم الذاتي للاحتياجات والإمكانات، والقدرة على توفير الخدمات وضمان جودتها واستدامتها، دون الاعتماد على التمويل الخارجي الذي كما نتابع هو تمويل موسمي ومرتبط بأجندات ومواقف سياسية.

نجد مما سبق، أن الآليات المعتمدة والميزانيات المرصودة، والبنى التحتية المتاحة لا تساعد على تنفيذ أي من الخطط أو الأجندات أو السياسات الموضوعة، ما يقتضي ضرورة عقد ندوات أو مؤتمرات أو لقاءات يشارك فيها إضافة للحكومة، كافة الشركاء من مقدمي الخدمات الصحية، ومن متلقي هذه الخدمات، إضافة الى مؤسسات الأبحاث والدراسات، بهدف تدارس نقاط الضعف في نظامنا الصحي، ومناحي القصور في نظام التمويل المتبع، والترويج لآليات مجربة عالمياً، نجحت في دعم الدول الفقيرة أو محدودة الإمكانات في توفير خدمات صحية جيدة لمواطنيها وبكلف معقولة، وبحيث لا تدفع الأسَر إلى الإفقار أو العزوف عن طلب الخدمة الصحية بسبب كلفتها.

هناك عدد من المبادئ الأساسية للعمل وفقها، والتي لا بد من توافرها عند التخطيط للقيام بأي نشاط مستقبلي، من أهمها:

- 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 في البلاد، ولا يشترط أن يكون صندوقاً حكومياً».
- إجراء دراسات مالية إكتوارية حول كلفة الخدمات الصحية المطلوبة، واعتماد رسوم تأمين حكومي أو غير حكومي تتناسب مع هذه الكلفة ومع قدرة المواطنين على الدفع.
- إجراء 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.
- إجراء 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 يتصف 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.
- اعتماد لوائح أسعار للخدمات والإجراءات الطبية للعيادات والمستشفيات غير الحكومية، بشكل يراعي مستوى الخدمات المقدمة، ويمكن أن يكون هناك حد أدنى، وحد أقصى للأسعار والأجور الطبية، بحيث يتم التفاهم عليها بمشاركة وزارة الصحة ونقابة الأطباء، واتحاد المستشفيات الخاصة والأهلية وممثلين عن شركات التأمين.

المراجع:

1. تقرير التنمية البشرية 2016
2. العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية/ الصادر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ٢٢٠٠ ألف (د- ٢١ المؤرخ في ١٦ كانون اول 1966
3. الوقائع الفلسطينية/ عدد ممتاز / مارس 2003
1. قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م
2. النتائج الأولية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017 الصادر عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
3. تقارير ودراسات وآراء
4. مراجعة قانونية لمشروع قانون التأمين الصحي الوطني/ الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم"/ رام الله- آب 2009
5. قانون الأسرى والمحررين رقم (19) لسنة (2004)
6. التقرير الصحي السنوي 2016 وزارة الصحة – مركز المعلومات الصحبة الفلسطيني/ صادر في تموز 2017
7. تقرير متابعة التقييم الخاص بالمستشفيات الحكومية ومديريات الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية 2017-2018 الصادر عن دائرة جودة الخدمات الحكومية.
8. الحسابات الصحية الفلسطينية 2016/ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية، 2018.
9. أجندة السياسات الوطنية 2017__2022/ كانون أول 2016
10. تقرير رصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة على المستويين القطري والعالمي/ صادر عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي/ أيار 2014.
11. قانون الموازنة العامة لعام 2018.
12. www.who.int
13. www.un.org
14. www.moh.ps

الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة
aman أمان
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، سعيا 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: 02-2974949 -2989506

فاكس: 02-2974948

غزة : شارع حبوش، متفرع من شارع الشهداء – عمارة دريم / الطابق الأرضي

تلفاكس: 08-2884767 – -28847668008

بريد الكتروني: info@aman-palestine.org

الموقع الالكتروني: www.aman-palestine

/AmanCoalition