التحقيق الوطني
بشأن التأمين الصحي

نحو تأمين صحي شامل وعادل

2021-2019

الهيئة المستقلة
لحقوق الإنسان
ديوان المظالم

التحقيق الوطني بشأن التأمين الصحي
نحو تأمين صحي شامل وعادل

الهيئة المستقلة
لحقوق الإنسان
ديوان المظالم

التحقيق الوطني بشأن التأمين الصحي
نحو تأمين صحي شامل وعادل

2021-2019

عناوين مكاتب
الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان
«ديوان المظالم»
فلسطين

المقر الرئيسي

رام الله - خلف المجلس التشريعي

مقابل مركز الثلاسيميا «أبو قراط»

هاتف: 2986958/ 2960241 2 970+

فاكس: 2987211 2 970+ ص.ب. 2264

البريد الالكتروني: ichr@ichr.ps

الصفحة الالكترونية: www.ichr.ps

مكتب الوسط

رام الله – رام الله التحتا – مقابل السفارة الألمانية

عمارة راحة – ط6

هاتف: 2989838 2 970+ فاكس: 2989839 2 970+

مكتب الشمال

نابلس

شارع سفيان – عمارة اللحام – ط1

هاتف: 2335668 9 970+ فاكس: 2366408 9 970+

طولكرم

قرب مستشفى ثابت ثابت – عمارة دعباس – ط3

تلفاكس: 2687535 9 970+

مكتب الجنوب

الخليل

رأس الجورة – بجانب دائرة السير – عمارة حريزات – ط1

هاتف: 2295443 2 970+ فاكس: 2211120 2 970+

بيت لحم

عمارة نزال – ط2 – فوق البنك العربي

هاتف: 2750549 2 970+ فاكس: 2746885 2 970+

مكتب غزة والشمال

الرمال – مقابل المجلس التشريعي – بجانب بنك القدس

هاتف: 2824438 8 970+ فاكس: 2845019 8 970+

مكتب الوسط وجنوب قطاع غزة

خانيونس – شارع جمال عبد الناصر – عمارة الحسن،

ط3، بجوار عصيرات رمانة 2

هاتف: 2060443 8 970+ فاكس: 2062103 8 970+

التحقيق الوطني بشأن التأمين الصحي

نحو تأمين صحي شامل وعادل

2021-2019

قيادة فريق التحقيق الوطني: أ. خديجة زهران

مديرة دائرة الرقابة على السياسات والتشريعات

الباحثين في التحقيق:

أ. عائشة أحمد — أ. عمار جاموس

أ. أحمد الغول — أ. طاهر المصري

أ. معن ادعيس — أ. حازم هنية

متابعة وإشراف: د. عمار الدويك

تدقيق لغوي: أ. سميح محسن

التصميم والطباعة:

شركة ثيرد دايمنشن للتصميم والطباعة

© جميع الحقوق محفوظة لـ:

الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم»، فلسطين.

ISBN: 978-9950-401-01-3

رام الله - 2021

لا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب، أو نقله على أي وجه، أو بأي حال، أو بأي طريقة إلا بموافقة مسبقة من الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم».

المحتويات

مقدمة التحقيق **9**

منهجية البحث الشمولي والاستهداف الواسع للجمهور **11**

منهجية اعداد تقرير التحقيق 13

الاستخلاصات والتوصيات العامة لتقرير التحقيق الوطني 17

الاستخلاصات العامة 17

التوصيات العامة 25

الفلسطينيون: خلفية ديمغرافية اجتماعية واقتصادية 27

النظام الصحي في فلسطين 29

الإنفاق على الصحة 32

التغطية الصحية الشاملة كهدف استراتيجي ومفهوم تنموي 35

نظام صحي قوي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة 36

رصد التقدم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة 38

التأمين الصحي رافعة اساسية للوصول الى أعلى مستوى من الصحة 39

التأمين الصحي في الاتفاقيات والمواثيق الدولية لحقوق الانسان 40

الحق في الرعاية الصحية للفئات الاجتماعية المهمشة 42

التأمين الصحي في فلسطين، تشكّلات ونماذج 45

أنواع التامين الصحي غير الحكومية 46

التأمين الصحي الحكومي 47

الإطار القانوني للتأمين الصحي الحكومي.....49
نظام التامين الصحي الحكومي لسنة 2004.....49
اللوائح التنفيذية والقرارات الوزارية.....54
الاستنتاجات والتوصيات 57

الاحتلال الاسرائيلي معوق ومهدد للرعاية الصحية الشاملة 59
إعاقة وصول الفلسطينيين إلى الخدمات الطبية.....60
تهديد الوضع الصحي للمواطن الفلسطيني في قطاع غزة 61
الأسرى الفلسطينيون في السجون الإسرائيلية.....63
إصابات العمال الفلسطينيين داخل الخط الأخضر.....64
سلطات الاحتلال ومطالباتها المالية للسلطة الفلسطينية 66
الاستنتاجات والتوصيات 66

الانقسام السياسي؛ غياب العدالة في الجباية واستحالة الوصول إلى سلة مشتملات التأمين الصحي.....69
ازدواجية إدارة نظام التأمين الصحي 69
إعفاء المواطنين في قطاع غزة من رسوم التأمين الصحي 70
بطء إجراءات الحصول على العلاج في الخارج 71
منع المواطنين من قطاع غزة من الحصول على جوازات السفر.....73
الاستنتاجات والتوصيات 73

السياسات المالية الحكومية للوصول الى تأمين صحي شامل وعادل.....75
إجراءات وزارة الصحة لتطوير نظام تأمين صحي.....77
موازنة التأمين الصحي.....78
إيرادات التأمين الصحي.....82
الاستنتاجات والتوصيات 84

نتائج مسح توجهات المواطنين حول واقع خدمات التأمين الصحي الحكومي في فلسطين 87
منهجية البحث الكمي 87
نتائج المسح الميداني 97

أصوات الفئات الاجتماعية الأكثر هشاشة 135
منهجية البحث الكيفي 135

نتائج واستخلاصات تحليل المسح الكمي والمجموعات البؤرية ومراجعة الأدبيات 137
أولاً: معرفة المبحوثين/ات بالتأمين الصحي 137
ثانيا: الاستجابة «قدرة النظام الصحي على تلبية احتياجات الافراد» 141
ثالثا: الوصول إلى الخدمة الصحية 144
الوصول الجغرافي 144
الوصول المادي للمراكز الصحية 147
الوصول الاقتصادي للخدمة الصحية 149
الوصول إلى المعلومات 154
رابعا: توافر الخدمة الصحية 155
خامسا: معيار المقبولية 159
سادسا: الإنفاق على الصحة 162

الملاحق 167
نظام التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021 169
استمارة مسحِ توجهات المواطنين حول التأمين الصحي الحكومي، 2019 175
جداول بالنتائج الشاملة لمسح توجهات المواطنين حول التأمين الصحي،2019 193
نشاطات على هامش التحقيق الوطني خلال 2017 - 2020 217
صور النشاطات 227

مقدمة التحقيق

منذ تأسيسها تقوم الهيئة بمتابعة الحق في الصحة، انطلاقا من المعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، لتقييم واقع هذا الحق بكافة جوانبه، وفحص الفجوات والاشكاليات التي تحد من تمتع الفلسطينيين بالرعاية الصحية.

قامت الهيئة بالعديد من التدخلات على صعيد تطوير منظومة التأمين الصحي بشكل مستمر وحثيث، وتم في بداية العام 2019 اختياره كموضوعا للتحقيق الوطني، انطلاقا من بعده الواضح فيما يتعلق بمكونات حقوق الانسان، ومساسه بشكل مباشر بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. حيث يواجه المواطن الفلسطيني العديد من الإشكاليات في سعيه لتلقي الخدمة الصحية، فعلى الرغم من تعدد أنظمة التأمين الصحي الحالية الا انه ما زال هناك ما نسبته (21%) من الفلسطينين غير مشمولين بمظلة الرعاية الصحية،وأدى التعدد إلى تضارب وتشتت الجهات المقدمة للخدمة الصحية، بالإضافة الى عدم العدالة في الدفع، وعدم الحصول على ذات المنافع. بالإضافة الى الأعباء المالية التي يتكبدها الافراد في سياق حصولهم على الخدمات الصحية.

يعتبر التحقيق الوطني دراسة في اشكالية قائمة مرتبطة بحقوق الانسان، تدعى مؤسسات المجتمع المدني والجمهور للمشاركة فيه. تقوم بإعداده الهيئات الوطنية كجزء من النشاطات الخاصة بها، وتجرى التحقيقات الوطنية بطريقة شفافة وعلنية، وتشمل دراسات ومسوحات، ولقاءات مع صانعي القرار، وتوعية المكلفين بالواجب بمسؤولياتهم، وبناء قدراتهم وتأتي هذه النشاطات في سياق التحقيق والبحث في انماط الانتهاكات، لاستخلاص النتائج والتوصيات منها. وهو اداة هامة لدراسة الانتهاكات الماسة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، حيث تكون هذه الحقوق أكثر تعقيدا بكثير من حالات انتهاك الحقوق المدنية والسياسية، فغالبا ما تشمل عددا كبيرا من الاطراف الفاعلة المعنية. كما ان محاولة السعي لتحديد الجهة المنتهكة ومحاولة

محاسبته على الانتهاك عادة ما يؤدي الى احداث تشابكات عديدة، وتتطلب طبيعة التمتع بهذه الحقوق تحليلا تفصيليا لتحديد كافة الاطراف الفاعلة التي عليها ان تساهم في حل الانتهاكات.

كشف التحقيق عن العديد من الإشكاليات القائمة فيما يخص بالتامين الصحي، على مستوى التشريعات، والسياسات والإجراءات، والممارسات، غير مغفل في الوقت ذاته التحديات البنيوية التي تواجه النظام الصحي، وسياسات الاحتلال الإسرائيلي في التسبب في هشاشة النظام الصحي الفلسطيني وتداعيه المستمر، في حين تدفع خدمة الرعاية الصحية الفاتورة المستمرة للانقسام الفلسطيني.

وخلص الى ان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة، يتطلب توفير خدمات صحية بشكل يتمحور حول احتياجات الناس باختلاف فئاتهم، وتوفير التمويل اللازم للخدمات الصحية، بصورة عادلة وغير مرهقة، يعتمد على مساهمات الدولة والأفراد. هذا الأمر يتطلب إصلاحات بنيوية في النظام الصحي الفسطيني، نتيجة عدم قدرة النظام الحالي على تلبية كافة خدمات الرعاية الصحية بشكل متكامل وشامل، بالإضافة إلى قصور في أنظمة التمويل الحالية، وإلى تشرذم وتعدد أنظمة التأمين، وارتفاع إجمالي إنفاق الأسر على الصحة، في ظل غياب إدارة عامة/ مؤسسة عامة تعمل وفق إطار قانوني على تنظيم تقديم خدمة الرعاية الصحية لجميع الفئات.

إن اسهام الهيئة بتنفيذ التحقيق الوطني للتامين الصحي (2019-2021)، لم يكن ليتحقق بعيدا عن تعاطي الحكومة الإيجابي لمتطلبات اعداده، والشراكة الحقيقية مع مؤسسات المجتمع المدني ذات الاختصاص.

منهجية البحث الشمولي
والاستهداف الواسع للجمهور

تبنت الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان (ديوان المظالم) في خططها الاستراتيجية، مهمة التأثير في التشريعات والسياسات القائمة عبر آلية التحقيق الوطني، وذلك من خلال فحص احدى الإشكاليات المرتبطة بحقوق الإنسان. تم اختيار التأمين الصحي كموضوع لهذا التحقيق، نظرا لان التأمين الصحي يعتبر بوابة الحصول على الخدمات الصحية، وأحد ضمانات التمتع بالحق في الصحة، ولأن التأمين الصحي يمس كافة الشرائح المجتمعية بتباياناتها المختلفة.

يبحث التحقيق الوطني بالإشكاليات المتعلقة في واقع التأمين الصحي بكافة أنواعه (الحكومي، الخاص، والتعاوني) التي تحد من تمتع المواطنين بالحق في الصحة، معالجاً في ذلك الإشكاليات القائمة على مستوى التشريعات «الرئيسية والثانوية»، وعلى مستوى السياسات، وتشمل السياسات التي تم مراجعتها «الخطط التنموية والقطاعية والموازنات الحكومية المخصصة للتأمين الصحي، والقرارات الحكومية الصادرة بهذا الخصوص. وعلى مستوى ممارسات المكلفين بإنفاذ القانون، بما في ذلك الانتهاكات الماسّة بالحصول على خدمة الرعاية الصحية المشمولة في التأمين الصحي.

يهدف التحقيق إلى الخروج بنتائج وتوصيات جراء النشاطات العديدة التي شملها، وذلك بهدف الوصول إلى منظومة التأمين الصحي الشامل، المنسجم مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان، ويلبي في ذات الوقت معايير العدالة في الانتفاع من المنظومة الصحية والعدالة في تحمل تكاليف الرعاية الصحية.

اعتمد التحقيق على المرجعيات الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان فيما يتعلق بالصحة والتأمين الصحي كالإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر في العام 1948، والعهد الدولي الخاص بـالحقوق

الاقتـصادية والاجتماعية والثقافية الصادر في العام 1966، والوثائق الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، وتضمنت الاتفاقيات الدولية الصادرة عن منظمة العمل الدولية، وكافة الاتفاقيات الخاصة بالفئات كاتفاقية حقوق الطفل للعام 1990، واتفاقية الأشخاص ذوي الاعاقة للعام 2006، واتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة (اتفاقية سيداو) 1979، والإعلانات ومبادئ الأمم المتحدة الخاصة بكبار السن 1991. واستند إلى الأدبيات الخاصة بالهيئات الوطنية كمبادئ باريس الناظمة لعمل الهيئات الوطنية، والأدلة التوضيحية الخاصة بالتحقيقات الوطنية.

بغية تحقيق الأهداف المرجوة قامت الهيئة بتحديد خطوات عملية لسير تنفيذ التحقيق الوطني، حيث تم التالي:

1. اختيار موضوع التحقيق.

2. اعداد ورقة مفاهيمية تتضمن معلومات اساسية كمرجعية للتحقيق.

3. تحديد الاطراف المعنية واستشارتها واشراكها في موضوع التحقيق وذلك من خلال: أ. تشكيل لجنة استشارية تتالف من العديد من الخبراء والجهات المختصة بموضوع التامين الصحي والحق في الصحة. ب. مشاركة ثلاثة مؤسسات مختصة بتنفيذ المجموعات البؤرية المناطقية الخاصة بالفئات المهمشة، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لتنفيذ المسح الميداني.

4. تعيين فريق العمل، حيث أنيطت بدائرة الرقابة على السياسات والتشريعات المهمة البحثية في اعداد التحقيق.

5. الحصول على المعلومات وذلك من خلال التعاقد مع الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لتنفيذ مسح ميداني لفحص توجهات الجمهور حول التامين الصحي، وعقد سلسلة من الاجتماعات مع المكلفين بالواجب، والخبراء في مجال الحق في الصحة، ومؤسسات المجتمع المدني الختصة، وتنفيذ المجموعات البؤرية، والمسح الميداني الشمولي، بالإضافة الى عقد عدد من ورشات العمل حول موضوع التامين الصحي، والعديد من المراسلات والمخاطبات لوزارة الصحة، كما تم اجراء مراجعة مكتبية شاملة حول المواضيع والقضايا المرتبطة بالتامين الصحي.

6. مسودة التقرير، حال الانتهاء من اعداد مسودة التقرير، تم نقاش المسودة من قبل اللجنة الاستشارية للتحقيق الوطني، بالإضافة الى عرضه على عدد من المختصين والخبراء في مجال الحق في الصحة .

7. نشر التقرير، تم نشر التقرير في الثلث الأول من العام 2021، وتعميم نتائجه على المكلفين بالواجب، وتوعية الجمهور العام بأهمية التامين الصحي، كما تم استخدام وسائل الاعلام المختلفة ووسائل التواصل الاجتماعي للترويج للتحقيق ومضمون وتوصيات التقرير.

8. صياغة التوصيات، تم صياغة الاستخلاصات والتوصيات العامة وبلورتها في اطار تحفيز وحث صانع القرار على الاطلاع على مخرجات التقرير، ومسؤولياته الملقاه على عاتقه، من أجل توفير منظومة رعاية صحية عادلة وشاملة. وتم ارفاق الاستخلاصات والتوصيات في مقدمة التقرير، وتوزيعها على وسائل الاعلام، ونشرها عبر مواقع التواصل الاجتماعي للمؤسسات، لتعميم المعرفة المتعلقة بها.

9. القيام بمتابعة التوصيات، ان القيام بمتابعة نتائج التقرير وتوصياته تعتبر من أهم الخطوات اللازمة لتحقيق الهدف الرئيس من التحقيق الوطني، حيث قامت الهيئة بتشكيل HOC-AD Committee لوضع اليات لمتابعة التوصية الرئيسة المتعلقة بضرورة تطوير الاطار التشريعي الخاص بالتامين الصحي، كما سيتم عقد سلسلة من اللقاءات مع المكلفين بالواجب لنقاش اليات التنفيذ . كما ساهمت الهيئة ببلورة التوصيات التفصيلية المتعلقة بتطوير منظومة التامين الصحي الخاص بالاشخاص ذوي الإعاقة، وصياغتها لائحة تنفيذية تم المصادقة عليها من قبل مجلس الوزراء في سياق حراك الأشخاص ذوي الإعاقة من اجل منظومة تأمين صحي عادلة وشاملة لهم ، وذلك في الثلث الأول من العام 2021.

10. متابعة وتقييم نتائج التحقيق.من أجل ضمان انفاذ توصيات التحقيق العامة والتفصيلية، تضمن الخطة التنفيذية للهيئة العديد من النشاطات وعلى مختلف المستويات، التشريعية والسياساتية وتصحيح الممارسات، وتوعية المكلفين بالواجب وبناء قدراتهم لتقديم خدمة صحية ذات جودة ومراعاة احتياجات الفئات ذات العلاقة، وستستمر الهيئة بتنفيذ الأنشطة المختلفة والضغط والتاثير المستمر عبر خططها التنفيذية للسنوات القادمة الى ان يتم تطوير منظومة التامين الصحي.

منهجية اعداد تقرير التحقيق

تم اعتماد منهجية البحث الكمي والبحث الكيفي، حيث استند البحث الكمي على إجراء مسح التأمين الصحي للوقوف على توجهات المواطنين بشأن خدمات التأمين الصحي في العام

2019، وتم تصميم استمارة المسح من قبل الهيئة بالشراكة مع معهد الصحة العامة، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، اشتملت الاستمارة على الأسئلة المستندة للمعايير الدولية للتأمين الصحي، والحق في الصحة، وهدف التحقيق إلى معرفة توجهات المواطنين حول أداء المؤسسات الصحية الحكومية، وتقييم رضا المبحوثين عن الخدمات الصحية المقدمة من عدة جوانب كالوصول، والجودة والمقبولية، والاستجابة والمعرفة.

يتكون مجتمع الهدف من جميع الأفراد الفلسطينيين من الفئة العمرية (18 سنة) فأكثر المقيمين بصفة اعتيادية مع أسرهم في دولة فلسطين في العام 2019. ويتكون إطار المعاينة من قائمة مناطق عدٍّ من تعداد السكان والمساكن والمنشآت للعام 2017، وبلغ حجم العينة (2100) أسرة مختارة في فلسطين، باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس، والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعد احتلال الضفة الغربية عام 1967. وشمل مجتمع العينة شمال الضفة الغربية، جنوب الضفة الغربية، وسط الضفة الغربية، وقطاع غزة، واشتمل نوع التجمع على حضر وريف ومدينة.

اعتمد المنهج الكيفي للتحقيق على نقاشات المجموعات البؤرية المعمقة، لنقل أصوات الفئات الاجتماعية الأكثر هشاشة وتجربتهم، ليس كمبحوثين، وإنما كمشاركين، وذلك لنقل معرفتهم وتجربتهم وخبراتهم في موضوع التأمين الصحي. وتم تنفيذ المجموعات البؤرية بالشراكة مع مركز بيسان للبحوث والإنماء، ولجان العمل الصحي، ومرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية، وذلك انطلاقا من رؤية الهيئة لتعزيز العمل التشاركي والتكاملي بين الهيئات الوطنية ومؤسسات المجتمع المدني، ولشمولية موضوع التحقيق الذي يمسّ كافة أطياف المجتمع، ويعتبر مكوناً أساسياً للولوج إلى الحق في الصحة.

هدفت نقاشات المجموعات البؤرية إلى فحص واقع وتجربة النساء، والعمال، والشباب، والأشخاص ذوي الإعاقة للوقوف على معرفة وتوجهات وآراء المبحوثين حول التأمين الصحي، بما فيها الصعوبات والظروف المحيطة بإجراءات التأمين الصحي، وكفاية مشتملات التأمين الصحي للوصول الآمن إلى الصحة، بجانب مساهمات المأمنين المادية لتلقي الخدمة، فضلاً عن جودة ونوعية الخدمات المشمولة في التأمين الصحي، وفحص مؤشرات المعايير الدولية للتأمين الصحي والحق في الصحة، والمتمثلة في المعرفة، والتوافر والوصول الجغرافي والاقتصادي، والوصول إلى المعلومات، والاستجابة والمقبولية.

نفّذت الهيئة والمؤسسات الشريكة النقاشات المعمقة للمجموعات البؤرية بواقع (19) مجموعة بؤرية خلال الربع الأول من العام 2019، وتضمنت مشاركة (301) مشاركٍ ومشاركة مثلوا عينة عشوائية من الفئات: «الشباب، والأشخاص ذوي الإعاقة، والعمال، والمسنين، والنساء»، توزعت العينة شمال ووسط وجنوب الضفة الغربية، وقطاع غزة.

وفي سياق البحث الكيفي تم تحليل مضمون العديد من الوثائق المتعلقة بالتشريعات والسياسات، كتحليل مضمون نظام التأمين الصحي للعام 2014 والقرارات المتعلقه به، وتحليل الموازنة العامة والإنفاق على التأمين الصحي، وتوضيح أثر الانتهاكات الإسرائيلية على التأمين الصحي، ومكونات الحق في الصحة، بالإضافة إلى عكس أثر الانقسام الفلسطيني في الخدمة الصحية المقدمة للمنتفعين بالنظام الصحي الحكومي. كما تم عقد العديد من المقابلات واللقاءات مع صنّاع القرار، وتم تنفيذ عدد من ورشات العمل وجلسات النقاش.

الاستخلاصات والتوصيات العامة لتقرير التحقيق الوطني

الاستخلاصات العامة

خرج التحقيق بالعديد من الاستخلاصات والتوصيات العامة تمثلت بالتالي:

1 -على مستوى التشريعات

- لم يعتبر المشرِّع الفلسطيني الصحة «حقاً»، لذلك لم يُنَصّ في القانون الأساسي الفلسطيني عليها ضمن الحقوق. ومن خلال فحص قانون الصحة العامة، ونظام التأمين الصحي، يُلاحظ أنه استند على فلسفة أن الصحة خدمة تقدمها الحكومة بناءً على مواردها، وإمكاناتها المالية المتاحة.

- يعتبر التأمين الصحي البوابة الرئيسة للوصول إلى الخدمة الصحية، وأحد السياسات الحكومية التي تتيح للجمهور الحصول على الحق في الصحة، والانتفاع بسلة الخدمات الصحية اللازمة لضمان التمتع بالحق في الصحة. وقد ألزم قانون الصحة العامة وزارة الصحة بالتنسيق مع الجهات المختصة للعمل على توفير التأمين الصحي ضمن الإمكانات المتوافرة.

- يتم تطبيق العديد من الأطر التشريعية لتنظيم التأمين الصحي بأنواعه المختلفة، حيث ينظم قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 نظام التأمين الصحي الحكومي، وينظم قانون التأمين رقم (20) لسنة 2005 التأمين الصحي التجاري، وأنظمة داخلية صادرة عن المؤسسات خاصة بالتأمين التعاوني، والأنظمة الصادرة عن وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين

(أونروا) بشأن خدمة التأمين الصحي للاجئين الفلسطينيين.

- تعكس العديد من القرارات الخاصة بالتأمين الصحي التي أصدرتها الحكومة في السنوات السابقة تعامل الحكومة مع الخدمة الصحية «كردة فعل», أو كـــ «تجاوب آني» مع الأحداث السياسية، أو الاقتصادية، دون دراسة اقتصادية واجتماعية لهذه القرارات، مثل قرار مجلس الوزراء رقم (9) لسنة 2017 الخاص بتعديل قرار التأمينات للعاطلين عن العمل، والذي تم بموجبه إلغاء جميع التأمينات الصحية للعاطلين عن العمل ابتداءً من 2017/3/1، والتي كانت تمنح لهم في إطار ما يعرف بتأمين (انتفاضة الأقصى)، وقرار إعفاء سكان قطاع غزة من دفع الضرائب والرسوم، بما فيها بدل الاشتراك في التأمين الصحي. ومن ثم إلغاء هذا القرار في العام 2017.

- لا يتم نشر كافة القرارات والتعليمات الناظمة للتأمين الصحي الحكومي في الجريدة الرسمية (الوقائع الفلسطينية)، أو على صفحة وزارة الصحة، مما يؤدي إلى إرباك في المعاملات بين المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والمستفيدين من الخدمات التي يوفرها التأمين، كما يشكل ذلك مساساً بمبدأ دستوري، ألا وهو «مبدأ العلم بالقاعدة القانونية»، إضافة إلى مخالفة عدم النشر للقانون الأساسي المعدل لسنة (2003) الذي نص على وجوب نشر التشريعات في الجريدة الرسمية فور إصدارها. وعلى صعيد آخر يترتب على ذلك إمكانية الانتقائية في إجراءات معاملات التأمين الصحي من قبل أصحاب الواجب، الأمر الذي يفتح المجال للتمييز بين المؤمَّن لهم في الاستفادة من خدمات التأمين الصحي.

- تم بذل العديد من المحاولات لتطوير الاطار التشريعي للتأمين الصحي الحكومي، بهدف زيادة الموارد المالية وتوسيع نطاق الفئات المشمولة والخدمات الصحية المقدمة، إلا أنه لم يكتب لأية محاولة منها النجاح، والقيام بإحداث تغيير في أحد أركان النظام الصحي.

2 - على مستوى السياسيات والإجراءات

- تختلف أنواع التأمين الصحي تبعا لطبيعة النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي للدولة، ويمكن تحديد الأنواع المختلفة للتأمين الصحي المتعارف عليها عالمياً بنظامين رئيسيين، وهما: الأول نظام التأمين الصحي الحكومي الذي تنشئه وتديره الدولة، ويتم تمويل هذا النوع من التأمين عن طريق الرسوم، أو الضرائب، أو الاثنين معاً، وبموجبه يحق لكل دافع

ضريبة أن يتلقى خدمة الرعايـة الصحية التي تقدمها الدولة، مقابـل الاقتطـاع الإجبـاري لـصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي. والثاني نظام التأمين الصحي الخاص، ويقسّم إلـى نظامين فرعيين، وهما: التأمين التجاري، والتأمين غير التجاري، وذلـك حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ وتمويل البرنامج، وما إذا كانت شركات أو مؤسسات تجارية، أو جمعيات تعاونية، أو مؤسسات غير ربحية أو هيئـات تطوعيـة. وينتشر التأمين الخاص التجاري في العديد من الدول، ويكـون فـي معظم الأحيان بالتوازي مع وجود نظام تأمين حكومي.

- تسعى الحكومة الفلسطينية لتحقيق مفهوم التغطية الصحية الشاملة، وهذا يتطلب العمل على عنصرين، وهما: الأول: نظام تأمين صحي شامل يستند إلى آليات تمويل ميسورة التكلفة وعادلة، يساهم الأفراد والحكومة في تمويلها، والثاني: توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة، وإدارة قوية قادرة على إدارتها، لذلك يتوجب أن تقوم الحكومة الفلسطينية بإنجاز تأمين صحي شامل لجميع الأفراد، كخطوة أولى في تحقيق الرعاية الصحية الشاملة.

- تراوجت رؤية الحكومة ما بين تطوير نظام التأمين الصحي والرعاية الصحية الشاملة، حيث محورت وزارة الصحة هدفها الرئيس بأن يكون العام 2022 هو عام الوصول إلى نظام التأمين الصحي الحكومي المعدل والمطوّر، بحيث يحقق العدالة، والحماية المالية، والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة.

- وزارة الصحة هي الجهة المسؤولة بموجب أحكام قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004 عن تقديم كافة الخدمات الصحية التشخيصية والعلاجية والوقائية والتأهيلية، وتنظيم عمل القطاع الصحي، وتعزيز سبل التمويل الصحي، ونظام التأمين الصحي، وتطبيق السياسات المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية ضمن معايير الجودة والتوافر، والمساواة وعدم التمييز.

- تتعدد أنظمة التأمين الصحي دون تنسيق أو تكامل في الخدمات والفئات، حيث يوجد ثلاثة أنظمة رئيسية للتأمين الصحي مصنفة بحسب الجهات المقدمة له، وهي: الأول التأمين الصحي الخاص بشقيه التجاري والتعاوني، والثاني تأمين وكالة إغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين «الأونروا»، والثالث التأمين الصحي الحكومي. ولكل نظام من أنظمة التأمين السابقة إطار قانوني ناظم، وجهة إدارية ذات اضطلاع ومسؤولية، وآلية تمويل وجباية مختلفة، وسلة خدمات وشريحة اجتماعية محددة.

- ان تعدد أنظمة التأمين الصحي الحالية لم يؤدِ إلى اتساع الفئات الاجتماعية المستفيدة من أنظمة التأمين الصحي، وضمان حق اختيار نظام التأمين الصحي بالنسبة للجمهور، بل أدى إلى تشتت هذه الأنظمة، وتضارب الجهات المقدمة للخدمات الصحية، وعدم العدالة في الدفع، وعدم الحصول على ذات المنافع.

- تختلف إجراءات الاشتراك بالتأمين الصحي من فئة إلى أخرى، فهناك الاشتراك التلقائي للموظفين العموميين، دون تقديم ضمانات لدفع بدل الاشتراك، ودون التوقيع على تعهد بدفع بدل الاشتراك في حالة التأمين الاختياري، ودون المرور بفترة الانتظار. وهناك فئات أخرى كالمؤمنين الاختياريين حيث يتطلب النظام إجراءات محددة وضمانات للدفع، وفترة انتظار للحصول على الخدمة، فتختلف نسبة الاشتراك وآليات الدفع من شريحة إلى أخرى، ونسبة التغطية الصحية لبعض الخدمات الصحية، كما تختلف رزمة الخدمات الصحية المشمولة في التأمين بناءً على اختلاف الشريحة.

- يبلغ عدد الفلسطينيين المأمنين تأميناً صحياً حكومياً خالصاً، وفق ما تشير إليه معلومات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام 2017 حوالي (31.5%) من عدد السكان، وبلغ غير المأمنين بكافة أنواع التأمين (924,730) نسمة، أي أن (21%) من السكان لا يحملون أي نوع من أنواع التأمين الصحي.[1] فعلى الرغم من تعدد أنظمة التأمين الصحي، إلا أنه ما زالت نسبة ليست بسيطة خارج مظلة التأمين الصحي، بمعنى أنها غير مشمولة بخدمة الرعاية الصحية ضمن أي نوع من أنواع التأمين السابقة، وتلجأ للعديد من الوسائل للحصول على الخدمات الصحية.

- إن ارتفاع معدل البقاء على قيد الحياة، وفتاوة أفراد المجتمع الفلسطيني، وارتفاع نسبة البطالة، ومعدلات الإعاقة وتنوعها، وقيام الاحتلال الإسرائيلي بمواصلة اعتداءاته المستمرة على كافة مكونات الشعب الفلسطيني، واستمرار ارتقاء عشرات الشهداء ومئات الجرحى سنوياً، يشكّل زيادة في أعباء النظام الصحي الفلسطيني، والتعرض للأوبئة والحالات الاستثنائية كجائحة كورونا – على سبيل المثال - تشكّل تحدياً مستمراً أمام تطور القطاع الصحي، وتحتم على المكلف بإعمال الحق في الصحة أن يزيد من نسبة الخدمات الصحية المقدمة، ورفع جودتها.

1 . الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، التعداد العام للمساكن والمنشآت -2017 ملخص النتائج النهائية للتعداد (فلسطين: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني)، تموز 2018.

- تكشف مؤشرات النظام الصحي المتعلقة بعدد العاملين في القطاع الصحي من أطباء وموظفي خدمات طبية مساندة، وبالقياس لعدد المستشفيات والأسرّة، والخدمات الطبية المساندة عن عدم تمكّنها من تلبية الاحتياجات الصحية، وعدم استجابتها للحدود الدنيا التي حددتها منظمة الصحة العالمية للوصول إلى تغطية صحية شاملة.

- نتيجة الارتفاع الطبيعي لعدد السكان، واستمرار ارتقاء مئات الشهداء وآلاف الجرحى من الاعتداءات الإسرائيلية، إلا أن عدد العاملين ما يزال دون المأمول للتمكن من تلبية الاحتياجات الصحية. بالإضافة الى سوء توزيع العاملين الصحيين بين شطري الوطن، التي من شأنها أن تُحْدِثَ انعكاسات سلبية، ليس على صعيد المؤشرات الصحية فحسب، وإنما إحداث نقص شديد بالخدمات الصحية في قطاع غزة في ظل الحصار، ومنع تنقل المواطنين، بمن في ذلك تنقل العاملين الصحيين والمرضى.

3 - على صعيد التحديات

- تساهم سياسات الاحتلال الإسرائيلي في التسبب في هشاشة النظام الصحي الفلسطيني وتداعيه المستمر، وذلك لعدة أسباب منها: إجراءات وتداعيات الحصار المشدد المفروض على قطاع غزة منذ العام 2006، مما أدى إلى تراجع المنظومة الصحية فيه بتدهور الوضع الصحي لسكان القطاع، وتدهور المرافق الصحية الحكومية فيه، والمطالبات والخصومات المالية الكبيرة غير المبررة التي تتقدم بها وزارة المالية الإسرائيلية لوزارة الصحة الفلسطينية، والتي ترد في فواتير المستشفيات الإسرائيلية التي تقوم وزارة الصحة بالتوجه لها لشراء الخدمة الطبية، وسطوة دولة الاحتلال في فرض الأسعار المبالغ فيها مقابل شراء الخدمة من مستشفياتها.

- يتسبب الاحتلال الإسرائيلي عبر سياساته الممنهجة في حرمان الفلسطينيين من الحصول على خدمة الرعاية الصحية، وذلك من خلال إعاقة الوصول الجغرافي للمرضى إلى المشافي في الضفة الغربية والقدس، وفي الداخل المحتل، وإخضاع المرضى ومرافقيهم للفحص الأمني، ورفض أو تأخير منحهم التصاريح اللازمة للمرضى للسفر لتلقي العلاج، وبخاصة مرضى قطاع غزة، ما يتسبب في تأخير العلاج، وتنصل دولة الاحتلال من التزاماتها القانونية والأخلاقية تجاه الأسرى الفلسطينيين في السجون والمعتقلات الإسرائيلية، وممارسة سياسة الإهمال الصحي

المتعمد، والتقصير في تقديم الخدمات الطبية لهم، ما يجبر وزارة الصحة لالفلسطينية على تغطية نفقات علاج البعض منهم. عدا عن معاناة العمال الفلسطينيين من العمال من حملة تصاريح العمل في الداخل المحتل في حالات إصابات العمل.

- تدفع خدمة الرعاية الصحية الفاتورة المستمرة للانقسام الفلسطيني؛ وتجلى ذلك من خلال ازدواجية الإدارة بين المؤسسات الحكومية في قطاع غزة ونظيراتها في الضفة الغربية، مما أثر على مستوى الحقوق والخدمات التي يتلقاها المواطنون، ومن بينها خدمات وزارة الصحة، وخدمات التأمين الصحي، وعدم نفاذ القرارات المتعلقة بالتأمين الصحي الصادرة من قبل وزارة الصحة في الضفة الغربية في قطاع غزة، وإصدار المرسوم رقم (18) لسنة 2007 القاضي بإعفاء قطاع غزة كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية دون مراعاة لفروقات مستوى دخل الأفراد في القطاع، الأمر الذي نجمت عنه مخالفة القرار لمبدأ العدالة في الجباية الضريبية، وتقليل إيرادات التأمين الصحي.

- تثير إشكالية عدم توافر خدمات الرعاية الصحية وجودتها في القطاع تحديات كبيرة في موضوع التحويلات الطبية والعلاج خارج القطاع، حيث تكون الإجراءات طويلة ومعقدة، ناهيك عن صعوبة الحصول على تصاريح تنقل لمغادرة القطاع للعلاج من قبل سلطات الاحتلال الإسرائيلية، الأمر الذي فاقم من أحوال القطاع الصحية، وأدى إلى العديد من الوفيات التي كان يمكن تفاديها بين الفلسطينيين.

- وفي اطار المناكفات السياسية يتم منع العديد من المواطنين سنوياً من الحصول على جوازات السفر، أو التأخير في إصدارها من قبل وزارة الداخلية في الضفة الغربية، مما يؤدي إلى حرمان المواطنين من تلقي العلاج خارج القطاع.

4 - على صعيد الموارد المالية

- شكّلت إيرادات التأمين الصحي ما نسبته (35%) من إلايرادات العامة لوزارة الصحة في العام 2019.

- الفجوة بين قيمة الإيرادات المتأتية لوزارة الصحة من رسوم ومساهمات، وبين متطلبات الإنفاق الصحي تؤثر على قدرات وزارة الصحة، وعلى مستوى الخدمات المقدمة للمؤَمَّنين

ونوعيتها، لذلك يتوجب إعادة النظر في معادلة احتساب إيرادات الصحة في الموازنة العامة، بحيث تشمل كافة الإيرادات غير المباشرة التي يدفعها المواطن لغايات صحية، كالرسوم والضرائب والجمارك المفروضة على التبغ والوقود ومنتجاتهما المختلفة، وكافة الإيرادات المتأتية من أي قوانين أخرى، ويكون هدفها الحفاظ على الصحة العامة.[2]

- الإجراءات التي تم اتخاذها على صعيد زيادة التحصيل المالي لإيرادات التأمين الصحي، أو على البنود التي تستخدمها الدائرة المالية بشأن موضوع التأمين الصحي، أحدثت اثاراً بسيطة في زيادة الموارد.

- تستحوذ موازنة وزارة الصحة ما نسبته (11%) من إجمالي النفقات العامة. وعلى الرغم من الزيادة في الموزانة التطويرية، إلا أن متطلبات تحقيق التغطية الصحية الشاملة، لا يزال يتطلب المزيد من الموازنات المخصصة للوزارة.

- يكشف التحقيق عن ارتفاع إنفاق الأسر المعيشية على الصحة، حيث بلغ إجمالي نفقات الأسر المعيشية على الصحة (39.5%) في العام 2018، الأمر الذي يعتبر مؤشراً على استهلاك الصحة نسبة عالية من دخل الأفراد، وعدم وجود تغطية صحية تتناسب مع مستويات الدخل، وتتسبب في الوقت ذاته بإرهاق المواطنين، وتحويل الرعاية الصحية إلى عبء اقتصادي، بخاصة بالنسبة لذوي الدخل المحدود الذين يعتبرون الأكثر تضرراً في هذا المضمار.

- تعد مشكلة الاشتراك العكسي للمؤمَّن عليهم اختيارياً من أبرز المشكلات التي عانى منها نظام التأمين الصحي الحكومي. وتعني هذه المشكلة أن المؤمّن عليه لا يلجأ للاشتراك في التأمين الصحي إلا عند احتياجه للعلاج، الأمر الذي يجعل من هذه المشكلة مناقضة جوهرية لفكرة التأمين الصحي القائم على أساس تقاسم المخاطر بين المؤمّن عليهم، وتحرم التأمين الصحي من إيرادات مستحَقَّة.

2 فمثلا، يعترف قانون مكافحة التدخين رقم (25) لسنة 2005 بالأضرار المتأتية من التدخين على الصحة العامة للمواطنين. فقد نصت المادة (2) من هذا القانون على أن الهدف من وضع هذا القانون هو «مكافحة تدخين التبغ في الأماكن العامة للمحافظة على الصحة العامة والبيئة»، وامعانا في التأكيد على أن هدف القانون هو الحفاظ على الصحة العامة، فقد أناط هذا القانون بوزارة الصحة، وليس بغيرها من الوزارات، مهمة الإشراف على تنفيذ أحكامه. ونصت المادة (14) منه على أن تؤول كافة الغرامات المتأتية من مخالفة أحكام هذا القانون إلى الخزينة العامة، والتي منها تأتي موازنة الصحة السنوية. وكذلك الأمر بالنسبة لقانون البيئة رقم (7) لسنة 1999، والذي يهدف إلى حماية الصحة العامة، ويفرض غرامات على مخالفي أحكامه، تُوَرَّد بالنتيجة إلى الخزينة العامة، وأيضا قانون الجمارك والمكوس الأردني رقم (1) لسنة 1961 ساري المفعول في الضفة الغربية، والذي بموجبه تُجبى الضرائب والمكوس على كافة منتجات التبغ والوقود وغيرها من السلع التي قد تضر بالصحة، وتصادر بموجبه كافة البضائع غير القانونية، وتباع بالمزاد العلني، وتورد للخزينة العامة التي تأتي منها موازنة وزارة الصحة.

5 - على صعيد الرعاية الصحية للفئات الاجتماعية

- انطلقت فلسفة التأمين الصحي الحكومي على أساس التعامل مع المستهدفين بالتأمين «كأسرة»، أي كوحدة اجتماعية فيها معيل ومعالون، وليس كأفراد.
- ينص قانون حقوق المعوقين رقم (4) للعام 1999 على التزام الحكومة بتقديم الخدمات الصحية المشمولة في نظام التأمين الصحي مجاناً للأشخاص ذوي الإعاقة وعائلاتهم، إلا أنه لم يتم إقرار أية سياسات صحية لتطبيق القانون. ويستثني النظام العديد من الخدمات الصحية كالأجهزة الطبية والأطراف الصناعية، والعديد من خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي والوظيفي، والمستلزمات الطبية.
- يعتمد التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة على نسبة العجز الذي تحدده اللجان الطبية التابعة لوزارة الصحة. وبموجب هذه النسبة تقوم وزارة التنمية الاجتماعية بمنح التأمين الصحي. ويُمْنَحُ الشخص ذو الإعاقة تأميناً صحياً، إذا كانت نسبة العجز (60%) فأكثر، وذلك بناءً على سياسات وزارة التنمية الاجتماعية في المساعدة.
- يتصف نظام التأمين الصحي بأنه «محايد جندرياً»، بمعنى أنه لا يراعي احتياجات الجنسين بناءً على أدوارهم، والواقع الاجتماعي والثقافي، حيث تحصل المرأة على خدمات الرعاية الصحية المجانية المتعلقة بالحمل وبعد الإنجاب بفترة قصيرة، لغايات تنظيم الأسرة والإشراف الصحي المترتب على الولادة فقط، دون مراعاة لموضوع رعاية الصحة الجنسية والإنجابية. من ناحية أخرى. ونتيجة إرتباط التأمين الصحي الإلزامي بالدور الإنتاجي «العمل المأجور»، وإشتراط نظام التأمين الصحي انضمام العمال والعاطلين عن العمل إلى النقابات والاتحادات للحصول على التأمين الصحي المخفض الاشتراك، فإن نسبة عالية من فئة النساء يحرمن من التأمين الصحي الإلزامي، أو التأمين المخفض حيث تشير البيانات الرسمية إلى أن نسبة النساء المشاركات في القوى العاملة لا تتجاوز (18%). كما تشير إلى ارتفاع عمالة المرأة في القطاع غير المنظم، ومحدودية انتسابها للنقابات والاتحادات. كما بلغت نسبة النساء المعيلات للأسر (11%). والجدير بالذكر أن معدل الفقر بين الأفراد الذين ينتمون إلى أسر ترأسها إناث بلغ (30.6%) أعلى بنسبة قليلة ممن ينتمون إلى أسر يرأسها رجال (29.2%)، على الرغم من كون الأسر التي ترأسها إناث تشكل إحدى الجهات الرئيسة التي تتلقى مساعدة من وزارة التنمية الاجتماعية، مما يدلل على أن الفقيرات يتم تصنيفهن كحالات اجتماعية يستفدن من التأمين الصحي من خلال وزارة التنمية الاجتماعية كمنحة، وليس كحق.

- لم يعتبر نظام التأمين الصحي كبار السن فئة مستقلة، بحيث يتوجب تقديم الرعاية الصحية لها دون ربطها بالأسرة، حيث نص النظام على انتفاع الآباء والأمهات الذين بلغوا الستين عاماً فما فوق في تعريف الأسرة المنتفعة من تأمين المؤمَّن عليه (الأبناء أو البنات). وهذا برأينا يشكل إجحافاً كبيراً بحق كبار السن غير المتزوجين، أو الذين لم ينجبوا. وفي ذات الوقت يعكس تبعية الآباء والأمهات للأبناء والبنات، ويفقدهم إحساسهم بأنهم أفراد مستقلون.

- جدير بالذكر أن نسبة كبار السن الذين لديهم تأمين صحي بلغت (86.1%)، وبلغت نسبة الحاصلين منهم على تأمين صحي حكومي (41%) في حين لم تتجاوز نسبة كبار السن الذين لديهم تأمين خاص فقط عن (2.1%) من إجمالي كبار السن في فلسطين، وذلك وفق نتائج تعداد 2017. وبالاشارة إلى الأوضاع الصحية لكبار السن، فقد بلغت نسبة الذين لديهم مرض مزمن واحد على الأقل (55.9%) من إجمالي كبار السن عام 2017، في حين بلغت نسبة كبار السن الذين لديهم إعاقة/صعوبة في فلسطين (39.1%). كما تشير البيانات إلى أن نسبة الفقر بين كبار السن لعام 2017 بلغت أكثر من ربع كبار السن من مجمل هذه الفئة.

- كما يتضح من نظام التأمين الصحي أنه يقتصر على تقديم خدمة الرعاية الصحية المجانية للأطفال دون سن الثالثة فقط، وذلك خلافاً لاتفاقية حقوق الطفل، الأمر الذي ينجم عنه تأثر الأطفال بمدى انتفاع المسؤول عنهم بالتأمين الصحي.

التوصيات العامة

إن تحقيق تغطية صحية شاملة، وفق رؤية واهداف خطط التنمية الفلسطينية، يتطلب توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة، بشكل يتمحور حول احتياجات الناس باختلاف فئاتهم، وتوفير التمويل اللازم للخدمات الصحية، بصورة عادلة وغير مرهقة، يعتمد على مساهمات الدولة والأفراد. هذا الأمر يتطلب إصلاحات بنيوية في النظام الصحي الفسطيني، نتيجة عدم قدرة النظام الحالي على تلبية كافة خدمات الرعاية الصحية بشكل متكامل وشامل، بالإضافة إلى قصور في أنظمة التمويل الحالية، وإلى تشرذم وتعدد أنظمة التأمين، وارتفاع إجمالي إنفاق الأسر على الصحة، في ظل غياب إدارة عامة/ مؤسسة عامة تعمل وفق إطار قانوني على تنظيم تقديم خدمة الرعاية الصحية لجميع الفئات.

إن عملية إصلاح التأمين الصحي بكافة أنواعه باتجاه الوصول إلى تغطية صحية شاملة،

يتطلب القيام بإجراءات عديدة للحد من الفجوات والإشكاليات التي برزت في التحقيق، ومنها:

- إعادة تنظيم الأطر التشريعية لنُظم التأمين الصحي، بحيث يتم إعداد قانون للتأمين الصحي يستند الى شمولية التغطية والخدمات، ويقترح آليات تمويل ميسورة التكلفة وعادلة، يساهم الأفراد والحكومة في تمويلها، وإنشاء إدارة قوية قادرة على إدارتها.

- إنشاء مؤسسة / هيئة وطنية لتنظيم وإدارة التأمين الصحي، تضع وتنفذ الاستراتيجيات والإجراءات الكفيلة بتقديم خدمة الرعاية الصحية، وتنظيم آليات تمويلها عبر صندوق وطني يساهم فيه المواطنون والدولة بناءً على دراسات مالية واكتوارية، بحيث لا يضار المواطنون بصحتهم.

- الاستفادة من نتائج هذا التحقيق الشامل، والدراسات والتقارير السابقة المتخصصة بالرعاية الصحية، وتلك المتعلقة بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للشعب الفلسطيني، لبناء تأمين صحي يتجاوب مع واقع واحتياجات الفلسطينيين المختلفة في ظل استمرار الاحتلال الإسرائيلي، والانقسام الفلسطيني.

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

الفلسطينيون:
خلفية ديمغرافية اجتماعية واقتصادية

يبلغ عدد الفلسطينيين حوالي (13.5) مليون فلسطيني في العالم (العدد المقدّر للفلسطينيين عام 2020)، منهم نحو(5.1) مليون فلسطيني في دولة فلسطين، (2.59) مليون ذكر و(2.51) مليون أنثى، وبلغ عدد سكان الضفة الغربية المقدر حوالي (3.05) مليون نسمة، منهم (1.55) مليون ذكر، و(1.50) مليون أنثى، بينما قدر عدد سكان قطاع غزة لنفس العام بحوالي (2.05) مليون نسمة، منهم (1.04) مليون ذكر، و(1.01) مليون أنثى[3].

يتميز المجتمع الفلسطيني بأنه مجتمع فتي، حيث قُدِّرت نسبة الأفراد في الفئة العمرية (0-14 سنة) في منتصف العام 2020 بحوالي (38%) من مجمل السكان في فلسطين، بواقع (36%) في الضفة الغربية، و(41%) في قطاع غزة. ويلاحظ انخفاض نسبة الأفراد الذين تبلغ أعمارهم (65 سنة فأكثر)، حيث قدرت نسبتهم في منتصف عام 2020 بحوالي (3%) في فلسطين، بواقع (4%) في الضفة الغربية، و(3%) في قطاع غزة.

يبلغ معدل الزيادة الطبيعية للسكان (2.5%) في فلسطين، في حين بلغ توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة (74.0) سنة. ولا تزال الأمراض السارية السبب الرئيسي للوفيات حيث استأثرت بأكثر من ثلثي مجموع وفيات الفلسطينيين في العام 2017، وفقاً للإحصاءات الصادرة عن وزارة الصحة[4].

كما أشارت بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت لعام 2017 إلى أن عدد الأفراد الذين يعانون من صعوبة واحدة على الأقل في فلسطين قد بلغ (255,228) فرداً، أي ما نسبته

3 . الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. أوضاع السكان في فلسطين عشية اليوم العالمي للسكان. 11.7.2020

4 . التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة. 2019

(5.8%) من مجمل السكان، وبلغت نسبة الأفراد من ذوي الصعوبات الحركية (2.9%)، تلتها الصعوبات البصرية حيث بلغت (2.6%)، وبلغت نسبة الأطفال من ذوي الصعوبات في العمر (6-17) سنة غير الملتحقين بالتعليم (32%) في الضفة الغربية، مقابل (24%) في قطاع غزة في التعداد نفسه.

برزت مؤشرات ارتفاع في معدل البطالة بين الأفراد ذوي الإعاقة (إعاقة كبيرة ولا يستطيع مطلقاً) في فلسطين عام 2017، حيث ارتفع هذا المعدل من (24%) بين المشاركين في القوى العاملة (15 سنة فأكثر) عام 2007 إلى (15.7%) في الضفة الغربية، و(41.2%) في قطاع غزة، ليبلغ (37%) بنسبة (18.8%) في الضفة الغربية، و(53.7% في قطاع غزة) عام 2017.

أشارت نتائج مسح القوى العاملة للعام 2019 إلى أن نسبة المشاركة في القوى العاملة في فلسطين بلغت (44%) من إجمالي القوة البشرية (الأفراد الذين بلغت أعمارهم 15 سنة فأكثر) خلال العام المذكور، وذلك بواقع (46%) في الضفة الغربية و(41%) في قطاع غزة. كما تعتبر نسبة مشاركة الإناث في القوى العاملة متدنية مقارنة مع الذكور، حيث تصل نسبة مشاركتهن إلى (18%) بواقع (17%) في الضفة الغربية، و(19%) في قطاع غزة.

وبلغ معدل البطالة بين المشاركين في القوى العاملة (15 سنة فأكثر) في العام ذاته حوالي (25%)، وما يزال التفاوت كبيراً في معدل البطالة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث بلغ المعدل (45%) في قطاع غزة مقارنة بـ (15%) في الضفة الغربية. أما على مستوى الجنس فقد بلغ معدل البطالة للإناث (41%) مقابل (21%) للذكور في فلسطين، في حين بلغ عدد العاملين في الداخل الفلسطيني والمستعمرات في العام 2019 حوالي (133) ألف عامل، وكانت الحصة الأكبر لمن لديهم تصاريح عمل بنسبة (71%) منهم، وأما العاملون دون تصاريح عمل فبلغت بنسبتهم (20%)، وأما حاملو الهوية الاسرائيلية أو جواز سفر أجنبي فبلغت نسبتهم حوالي (9%). وبلغ عدد العاملين في المستعمرات الإسرائيلية (23) ألف عامل في العام 2019، مقارنة بحوالي (22) ألف عامل في العام 2018. كما سجل قطاع البناء والتشييد أعلى نسبة تشغيل في إسرائيل والمستعمرات والتي تشكل نسبة (64%) من إجمالي العاملين الفلسطينيين في إسرائيل والمستعمرات.[5]

يترتب على البيانات السابقة زيادة أعباء النظام الصحي الفلسطيني، وتحتم على المكلف بإعمال الحق في الصحة أن يزيد من نسبة الخدمات الصحية المقدمة بمقدار لا يقل عن نسبة

5 البيان الصحفي حول نتائج القوى العاملة للعام 2019 . الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2019.

زيادة عدد السكان، فضلا عن الزيادة اللازمة لتطوير الخدمات الصحية بما يتلاءم مع الخصائص الديمغرافية والاقتصادية لمكونات الشعب الفلسطيني، ابتداءً من ضرورة الاهتمام بالاحتياجات الصحية للأطفال والمسنين وذوي الإعاقة، وتوفير الرعاية الصحية للعاطلين عن العمل، وتعزيز وصول العاملين داخل الخط الأخضر إلى الصحة، ومراعاة عناصر الوصول لكافة أشكاله، وبخاصة الوصول الاقتصادي للخدمة الصحية، ورفع جودتها بما يقترب بها من المعايير الدولية للحق في الصحة التي تضعها المؤسسات الصحية المختصة، كمنظمة الصحة العالمية.

النظام الصحي في فلسطين

تعتبر وزارة الصحة الجهة المسؤولة عن قيادة وتنظيم عمل القطاع الصحي، فهي المسؤولة عن وضع السياسات والتشريعات والخطط وتفعيل الشراكات بين مختلف الشركاء في هذا القطاع والقطاعات الأخرى، وإدارة، واستثمار الموارد المتاحة بالشكل الأفضل، وتسعى لتعزيز التمويل الصحي وتطوير نظام التأمين الصحي، وشراء الخدمات الصحية، وتتحمل مسؤولية تطبيق السياسات المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية التي تهدف إلى ضمان حصول جميع المواطنين على الخدمات الصحية ضمن معايير المساواة وعدم التمييز بناءً على الجنس والإعاقة والفقر، وبجودة عالية معتمدة على المعايير العالمية.

يشمل القطاع الصحي الفلسطيني ثلاثة محاور رئيسية، وهي: الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية الثانية، والرعاية الصحية الثالثية.

تمثل الرعاية الصحية الأولية (primary) المستوى الأول للرعاية الصحية، وتتولى مسؤولية تقديمها وزارة الصحة بالشراكة مع المؤسسات الأهلية العاملة في القطاع الصحي، لتلبية الاحتياجات الصحية، والالتزام بالعدالة الصحية كجزء من التنمية الموجهة نحو تحقيق العدالة الاجتماعية، وتعتمد على مشاركة المجتمع المحلي في تحديد، وتنفيذ البرامج، والتدخلات الصحية التي يقوم بها الأطباء العموميون وممرضو الصحة العامة. وتدير وزارة الصحة ما نسبته (63.4%) من هذه الخدمات، بواقع (475) مركزاً صحياً منتشراً في الضفة الغربية وقطاع غزة. في حين يتبع ما نسبته (25.6%) من المراكز للمنظمات غير الحكومية، و(8.7%) تابعة لوكالة الغوث، و(2.3%) للخدمات الطبية العسكرية.[6]

6 التقرير الصحي السنوي فلسطين 2019. وزارة الصحة . حزيران 2020.

تقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة، بالإضافة إلى خدمات الطب العام، مجموعة من الخدمات الصحية، إذ يقدم (281) مركزاً من هذه المراكز خدمات تنظيم الأسرة في الضفة الغربية، و(273) مركزاً منها عيادة طبية تخصصية، ويقدم (40) مركزاً منها خدمات صحة الفم والأسنان، وتقدم الخدمات المخبرية في (198) مختبراً، وتقدم خدمة الحمل الخطر في الضفة الغربية في (80) مركزاً؛ بينما تصوير الثدي الشعاعي يقدم في (12) مركزاً، والأشعة في (18) مركزاً من مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية[7] .

الخدمات الصحية الثانوية (secondary) ويتم توفيرها من قبل الأخصائيين الطبيين للمرضى المحولين من عيادات الصحة العامة، الذين تحتاج حالتهم إلى متابعة من أطباء الاختصاص، وتشمل التدخلات في هذا المستوى معاينة المرضى، والفحوصات المخبرية، وصور الأشعة العادية والطبقية، والرنين المغناطيسي، الضرورية للتشخيص المبكر للأمراض، والكشف عن الأمراض الخطيرة، وتقديم العلاجات، ومنع تطور الحالات المرضية وتفاقم الأعراض، أو تحويل المرضى إلى المستوى الثالث لعمل التدخلات العلاجية المطلوبة.

المستوى المتقدم للخدمات الصحية (tertiary) التي تسمى بالرعاية الصحية الاستشارية المتخصصة لمعالجة الحالات المحولة من أطباء الرعاية الصحية الأولية والثانوية، وذلك من أجل التحقق من دقة التشخيص، وعمل التدخلات الطبية اللازمة لتقديم العلاجات اللازمة، وتقدم الرعاية الصحية المتقدمة (الثالثية) من المستشفيات الإقليمية.

المستشفات العاملة

يمكن تصنيف المستشفيات بحسب التخصص إلى مايلي: 1.المستشفيات العامة، وهي مستشفيات تقدم خدمات الرعاية الصحية الثانوية للمنطقة الجغرافية التابعة لها، وبعض هذه المستشفيات ذات سعة كافية بحيث تقدم الرعاية الصحية الثانوية وبعض جوانب الرعاية الصحية الثالثية، وفي العام 2019 بلغت نسبتها (56.6%) من مستشفيات الضفة الغربية. و2.المستشفيات المتخصصة، وهي مستشفيات تقدم خدمات متخصصة متقدمة وشاملة في مجال الرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وفي العام 2019 بلغت نسبتها (18.9%) من مستشفيات الضفة الغربية. و3. مستشفيات الولادة، وتقدم هذه المستشفيات الخدمات في مجال أمراض النساء والتوليد، وفي العام 2019 بلغت نسبتها (18.9%) من مستشفيات الضفة الغربية. و4. مراكز التأهيل والعلاج

7 المصدر المذكور سابقاً.

الطبيعي، وهي مراكز طبية تقدم خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي، وبلغت نسبتها (5.7%) من مستشفيات الضفة الغربية في العام نفسه.

وفي ذات العام بلغ عدد المستشفيات العاملة (84) مستشفى، بواقع (52) مستشفى في الضفة الغربية، بما فيها القدس الشرقية، وبلغ إجمالي عدد الأسرة في المستشفيات، بما فيها النفسية والعصبية (6,435) سريراً، بمعدل (12.9) سرير لكل (100.000) نسمة من السكان.

تملك وزارة الصحة وتدير(54.9%) من أسرة المستشفيات، ويبلغ عدد مستشفيات الوزارة (28) مستشفى، بسعة سريرية قدرها (3.351) سريراً. ويوجد في الضفة الغربية (15) مستشفى، و(13) مستشفى في قطاع غزة. وبلغ عدد المسشتفيات الخاصة (16) مستشفى، في حين بلغ عدد المستشفيات غير الحكومية (38) مستشفى، ومستشفى واحد لصالح وكالة الغوث، و(2) مستشفى تعود للخدمات الطبية العسكرية[8].

عدد العاملين في القطاع الصحي الحكومي

تعد وزارة الصحة المشغل الأكبر للكوادر البشرية العاملة في القطاع الصحي في فلسطين، وفي العام 2019 بلغ عدد العاملين في وزارة الصحة الفلسطينية (13.969) موظفاً.

جدول رقم (1)

توزيع أعداد الكوادر البشرية في وزارة الصحة حسب التخصص والمنطقة، فلسطين 2019

التخصص والمنطقة	أطباء عامون	أطباء اختصاص	أطباء أسنان	صيادلة	تمريض	قبالة	مهن مساندة	إدارة وخدمات	المجموع الكلي
الضفة الغربية	755	472	75	286	2.613	382	1.294	2.172	8.049
قطاع غزة	661	354	96	194	1.177	69	457	2.912	5.920
المجموع	1.416	826	171	480	3.790	451	1.751	5.084	13.969

بالرغم من الارتفاع الطبيعي لعدد السكان، واستمرار ارتقاء مئات الشهداء وآلاف الجرحى من الاعتداءات الإسرائيلية المتواصلة، إلا أن عدد العاملين في القطاع ما يزال دون المستوى المأمول للتمكن من تلبية الاحتياجات الصحية للسكان. كما تكشف الأرقام المذكورة أعلاه حالة سوء

8 المصدر المذكور سابقا

توزيع العاملين الصحيين بين شطري الوطن، التي من شأنها أن تحدث انعكاسات سلبية، ليس على صعيد المؤشرات الصحية فحسب، وإنما إحداث نقص شديد في الخدمات الصحية في قطاع غزة على وجه الخصوص، وفي ظل الحصار المفروض عليه منذ العام 2006، ومنع تنقل المواطنين، بمن في ذلك العاملون الصحيون والمرضى.

شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة الفلسطينية

ألزم القانون وزارة الصحة بتوفير الخدمات الصحية للمشتركين في التأمين الصحي الحكومي من خلال مراكزها ومستشفياتها، وكذلك من خلال شراء الخدمة من المزودين الآخرين في حال عدم توفرها في مرافقها.

في العام 2019 بلغ العدد الكلي لتحويلات شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة (104.881) تحويلة، بانخفاض مقداره (4.5%) عن العام 2018؛ حيث بلغ عدد التحويلات الصادرة حينها (109.818) تحويلة لشراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة. وفي العام 2019 بلغت التكلفة الإجمالية التقديرية لجميع التحويلات (924.084.880) شيكلاً. وتبين بيانات الوزارة أنها تعطي الأولوية في تحويل المرضى إلى المستشفيات الفلسطينية الأهلية والخاصة في الضفة الغربية، بما فيها مدينة القدس الشرقية، وقطاع غزة، يليها التحويلات إلى المستشفيات الإسرائيلية، ومن ثم المستشفيات المصرية والأردنية[9].

وترجع أسباب تحويل المرضى إلى مستشفيات خارج الأرض الفلسطينية المحتلة إلى النقص، أو الفجوة في مهارات الاختصاصيين وأعضاء الطواقم الطبية المتوفرة، ونقص التجهيزات الطبية التشخيصية والعلاجية في المستشفيات الفلسطينية، وعدم وجود مانحين في حالات زراعة الأعضاء، وعدم وجود أسرة شاغرة في المستشفيات الفلسطينية لغرض تقديم العلاج في الحالات الطارئة.

الإنفاق على الصحة

شكلت نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (9.8%) في العام2018، وتشكل الحكومة أعلى نسبة إنفاق على الصحة حسب وكلاء التمويل، حيث بلغت نسبة إنفاقها (42.7%) في العام 2017، وبلغت في العام 2018 ما نسبته (44.8%) من إجمالي الإنفاق، يليها مساهمة الأسر المعيشية حيث بلغ إجمالي نفقاتها (41.7%) في العام2017، وانخفض إلى ما

9 **الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018 نسخة منقحة. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة. نيسان 2020.**

نسبته (39.5%) في العام 2018، وبلغت نسبة المساهمة غير الربحية التي تخدم الأسر المعيشية (12.5%) في العام 2017، وما نسبته (13.4%)، بينما انخفضت نسبة مساهمة شركات التأمين (3.1%) في العام 2017 إلى ما نسبته (2.3%) في العام 2018.

يعتبر ارتفاع إنفاق الأسر المعيشية مؤشراً على استهلاك الصحة نسبة عالية من دخل الأفراد، وعدم وجود تغطية صحية تتناسب مع مستويات الدخل، وتتسبب في الوقت ذاته بإرهاق المواطنين، وتحويل الرعاية الصحية إلى عبء اقتصادي، وبخاصة لذوي الدخل المحدود الأكثر تضرراً من ذلك، حيث أن النفقات الصحية الشخصية تستهلك الجزء الأكبر من مجموع الدخل. وتمثل النفقات الصحية الشخصية على أدوية الأمراض المزمنة، وعلى الرعاية الصحية الثالثية في العيادات الخارجية أهم النفقات الشخصية.

ومن جانب آخر، يؤدي زيادة النفقات الحكومية على توفير خدمات الرعاية الصحية إلى عجز الخزينة العامة في ظل محدودية الموارد المالية للحكومة الفلسطينية. في المقابل؛ بلغت نسبة إيرادات وزارة الصحة من المساهمات المتأتية من رسوم وأقساط التأمين الصحي باختلاف أنواعه (238.6) مليون شيكل، والمساهمة في ثمن الدواء، و/ أو صور الأشعة، و/ أو الفحوص المخبرية (58.6) مليون شيكل، وتشكل حوالي (17%) من إنفاق وزارة الصحة الفلسطينية (297 مليون شيكل من إجمالي 1,767 مليون شيكل مجمل نفقات وزارة الصحة في العام 2018). وتشير بيانات وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2018 إلى أن تكلفة شراء الخدمة من خارج مؤسساتها بلغت حوالي (725) مليون شيكل، أو ما يشكل (41%) من مجمل إنفاقها لنفس العام، وهي النسبة الثانية بعد رواتب العاملين في الوزارة.

إن الفجوة بين قيمة الإيرادات المتأتية لوزارة الصحة من رسوم ومساهمات، وبين متطلبات الإنفاق الصحي تؤثر على قدرات وزارة الصحة، وعلى مستوى الخدمات المقدمة للمؤمنين ونوعيتها. حيث يشير التقرير السنوي لوزارة الصحة للعام 2018 إلى أن حوالي (309) آلاف أسرة فقط مؤمنة في الضفة الغربية (منها حوالي 86 ألف أسرة تدفع الحكومة مساهماتها) من مجمل (594) ألف أسرة يعيشون في الضفة الغربية وفقا للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2017، فيما تم إعفاء المواطنين في قطاع غزة (335 ألف أسرة) من دفع رسوم التأمين الصحي، باستثناء الموظفين الحكوميين الذي يتلقون رواتبهم من الحكومة في الضفة الغربية، ويحصلون على الخدمات الصحية مجانا.[10]

10 . **الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018 نسخة منقحة. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة. نيسان 2020.**

التأمين الصحي

أشارت بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017، إلى أن عدد الأفراد المؤمن عليهم صحياً في فلسطين بلغ (458,2273) فرداً، ويشكلون نسبة (79%) من مجمل سكان فلسطين. وبلغت نسبة الأفراد الذين لديهم تأمين صحي حكومي (32%)، أي إن نسبة التغطية التأمينية الحكومية لا تتجاوز (31.5%) من عدد السكان، بينما بلغت نسبة الأفراد الذين لديهم تأمين وكالة (15%)، و(2%) لديهم تأمين خاص، في حين أن (29%) لديهم تأمين حكومي ووكالة و(0.2%) لديهم تأمين حكومي وخاص، و(0.7%) لديهم تأمين وكالة وخاص، و(0.7%) لديهم تأمين إسرائيلي من مجمل سكان فلسطين، و(0.3%) لديهم تأمينات أخرى، وأن غير المأمنين بكافة أنواع التأمين التي رصدها الإحصاء (تأمين حكومي، تأمين وكالة غوث، تأمين حكومي ووكالة، تأمين حكومي وخاص، تأمين صحي خاص، تأمين وكالة وخاص، تأمين إسرائيلي، أو تأمين آخر) يبلغون (924,730) نسمة؛ أي ما نسبته (21%) من اجمالي السكان.[11]

بلغت موازنة وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2018 حوالي (1.77) مليار شيكل من اجمالي النفقات العامة، حيث شكلت حوالي (11%) من موازنة السلطة الفلسطينية. وقد حازت الرواتب على الحصة الأكبر حيث بلغت (48%)، يليها العلاج خارج المستشفيات والمراكز الطبية التابعة لوزارة الصحة (التحويلات الطبية) بنسبة (25%)، والأدوية ومستهلكاتها بنسبة (18%)، والباقي تم توزيعه على النفقات الرأسمالية والتشغيلية الأخرى.

وأما على مستوى الإيرادات، فقد بلغت الإيرادات حوالي (218) مليون شيكل، وبنسبة بلغت (12%) من إجمالي النفقات للعام 2018، وشكلت إيرادات الرعاية الصحية الأولية نصف إجمالي الإيرادات للعام 2018 الحصة الأكبر، يليها التأمين الصحي، وإيرادات المستشفيات الحكومية والمراكز الإدارية. وقد أوضح الدكتور الأحمد مدير عام إدارة التأمين الصحي في وزارة الصحة أن ما يدخل موازنه وزارة الصحة من عائدات التأمين الصحي لا يتجاوز (15%) فقط[12].

11 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. التعداد العام للمساكن والمنشآت -2017ملخص النتائج النهائية للتعداد، فلسطين: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، تموز 2018.

12 . يتضمن التقرير تفصيلًا موسعاً حول نفقات وايرادات التأمين الصحي.

التغطية الصحية الشاملة
كهدف استراتيجي ومفهوم تنموي

أعربت الحكومة الفلسطينية عن سعيها لتطبيق آليات للوصول إلى التغطية الصحية الشاملة دون تعريض المواطنين لضائقة مالية جراء حصولهم على التأمين الصحي. واشتمل المفهوم الذي تبته الحكومة الفلسطينية على «تغطية المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة. وتقتضي التغطية الصحية الشاملة القيام بالتدخلات الرئيسية التي تتصدى لأهم أسباب المرض والوفاة». وتتعلق إحدى الغايات الرئيسية للتغطية الصحية الشاملة بجودة الخدمات الصحية التي يتعين أن تكون جيدة بالقدر الكافي لتحسين صحة من يحصلون على الخدمات[13].

والتغطية الصحية الشاملة تعني إتاحة خدمات الرعاية الصحية لمن يحتاج إليها دون معاناة مالية. كما يسمح تعميم هذه الخدمات لمختلف البلدان بالاستفادة القصوى من أقوى أصولها، وهو رأس المال البشري؛ فالصحة هي استثمار أساسي في رأس المال البشري، وفي النمو الاقتصادي، وهي أحد أدوات تحقيق أهداف التنمية المستدامة، إذ يتضمن الهدف الثالث مقصداً يتمثل في «تعميم التغطية الصحية بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، والحصول على الخدمات الأساسية للرعاية الصحية، وحصول الجميع على عقاقير وتحصينات آمنة وفعالة ذات جودة عالية وميسورة التكلفة». ويواجه الهدف (1) من أهداف التنمية المستدامة، الذي يطمح إلى إنهاء الفقر بكل صوره في كل مكان، تهديداً أيضا حيث أنه في ظل غياب التغطية الصحية الشاملة حيث يقع مئات الملايين من البشر تحت وطأة الفقر كل عام نتيجة للإنفاق على الرعاية الصحية[14].

13 مقابلات إعلامية مع وزراء الصحة: د. مي الكيلة، ود. جواد عواد.

14 الموقع الالكتروني لمنظمة الصحة العالميةwww.who.int/، زيارة الموقع بتاريخ 12 آذار 2019.

في إطار جهودها لبلورة مفهوم عام للتغطية الصحية الشاملة، وضعت منظمة الصحة العالمية في 24 كانون ثاني 2019 مفهومها للمقصود بالتغطية الصحية الشاملة، بحيث يتمثل بأن يحصل كل الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون أن يتعرضوا لضائقة مالية عند سداد مقابلها. وينبغي تغطية المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطّفة.

تقتضي التغطية الصحية الشاملة القيام بالتدخلات الرئيسية التي تتصدى لأهم أسباب المرض والوفاة. وتتعلق إحدى الغايات الرئيسية للتغطية الصحية الشاملة بجودة الخدمات الصحية التي يتعين أن تكون جيدة بالقدر الكافي لتحسين صحة من يحصلون على الخدمات، وإذا اضطُر الأفراد إلى القيام بدفع جزء غير يسير من تكلفة الخدمة الصحية من مالهم الخاص سيتعذر على الفقراء الحصول على كثير من الخدمات التي يحتاجون إليها، وحتى الأغنياء سيتعرضون لضائقة مالية في حالة الإصابة باعتلال وخيم، أو طويل الأمد. وتزيد إتاحة الخدمات اللازمة والحماية من المخاطر المالية من خلال أشكال الحماية المالية التي تتيح تجميع الأموال (عن طريق الضرائب وسائر الإيرادات الحكومية و/ أو اشتراكات التأمينات) لتوزيع تكلفة المخاطر المالية للاعتلال على السكان، وتتيح الدعم غير المباشر من الأغنياء للفقراء، ومن الأصحاء للمرضى.

ولا يمكن تحقيق التغطية الصحية الشاملة في جميع البلدان بين ليلة وضحاها، ولكن بإمكان جميع البلدان أن تتحرك بسرعة أكبر نحو تحقيقها، أو أن تحافظ على المكاسب التي حققتها بالفعل. وفي البلدان التي أصبحت فيها إتاحة الخدمات الصحية بأسعار ميسورة أمراً تقليدياً تجد الحكومات صعوبة متزايدة في تلبية احتياجات السكان الصحية التي لا تكف عن التزايد، وفي تغطية التكاليف المتنامية للخدمات الصحية.

نظام صحي قوي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة

يتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة تعزيز النظم الصحية في العديد من البلدان. ويُعد التمويل الصحي من العناصر الهامة للتغطية الصحية الشاملة، حيث يلزم إيلاء الاهتمام لجمع أموال كافية، وتقليل المدفوعات المباشرة إلى أدنى حد ممكن عن طريق مخططات السداد المسبق والتجميع، واستخدام الأموال المتاحة (التمويل المقدم من المتبرعين حسب الاقتضاء) بكفاءة وفعالية.

ويجب أيضاً أن تتوفر للبلدان قوى عاملة صحية قادرة على دعم النظم الصحية الميسورة التكلفة والكفؤة التي تدار بشكل جيد، وتلبي الاحتياجات الصحية ذات الأولوية من خلال الرعاية الجيدة التي تركز على الناس. ومن العناصر الأخرى ذات الأهمية الحاسمة، التصريف الجيد للشؤون، والنظم السليمة لشراء وتوريد الأدوية والتكنولوجيات الصحية، ونظم المعلومات الصحية الجيدة الأداء.

لا تركز التغطية الصحية الشاملة على تحديد الخدمات المغطاة فحسب، ولكنها تركز أيضاً على كيفية تغطيتها من خلال التركيز على الرعاية الصحية التي تهتم بالأفراد، وعلى تكامل الرعاية. ومن الضروري إحداث تحول في تقديم الخدمات الصحية كي يتسنى تحسين تصميم الخدمات بما يناسب أفراد المجموعات السكانية الذين يستفيدون منها. وينبغي تنظيم النظم الصحية على نحو يتمحور حول احتياجات الناس وتوقعاتهم من حيث شمولية الصحة في الأمد الطويل لمساعدة الأفراد على أن يفهموا احتياجاتهم من الرعاية الصحية بصورة أفضل.

وتعني التغطية الصحية الشاملة المتكاملة تقديم الخدمات على نحو يُمكّن الأفراد من الحصول على سلسلة متصلة الحلقات من خدمات تعزيز الصحة والوقاية من المرض، والتأهيل والرعاية الملطفة، وذلك من خلال الرعاية بمختلف مستوياتها ومواقعها داخل النظام الصحي على مدى العمر. وعندئذ يكون أفراد المجتمع المحلي مجهزين بصورة أفضل لاتخاذ التدابير الوقائية بأنفسهم، الأمر الذي يفضي إلى الكفاءة في توفير التكاليف على الأمد الطويل.

فوائد تحقيق التغطية الصحية الشاملة

التغطية الصحية الشاملة تحافظ على الصحة وتحسنها. والصحة الجيدة تمكن الأطفال من التعلم، وتمكن البالغين من كسب رزقهم. وذلك بدوره يساعد الأفراد على تلافي الوقوع تحت نير الفقر، ويوفر الأساس اللازم للتنمية الاقتصادية الطويلة الأمد. وفي الوقت ذاته فإن الحماية من المخاطر المالية في مجال الصحة تقي الناس من الوقوع تحت نير الفقر، لأن الاعتلال المفاجئ يضطرهم إلى استنفاذ مدخراتهم، أو بيع الأصول التي يملكونها، أو الاقتراض، الأمر الذي يدمر مستقبلهم، كما يدمر مستقبل أطفالهم في كثير من الأحيان.

رصد التقدم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة

إن رصد التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة ينبغي أن يركز على تغطية السكان بالخدمات الجيدة الضرورية، وعلى الحماية المالية من المدفوعات المباشرة الكارثية سواءً بسواء. وينبغي إيلاء اهتمام خاص لأشد الفئات حرماناً، مثل أكثر الناس فقراً، أو من يعيشون في مناطق ريفية نائية. وينبغي إدراج الرصد ضمن إطار أعم لأداء النظم الصحية، يتيح تتبع العاملين الصحيين والأدوية والتكنولوجيات، وقياس الآثار المترتبة بالنسبة إلى الصحة والأمان المالي.

ومن المهم للبلدان أن تقيس تقدمها نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ونظراً لأن لكل بلد سياقه الخاص والفريد فقد ينصبّ تركيز مؤشرات القياس على مجالات مختلفة. ومن المفيد أيضاً وضع إطار عالمي لرصد التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، على أن يستخدم مقاييس موحدة ومعترف بها دولياً بحيث تتسنى مقارنتها عبر الحدود، وعلى مَرِّ الزمن. وضعت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي إطاراً لتتبع التقدم في تحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويضم هذا الإطار ثلاثة مؤشرات عامة، وهي:

- التغطية بالخدمات الصحية.
- الحماية من المخاطر المالية.
- الإنصاف، أو تغطية السكان كافة.

والغرض من هذه المؤشرات هو وضع أدوات تحقيق التغطية الصحية الشاملة تدريجياً لكل البلدان، والمساعدة في قياس التقدم المحرز، والأوجه الصحية التي بحاجة إلى تركيز أكثر.

وبالخلاصة، فإن تغطية صحية شاملة تعني كادراً صحياً مؤهلاً لتقديم الخدمة، وتعني علاجاً كافياً وناجعاً في علاج المشكلة الصحية، وتعني تمكن وتمكين جميع الناس من الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجونها، وتعني قدرة مالية على الحصول والوصول للخدمة الصحية، وتعني وجود سياسات واستراتيجيات لتقديم الخدمات الصحية للجميع في كل الأوقات.

التأمين الصحي رافعة اساسية للوصول الى أعلى مستوى من الصحة

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، لا غنى عنه من أجل التمتع بحقوق الإنسان الأخرى. ويحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، ويفضي إلى العيش بكرامة. يقع على عاتق الدولة اتخاذ التدابير لإعمال الحق في الصحة، ومن أبرزها تأمين الخدمات الصحية للجميع في حالة المرض من خلال طرق عدة مثل: وضع السياسات الصحية، واعتماد استراتيجية وطنية لكفالة تمتع الجميع بالحق في الصحة، وبناء المؤسسات الصحية، وتقديم الخدمات الصحية بمستوى لائق، مع ما يتطلبه ذلك من تأهيل العاملين في القطاع الصحي، وأنظمة التحويل خارج المؤسسات الصحية الرسمية، ووضع الأنظمة اللازمة للاستفادة من الخدمات الصحية كنظام التأمين الصحي.

يعد التأمين الصحي وسيلة لتغطية تكاليف الرعاية الصحية، تحرص الدولة من خلاله ضمان استفادة مواطنيها من الخدمات الصحية الأساسية. وتختلف أنظمته باختلاف البلدان، غير أنّ القاسم المشترك بين جميع البلدان في هذا المجال هو نظام يُدعى نظام تجميع المخاطر. ويمكّن ذلك النظام مجموعة واسعة من الأشخاص من تقاسم مخاطر الإصابة بالمرض واللجوء إلى رعاية مكلّفة. 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. [15]

15 موقع منظمة الصحة العالمية https://www.who.int/features/qa/35/ar

التأمين الصحي في الاتفاقيات والمواثيق الدولية لحقوق الانسان

لم تتناول الاتفاقيات والمواثيق الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان موضوع التأمين الصحي بشكل مباشر كموضوع حقوقي، وإنما تم اعتباره أحد السياسات الحكومية التي تتيح للجمهور الوصول إلى الحق في الصحة، والانتفاع بسلة الخدمات الصحية اللازمة لضمان التمتع بالحق في الصحة. ومن جانب آخر، وعلى أرض الواقع، يعتبر التأمين الصحي البوابة الرئيسة للوصول إلى الخدمة الصحية حيث تدعو الاتفاقيات والمواثيق الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان الدول إلى تعزيز مبدأ الوصول إلى الخدمة الصحية، حيث يعتبر التأمين الصحي البوابة الرئيسة للوصول إلى الخدمة الصحية. وقد أدرك التعليق العام رقم (14) للمادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وجود عوائق وعوامل كالفقر والبنى الهيكلية لبعض نماذج الاقتصاد المحلي والدولي تحول دون التمتع الكامل بالحق في الصحة، حيث يشكل عنصر الوصول إلى الخدمة الصحية أحد العناصر الرئيسة التي تتيح للجمهور التمتع بالحق في الصحة. وتعني إمكانية الوصول إلى الخدمة الصحية أن يتمتع الجميع بدون تمييز بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد متداخلة، وهي:

1. عدم التمييز: يجب أن يتمتع الجميع بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة، ولا سيما أكثر الفئات ضعفاً، أو تهميشاً بين السكان، بحكم القانون، وبحكم الواقع، دون أي تمييز لإحدى الأسباب المحظورة.

2. إمكانية الوصول المادي: ينبغي أن تكون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة في المتناول المادي والآمن لجميع فئات السكان، وبخاصة الفئات الضعيفة، أو المهمشة، مثل الأقليات الإثنية والعرقية والنساء، والأطفال، والمراهقين، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة. كما أن إمكانية الوصول تعني ضمنياً أن تكون الخدمات الطبية والمقومات الأساسية للصحة، مثل مياه الشرب المأمونة، ومرافق الإصحاح الكافية، في المتناول المادي والآمن للسكان بما في ذلك سكان المناطق الريفية. كذلك تشمل إمكانية الوصول تمكين المعوقين من الوصول إلى المباني.

3. الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها (القدرة على تحمل نفقاتها): يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وينبغي سداد قيمة خدمات

الرعاية الصحية، والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناءً على مبدأ الإنصاف الذي يكفل القدرة للجميع - بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعياً- على دفع تكلفة هذه الخدمات، سواءً أكانت مقدمة من القطاع الخاص، أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا تتناسب معها مقارنة بالأسر الأغنى منها.

4. إمكانية الوصول إلى المعلومات: تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها. غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

جدير بالذكر أن التعليق العام رقم (14) يفرض على البلدان ثلاثة أنواع، أو مستويات، من التعهدات والالتزامات، هي: الاحترام، والحماية، والتحقيق. حيث يتطلب التعهد بالاحترام امتناع الدول عن التدخل المباشر أو غير المباشر في تمتع الناس بالحق في الصحة. فيما يتطلب التعهد بالحماية ضرورة اتخاذ التدابير الضرورية لمنع أطراف ثالثة من التدخل في الضمانات التي تنص عليها المادة (12) من العهد. ويقتضي التعهد بالتحقيق التسهيل والتوفير والتعزيز للوصول إلى الحق في الصحة، ويتطلب من البلدان تبني التدابير التشريعية والإدارية والمالية والقضائية والتشجيعية وغيرها من أجل ممارسة الحق في الصحة بصورة كاملة.

وعلى اعتبار أن التأمين الصحي فرع من فروع التأمين الاجتماعي، فإنه من الجدير الإشارة إلى المادة (9) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والتي تنص على أن الدول الأطراف في هذا العهد تقرّ «بحق كل شخص في الضمان الاجتماعي، بما في ذلك التأمينات الاجتماعية». ووفقاً لتوضيح لجنة الأمم المتحدة الخاصة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في دورتها (39) في عام 2007، في التعليق العام رقم (19) الخاص بالحق في الضمان الاجتماعي، فإنه ينبغي على الدول الالتزام بأن يتضمن نظام الضمان الاجتماعي فيها بضمان إنشاء أنظمة صحية لتوفير سبل تكفي لحصول جميع الأشخاص على خدمات الرعاية الصحية بتكلفة ميسورة.

الحق في الرعاية الصحية للفئات الاجتماعية المهمشة

كما ألزمت بعض الاتفاقيات الدول الموقعة عليها بتوفير خدمات صحية للفئات المهمشة، إمّا مجاناً، أو من خلال نظم للتأمين الصحي، من أبرزها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) للعام 1979 التي ألزمت الدولة بالمساواة بين الرجل والمرأة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وضرورة حصول المرأة على خدمات صحية مجانية فيما يتعلق بالحمل والولادة، وفترة ما بعد الولادة، وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة. وفي سياق عدم التمييز، بناء على العمر/ السن، ألزمت اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989، الدولة ببذل قصارى جهدها لتضمن ألا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، وأوجبت عليها اتخاذ التدابير المناسبة من أجل كفالة توفير المساعدة الطبية، والرعاية الصحية اللازمتين لجميع الأطفال، مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية، ومكافحة الأمراض، وسوء التغذية عن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية، ومياه الشرب النقية، آخذة في اعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطره. وفي سياق عدم التمييز على أساس الإعاقة، أكدت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لعام 2006، على ضرورة عدم حرمان الأشخاص ذوي الاعاقة من التمتع بالحق في الصحة، حيث أوجبت على الدولة اتخاذ التدابير المناسبة الكفيلة بحصول الأشخاص ذوي الإعاقة على خدمات صحية تراعي الفروق بين الجنسين، بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل الصحي، وتوفير رعاية وبرامج صحية مجانية، أو معقولة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة، تعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها تلك التي توفرها للآخرين، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبرامج الصحة العامة للسكان، وحظر التمييز ضد الأشخاص ذوي الإعاقة في توفير التأمين الصحي، وأن يوفر بطريقة منصفة ومعقولة.

وركزت خطة التنمية المستدامة 2030، في الهدف الثالث على ضمان تمتّع الجميع بأنماط عيش صحية، وبالرفاهية في جميع الأعمار. واعتبرت التأمين الصحي (عدد الأشخاص الذين يشملهم التأمين الصحي لكل 1000 نسمة) مؤشراً لأبرز مقاصد تحقيق الهدف المذكور، والمتمثلة بالتغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيّدة والفعالة والميسورة التكلفة[16].

كما حرصت منظمة العمل الدولية على عدم تهميش فئة العمال من الانتفاع بالحق في

16 خطة التنمية المستدامة لعام 2030، تم اعتمادها في أيلول/سبتمبر 2015 في قمة تاريخية للأمم المتحدة من قبل جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بهدف القضاء على الفقر، ومكافحة عدم المساواة وتغير المناخ على مدى السنوات ألـ 15 المقبلة.

الصحة ومشتملاته وعناصره. فقد تعاملت مع الوصول إلى الحق في الصحة باعتباره «التأمين الصحي» حيث ألزمت الدول الأعضاء بتوفير تأمين صحي، نذكر منها: اتفاقية التأمين الصحي رقم (24) لسنة 1927، والتي تلزم الدول الأعضاء المصدقة على الاتفاقية بإقامة نظام تأمين صحي إلزامي للعمال في المنشآت الصناعية والتجارية وخدم المنازل، واتفاقية التأمين الصحي رقم (25) لسنة 1927، والتي تلزم الدول الأعضاء المصدقة على الاتفاقية بإقامة نظام تأمين صحي إلزامي لعمال الزراعة، واتفاقية التأمين الصحي رقم (56) لسنة 1936، والتي تلزم الدول الأعضاء المصدقة على الاتفاقية بإقامة نظام تأمين صحي إلزامي للبحارة.

انطلقت توصية منظمة العمل الدولية رقم (29) المتعلقة بالمبادئ العامة للتأمين الصحي للعام 1927 من الأهمية القصوى للمحافظة على صحة القوى العاملة للعاملين أنفسهم، ولما في ذلك من أهمية للحفاظ على صحة المجتمعات المحلية الراغبة في تنمية قدراتها الإنتاجية.

استند مجلس إدارة مكتب العمل الدولي في جنيف لتوصيته هذه بناءً على أنه لا يمكن تحقيق تنمية المجتمعات المحلية إلا من خلال تطبيق تدابير رعاية ممنهجة ومستمرة لتجنيب، أو تعويض أي نقص في الكفاية الإنتاجية للعمال. واقترح المجلس التأمين الصحي كأفضل وسيلة لتحقيق الأهداف المذكورة أعلاه، حيث أنّه يعطي للعمال حقوقا واضحة يمكن تمتعهم بها. كما أرسى المؤتمر العام عدداً من المبادئ التي يتوجب توفيرها في التأمين الصحي في سبيل حماية صحة العمال، وتحقيق تنمية المجتمعات، وهي:

1. توفير التأمين الصحي لكافة العاملين والمتدربين في منشآت العمل دون التمييز بناء على السن أو الجنس. وفي حال وجود استثناءات من الانتفاع بالتأمين الصحي ينبغي أن تكون هذه الاستثناءات للعاملين ذوي الدخل المرتفع ممن يستطيعون إعالة أنفسهم في حالة المرض.

2. توسيع مجال الرعاية الصحية في التأمين الصحي، حيث أوردت التوصية ضرورة وجود «إعانة مالية» ، و«إعانة عينية». ففي مجال «الإعانة المالية» للعاملين في حالة عجزهم عن العمل، كتعويض عن فقدان الأجر نتيجة الاعتلال. واقترح المؤتمر أن تكون مدة الاعانة (26) أسبوعاً من تاريخ العجز عن العمل كحد أدنى، وتصل لغاية السنة للأشخاص ذوي الأمراض الخطيرة والمزمنة. وتوسع المؤتمر في تضمين تكاليف الدفن بشكل لائق للعاملين في الدول التي لا تضمن مثل هذه الرعاية في قوانين أو سياسات أخرى، ودفع إعانات لدفن من يعولهم العامل في حال وفاته.

3. وفي مجال «الإعانة العينية»، والمقصود بها تقديم خدمة الرعاية الصحية بشكل مباشر في حالة اعتلال العامل، أو أحد أفراد أسرته، أوصى المؤتمر بضرورة تقديم العلاج من الاختصاصين المؤهلين بشكل كامل، والدواء اللازم، والأجهزة الملائمة، وعلاج الأسنان والإقامة في المستشفيات، ويمكن منح المريض حرية اختيار الطبيب، أو المستشفى ما لم يرتب ذلك نفقات باهظة على المنشأة الاقتصادية.

4. يؤدي التأمين الصحي، وفقاً لتوصيات المؤتمر، دوراً هاماً في الوقاية من الأمراض واعتلال صحة العاملين، حيث ينبغي أن يستخدم جزء من الموارد المالية المخصصة للتأمين الصحي للنهوض بالقواعد الصحية، ومنع انتشار الأمراض في بيئات العمل.

5. أن تقوم السلطات العامة بالإشراف على التأمين الصحي، وأن لا يهدف إلى تحقيق الربح، وينبغي على الدولة أن تسمح للعاملين و/ أو ممثليهم بالمساهمة في إدارة التأمين الصحي كونهم الفئة المستهدفة من التأمين.

6. ووفقاً لتوصيات المؤتمر، ينبغي أن تتألف موارد التأمين الصحي من مساهمة العاملين وأرباب العمل، والدولة لتحسين الحالة العامة للسكان.

التأمين الصحي في فلسطين، تشكّلات ونماذج

تختلف أنواع التأمين الصحي تبعاً لطبيعة النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي للدولة، ومواردها وقدراتها الاقتصادية، ومدى تخصيصها من موازنات للرعاية الصحية. ويمكن تحديد الأنواع المختلفة للتأمين الصحي المتعارف عليها عالميا، بنظامين رئيسيين؛ الأول هو نظام التأمين الصحي الحكومي الذي تنشئه وتديره الدولة، ويتم تمويل هذا النوع من التأمين عن طريق الرسوم، أو الضرائب، أو الاثنين معا، وبموجبه يحق لكل دافع ضريبة أن يتلقى خدمة الرعاية الصحية التي تقدمها الدولة، مقابل الاقتطاع الإجباري لصالح الضرائب المخصصة لتمويل التأمين الصحي، ويطبق هذا النظام في الدول الأوروبية مثل ألمانيا، وكذلك في أستراليا واليابان. وأما الثاني فهو نظام التأمين الصحي الخاص، ويقسم إلى نظامين فرعيين هما: التأمين التجاري، والتأمين غير التجاري، وذلك حسب الجهة التي تقوم بتنفيذ وتمويل البرنامج، وما إذا كانت شركات أو مؤسسات تجارية أو تعاونية أو غير ربحية أو هيئات تطوعية، وينتشر التأمين الخاص التجاري في العديد من الدول، ويكون في معظم الأحيان بالتوازي مع وجود نظام تأمين حكومي.

هناك العديد من أنواع التأمين الصحي الأخرى في فلسطين مصنفة بحسب الجهات المقدمة له، وأهم هذه الأنواع: التأمين الصحي الخاص بشقيه التجاري والتعاوني، تأمين وكالة إغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين «الأونروا»، والتأمين الصحي الحكومي.

أنواع التامين الصحي غير الحكومية

1 - التأمين الصحي الخاص

يقوم التأمين الصحي الخاص على مبدأ المرابحة والاتجار، ويقوم على أساس حساب المخاطر، وتتميز العلاقة بين الجهة مقدمة التأمين والمنتفع من نظام التأمين الخاص، بكونها علاقة تعاقدية، ينتفع من خلالها المؤمن بالخدمة الصحية للفترة المتفق عليها.

رغم أن التأمين الخاص يمنح المنتفع، أو المنتفعة، حرية أوسع في اختياره لمراكز الرعاية الصحية، إلا أنه يتميز بوجود سقف مالي محدّد للتغطية المالية في الاتفاقية المبرمة بين الطرفين، الأمر الذي لا ينسجم مع مبدأ الاستقرار والأمن الاجتماعي، على خلاف التأمين الحكومي.

يتمثل الإطار القانوني الناظم للتأمين الصحي الخاص، بقانون التأمين رقم (20) لسنة 2005،[17] الذي حددت مادته الثالثة أعمال التأمين، واعتبرت أن التأمين الصحي هو أحد أعمال التأمين المعترف بها. وتقدم خدمات التأمين الصحي الخاص من قبل المستشفيات الخاصة بناءً على اتفاق عقدي بينها وبين شركات التأمين، يخضع في تنظيمه لأحكام القانون المدني والقانون التجاري، ويحكمه مبدأ «العقد شريعة المتعاقدين». بدورها، تتفق شركات التأمين مع المؤمن عليهم، سواءً كأفراد أو كمؤسسات، بموجب عقد يخضع هو الآخر في تنظيمه للقانون المدني، المتمثل في مجلة الأحكام العدلية. ويحرر العقد تحت ما يسمى بوليصة التأمين، يحدد فيها سلة الخدمات الصحية المقدمة والمستثناة، ونسب المساهمة في العلاج، وفي الوصفات الطبية، وقيمة الأقساط المستحقة من الأفراد، أو المؤسسات، لشركات التأمين.

يحصل المنتفع على العلاج نتيجة عمله في المؤسسات الخاصة، أو الأهلية العاملة في فلسطين، والتي تنص أنظمتها الداخلية على توفير تأمين صحي للعاملين فيها، تحدد إجراءات الحصول عليه، ونسب مساهمة الإدارة والموظف في أقساط التأمين المستحقة، والأفراد المشمولين من عائلة الموظف.

2 - التأمين الصحي التعاوني

يعد هذا النوع من أقدم وسائل التأمين الصحي، ويتم بموجبه تعاون فئات اجتماعية معينة في سبيل توفير خدمة رعاية صحية لهم بمبالغ مالية أقل من التكلفة الحقيقية لخدمة الرعاية

17 المنشور على الصفحة (5)، من عدد الوقائع الفلسطينية رقم (62)، بتاريخ 2006/3/25.

الصحية، وذلك من خلال تعاقدهم مع موردي الخدمات الصحية من أجل تبادل المنافع بين الطرفين. ويعتبر هذا النوع من التأمين غيـر مغطى تشريعيا في فلسطين20 . وتتبنى هذا النظام بعض المؤسسات في فلسطين، وبخاصة المؤسسات الأكاديمة والنقابات المهنية، ويخضع في تنظيم أحكامه لأنظمة داخلية صادرة عن المؤسسة نفسها، وتختلف من مؤسسة إلى أخرى. يقوم هذا النوع على فكرة إنشاء صندوق للتأمين، يحدد النظام الداخلي مصادر تمويله، وآليات الاشتراك فيه، وسلة الخدمات الصحية المقدمة والمستثناة. وتعمد هذه المؤسسات لإجراء اتفاقيات خاصة مع المراكز الصحية والأطباء، الذي يحدد النظام معايير اختيارها، وتقوم هذه الاتفاقيات على قاعدة «العقد شريعة المتعاقدين»، وتخضع في تنظيمها لمجلة الأحكام العدلية.

3 - التأمين الصحي الخاص باللا جئين الفلسطينيين «الأونروا»

تقدم وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) خدمات شمولية للاجئين الفلسطينيين في الرعاية الصحية الأولية، سواءً الوقائية أو العلاجية، وتقدم لهم المساعدة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الثانوية والتخصصية. يستفيد من هذه الخدمات شريحة كبيرة من المجتمع الفلسطيني تقدر ب (655,709) نسمة. يخضع هذا التأمين في تنظيمه لقرار الأمم المتحدة بإنشاء الوكالة، والتي جعل من مهامها تقديم الخدمات الصحية في أماكن عملها، بالإضافة إلى الأنظمة الداخلية للوكالة، والتي تتضمن الأحكام التفصيلية الناظمة للتأمين الصحي، كتحديد نسب المساهمة، وسلة الخدمات الصحية، والحالات المشمولة بالتأمين، والحالات المستثناة. علماً أن الوكالة تقدم خدمات الصحة الوقائية، والعلاجية، والجنسية، والإنجابية، وخدمات رعاية الطفولة ومراقبة نموها، والتطعيمات، والفحوص التشخصية، وخدمات الصحة المدرسية، بالإضافة إلى صحة الفم والأسنان، وخدمات الاختصاص، والخدمات المختبرية، وخدمات الصحة النفسية المجتمعية، وخدمات صحة البيئة.[18]

التأمين الصحي الحكومي

بدأ العمل بالتأمين الصحي الحكـومي في الضفة الغربية وقطاع غزة منذ العام 1976، وكان يشمل موظفي الإدارة المدنية، والعاملين داخل الخط الأخضر، والحالات الصعبة المتبناة من دائرة الشؤون الاجتماعية آنذاك، وبعض الأسر على أساس فـردي. واستند ذلك التأمين إلى أنظمة

18 الموقع الالكتروني لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين على الرابط الآتي: https://www.unrwa.org/ar/what-we-do%D8%A7%D8%AA%D8%A7%D8%85%D9%AF%D8%AE%D8%84%D9%7، تاريخ الاسترداد: 2018/6/20.

وتعليمات صادرة عن سلطات الحكم الأردني في الضفة الغربية، وعن الإدارة المصرية في قطاع غزة قبل العام 1967، وعن الحاكم العسكري الإسرائيلي بعد الاحتلال العسكري للضفة والقطاع (1967 -1994)، وكان من أبرزها: الأمر رقم (540) لسنة 1976 بشأن التأمين الصحي المعمول به في المحافظات الجنوبية، والأمر رقم (746) لسنة 1978 بشأن التأمين الصحي المعمول به في المحافظات الشمالية، وجعلت هذه الأوامر من التأمين الصحي اختيارياً، ورفعت من تكاليفه، مما دفع المواطنين إلى العزوف عن الاشتراك به.[19]

خلا القانون الأساسي الفلسطيني من اعتبار الصحة أحد الحقوق الأساسية للفلسطينيين، واعتبر في مادته (22) أن التأمين الصحي خدمة وليس حقاً من حقوق الإنسان، حيث نص على أن خدمات التأمين الصحي ينظمها القانون. وبالرغم من وجود النص الدستوري القاضي بإلزامية وضع إطار تشريعي يتمثل بصورة قانون لتنظيم التأمين الصحي، إلا أنه لم يتم إصدار قانون للتأمين الصحي، رغم بذل العديد من الجهود في هذا المجال. وبدوره ألزم قانون الصحة العامة في المادة (2) وزارة الصحة بتوفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانات المتوافرة.

قبل إصدار قانون الصحة العامة، وفي ذات العام، أصدر مجلس الوزراء القرار رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي، وتم بموجب هذا القرار تحديد سلة الخدمات الصحية المقدمة، وقائمة الأدوية الأساسية المعتمدة، إضافة إلى تحديد آليات الاشتراك والاستفادة من خدمات التأمين الصحي، واعتمد هذا النظام التأمين الاختياري لغير الموظفين الحكوميين.

19 فتحي أبو مغلي، نحو نظام تأمين صحي شامل، الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة «أمان»: رام الله 2018، ص 27.

الإطار القانوني للتأمين الصحي الحكومي

نظام التامين الصحي الحكومي لسنة 2004

نظام التأمين الصحي الحكومي لسنة 2004، لم يكن الأخير في إطار محاولات السلطة الوطنية الفلسطينية، تطوير نظام التأمين الصحي الحكومي، فقد تم إصدار عدة قرارات وتعليمات صادرة عن مجلس الوزراء، وعن وزارة الصحة الفلسطينية، بعض هذه القرارات والتعليمات لم ينشر في الجريدة الرسمية (الوقائع الفلسطينية) حيث يعد نظام التأمين الصحي رقم (11) لسنة 2006 الصادر عن مجلس الوزراء أبرز الأمثلة على ذلك، والذي تم بموجبه إلغاء القرار رقم (113) لسنة 2004، حيث تم اعتماده من قبل الجهات الرسمية ذات العلاقة في معاملاتها مع المواطنين بشأن التأمين الصحي. كما أدى ذلك إلى حدوث تداخل في الأنظمة القانونية، وإخضاعها في التنفيذ لمعايير مختلفة.

في العام 2009، حدث تطور هام في سياق السعي لبناء نظام قانوني وطني للتأمين الصحي في فلسطين، تمثل في تنسيب مجلس الوزراء للرئيس مشروع قانون للتأمين الصحي الوطني، لإصداره على شكل قرار بقانون استناداً لأحكام المادة (43) من القانون الأساسي المعدل، ولكن المشروع المقترح، والذي لم يحظ بالنقاشات الكافية مع الجهات ذات العلاقة، واجه اعتراضات واسعة من عديد الجهات ذات الصلة والمهتمة بأنظمة التأمين الصحي، التي أكدت على أن المشروع يشوبه العديد من المثالب التي تحتاج إلى مراجعة وتعديل، إضافة إلى أن البنك الدولي قد أكد هو الآخر على خطورة تبني قانون للتأمين الصحي في ظل المعطيات المتوفرة في حينه - من عدم توفر الميزانيات اللازمة وغياب الدراسات الاكتوارية، ناهيك عن التساؤل المثار حول مدى توفر حالة الضرورة لإقرار قانون للتأمين الصحي في ظل تعطل المجلس التشريعي، وفي ظل توفر أنظمة سارية المفعول تحكم وتنظم التأمين الصحي. واعتبر تأثير مشروع القانون على الخدمات الصحية

التي تقدمها (الأنوروا) أبرز مخاوف المهتمين من المشروع المقترح. ولهذه الأسباب ذهب مكتب الرئيس إلى التأكيد على عدم جاهزية المشروع لإصداره من قبل الرئيس في إطاره المطروح.[20]

الفئات المشمولة بنظام التأمين الصحي الحكومي

حدد نظام التأمين الصحي الحكومي لسنة 2004 الفئات الاجتماعية التي يغطيها، والتي يمكن تقسيمها إلى ثلاث فئات على النحو الآتي:

1. فئة اشتراكها إجباري: وتشمل هذه الفئة موظفي القطاع الحكومي المدنيين والعسكريين، حيث يعتبرون مؤمناً عليهم تلقائياً مقابل أقساط التأمين الشهرية التي تخصم من رواتبهم، بغض النظر عن التزاماتهم بتأمينات أخرى، مع وجود اختلافات ما بين المدنيين والعسكرين من حيث نسب المساهمة، وسلة الخدمات المقدمة.

2. فئة اشتراكها اختياري: وتشمل هذه الفئة الأفراد الذين يختارون الانضمام إلى التأمين الصحي الحكومي من خلال توقيعهم على تعهد بقبول نظام التأمين الصحي الحكومي والالتزام بأحكامه، أو من خلال انضمام مؤسستهم التي يعملون بها، أو ينتمون لها، إلى نظام التأمين الصحي الحكومي بموجب تعاقد وتعهد المؤسسة بتسديد رسم التسجيل، وأقساط التأمين المطلوبة بشكل جماعي للعاملين كافة. وتعد هذه الفئة أقل الفئات المشتركة في التأمين الصحي الحكومي مقارنة بإجمالي المأمنين صحياً. ومن أبرز الأمثلة على هذه الفئة أعضاء النقابات المهنية والعمالية الذين ليس لهم دخل محدد.

3. فئات خاصة: تشمل هذه الفئة، من نص القانون أو النظام على حقهم في الاستفادة من التأمين الصحي الحكومي بشكل مجاني، وهم:

أ. الأطفال ما دون سن السادسة وفق قانون الطفل الفلسطيني رقم (7) لسنة 2004 وتعديلاته، حيث يحق لهم الاستفادة من سلة الخدمات الصحية داخل مراكز وزارة الصحة بشكل مجاني، وبصرف النظر عن نوع التأمين الذي قد يكون لدى العائلة. أما إذا كان نوع العلاج الذي يحتاجونه غير متوفر داخل مراكز وزارة الصحة، فيشترط

20 للمزيد حول مشروع قانون التأمين الصحي الوطني وسياقه وأسباب رفضه وأبرز ملاحظات المؤسسات ذات العلاقة عليه، انظر: صلاح الدين موسى، ياسر علاونة، مراجعة قانونية لمشروع قانون التأمين الصحي الوطني، سلسلة تقارير قانونية رقم (70)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان (ديوان المظالم)، رام الله، آب 2009.

عند تحويلهم للخارج، أو تلقيهم العلاج في المستشفيات الخاصة، أو الأهلية العاملة في فلسطين على حساب التأمين الصحي الحكومي، أن يكون لدى عوائهم تأمين صحي ساري المفعول بحسب المادة (6/أ-ب) من نظام التأمين الصحي الحكومي لسنة 2004.

ب. من يتعرض لإصابات أثناء فعاليات مدرسية، أو في ومراكز التدريب المهني الرسمية، والمؤسسات الحكومية.

ج. المأمنين الذين يستفيدون من خدمات التأمين الصحي كجزء من سلة الخدمات التي تقدمها لهم الوزارات والمؤسسات الحكومية الأخرى، مثل الأسر الفقيرة التي تتلقى مساعدات من وزارة التنمية الاجتماعية، وذوي الإعاقة، وأسر الشهداء والأسرى.

د. وكان سكان قطاع غزة يعتبرون من هذه الفئة الخاصة، التي تحصل على خدمات التأمين الصحي الحكومي مجاناً، حيث أصدر رئيس السلطة الوطنية الفلسطينية عقب استيلاء حركة (حماس) عسكرياً على مؤسسات السلطة في قطاع غزة عام 2007، قراراً يعفي بموجبه كافة المواطنين في المحافظات الجنوبية إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية اعتباراً من تاريخه، بما فيها الخدمات التي تقدم لأول مرة. وقد تم التأكيد على هذا القرار مع إدخال بعض التعديلات في شهر نيسان/ إبريل عام 2017، قبل أن يتم إلغاؤه رسميا في شهر كانون أول/ ديسمبر من ذات العام بموجب القرار بقانون رقم (10) لسنة 2017 بشأن إعفاء المواطنين والمكلفين في المحافظات الجنوبية من دفع الضرائب ورسوم الخدمات.

ه. وينسحب ذات الأمر على العاطلين عن العمل الذين كانوا يمنحون تأميناً صحياً حكومياً بشكل مجاني قبل أن يصدر قرار مجلس الوزراء رقم (9) لسنة 2017 بتعديل قرار التأمينات الصحية للعاطلين عن العمل، والذي نص صراحةً على إلغاء التأمينات الصحية الممنوحة للعاطلين عن العمل اعتباراً من 2017/3/1.

نلاحظ عدم شمولية التأمين الصحي لكافة الفئات الاجتماعية، حيث خرج عن نطاق الاستفادة منه عدد من الفئات كفئة المزارعين، والعاملين في المشاريع العائلية والنساء المعيلات للأسر، وخدم المنازل، والأطفال حتى سن الثامنة عشرة من العمر.

الخدمات المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي

لا يقتصر مفهوم التغطية الصحية الشاملة على حصول جميع المحتاجين للخدمات الصحية على هذه الخدمات فحسب، بل يجب أن تكون هذه الخدمات ذات جودة، بما في ذلك خدمات تعزيز الصحة، وخدمات الصحة الوقائية، والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة. بالإضافة إلى خدمات الرعاية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، والصحة العقلية والنفسية، فضلاً عن توفير الأدوية اللازمة.

حددت ملاحق نظام التأمين الصحي الحكومي لسنة 2004، سلة الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة، سواءً سلة الخدمات الصحية الحكومية؛ أي التي تقدم من المراكز الصحية التابعة للوزارة، أو تلك التي توفرها الوزارة للمؤمن عليهم من خلال عقود مبرمة مع المراكز الصحية غير التابعة للوزارة، سواءً في داخل فلسطين أو في خارجها (سلة الخدمات الصحية غير الحكومية). في المقابل، حدد النظام الحالات التي لا يغطيها التأمين الصحي الحكومي للمؤمن عليهم (المادة 15 من نظام ألـ 2004)، وهذه الحالات هي: حوادث الطرق، وحوادث العمل، والحوادث القضائية، الحالات غير الطارئة في مراكز الطوارئ حسب بروتوكولات إدارة المستشفيات، استخدام سيارة الإسعاف بطلب ذاتي، المساهمة المعتمدة، التطعيم لأغراض السفر للخارج، تصديق الوثائق، الفحص لطلب رخصة سياقة، التقارير الطبية بطلب شخصي، تصوير الملفات وفقا للأنظمة.

وفيما تشمله سلة الخدمات الصحية الحكومية التي تقدمها الوزارة لجميع المواطنين، سواءً كانوا مؤمناً عليهم أم غير مؤمن، وبشكل مجاني، هي: التطعيمات المشمولة ببرنامج التطعيم الموحد، معالجة الأمراض المعدية بما فيها السل الرئوي والأوبئة، أو أي مرض يعرّض صحة الجمهور للخطر وفقا لقائمة الأمراض التي تنشرها وزارة الصحة، خدمات الرعاية الأولية في مراكز الأمومة والطفولة،[21] خدمات الصحة المدرسية التي تقدم بمبادرة من وزارة الصحة والمتعلقة بالصحة العامة، خدمات الكوارث الطبيعية والحروب، معالجة الأطفال حتى سن الست سنوات، معالجة المصابين بالأمراض العقلية المزمنة. ومنح النظام، بالإضافة إلى ما تقدم، مجلس الوزراء صلاحية في اعتماد أي خدمات أخرى بتنسيب من وزير الصحة.

21 حدد النظام في ملحقه رقم (2) خدمات الرعاية الأولية في مراكز الأمومة والطفولة:
1. تقدم مجانا لمراجعي مراكز الأمومة والطفولة التابعة للوزارة سواءً كانوا مؤمنا عليهم أو غير مؤمن عليهم.
2. تشمل خدمات الرعاية الأولية متابعة نمو وتطور الأطفال حتى سن ثلاث سنوات ومتابعة الحوامل خلال فترة الحمل وما بعده وفقا للبروتوكولات المعتمدة من إدارة الرعاية الصحية الأولية.
3. يعامل الاطفال حتى سن ثلاث سنوات معاملة المؤمن عليهم فقط عند تلقي الخدمات المشمولة في سلة الخدمات الصحية الحكومية.
4. يتم تحصيل المساهمة حسب بروتوكولات الإدارة العامة للرعاية الأولية والصحة العامة.

أما الخدمات المستثناه من سلة الخدمات الصحية غير الحكومية بحسب المادة (3) من الملحق رقم (1) فهي الآتي: الأجهزة التعويضية، واللوازم الطبية المساعدة، كالأطراف الصناعية والنظارات والعدسات اللاصقة وأجهزة السمع وتركيب وتقويم الأسنان لغايات تجميلية، الجراحة البلاستيكية لأغراض تجميلية غير ضرورية صحياً، معالجات العقم، زراعة الأعضاء باستثناء الكلية والقرنية بشرط وجود متبرع للكلية (وبدون المساهمة في شراء أي أعضاء)، تشطيب القرنية (بكل أنواع الإجراءات العلاجية المشابهة)، تغطية نفقات إقامة المرافقين للمرضى باستثناء مرافقي الأطفال دون سن الثانية عشرة، الأدوية الهرمونية، الأدوية خارج قائمة الأدوية الأساسية المعتمدة.

إن استثناء الأجهزة التعويضية واللوازم الطبيعة المساعدة، وبخاصة، الأطراف الصناعية وأجهزة السمع، لا يجعل من النظام حساساً لحقوق ذوي الإعاقة، لا سيما ذوي الإعاقة الحركية والسمعية، ولا يجعله كذلك منسجماً مع قانون حقوق المعوقين لسنة 1999، والذي نص في المادتين (5: 2/10) منه على أن الدولة ملزمة بتوفير الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة لمساعدة المعوق بمساهمة منه لا تزيد عن (25%) من قيمة تكلفتها. ومع التأكيد على ملاحظتنا على المادتين (5: 10) المذكورتين أعلاه من حيث مساهمة ذوي الإعاقة في أدوات التأهيل، والتأكيد على أن النظام لا يجوز له مخالفة القانون الأعلى منه مرتبة، فإنه يلزم أن يكون نظام التأمين الصحي أكثر حساسية لهذه الفئة المجتمعية. بالإضافة إلى ذلك، فإنه يلاحظ في سياق الحديث عن سلة الخدمات، سواءً الحكومية أو غير الحكومية، غياب أي إشارة إلى الأمراض النفسية وأدويتها، على نحو يخالف مقتضيات التغطية الصحية الشاملة.

الاشتراك في نظام التأمين الصحي

بيَّن نظام التأمين الصحي الحكومي لسنة 2004 آلية الاشتراك في التأمين والرسوم المطلوبة من كل فئة على حدة، فالموظفون العموميون يعتبرون مؤمنين تلقائياً بموجب أحكام النظام، وذلك مقابل أقساط شهرية تخصم من رواتبهم، حدد قيمتها النظام بـ (5%) من الراتب الأساسي للموظف بحد أدنى لا يقل عن (40) شيكل، وحد أعلى لا يتجاوز (75) شيكل، مع استثناء المتقاعدين من الحد الأدنى، إذ يمكن أن يكون قسط المتقاعد بحده الأدنى أقل من (40) شيكل.

أما فيما يتعلق بالمؤمن عليه اختيارياً، فإن طريقة الاشتراك تختلف فيما إذا كان المؤمن عليه الاختياري مشتركاً فردياً، أم بشكل جماعي من خلال المؤسسة التي يعمل بها، حيث نص النظام

على أنه من حق أي مؤسسة مرخصة التقدم بطلب انضمام إلى النظام بموجب تعاقد وتعهد بتسديد رسم التسجيل، وأقساط التأمين المطلوبة بشكل جماعي للعاملين كافة، مقابل اقتطاع (5%) من الراتب الإجمالي للموظف بشكل جماعي بحد أدنى لا يقل عن (50) شيكل، وحدٍّ أعلى لا يزيد عن (75) شيكل. أما إذا كان المؤمن له الاشتراك بشكل فردي، فما عليه إلا التوقيع على تعهد بقبوله نظام التأمين الصحي المعمول به والالتزام بأحكامه. وتكون قيمة القسط (75) شيكل لأعضاء النقابات المهنية، و(50) شيكل لأعضاء نقابات العمال. على أن هذه الرسوم لا تشمل المرافقين الذين تدفع عنهم رسوم إضافية.

أما فيما يتعلق بطريقة دفع الأقساط للمؤمنين عليهم اختيارياً، فتختلف إذا ما كان المؤمن عليه جديداً أم قديماً، حيث يدفع المؤمن عليه الجديد الأقساط المالية للسنة المالية دفعة واحدة، أما المؤمن عليه القديم، فيدفع أقساط سنة مالية على دفعتين. وتدفع أقساط التأمين في أحد مكاتب التأمين الصحي، أو حسب النظام المتبع بإدارة التأمين الصحي بحسب ما نص عليه النظام.

اللوائح التنفيذية والقرارات الوزارية

قام مجلس الوزراء بإصدار العديد من القرارات الناظمة للتأمين الصحي، منها القرار رقم (19) لسنة 2010 بشأن إعفاء الأسرى المحررين من رسوم التعليم المدرسي والجامعي والتأمين الصحي والدورات التأهيلية وتعديلاته؛ وقرار مجلس الوزراء رقم (9) لسنة 2017 بتعديل قرار التأمينات للعاطلين عن العمل، والذي تم بموجبه إلغاء جميع التأمينات الصحية للعاطلين عن العمل ابتداءً من 2017/3/1، والتي كانت تمنح لهم في إطار ما يعرف بتأمين (انتفاضة الأقصى).[22] كما صدر قرار مجلس الوزراء بخصوص سريان مفعول التأمين الصحي الحكومي الصادر بتاريخ 2018/7/10، ولم ينشر في الجريدة الرسمية.

حاولت الهيئة الحصول على كافة القرارات الناظمة للتأمين الصحي، وتبين صعوبة الحصول عليها نظراً لعدم نشرها في الوقائع الفلسطينية، على الرغم من أهمية النشر لتأثير هذه القرارات على عموم المواطنين.

إن عدم نشر القرارات والتعليمات الناظمة للتأمين الصحي الحكومي في الوقائع الفلسطينية،

22 علمنا أن هناك عديد القرارات والتعليمات ذات العلاقة بالتأمين الصحي والمعتمدة من وزارة الصحة ولكنها لم تنشر في الجريدة الرسمية، ولم نستطع الحصول عليها من الجهات ذات الاختصاص.

لا ينطوي فقط على إرباك في المعاملات بين المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والمواطنين المستفيدين من الخدمات التي يوفرها التأمين، بل يشكل أيضاً مساساً بمبدأ دستوري، ألا وهو «مبدأ العلم بالقاعدة القانونية»، إضافة إلى مخالفة هذا السلوك للقانون الأساسي المعدل الذي نص على وجوب نشر التشريعات في الجريدة الرسمية فور إصدارها. كما قد يشكل هذا السلوك مدخلاً للانتقائية في إجراءات معاملات التأمين الصحي من قبل أصحاب الواجب، مما يفتح المجال للتمييز بين المؤمن لهم في الاستفادة من خدمات التأمين الصحي.

بالإضافة إلى ذلك، فإن وزارة الصحة لا توفر أي أدلة إرشادية مكتوبة ومنشورة توضح للمستفيدين الأحكام التفصيلية للتأمين الصحي من ناحية الاشتراك والتغطية، كما لا يتوفر لديها أي سياسات واضحة للترويج لهذه الأنظمة وتعريف المواطنين بها. وعلى الرغم من أن وثيقة التأمين الصحي تحتوي على بعض التعليمات، إلا أن هذه التعليمات غير كافية وغير مفصلة ولا تفهم من قبل المواطن العادي.[23] علمًا أن وزارة الصحة قد أفادت أنها بصدد العمل على إعداد دليل إرشادي للتحويلات الطبية خارج مراكز وزارة الصحة،[24] ولكن ليس هناك أي إشارة للعمل على دليل مشابه لأحكام التأمين الصحي بشكل عام.

فترة الانتظار

تعد مشكلة الاشتراك العكسي للمؤمن عليهم اختيارياً من أبرز المشكلات التي عانى منها نظام التأمين الصحي الحكومي، وتعني هذه المشكلة أن المؤمن عليه لا يلجأ للاشتراك في التأمين الصحي إلا عند احتياجه للعلاج، الأمر الذي يجعل من هذه المشكلة مناقضة جوهرية لفكرة التأمين الصحي القائم على أساس تقاسم المخاطر بين المؤمن عليهم، فبينما يستمر البعض بدفع الرسوم السنوية والشهرية، لا يدفع البعض الآخر أي رسوم، ولكنه يستفيد من خدمات التأمين الصحي فوراً، إذا ما اشترك عند حاجته للعلاج. لذلك تتجه معظم الأنظمة إلى وضع فترة انتظار لسريان التأمين الصحي للاستفادة من الخدمات التي يقدمها.

وضع نظام التأمين الصحي الحكومي لسنة 2004 فترة للانتظار (مدة السريان) للاستفادة من خدمات التأمين الصحي. ووضع كذلك استثناءات على هذه الفترة، بحيث يمكن أن يستفيد المؤمن

23 ياسر شلبي، حسن لدادوة، الثقافة المهنية في القطاع الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية، المؤسسة الفلسطينية لدراسات الديموقراطية «مواطن»: رام الله 2007، ص 9.

24 أروى التميمي، مرجع سابق.

له من خدمات التأمين الصحي أثناء فترة الانتظار في حالات طارئة نص عليها النظام حصراً، وسنأتي عليها بعد قليل. وقد استثنى النظام فئة المؤمن عليهم إجبارياً والفئة الخاصة من الخضوع لفترة الانتظار، بحيث يسفيدون من خدمات التأمين الصحي مباشرة عقب اشتراكهم. وعلى ذلك، تقتصر فترة الانتظار على المؤمن عليهم اختيارياً.

تبلغ فترة الانتظار التي حددها هذا النظام (60) يوماً من تاريخ الدفع، على أنه يكون للمؤمن عليه الاستفادة من خدمات التأمين الصحي قبل انقضاء فترة الـ (60) يوماً المذكورة، في الحالات الطارئة والمستعجلة بشرط أن يدفع أقساط سنة مالية كاملة دون خصم عن السنة المالية الجارية، بالإضافة إلى أقساط ستة أشهر بدل فترة الانتظار.

وفي شهر تموز 2018، أصدر مجلس الوزراء قراراً لم ينشر في صحيفة الوقائع الفلسطينية، يتعلق بتعديلات على فترة الانتظار، حيث أصبحت هذه الفترة بموجب القرار الجديد (90) يوماً بدلاً من (60) يوماً، ومنع القرار شراء فترة الانتظار، إلا أنه استثنى الحالات الطارئة والمستعجلة من فترة الانتظار، على أن يصدر باستثنائها قرار من مجلس الوزراء. وأوضح القرار أن فترة الانتظار لا تطبق في حالات العلاج داخل مراكز وزارة الصحة، وإنما تقتصر على التحويلات الخارجية، وشراء الخدمة من المستشفيات الخاصة والأهلية العاملة في فلسطين، مع وجود حالات تحتاج لفترة انتظار حتى لو كان العلاج داخل مراكز وزارة الصحة، ومن أبرز أملثتها عمليات القسطرة.

تقوم فلسفة فترة الانتظار على نظرية تقاسم المخاطر، وتساهم في تخفيف الخسائر المترتبة على نظام التأمين الصحي جراء التأمين الاختياري العكسي. ويجب أن تكون الأحكام الناظمة لهذه الفترة، أكثر وضوحاً وتفصيلاً وعدلاً، ويتحقق علم المواطنين بها علماً يقينياً من خلال نشرها في الوقائع الفلسطينية، وبدون ذلك، لا يمكن الاحتجاج بهذه الأحكام وما يكون قد تفرع عنها من تعديلات في مواجهة المؤمن عليه.

أساليـــب تقديم خدمة الرعاية الصحيـــة

اعتمد نظام التأمين الصحي الأسلوب المزدوج في تقديم خدمة الرعاية الصحية، ويعتبـر أن الأصل في تقديم العلاج للمشتركين وللمنتفعـين من التأمين الحكومي في مـراكز الرعايـة الصحية والمستشفيات التابعـة لوزارة الصحة ما دامت الخدمة الصحية اللازمة للمنتفـع، أو المشترك، متوافرة، فـي حين يوفر التأمين العلاج خارج مراكز الرعاية الصحية والمستشفيـات التابعة للسلطة،

سواءً كان هذا العلاج داخل الوطن وخارج نطاق المستشفيات والمراكز الحكومية، أو كان خارج نطاق الوطن. واشترط نظام التأمين الصحي للاستفادة من الخدمات الصحية خارج الوزارة توافر الشروط التالية:

1. أن تكون بطاقة التأمين الصادرة وفق هذا النظام سارية المفعول لأغراض التحويل خارج مراكز الوزارة.
2. أن تكون الخدمات المراد الاستفادة منها غير مستثناة من سلة الخدمات الصحية التي توفرها الوزارة.
3. موافقة لجنة التحويل على القرار الطبي المقترح في نموذج التحويل الخاص بذلك، وأن يكون هذا النموذج موقعاً من الاختصاصي المعالج ورئيس القسم، أو المدير الطبي، ومصدقاً من مدير المستشفى.

وقرر النظام تشكيل لجنتين للتحويل خارج وزارة الصحة، الأولى في المحافظات الجنوبية، والثانية في المحافظات الشمالية، وتناط بلجنة التحويل المهام التالية:

1. دراسة ملفات الحالات المرضية المرشحة للتحويل خارج الوزارة واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها .
2. دراسة الملفات الطبية والفواتير التي تعرضها عليها خارج الوزارة.
3. تدوين قراراتها في سجل خاص لأغراض التوثيق والمتابعة.
4. ترفع تقريراً شهرياً مفصلاً عن أعمالها.

الاستنتاجات والتوصيات

- إن اعتبار الصحة خدمة وليس حقاً ينتقص من الضمانات الصحية المقدمة من الحكومة الفلسطينية اتجاه التزاماتها بإعمال الحقوق الصحية لكافة الفلسطينيين بصورة شمولية، ودون تمييز، وتخصيص الموازنات اللازمة لإعمال هذا الحق، دون ربطه بالموازنة المخصصة لوزارة الصحة، ولذلك نرى ضرورة اعتبار الحق في الصحة حقاً أساسياً من الحقوق التي كفلها القانون الأساسي، وذلك من خلال التنصيص عليها في القانون الأساسي، وفي قانون الصحة العامة.

- لا يغطي التأمين الصحي كافة الفئات الاجتماعية، واستند الاشتراك الإجباري على العاملين في الوظائف الحكومية، المدنية والعسكرية، نظراً لسهولة الاقتطاع من الدخل، بينما اعتمد على آلية الاشتراك الاختياري للفئات الاجتماعية الأخرى، الأمر الذي يترتب عنه إحجام العديد من الأفراد عن الانتفاع بالتأمين نظرا لاختياريته، وعدم الرغبة بالدفع المسبق قبل حدوث عارض صحي يستلزم العلاج. لذلك من الضروري أن يكون التأمين الصحي ذا صفة إلزامية، وإجبارية للجميع.

- ما زالت سلة الانتفاع في التأمين الصحي قاصرة عن تلبية كافة الخدمات الصحية الأساسية لضمان الحق في الصحة للمنتفعين باختلاف احتياجاتهم، الأمر الذي يتطلب إعادة النظر في سلة الانتفاع، وضرورة توسيعها لتشكل الخدمات الصحية لكافة الفئات.

- إن عدم نشر الأنظمة واللوائح التنفيذية المتعلقة بالتأمين الصحي في الجريدة الرسمية (الوقائع الفلسطينية)، وعدم إعداد الأدلة الإرشادية يؤدي إلى جهل المواطنين بحقوقهم الواردة بالتأمين، وإجراءات الحصول عليه، يتسبب في العزوف عن الحصول على الخدمة الصحية بموجب التأمين الصحي، نظرا للجهل بها، وبإجراءاتها، ويشكل مدخلا للانتقائية لدى مقدمي الخدمات الصحية في إجراءات التأمين الصحي.

- إن تعدد أنظمة التأمين الصحي لا يعني دوماً اتساع الفئات الاجتماعية المستفيدة من أنظمة التأمين الصحي، وضمان حق اختيار نظام التأمين الصحي بالنسبة للجمهور، بل قد يعني، بموجب ما تقدم سابقا، تشتت هذه الأنظمة، وتضارب الجهات المقدمة للخدمات الصحية، وعدم العدالة في الدفع، وعدم الحصول على ذات المنافع، حيث يخضع الأفراد لهذه الأنظمة كونها مرتبطة بعملهم، وليس باختيارهم. لذلك نرى ضرورة العمل على توحيد أنظمة التأمين، أو العمل على تكامل الخدمات الصحية المقدمة من خلالها، والتنسيق بين الجهات المختلفة لضمان حصول كافة الفئات المنتفعة بالتأمين على الحق في الرعاية الصحية بصورة عادلة .

الاحتلال الاسرائيلي معوق ومهدد للرعاية الصحية الشاملة

تتحمل إسرائيل، كدولة احتلال، المسؤولية الأساسية عن ضمان الحق في أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه للفلسطينيين في قطاع غزة والضفة الغربية المحتلة، بما فيها مدينة القدس الشرقية. ويقع عليها واجب احترام حقوق الإنسان، وقواعد القانون الدولي لحقوق الإنسان، والقانون الدولي الإنساني على الأرض الفلسطينية المحتلة كدولة طرف في اتفاقية جنيف الرابعة لحماية المدنيين وقت الحرب للعام 1949، وكطرف في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للعام 1966، لذا تقع عليها مسؤولية توفير وضمان الرعاية الصحية للسكان الفلسطينيين في الأرض الفلسطينية المحتلة. وإن كانت السلطة الوطنية الفلسطينية تتحمل مسؤولية توفير الرعاية الصحية لمواطني دولة فلسطين، وسلطة الأمر الواقع في قطاع غزة تتحمل مسؤولية توفير الرعاية الصحية لمواطني القطاع، إلا أن دولة الاحتلال، كقوة محتلة، تتحمل المسؤولية النهائية عن ذلك.

عانى قطاع الصحة في الأرض الفلسطينية المحتلة من سياسات وممارسات الاحتلال الإسرائيلي وتداعياتها على حق المواطن الفلسطيني في الصحة. كما وتكبد هذا القطاع الكثير من الخسائر نتيجة لاعتداءات وانتهاكات الاحتلال المتواصلة، وتوالي العدوانات على قطاع غزة المحاصر منذ عام 2006، واستهداف المواطنين والمستشفيات ووسائط نقل المرضى والمراكز الطبية فيه بشكل صارخ، والذي أدى إلى مضاعفة أعباء القطاع الصحي في ظل النقص الشديد في الأدوية والمستلزمات والمواد الطبية فيه نتيجة للحصار. وشهد قطاع غزة العديد من حالات الوفاة بسبب نقص المستلزمات الطبية والأدوية المناسبة اللازمة للعلاج، وكذلك نتيجة لمنع سلطات الاحتلال سفر المرضى، وإعاقة حصولهم على تصاريح مغادرة قطاع غزة عبر معابره المختلفة.

أما في محافظة القدس، وبعد أن قام الاحتلال بسحب تأمينات البعض من فلسطينيي القدس، كشكل من أشكال العقاب والإذلال، أصبح مواطنو القدس يستفيدون من تأمين (انتفاضة الأقصى)، ومن تأمين العاطلين عن العمل، والذي بناءً عليه يتم معاملة سكان محافظة القدس معاملة المواطن المؤمن، وذلك نظرا لخصوصية المحافظة، وتعزيزاً لصمود سكانها، وليكون لهم موطئ قدم في مشافي مدينة القدس.

يواجه الفلسطينيون العديد من المعيقات التي تحول دون انتفاعهم بالخدمات الصحية المقدمة من خلال شبكات التأمين الصحي بأنواعها المختلفة، ومن أبرز هذه المعيقات:[25]

إعاقة وصول الفلسطينيين إلى الخدمات الطبية

1. إعاقة الوصول الجغرافي للمرضى إلى المشافي في مدينة القدس، أو في الداخل المحتل، حيث غالباً ما يخضع الجميع للفحص الأمني، ويتم بناءً عليه تأخير العلاج لمنع منح التصاريح اللازمة للمرضى للسفر لتلقي العلاج، وبخاصة مرضى قطاع غزه. كما ويتم عرقلة مرور الشباب منهم، ومنع مرور بعضهم في حالات أخرى، مما يساهم في تدهور الحالة الصحية للمرضى الذين يحتاجون إلى علاجات عاجلة، وتفاقم الأمراض لتقود البعض منهم إلى الوفاة. ومن الطروحات الإسرائيلية السماح بمرور المرضى بمرافقة شركات أمنية إسرائيلية خاصة تعمل على خدمة الاحتلال، وبتكلفة يومية تصل إلى ما يقارب (2000) شيكل.

2. تهديد حياة المرضى ومرافقيهم للخطر، حيث يقوم الاحتلال بالتحقيق مع المريض، و/أو مع مرافقي المريض في كثير من الحالات. وأحيانا لا يصدر التصاريح الخاصة بمرور مرافقين للمرضى، وإن تم منح التصاريح فتكون لمرافقين فوق (55 – 60) عاما، ويتم منح تصاريح المرافقة للجدات دون الأمهات صغيرات السن لمرافقة الأطفال المرضى. وفي حالات كثيرة يكون المرافق للطفل المريض كبير السن، وغير متعلم، مما يعيق إمكانية التواصل فيما بينهم وما بين الأطباء في المستشفيات، وبخاصة الإسرائيلية منها للوقوف على حالة المريض وتفهمها، والاطلاع على اللازم لها، والموافقة على الإجراءات، مما يحد من حق الطفل في تلقي العلاج المناسب. كما وتكثر حالات إصابة المرافقين من كبار السن بمختلف الأمراض، ومنها الجلطات نتيجة للضغوطات المختلفة أثناء رحلة علاج المريض، مما يضطر وزارة الصحة الفلسطينية

25 مقابلة باحثة الهيئة مع د. أميرة الهندي، مدير عام وحدة شراء الخدمة السابق في وزارة الصحة الفلسطينية، مستشارة وزيرة الصحة لشؤون الصحة بشأن التحويلات والعلاج في الخارج، رام الله، الاثنين 2019/6/17.

تحمل نفقات معالجة المرافقين في المشافي الإسرائيلية، وبخاصة مرافقي مرضى قطاع غزة بالتحديد، حيث أنه، وفي إطار اتفاقيات أوسلو الموقعة بين منظمة التحرير الفلسطينية ودولة الاحتلال في العام 1993، تم تحديد أن السلطة الفلسطينية تتحمل نفقات علاج مريض الطوارئ الذي يصل إلى المشافي الإسرائيلية.

3. إعاقة وصول الأدوية والمستلزمات الطبية واحتجازها لفترات طويلة في الموانئ الإسرائيلية.

يقوم الاحتلال بتأخير، أو منع إدخال الأدوية المستوردة من الخارج، وبخاصة تلك الأدوية التي تقوم دولة الاحتلال بتصنيعها، ومنها الأدوية اللازمة لعلاج إلتهاب الكبد الوبائي من الفئة C، حيث تعمل سلطات الاحتلال على المنع والحرمان من شرائها، وعلى إطالة أمد إدخال الدواء عبر حجزها في الموانئ الإسرائيلية لفترات طويلة، مما يضطر وزارة الصحة لشراء الأدوية اللازمة من دولة الاحتلال بأسعار أعلى، وبالتالي زيادة أعباء المرضى وطول الانتظار وشراء الأدوية من مستودعات الأدوية الإسرائيلية. كما يتم تأخير إدخال الأدوية والمستلزمات الطبية اللازمة كالتصوير النووي، واليود المشع، مما يؤثر سلباً على الأوضاع الصحية للمرضى، ويؤخر علاجهم، ويعيق قدرتهم على استكمال العلاج، وتشخيص حالاتهم.

تهديد الوضع الصحي للمواطن الفلسطيني في قطاع غزة

يفرض الاحتلال الإسرائيلي حصارًا مشددًا على قطاع غزة منذ عام 2006، حيث يغلق كافة معابره ومنافذه الحدودية التي تصله بالعالم الخارجي، باستثناء فتحها بشكل جزئي لدخول بعض البضائع والمسافرين. لقد ترك هذا الأمر تداعياته على الأوضاع الصحية لسكانه، مما أدى إلى تراجع المنظومة الصحية، حيث أدى استمرار حصار قطاع غزة إلى تدهور الوضع الصحي لسكان القطاع، وإلى تدهور المرافق الصحية الحكومية فيه، نظراً لحظر سلطات الاحتلال توريد الأجهزة الحديثة اللازمة، أو قطع الغيار البديلة لإصلاح المتعطل منها في مستشفيات القطاع، ما ساهم في عرقلة عمل المستشفيات والمراكز الطبية بالشكل الذي يلبي الخدمات الصحية لسكان القطاع. وحال الحصار دون تمكن وزارة الصحة الفلسطينية من استيراد الأجهزة الحديثة اللازمة لأقسام الأشعة، ومنها الألتراساوند (Ultrasound)، ما أثر في جودة ومستوى الخدمات المقدمة للمواطنين في ظل النمو الطبيعي المتزايد، ونقص التجهيزات الطبية اللازمة لعلاج الأمراض الخطيرة. كما تسبب في عجز المستشفيات عن التعامل مع مئات الحالات المرضية، ما دفع الوزارة إلى إلغاء وتأجيل

العشرات من العمليات الجراحية المحددة للمرضى، واللجوء إلى تحويل المرضى إلى مستشفيات الخارج لإجراء الفحوصات الطبية والعمليات الجراحية.[26]

وعانت مستشفيات القطاع خلال سنوات الحصار من نفاذ عشرات أصناف الأدوية والعلاجات، ففي العام 2017 عانت مستشفيات القطاع من نفاد (191) صنفاً من الأدوية ضمن القائمة الأساسية التي تقدر بـ (516) صنفاً تمثل (40%) من حجم الأدوية، كما عانت من نقص (291) صنفاً من المستهلكات الطبية؛ أي (36%) من القائمة الأساسية التي تقدر بـ (856) صنفاً، كما عانت من نقص حاد في أدوية المناعة، ونقص قدر بـ (90%) من خدمات مرضى الأورام وأمراض الدم.[27] وطال ذلك المرضى من الفئات العمرية كافة، وذلك في مخالفة صارخه للقانون الدولي الإنساني، والقانون الدولي لحقوق الإنسان.

يأتي هذا في الوقت الذي واصلت فيه سلطات الاحتلال الإسرائيلي على مدار سنوات الحصار المشدد المفروض على قطاع غزة منع وحرمان الآلاف من مرضى القطاع من السفر خارجه لتلقي العلاج اللازم بحجة أن علاجهم يتوافر في مستشفيات القطاع، أو بادعاء أن أمراضهم لا تشكل خطراً على حياتهم، وأن علاجهم من تلك الأمراض يعد «جودة حياة»!. وبدأت سلطات الاحتلال باتباع هذه السياسة في العام 2007 بعد القرار بتشديد الحصار على القطاع، وتقييد حركة سكانه، ووضع المعايير الخاصة بحصول المرضى الذين يعانون من أمراض خطيرة جداً ومميتة، ولا يتوافر لهم علاج في مستشفيات قطاع غزة، على التصاريح اللازمة للسماح لهم بالمرور عبر معبر بيت حانون «ايريز» لتلقي العلاج في مشافي الداخل المحتل، والضفة الغربية بما فيها القدس المحتلة، مما أعاق مغادرة مرضى القطاع، ومن قدرتهم على تلقي العلاج.[28]

تتجدد معاناة مرضى القطاع المأمنين صحياً منهم عند صرف الأدوية الخاصة لعلاجهم شهرياً من الأمراض المزمنة وغيرها، وذلك نظراً لنقص تلك الأدوية. كما لا يتوافر في بعض الأحيان الأدوية الخاصة بعلاج أمراض القلب والربو، مما يضطر المرضى للبحث وشراء الأدوية من الصيدليات

26 «المساومة على الألم: تقرير حول القيود الإسرائيلية على سفر مرضى قطاع غزه وحرمانهم من العلاج»، المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان، غزه، كانون الأول/ديسمبر 2017.

27 بيان إحصائي رسمي، وزارة الصحة الفلسطينية، تموز 2017.

28 عرقلت سلطات الاحتلال حتى تاريخ 2017/9/30 سفر(9101) من مرضى قطاع غزة المحولين للعلاج في الخارج، بما في ذلك مستشفيات مدينة القدس المحتلة، وذلك من أصل (19562) طلب تصريح؛ أي ما نسبته (46.5%) من إجمالي الطلبات المقدمة، منهم (579) تصريحاً لمرضى تم رفضهم لأسباب أمنية، و(407) طلبات لم يرد عليها، و(7179) تصريحاً لمرضى لم يرد عليها لدراستها، كما طلبت سلطات الاحتلال من (90) مريضاً آخرين تغيير مرافقيهم، وبذرائع مختلفة أخرت سفر (846) مريضاً. وكافة من يطلبون تلك التصاريح هم من المرضى الذين أحالتهم السلطة الفلسطينية إلى العلاج خارج قطاع غزة، وتعهدت بدفع التكلفة المالية لعلاجهم.

الخاصة، وذلك في ظل سوء الأحوال المعيشية، أو الاستعانة أحياناً بأصدقاء أو أقارب لهم من سكان الضفة الغربية لشرائها، ومحاولة تأمينها لهم مع عائدين إلى قطاع غزة.

وفي شهر أيار/مايو 2019 حذرت وزارة الصحة الفلسطينية من التداعيات الخطيرة لأزمة الأدوية على مرضى القطاع، حيث وصل العجز في الأدوية والمستهلكات الطبية معدل (52%). يعاني مرضى القطاع نتيجة للعجز في مخازن الأدوية والصيدليات، فالأدوية غير كافية نوعاً وكماً، حيث أن العلاج الذي يصرف للمرضى هو جزء من خطة علاجية توضع للمريض للسيطرة على المرض، والحد من مضاعفاته على حالته الصحية، ويترتب على أي تعطيل وعدم التزام بخطة العلاج نتائج عكسية على صحة المريض.[29] وتعد كميات الدواء التي تصل صيدليات القطاع محدودة، ويتم توزيع الأدوية مجزأة للمرضى بغرض تحقيق العدالة في التوزيع بينهم، بحيث يأخذ كل مريض جزءً ولو يسيراً من الأدوية اللازمة له.

وتعد أزمة وزارة الصحة فيما يتعلق بالأدوية، وخاصة أدوية الأمراض المزمنة، أزمة شبه دائمة، حيث لا يقتصر الأمر فقط على نقصها وعدم توفرها، بل إن القائمة الأساسية للأدوية تحتاج إلى تحديث، فهي لم تحدّث منذ العام 2013، وهي بحاجة لإدخال أصناف جديدة من الأدوية عوضاً عن تلك القديمة منها.

ساهم حرمان الكثير من مناطق القطاع من الكهرباء، في ظل خفض قدرة الكهرباء بنسبة (40%) من قبل سلطات الاحتلال الإسرائيلي، وعدم قدرة محطة توليد كهرباء غزة على العمل بكامل طاقتها، في حرمان حوالي مليوني مواطن في القطاع من التمتع بالحقوق والخدمات الأساسية كالعمل، والصحة، والتعليم، والمياه، وانعكس ذلك الأمر بشكل سلبي على واقع حياة المواطنين فيه، والقدرة على التمتع وممارسة مختلف الحقوق الأساسية، ومنها الحق في الصحة، والذي يمسُّ بدوره الحق في الحياة.

الأسرى الفلسطينيون في السجون الإسرائيلية

تعد سياسة الإهمال الطبي من أسوأ ما تمارسه سلطات الاحتلال بحق الأسرى الفلسطينيين المرضى المحتجزين في سجونها، والذين يقارب عددهم (750) أسيراً يعانون من أمراض مختلفة، تعود أسبابها إلى قسوة ظروف الاحتجاز، وسوء التغذية والتهوية، وسوء المعاملة. ومن بين الأسرى

29 وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، على الموقع الالكتروني: https://www.moh.gov.ps

المرضى هناك (200) أسير بحاجة إلى تدخلات جراحية عاجله لإنقاذ حياتهم. ويعاني (34) أسيراً من مرض السرطان، ويعاني (70) آخرون من إعاقات جسدية ونفسية وحسية، إضافة إلى وجود عشرات الجرحى الذين أصيبوا بالرصاص الحي خلال عملية اعتقالهم، فيما فقد بعضهم القدرة على الحركة في ظل استمرار سياسة الإهمال الطبي.[30]

تنص قوانين دولة الاحتلال على تحمل سلطات الاحتلال مسؤولية تقديم الخدمة الطبية وتغطية تكلفة علاج الأسرى طالما هم قيد الأسر. وعلى الرغم من ذلك، قامت وزارة الصحة الفلسطينية خلال العام 2019 بتغطية تكاليف زراعة كلية لأسير فلسطيني في سجون الاحتلال الإسرائيلي تبرع بها أحد أقاربه، وتنتهي محكوميته في شهر تموز/يوليو 2019، وبلغت تكلفتها (280) ألف شيكل. وكان الأسير يقوم بعملية غسل للكلى ثلاث مرات أسبوعيا بحيث كان يتم نقله من السجن إلى مشفى تل هشومير من أجل ذلك. ورغم أن القانون الإسرائيلي يلزم سلطات الاحتلال بتحمل وتغطية تكاليف العلاج ما دام المريض في الأسر، إلا أن وزارة الصحة الفلسطينية وافقت على تحمل تلك التكاليف تحت ضغط الأهل ومناشداتهم، وتدخل رئيس الوزراء وهيئة شؤون الأسرى.[31]

إصابات العمال الفلسطينيين داخل الخط الأخضر

في الوقت الذي تشكل فيه دولة الاحتلال أحد أكبر المشغلين للعمالة الفلسطينية، كنتيجة للممارسات الإسرائيلية من استمرار السيطرة على الأرض الفلسطينية، والموارد الطبيعية، والحدود، تتواصل ممارسات وانتهاكات دولة الاحتلال بحق القوى العاملة الفلسطينية داخل الخط الأخضر في مخالفة للقوانين والمعاهدات والمواثيق الدولية والاتفاقيات الثنائية بين الجانبين الفلسطيني والإسرائيلي، بما يشكل مساساً مقصوداً بالحقوق العمالية للعمال الفلسطينيين الذين لا يجدون بدائل من العمل في سوق العمل الإسرائيلية نظراً لانعدام الفرص في سوق العمل الفلسطينية نتيجة للإجراءات التعسفية الإسرائيلية، حيث توجه العمال الفلسطينيون للعمل في الداخل المحتل بعد التضييق عليهم من قبل سلطات الاحتلال في كافة جوانب حياتهم لدفعهم إلى إهمال وترك أراضيهم، وتم استغلالهم كأيدٍ عاملة رخيصة، وبحقوق محدودة.

30 ملخص التقرير السنوي حول «واقع الاعتقالات الإسرائيلية لأبناء الشعب الفلسطيني وأبرز الانتهاكات التي مورست بحق المعتقلين خلال العام 2018»، هيئة شؤون الأسرى والمحررين، 2 كانون الثاني/يناير 2019.

31 مقابله مع د. أميرة الهندي، مدير عام وحدة شراء الخدمة السابق في وزارة الصحة الفلسطينية، مستشارة وزيرة الصحة لشؤون الصحة بشأن التحويلات والعلاج في الخارج، رام الله، الاثنين 2019/6/17.

بلغ عدد العاملين في الداخل الفلسطيني والمستعمرات في العام 2019 حوالي (133) ألف عامل، وكانت الحصة الأكبر لمن لديهم تصاريح عمل بنسبة (71%) منهم، وأما العاملون دون تصاريح عمل فبلغت بنسبتهم (20%)، وأما حاملو الهوية الاسرائيلية أو جواز سفر أجنبي فبلغت نسبتهم حوالي (9%). وبلغ عدد العاملين في المستعمرات الإسرائيلية (23) ألف عامل في العام 2019، مقارنة بحوالي (22) ألف عامل في العام 2018. كما سجل قطاع البناء والتشييد أعلى نسبة تشغيل في إسرائيل والمستعمرات والتي تشكل نسبة (64%) من إجمالي العاملين الفلسطينيين في إسرائيل والمستعمرات.[32]

ورصدت الإدارة العامة للتشغيل في وزارة العمل خلال العام 2019 ارتفاع أعداد الوفيات وإصابات العمل في صفوف العمال الفلسطينيين، وبخاصة في قطاع البناء، حيث بلغ عدد الإصابات في صفوف العاملين الفلسطينيين داخل الخط الأخضر (220) عاملاً فلسطينياً خلال عملهم في الداخل المحتل، توفي (20) منهم أثناء عملهم إثر تعرضهم للإصابات خلال العمل.[33]

ينقسم العمال الفلسطينيون الذين يعملون في الداخل المحتل إلى عمال يعملون بشكل نظامي وبتصاريح سارية المفعول، وهم مؤمنون في الأصل ويتم علاجهم إن وقعت حوادث في العمل على حساب رب العمل الإسرائيلي. على الرغم من تهرب أرباب العمل الإسرائيليين من مسؤولياتهم خلال مراحل معينة من العلاج، كمرحلة التأهيل مثلا، حيث يخرج المريض من المشفى بدون علمهم. أما إذا ما أصيب العامل بمرض عادي تقوم الوزارة بتغطيته، إنْ استطاع الانتقال إلى الضفة الغربية يتم نقله، وإذا لم يستطع العامل المريض ذلك وبقي في مستشفيات الداخل تقوم الوزارة بتغطية نفقات علاجه.

أما العمال غير النظاميين، والذين يعملون بدون تصاريح سارية المفعول، فإنهم لا يتمتعون بالتأمين الصحي، ولا يغطي أرباب العمل الإسرائيلون نفقات علاجهم. وإن حدث وأصيب أحدهم إصابة عمل، يتم رفع مطالباتهم للتغطية المالية إلى وزارة الصحة الفلسطينية، إلا أنه من الناحية المالية لا تستطع الوزارة تغطيتها لعدم وجود أنظمة واضحة حول تلك الحالات إلا في حال حصول العامل المصاب على قرار رئاسي بتغطية وتحمل تلك النفقات بعد رفع المناشدات لرئيس السلطة الفلسطينية. كما أنه وإن تم الإبلاغ عن الإصابة خلال (24) ساعة من حدوثها، وكان بالإمكان نقل

32 البيان الصحفي حول نتائج القوى العاملة للعام 2019 . الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2019.

33 مراسله واردة للهيئة من قبل وزارة العمل بتاريخ 3 شباط/فبراير 2020.

المريض من هناك إلى الضفة الغربية[34]، فيتم نقله إلى مشفى حكومي في الضفة الغربية، ويقوم بإصدار تأمين صحي حكومي، وبذلك تنتهي المشكلة.

سلطات الاحتلال ومطالباتها المالية للسلطة الفلسطينية

كشفت بعض التقارير عن موضوع الخصومات المالية الكبيرة غير العادلة، وغير المبررة، التي تتقدم بها المالية الإسرائيلية بشكل مطالبات لوزارة الصحة الفلسطينية،

الاستنتاجات والتوصيات

يواجه المواطن الفلسطيني نتيجة للاحتلال الإسرائيلي العديد من المعيقات التي تعرقل حصوله على الخدمات الصحية المقدمة له من خلال شبكات التأمين الصحي بأنواعها، وتحول دون انتفاعه منها بالشكل المطلوب، ومنها إعاقة الاحتلال لوصول المواطن الفلسطيني إلى الخدمات الطبية من خلال إعاقة الوصول الجغرافي للمرضى إلى المشافي في مدينة القدس المحتلة، وفي الداخل المحتل، وإخضاع المرضى ومرافقيهم للفحص الأمني، ورفض، أو تأخير منح سلطات الاحتلال التصاريح اللازمة للمرضى للسفر لتلقي العلاج، وبخاصة مرضى قطاع غزة، ما يتسبب في تأخير العلاج. بالإضافة إلى تهديد الوضع الصحي للمواطن الفلسطيني في قطاع غزة، كنتيجة لتلك الإجراءات ولتداعيات الحصار المشدد المفروض على القطاع منذ العام 2006، مما أدى إلى تراجع المنظومة الصحية فيه بتدهور الوضع الصحي لسكان القطاع، وتدهور المرافق الصحية الحكومية فيه، نتيجة لنقص التجهيزات والمستلزمات الطبية والأدوية اللازمة لعلاج الأمراض الخطيرة، وانقطاع الكهرباء ونفاذ الوقود، ما تسبب في عجز المستشفيات عن التعامل مع مئات الحالات المرضية، واللجوء إلى تحويل المرضى إلى مستشفيات الخارج للعلاج، في ظل القيود المفروضة على السفر.

كما وتتنصل دولة الاحتلال من التزاماتها القانونية والأخلاقية تجاه الأسرى الفلسطينيين في السجون والمعتقلات الإسرائيلية، وتمارس بحقهم سياسة الإهمال الصحي المتعمد، والتقصير في تقديم الخدمات الطبية، لهم ما يجبر وزارة الصحة الفلسطينية على تغطية نفقات علاج البعض منهم.

عدا عن معاناة العمال الفلسطينيين من العمال من حملة تصاريح العمل في الداخل المحتل

34 مقابله باحثة الهيئة مع د. أميرة الهندي مدير عام وحدة شراء الخدمة السابق في وزارة الصحة الفلسطينية، مستشارة وزيرة الصحة لشؤون الصحة بشأن التحويلات والعلاج في الخارج، رام الله، الاثنين 2019/6/17.

في حالات إصابات العمل، حيث يتهرب بعض أرباب العمل الإسرائيليين من مسؤولياتهم خلال مراحل معينة من العلاج، كمرحلة التأهيل ما يضطر وزارة الصحة الفلسطينية بتغطيتها، بالإضافة إلى قيامها بتغطية نفقات علاج أي من العمال المرضى حال بقائهم في مستشفيات الداخل المحتل. أما أولئك العمال من غير حملة التصاريح فلا يتمتعون بالتأمين الصحي، وترفع مطالبات إسرائيلية للجهات الفلسطينية بالتغطية المالية في حال إصابة أي أحد منهم، وعلاجه في المستشفيات الإسرائيلية.

ويعكس حجم المطالبات والخصومات المالية الكبيرة غير المبررة التي تتقدم بها المالية الإسرائيلية لوزارة الصحة الفلسطينية، والتي ترد في فواتير المستشفيات الإسرائيلية التي تقوم وزارة الصحة بالتوجه لها لشراء الخدمة الطبية، سطوة دولة الاحتلال في فرض الأسعار المبالغ فيها مقابل شراء الخدمة منهم. يتطلب كل ذلك جهود دولة فلسطين في سبيل وضع حد لسياسات وإجراءات دولة الاحتلال التي تستهدف صحة المواطن الفلسطيني، ومنها:

- ضرورة قيام الحكومة الفلسطينية بدعوة الدول الأطراف السامية المتعاقدة على اتفاقيات جنيف الأربع للعام 1949، إلى التدخل وضمان احترام دولة الاحتلال للاتفاقية، والوقوف أمام التزاماتها القانونية تجاه المواطنين الفلسطينيين، وضمان الحق في الصحة، ولتطبيق الاتفاقيات الدولية التي تعد طرفاً فيها على الأرض الفلسطينية المحتلة، بما فيها القدس الشرقية بشكل كامل.

- ضرورة قيام الحكومة الفلسطينية بدعوة المجتمع الدولي والمنظمات الحقوقية والإنسانية لإنهاء الحصار الإسرائيلي المشدّد المفروض على قطاع غزة، وفتح كافة معابره أمام حركة الأفراد والبضائع إنهاءً لأزماته الإنسانية، والوقوف بشكل جاد أمام ممارسات الاحتلال وضمان حق المواطن الفلسطيني ببلوغ أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وهو ما ضمنته المواثيق والاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان كافة.

- سلطات الاحتلال باتخاذ الاحتياطات والتدابير الوقائية والاحترازية اللازمة لحماية الأسرى الفلسطينيين وتحملها كامل المسؤولية القانونية عن سلامتهم وحياتهم، وتوفير العلاج الطبي الملائم لهم، ودعوة الهيئات الدولية، بما فيها هيئات الأمم المتحدة، واللجنة الدولية للصليب الأحمر، الوقوف أمام التزاماتها ومسؤولياتها القانونية والأخلاقية لضمان تنفيذ سلطات الاحتلال لذلك.

- المجتمع الدولي للضغط على دولة الاحتلال للوفاء بالتزاماته القانونية والأخلاقية تجاه العمال الفلسطينيين وضمان الحماية لهم حفاظاً على حياتهم، وحياة أسرهم، وتقديم العلاج والرعاية الصحية الواجبة واللازمة.

- اتخاذ الحكومة الفلسطينية للإجراءات التي تضمن الانفكاك عن الاحتلال، ووضع حد لسياسات وإجراءات دولة الاحتلال تجاه القطاع الصحي الفلسطيني وسطوته عليه بتحميله التكاليف الباهظة للتحويلات، من خلال توطين خدمات الرعاية الصحية الفلسطينية، ووضع سياسة صحية وطنية لضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة للجميع.

- تعزيز قدرة وتطوير القطاع الصحي الفلسطيني بالاستثمار في القطاع الصحي ومده بالقدرات البشرية من مختلف التخصصات، وتطوير البرامج الطبية في الجامعات الفلسطينية. كخطوات في طريق الانفكاك عن الاحتلال.

- زيادة الإنفاق الحكومي على القطاع الصحي ورفع نسبتها من الموازنة العامة.

- ضرورة إعادة النظر في الاتفاقيات المبرمة مع دولة الاحتلال الإسرائيلي ما يُمَكِّن من وقف ابتزاز الجانب الإسرائيلي والاعتماد على الجهود الصحية الفلسطينية، ووضع حد للتبعية صحياً لدولة الاحتلال الذي سيقود لوقف التعامل مع المؤسسات الصحية فيها.

الانقسام السياسي؛ غياب العدالة في الجباية واستحالة الوصول إلى سلة مشتملات التأمين الصحي

ترك الانقسام السياسي الفلسطيني أثاراً سلبيةً بشكل مباشر على واقع تمتع المواطنين بالعديد من الحقوق والخدمات المختلفة. وفي هذا السياق سنركز بشكل خاص على أبرز الآثار الناجمة عن الانقسام وتأثيرها على واقع تمتع المواطنين بخدمات التأمين الصحي.

ازدواجية إدارة نظام التأمين الصحي

تتجسد أبرز صور تأثير الانقسام الداخلي الفلسطيني في ازدواجية الإدارة بين المؤسسات الحكومية في قطاع غزة ونظيرتها في الضفة الغربية، مما أثر على مستوى الحقوق والخدمات التي يتلقاها المواطنون، ومن بينها خدمات وزارة الصحة وخدمات التأمين الصحي. وتجسدت آثارها في عدم وجود خطة موحدة لقطاع الصحة، وإقحام الصحة في إطار المناكفات السياسية، حيث توقف غالبية موظفي وزارة الصحة عن العمل بعد الانقسام، وترتب على ذلك فقدان الخبرات والكفاءات في مجال الصحة، وتدني برامج تطوير الأجهزة الطبية والتشخيصية والعلاجية، وعدم إصلاح، أو استبدال الأجهزة والمعدات الطبية المعطلة، حيث بلغ عدد الأجهزة الطبية المعُطَّلة في مستشفيات الوزارة في القطاع (350) جهازاً طبياً مع نهاية العام 2017 من أصل (6100) جهاز.[35] وعدم رصد الموازنات لتأهيل وترميم البنية التحتية في المرافق الصحية، وعدم رفدها بالموارد البشرية المؤهلة حيث لم يتم توظيف أي موظف في وزارة الصحة في قطاع غزة على بند الرواتب للحكومة في الضفة الغربية خلال سنوات الانقسام الممتدة من العام 2007.

كما نتج عن الانقسام عدم نفاذ القرارات المتعلقة بالتأمين الصحي الصادرة من قبل وزارة

35 الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان- التقرير السنوي الثالث والعشرون 2017 - ص119 – 120.

الصحة في الضفة الغربية في قطاع غزة. وكذلك عدم توفير الموازنات التشغيلية اللازمة لتغطية المصاريف الجارية لمرافق وزارة الصحة في القطاع، ونقص الأدوية والمستلزمات والمستهلكات الطبية، ومواد المختبرات، وبنوك الدم، حيث بلغ عدد الأدوية في القائمة الأساسية للأدوية المعتمدة من وزارة الصحة في غزة (516) صنفاً، و(853) صنفاً من المستهلكات الطبية. وقد بلغ نسبة العجز في الأدوية (45%)، وفي المستهلكات الطبية (27%)، و(58%) في مواد المختبرات وبنوك الدم.[36]

إعفاء المواطنين في قطاع غزة من رسوم التأمين الصحي

أصدر رئيس السلطة الوطنية في العام 2007 المرسوم رقم (18) لسنة 2007 أعفى بموجبه كافة المواطنين في قطاع غزة إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية بموجب المادة (2) منه.[37] وبموجب هذا الإعفاء أصبح جميع سكان قطاع غزة يتمتعون بخدمات التأمين الصحي المجاني المقدم من وزارة الصحة[38]، وأصبح بإمكان أي فرد أن يتلقى العلاج اللازم باستخدام بطاقة الهوية الفلسطينية. وبموجبه أصبحت نسبة تغطية وزارة الصحة لسكان قطاع غزة (100%.).

يخالف مضمون هذا المرسوم مبدأ العدالة في الجباية الضريبية، وفي الانتفاع من الخدمات كافة، بما فيها الخدمة الصحية، وذلك نتيجة اعتماده التمييز بين المواطنين استناداً إلى الموقع الجغرافي، وساهم ذلك في التقليل من إيرادات التأمين الصحي. ويجدر بالذكر أن عدد سكان مواطني القطاع بلغ (1.99) مليون نسمة في العام 2019، وأصبحوا يعتمدون بالكامل على المساهمات والإيرادات المالية التي يدفعها المأمَّنون في الضفة الغربية، وذلك دون النظر إلى فلسفة التأمين الصحي كوسيلة إيرادات، ووسيلة للتكافل الاجتماعي.[39]

من جانب آخر، يقتصر هذا الإعفاء في حالة تلقي العلاج خارج قطاع غزة فقط، حيث تقوم وزارة المالية في القطاع بتحصيل أقساط التأمين من الموظفين العاملين في حكومة القطاع، ومن

36 المرجع نفسه، ص119 .

37 بتاريخ 2017/04/20 صدر القرار بقانون رقم (10) لسنة 2017م والذي يعيد التأكيد على المرسوم الرئاسي رقم (18) لسنة 2007 بشأن إعفاء المواطنين والمكلفين في المحافظات الجنوبية إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات ومؤسسات وهيئات دولة فلسطين، بما فيها الخدمات التي تقدم لأول مرة.

38 وذلك باستثناء الموظفين الحكوميين الذين يتلقون رواتبهم من الحكومة في رام الله، حيث يتم خصم قسط التأمين الصحي من رواتبهم شهريا.

39 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. الإحصاء الفلسطيني يستعرض أوضاع السكان في فلسطين بمناسبة اليوم العالمي للسكان، 2019/07/11. http://www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?lang=ar&ItemID=3502

المواطنين غير المعفيين من الرسوم بموجب قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي. وقد أصدرت اللجنة الإدارية في قطاع غزة القرار رقم (14) لسنة 2017 بشأن دليل إجراءات عمل وحدة التأمين الصحي، ويشمل تعديلاً على النظام يحدد نسب اقتطاع رسوم التأمين الصحي الإلزامي والاختياري والفئات المستثناة من رسوم التأمين الصحي.[40]

بموجب قرار الإعفاء أصبحت إيرادات وزارة الصحّة في الضفة الغربية من رسوم التأمين الصحي في قطاع غزة تقتصر على الاستقطاعات من الموظفين العاملين بالوظيفة الحكومية. وتجدر الإشارة هنا أنه بتاريخ 2017/12/26 صدر قرار بقانون رقم (22) لسنة 2017 بشأن إلغاء المرسوم رقم (18) لسنة 2007، والقرار بقانون رقم (10) لسنة 2017، المتعلقين بالإعفاء من دفع الضرائب ورسوم الخدمات في المحافظات الجنوبية.

ويتم توريد رسوم التأمين التي يتم تحصيلها في قطاع غزة، سواءً أثناء سريان الإعفاء أو بعد إلغائها، إلى وزارة المالية في القطاع. حيث بلغت قيمتها من الموظفين العاملين في حكومة غزة والبلديات في قطاع غزة في العام 2018 حوالي (46.6) مليون شيكل، ويتم خصمها من خلال قسيمة الراتب. بينما بلغت المبالغ المحصلة نقداً من المأمنين الآخرين حوالي (7.8) مليون شيكل من إجمالي حوالي (137) مليون شيكل.[41]

بطء إجراءات الحصول على العلاج في الخارج

تلجأ وزارة الصحة إلى تعويض النقص لديها في التخصصات والخبرات الطبية، والأجهزة والمعدات، والأدوية واللوازم الطبية عبر شراء الخدمات الطبية من جهات طبية محلية خارج وزارة الصحة، أو خارج فلسطين. وتعتبر حيازة المريض على تأمين صحي ساري المفعول أحد المتطلبات الأساسية قبيل اتخاذ قرار التحويل أو حتى الشروع في الإجراءات، ولا تثور مشكلة بهذا الخصوص لأن سكان قطاع غزة معفيون من رسوم التأمين الصحي مدة سنوات الانقسام حتى صدور القرار بقانون رقم (22) لسنة 2017 بشأن إلغاء الإعفاء من دفع الضرائب ورسوم الخدمات في المحافظات الجنوبية. وتبرز الإشكالية الأساسية بجودة الخدمة الصحية، نتيجة تدهور مستوى الرعاية الصحية في القطاع في ظل النقص المزمن في الأدوية والمستلزمات الطبية، ونقص الكوادر البشرية، الأمر الذي يضطر المرضى - غير أولئك الذين لا يتوفر علاجهم داخل القطاع - ممن

40 مقابلة أجراها باحث الهيئة مع مدير عام التأمين الصحي في قطاع غزة السيد فايز الشلتوني، بتاريخ 2019/4/8

41 المرجع السابق

يحتاجون للعلاج لعدم توفر الدواء، أو نقصه، أو بسبب عطل المعدات الطبية التشخيصية، اللجوء لطلب التحويل للعلاج خارج قطاع غزة، وهو بدوره ليس سهلا.[42] حيث تكون الإجراءات طويلة لحصول مرضى القطاع على التحويلات الطبية للعلاج في الخارج.[43] ومع إعلان التدابير مطلع العام 2017 تجاه قطاع غزة جرى تقليص كميات الأدوية، وخفض التحويلات بشكل كبير، والتي طالت فئات أحوج ما تكون للعلاج، ونجم عن ذلك وفيات حوالي (16) مريضاً خلال الفترة (1 تموز/يوليو 2017- 30 تموز/ يوليو 2018) موزعين بواقع 3 رجال، 2 نساء، و11 طفلاً).[44]

ناهيك عن صعوبة الحصول على تصاريح تنقل لمغادرة القطاع للعلاج من قبل سلطات الاحتلال الإسرائيلية لأسباب تبرر بأنها أمنية، كما يتأخر إصدار التصاريح الأخرى، فقد عانى الكثيرون من تأخر، أو حتى منع معاجلتهم، الأمر الذي فاقم من أحوالهم الصحية، وأدى إلى العديد من الوفيات التي كان يمكن تفاديها بين الفلسطينيين. وفي هذا السياق تبرز أهم معيقات تلقي العلاج في الخارج لمواطني القطاع الناجمة عن الانقسام السياسي، ومنها:[45]

- انخفاض نسبة التحويلات المحولة لقطاع غزة مقارنة بالكثافة السكانية فيه والبالغة ما يقرب من (40%) من عدد مواطني أراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، حيث لم تتجاوز نسبة تكلفة التحويلات المخصصة للقطاع في عاميّ 2015 و2016 الـ (29%) من التكلفة الاجمالية للتحويلات، وفي العام 2017 لم تتجاوز (21%) من إجمالي ما صرفته وزارة الصحة على التحويلات الطبية.

- إعطاء التحويلة الطبية لتنفيذ إجراء طبي واحد للمريض، رغم حاجته إلى أكثر من إجراء طبي لمعالجة مرضه، مع ما يستدعي ذلك من الدخول في إجراءات الحصول على تحويلة

42 قامت منظمة الصحة في العالمية في شهري تشرين الأول (أكتوبر) وتشرين الثاني (نوفمبر) 2015 بدراسة أسباب التحويلات من مستشفى الشفاء في مدينة غزة إلى العلاج بالخارج، حيث أن مستشفى الشفاء مصدر (50%) من طلبات التحويل في قطاع غزة. تم الطلب من الأطباء أن يسجلوا تشخيص الحالة، والعلاج الموصى به، وسبب عدم إمكانية علاج المريض في غزة. تسعة في المائة من بين ألف طلب تم دراسته كانت لعلاج عاجل. أكثر التخصصات المطلوبة كانت الأورام (33%) والعظام (16%). وكانت الأسباب الرئيسية للتحويلات بسبب وجود نقص في: المعدات الطبية (37%)، الأدوية المطلوبة (23%)، خدمات التشخيص (14%)، مركز علاج تخصصي متقدم (7%)، موارد بشرية متخصصة (6%)، خدمات التأهيل (3%)، توافر الخدمة (قوائم انتظار طويلة) (3%)، أسباب أخرى (6%) (تشمل ضغط العائلة 0.9%). أظهرت البيانات أنه لا يمكن تخفيض التحويلات بدون استثمار فوري وجاد ومستدام في النظام الصحي في قطاع غزة لتلبية الاحتياجات الصعبة بشكل مناسب ولزيادة الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة. منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. الحق في الصحة: اجتياز المعيقات للوصول إلى الخدمات الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة / 2015-2014 ص19

43 مركز الميزان لحقوق الإنسان – وحدة الأبحاث والمساعدة الفنية - واقع المرضى في قطاع غزة في ظل المعايير الخاصة بالتحويلات الطبية سبتمبر 2018 ص5

44 المرجع نفسه ص7

45 لمزيد من المعلومات أنظر التقرير السنوي للهيئة المستقلة لحقوق الإنسان 2017 و2018 – الإطار الخاص بالحقوق - الحق في الصحة.

طبية أخرى (فلسطينية وإسرائيلية)، الأمر الذي يعيق عملية العلاج، ويباعد بين كل إجراء طبي والإجراء الذي يليه، ويؤخر في شفاء المريض، ويتسبب في تفاقم حالته الصحية.

- عدم تزويد الجهات الصحية في قطاع غزة ببعض الأدوية مرتفعة القيمة مما يساعد في رفع تكلفة التحويلة الطبية. فمثلا، قد تكون تكلفة إبرة دواء معين (100) دولار إذا تم توفيرها في المؤسسات الصحية الرسمية، في حين أن تكلفة العلاج إذا تم عن طريق التحويلة الطبية قد يتجاوز الـ (1000) دولار، فضلاً عن بطء عملية علاج المريض، وارتفاع حجم المخاطرة.

منع المواطنين من قطاع غزة من الحصول على جوازات السفر

يشكل منع مواطنين من الحصول على جوازات السفر، أو التأخير في إصدارها من قبل وزارة الداخلية في الضفة الغربية، أبرز انتهاكات حرية الحركة والتنقل نتيجة الانقسام، التي ألقت بظلالها على حرمان المواطنين من تلقي العلاج خارج قطاع غزة على نفقة التأمين الصحي. حيث لا يتم منح أي جواز سفر لمواطني القطاع قبل صدور موافقة أمنية من الأجهزة الأمنية في الضفة الغربية، والتي تستغرق عدة أيام، وأحيانا عدة اسابيع، وفي حال الرفض لا يحصل المواطن على جواز السفر، وفي حال الموافقة فإن المواطن يحصل على الجواز في وقت متأخر.

الاستنتاجات والتوصيات

- ترتب على الانقسام السياسي اقحام وزارة الصحة في إطار المناكفات السياسية، وتوقف غالبية موظفي وزارة الصحة عن العمل بعد الانقسام، وفقدان الخبرات والكفاءات في مجال الصحة، وتدني برامج تطوير الأجهزة الطبية والتشخيصية والعلاجية، وعدم نفاذ القرارات المتعلقة بالتأمين الصحي الصادرة من قبل وزارة الصحة في الضفة الغربية في قطاع غزة. وكذلك عدم توفير الموازنات التشغيلية اللازمة لتغطية المصاريف الجارية لمرافق وزارة الصحة في القطاع، ونقص الأدوية والمستلزمات والمستهلكات الطبية ومواد المختبرات وبنوك الدم. لذلك، وحتى يتم إنهاء الانقسام السياسي، يتوجب على مقدمي الخدمات الصحية التنسيق والتعاون المشترك في سبيل تقديم خدمة الرعاية الصحية، على نحو يراعي مبدأ العدالة في تقديم الخدمة وفق معايير الجودة والكفاية.

- إن إصدار رئيس السلطة الوطنية في العام 2007 المرسوم رقم (18) لسنة 2007، والذي

أعفى بموجبه كافة المواطنين في قطاع غزة إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية بموجب المادة (2) منه.46 وبموجب هذا الإعفاء أصبح جميع سكان قطاع غزة يتمتعون بخدمات التأمين الصحي المجاني المقدم من وزارة الصحة47، وأصبح بإمكان أي فرد أن يتلقى العلاج اللازم باستخدام بطاقة الهوية الفلسطينية. وبموجبه أصبحت نسبة تغطية وزارة الصحة لسكان قطاع غزة (100%).

- أخل المرسوم رقم (18) لسنة 2007 الذي أعفى بموجبه كافة المواطنين في قطاع غزة إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية بمبدأ العدالة في الجباية الضريبية وفي الانتفاع من الخدمات كافة، بما فيها الخدمة الصحية، وذلك نتيجة اعتماده التمييز بين المواطنين استناداً إلى الموقع الجغرافي، وساهم في التقليل من إيرادات التأمين الصحي، ويجدر بالذكر أن عدد سكان مواطني القطاع بلغ (1.99) مليون نسمة في العام 2019، وأصبحوا يعتمدون بالكامل على المساهمات والإيرادات المالية التي يدفعها المأمنون في الضفة الغربية، وذلك دون النظر إلى فلسفة التأمين الصحي كوسيلة إيرادات، ووسيلة للتكافل الاجتماعي. وحسنا كان التوجه بإلغاء هذا المرسوم.

- يشكل منع مواطنين من الحصول على جوازات السفر، أو التأخير في إصدارها من قبل وزارة الداخلية في الضفة الغربية، أبرز انتهاكات حرية التنقل نتيجة الانقسام التي ساهمت في حرمان المواطنين من تلقي العلاج خارج قطاع غزة على نفقة التأمين الصحي، ولذلك فإنه يتوجب على وزارة الداخلية في الضفة الغربية الموافقة والإسراع في إصدار جوازات السفر بشكل عام، وبخاصة تلك المتعلقة إصدارها لأغراض تلقي العلاج.

46 بتاريخ 2017/04/20 صدر القرار بقانون رقم (10) لسنة 2017م والذي يعيد التأكيد على المرسوم الرئاسي رقم (18) لسنة 2007 بشأن إعفاء المواطنين والمكلفين في المحافظات الجنوبية إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات ومؤسسات وهيئات دولة فلسطين، بما فيها الخدمات التي تقدم لأول مرة.

47 وذلك باستثناء الموظفين الحكوميين الذين يتلقون رواتبهم من الحكومة في رام الله، حيث يتم خصم قسط التأمين الصحي من رواتبهم شهريا.

السياسات المالية الحكومية
للوصول الى تأمين صحي شامل وعادل

هدفت خطة «إنهاء الاحتلال وإقامة الدولة» برنامج الحكومة الثالثة عشرة 2009 «إلى تحسين واقع الخدمة الصحية والوصول اليسير لخدمات صحية ذات جودة، واعتبرت أن إقرار وتنفيذ قانون تأمين صحي عصري، والحد من سوء استخدام التأمين الصحي المجاني أحد التدخلات الرئيسية التي من شأنها تحقيق هذه الأهداف. وتم إعداد قانون للتأمين الصحي وتقديمه لمجلس الوزراء في العام 2009، إلا أن هذا المشروع لم يخرج إلى النور، لانتقاده من العديد من المؤسسات الحقوقية.

وفي ذات الوقت، اكتفت خطة الإصلاح والتنمية الفلسطينية للأعوام (2008-2010) بمراجعة نظام التأمين الصحي وزيادة العائدات من نظام التأمين الصحي بنسبة (20%)، واستندت إلى ذلك في الصعوبة الناشئة في تمويل نظام التأمين الصحي بسبب ارتفاع عدد المشتركين الذين لم يسددوا اشتراكاتهم المستحقة.

وبمتابعة أجندة السياسات الوطنية للأعوام 2017-2022 (المواطن أولاً) نجد أنها رفعت سقف أهدافها من تطوير النظام الصحي إلى «توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة للجميع والارتقاء بصحة المواطن ورفاهيته».

تكشف تلك الخطط عن التخبط الرسمي في آليات الوصول إلى خدمة الرعاية الصحية الشاملة، وزيادة الإيرادات المالية التي تضمن استمرارية الخدمة وعدالتها، وعزوف واضعي السياسات عن وضع إطار قانوني للتأمين الصحي إلى الاستمرار بإصلاح الخدمة الصحية، وزيادة الموارد المالية دون المسّ بإصلاح الإطار القانوني الناظم للتأمين الصحي.

من خلال مراجعتنا للخطط القطاعية لوزارة الصحة، نجد أن الاستراتيجية الوطنية الصحية (2014-2016) هدفت إلى «ضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع فئات الشعب، آخذة بعين الاعتبار النوع الاجتماعي، والتوزيع الجغرافي والوضع الفلسطيني» وذلك من خلال توفيرها الخدمات الصحية ذات الجودة للجميع بالاعتماد على مبدأي المساواة والعدالة. وضمن هدف تعزيز التنمية المؤسساتية والحوكمة الصحية اعتمدت الخطة سياسة «تعزيز التمويل الصحي الفعال وترشيد الإنفاق» وذلك من خلال عمل وزارة الصحة «مع الجهات الحكومية ذات العلاقة إلى تعزيز التمويل الصحي الشفّاف والفعّال مع ضمان توفير العلاج الطبي للفقراء والعاطلين عن العمل والفئات الأخرى التي لا تستطيع دفع تكاليف العلاج للخدمات الصحية، وترشيد الإنفاق والعمل على تطوير نظام التأمين الصحي الحالي، إضافة إلى مراجعة نظام الأسعار وتطوير آليات شراء الخدمة».

ويبدو أن التركيز على تعزيز سياسة التمويل الصحي نتيجة لما واجهته الوزارة من «تحديات متزايدة في السنوات الأخيرة، والتي أثرت سلبيا على أدائها وتنفيذها خططها التنموية، لا سيما الضائقة المالية المتفاقمة التي تشهدها الحكومة، والتي أدت إلى التأخر عن صرف الرواتب، وزيادة العجز في الموازنة، وزيادة المديونيات، واستمرار النقص في الإمدادات الأساسية من الأدوية والمستلزمات الطبية، وارتفاع معدل عدد أصناف الأدوية غير المتوفرة في مستودعات الأدوية عن السنوات السابقة».

في حين ركزت الاستراتيجية الصحية الوطنية (2017-2022) على ضمان توفير خدمات صحية آمنة وفعالة وعادلة وميسرة وذات جودة لكافة المواطنين الفلسطينيين، على غرار الاستراتيجية السابقة. وترتبط الاستراتيجية مع الأولوية الوطنية التاسعة، وهي توفير رعاية صحية شاملة ذات جودة ومتاحة للجميع، لا سيما من خلال الأولويات السياساتية التي تسعى إلى توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة للجميع، والارتقاء بصحة المواطن ورفاهيته، ومن ضمنها المساهمة في إصلاح نظام التأمين الصحي الحكومي[48].

اشتمل الهدف السادس ضمن هذه الاستراتيجية على «تعزيز التمويل الصحي، وتعزيز الحماية المالية للمواطن الفلسطيني على مواجهة التكاليف الصحية»، وعلى «تحسين آليات التمويل من خلال العمل على تطوير نظام التأمين الصحي الحالي، ودمج الموازنة بالتخطيط وتطبيق موازنات البرامج، وتحسين إدارة الموارد المالية الحكومية وغير الحكومية، وبذلك فإن

48 الاستراتيجية الصحية الوطنية (2017-2022)

الهدف يتماشى مع الأولويات الوطنية في إصلاح نظام التأمين الصحي الحكومي وتعزيز الاستدامة المالية لنظام الرعاية الصحية». وتتوقع وزارة الصحة أن يكون «العام 2022» هو الوصول إلى نظام التأمين الصحي الحكومي المعدل والمطور بحيث يحقق العدالة والحماية المالية، والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة.[49]

إجراءات وزارة الصحة لتطوير نظام تأمين صحي

يخلو تقرير الصحة السنوي الذي تصدره وزارة الصحة من أية إجراءات تم اتخاذها على صعيد تطوير نظام التأمين الصحي، ورغم الارتفاع في حجم الإيرادات المتحصلة من التأمين الصحي الحكومي في الثلاثة أعوام الاخيرة،[50] إلا أنه لم يطرأ أي تغيير يذكر على إجراءات التحصيل المالي لإيرادات التأمين الصحي، أو على البنود التي تستخدمها الدائرة المالية بشأن موضوع التأمين الصحي، بالشكل الذي قد يفهم منه أن تطوراً/ تغييراً ما قد حدث في مجال التأمين الصحي.[51] ولايزال يخضع لنظام التأمين المعمول به بموجب قرار مجلس الوزراء لسنة 2004، وبعض التعديلات والتعليمات غير المنشورة، وإنما تتحقق في التطبيق العملي.[52] ومن بين التغيرات التي حدثت في هذا الصدد ما يلي[53]:

1. ضبط المستفيدين من خدمات التأمين الصحي من خلال الكثير من الإجراءات كخفض عدد الأشخاص الذين كانوا يحصلون على بطاقة تأمين صحي، بحجة أنهم عاطلون عن العمل، مما يقرب من (100) ألف شخص إلى ما يقرب من (16) ألف شخص، هذا الاجراء الذي ساهم في زيادة إيرادات التأمين الصحي، وزيادة عدد حاملي بطاقات التأمين الصحي من (286) ألف شخص في العام 2017 إلى (326) ألف بطاقة في نهاية العام 2018، وتم منح (16) بطاقة تأمين مجانية لأشخاص ذوي إعاقة.

2. العمل على أتمتة نظام التأمين الصحي من خلال العمل مع البنك الدولي على ذلك، حيث سيتمكن المواطن من خلال هذا البرنامج من عمل تأمينه الصحي من بيته، ومراقبة كل

49 الاستراتيجية الصحية الوطنية (2017-2022)

50 للمزيد راجع الجدول المشار له سابقا، والذي يظهر إيرادات التأمين الصحي في آخر خمس سنوات (2014-2018).

51 مقابلة الهيئة لنائب مدير الدائرة المالية في وزارة الصحة الأستاذ عنان نعيرات بتاريخ 2019/3/31.

52 مقابلات الهيئة لمدير عام دائرة التأمين الصحي في وزارة الصحة الأستاذ سليمان الأحمد بتاريخ 3/11 و2019/4/7.

53 تقوم الإدارة العامة للتامين الصحي بالمشاركة بوضع السياسة الخاصة بالتأمين الصحي والإشراف على تنفيذها وتطويرها بما يتلاءم مع المتغيرات « وتستجيب للأهداف من أجل إنشاء هيئة التأمين الصحي لدولة فلسطين»، وتتقوم بمتابعة تنفيذ كافة الإجراءات والأنظمة واللوائح المتعلقة بالتأمين الصحي، وتتكون من دائرة التسجيل وشؤون الموظفين، ودائرة المالية ودائرة الحاسوب، وفروع للدائرة في المحافظات.

المستجدات على تأمينه. ومن المقرر أن يبدأ استفادة المواطن من هذا النظام الإلكتروني في بداية العام 2021.

3. طرح عطاء لتسويق التأمين الصحي الحكومي للمواطنين لزيادة ثقتهم، وبالتالي زيادة عدد المأمنين وزيادة إيرادات التأمين.

4. تم تقديم مقترحات لتعديل نظام التأمين الصحي من وزارة الصحة إلى مجلس الوزراء، غير أن هذه المقترحات لم يتم إقرارها بعد.[54]

موازنة التأمين الصحي

التأمين الصحي هو أداة رئيسية من أدوات توفير الموارد المالية والحصول على الخدمات الصحية، وبالتالي فإن الأموال المنفقة على توفير هذه الخدمات هي في الحقيقة نفقات التأمين الصحي، وهي كذلك إجمالي ما يخصص لوزارة الصحة من موازنة ضمن الموازنة العامة. أما الإيرادات المتأتية من تلقي الخدمات الصحية فهي تقسم إلى قسمين: إيرادات مباشرة، وإيرادات غير مباشرة. أما الإيرادات المباشرة فهي ما يُدفع للاشتراك في التأمين الحكومي مباشرة، والحصول على البطاقة التأمينية أياً كان نوعه (حكومي، أسرى، شؤون اجتماعية، ... الخ)، وما يدفع كاشتراك عند الحصول على الخدمة، سواءً في المؤسسات الصحية الرسمية، أو غير الرسمية (لدى شراء الخدمة)، أما الإيرادات غير المباشرة، فهي كالرسوم والمكوس والضرائب المفروضة بموجب القوانين المختلفة.

أولا: موازنة وتمويل الصحة على الصعيد العالمي

عّرف التقرير الخاص بالصحة في العالم 2010 لمنظمة الصحة العالمية تمويل الصحة من أجل التغطية الصحية الشاملة بأنه «نظم التمويل التي ينبغي أن تصمم تصميماً محدداً بحيث تتيح لجميع الأفراد الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجونها (بما يشمل الخدمات الوقائية والتعزيزية والعلاجية والتأهيلية) بالجودة التي تحقق فعالية هذه الخدمات؛ وتضمن ألا تعرض الاستفادة من هذه الخدمات مستخدمها لمصاعب مالية»[55].

54 لم يتم تزويد **الهيئة** بهذه المقترحات ولم تطلع عليها.

55 https://www.who.int/whr/2010/whr10_ar.pdf

كما أوضحت المنظمة الكيفية التي ينبغي تمويل النظام الصحي بها بحيث تشمل الخيارات المتاحة لهذا الغرض إيلاء الحكومات أولوية أعلى للصحة:

1. في مخصصات ميزانياتها،
2. وفي تحصيل الضرائب، بما في ذلك اشتراكات التأمين الإلزامية، بمزيد من الفعّالية،
3. وفرض ضرائب على المنتجات الضارة مثل التبغ والكحول،
4. ولا يُمكن لوزارة الصحة وحدها أن تُنفذ تدابير لزيادة التمويل، ولكن تقع على عاتقها مسؤولية السعي إلى التأثير على باقي الحكومة. ويتطلب ذلك مواصلة الحوار وتحسينه بين مقرري السياسة الصحية ومن يتحكمون في الإنفاق العمومي.
5. وزيادة التدفقات المالية للجهات المانحة للعديد من البلدان المنخفضة الدخل لفترة لا يُستهان بها من الزمن. ويُمكن لشركاء التنمية حشد المزيد من الأموال وتوجيهها إلى البلدان الأشد فقراً بطرق مبتكرة.

وتشير الغاية (ج) من الهدف (3) من أهداف التنمية المستدامة 2030 إلى الحاجة إلى «زيادة التمويل في قطاع الصحة وتوظيف القوى العاملة في هذا القطاع وتطويرها وتدريبها واستبقائها».[56]

وكان التعليق رقم (14) لسنة 2000 المفسر للمادة (12) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية قد أوضح أن من مقتضيات التزام الدولة بأداء الحق في الصحة توفير نظام تأمين صحي عام أو خاص أو مختلط يستطيع الجميع تحمل نفقاته، وأن تؤمن التدريب الملائم للأطباء وغيرهم من الموظفين الطبيين.

كما يظهر الجدول المنشور على الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية حجم الإنفاق الصحي لكل دولة من دول العالم من الناتج المحلي الإجمالي، ومن إجمالي الإنفاق الحكومي. حيث بلغ الحد الأدنى للإنفاق على الصحة في العام 2007 من الناتج المحلي الإجمالي، على المستوى العالمي، (1.9%)، في حين بلغ الحد الأقصى (6.1%)، كما بلغ الحد الأدنى لنسبة الإنفاق الحكومي العام على

56 https://www.who.int/health_financing/strategy/revenue_collection/ar

الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي في دول العالم (0.9%)، في حين بلغ الحد الأقصى للإنفاق الحكومي على الصحة (10.8%). وتراوحت الموارد الخارجية المكرسة للصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة من (0-1.4%). وظهر من ذات الجدول أن دول جنوب شرق آسيا كانت الأقل في النسبة التي تخصصها من الناتج المحلي الإجمالي للإنفاق الصحي، في حين كانت الامريكيتان هما الأعلى في نسبة ما تخصصه للإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي، كما يوضح الجدول أدناه:

جدول رقم (2)

نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي

ومن الإنفاق الحكومي العام في العالم

الإقليم	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي
الإفريقي	6.2	9.6
الأمريكيتان	13.6	17.1
جنوب شرق آسيا	3.6	5.3
الأوروبي	8.8	15.3
شرق المتوسط	4.1	7.5
غرب المحيط الهادي	6.5	15.1

كما تشير المعلومات المتوفرة في جداول منظمة الصحة العالمية إلى أن أعلى نسبة تخصصها دولة عربية للصحة من الناتج المحلي الإجمالي كانت الأردن بنسبة (8.9%)، ولبنان بنسبة (8.8%). وأن أعلى نسبة مئوية من الإنفاق العام من إجمالي النفقات الحكومية كانت من نصيب دولة جيبوتي، حيث خصصت ما نسبته (14.1%) من النفقات الحكومية في موازنتها لصالح الصحة. وفيما يلي جدول يوضح النسبة المخصصة لقطاع الصحة في العام 2007 في عدد من الدول العربية، سواءً من الناتج المحلي الإجمالي، أو من الإنفاق الحكومي العام.

جدول رقم (3)

نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي ومن الإنفاق الحكومي العام في الدول العربية

الدولة	إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي	الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي
الجزائر	4.4	10.7
البحرين	3.7	9.8
جزر القمر	3.3	8.4
جيبوتي	7.2	14.1
مصر	6.3	7.1
العراق	2.5	3.1
الأردن	8.9	11.4
الكويت	2.2	5.4
لبنان	8.8	11.7
ليبيا	2.7	5.4
موريتانيا	2.4	5.3
المغرب	5	6.2
عُمان	2.4	5.2
قطر	3.8	9.7
السعودية	3.4	8.4
الصومال[57]	2.6	4.2
السودان	3.5	6.1
سوريا	3.6	6
تونس	6	9.1
الإمارات	2.7	8.9
اليمن	3.9	4.5
فلسطين[58]	3.8	10.8

كما حددت بعض الدساتير، كالدستور المصري، نسبة الموازنة المخصصة للصحة، بحيث لا تقل عن (3%) من الناتج المحلي الإجمالي.[59]

57 المعلومات المتوفرة المذكورة في الجدول عن الصومال هي في العام 2000.

58 مصدر المعلومات المذكورة في هذا الجدول عن فلسطين غير مذكورة في جدول منظمة الصحة العالمية، وإنما هي مأخوذة من موازنة المواطن للعام 2018.

59 المادة 18 من الدستور «تلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للصحة لا تقل عن (3%) من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجيًا حتى تتفق مع المعدلات العالمية».

ثانيا: موازنة وزارة الصحة الفلسطينية السنوية

على المستوى العملي، أظهر تقرير **الهيئة** حول تحليل الموازنة العامة الفلسطينية لعام 2017 من منظور حقوقي تخصيص ما نسبته (9.7%) من الموازنة العامة لصالح وزارة الصحة، في حين شكلت الموازنة المخصصة لوزارة الصحة في الموازنة العامة لسنة 2018 ما نسبته (10.8%). ومع ذلك، ورغم حصول وزارة الصحة على نسبة جيدة من الموازنة العامة بحسب ما يظهر آنفا، وبأكثر من النسب المخصصة في أكثر الدول العربية والدول النامية، إلا أن ما خصص لوزارة الصحة في الموازنة العامة كان أقل من الحد الأدنى الذي قررته منظمة الصحة العالمية من الناتج المحلي الإجمالي والبالغة (5%)، وبلغ فقط (3.8%) من الناتج المحلي الفلسطيني الاجمالي البالغ (13) مليار دولار.[60]

إضافة إلى ذلك، وبحسب الاستراتيجية الصحية الوطنية للأعوام (2017-2022) يلاحظ أن هناك فجوة تمويلية تقدر بحوالي (388095000) شيكل بين الاحتياج الفعلي لوزارة الصحة (2280696000 شيكل) والموازنة المخصصة في العام 2018 وهي (1892601000 شيكل).[61] الأمر الذي يستدعي رفع موازنة وزارة الصحة لردم هذه الفجوة.

إيرادات التأمين الصحي

تضمن قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 بنظام التأمين الصحي الحكومي، الإيرادات المخصصة للتأمين الصحي وهي مكونة من الأقساط المالية التي يدفعها المأمنون نظير انتفاعهم بالتأمين الصحي، وحدد النظام نسبة الاقتطاع من المنتفعين.[62]

من جانب آخر، يبلغ عدد المأمنين تأميناً صحياً حكومياً خالصاً، وفق معلومات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام 2017 (1,390,557) من سكان فلسطين البالغ عددهم (4,416,123)[63]،

60 أشارت البيانات الاقتصادية التي أعلنتها الدكتورة علا عوض/ رئيسة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتاريخ 2017/12/26 إلى أن الناتج المحلي الإجمالي قد بلغ في نهاية العام 2016 ما قيمته (13,269,700,000) دولار.

61 وزارة الصحة، **الاستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022**، (فلسطين: وزارة الصحة، 2017)، ص 38.

62 المادة رقم (8) من قرار مجلس الوزراء رقم (113) بنظام التأمين الصحي

63 هذا العدد مستثنى منه سكان جزء من محافظة القدس الذي ضمه الاحتلال الاسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967، والذي يشمل (كفر عقب، بيت حنينا، مخيم شعفاط، شعفاط، العيسوية، شيخ جراح، وادي الجوز، باب الساهرة، الصوانة، الطور(جبل الزيتون)، القدس (بيت المقدس)، الشياح، رأس العامود، سلوان، الثوري، جبل المكبر، السواحرة الغربية، بيت صفافا، شرفات، صور باهر، أم طوبا)، بحسب ما يظهر في: الجهاز المركزي للحصاء الفلسطيني، التعداد العام للمساكن والمنشآت -2017ملخص النتائج النهائية للتعداد، (فلسطين: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، تموز 2018)، ص 13 وص 93.

أي أن التغطية التأمينية الحكومية لا تتجاوز (31.5%) من عدد السكان. وأن غير المأمنين بكافة أنواع التأمين التي رصدها الإحصاء (تأمين حكومي، تأمين وكالة غوث، تأمين حكومي ووكالة، تأمين حكومي وخاص، تأمين صحي خاص، تأمين وكالة وخاص، تأمين إسرائيلي، أو تأمين آخر) يبلغون (924,730) نسمة، أي أن 21% من السكان لا يحملون أي نوع من أنواع التأمين الصحي.[64]

وبحسب التقرير الإحصائي السنوي لوزارة الصحة في العام 2017، بلغت إيرادات التأمين الصحي في الضفة الغربية (267،888،656) شيكل،[65] علمًا بأن ايرادات العام 2017 المذكورة تقدر بحوالي (15.6%) من موازنة الوزارة لهذا العام البالغة (1,720,773,000) شيكل.[66] هذا بالإضافة إلى الإيرادات المتأتية من قطاع غزة. فرغم إشارة وزارة الصحة في تقريرها السنوي للعام 2017 إلى أن جميع مواطني قطاع غزة معفون من دفع رسوم التأمين الصحي، إنفاذاً للقرار الرئاسي الصادر بتاريخ 2007/6/26 الذي نص على أنه «يعفى كافة المواطنين في المحافظات الجنوبية إعفاءات كاملا من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية اعتباراً من تاريخه، بما فيها الخدمات التي تقدم لأول مرة»، إلا أن التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة في قطاع غزة عن العام 2017 يظهر تقاضي الوزارة أكثر من (31) مليون شيكل، منها (9.5) مليون شيكل محصلة من خدمات التأمين الصحي الحكومي، وبقية المبالغ تأتت من الخدمات الصحية الأخرى المختلفة.[67]

كما تشير المعلومات التي حصلت عليها الهيئة من الدائرة المالية في وزارة الصحة إلى أن التقرير الصحي السنوي الصادر عن الوزارة يظهر رقمين بشأن الإيرادات المتأتية من الصحة، أولهما الإيرادات المحصلة من وزارة الصحة مباشرة، وثانيهما الإيرادات المحصلة لغايات صحية، سواءً من قبل وزارة الصحة مباشرة سالفة الذكر، أو من قبل وزارة المالية (إيرادات التأمين الصحي للموظفين، إيرادات التأمين الصحي لعمال الخط الأخضر).[68] ورغم زيادة الأموال المحصلة سالفة الذكر في السنوات الأخيرة، إلا أنها ظلت متدنية، ولا تشكل أكثر من (15%) من الموازنة المخصصة لوزارة الصحة في الموازنة العامة.

64 الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني، **التعداد العام للمساكن والمنشآت 2017-ملخص النتائج النهائية للتعداد**، (فلسطين: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني)، تموز 2018.

65 وزارة الصحة، **التقرير الصحي السنوي 2017**، (فلسطين: وزارة الصحة، تموز 2018)، ص 66.

66 **كتاب الموازنة لعام 2017**.

67 وزار الصحة في قطاع غزة، **التقرير السنوي المالي في قطاع غزة للعام 2017**، (غزة: مركز المعلومات الصحية الفلسطيني-وزارة الصحة)، 2018

68 مقابلة **الهيئة** لنائب مدير الدائرة المالية في وزارة الصحة الأستاذ عنان نعيرات بتاريخ 2019/3/31.

جدول رقم (4)

الإيرادات المحصلة من التأمين الصحي في الأعوام 2012-2018[69]

الأعوام	الإيرادات المحصلة من قبل وزارة المالية	الإيرادات المحصلة من قبل وزارة الصحة	الإجمالي
2012	365823346	62491971	99074317
2013	37126165	62466621	99592786
2014	105589077	71386398	176975475
2015	70654727	94260284	164915011
2016	57292602	121316839	178609441
2017	123097927	144790729	267888656
2018		165568042	

تجدر الإشارة هنا إلى أن الرعاية التأمينية ليست شاملة لكل المواطنين، ولا تغطي كافة احتياجاتهم من الرعاية الصحية، وسلة الخدمات الطبية لا تغطي كافة الأدوية، إضافة إلى أن نظام التأمين الصحي المعمول به يفرض على المريض المستفيد من التحويلات الطبية إلى خارج المؤسسات الصحية الرسمية الفلسطينية أن يشارك في ثمن العلاج بنسبة مئوية معينة تختلف من حالة إلى أخرى. وكذلك تستثني تعليمات غير منشورة صادرة عن وزارة الصحة فئة كبار السن (فوق سن 60 عاما) من بعض الخدمات الطبية، حتى وإن كانوا مأمنين، كخدمة زراعة الكبد.

وخلاصة الأمر، أن المواطن قد لا يغطي بما يدفعه كافة الأموال المنفقة على الصحة، وأن التغطية الصحية الحكومية غير شاملة، ويلجأ المواطن في الكثير من الأحوال إلى شراء الخدمات الصحية من خارج القطاع الحكومي، إما لعدم توفرها في المؤسسات الصحية الرسمية، أو لرغبته في الحصول على خدمة صحية، أو فندقية ذات جودة أعلى.

الاستنتاجات والتوصيات

من مجمل المعلومات المتوفرة حول حجم المساهمات المباشرة للمرضى في نفقات الرعاية الصحية التي تظهرها موازنات الأعوام الاخيرة، ولا سيما العام 2017، والتي تشكل نسبة منخفضة من نفقات وزارة الصحة (15%)، فإن الهيئة ترى أن حصول المواطنين على حقهم في الصحة بكافة

69 هذه الأرقام بناءً على ما زودتنا به الدائرة المالية في وزارة الصحة في اللقاء المذكور انفا، وما ذكر في التقارير الصحية السنوية المنشورة على الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة: www.moh.ps

عناصره، المتمثلة في التوافر والمقبولية والجودة وإمكانية الوصول لا يمكن أن تتحقق إلا بإجراء إصلاح شامل للنظام الصحي الفلسطيني بكامله، يزيد من الإيرادات المتأتية عن تقديم الخدمات الطبية المختلفة، بشتى الوسائل والسبل، ومنها:

- فرض التأمين الصحي الإلزامي على كافة المواطنين وفق معايير وبنسب عادلة، مقابل التغطية التأمينية الشاملة لكافة الخدمات الطبية التي يحتاجونها، ودون أي استثناء. ومقابل توفير رعاية صحية متساوية لكافة المواطنين، بما فيه من توزيع متساوٍ للمستشفيات والمراكز الطبية، والكوادر البشرية المؤهلة، وأعداد الأسرّة، وغيرها من خدمات الرعاية الصحية، ووفقا لما تحدده المؤشرات العالمية المعهودة لدى منظمة الصحة العالمية.

- إعادة النظر في معادلة احتساب إيرادات الصحة في الموازنة العامة، بحيث تشمل كافة الإيرادات غير المباشرة التي يدفعها المواطن لغايات صحية كالرسوم والضرائب والجمارك المفروضة على التبغ والوقود ومنتجاتهما المختلفة، وكافة الإيرادات المتأتية من أي قوانين أخرى، ويكون هدفها الحفاظ على الصحة العامة.[70]

70 فمثلا، يعترف قانون مكافحة التدخين رقم (25) لسنة 2005 بالأضرار المتأتية من التدخين على الصحة العامة للمواطنين. فقد نصت المادة (2) من هذا القانون على أن الهدف من وضع هذا القانون هو «مكافحة تدخين التبغ في الأماكن العامة للمحافظة على الصحة العامة والبيئة»، وإمعانا في التأكيد على أن هدف القانون هو الحفاظ على الصحة العامة فقد أناط هذا القانون بوزارة الصحة، وليس بغيرها من الوزارات، مهمة الإشراف على تنفيذ أحكامه. ونصت المادة (14) منه على أن تؤول كافة الغرامات المتأتية من مخالفة أحكام هذا القانون إلى الخزينة العامة، والتي منها تأتي موازنة الصحة السنوية. وكذلك الأمر بالنسبة لقانون البيئة رقم (7) لسنة 1999 والذي يهدف إلى حماية الصحة العامة، ويفرض غرامات على مخالفي أحكامه، تورد بالنتيجة إلى الخزينة العامة، وأيضا قانون الجمارك والمكوس الأردني رقم (1) لسنة 1961، والذي بموجبه تُجبى الضرائب والمكوس على كافة منتجات التبغ والوقود وغيرها من السلع التي قد تضر بالصحة، وتصادر بموجبه كافة البضائع غير القانونية، وتباع بالمزاد العلني، وتورد للخزينة العامة التي تأتي منها موازنة وزارة الصحة.

نتائج مسح توجهات المواطنين حول واقع خدمات التأمين الصحي الحكومي في فلسطين

منهجية البحث الكمي

لتحقيق الأهداف المتوخاة من التحقيق الوطني للتأمين الصحي ، وبغية التوجه للجمهور العام، ومعرفة ارائه وتوجهاته بخصوص الخدمات المقدمة من خلال شبكات الرعاية الصحية بموجب التامين الصحي، قامت الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان – ديوان المظالم – بالتعاقد مع الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بغية تنفيذ المسح الكمي، والوقوف على توجهات المواطنين بشأن خدمات التأمين الصحي، وقد تم تنفيذ المسح شهري تموز (يوليو) وآب (أغسطس) من العام 2019.

استمارة المسح

تمثل استمارة المسح الأداة الرئيسية لجمع المعلومات، لذلك لا بد من أن تحقق المواصفات الفنية لمرحلة العمل الميداني، كما يتوجب أن تحقق متطلبات معالجة البيانات وتحليلها، وقد تم تصميم استمارة مسح التأمين الصحي الحكومي، 2019 من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والهيئة المستقلة لحقوق الإنسان (ديوان المظالم) ومعهد الصحة العامة، فيما يتعلق بالمعايير الدولية للتأمين الصحي والتي تم بناء الاستمارة وفقها، وتضمنت استمارة المسح عدة أقسام وهي:

1. البيانات التعريفية
2. الحالة الصحية
3. الاشتراك في التأمين الصحي

4. الأفراد الذين سبق وكان لديهم تأمين صحي
5. الأفراد الذين لم يسبق لهم الاشتراك بأي نوع من التأمين الصحي
6. الأفراد المأمنين حالياً بنوع تأمين غير حكومي
7. الأفراد المشتركين حاليا بالتأمين الصحي الحكومي
8. معايير جودة الخدمة الصحية التي يقدمها التأمين الصحي الحكومي
9. الإنفاق على الصحة
10. استخدام الخدمات الصحية

أهداف المسح

يهدف مسح توجهات المواطنين حول واقع خدمات التأمين الصحي الحكومي في فلسطين من المسوح التي تنفذ لأول مرة في الجهاز المركزي للإحصاء. ويهدف إلى:

1. تحديد مدى تلبية التأمين الصحي في فلسطين للمعايير الدولية والتعرف على مدى استفادة الأسر من التأمين الصحي الحكومي.
2. تقييم رضا المشتركين في التأمين الصحي الحكومي عن الخدمات الصحية المقدمة من عدة نواحي، كالوصول للخدمات وجودتها.
3. تقييم مدى ثقة المستفيدين من التأمين الصحي الحكومي بمقدمي الخدمة، وتوفير البيانات اللازمة لتشخيص وتحليل الوضع الحقيقي لواقع خدمات التأمين الصحي في فلسطين وتوجهات المواطنين تجاهها من خلال:ـ

- معرفة وجهات نظر المواطنين حول أداء المؤسسات الصحية الحكومية في فلسطين.
- معرفة توجهات المواطنين حول التأمين الصحي الحكومي وغير الحكومي مع التركيز على الحكومي.
- إطلاع الأفراد على طبيعة عمل المؤسسات الصحية الحكومية في فلسطين.
- تقييم الأفراد لأداء المؤسسات الصحية الحكومية والعاملين فيها في فلسطين من حيث الثقة والرضا.

الإطار والعينة

مجتمع المسح

يتكون مجتمع الهدف من جميع الأفراد الفلسطينيين من الفئة العمرية (18) سنة فأكثر المقيمين بصفة اعتيادية مع أسرهم في دولة فلسطين في العام 2019.

إطار المعاينة

يتكون إطار المعاينة من قائمة مناطق عد من تعداد السكان والمساكن والمنشآت 2017، وهي مناطق جغرافية متقاربة الحجم في معظمها (متوسط عدد الأسر فيها 124 أسرة)، وهي عبارة عن مناطق العد المستخدمة في التعداد، وقد تم استخدام هذه المناطق كوحدات معاينة أولية (PSUs.) في المرحلة الأولى من عملية اختيار العينة.

حجم العينة

بلغ حجم العينة (2100) أسرة مختارة في فلسطين، باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس، والذي ضمه الاحتلال الاسرائيلي إليه عنوة بعد احتلال الضفة الغربية عام 1967.

تصميم العينة

العينة هي عينة طبقية عنقودية (PPS) ذات ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: تم اختيار عينة طبقية عشوائية احتمالية متناسبة مع حجم كل منطقة عد من الأسر (pps) مكونة من (**105**) مناطق عد.

المرحلة الثانية: تم اختيار (20) أسرة متجاوبة بطريقة مساحية، ويبدأ الاختيار من نقطة عشوائية في منطقة العد المختارة (رقم مبنى).

المرحلة الثالثة: تم اختيار فرد، ذكر أو أنثى، من كل أسرة تم اختيارها في المرحلة الثانية من الأفراد (18) سنة فأكثر باستخدام جداول كشف من الأسر التي لديها أكثر من فرد من هذه الفئة العمرية، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الأسرة التي رقمها فردي نختار منها ذكراً، والأسرة التي رقمها زوجي في عينة منطقة العد نختار منها أنثى.

توزيع العينة حسب المحافظة

رمز المحافظة	اسم المحافظة	عدد المناطق	عدد الأسر
1	جنين	8	160
5	طوباس والاغوارالشمالية	1	20
10	طولكرم	4	80
15	نابلس	10	200
20	قلقيلية	2	40
25	سلفيت	1	20
30	رام الله و البيرة	14	280
35	أريحا و الأغوار	2	40
40	القدس(j2)	5	100
45	بيت لحم	7	140
50	الخليل	14	280
55	شمال غزة	7	140
60	غزة	12	240
65	دير البلح	6	120
70	خان يونس	8	160
75	رفح	4	80
المجـــــموع		**105**	**2100**

طبقات العينة

تم تقسيم المجتمع إلى طبقات كما يلي:

1. المنطقة (شمال الضفة الغربية، جنوب الضفة الغربية، وسط الضفة الغربية، وقطاع غزة).
2. نوع التجمع (حضر، ريف، مخيم)

توزيع العينة

تم توزيع العينة باستخدام التوزيع غير النسبي (الجذر التربيعي) حسب حجم الطبقة في المجتمع.

مستويات النشر

1. الإجمالي: فلسطين.
2. المنطقة: (الضفة الغربية، وقطاع غزة).

حساب الأوزان

يعرف وزن الوحدة الإحصائية (وحدة المعاينة) في العينة بأنه المقلوب الرياضي لاحتمال اختيار الوحدة، وعينة مسح توجهات المواطنين حول التأمين الصحي الحكومي هي عينة طبقية عنقودية (PPS) ذات ثلاث مراحل، حيث يتم في المرحلة الأولى حساب وزن مناطق العد بالاعتماد على احتمال اختيار كل منطقة عد (عينة PPS)، ثم في المرحلة الثانية يتم حساب وزن الأسرة من كل منطقة عد، ثم نجد حاصل ضرب وزن المرحلة الأولى في وزن المرحلة الثانية، فنحصل على وزن الأسر الأولي، بعد ذلك نقوم بتعديل الأوزان بالاعتماد على تقديرات الأسر منتصف 2019، وتكون فئة التعديل هي الطبقة (منطقة، نوع التجمع)، وبالتالي نحصل على وزن الأسر النهائي.

يتم حساب أوزان ملف أفراد الأسرة (18) سنة فأكثر في المسح بإعطاء كل فرد وزن أسرته النهائي وهو وزن الفرد الأولي، ويتم تعديل أوزان الأفراد الأولية حسب المنطقة، وجنس الفرد، والفئات العمرية الخماسية (14 فئة) التي يقع فيها الفرد حسب تقديرات منتصف عام 2019، وبذلك نكون قد حصلنا على الوزن النهائي للفرد في الفئة التابع لها، ثم نقوم بدمج هذه الأوزان لملف الأفراد (18) سنة فأكثر.

التدريب وجمع البيانات

التدريب للمسح

تم عقد دورة التدريب للباحثين الميدانيين الذين عملوا على جمع بيانات مسح التأمين الصحي الحكومي، حيث تم تدريب الباحثين الميدانيين على العمليات الميدانية المختلفة بشكل عام، وذلك قبل بداية تنفيذ المسح. وقد إشتمل تدريب الباحثين الميدانين على عمليات جمع

البيانات، وأدبيات العمل الميداني، بما في ذلك طرح الأسئلة، وتسجيل الإجابات، وأدبيات إجراء المقابلات باستخدام أجهزة (التابلت)، وأيضا إعطاءهم خلفية كافية حول الموضوع، التدريب تم في الضفة الغربية، وتم التواصل مع فريق قطاع غزة باستخدام تقنية (الفيديو كونفرنس).

بدأ التدريب للفريق يوم الأحد بتاريخ 2019/7/7 حتى الأربعاء 2019/7/10، بواقع أربعة أيام تدريب، وبحضور (51) متدربة موزعات على جميع المحافظات، وقد تم إجراء تقييم للفريق في نهاية الدورة التدريبية.

جمع البيانات

بدأ العمل الميداني في 2019/7/16 لجمع البيانات ميدانياً، حيث كان متوسط الإنجاز اليومي للباحثة (4) استمارات، وانتهى عمل كامل الفريق الميداني يوم 2019/08/01.

الإشراف والتدقيق الميداني

- تم تنفيذ عملية جمع البيانات والتنسيق ميدانياً وفق الخطة المعدة مسبقاً، حيث تتوفر التعليمات والنماذج والأدوات اللازمة للعمل الميداني.
- فيما يخص العمل على أجهزة (التابلت) فإن عملية التدقيق تتم من خلال وضع كافة قواعد التدقيق الآلي على البرنامج مسبقاً، بحيث يغطي كافة الضوابط المطلوبة وفق المعايير التي تحددها الإستمارة.
- تم القيام بزيارات ميدانية من قبل إدارة المشروع ومنسق المشروع والإطلاع على سير العمل، والتأكد من استيفاء الاستمارات ومنطقية البيانات واتساقها، ومن أداء الباحثين ميدانياً.

معالجة البيانات

تم برمجة الاستمارة على أجهزة (التابلت) بهدف جمع البيانات، وتخزينها، وبهذا تُختصر عدة مراحل حيث يتم جمع وتدقيق وإدخال البيانات في مرحلة واحدة، وتتطلب هذه التقنية مهارة عالية في استخدام الأجهزة، وفهم للاستمارة لمعرفة كافة الخيارات المتوفرة للحصول على بيانات صحيحة ودقيقة من المصدر، حيث تم استخدامها في جمع البيانات في قطاع غزة والضفة الغربية.

برنامج الإدخال وقواعد التدقيق

بدأ العمل على جمع بيانات مسح التأمين الصحي الحكومي باستخدام الأجهزة اللوحية في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث تم تحميل التطبيق على الأجهزة من قبل موظفين متخصصين بالدعم الفني، واحتوى التطبيق، بالإضافة لاستمارة المسح، على خرائط جوية مقسمه حسب محافظات الوطن، وتم استخدام نظام الملاحة GPS.

لغة البرمجة المستخدمة في التطبيق كانت هي Net dot Microsoft and Server Sql، تم نقل البيانات باستخدام خاصية الـ (WIFI) وكان هناك ممر آمن لنقل البيانات، وهو استخدام الـ (VPN)، وهي خاصية لحماية البيانات ونقلها بكل سهولة ووصولها إلى (السيرفر) الرئيسي دون أي عقبات.

تم تصميم نظام متابعة وسحب بيانات خاص بإدارة المسح والعمل الميداني، حيث من خلال هذا النظام تستطيع إدارة المسح متابعة الميدان واستخراج تقارير المتابعة.

تنظيف البيانات

في المرحلة الأولى تم تصميم برنامج الإدخال للأجهزة اللوحية بما يمنع إدخال بيانات مناقضة لقواعد التدقيق الخاصة بهذه المرحلة، وفي المرحلة الثانية، وبعد استكمال مرحلة جمع البيانات والتدقيق اليومي تم تنظيف ملف البيانات من خلال إجراء فحوصات داخلية للإجابات التى تكون خارج المدى، وإجراء قواعد تدقيق شاملة من خلال استخدام برنامج (SPSS) لاستخراج كشوف بالأخطاء والتناقضات وتعديلها بعد التحقق منها ميدانياً، ليتم تجهيز بيانات نظيفة ودقيقة جاهزة للجدولة والنشر.

استخراج النتائج

بعد الإنتهاء من جمع البيانات وتدقيقها وتنظيفها من أية أخطاء، تم استخراج جداول نتائج المسح، وذلك وفق قائمة الجدولة الأولية التي أعدت مسبقاً لهذا الغرض.

الجودة

يتطرق هذا الفصل لجودة بيانات المسح وتقييمها من خلال عرض الآليات التي تضمن دقة البيانات، والحد من الأخطاء الممكن حدوثها، سواءً كانت أخطاء معاينة، أو غير معاينة.

الدقة

يشمل فحص دقة البيانات جوانب متعددة في المسح من أبرزها: أخطاء المعاينة، وأخطاء غير المعاينة التي ترجع إلى طاقم العمل وأدوات المسح، بالإضافة إلى معدلات الاستجابة في المسح، وأهم آثارها على التقديرات. ويشمل هذا القسم على الآتي:

أخطاء المعاينة

إن بيانات هذا المسح تتأثر بأخطاء المعاينة نتيجة لاستخدام عينة، وليس حصراً شاملاً لوحدات مجتمع الدراسة، ولذلك من المؤكد ظهور فروق عن القيم الحقيقية التي نتوقع الحصول عليها من خلال التعدادات، وللتقليل من أخطاء المعاينة لا بد من استخدام عينة احتمالية ذات تصميم ملائم لحساب الأخطاء على الدوام، وهذا يعني أن يوجد لكل وحدة في المجتمع فرصة اختيار في العينة، وقد تم احتساب التباين وتأثير تصميم العينة على مستوى فلسطين.

ملخص حساب التباين لأبرز مؤشرات المسح

المؤشر	قيمة التقدير %	الخطأ المعياري %	فئة الثقة 95%		الخطأ النسبي %	عدد المشاهدات
			الحد الأدنى %	الحد الأعلى %		
نسبة الأفراد 18 سنة فأكثر الذين لديهم تأمين صحي فعال في فلسطين، تموز 2019	73.9	1.2	71.4	76.2	1.6	1617
نسبة الأفراد 18 سنة فأكثر الذين لا يدخنون حاليا أياً من منتجات التبغ في فلسطين، تموز 2019	70.5	0.9	68.7	72.3	1.3	1462
نسبة الأفراد 18 سنة فأكثر الذين استخدموا هم، أو أحد أفراد أسرهم التأمين الصحي الحكومي خلال الستة شهور الماضية في فلسطين، تموز 2019	62.3	2.4	57.5	66.9	3.8	671
نسبة الأفراد 18 سنة فأكثر الذين لم يواجهوا أي صعوبات مالية خلال الستة شهور الماضية بسبب الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية في فلسطين، تموز 2019	50.3	1.9	46.5	54.2	3.8	1066

معدلات الاستجابة

تم الوصول إلى (3221) أسرة ممثلة لفلسطين، حيث بلغ عدد الأسر المكتملة (2101) أسرة، منها (1361 (أسرة في الضفة الغربية، و(740) أسرة في قطاع غزة، وقد جرى تعديل الأوزان على مستوى طبقات التصميم لتعديل تأثير نسـب حالات الرفض وعدم الاستجابة، وبلغت نسبة التجاوب في الضفة الغربية (71.7%) وفي قطاع غزة (76.1%).

حالات الاستجابة وعدم الاستجابة وزيادة الشمول

حالات الاستجابة وعدم الاستجابة وزيادة الشمول	عدد الحالات
الأسر المكتملة	2101
حالات عدم الاستجابة	
الأسرة مسافرة	71
لا أحد في البيت	391
رفض التعاون	38
لم يتوفر معلومات	43
أخرى	227
حالات زيادة الشمول	
وحدة غير موجودة	326
وحدة غير مأهولة	24
المجموع (حجم العينة الكلي)	**3221**

معادلات الاستجابة وعدم الاستجابة:

نسبة أخطاء زيادة الشمول = مجموع حالات زيادة الشمول x100%

عدد حالات العينة الأصلية

= 10.9%

نسبة عدم الاستجابة = مجموع حالات عدم الاستجابة x 100%

العينة الصافية

= 26.8%

العينة الصافية = العينة الأصلية – (حالات زيادة الشمول)

نسبة الاستجابة = 100% - نسبة عدم الاستجابة

= 73.2%

معالجة حالات عدم الاستجابة بتعديل الاوزان :

$$fg = \frac{\sum_g iw - \sum_{o.c} iw}{\sum_g iw}$$

حيث أن

iw : الوزن الأولي قبل التعديل للأسرة i.

g: فئة التعديل حسب المنطقة و نوع التجمع.

fg: معامل تعديل الوزن حسب الفئة g.

$\sum_g iw$: مجموع الأوزان في الفئة g

$\sum_{o.g} iw$: مجموع أوزان حالات زيادة شمول

$\sum_g iw$: مجموع أوزان حالات الاستجابة

يتم إيجاد fg لكل فئة وفي النهاية نحصل على الوزن النهائي للأسرة ($w'i$) باستخدام المعادلة التالية

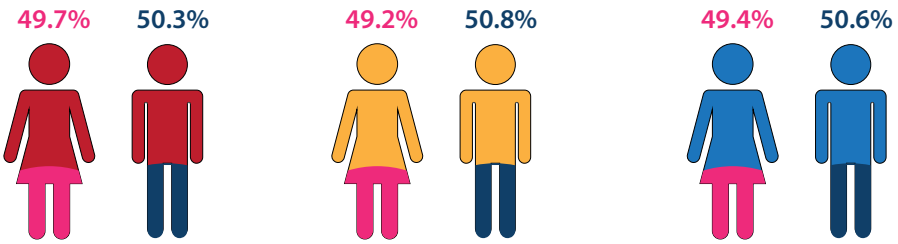
$$w'i = iw * fgi$$

نتائج المسح الميداني

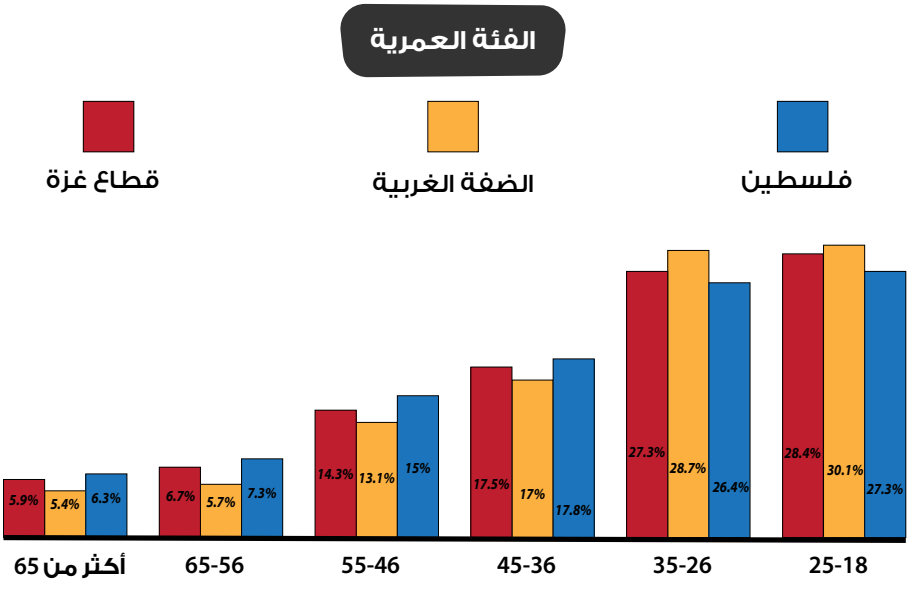
الخصائص الديمغرافية لعينة المسح

التوزيع النسبي للأفراد (١٨ سنة) فأكثر في فلسطين حسب الخصائص الخلفية للأفراد والمنطقة

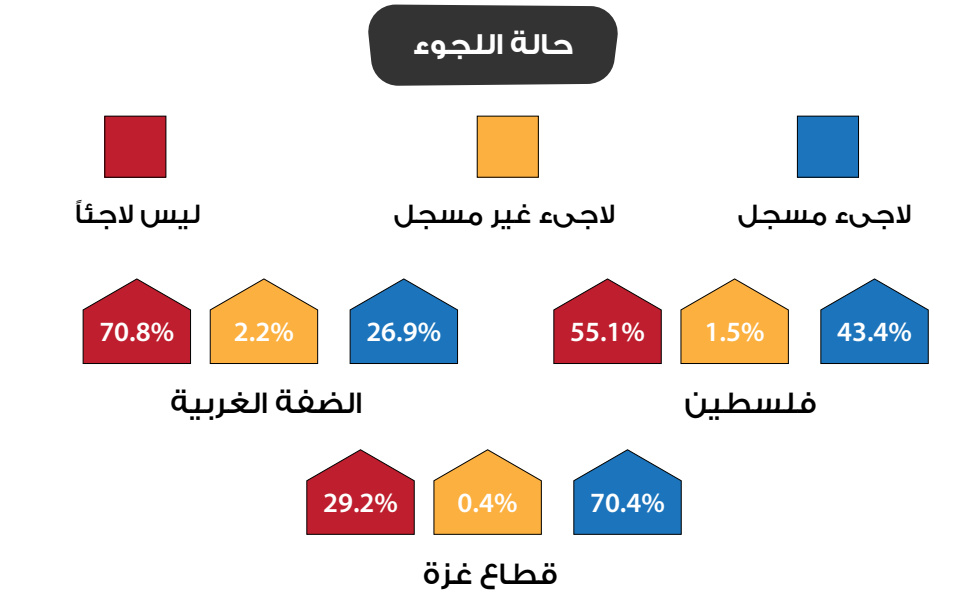
الجنس

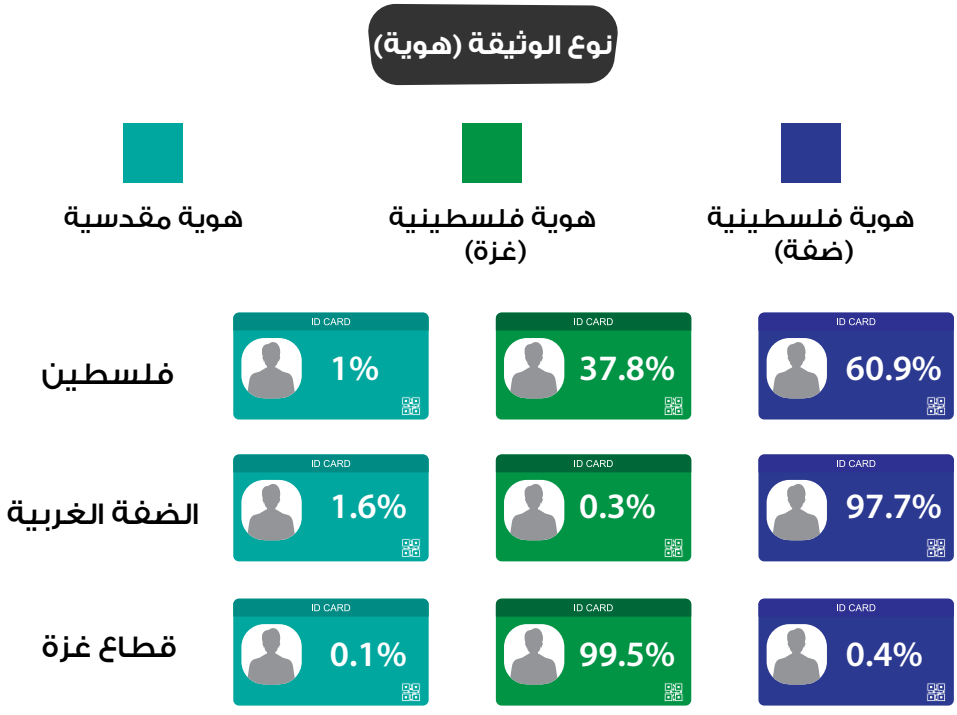


الفئة العمرية



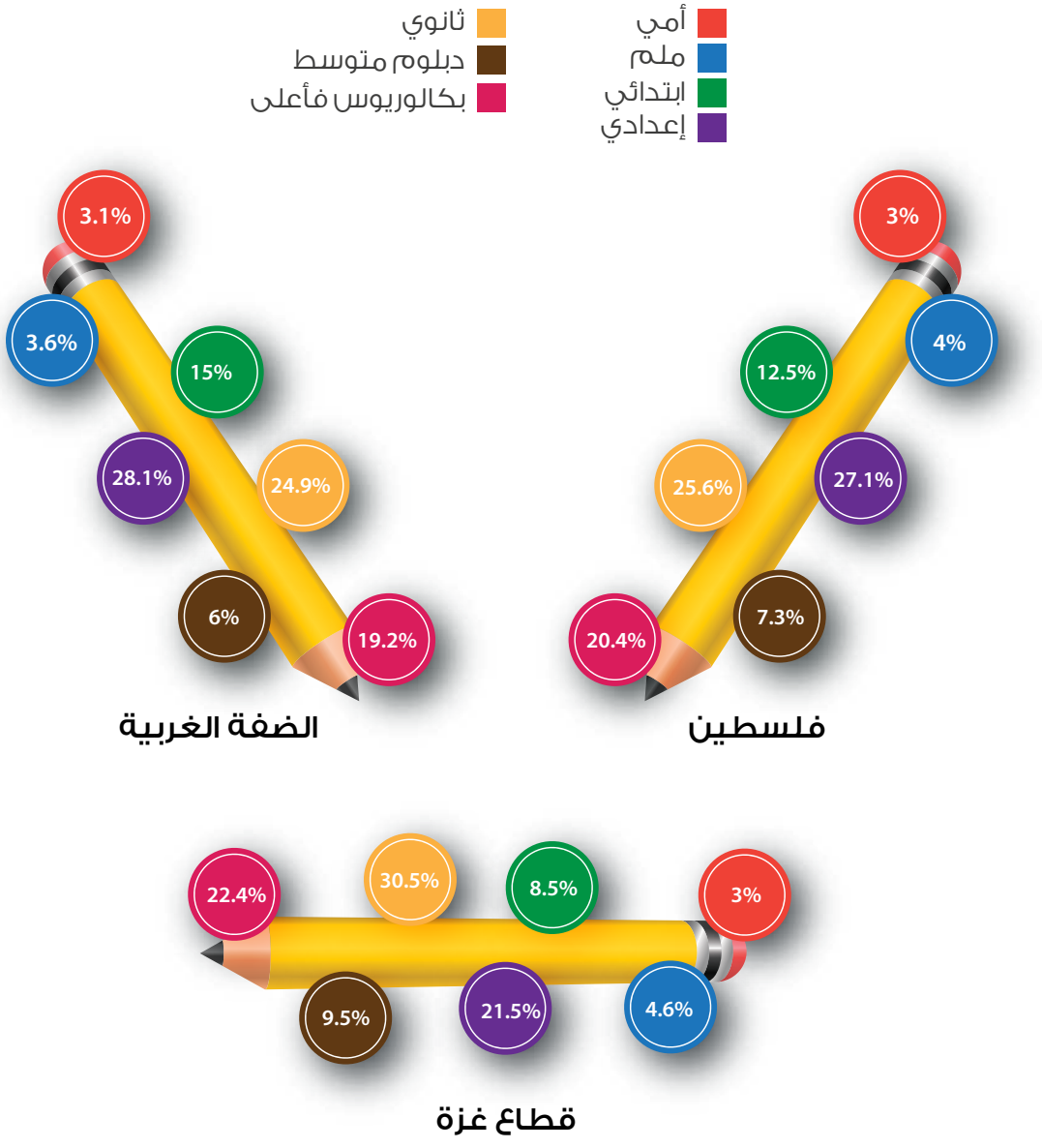
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧





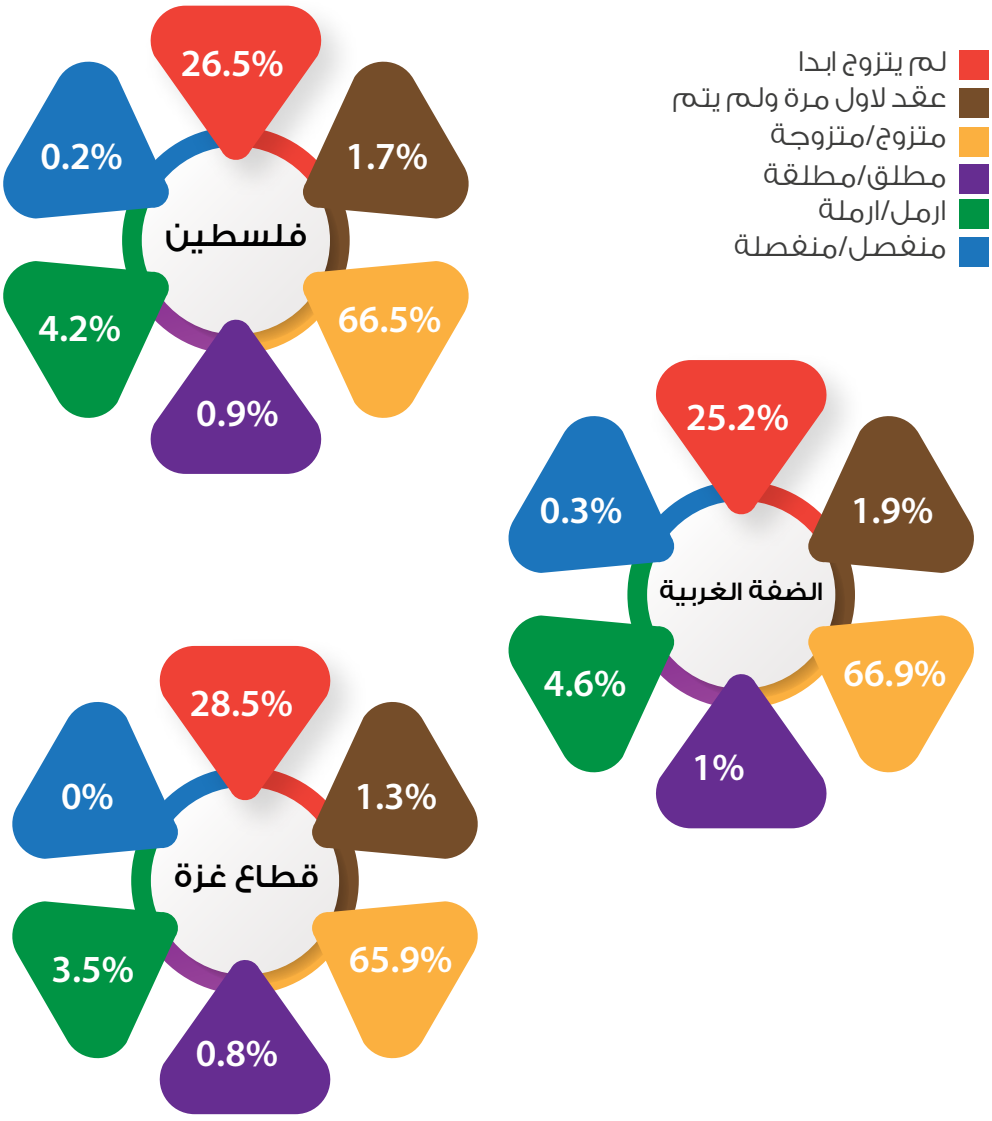
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

الحالة التعليمية



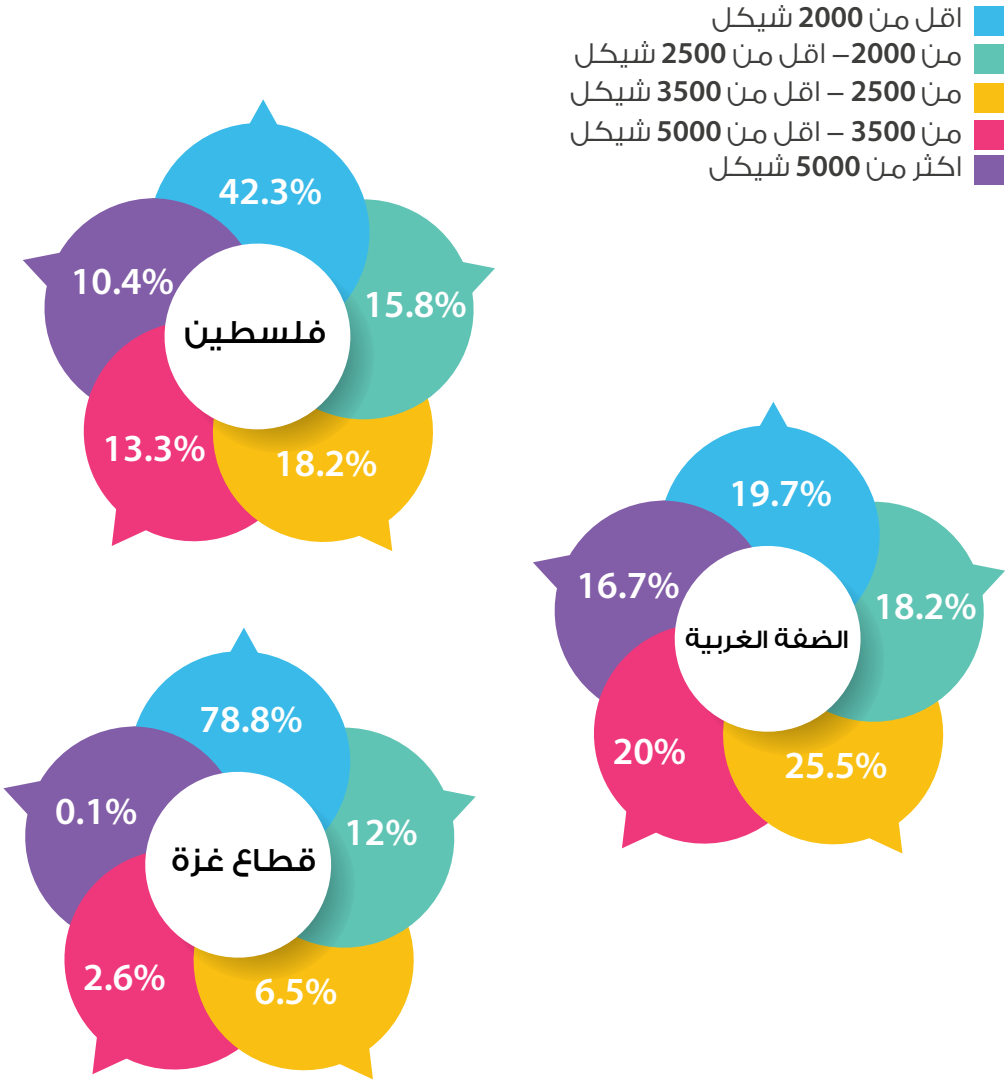
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

الحالة الزواجية



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

الدخل الشهري



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

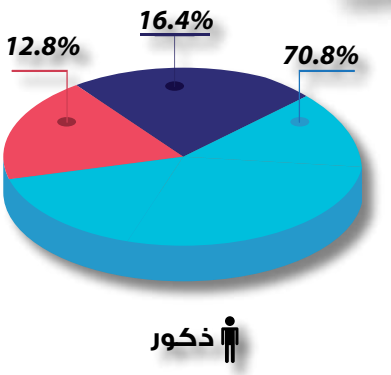
الاشتراك بأنظمة التأمين الصحي

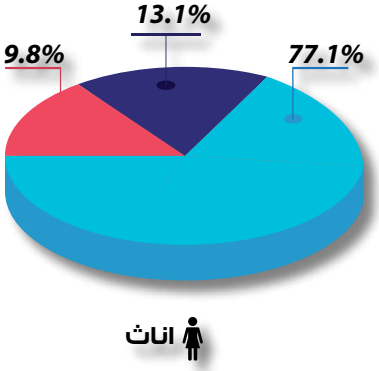
يوجد لديه تأمين صحي فعال

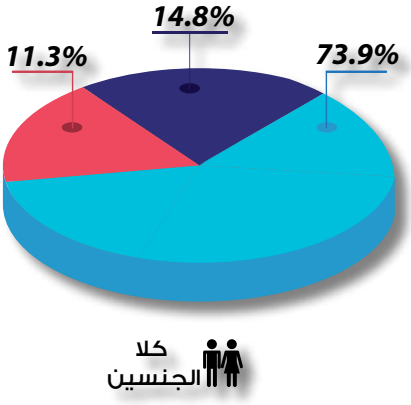
لا يوجد (كان لديه سابقاً)

لا يوجد (لم يكن يوماً لديه تأمين صحيً)

1 فلسطين







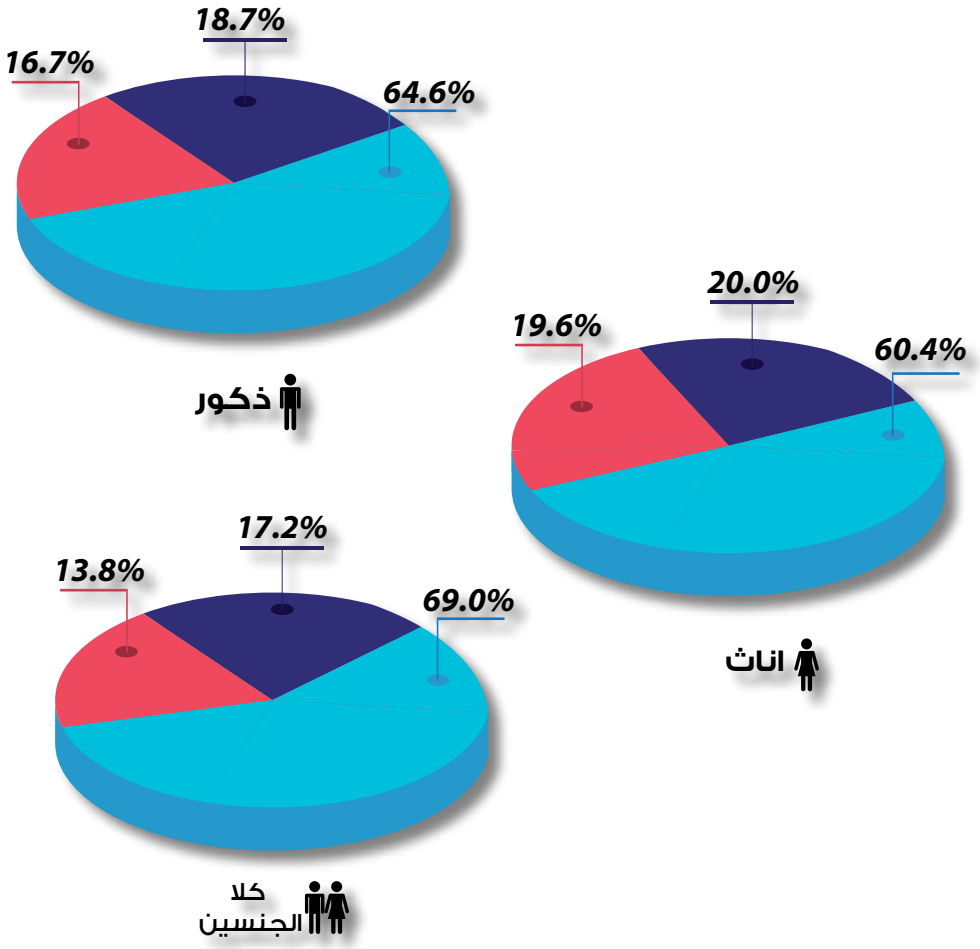
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

يوجد لديه تأمين صحي فعال

لا يوجد (كان لديه سابقاً)

لا يوجد (لم يكن يوماً لديه تأمين صحيّ)

2 الضفة الغربية



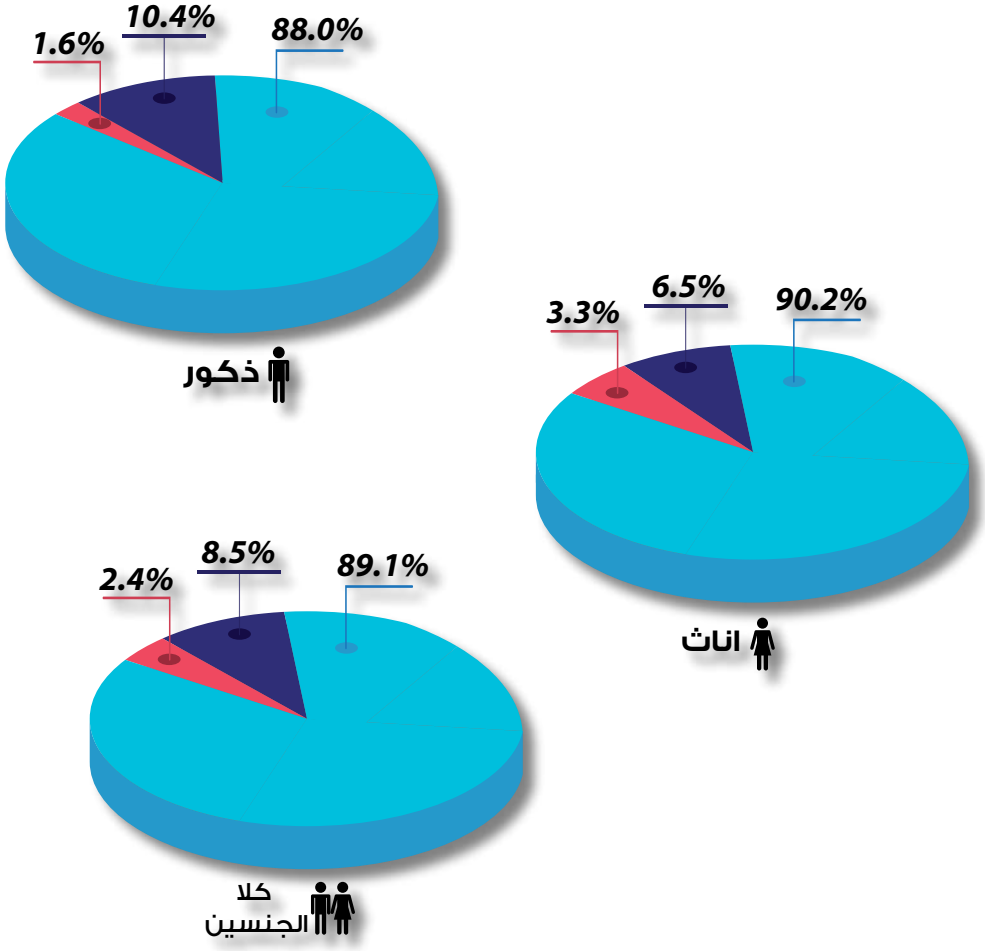
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

يوجد لديه تأمين صحي فعال

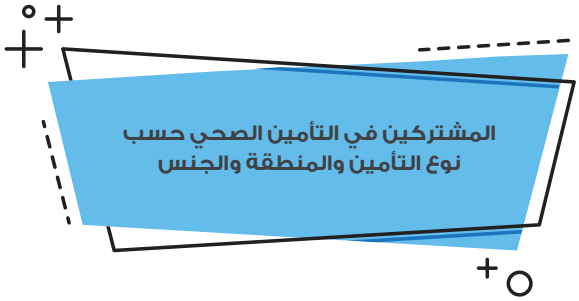
لا يوجد (كان لديه سابقاً)

لا يوجد (لم يكن يوماً لديه تأمين صحيّ)

3 قطاع غزة

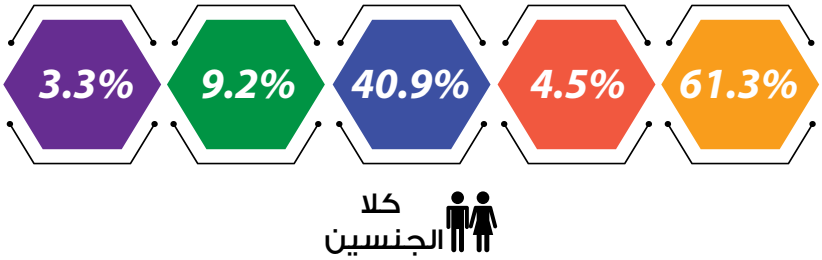


ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

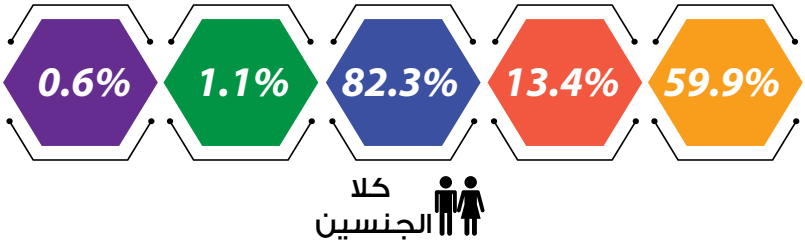


- حكومي (يشمل الشؤون الاجتماعية ذوي الأسرى والشهداء
- خدمات عسكري
- وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونرو
- خاص
- اسرائيلي

1 الضفة الغربية



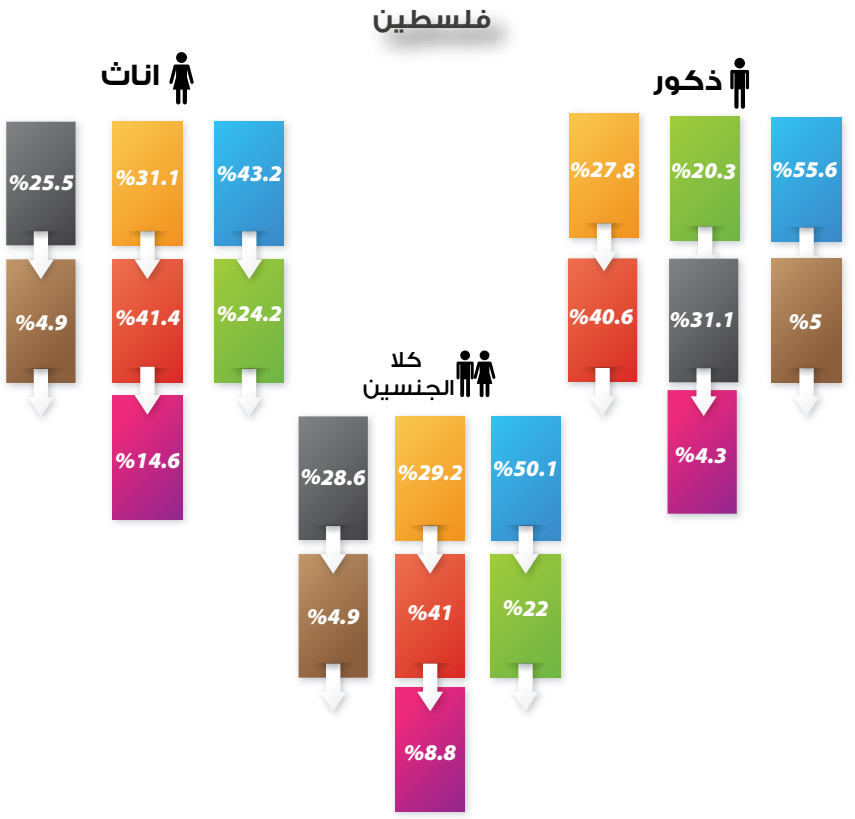
2 قطاع غزة



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

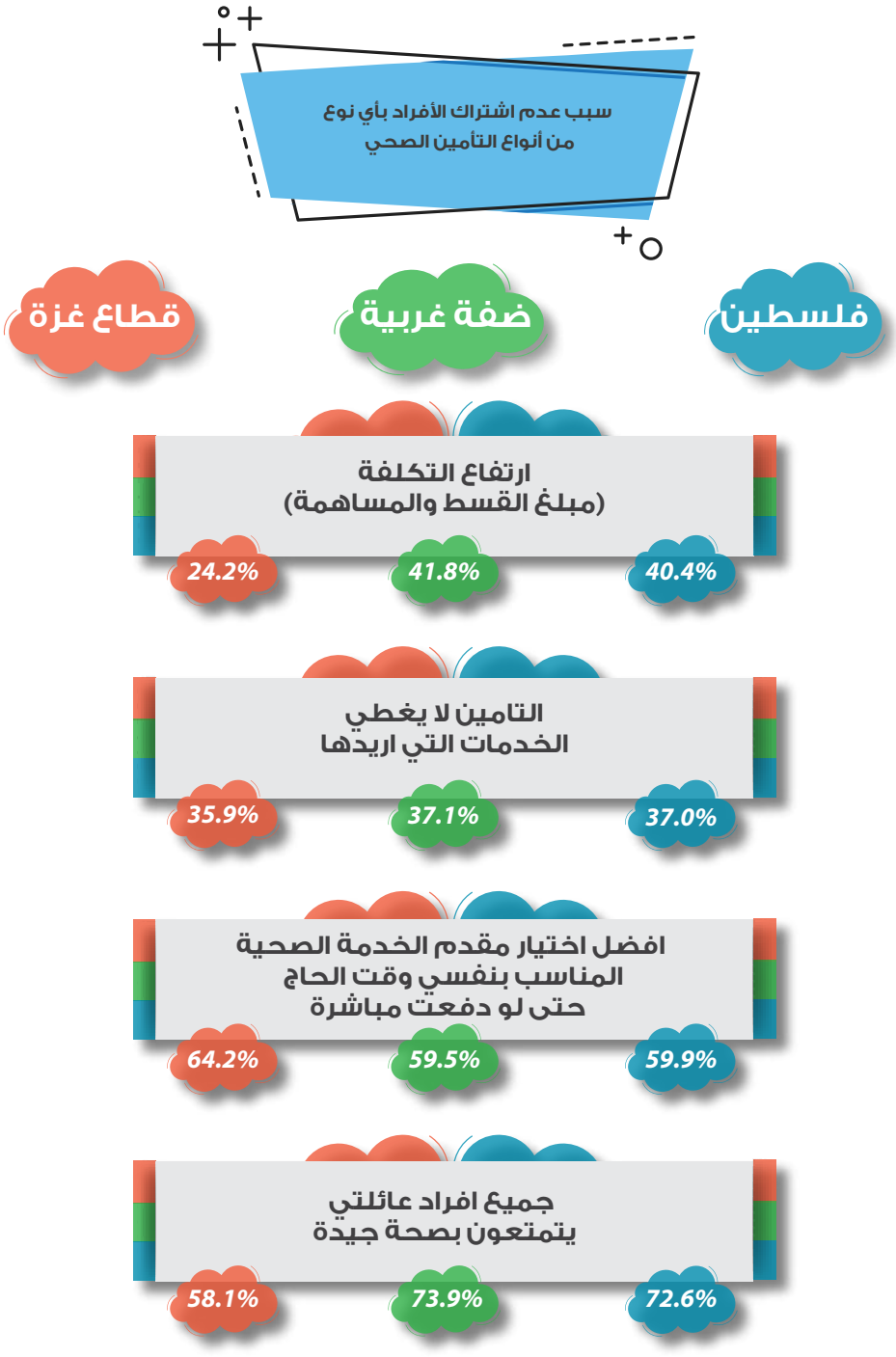
عدم الاشتراك باي نظام تامين صحي

أسباب عدم تجديد التامين الصحي للأفراد" الذين ليس لديهم تأمين صحي حالياً



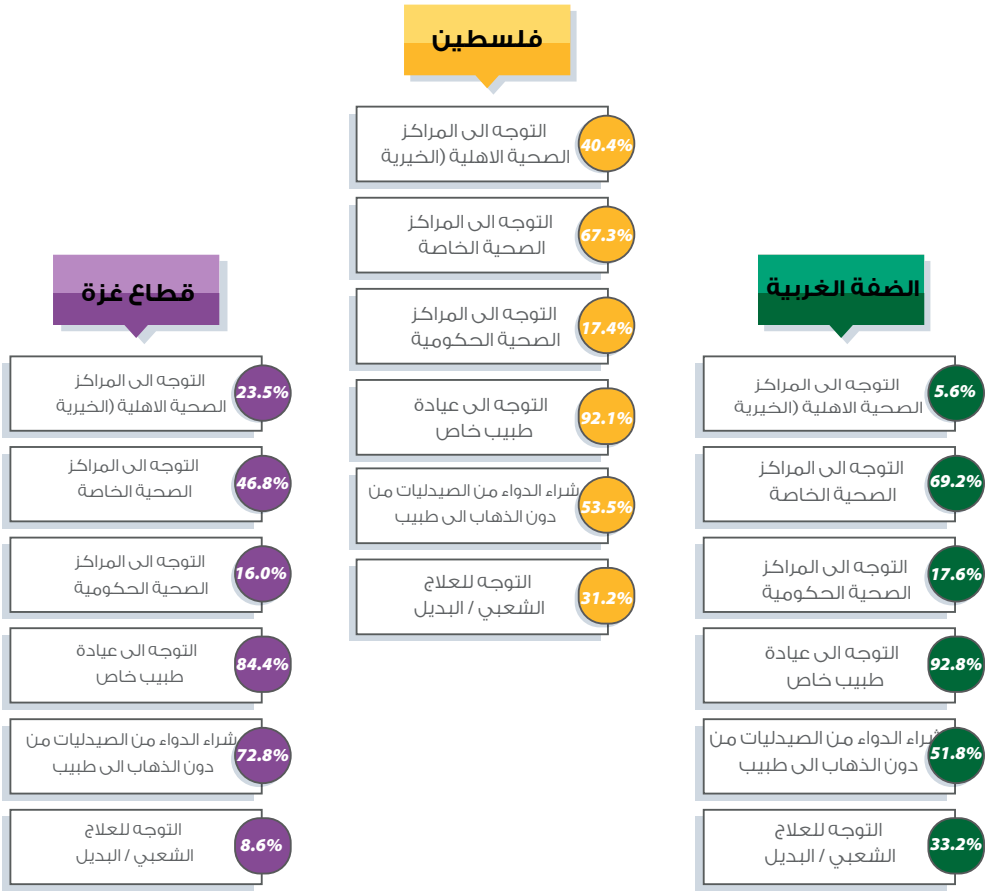
- ارتفاع التكلفة (مبلغ القسط والمساهمة)
- التأمين لا يغطي الخدمات التي اريدها
- أفضل اختيار مقدم الخدمة الصحية المناسب بنفسي وقت الحاجة
- جميع أفراد عائلتي يتمتعون بصحة جيدة
- لم أعد بحاجة الى تأمين
- الانتهاء من العمل (الذي كان يدفع تكلفة التأمين)
- المشغل أوقف التأمين

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧



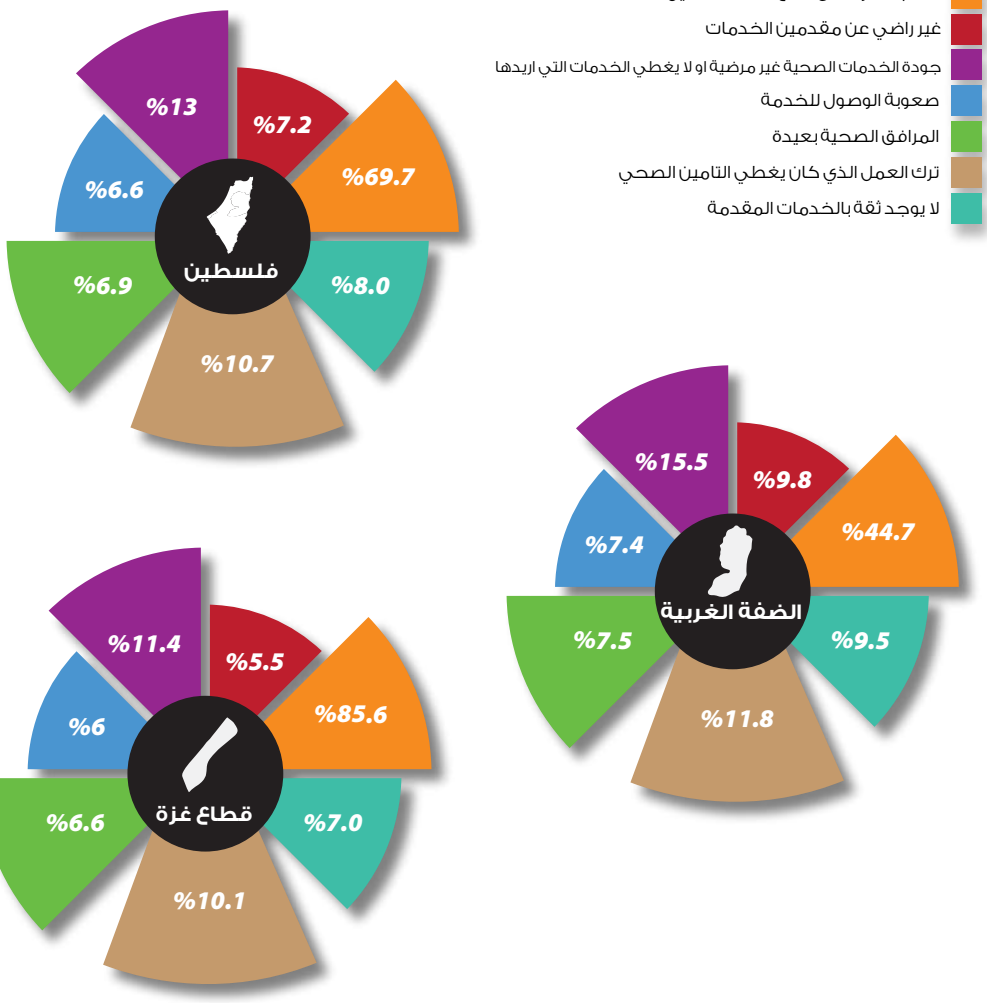
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

كيفية حصول الأفراد الذين لم يسبق لهم الاشتراك بأي نوع من أنواع التأمين الصحي على الخدمات الصحية



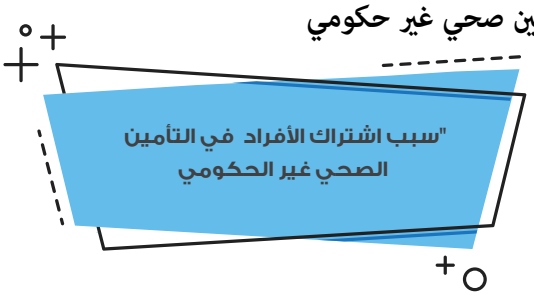
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

اسباب عدم تجديد الاشتراك في التأمين الصحي الحكومي للافراد المشتركين حالياً في تأمين صحي غير حكومي



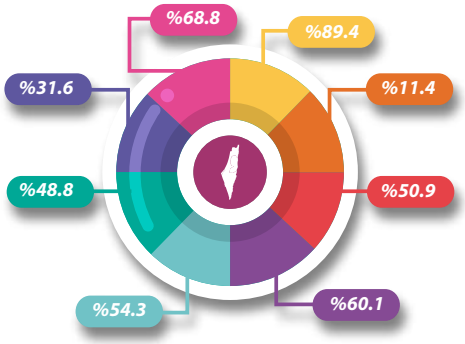
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

المشتركين حاليا بتامين صحي غير حكومي

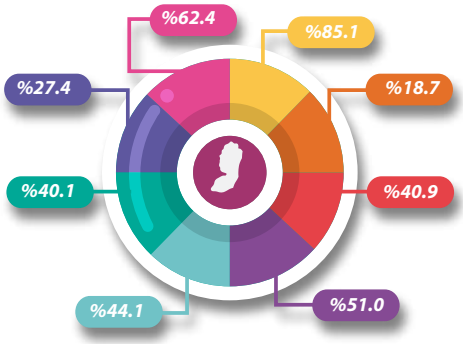


الزامي
هذا هو التامين المتوفر لدى المشغل
يوفر سلة خدمات اكثر
خدماته سهلة الوصول
جودة الخدمة افضل
معاملة الفريق الطبي افضل
فرصة اكبر لاختيار الطبيب او المستشفى المناسب
اقل تكلفة من الدفع من الجيب

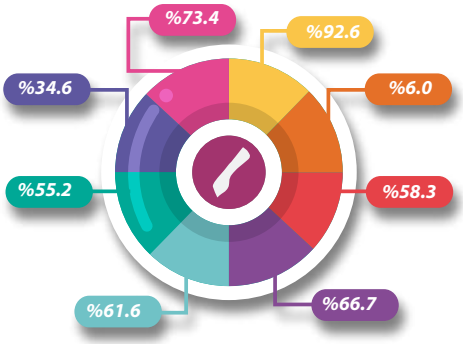
1 فلسطين



2 الضفة الغربية



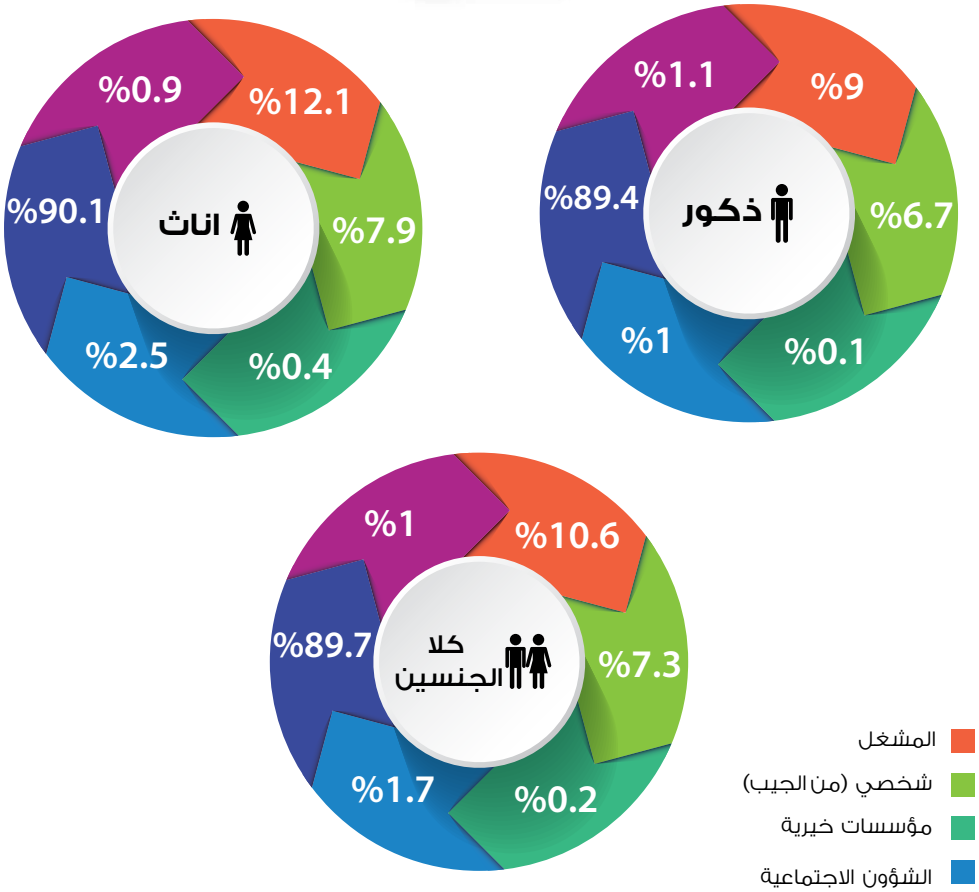
3 قطاع غزة



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

نوع التأمين الصحي

فلسطين

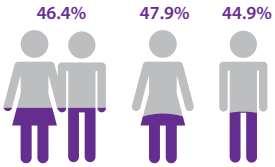


ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

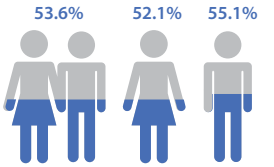
المشتركين حالياً في تأمين صحي غير حكومي*
حسب اشتراكهم سابقاً بتأمين حكومي

فلسطين

اشترك سابقاً بتأمين حكومي

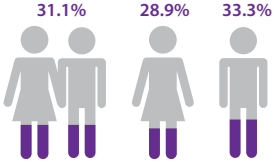


لم يشترك مسبقاً بتأمين حكومي

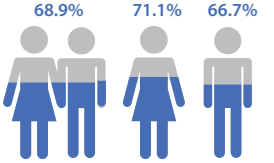


الضفة الغربية

اشترك سابقاً بتأمين حكومي



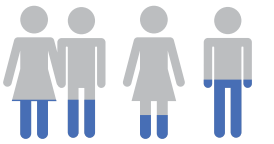
لم يشترك مسبقاً بتأمين حكومي



قطاع غزة

اشترك سابقاً بتأمين حكومي

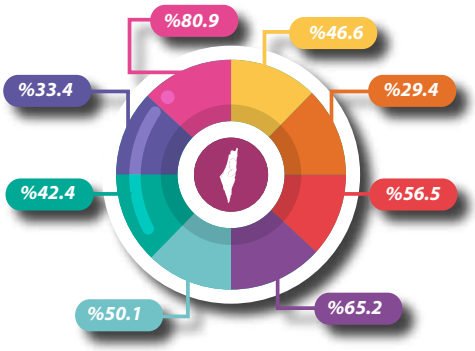
لم يشترك مسبقاً بتأمين حكومي



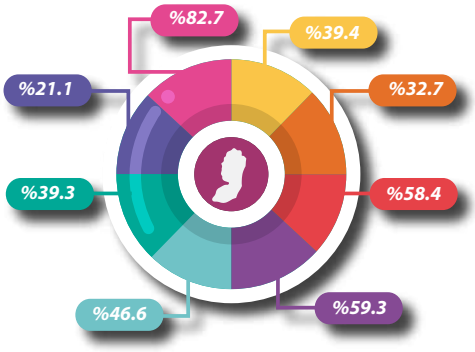
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

المشتركين بتأمين صحي حكومي

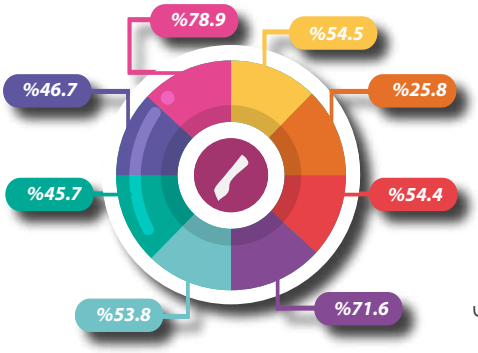
1 فلسطين



2 الضفة الغربية



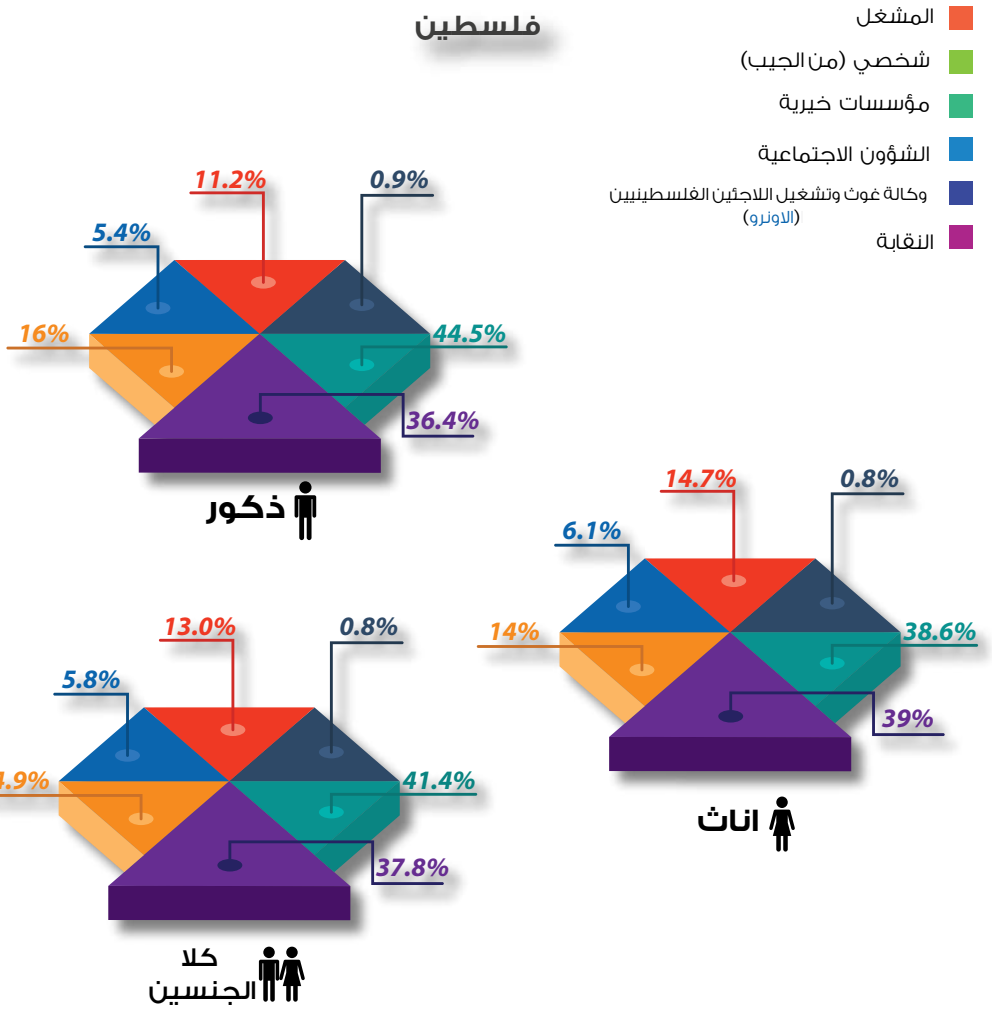
3 قطاع غزة



- الزامي
- هذا هو التامين المتوفر لدى المشغل
- يوفر سلة خدمات اكثر
- خدماته سهلة الوصول
- جودة الخدمة افضل
- معاملة الفريق الطبي افضل
- فرصة اكبر لاختيار الطبيب او المستشفى المناسب
- اقل تكلفة من الدفع من الجيب

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

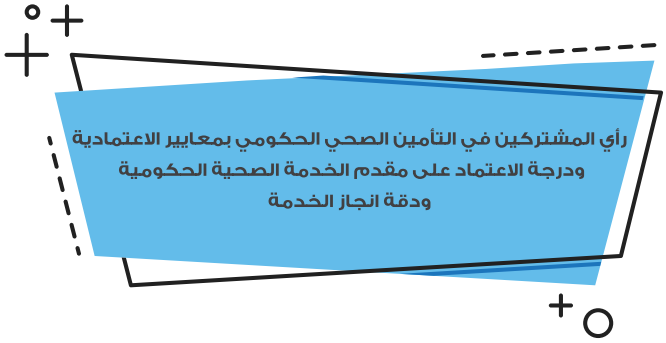
طريقة تغطية الأفراد المشتركين بالتأمين الصحي الحكومي



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

معايير جودة الخدمة الصحية التي يقدمها التأمين الصحي الحكومي

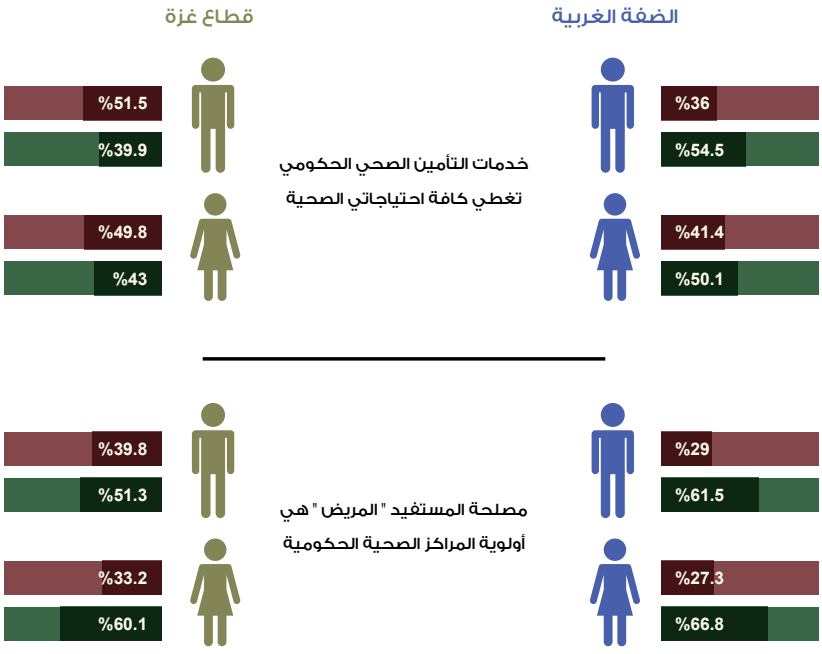
الاعتمادية: درجة الاعتماد على مقدم خدمة التأمين الصحي الحكومي ودقة إنجازه للخدمة المطلوبة



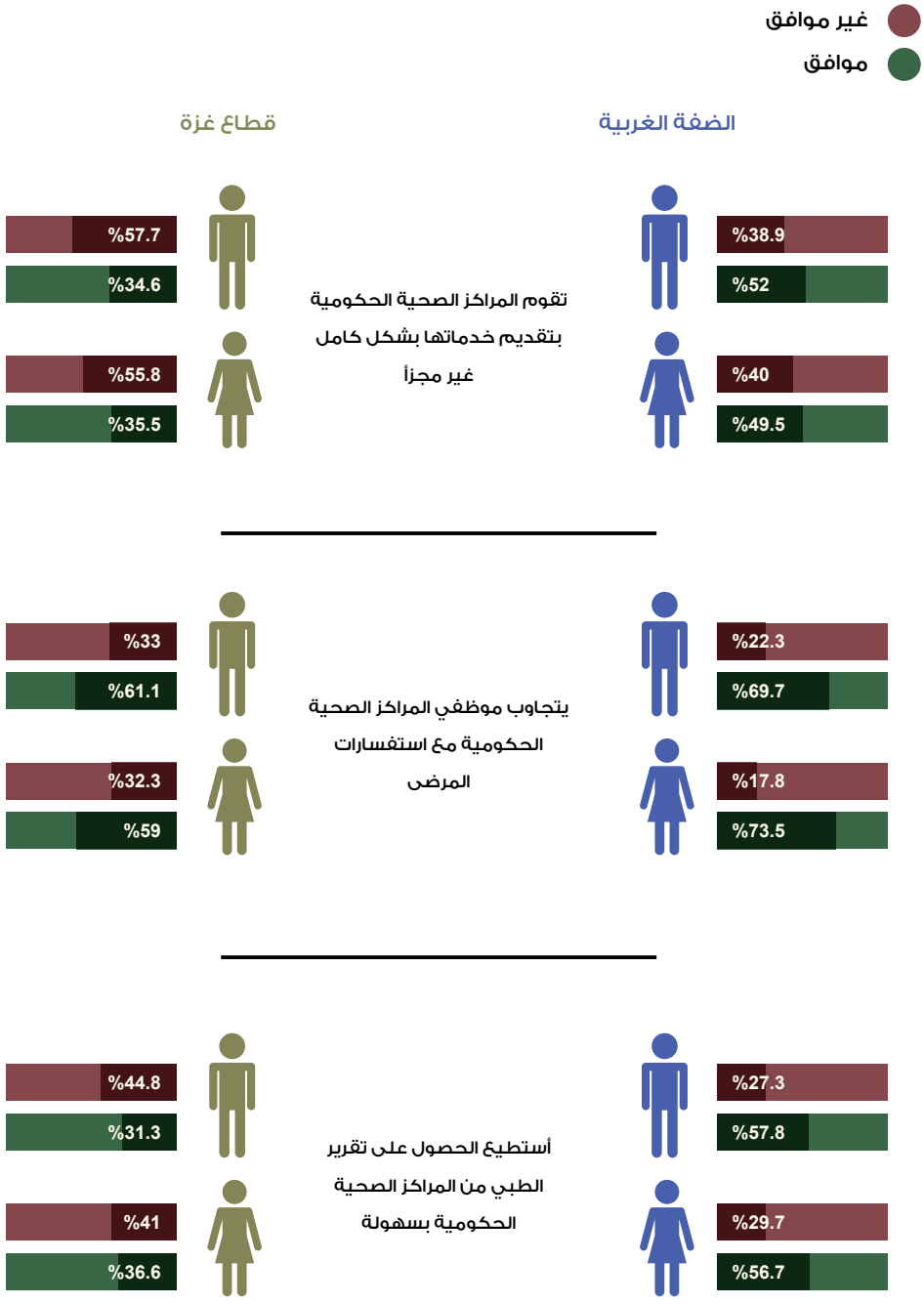
غير موافق

موافق

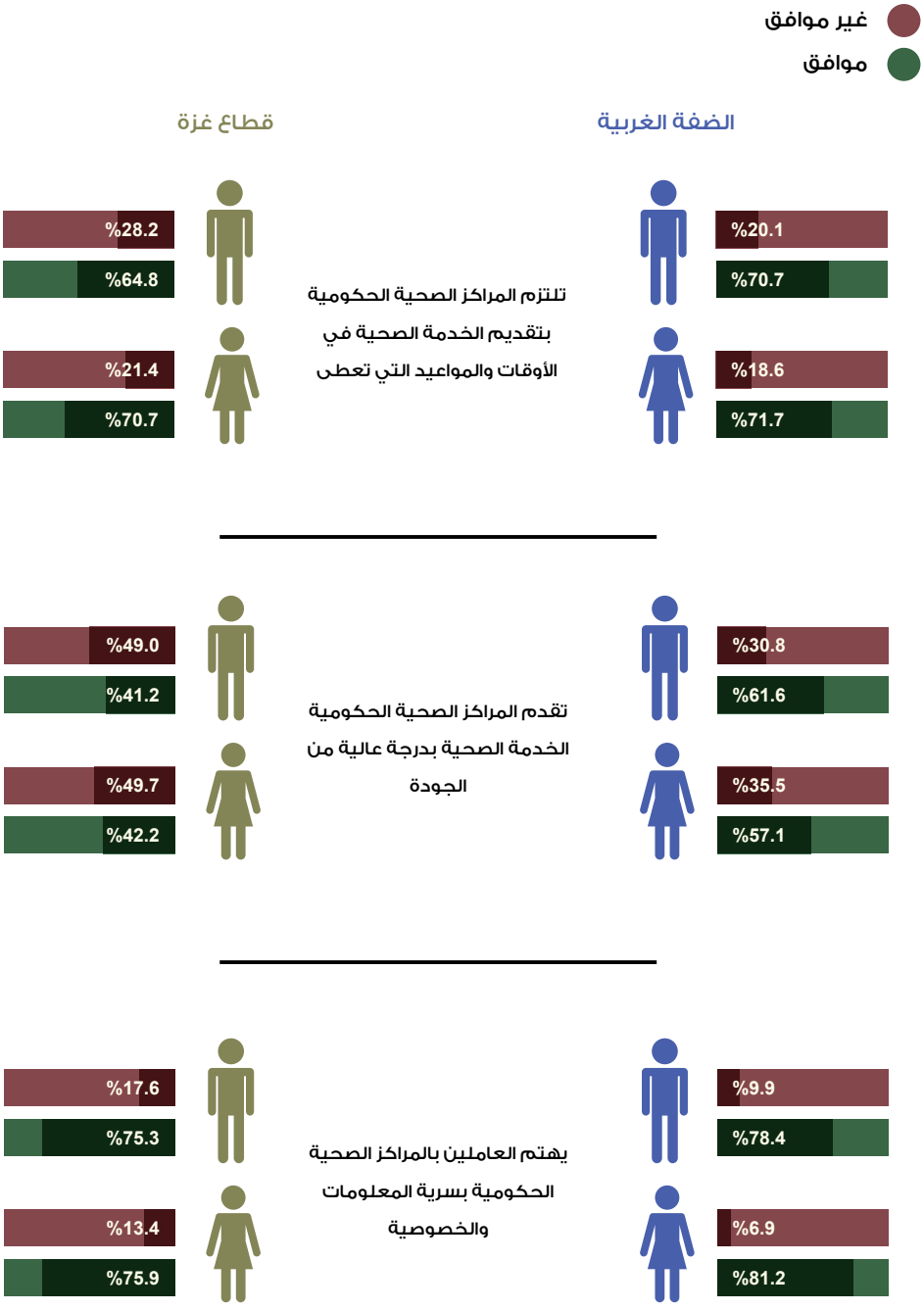
معايير الاعتمادية على مقدم الخدمة الصحية الحكومية



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧



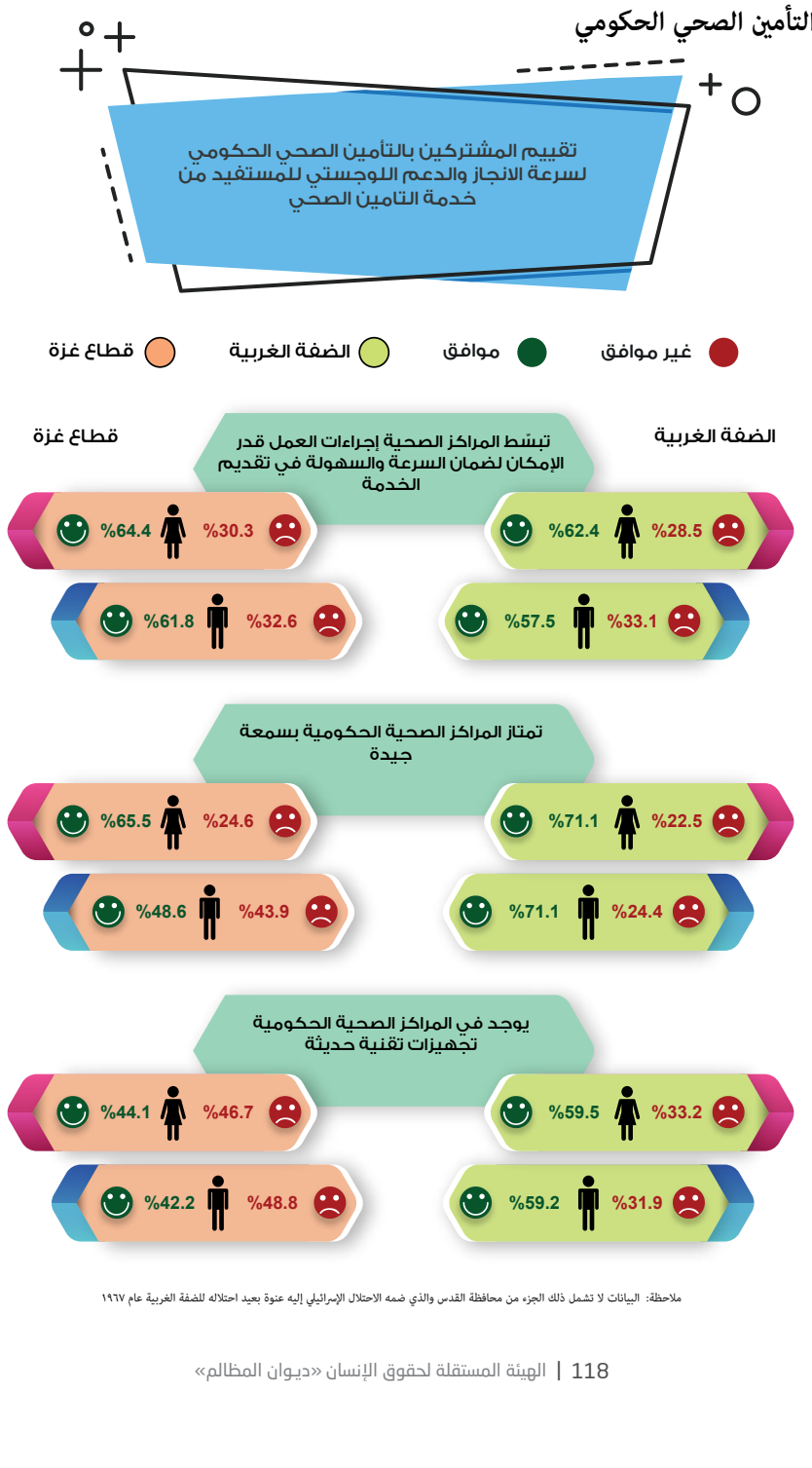
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧



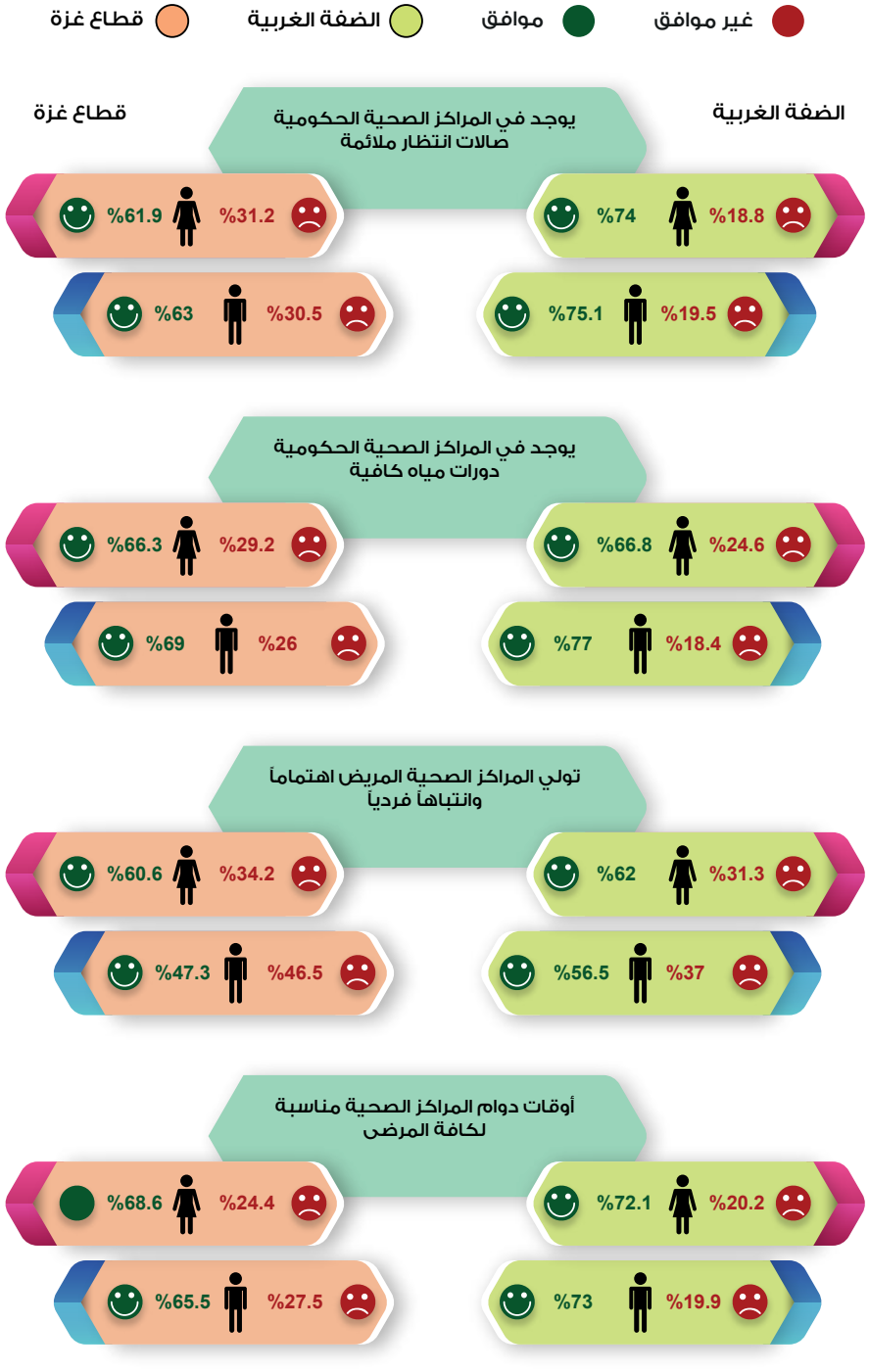
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

الاستجابة

- **تقييم المراكز الصحية من حيث سرعة الانجاز والدعم اللوجستي للمستفيد من خدمة التأمين الصحي الحكومي**

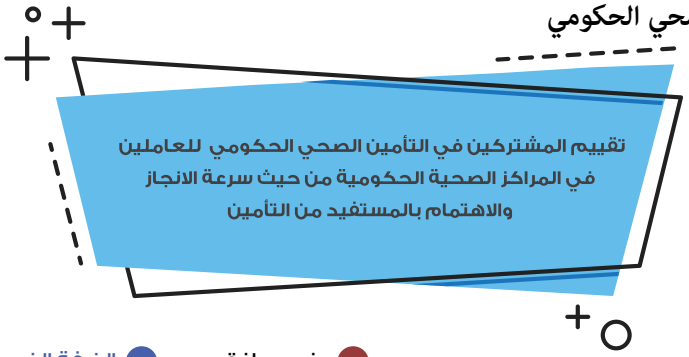


ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

- **تقييم العاملين في المراكز الصحية من حيث سرعة الانجاز والاهتمام للمستفيد من خدمة التأمين الصحي الحكومي**



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

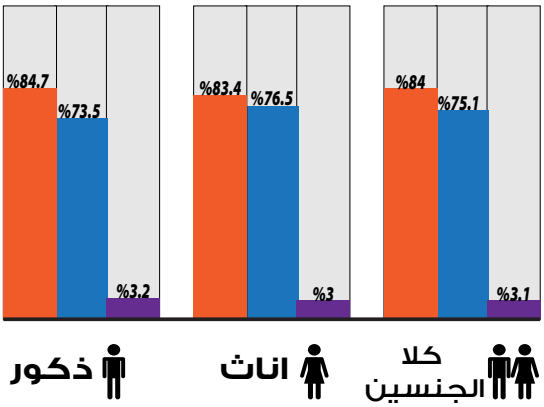
الوصول الجغرافي

توفر مركز صحي حكومي في التجمع الذي يقيم فيه المبحوث

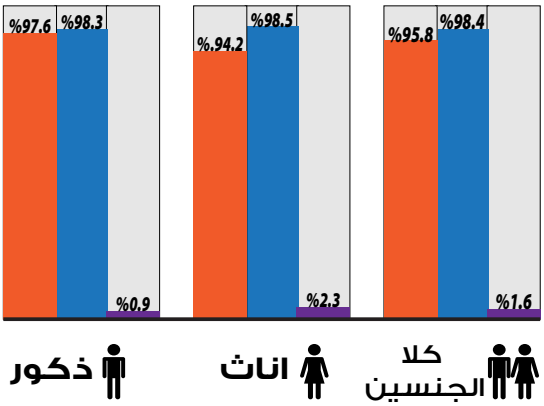
يتوفر وسائل مواصلات عامة للوصول الى أقرب مركز صحي حكومي

يضطر الفرد الى المرور من حاجز عسكري للوصول الى أقرب مركز صحي حكومي

1 الضفة الغربية

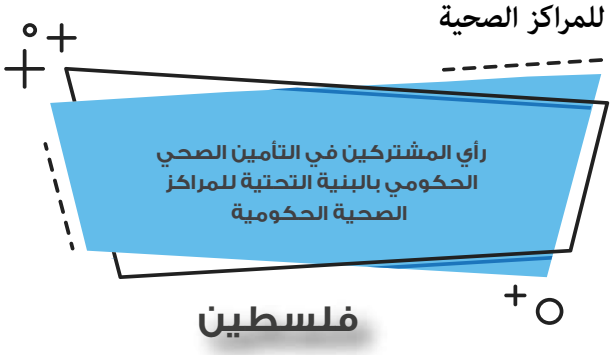


2 قطاع غزة



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

البنية التحتية للمراكز الصحية



1 الممرات والطرقات في المراكز الصحية واسعة ومريحة وبما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة

ذكور		اناث	
غير موافق	موافق	غير موافق	موافق
%21.2	%73.7	%23.8	%70.3

2 المراكز الصحية مجهزة بوسائل وأدوات تسهل تنقل المرضى داخلها بما يتلائم مع احتياجاتهم ووضعهم الصحي

ذكور		اناث	
غير موافق	موافق	غير موافق	موافق
%30.5	%61.9	%32.9	%60.1

3 المراكز الصحية مجهزة بحيث تتلائم (مع ذوي الاعاقة (الحمامات، المصاعد

ذكور		اناث	
غير موافق	موافق	غير موافق	موافق
%38.4	%52.6	%37.8	%53.3

4 تضع المراكز الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة

ذكور		اناث	
غير موافق	موافق	غير موافق	موافق
%12.5	%78.5	%12.2	%77.7

5 غرفة الانتظار في المركز الصحي مريحة وتتسع لجميع المراجعين

ذكور		اناث	
غير موافق	موافق	غير موافق	موافق
%26.5	%68.3	%28.1	%64.5

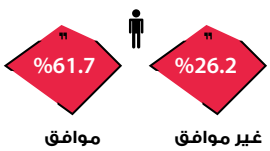
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

الوصول الاقتصادي

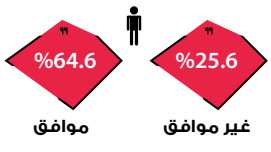
رأي المشتركين في التأمين الصحي الحكومي بالتكلفة المالية لخدمات التأمين

ذكور — فلسطين — إناث

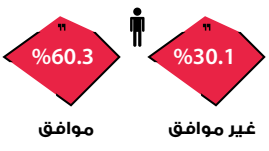
1 تعتبر تكلفة بطاقة التأمين الصحي الحكومي مناسبة مقارنة بالخدمات المقدمة



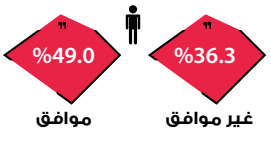
2 رسوم التأمين الصحي الحكومي مناسبة بالنسبة لدخل أسرتي



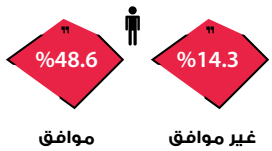
3 الرسوم التي تدفع مقابل الدواء والخدمات الصحية الأخرى التي يوفرها التأمين الصحي الحكومي مناسبة لدخل اسرتي



4 تشكل الرسوم التي تدفع للحصول على إقامة في المستشفى عبء اقتصادي على اسرتي

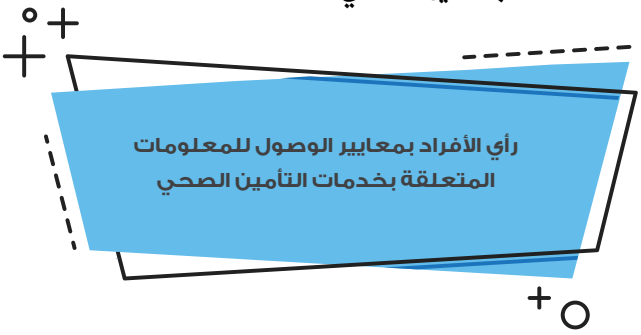


5 تكاليف الخدمات الصحية غير المتوفرة في المراكز الحكومية مثل (أدوية، فحوصات مخبرية، فحوصات تصوير، عملية ... الخ) عبء اضافي على دخلي ودخل أسرتي



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

الوصول للمعلومات المتعلقة بالتامين الصحي

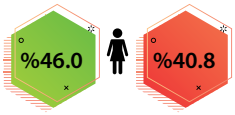


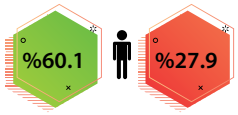
فلسطين

غير موافق

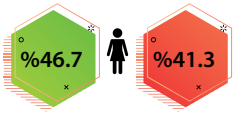
موافق

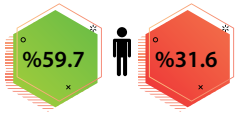
1. لدي المعرفة الكافية حول تكلفة التأمين الصحي الحكومي



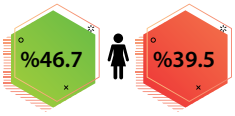


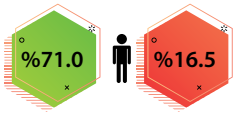
2. لدي المعرفة الكافية حول الخدمات المشمولة في التأمين الصحي الحكومي



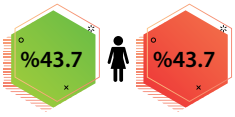


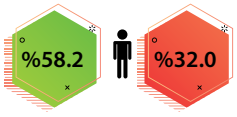
3. لدي المعرفة الكافية حول إجراءات الحصول على التأمين الصحي الحكومي وتجديده



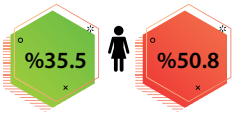


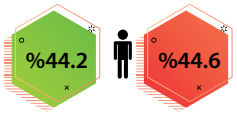
4. لدي معلومات كافية عن حقوقي بموجب التأمين الصحي الحكومي





5. يقوم الموظف المختص بتقديم علومات كافية حول سلة الانتفاع (الخدمات المتوفرة) المقدمة من التأمين الصحي الحكومي



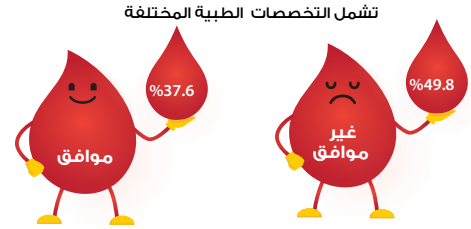


الوصول الى الخدمة وتوفرها

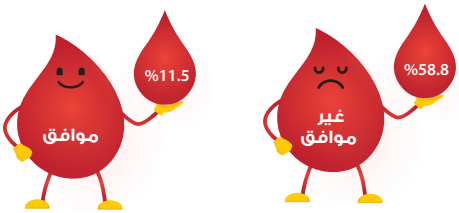
رأي المشتركين في التأمين الصحي الحكومي بمعايير الوصول للخدمات الصحية التي يوفرها التأمين

فلسطين

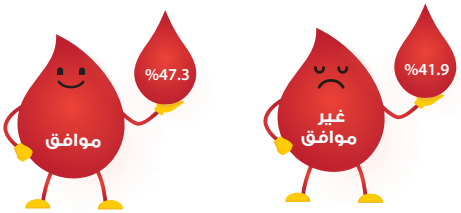
❶ المركز الصحي الحكومي في يقدم خدمات طبية تشمل التخصصات الطبية المختلفة



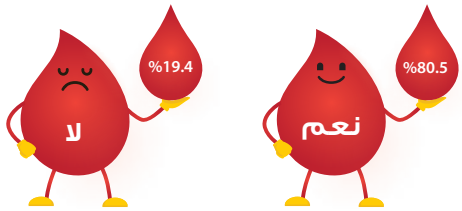
❷ يتوافر في المركز الصحي الحكومي في منطقتك كافة أنواع الادوية التي تحتاجها



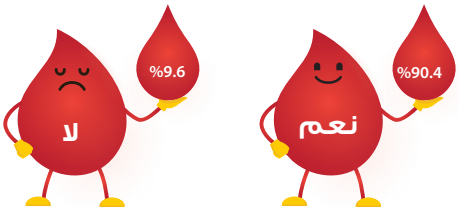
❸ يتوافر في المركز الصحي الحكومي في منطقتك "الخدمات الصحية المساندة " تحليل مختبرات وأشعة وغيرها



❹ المركز الصحي الحكومي في يقدم خدمات طبية تشمل التخصصات الطبية المختلفة



❺ خلال ال ١٢ شهر الماضية اضطررت الى شراء الادوية خارج مظلة التامين الصحي الحكومي

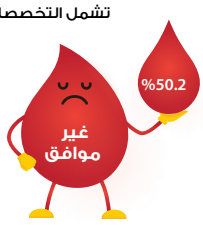


ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

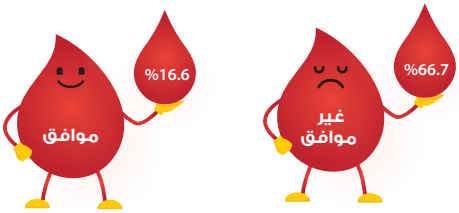
رأي المشتركين في التأمين الصحي الحكومي بمعايير الوصول للخدمات الصحية التي يوفرها التأمين

الضفة الغربية

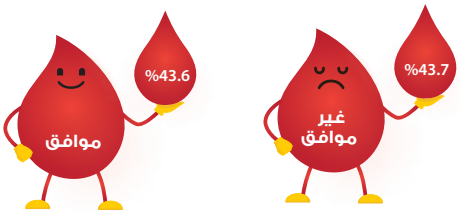
❶ المركز الصحي الحكومي في يقدم خدمات طبية تشمل التخصصات الطبية المختلفة



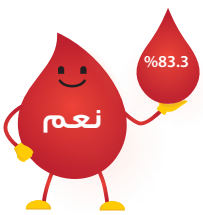
❷ يتوافر في المركز الصحي الحكومي في منطقتك كافة أنواع الادوية التي تحتاجها



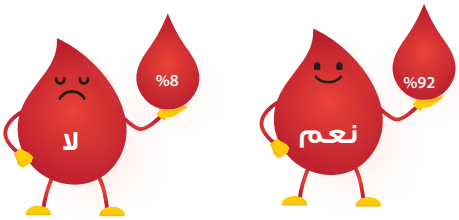
❸ يتوافر في المركز الصحي الحكومي في منطقتك "الخدمات الصحية المساندة " تحليل مختبرات وأشعة وغيرها



❹ المركز الصحي الحكومي في يقدم خدمات طبية تشمل التخصصات الطبية المختلفة



❺ خلال ال ١٢ شهر الماضية اضطررت الى شراء الادوية خارج مظلة التامين الصحي الحكومي



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

معيار المقبولية «الرضى والثقة»

رأي المشتركين في التأمين الصحي الحكومي بمعايير المقبولية (الرضى والثقة) عن خدمات التأمين

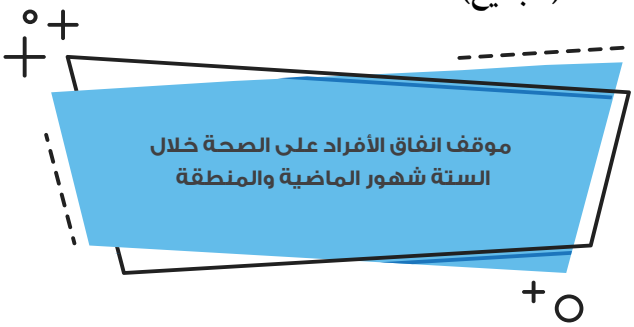
غير موافق
موافق

فلسطين

	ذكور		إناث	
1	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع المراكز الصحية الحكومية	%28.4	%62.6	%26	%65.6
2	تراعي المراكز الصحية الحكومية العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع	%9.4	%83.3	%8.5	%83.5
3	تحافظ المراكز الصحية الحكومية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	%8.2	%82.5	%7.3	%84
4	تحافظ المراكز الصحية الحكومية على خصوصية الحالة المرضية للمرضى	%13.3	%79.3	%8.7	%82
5	تشعر بالرضى عند تلقيك الخدمة في المراكز الصحية الحكومية	%28.9	%63.8	%25.7	%68.2
6	تشعر بالرضى لما يوفره التأمين الصحي اثناء احتياج الخدمات الصحية	%17.6	%70.4	%45.2	%72.5

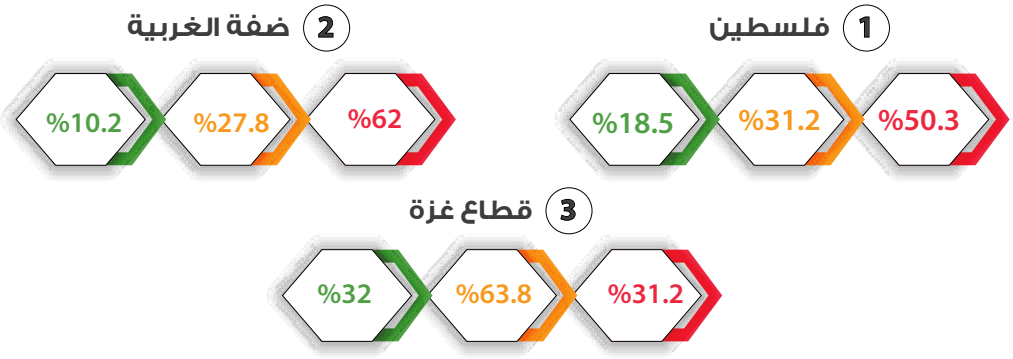
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

الانفاق على الصحة (للجميع)

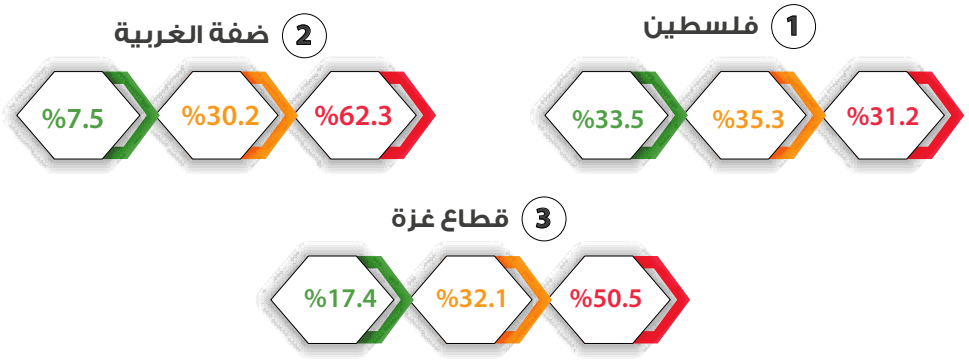


لا | بعض الاحيان | كثيرا

1 خلال الـ ٦ شهور الماضية هل واجهت صعوبات مالية بسبب الانفاق على خدمات الرعاية الصحية؟



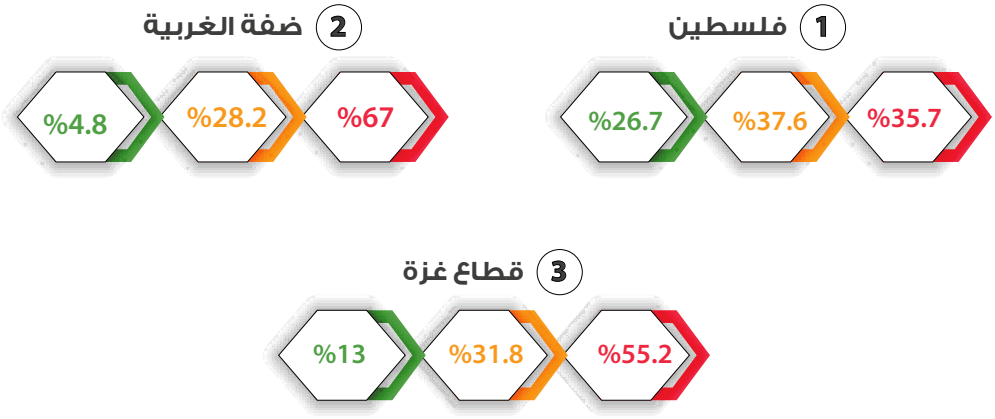
2 خلال الـ ٦ شهور الماضية هل قمت بالتخلي عن أو تأجيل زيارة طبيب بسبب التكلفة المالية



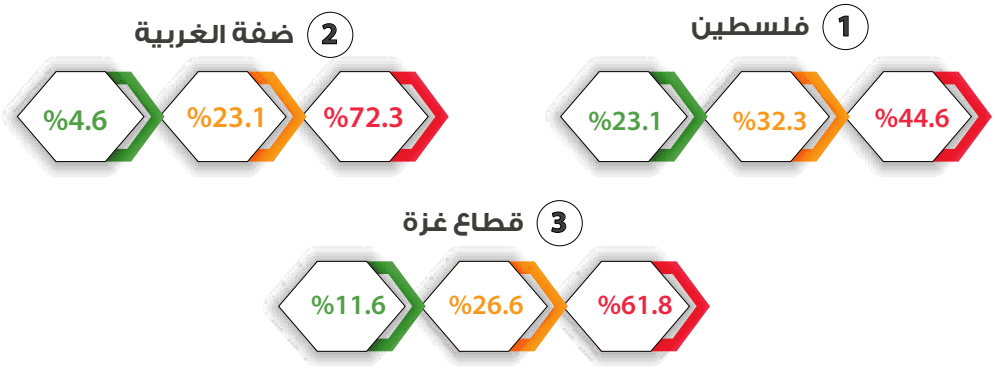
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

لا | بعض الاحيان | كثيرا

3 خلال الـ ٦ شهور الماضية هل قمت بالتخلي عن شراء علاج موصوف بسبب التكلفة المالية



4 خلال الـ ٦ شهور الماضية هل خفضت انفاقك على الاحتياجات الاساسية مثل الطعام والملبس لتكون قادرا على دفع تكاليف الرعاية الصحية

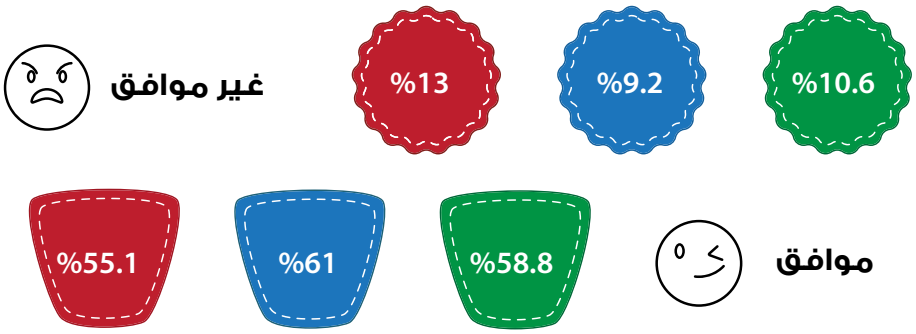


ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

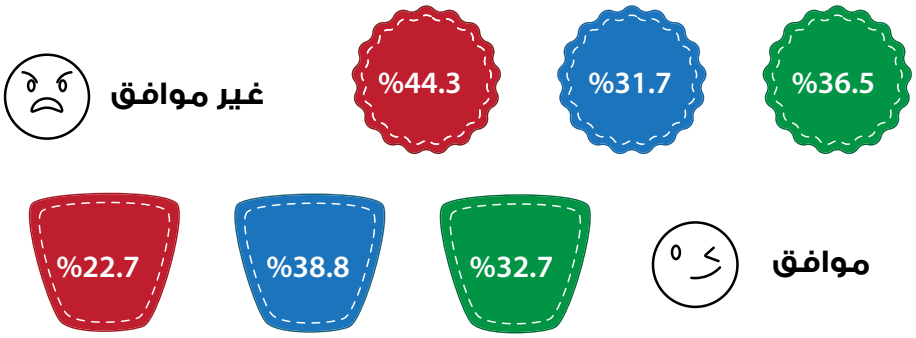
وجهة نظر المشتركين في التأمين الصحي الحكومي بموضوعات الانفاق على الصحة والمنطقة

فلسطين | الضفة الغربية | قطاع غزة

1 جميع الأفراد في المجتمع يجب أن يكونوا مشتركين بتأمين صحي الزامي الدفع يوفر لهم رعاية صحية جيدة عند المرض



2 من وجهة نظرك مقبول دفع رسوم اكثر مقابل تغطية خدمات وامتيازات اكثر في التأمين الصحي



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

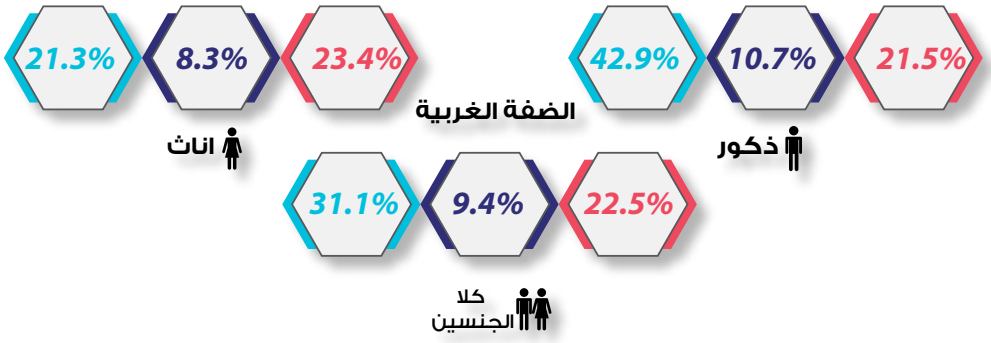
معيار المحاسبة والمساءلة

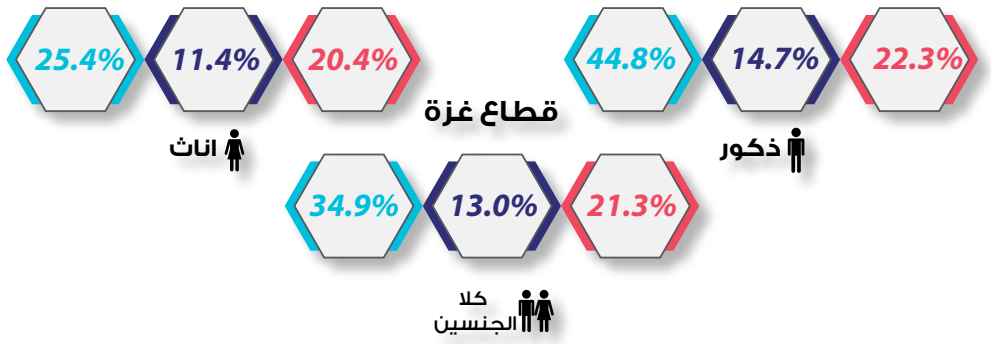
رأي المشتركين في التأمين الصحي الحكومي بمعايير المحاسبة والشكاوي في الخدمات

في حال وجد تقصير أو سوء معاملة خلال تلقيه خدمة التأمين الصحي الحكومي يعرف كيف يمكن أن يشتكي ،

سبق له (أو لأحد معارفه) ان قام بتعبئة طلب شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير خلال تلقي خدمة التأمين الصحي الحكومي

إذا قام أحد برفع شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير، يعتقد انه سيكون هناك نتيجة لهذه الشكوى

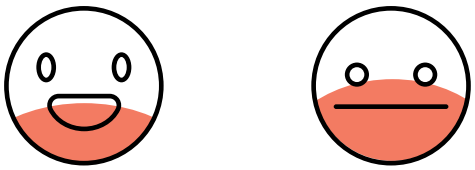




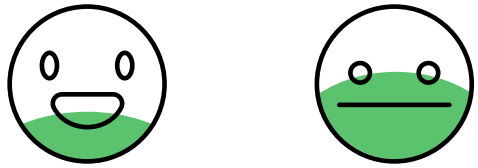
ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

رضا المشتركين في التأمين الصحي عن طريقة التعامل مع الشكوى التي تقدم بها الفرد أو أحد معارفه والمنطقة

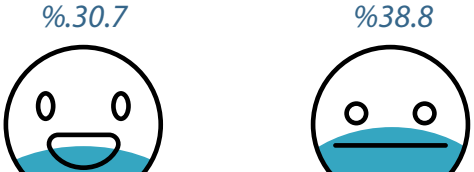
فلسطين



الضفة الغربية



قطاع غزة



ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام ١٩٦٧

أصوات الفئات الاجتماعية الأكثر هشاشة

منهجية البحث الكيفي

يأتي تنفيذ المجموعات البؤرية بالشراكة مع مركز بيسان للبحوث والإنماء، ولجان العمل الصحي، ومرصد السياسات الاجتماعية والسياسية، وذلك انطلاقاً من رؤية الهيئة لتعزيز العمل التشاركي والتكاملي بين الهيئات الوطنية ومؤسسات المجتمع المدني، ولشمولية موضوع التحقيق الذي يمس كافة أطياف المجتمع، ومفتاح الحصول على الحق في الصحة.

استند التحقيق الوطني بشان التأمين الصحي على منهجية البحث الكيفي التي تعتمد على نقل أصوات الفئات الاجتماعية الأكثر هشاشة، وتجربتهم، ليس كمبحوثين، وإنما كمشاركين، وذلك لنقل معرفتهم وتجربتهم وخبراتهم في موضوع التأمين الصحي.

عينة التحقيق ليست ممثلة، ولا يمكن تعميم نتائجها، ولكنها تعكس واقعاً معيناً لفئات اجتماعية محددة لديها تجربتها الخاصة التي تحتاج للكشف والتحليل. كانت العينة عشوائية من حيث تجربتها مع التأمين الصحي، وقصدية من حيث مكان السكن، والفئة الاجتماعية. تعكس العينة تمثيلا لمنطقة الضفة الغربية (الشمال والوسط والجنوب)، ومنطقة قطاع غزة.

هدفت نقاشات المجموعات البؤرية إلى فحص واقع وتجربة النساء، والعمال، والشباب، والأشخاص ذوي الإعاقة للوقوف على معرفة وتوجهات وآراء المبحوثين حول التأمين الصحي، بما فيها الصعوبات والظروف المحيطة بإجراءات التأمين الصحي وكفاية مشتملات التأمين الصحي للوصول الآمن إلى الصحة، بجانب مساهمات المأمنين المادية لتلقي الخدمة، فضلاً عن جودة ونوعية الخدمات المشمولة في التأمين الصحي، وفحص مؤشرات المعايير الدولية للتأمين الصحي، والحق في الصحة المتمثلة في المعرفة والتوافر والوصول الجغرافي والاقتصادي والوصول إلى المعلومات، والاستجابة والمقبولية.

تم تنفيذ (19) مجموعة بؤرية خلال الربع الأول من العام 2019، تضمنت مشاركة (301) مشارك ومشاركة مثلوا عينة عشوائية من الفئات (الشباب والأشخاص ذوي الإعاقة والعمال والمسنين، والنساء)، وتوزعت العينة شمال ووسط وجنوب الضفة الغربية، وقطاع غزة.

- قام مركز بيسان للبحوث والإنماء بتنفيذ خمس مجموعات بؤرية للشباب في كل من شمال ووسط وجنوب الضفة الغربية،حيث عقدت المجموعات البؤرية في كل من مدينة نابلس، ومدينة جنين (شمال الضفة)، وقرية بيت عور التحتا (كمركز لقرى بيت عور التحتا والفوقا، وبلعين وصفا وكفر نعمة)، وفي رام الله (كمجموعة شبابية متخصصة) (وسط الضفة)، وفي مخيم الدهيشة (كمركز لقرى حول بيت لحم منها الشواورة، والدهيشة، ودار صلاح) (جنوب الضفة). وحضر هذه المجموعات ما يقارب (70) شاباً وشابة من مختلف قطاعات العمل، وبما معدله (14) مشاركاً/ة في كل مجموعة.

- نفذ مرصد السياسات الاجتماعية والسياسية خمس مجموعات بؤرية، استهدفت شريحة العمال، في كل من محافظات جنين ورام الله والخليل في الضفة الغربية، وفي المحافظات الوسطى والشمالية في قطاع غزة، ويقدر عدد العمال المشاركين في الجلسات ما يقارب (80) عاملا/ة.

- نفذت لجان العمل الصحي ست مجموعات بؤرية مع مجموعات النساء والمسنين من الجنسين لعدد (125) مشاركاً ومشاركة في مراكزها في رام الله، والبلدة القديمة في الخليل، وفي بيت لحم وقلقيلية.

- نفذت **الهيئة** ثلاث مجموعات بؤرية مع الأشخاص ذوي الاعاقة في الضفة الغربية وقطاع غزة، بواقع (26) مشاركاً ومشاركة.

- بلغ متوسط الوقت الزمني مع كل مجموعة ساعة ونصف إلى ساعتين.

نتائج واستخلاصات تحليل المسح الكمي والمجموعات البؤرية ومراجعة الأدبيات

يأتي هذا الفصل ليعالج ويحلل القضايا المرتبطة بالتأمين الصحي من وجهة نظر المبحوثين/ات، سواءً شاركوا/ن في المسح المخصص لتحليل وجهات آرائهم/ن تجاه التأمين الصحي، أو من خلال تحليل مضمون المجموعات البؤرية التي جرى تنظيمها بهدف تعميق النقاش حول قضايا التأمين الصحي. إضافة لتحليل آراء المبحوثين/ات، وبالإضافة إلى استناده إلى مجموعة من الدراسات السابقة التي غطت المسألة.

أولًا: معرفة المبحوثين/ات بالتأمين الصحي

يرتبط مفهوم المعرفة بتمتع المبحوثين/ات بالمعلومات والبيانات الصحية المرتبطة بالتأمين الصحي الحكومي، وقد فحصت الأسئلة الموجهة للمجموعات البؤرية عددا من العناصر التي تشملها المعرفة بالتأمين الصحي، كمعرفة المبحوثين/ات بالمعلومات المتعلقة بإجراءات الحصول على بطاقة التأمين الصحي، والتكاليف، والخدمات المشمولة فيها، ومصدر هذه المعلومات.

كشفت نقاشات المجموعات البؤرية أن معظم المشاركين/ات لديهم معرفة عامة حول أنواع أنظمة التأمين الصحي ونطاق تغطيته. وحيث أن معظم المشاركين/ات في المجموعات لديهم/ن بطاقة التأمين الصحي الحكومي، فهم/ن على اطلاع بنطاق الخدمة التي يشملها التأمين، حيث أكد المشاركون على أن المراكز الطبية الحكومية والمستشفيات الحكومية هي الجهة المقدمة للخدمة الصحية للمشتركين في التأمين الحكومي، كما أنهم أبدوا فهما بأن أيّ نقص، أو عدم توافر لبعض الخدمات في المراكز الحكومية، يحتاج إلى تحويلة لأجل شراء هذه الخدمة من القطاع الأهلي، أو الخاص.

رغم أن ما نسبته (63.8%) من المبحوثين في المسح أفادوا بأن لديهم معرفة مقبولة بإجراءات الاشتراك بالتأمين الصحي، فقد تبين وجود تفاوت واضح بين الفئات الاجتماعية في المعرفة المتعلقة بآلية الاشتراك في التأمين الصحي الحكومي، ويعود السبب في التفاوت في المعرفة نتيجة طبيعة التأمين الصحي للمبحوثين، ونوع الاشتراك. ففي حين اعتبرت الموظفات في قوى الأمن بأن لديهن المعرفة المعقولة لإجراءات الاشتراك بالتأمين الصحي، تبين وجود تشتت لدى العمال في المعرفة بإجراءات التأمين الصحي نظراً لتعدد أنظمة التأمين الصحي، وتعدد الأطر القانونية الناظمة والمؤسسات المزودة للخدمة، مما أدى إلى ضعف معرفة هذه الفئة، ناهيك عن ضعف برامج التوعية بحقوقهم الصحية من قبل النقابات، ومن قبل وزارة الصحة.

تتحمل وزارة الصحة واتحادات النقابات المسؤولية عن غياب المعرفة الكافية والعميقة بالتأمين الصحي، حيث أن الوزارة صاحبة الاختصاص فيما يتعلق بالتوعية حول التأمين الصحي، كما أن الاتحادات النقابية هي جزء من الاتفاقية مع وزارة الصحة لتوفير ما يسمى بتأمين «العمال»، وبالتالي يقع على عاتقها توعية العمال تجاه كل ما يتعلق به.

أعرب معظم المشاركين في نقاشات المجموعات البؤرية الخاصة بالمسنين والنساء عن عدم وجود شروحات لأسئلتهم الخاصة بالتأمين، وعدم وجود أية إيضاحات مكتوبة، أو مرئية، أو لوحات إعلانية أو توضيحية، أو حتى عبر المواقع الإلكترونية الرسمية وغير الرسمية حول أي قرارات، أو تغييرات، أو إجراءات لازمة للحصول على التأمين أو تجديده، أو أي توضيحات تتعلق بمشتملاته، وذلك عند التقدم بطلب تجديد التأمين، أو الحصول عليه. كما أكدت مجموعات الشباب على أنه لا يوجد ترويج من قبل وزارة الصحة لضرورة اشتراك المواطن في التأمين الصحي، بحيث يتوجه المواطنون إليه بشكل مباشر، إن لم يخضعوا لاجبارية الاشتراك مثل الموظفين الحكوميين.

كشف المسح عن التفاوت الكبير في المعرفة في إجراءات الاشتراك بالتأمين الصحي بين الذكور والإناث، فقد بلغت نسبة الذكور الذين أفادوا بأن لديهم المعرفة بالإجراءات (79.7%) مقابل ما نسبته (49.7) من الإناث، وكان الاختلاف ظاهراً بشكل أكبر في قطاع غزة حيث بلغت نسبة الإناث اللواتي أفدن بأن لديهن المعرفة بإجراءات التأمين الصحي (38%) في قطاع غزة، مقارنة بـــــ (54.2%) في الضفة الغربية. وهذا يؤكد غياب دور واضح لوزارة الصحة في التوعية والتعريف بالتأمين الصحي وخدماته ونطاقه.

وأما من حيث معرفة المبحوثين بتكلفة التأمين الصحي فقد تبين أن ما نسبته (56.9%) من

المبحوثين تتوفر لديهم هذه المعرفة. ورغم الفرق البسيط بين نسبة المبحوثين الذين يعرفون في الضفة الغربية (59.6%) ونسبتهم في قطاع غزة (54.1%)، إلا أن نسبة الذكور منهم ارتفعت بشكل حاد (66.8%) مقارنة بنسبة الإناث (48.1%). وقد عزت المجموعات البؤرية الخاصة بالنساء والمسنين سبب تدني هذه المعرفة إلى أن الأفراد يتمكنون من معرفة إجراءات الاشتراك بالتأمين الصحي وتكلفته عندما يلجأون للاشتراك في التأمين الصحي، أو تجديده، وعلى ذلك فإن الموظفين الحكوميين، والذين يتلقون رواتب أسرى، يعرفون تكاليف الاشتراك في التأمين الصحي الحكومي نتيجة الخصم من إجمالي الراتب، كذلك يعرف من يتلقى مساعدة من وزارة الشؤون الاجتماعية أنه لا يدفع مقابل الاشتراك في التأمين الصحي، بينما أغلب الشباب المأمنين مباشرة قد حصلوا على التأمين عبر أسرهم، فهم لا يعرفون التكاليف الواقعة عليهم، فيما هناك عدد قليل يعرف بذلك، ومصدر معلوماته إما من المعارف والأصدقاء، أو من موظف التأمين مباشرة.

شكلت معرفة التكاليف المرافقة لعملية العلاج في إطار التأمين الصحي الحكومي عنصر مفاجأة لدى معظم الشباب، وهو ناتج عن عدم اهتمامهم بمعرفة شروط وآليات التأمين حيث تفرض بعض الرسوم الرمزية على (الأدوية، فحوص المختبرات والأشعة، وبعض رسوم التسجيل)، الأمر الذي عكس نوعاً من قلة المعرفة بمشتملات التأمين، وأن المعلومات تكتسب عند استحقاق الخدمة، وليس سابقة عليها. وتظهر المفارقة لدى المجموعة البؤرية الخاصة بالنساء ذوات الإعاقة في قطاع غزة، حيث تبين أن معظمهن يعتقدن أنهن يحصلن على خدمة التأمين الصحي «ببلاش» بلا مقابل مالي.

أما معرفة المبحوثين بالخدمات المشمولة بالتأمين، فقد أفاد (56%) من المبحوثين بأن لديهم معرفة كافية بالخدمات المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي. وبدا واضحا الفرق بين معرفة الذكور (64.2%) ومعرفة الإناث (48.7%). في حين بلغت نسبة المبحوثين الذين يعرفون بحقوقهم المرتبطة بالتأمين الصحي الحكومي (53.1). وأشارت نسبة ليست بالقليلة أيضا (44%) إلى عدم وجود معرفة حقيقية بالحقوق التي يتمتعون بها بموجب هذا التأمين، بتباين واضح في المعرفة بين الذكور (62.7%) والإناث (44.7%)

وحول مصدر المعرفة، وبتحليل نقاشات المجموعات البؤرية فقد أجمع معظم المشاركين على أنهم لم يحصلوا على المعلومات من الجهات الرسمية أو النقابية التي تمثل مصالحهم، ولكنهم يحصلون على المعلومات حين اللجوء إلى الحصول على الخدمة الصحية، حيث لم يذكر كافة المشاركين في المجموعات البؤرية أنه تم إبلاغهم بأي طريقة سوى عن طريق العلاج، بأية

تغييرات حول سلة الانتفاع من خدمات التأمين الصحي. وعند سؤال المشاركين حول متابعة هذه التغييرات، أكد الغالبية أنهم لا يتابعون ذلك، وأن المعلومات حول التغييرات تصلهم عند زيارة المرفق الصحي الحكومي لأجل العلاج، حيث لا توجد شبكة اتصال إلكترونية مثل الرسائل القصيرة للمشتركين تبلغهم آخر التطورات على ذلك، كل ما هو موجود هو الأخبار الصحفية العامة، أو ما يطرح على الصفحة الإلكترونية للوزارة دون وجود صفحة خاصة بقطاع التأمين الصحي. (مثال على ذلك شروط التأمين الصحي للعاطلين عن العمل، وتمديد فترة سريان المفعول إلى ثلاثة أشهر قبل أول خدمة).

من جانب آخر، فإن ضعف العلاقة بين النقابات والعمال أدى إلى ضعف معرفة العمال بمكونات التأمين الصحي وإجراءته، فالنقابات لا توضح للعمال بشكل مباشر حقوقهم والإجراءات اللازمة إلا إذا قام العامل بالسؤال حول ذلك، كما أفاد أحد النقابيين من الجلسة البؤرية في جنين: «بخصوص تواصل العمال من أجل الحصول على تأمينهم الصحي، العمال بالأساس لا يتواصلون مع أحد في هذا الشأن، أكد معظم ممثلي النقابات العمالية أنه لا يوجد بالأساس تواصل من طرف العمال، وهذا ناجم عن بعدين أساسيين: الحكومة بالأساس لا تقوم بالإعلان عن التأمينات الصحية بالشكل اللازم، مما يجعل العمال غائبين عن تفصيليات التأمينات الصحية، حتى وإن علموا بها، فإن طرق الإعلان عن التفاصيل تكون إما من خلال المواقع الإلكترونية أو غيرها، ولا يوجد لدى العمال قدرة على مراجعة ذلك بشكل دائم. والبعد الثاني هو أن العمال لا يقومون بمراجعة النقابات حول هذه المسألة إلا في حالات الضرورة (عندما تتطلب الحالة العلاج)، ويكون الوقت ضيقاً، مما يخلق أزمة لدى العامل الذي يحتاج لعلاج.» وبعبارة أخرى أورد أحد العمال المشاركين في جلسة المجموعة البؤرية في رام الله: «هم يتحدثون عن نقابات ومكاتب عمل، نحن كعمال لا نعرف أين النقابات، ولا مكتب العمل»؟!.

الاستخلاصات

- يمكن توصيف معرفة المشاركين في التحليلين الكمي والكيفي بالتأمين الصحي ومشتملاته وإجراءته أنها عامة جداً في أغلب الأحوال، فيما هناك جهل بالتفاصيل الإجرائية لذلك، مثل المشتملات من مبيت في المستشفى، أو ثمن الأدوية ومدى التغطية لها، أو التحويل من الخدمة الحكومية إلى القطاعين الأهلي والخاص، هذا يعكس مستوى الاهتمام المتدني أيضا من قبل مديرية التأمين الصحي في الوزارة، إضافة إلى افتقار هذه المديرية للأدوات الناجعة للوصول إلى الجمهور، وإبلاغهم بالمستجدات الطارئة، أو التغييرات في الأنظمة.

- يعكس التحليل ضعف توعية النقابات بموضوع التأمين الصحي، وبخاصة لدى العاطلين عن العمل. كما تبين أن طريقة اكتساب المعرفة بالتأمين الصحي تتبلور في معرض الولوج إلى نظام التأمين الصحي القائم، و استخدام مكوناته.

- إن ضعف المعرفة بالتأمين الصحي يؤدي إلى نتائج سلبية كبيرة على الأفراد، وعلى منظومة التأمين الصحي، حيث يعكس ضعف المعرفة ضعف التاثير في آليات الحصول على الحق في الصحة، ويضعف المطالبات والتأثيرات الحقوقية للنقابات والاتحادات المختلفة، نتيجة ضعف المعرفة. كما يساهم ضعف المعرفة بالتأمين ومكوناته في التسبب بالإرهاق المالي لدى الفئات الأكثر هشاشة اقتصادياً لدى احتياجها للتأمين الصحي.

التوصيات

- ضرورة قيام وزارة الصحة بالتوعية المستمرة بالتأمين الصحي بكافة الوسائل «المسموعة والمرئية والمقرؤة»، والتوعية بكافة المستجدات الخاصة به ومتطلباته المالية، وآليات تقديم الخدمة، والخدمات المشمولة. ويمكن في هذا السياق أن تتعاون الوزارة مع الاتحادات والنقابات والمؤسسات الأهلية في سبيل نشر المعرفة بالتأمين الصحي.

ثانيا: الاستجابة «قدرة النظام الصحي على تلبية احتياجات الافراد»

يقصد بالاستجابة بأنها وجود إرادة لمساعدة الأفراد وتقديم خدمة الرعاية الصحية، وقدرة النظام الصحي على تلبية احتياجات المواطنين، بمعنى سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة، وتم حصر الاستجابة في هذا السياق باستجابة المراكز الصحية من حيث سرعة الإنجاز والدعم اللوجستي للمستفيد كتسهيل إجراءات العمل، وتوافر المعدات التقنية، وملاءمة أوقات تقديم الخدمة مع احتياجات المواطنين، واهتمام الموظفين.

من خلال المسح الكمي ونقاشات المجموعات البؤرية يتبين وجود إشكاليات كبيرة في موضوع استجابة العاملين والمراكز الصحية لمختلف احتياجات المستفيدين/ات من خدمات التأمين، حيث كشفت نتائج الاستمارة المسحية عن تدني نسبة موافقة المبحوثين الذي يعتقدون بأن العاملين في المراكز الصحية الحكومية يصغون بشكل كامل إلى شكوى المرضى، حيث بلغت النسبة (54.9%) فقط، وتساوت تقريبا نسبة المبحوثين في الضفة الغربية (48.5%) وفي قطاع غزة (48.3%) الذين

يعتقدون أن العاملين في المراكز الصحية الحكومية يلبون طلبات المرضى بسرعة. في حين وافق ما نسبته (63.2%) من المبحوثين على أن العاملين في المراكز الصحية الحكومية يهتمون بمساعدة المرضى دائماً، وما نسبته (62.1%) من المبحوثين على استعدادية العاملين في المراكز الصحية الحكومية الدائمة في التعاون مع المرضى.

برزت إشكاليات عديدة في مجال مدى استجابة المراكز الصحية والعاملين فيها لاحتياجات المستفيدين، حيث يعتبر الأشخاص ذوو الإعاقة بأن واقع الخدمات الطبية المقدمة إليهم لا يستجيب لاحتياجاتهم بناءً على الإعاقة، حيث يتم التعامل معهم كمرضى بحيادية إعاقتهم، وبأن إجراءات الحصول على الخدمة بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة معقدة، ولا تراعي وضع إعاقتهن. كما لا يتم تقديم الخدمات -عادة - في الوقت المناسب لهن، لأن العيادات لا تبلغهن بمواعيد تقديم الخدمات، بالاضافة إلى أن دوام المراكز الطبية لا تتناسب واحتياجات ذوات الإعاقة، حيث أنها تغلق أبوابها في الساعة الثالثة عصراً، مما يحول دون توجه العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الحصول على الخدمات بحكم أن بعضهم بحاجة إلى مرافق، وعادة ما يكون هذا المرافق يعمل، وينتهي وقت عمله بعد الساعة الثالثة عصراً.

أكدت النساء ذوات الإعاقة على عدم تمتع الكوادر الطبية بالتأهيل المناسب للتعامل معهن، وبالمجمل «لا يتم التعامل مع ذوات الإعاقة بطريقة لائقة»!، بالإضافة إلى أن المراكز الطبية لا يوجد بها تجهيزات تتناسب واحتياجاتهن، وبأن المستشفيات غير مؤهلة أيضا (مشاكل كثير بتتعرضلها المرأة الحامل لما تكون معاقة أقلها أنه السرير عالي وهاد ما بدنا نحكي فيه، ما في أدوات مساعدة لازم تكون موجودة عشان الحامل من ذوي الاعاقة، يعني من عملية الفحص حتى الولادة كلها متاعب ومشاكل).

وتؤكد المجموعة البؤرية الخاصة بالذكور ذوي الإعاقة على حقيقة عدم استجابة الإجراءات لاحتياجات ذوي الاعاقة الصم بالتواصل مع الأطباء في تلقي العلاج لعدم وجود أشخاص متخصصين بالتحدث معهم بلغة الإشارة، وعدم وجود مواءمة للمعاقين بصرياً داخل المستشفيات والعيادات والمستوصفات تراعي ظروفهم كأشخاص من ذوي الإعاقة البصرية.

أكد العديد من المسنين والمسنات على أن الأطباء والممرضين لا يجيبونهم عن استفساراتهم ومخاوفهم، وعبرّ بعضهم عن سخرية عدد من الأطباء والممرضين، أو استهتارهم بمشاعرهم، ولكن في ذات الوقت أكدوا أن الأطباء الجدد، وكذلك الممرضين الجدد (صغار السن) يكونون

أكثر ألفة ولباقة في التعامل والاستجابة مع أسئلتهم واستفساراتهم. و يضطر بعض المسنين من ميسوري الحال إلى شراء خدمة المرافقة معهم في المستشفى الحكومي، مقابل أن يدفع الواحد منهم (90) شيكل للممرض في كل يوم حتى يكون بجواره في المستشفى لرعايته. تباينت آراء المشاركات في قلقيلة والبلدة القديمة في الخليل بين من يعتبر أن الأطباء لا يجيبون على أسئلة واستفسارات المرضى، حيث أكدت بعض النساء على أن «الأطباء يعبرون عن عدم رضاهم عند قيامنا بالاستفسار، أو السؤال، أو محاولة تفسير الحالة الصحية التي نشكو منها، والبعض منهم يبدو عليه الغضب في ردة الفعل». في مقابل ذلك أكدت بعض النساء أن الأطباء والممرضين، وحتى فنيي الأشعة والمختبر، منقسمون، فمنهم من يرفض التجاوب مع الأسئلة أو الاستفسار، والبعض الأخر يتفهم ويساعد في توضيح الإجراءات والصعوبات التي يمر المريض فيها، وهذا انطبق أيضاً على مجموعة المشاركات في رام الله.

أكد غالبية المسنين والمسنات أن أوقات الدوام لا تتناسب مع احتياجاتهم من العلاج والخدمة الطبية، وأن الدوام مقتصر لأوقات نهارية محددة، وخاصة العيادات الخاصة وأقسام الأشعة والمختبرات، وهذا يدفع البعض منهم - كما أفادوا - للذهاب إلى العيادات والمراكز الخاصة على نفقتهم الخاصة.

تعتقد فئة الشباب بأن إشكاليات الاستجابة مع الجمهور لا تتعلق بالعاملين، بل بمستوى التأهيل والتدريب للعاملين من ناحية امتلاك المعرفة المهنية من جانب، وامتلاك المعلومة الإجرائية الإدارية من جانب آخر، والتي عادة ما يكون مصدرها الوزارة، سواءً في شكل أنظمة وإجراءات، أم عبر تعميمات تحديثية لآليات العمل.

ومن جانب آخر، فإن العمال يشعرون بأن الاستجابة معهم لا تكون جدية في المراكز والمؤسسات، حتى في داخل المستشفيات، فمن يحملون تأمينات صحية من العمال لا يتم التعامل معهم بشكل متساوٍ مع من يدفعون بشكل مباشر. وقد أبدى معظمهم بأنهم يعانون من التعامل بطريقة غير لبقة لسببين: الأول هو أن العامل المؤمن لا يتم التعامل معه كالمريض الذي يدفع نقداً. السبب الثاني هو شعور العمال - على حد تعبيرهم - بالتعامل معهم بدونية، ليس فقط عند مراجعة الطبيب، بل أيضاً عند مراجعة الدوائر التي تعمل على إخراج تأمينات صحية لهم. وهذا ينم عن غياب للمهنية في عمل بعض الجهات الطبية التي من المفترض أن تقدم خدماتها للأفراد بشكل متساو وبكرامة مضمونة لهم، مع ضرورة النظر إلى أن الصحة هي حق للجميع، لا يجب أن يكون العامل المادي حاجزاً أمام الأفراد في الحصول عليها.

الاستخلاصات

- يتبين وجود إشكاليات عديدة في استجابة منظومة التأمين الصحي للاحتياجات المختلفة للمنتفعين، حيث كشفت نتائج المسح الكمي والمجموعات البؤرية عن ضعف استجابة العاملين في المراكز الصحية لشكوى المرضى، وعن تدني نسبة تقديمهم لمساعدتهم حين الحاجة.
- من خلال ديناميكيات نقاش المجموعات البؤرية تبين ضعف المرافق الصحية في الاستجابة لاحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة (بكافة اختلافات الإعاقات) الحركية والسمعية والبصرية، وقلة الاهتمام باستفسارات المسنين، وشعور فئة العمال بالتمييز في المعاملة بالمقارنة بغيرهم.

التوصيات

- ضرورة استكمال أعمال مواءمة المراكز الصحية لمختلف أنواع الإعاقات «السمعية والبصرية والحركية والذهينة» لضمان استجابتها لاحتياجاتهم المختلفة وتسهيل حصولهم على الرعاية الصحية دون عناء.
- ضرورة بناء قدرات العاملين وتأهيلهم في التعامل مع الفئات المختلفة من المنتفعين بالتأمين الصحي واحتياجاتها، وضرورة وضع مدونات السلوك المهني للعاملين الصحيين إنْ لزم الأمر ذلك.

ثالثا: الوصول إلى الخدمة الصحية

تعني إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية؛ استفادة الجميع من فرص الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية. وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد هي: عدم التمييز، وإمكانية الوصول المادي، والإمكانية الاقتصادية للوصول (القدرة على تحمّل النفقات)، وإمكانية الحصول على المعلومات.

الوصول الجغرافي

يقصد بالوصول الجغرافي، قدرة الأفراد على الوصول إلى المراكز الصحية بدون عناء، أو تكبد المخاسر بصورة تؤدي إلى إضعاف قدرة الأفراد على الوصول إلى الخدمة الصحية. وبهذا الصدد تبرز مسألة التمييز في الوصول الجغرافي إلى مراكز الرعاية الأولية والثانوية والثالثية، حيث تتوافر

مراكز الرعاية الصحية الأولية في معظم المناطق الجغرافية، فقد أعرب ما نسبته (89.7%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة عن توافر مركز صحي حكومي في التجمع الذي يقيمون فيه، وما نسبته (86.3%) أعربوا عن توافر وسائل مواصلات عامة للوصول إلى أقرب مركز صحي حكومي.

في المقابل لا زالت المستشفيات متركزة في مراكز المحافظات، وهنا يشكو المبحوثون في منطقة جنين مثلا من أن ساكن القرية الجنوبية القصوى (سيلة الظهر) يحتاج إلى قطع مسافة هي بامتداد محافظة جنين من الجنوب إلى الشمال كي يصل المستشفى في المدينة، أو أنه يحتاج إلى قطع نفس المسافة ليصل إلى مدينة نابلس، كذلك الأمر يتعلق بقرى شرق رام الله وأقاصي غربها وشمالها، الأمر الذي يشكل تكلفة مادية أولا، كما يشكل خطراً على حياة المرضى، أو المصابين بالحوادث بسبب طول المسافة.

كذلك تشكل الحواجز العسكرية الثابتة، والطيارة التي تقيمها قوات الاحتلال الإسرائيلي على مفترقات ومحاور الطرق الرئيسية عائقاً كبيراً أمام متلقي الخدمة الثانوية، وبخاصة تلك التي تحتاج إلى نقل سريع إلى المستشفيات حيث يصبح حاجز زعترة مثلاً، أو حوارة، أو حاجز عناب شمال الضفة الغربية، سبباً في وفاة المرضى في حالة الخطر إن أغلق أحد الحواجز. كذلك الامر يتعلق بحواجز مثل وادي النار، أو حاجز رمون، وغيرها من الحواجز، سبباً في ذلك، وقد حصلت وفيات لمرضى عند هذه الحواجز ذكرها المشاركون في أكثر من جلسة.

وفي سياق فحص الرعاية الثانوية والثالثية، كشفت مجموعة النساء في رام الله عن العراقيل والانتهاكات اليومية التي يتعرضن لها جراء الحواجز والإغلاقات للطرق بين المحافظات في ذهابهن وعودتهن من جلسات العلاج بالإشعاع والكيمياوي في مستشفيات القدس وبيت لحم. وأكدت بعضهن أنهن يضطررن إلى الانتظار طويلاً حتى يتمكن من الذهاب والعودة، وتستغرق رحلتهن في الذهاب والإياب يوماً كاملاً في كل مرة يراجعن فيها المستشفى. وأوضحن الصعوبات والعراقيل في اصطحاب المرافقين لرحلة العلاج، حيث عبرت بعضهن أنهن لا يتمكّن من أصطحاب من يرغبن معهن لتخفيف أعباء العلاج. كما عبرت مجموعات النساء في قلقيلية عن اضطرارهن للذهاب إلى نابلس لعدم توفر كافة الفحوصات والعلاجات التخصصية في قلقيلية، وأحياناً التوجه إلى مستشفى رام الله، وتواجه رحلتهن كذلك العرقلة والتأخير والمماطلة من قبل الحواجز العسكرية المنتشرة بين المحافظات وبين القرى.

وفي ذات السياق، قد يشكل تمركز مراكز الرعاية الصحية الثانوية في مراكز المدن مشقة على الأشخاص ذوي الإعاقة، فقد أفادت المجموعة البؤرية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة في قطاع غزة بأنهم يعانون من مشقة الوصول للخدمة الصحية نظراً لتوافر مستشفى واحد فقط في مدينة رفح (وإمكانية الوصول لها صعب بالنسبة للمعاقين حركياً) كالذين يعانون من الشلل الرباعي، وعندما تتفاقم حالتهم يقومون بطلب سيارة إسعاف، ولكن الإسعاف يطلب مبلغاً من المال للمجيء لنقل الشخص من ذوي الاعاقة إلى المشفى.، وهذا يضيف أعباءً مالية على المريض من ذوي الإعاقة تؤثر على مستوى وكرامة العيش، أو قد تدفعه حتى إلى تجاهل تلقي العلاج بسبب هذه التكاليف.

المشكلة في الوصول إلى المراكز الصحية تعود بالأساس لقلة وجود مراكز صحية بعيداً عن مراكز المدن، فمعظم العاملين في الضفة الغربية يقطنون في القرى، وهي بعيدة نسبياً عن مركز المدينة، مما يجعل الوصول إلى المراكز الطبية للحالات الصعبة أمراً غير ميسر. كما أن المواصلات العامة تتوقف بعد ساعات معينة. كذلك الأمر في قطاع غزة، فقلة المراكز تخلق نوعاً من الضغط عليها، بالتالي الوصول لها يكون صعباً مع إزدحام المدينة.

الاستخلاصات

- يتضح من نتائج المسح الكمي ونقاشات المجموعات البؤرية نسبة الرضا الجيد عن إمكانية الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية، نتيجة انتشار المراكز في مختلف القرى والمدن، في حين تقل نسبة الرضا عن إمكانية الوصول الجغرافي فيما يتعلق بمراكز الرعاية الثانوية والثالثية، التي تتمركز في مراكز المدن، مما يعوق عملية الوصول نتيجة الحواجز العسكرية الإسرائيلية، والتكاليف المالية.

- يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة والمسنون من صعوبة مضاعفة في الوصول إلى المستشفيات أو مراكز الخدمات الصحية الثانوية نتيجة بعدها عن أماكن سكنهم، واضطرارهم لاصطحاب مرافقة.

التوصيات

- ضرورة الأخذ بنهج توسيع الخدمات الصحية المقدمة في مراكز الرعاية الأولية «الأشعة،

الخدمات المخبرية،... « لتجنيب المنتفعين من التأمين مشقة الوصول إلى مراكز الرعاية الثانوية في مراكز المدن.

الوصول المادي للمراكز الصحية

تلعب البنية التحتية للمراكز الصحية دوراً هاماً في تمكين الأفراد على اختلاف احتياجاتهم من الوصول إلى الخدمة الصحية. وفي هذا السياق يفترض التمييز بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، حيث اعتبرت المجموعات البؤرية الخاصة بالشباب بأن المراكز الصحية في أغلبها مستأجر ومصمم بالأصل كبيوت سكنية، وبالتالي فهي في الأغلب غير ملائمة لتسهيل حركة المرضى، أو تقسيم المرافق فيها بما يسهل العمل، أو يسهل حركة المرضى، سواءً من حيث تأهيلها لاستقبال ذوي الإعاقة، أو التعامل مع النقالات ذات العجلات، فبعضها لا يمكن الوصول إليه إلا عبر أدراج مختلفة الارتفاع، فيما لا توجد مصاعد أو طرق مائلة لتسهيل الحركة، أي أنها غير موائمة لاستقبال الإعاقات المختلفة.

كما أشار معظم المشاركين في المجموعات البؤرية للقصور في عملية مواءمة المراكز الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين والنساء اللواتي معهن أطفال. حيث عبرت غالبية المشاركين والمشاركات عن عدم رضاهم/ن عن المرافق والتسهيلات الخاصة ببيئة التعافي والاستشفاء، حيث أشارت النساء في محافظة قلقيلية أنهن لا يجدن مقعداً للجلوس عند مرافقتهن لأطفالهن، وكذلك بينت النساء في محافظة الخليل عن سوء وتردي النظافة العامة وجهوزية الحمامات ونظافتها. أما في بيت لحم فقد أكد المشاركون والمشاركات من المسنين أنهم على الدوام يجدون المرافق الصحية والمستشفيات تعاني من الاكتظاظ والفوضى.

عبر عدد من المشاركين الشباب في المجموعات البؤرية عن نوع من الارتياح تجاه بعض المرافق كالحدائق مثلاً، وبعض صالات الانتظار في المستشفيات، وهناك من انتقد ضيق مساحات قاعات الانتظار خاصة في العيادات الخارجية والطوارئ، والفوضى في ترتيب الأدوار والاكتظاظ. وهناك أيضا شكاوى بين المشاركين حول طبيعة الطعام كمّاً ونوعاً.

على صعيد توافر والوسائل والأدوات التي تسهل تنقل المرضى باختلاف احتياجاتهم وأوضاعهم الصحية، فقد اعتبر ما نسبته (63%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة، أن المراكز الصحية مجهزة بوسائل وأدوات تسهل تنقل المرضى داخلها بما يتلاءم مع احتياجاتهم، ووضعهم الصحي.

وبالتركيز على احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، ووجوب مواءمة المراكز الصحية مع احتياجاتهم، فقد قيّم ما نسبته (54.5%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة المراكز الصحية بأنها مجهزة بحيث تتلاءم مع ذوي الإعاقة (الحمامات، والمصاعد)، مقابل(43.1%) قيموا المراكز الصحية بأنها غير مجهزة بحيث تتلاءم مع ذوي الإعاقة (الحمامات، المصاعد). ومن اللافت في هذا السياق انخفاض نسبة المقيمين إيجاباً، وارتفاع نسبة المقيمين سلباً، لتجهيزات المراكز الصحية بما يتلاءم مع احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، مقارنة بالبنود السابقة، بالإضافة إلى التفاوت الواضح في آراء المبحوثين في الضفة الغربية عنهم في قطاع غزة، وارتفاع نسبة المقيِّمين سلباً في قطاع غزة لمدى ملاءمة تجهيزات المراكز الصحية لذوي الإعاقة، وهو ما يشير إلى النقص في التجهيزات المتعلقة باحتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة. وأكد الأشخاص ذوو الإعاقة بعدم وجود مواءمة للمعاقين بصرياً داخل المستشفيات والعيادات والمستوصفات تراعي ظروفهم كأشخاص من ذوي الإعاقة البصرية.

قيّم ما نسبته (86.4%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة إيجابياً وجود لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة في المراكز الصحية. وتكشف تلك النسبة وجود حالة من الرضا لدى المبحوثين عن وضع المراكز الصحية للوحات والعلامات الإرشادية التي تسهل وصولهم إلى الأقسام المختلفة.

الاستخلاصات

- من الواضح أن نسبة الرضا عن إمكانية الوصول المادي إلى مراكز الرعاية الصحية منخفضة لدى فئات الأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين والنساء، وذلك لعدم مواءمة المرافق لاحتياجاتهم المختلفة، وغياب التسهيلات الخاصة ببيئة التعافي كعدم توافر الحمامات النظيفة، وتردي النظافة في بعض المرافق، والاكتظاظ، وطبيعة الطعام المقدم للمرضى، وضيق مساحات قاعات الانتظار.

- تشير نتائج المسح الكمي إلى التفاوت في الرضا بين المنتفعين في الضفة الغربية ونظرائهم في قطاع غزة، حيث يتجلى عدم الرضا بشكل أكبر عن وضع المراكز الصحية في القطاع.

التوصيات

- من الضرورة بمكان تحسين مرافق مراكز الرعاية الصحية لدعم عملية التشافي، وعدم إرهاق المنتفعين من التأمين الصحي أثناء سعيهم للحصول على الخدمات الصحية.

الوصول الاقتصادي للخدمة الصحية

يقصد بالوصول الاقتصادي للخدمة الصحية القدرة على تحمل نفقاتها، أي يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقات المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وينبغي سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية، والخدمات المرتبطة بالمقومات الأساسية للصحة، بناءً على مبدأ الإنصاف الذي يكفل القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعياً، على دفع تكلفة هذه الخدمات. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا يتناسب معها مقارنة بالأسر الأغنى منها.

ميّز نظام التأمين الصحي للعام 2004 موظفي القطاع الحكومي عن غيرهم من الفئات الاجتماعية، واعتبرهم مؤمناً عليهم تلقائيا مقابل أقساط التأمين الشهرية التي تخصم من رواتبهم بغض النظر عن التزامهم بتأمينات أخرى.[71] وحدد النظام رسوم التأمين للفئات المنتفعة منه، حيث يتم اقتطاع ما نسبته (5%) بحد أدنى (40) شيكل، وحد أعلى (75) شيكل من دخل الموظفين الحكوميين، واستثناء المتقاعدين من الحد الأدنى، واقتطاع (5%) من الراتب الإجمالي لموظفي وعمال المؤسسات المرخصة (الذين يتقاضون مرتبات شهرية) بشكل جماعي دون المرافقين بين الحدين الأدنى (50) شيكل، والأعلى (75) شيكل، ويطبق عليهم نظام الإضافات للمرافقين. وحدد القسط الشهري لأعضاء النقابات المهنية الذين ليس لهم دخل محدد بـــ (75) شيكل ما عدا رسوم الإضافات للمرافقين، في حين حدد القسط الشهري لنقابات العمال (50) شيكل شهرياً، ما عدا رسوم الإضافات للمرافقين.

وحدد آلية الدفع بأن يتم الدفع لنقابات العمال على النحو التالي: للمؤمن عليه الجديد يدفع أقساطاً مالية كامل. والمؤمن عليه القديم يدفع أقساط سنة مالية على دفعتين.

من جانب آخر، يعتبر العمال أن تكاليف التأمين الصحي بالنسبة للعاطلين عن العمل، أو محدودي الدخل عالية «التكاليف غير ميسرة، أي أن العامل صاحب الأجر القليل، أو الذي

71 المادة رقم (4) من نظام التأمين الصحي رقم (13) للعام 2004.

يعاني من البطالة، يدفع تكاليف عالية؛ تقريباً تسعمائة شيكل يدفعها بالتدريج، تتضمن مبالغ لا يستفيد منها العامل، حيث أن العامل الذي يريد الحصول على تأمين صحي يتوجه إلى النقابة، أو مكتب العمل، ويدفع مبلغ ستين شيكل دون أي خدمة، أو طابع، أو إيصال، وتكون عبارة عن رسم انتساب للنقابة، على الرغم من أن الانتساب للنقابة في القانون هو طوعي وليس إجبارياً، أي يذهب العامل طوعاً ليسجل في النقابة ويدفع اشتراكها... ليس لأن العامل يريد استصدار تأمين صحي يكون مجبراً على التسجيل في النقابة ودفع هذا الاشتراك، هذه المسألة قانونية ونقابية وأخلاقية وتمس بالاستقلالية النقابية.»

كما نص الملحق رقم (4) من النظام على وجوب مساهمة المريض النقدية في معرض تلقيه عدداً من الخدمات الطبية.[72] من جانب آخر اشترط النظام مشاركة المريض بتغطية جزء من تكاليف العلاج خارج مراكز الوزارة، وتقوم الوزارة بتغطية الجزء المتبقي من التكاليف وفقاً للأنظمة المعمول بها في الوزارة، حيث تغطي وزارة الصحة في التأمين الصحي الإجباري نسبة (95%) من تكاليف العلاج، ويتحمل المريض (5%)، وتغطي الوزارة نسبة (65%) ويتحمل المريض نسبة (35%) في حالة عمل تأمين صحي اختياري للحالات الطارئة والمستعجلة (أقل من شهرين فترة انتظار، وتم تعديلها لتصبح ثلاثة أشهر)، كما تغطي ما نسبته (75%) من تكاليف العلاج، ويتحمل المريض نسبة (25%) في حالة التأمين الصحي الاختياري (أقل من ستة أشهر وأكثر من شهرين - فترة الانتظار)، بينما تغطي نسبة (80%) من تكاليف العلاج، ويتحمل المريض نسبة (20%) في التأمين الصحي الاختياري المنتظم دون انقطاع لفترة ستة أشهر وأقل من خمس سنوات، وتغطي ما نسبته (90%) من تكليف العلاج ويتحمل المريض نسبة (10%) من التأمين الصحي الاختياري بشرط أن يكون منتظماً دون انقطاع لفترة خمس سنوات أو أكثر. كما قللت نسبة مشاركة تأمين الفئات الاجتماعية الأكثر هشاشة الذين يتلقون الخدمة عبر تأمين الشؤون الاجتماعية حيث تغطي وزارة الصحة نسبة (95%) من التكاليف ويتحمل المريض نسبة (5%)، في حين أتاحت لرئيس السلطة التنفيذية الحق في اتخاذ قرار بانتفاع بعض الحالات من التأمين الصحي على أن تغطي وزارة المالية نسبة (95%) من تكاليف العلاج، ويتحمل المريض نسبة

72 ملحق رقم (4): - يحصل من مراجعي ودوائر الصحة العامة والعيادات الخارجية عند تلقي الخدمات الصحية مساهمة نقدية كما يلي: الدواء : -1 ثلاثة شواكل عن كل وحدة دواء في العيادات الخارجية. -2 شيكل واحد عن كل وحدة دواء للأطفال دون سن 3 سنوات. الأشعة: أ. شيكلان عن كل فيلم يتم تصويره بالأشعة العادية ب. واحد وخمسون شيكل عن كل جزء يتم تصويره بالأشعة C.T داخل مراكز وزارة الصحة. ج. يضاف 18 شيكل في حال استخدام المادة الملونة. د. تسعة شواكل عن الإيكو. هـ ستة شواكل عن الألتراساوند. المختبر: أ. يحصل شيكل عن كل فحص مخبري يتم طلبه (TEST) ويشمل ذلك. ب. الفحوصات الروتينية (بول + براز + C.B.C-E.S.R- Hemoglobin) bin ج. تحصل ستة شواكل عن كل فحص زراعة (Culture) د. يحصل إثنا عشر شيكل عن فحص (Pathology)

(5%) ما لم تقرر الإدارة العليا بوزارة الصحة غير ذلك. وعلى صعيد آخر، نص نظام التأمين الصحي على مشاركة المريض لنسبة من التغطية المالية (25%) من التغطية المالية لأي جهاز، أو أداة مساعدة تدخل في العملية الجراحية (المفصل الاصطناعي، الشرائح والمسامير والصفائح المعدنية وأجهزة التثبيت، منظم ضربات القلب، ودعامات الشرايين، والصمامات الصناعية).[73]

لدى فحص التبعات المالية للتأمين الصحي من الرسوم والمشاركة في بعض التكاليف المالية المترتبة على الانتفاع بالتأمين الصحي فقد اعتبر ما نسبته (67.9%) أن التكلفة المالية لخدمات التأمين الصحي الحكومي وتبعاته كانت مناسبة مقارنة بالخدمات المقدمة. ولدى مقارنة رسوم التأمين الصحي مع دخل الأسر اعتبر ما نسبته (65.9%) من المبحوثين أن رسوم التأمين الصحي تعد مناسبة بالنسبة لدخل أسرهم، إلا أنه كان هناك فرق واضح في الإجابة على هذا السؤال ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة بنسبة (70.9%) و (60.4%) على التوالي.

من جانب آخر، وحول العبء المالي المترتب على مشاركة الأفراد في نفقات الإقامة في المستشفيات اعتبر ما نسبته (59.7%) من المبحوثين بأن الرسوم التي تدفع للحصول على إقامة في المستشفى تشكل عبئا اقتصاديا على الأسرة، حيث وصلت النسبة في قطاع غزة إلى (68.3%)، ولم تتجاوز نسبة من رآها كذلك في الضفة الغربية الـ (51.9%) من المبحوثين.

إن إخراج نظام التأمين الصحي عدداً من الخدمات الطبية من شمولية التأمين، مثل الأدوات الطبية المساعدة للأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى عدم توافر بعض أنواع الخدمات الطبية، قد يشكل عبئاً مالياً على المنتفعين من التأمين الصحي، حيث صرح ما نسبته (85.1%) من المبحوثين بتأثير تكاليف تلك الخدمات على دخلهم ودخل أسرهم. ورغم أن تبايناً واضحاً ظهر ما بين نتائج المبحوثين في الضفة الغربية بنسبة (78.5%) عنهم في قطاع غزة (92%) .

تراوحت مواقف المجموعات بين الرضا وبين النظر إلى هذه الكلفة كعبء، مصدر هذا التفاوت ناتج عن طريقة دفع الاشتراك، فالموظفون الحكوميون، أو المشتركون من خلال هيئة الأسرى والشؤون الاجتماعية لا يشعرون بعبء مادي على ميزانيتهم الشهرية، حيث أنهم يتلقون هذا التأمين مجاناً كالمستفيدين من الشؤون الاجتماعية، أو تخصم مساهمتهم من رواتبهم الشهرية كالموظفين الحكوميين كرسوم مقسطة، أما المشتركون الاختياريون، فإنهم يشعرون بثقل الدفعات على موازنتهم العامة خاصة إذا كانت جميع الأسرة مؤمنة، هناك من عبر عن ذلك بحساب إجمالي

73 المادة رقم (4) من ملحق نظام التأمين الصحي رقم (1)

قدره (2000) شيكل سنوياً تدفع على (3) دفعات، وهو يرى أن ذلك في حينه يستهلك ثلثي راتبه. وعند مقارنة كلفة التأمين بسلة الانتفاع منه وجدنا أن أغلب المشتركين راضون عن هذه الكلفه مقارنة بتغطية نفقات الإقامة في المستشفى، أو نفقات العمليات الجراحية، أو تغطية الأدوية ذات التكلفة العالية لأصحاب الأمراض المستعصية أو المزمنة، فيما أوضح كثير من المشاركين أنهم لا يعولون كثيراً على العيادات الصحية الحكومية في العلاج وتقديم الدواء، ويفضلون مراجعة العيادات الخارجية في المستشفيات، وهم بالتالي يخفضون من سقف توقعاتهم من خدمات التأمين، ويرضون بالحدود الدنيا لها في ظل عدم القدرة على تغيير النظام.

لدى فحص تناسبية رسوم وتكاليف التأمين الصحي بالنسبة للفئات المختلفة فقد تبين أن العمال غير راضيين عن اشتراكات التأمين التي يدفعونها، فالعامل بالأساس يحصل على أجر منخفض، «التأمين الصحي جاء من خلال اتفاقية بين وزارة الصحة وبين الاتحاد العام، بموجب هذه الاتفاقية كان العامل يستطيع الاشتراك بالتأمين الصحي بقيمة مخفضة بدل أن يدفع (960) شيقل، فكان بإمكان العامل المنتسب للنقابات، أو الاتحاد العام أن يدفع (600) شيقل على أربع دفعات بمعنى (50) شيكل كل شهر، أي بواقع (150) كل ثلاثة شهور، وهذا على مدار السنة. وفي العام 2019 حصل تغيير لأن الوزير (السابق) د. جواد عواد وضع بعض القيود على الاتفاقية السابقة وتمت مراجعة الموضوع لأن العامل الذي يريد الانتساب إلى التأمين الصحي لأول مرة يجب أن يدفع (600) شيقل كاملة على دفعتين كل ستة أشهر 300 شيكل».

تبين من خلال النقاش بأن تكاليف الحصول على بطاقة التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة هي قليلة نسبياً، حيث أن مُقدم الطلب يدفع عشرة شواكل للحصول على شهادة من الاتحاد العام للأشخاص ذوي الاعاقة لكي يتوجه بها إلى اللجنة الحكومية من أجل الحصول على تقرير طبي حول نسبة الإعاقة لدى الشخص مُقدم الطلب.

وفيما يخص تكاليف العلاج «فإنها بالعموم رمزية، وهي ذاتها التي يدفعها أي شخص لديه تأمين صحي حكومي، ولكن في ذات الوقت تعتبر مُكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة» حيث أنه، وكما أفادت إحدى المشاركات، فإن الإعاقة ترتبط عادة بالفقر، وبالتالي فإن أي تكلفة مهما كانت قليلة، فإنها تُشكل عبئاً مادياً على الشخص (الدوا يللي سعره أكثر من عشرين شيكل مش موجود في صيدلية الصحة ودوا الاعصاب لأنه غالي كمان مش موجود، يعني أنا ما بستفيد من التأمين بسعر الدوا ووجوده مثل عدمه، لأنه كثير أدوية بشتريها من برا الصحة).

كذلك تبين خلال النقاش وجود نفقات إضافية يدفعها الأشخاص ذوو الإعاقة، حيث أن التأمين الصحي لا يُغطي بعض الفحوصات المخبرية وصور الأشعة، وكذلك بعض الأدوات المساعدة، والتجهيزات الطبية الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، والتي من المفترض أن تكون متوفرة في مراكز الخدمات الصحية، مما يشكل عبئاً مادياً إضافياً للأشخاص ذوي الإعاقة، وبخاصة النساء منهم.

الاستخلاصات

- فيما يتعلق بالوصول الاقتصادي للتأمين الصحي، ينبغي التمييز بين إمكانية الوصول الاقتصادي للاشتراك بالتأمين الصحي، والوصول لخدمة الرعاية الصحية، حيث تبين من مراجعة وتحليل أنظمة التأمين الصحي، ونتائج المسح الكمي، ونقاشات المجموعات البؤرية أن هناك تمييزا بين العديد من الفئات الاجتماعية حسب طبيعة نشاطها الاقتصادي، ففي حين يتم اعتبار الموظفين الحكومين مأمنين تلقائياً بمجرد دخولهم في الوظيفة العامة، وبالتالي يتم اقتطاع بدل الاشتراك في التأمين من رواتبهم بشكل شهري، في حين ينبغي أن تسجل/تشترك شريحة العمال والعاطلين عن العمل في الاتحاد أو النقابة الخاصة بهم ودفع رسوم اشتراك سنوية من أجل الحصول على التأمين الصحي.

- هناك تفاوت في رسوم/ بدل الاشتراك في التأمين الصحي بين الفئات الاجتماعية المختلفة، ولا يعكس هذا التفاوت مبادئ العدالة والتكافل حيث يدفع العمال والعاطلون والمنتسبون الاختياريون رسوماً أعلى من حيث البدل المالي وأكثر مشقة من حيث آلية الدفع عن تلك التي يدفعها الموظفون العموميون.

- تبين أن مشاركة الأفراد في نفقات الإقامة في المستشفيات والحصول على الخدمات الصحية الثانوية تشكل عبئا اقتصاديا على الأسرة، ويزداد الشعور بالعبء لدى المنتفعين في قطاع غزة عنه في الضفة الغربية.

- يشكل استثناء بعض الخدمات الصحية «الأدوات المساعدة وبعض الأدوية والعلاجات» الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة من سلة الخدمات المشمولة بالتأمين الصحي عبئاً إضافياً على عاتقهم، على الرغم من ضآلة مبلغ الاشتراك بالتأمين الصحي.

- يشكل نقص الأدوية وبعض العلاجات في المراكز الصحية المشمولة بالتأمين الصحي أحد الصعوبات الاقتصادية التي تواجه المنتفعين بالتأمين الصحي.

التوصيات

- ضرورة إعداد دراسة حول العبءالمالي للتأمين الصحي وتقدير النفقات المدفوعة من قبل الأفراد والأسر كبدل رعاية صحية وفحصها استنادا إلى مبادئ العدالة الاجتماعية، ومبدأ التكافل، وذلك لضمان مبدأ المساواة وعدم التمييز في الحصول على خدمة الرعاية الصحية.

الوصول إلى المعلومات

تشمل هذه الإمكانية الحق في التماس المعلومات والأفكار المتعلقة بالمسائل الصحية والحصول عليها ونقلها، غير أنه لا ينبغي لإمكانية الوصول إلى المعلومات أن تؤثر على الحق في معاملة البيانات الصحية الشخصية بسرية.

وفي سؤال عن جهود وزارة الصحة لتوفير معلومات عن التأمين الصحي من خلال نشرات و/أو رسائل الإعلام وغيرها، أفاد (65.9%) من المبحوثين بعدم قيام وزارة الصحة بهذا الجهد، فالمعظم أكد عدم رضاه حول ذلك، حيث لا يوجد جهة معينة تقوم بتقديم معلومات حول نظام التأمين الصحي، وبرز خلال النقاش مع المجموعات الشبابية أن الغالبية العظمى لا تقرأ الإرشادات والتعليمات المرفقة ببطاقة التأمين الصحي. كما أنهم أوضحوا أن موظف التأمين لا يقدم لهم معلومات إلا عند حدوث مشكلة، أو كإجابة على سؤال في لحظة تقديم الخدمة. كما عبر المشتركون عن عدم تلقيهم أي تعليمات، أو بيانات تتعلق بمستجدات التأمين الصحي، وإنهم أصلا لا يتابعون ذلك، ويكتفون بمعرفة أي تحديثات على النظام وقت تلقي خدمة ما.

أشار المشاركون من النساء والمسنين أنه لا يتم إعلامهم عن أي تغييرات تتعلق بإجراءات التأمين الصحي، سواءً فيما يتعلق بآليات التسجيل، أو نسبة المساهمات، أو بنود المشتملات، وإنهم يعرفون عن تلك الإجراءات على نحو مفاجئ عندما يدخلون المستشفى للعلاج، أو عن طريق ما يُشاع بين الناس من أخبار بقطاع التأمين الصحي. وعند سؤال المشاركين حول معرفتهم بقرار مجلس الوزراء القاضي بتمديد فترة الانتظار للمؤمنين الجدد لمدة (3) شهور من تاريخ دفع مبلغ الاشتراك كاملاً، أكدوا أنهم لا يعلمون عن هذا القرار شيئاً.

الاستخلاصات

- تكشف نتائج المسح الكمي ونقاشات المجموعات البؤرية عن عدم رضا المنتفعين بالتأمين الصحي عن آلية توفير المعلومات المتعلقة بالتأمين الصحي، والخدمات الصحية المقدمة،

نتيجة عدم قيام الوزارة بتعريفهم بمشتملات التأمين الصحي والإجراءات اللازمة لدى حصولهم على الرعاية الصحية، وأية قرارات يتم اتخاذها بهذا الشأن.

التوصيات

- ضرورة اتخاذ وزارة الصحة الخطوات اللازمة لتعريف الجمهور الواسع بإجراءات وآليات الاشتراك بالتأمين الصحي، والبدل المالي وسلة المشتملات وكافة القضايا والمستجدات المرتبطة بالتأمين الصحي بشكل مستمر، وفي كافة المناطق، وبما يتناسب مع آلية الوصول للفئات والمناطق الاجتماعية الأكثر هشاشة.

رابعا: توافر الخدمة الصحية

يقصد بتوافر الخدمة الصحية أن يتم توفير مختلف السلع والخدمات ومرافق الرعاية الصحية، من أدوية وخدمات طبية مساندة، ومختلف الاختصاصات والعلاجات.

استثنى نظام التأمين الصحي عدداً من الخدمات الطبية من مظلة التأمين، بحيث يتوجب على المريض أن يدفع مقابلها، وتشمل هذه الخدمات الآتي: أ. الأجهزة التعويضية واللوازم الطبية المساعدة كالأطراف الصناعية والنظارات والعدسات اللاصقة وأجهزة السمع وتركيب وتقويم الأسنان لغايات تجميلية. ب. الجراحة البلاستيكية لأغراض تجميلية غير ضرورية صحيا. ج. معالجات العقم. د. زراعة الأعضاء باستثناء الكلية والقرنية بشرط وجود متبرع للكلية (وبدون المساهمة في شراء أي أعضاء). هـ. تشطيب القرنية (بكل أنواع الإجراءات العلاجية المشابهة). وتغطية نفقات إقامة المرافقين للمرضى باستثناء مرافقي الأطفال دون سن الثانية عشرة. ز. الأدوية الهرمونية. ح. الأدوية خارج قائمة الأدوية الأساسية المعتمدة.[74]

إن استثناء عدد من الخدمات الطبية من مظلة التأمين تسبب في إرهاق العديد من الفئات الاجتماعية كما أشرنا إلى ذلك سابقاً، وبخاصة الأشخاص ذوي الإعاقة لعدم توفر الأجهزة المساندة التي تعتبر أساسية لتسهيل التغلب على الإعاقة، ناهيك عن عدم توافر بعض الخدمات واللوازم الطبية والأدوية نتيجة أسباب مختلفة تعود إلى الإمكانيات المالية والموازنات المرصودة للإنفاق على الحق في الصحة. أفادت المشاركات من النساء ذوات الاعاقة بأن الخدمات التي يحصلن عليها بموجب التأمين الصحي غير كافية من حيث الجودة والكم،

74 المادة رقم (3) من الملحق رقم (1) بشأن نظام التأمين الصحي.

وأنها بشكل عام سيئة، وأغلب العلاجات يتم شراؤها من الخارج. (عدم توفر الأدوية). وعدم توفر جميع خدمات التحاليل الطبية، وصور الأشعة المتخصصة.

لدى فحص عنصر توافر الأدوية في المراكز الصحية، أكد ما نسبته (60%) من المبحوثين على أن المركز الصحي الحكومي في منطقتهم لا يقدم التخصصات الطبية المختلفة. ولدى فحص مدى توافر الأدوية تبين أن (87.8%) من المبحوثين قد أكدوا على عدم توافر كافة أنواع الأدوية التي يحتاجونها في المركز الصحي الحكومي، وتبين أيضاً أن ما نسبته (51.8%) أكدوا على عدم توافر الخدمات الصحية المساندة «تحليل مختبرات وأشعة» في المراكز الصحية الحكومية في منطقتهم.

وفي معرض فحص بدائل وتوجهات المبحوثين لآليات الحصول على الخدمة الصحية غير المتوافرة، تبين أن (80.5%) من المبحوثين توجهوا إلى مراكز صحية خارج التأمين الصحي الحكومي نظراً لعدم توافر الخدمة الصحية في المراكز الصحية الحكومية خلال (12) شهراً الماضية، وما نسبته (90.4%) من المبحوثين اضطروا خلال ألـــ (12) شهراً الماضية إلى شراء الأدوية خارج مظلة التأمين الصحي الحكومي.

تشير البيانات السابقة إلى النسب العالية التي قيمت سلبا عنصر التوافر في الخدمات الطبية التي تقدمها المراكز الصحية باختلافها، وارتفاع تلك النسب في قطاع غزة، وهو ما ينطوي على تأثير حالة عدم الاستقرار الحكومي في قطاع غزة، وتأثير التجاذبات السياسية التي طالت القطاعات الخدماتية، وبخاصة الخدمات الصحية منها، ونقص الأدوية، وهو ما انسجم مع رصد الهيئة الدوري لهذا النقص ضمن تقاريرها السنوية للأعوام السابقة. فقد تلقت **الهيئة** (202) شكوى خلال الأعوام (2015-2020) تتعلق بعدم توافر خدمة الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية، أو من خلال التحويلات الطبية إلى خارج المراكز الصحية الحكومية.

تجمع الفئات الاجتماعية، وليس فئة العمال فقط، على أن هناك نقصاً في الخدمات الطبية للمأمنين، سواءً على مستوى التحويلات الطبية التي تأخذ إجراءات طويلة، أو على مستوى توافر الأدوية والمستهلكات الطبية، فهذه المسألة تمس جميع المنتفعين، وليس فئة واحدة فقط. وكشفت دراسة لمرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية (المرصد) عن نقص أدوية في مستودعات وزارة الصحة، ناجم عن عدة عوامل تتعلق بالعملية الإدارية (التوريد)، والبنية التحتية المتعلقة بتخزين الأدوية (المخازن).[75] كما وكشفت الدراسة عن وجود تحديات حقيقية أمام القطاع

75 مرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية. «حول سياسات وزارة الصحة الفلسطينية: مراجعة في الموازنة والتحويلات الطبية ونقص الأدوية». فلسطين: رام الله. 2019، ص27

الصحي الفلسطيني ووزارة الصحة الفلسطينية في توطين خدمة العلاج خارج وزارة الصحة، الأمر الذي يوجد فجوات أمام الأفراد في الحصول على الخدمات عبر التأمين الوطني، والذي يعاني من إشكاليات وثغرات حتى في شراء الخدمة من الخارج.[76]

أوضح اغلب المشاركين عدم توافر كافة الخدمات الطبية في العيادات الصحية الحكومية، وبخاصة في الأرياف، بل يقتصر الأمر على طبيب عائلة، أو طبيب عام يداوم وفق الدوام الرسمي للحكومة، وبعض العيادات لا يتوفر الطبيب فيها يوميا، بل يتواجد بواقع يومين في الأسبوع فقط.

تبين أن بعض العيادات الحكومية يتوافر فيها أطباء مختصون بالأمومة والطفولة بشكل متقطع، بينما نادرا ما توفر هذه العيادات مختصين بأمراض معينة كالباطنية والسكري والضغط وغيره من الأمراض الشائعة، والتي تحتاج إلى متخصصين، هذا دون ذكر توافر أطباء مختصين بالقلب والأوعية الدموية، أو العظام، حيث لا تتوفر مثل هذه الخدمات التخصصية إلا في العيادات الخارجية في المستشفيات في مراكز المحافظات.

وبالنسبة لعيادات الاختصاص في المستشفيات، فقد عبر المشاركون عن حالة عدم انتظام، وفوضى وعدم كفاية في الوقت، حيث يبلغ معدل المراجعين لكل طبيب مختص حوالي (40) مريضاً لكل (6) ساعات عمل يومي، بمعنى أن معدل الوقت اللازم لكل مريض هو أقل من عشر دقائق، فيما يحتاج الأمر أحيانا إلى أكثر من ذلك. وأجمع كل المشاركين على وجود نقص في التخصصات، ونقص في الكادر الطبي، وعزوا ذلك إلى عزوف الأطباء المختصين عن العمل مع الحكومة، مما يزيد الضغط على أطباء الاختصاص.

أما بخصوص توافر الأدوية، فقد أكد أغلب المشاركين على توافر صيدليات في الوحدات الصحية الحكومية في الأرياف، وبعضها يتوافر فيها مختبرات، لكنها في الواقع «متواضعة وفقيرة». كما بيّن المشاركون من المدن أن صيدليات المستشفيات تفتقر كثيراً إلى أنواع من الأدوية باهظة الثمن، أو إلى أنواع من الفحوص المخبرية الدقيقة، وبالتالي فإن أغلبهم يضطرون إلى شراء الأدوية، أو إجراء الفحوص في مختبرات خاصة، ودون المطالبة بتعويض عن الكلفة التي يتجشمونها، إلا إذا كان ذلك متعلقاً بأنواع من الفحوص الشعاعية المكلفة، حيث يقوم المشاركون بالمطالبة بتغطية جزء من هذه الكلفة وفق شروط التأمين المعمول بها.

76 المصدر السابق، ص32

عبر أغلب المشاركين عن عدم رضاهم عن مستوى توافر الخدمات الطبية والخدمات المساندة والأدوية في المراكز الصحية المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي. وأوضح كثير من المشاركين الذين عانوا تجربة عدم التوافر هذه أنهم يشعرون بالظلم نتيجة ذلك، وإنهم يضطرون في أحيان كثيرة للاستعاضة عن كل ما هو خارج الحاجة للمستشفى والعملية الجراحية في خدمات التأمين، ويتوجهون إلى العيادات الخاصة المكلفة، لكنهم يجدون في ذلك سبيلاً يوفر الجهد والوقت، وإن بذلوا المال لأجل الحفاظ على صحتهم. وقد تبين من النقاش مع مختلف المجموعات أنها لا تستغني، رغم اشتراكها في التأمين الصحي الحكومي، عن التوجه للعيادات والمراكز الطبية الخاصة، نظراً لعدم توافر الخدمات في المراكز الحكومية.

بجانب ذلك تذمر المسنون/ات من عدم اشتمال التأمين على كافة الأدوية اللازمة للأمراض، وأحياناً لا تتوفر بعض الأدوية بشكل دائم، وبخاصة أدوية الأمراض المزمنة.

بينت المشاركات المنتفعات في تأمين الأسرى، وتأمين الشؤون الاجتماعية، أن الحصول على التأمين المجاني، بالرغم من الظروف المعقدة للحصول عليه، غير أنهن في مقابل ذلك أكدن على أنهن يضطررن إلى دفع نفقات الحصول على بعض أنواع الأدوية والفحوصات من جيبهن الخاص.

كما أجمع المشاركون في كل المجموعات أن ربط دوام المراكز الصحية الفرعية بالدوام الرسمي الحكومي لا يخدم توفير الخدمة الصحية على مدار اليوم، فغالبية العيادات والمختبرات والصيدليات العامة تغلق أبوابها مع انتهاء الدوام الحكومي الرسمي، ولا توجد فترة مسائية، أو طبيب طوارئ مناوب، مما يضطر كثير من المأمنين إلى التوجه للعيادات الخاصة، إضافة إلى تحديد أيام دوام العيادات الصحية بتفاوت فيما بينها، حيث أن بعض العيادات تفتح أبوابها يومين في الأسبوع، والبعض الاخر خمسة أيام، فيما لوحظ عدم وجود دوام على مدار الأسبوع لأي عيادة صحية ضمن المناطق الريفية لمجموعات الاستهداف باستثناء المدن، مما لا يخدم أيضا توفير الخدمة الصحية بشكل مستمر ومتواصل يومياً».

أبدى المشاركون نسبة عالية من عدم الرضا في هذا المجال، وقد تركز نقاشهم حول موضوع تحديد الأدوار بالنسبة للعمليات الجراحية في المستشفيات، أو بالنسبة لمواعيد غسيل الكلى وغيرها من الخدمات التي تحتاج إلى دور مثل تصوير الرنين المغناطيسي، أو الصور الطبقية. وعزا المشاركون ذلك إلى النقص في التجهيزات والكادر من جهة وإلى وجود محسوبية وواسطة من جهة أخرى. كما بين المشاركون أن كثيراً من أطباء الاختصاص لا يقومون بعملهم بشكل نزيه، حيث يتم دفع المشتركين في التأمين إلى مراجعة عياداتهم الخاصة، ليتم تقديم دورهم في كثير من الأحيان.

الاستخلاصات

- يرتبط توافر خدمة الرعاية الصحية بالوصول الاقتصادي والوصول الجغرافي إلى الحق في الصحة، ويبرز في هذا السياق بعدان يؤثران في التوافر، وهما: الأول استثناء سلة مشتملات التأمين الصحي بعض العلاجات والخدمات الطبية المساندة بموجب أحكام القانون، ونقصها كنقص أدوية بعض العلاجات، والثاني افتقار مراكز الرعاية الأولية إلى بعض الاختصاصات اللازمة، أو افتقار بعض المستشفيات للعلاجات المتخصصة، والخدمات الطبية المساندة.

- يتضح من النتائج أن مراكز الرعاية الصحية في القرى والمناطق البعيدة عن مراكز المدن تفتقر إلى العديد من الخدمات الصحية الأساسية اللازمة لتسهيل الحصول على الرعاية الصحية «كالافتقار إلى طبيب عام، أو طبيب العائلة،.. والعديد من أنواع الأدوية اللازمة للأمراض المزمنة، وصور الاشعة ...

- وفي معرض البحث عن الخيارات المتاحة للحصول على خدمة الرعاية الصحية، كشفت النتائج أن الأفراد يضطرون لشراء الخدمة الصحية من خارج مراكز الرعاية الصحية المشمولة بالتأمين الصحي.

- تتكبد النساء وغيرها من الفئات في سعيها للحصول على بدائل العبء المالي الإضافي رغم مساهمتها المالية في التأمين الصحي الحكومي.

خامسا: معيار المقبولية

يقصد بالمقبولية ان تراعي جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة الأخلاق الطبية، وأن تكون مناسبة ثقافياً، أي أن تحترم ثقافة الأفراد، والأقليات، والمجتمعات، وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة، فضلاً عن تصميمها بشكل يحترم السرية، ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين.

تبين أن (65.7%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة، قد عبروا عن شعورهم بالرضا تجاه الأمان عند التعامل مع المراكز الصحية الحكومية (74.2%) في الضفة الغربية، و(59.6,%) في قطاع غزة. كما عبر ما نسبته (94.4%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة عن شعورهم بالرضا تجاه مراعاة المراكز الصحية الحكومية للعادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.

عبر ما نسبته (90.1%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة، عن شعورهم بالرضا تجاه سرية المعلومات الخاصة بالمرضى في المراكز الصحية، ولدى فحص رضا المبحوثين عن مراعاة المراكز الصحية لمبدأ الخصوصية، تبين أن (87.1%) من المبحوثين في الضفة الغربية وقطاع غزة، عبروا عن شعورهم بالرضا تجاه محافظة المراكز الصحية على خصوصية الحالة المرضية للمرضى.

ولدى فحص توجهات وآراء المشاركين في المجموعات البؤرية، وبخاصة فئة الشباب، لوحظ اختلاف في تقييمات المشاركين في هذا الجانب، فمنهم من عبر عن عدم ثقته بمهارة خبرة الكادر الطبي واصفاً إياهم بحديثي التخرج وقليلي الخبرة، أو أنهم يقومون بعملهم بعدم اكتراث، وبشكل روتيني، فيما أوضح جانب آخر من المشاركين أن لدى الكادر الطبي تأهيل جيد، ويمكن الثقة به إذا توافرت بيئة تساعد هذا الكادر على أداء مهمته بشكل مهني وأخلاقي جيد. وتعتقد هذه الفئة بأن الإشكالية الأبرز في ضعف الثقة بمهارات وخبرات الكادر لا تعود لأسباب شخصية، وإنما تعود لشخصية الكادر الطبي، ولعدم كفاية عدد الكادر بالنسبة للمراجعين، وعدم كفاية الرواتب التي تقدم لهم، ونظام التوظيف بشكل عام في القطاع العام. وبيّن بعض المشاركين أن هناك حاجة إلى تدريب الكادر الطبي حول أخلاقيات التعامل مع الجمهور والمرضى.

كشف عدد من المشاركين في المجموعات البؤرية أنهم يتهيبون التوجه إلى العيادات الحكومية «لعدم اطمئنانهم إلى قدرة الطاقم الطبي على معالجتهم»، أو بسبب كما أسلفنا من روتينية العمل، فقد تحدث بعضهم عن الخوف من الأخطاء الطبية، وقال بعضهم الآخر أنه: «حتى في العيادات الخاصة تحصل أخطاء طبية، ولا دليل على أن العيادة العامة هي مصدر الأخطاء الطبية فقط». لكن المشاركين أجمعوا على عدم وجود أسباب أخرى تهدد توجههم للعيادات والمستشفيات العامة. وبرز موضوع طبيعة المنشآت الصحية التي ربما تساهم في عدم المحافظة على خصوصية بعض الحالات المرضية، ويرجع المشاركين أسبابها إلى عدم توافر الإمكانات المالية لدى السلطة الوطنية.

ركزت أراء النساء المشاركات في كافة المناطق أنهن لا يجدن الخصوصية في المستشفيات، حيث عبرن عن أنهن يشعرن بانتهاك لخصوصياتهن عندما تكون غرفة الطبيب مفتوحة، ويجد البعض منهن الحرج في البوح والحديث عن شكواهن في ظل تواجد المراجعين والزوار بجانبهن. وأكدت البعض منهن أنه يجري انتهاك لخصوصياتهن عند دخولهن إلى غرفة العمليات عندما يرتدين لباس العملية الجراحية، ويجري نقلهن بين الزوار والمراجعين. وأكدت النساء في كافة المحافظات أنهن يحظين بالخصوصية اللازمة في مراكز صحة المرأة التابعة لوزارة الصحة، ويجدن

غرفة مخصصة للرضاعة الطبيعية. ومن جهة أخرى عبرت النساء والمسنات أنهن يجدن الأطباء يتعاملون بنوع من الأدب والأخلاق عند إخضاعهن للفحوصات دون مساس بكرامتهن، أو سرية مشاكلهن الصحية.

من جانب آخر صرح الأشخاص ذوو الإعاقة بأن إجراءات الحصول على التأمين الصحي لا تراعي خصوصيتهم واحتياجاتهم كأشخاص ذوي إعاقة، بل يتم التعامل معهم «كأشخاص عاديين»، بل إن بعضهم يشعر بأن الأطباء في المراكز والمستشفيات الحكومية غير مهتمين بالحالة الصحية مقارنة بذلك الاهتمام في العيادات الخاصة. وبعضهم يشعر بمعاملة لا تراعي حالتهم، « ولا يتم مراعاة الفروق الفردية الخاصة بهم عن العاديين».

الاستخلاصات

- عبر المشاركون في المسح الكمي عن شعورهم بالرضا تجاه مراعاة المراكز الصحية الحكومية للعادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع، وعن شعورهم بالرضا تجاه سرية المعلومات الخاصة بالمرضى في المراكز الصحية. في حين تباينت توجهات المجموعات البؤرية حول المقبولية، حيث كشفت نقاشات المجموعات البؤرية عن الشعور بالخشية لدى العديد من النساء في معرض توجههن للعيادات والمستشفيات العامة نتيجة طبيعة المنشآت الصحية التي ربما تساهم في عدم المحافظة على خصوصية بعض الحالات المرضية، حيث تكون غرفة الطبيب مفتوحة، ويجد البعض منهن الحرج في البوح والحديث عن شكواهن في ظل تواجد المراجعين والزوار بجانبهم، وأكدت البعض منهن أنه يجري انتهاك لخصوصياتهن عند دخولهن إلى غرفة العمليات عندما يرتدين لباس العملية الجراحية ويجري نقلهن بين الزوار والمراجعين.
- أعرب الأشخاص ذوو الإعاقة في المجموعات البؤرية عن أن إجراءات الحصول على التأمين الصحي لا تراعي خصوصيتهم واحتياجاتهم كأشخاص ذوي إعاقة، ويتم التعامل معهم بحيادية الإعاقة.

سادسا: الإنفاق على الصحة

يشير تقرير الحسابات الصحية الفلسطينية للعام 2017 إلى أن مجموع النفقات الجارية على الصحة بلغت (1,466.7) مليون دولار. كما تظهر البيانات أن مساهمة الحكومة المركزية في تمويل التأمين الصحي شكلت أعلى نسبة مساهمة في العام 2017، حيث بلغت (42.4%)، وبلغ تمويل قطاع الأسر المعيشية (41.8%)، في حين بلغ تمويل المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية (12.4%). أما ما تم تمويله من قبل شركات التأمين الخاصة فقد بلغ (3.4%) فقط.[77]

يُظهر ارتفاع النفقات الصحية الشخصية، أو «الأسر المعيشية»، جسامة العبء المالي الذي يتحمله المواطنون في سبيل الحصول على خدمة الرعاية الصحية، الأمر الذي يقود بعض الأفراد والأسر إلى عدم الاشتراك في التأمين الصحي إلا حين الحاجة، أو البحث في وسائل علاجية بديلة أقل تكلفة، كما أظهرت نتائج المسح الكمي كاللجوء للطب الشعبي.

إن ارتفاع تكاليف الحصول على خدمات صحية للأسر والأفراد يعيق إمكانية حصول المواطنين عليها. كما أن زيادة النفقات الحكومية على الخدمات الصحية دون وجود نظام تأمين صحي إلزامي وتكافلي يضمن ديمومة الإيرادات لهذا الجهاز سيزيد من عجز الخزينة العامة في ظل محدودية، أو سوء توزيع الموارد المالية للحكومة الفلسطينية.

وبفحص أثر إنفاق الأفراد على خدمات الرعاية الصحية على مقدرتهم المالية، تبين أن قرابة نصف عدد المبحوثين واجهوا صعوبات مالية نتيجة الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، حيث أفاد ما نسبته (50.3%) بأنهم لم يواجهوا أية صعوبات مالية نتيجة الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية، بواقع (62.0%) في الضفة الغربية وما نسبته (31.2%) في قطاع غزة.

يلاحظ ارتفاع نسبة المبحوثين الذين واجهتهم صعوبات مالية في قطاع غزة بشكل كبير، حيث شكلت النسبة (68.8%) مقارنة بالمبحوثين في الضفة الغربية (38%). ويبدو أن هذه النتيجة متوقعة نتيجة للوضع الاقتصادي المتردي والحصار الذي تفرضه سلطات الاحتلال منذ العام 2006 على قطاع غزة، والانقسام السياسي الذي أثر على كافة الحقوق، بما فيها الحق في الصحة. كما أثر دخل المبحوثين في حجم الصعوبات المالية نتيجة إنفاقهم على الخدمات الصحية بشكل واضح. وتناسب التأثير في هذا الصدد تناسباً عكسياً مع الدخل، فكلما زاد الدخل قلت الصعوبات المالية التي كانت تواجه المبحوثين. فمثلا، وصلت نسبة المبحوثين الذين واجهتهم صعوبات مالية بسبب

77 الجهاز المركزي للإحصاء، وزارة الصحة، **تقرير الحسابات الصحية الفلسطينية 2017**، رام الله،2019، ص 28.

الإنفاق على الصحة ممن تقل دخولهم عن (2000) شيكل إلى (69.9%) من المبحوثين من هذه الفئة، ثم انخفضت إلى (38.8%) للفئة التي تراوحت دخولها بين (2500 و3500)، وانخفضت إلى (21.1%) من المبحوثين للفئة التي دخولها أكثر من (5000) شيكل.

تبين من خلال النقاش بأن تكاليف الحصول على بطاقة التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة هي قليلة نسبياً، حيث أن « مُقدمة الطلب تدفع عشرة شواكل للحصول على شهادة من الاتحاد العام للأشخاص ذوي الاعاقة لكي تتوجه بها إلى اللجنة الحكومية من أجل الحصول على تقرير طبي حول نسبة الإعاقة لدى الشخص مُقدم الطلب».

وفيما يخص تكاليف العلاج فإنها «بالعموم رمزية»، وهي ذاتها التي يدفعها أي شخص لديه تأمين صحي حكومي، ولكن في ذات الوقت تعتبر مُكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة حيث أنه، وكما أفادت إحدى المشاركات، فإن الإعاقة ترتبط عادة بالفقر، وأي تكلفة مهما كانت قليلة فإنها تُشكل عبئاً مادياً على الشخص».

وأبدت مجموعات المسنين حالة من عدم الرضا عن التكلفة المالية الخاصة بالحصول على بطاقة التأمين الصحي، وعبر البعض منهم عن أن التأمين الصحي يجب «أن يكون مجانياً للمسنين، أو يراعي قدرتهم على التغطية المالية للتأمين الصحي، خاصةً أن الكثير منهم ليس لديهم مصدر دخل». بجانب ذلك تذمر المسنون/ات من عدم اشتمال التأمين على كافة الأدوية اللازمة للأمراض، وأحياناً لا تتوفر بعض الأدوية بشكل دائم، وبخاصة أدوية الأمراض المزمنة. في المقابل أكد البعض منهم أن تكلفة الحصول، أو التجديد لسريان التأمين الصحي تتسم بالمقبولية، ولكن المشكلة في تغطية كافة الأدوية والعلاجات في التأمين الصحي، إضافة إلى عدم تغطية تكلفة طلب الإسعاف للنقل إلى المستشفى أو المراكز الصحية.

وفيما يتعلق بمصالح النساء أكدت المجموعة على أن تكلفة الحصول على التأمين الصحي موحدة، لكن نسبة مساهمات المشتركات تختلف باختلاف نوع التأمين، ومثال ذلك «عبرت بعض المشاركات في مجموعة النساء المتعافيات في رام الله أن تأمينها عسكري، ما يعني أن تأمينها يغطي نسبة أعلى من المشتركات في التأمين الحكومي المدني، أو التأمين الحكومي الطوعي. أما تأمينات الشؤون الاجتماعية والأسرى حيث بينت المشاركات أن الحصول على التأمين مجاني بالرغم من الظروف المعقدة للحصول عليه غير أنهن في مقابل ذلك أكدن على أنهن يضطررن إلى دفع نفقات الحصول بعض أنواع الأدوية والفحوصات على نفقتهن الخاصة.

غالبية المشاركين في كافة المجموعات أكدوا على أنهم يضطرون للإنفاق على الخدمات الصحية والعلاجية بالرغم من ملكيتهم للتأمين الصحي الساري المفعول، فبالرغم من الأسعار الرمزية للأدوية المتوفرة في الصيدليات التابعة لوزارة الصحة، إلا أن مجموعات النساء في محافظة قلقيلية صرحن بأنهن ينفقن على علاجاتهن ما يقارب (200) شيكل في الشهر، وهذا الأمر أيضاً ينطبق على مجموعة النساء في البلدة القديمة في الخليل، حيث تراوحت قيمة شرائهن للأدوية غير المتوافرة في مراكز وزارة الصحة ما بين (200) و(300) شيكل من مجموع الإنفاق على الصحة، بجانب تغطيتهن لتكلفة الحصول، أو التجديد لبطاقة التأمين الصحي بسبب عدم توفر الأدوية المناسبة لهم، وأحياناً انقطاعها من الصيدليات. وعبّر بعض المسنين في مجموعة بيت لحم إلى اضطرارهم إلى تغطية نفقات التمريض المرافق لهم عندما يحتاجون للمكوث في المستشفى على نفقتهم الخاصة، وكذلك اضطرارهم إلى دفع تكاليف النقل في الإسعاف إلى المستشفى، أو المركز الصحي. وقد عبرت أيضاً بعض المشاركات في مجموعة النساء المتعافيات أنهن يتحملن كافة النفقات الخاصة بالتنقل من رام الله إلى القدس، وأيضاً يتحملن بعض النفقات الخاصة بالفحوصات غير المتوفرة في مرافق وزارة الصحة. وأكد عدد من النساء أنهن يلجأن إلى شراء بعض المستلزمات الخاصة بهن على نفقاتهن كالطعام والماء والعصائر لعدم كفايته وانتظامه عند الإقامة في المستشفى.

في مقابل ذلك أكدت غالبية المشاركات والمشاركين أن اشتراكهم في التأمين الصحي له فائدة كبيرة فقط عندما يتعلق الأمر بالعمليات الجراحية في المستشفيات، غير أن البعض منهم أكد عدم قدرته على دفع المساهمة الخاصة بنفقة تحمله للعملية الجراحية، وتراوحت المساهمات لبعض العمليات والجراحات بين (2000) و(5000) شيكل. كما تذمر عددٌ منهم بسبب وجود خلل في مسألة التغطية في المستشفيات التي تحول لها وزارة الصحة في العلاج في مستشفيات القدس، واضطرار البعض منهم إلى الخوض في إشكاليات، ومعاناه جراء اكتشافه أن عمليته، أو فحصه، أو مكوثه في المستشفى غير مكتمل التغطية المالية.

في نقاشات المجموعة البؤرية للعمال في جنين، قال أحد العمال: «يجب ألا ننسى أن هناك فقراً، وهو سبب في ذلك، فالمواطن الفقير تعني له مئتي شيكل كثيراً قد تسدد احتياجاً معيناً لديه، أما التأمين فقد لا يكون من أولوياته، تعودنا على الخدمة المجانية عندما يكون المواطن مؤمناً لسبع سنوات دون اشتراك، وبعد ذلك يصبح هناك اشتراك يبدأ المواطن بالتساؤل والتذمر: لماذا أدفع هذا المبلغ، من سيستفيد منه، من سيسرقه.... يعني أن المواطن يرى أنه إن لم يكن مريضا فلماذا يدفع؟!.»

الاستخلاصات

- تواجه العديد من الفئات الاجتماعية كالمسنين وذوي الإعاقة من صعوبات في تمويل نفقات التأمين الصحي، فعلى الرغم من الرسوم البسيطة التي يدفعها بعض المشتركين، كالأشخاص ذوي الإعاقة كبدل للاشتراك بالتأمين الصحي، إلا أن العديد من خدمات الرعاية الصحية غير مشمولة بالتأمين، وكذلك جزء منها غير متوافر . كما تم ارتفاع نسبة المشتركين في التأمين الصحي في قطاع غزة الذين يواجهون صعوبات في دفع نفقات الخدمات الصحية.

- تبين اختلاف نسبة التغطية وسلة مشتملات الرعاية الصحية بين أنواع التأمين الحكومية المختلفة، حسب الفئة الاجتماعية التي يغطيها، وهذا يؤدي إلى خلق إشكاليات تمييزية في مساهمة المشتركين للحصول على الرعاية الصحية ذاتها. كما تبين التمييز في آليات دفع الاشتراك المالي للتأمين الصحي، فهي ميسرة على الموظفين الحكوميين، وعكسها في حال الاشتراك الاختياري.

- لا يتم ربط الدخل الاقتصادي للشريحة الاجتماعية بنسبة مساهمتهم في البدل المالي للتأمين الصحي، مما ينتج عنه تهميش مسألة فقر الفئات الاجتماعية في سياق سياسات تمويل التأمين الصحي الحكومية، الأمر الذي يؤدي إلى عزوف الفقراء عن الاستفادة من التأمين الصحي، إلا حين تطلبت الحاجة التدخلات الطبية، وإنهاء الاشتراك بالتأمين حين إنتهاء العارض الصحي.

- لا يوجد سياسات تشجيعية للأفراد – خارج مظلة الوظيفة العامة والنقابات والشؤون الاجتماعية- للاشتراك في التأمين الصحي الحكومي، من حيث آليات الاشتراك، وآليات دفع البدل المالي.

التوصيات

- ضرورة إعادة النظر في البدل المالي للإشترك في التأمين الصحي بناءً على ربطه بالواقع الاقتصادي للأفراد، كالفقر والبطالة، وتحديد بدل الاشتراك بناءً على المقدرة الاقتصادية للأفراد.

- توحيد سلة الانتفاع الصحية بالنسبة لكافة الفئات، وتوحيد التغطية المالية للخدمات الصحية المقدمة دون تمييز

الملاحق

نظام التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021.

جداول بالنتائج الشاملة لمسح توجهات المواطنين حول التأمين الصحي،2019

أنشطة المناصرة والتأثير في سياق التحقيق (2017-2019)

نظام التأمين الصحي للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021.

العدد (176) الوقائع الفلسطينية 2021/02/25

نظام التأمين الصحي الحكومي للأشخاص ذوي الإعاقة رقم (2) لسنة 2021م

مجلس الوزراء،

استناداً لأحكام القانون الأساسي المعدل لسنة 2003م وتعديلاته، لا سيما أحكام المادتين (22، 70) منه،

ولأحكام قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م وتعديلاته، لا سيما أحكام المادتين (2، 83) منه،

وبعد الاطلاع على أحكام قانون حقوق المعوقين رقم (4) لسنة 1999م ولائحته التنفيذية، لا سيما أحكام المادة (10) منه،

وعلى قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004م، بنظام التأمين الصحي الحكومي،

وبناءً على تنسيب وزير الصحة ووزير التنمية الاجتماعية،

وعلى ما أقره مجلس الوزراء بتاريخ 2021/01/04م،

وعلى الصلاحيات المخولة لنا،

وتحقيقاً للمصلحة العامة،

أصدرنا النظام الآتي:

مادة (1)

يكون للكلمات والعبارات الواردة في هذا النظام المعاني المخصصة لها أدناه، ما لم تدل القرينة على خلاف ذلك:

الوزارة: وزارة الصحة.

الوزير: وزير الصحة.

القانون: قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004م وتعديلاته.

النظام: نظام التأمين الصحي الحكومي للأشخاص ذوي الإعاقة.

الأشخاص ذوو الإعاقة: كل من لديهم إعاقات دائمة بدنية أو عقلية أو ذهنية أو حسّية قد تمنعهم لدى التعامل مع مختلف الحواجز من المشاركة بصورة كاملة وفعّالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين.

الأسرة: أسرة الشخص ذي الإعاقة المشمولون بالتأمين وفق أحكام المادة (6) من هذا النظام.

التمييز على أساس الإعاقة: كل تمييز أو استبعاد أو تقييد على أساس الإعاقة يكون غرضه أو أثره إضعاف أو إحباط الاعتراف بكافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية أو التمتع بها أو ممارستها على قدم المساواة مع الآخرين في الميدان الصحي والميادين كافة، ويشمل جميع أشكال التمييز، بما في ذلك الحرمان من الترتيبات التيسيرية المعقولة.

سلة الخدمات الصحية: مجموعة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية الشاملة والمجانية التي تقدمها الوزارة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم المؤمّن عليهم بموجب أحكام هذا النظام.

سلة الخدمات الصحية الحكومية: مجموعة من الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات والمراكز الصحية التابعة مباشرة للوزارة.

سلة الخدمات الصحية غير الحكومية: مجموعة من الخدمات الصحية التي توفرها الوزارة وفق معايير التحويل بموجب أحكام هذا النظام من خلال عقود مبرمة مع المؤسسات والمراكز الصحية غير التابعة للوزارة من داخل أو خارج دولة فلسطين.

مادة (2)

تطبق أحكام هذا النظام على الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.

مادة (3)

يهدف هذا النظام إلى تحقيق الآتي:

1. ضمان حق الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم في التأمين الصحي الشامل والمجاني.
2. توفير سلة خدمات صحية لائقة بالأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.
3. احترام التنوع في المجتمع الفلسطيني، وتعزيز القيم والحقوق المتساوية والاستقلال الذاتي للأشخاص ذوي الإعاقة.
4. تقديم الخدمات الصحية دون تمييز على أساس الإعاقة.

مادة (4)

تعتبر الخدمات الصحية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم من قبل الوزارة بموجب أحكام هذا النظام مجانية دون أي رسوم أو مقابل مالي.

مادة (5)

تعتبر الإعاقة معيار الاستحقاق المعتمد من الوزارة للاستفادة من الخدمات الصحية الواردة في أحكام هذا النظام.

مادة (6)

يقصد بأسرة الشخص ذوي الإعاقة الخاضعة لأحكام هذا النظام الآتي:

1. الزوج والزوجة أو الزوجات والأطفال دون سن (18) سنة.
2. البنت العزباء، شريطة ألا يكون لها دخل.
3. الابن أو الابنة حتى نهاية الثانوية لغاية عمر (21) سنة.
4. الابن أو الابنة حتى نهاية الجامعة لغاية عمر (26) سنة.
5. الأم والأب، شريطة ألا يكون لديهم تأميناً صحياً.
6. كل من ليس له دخل ومعال من الشخص ذوي الإعاقة، على أن يعزز ذلك بالمستندات الثبوتية الآتية:
   أ. الأخوة والأخوات حتى سن (18) سنة، إذا كانوا أيتاماً ولديه أمر وصاية عليهم.
   ب. البنت المطلقة وأولادها إذا كانت تحت رعايته.
   ج. البنت الأرملة وأولادها إذا كانت تحت رعايته.
   د. أبناء الأخوة أو الأخوات حتى سن (18) سنة، إذا كانوا أيتاماً ولديه أمر وصاية عليهم.

هـ. الأخت العزباء فوق سن (18) سنة، على أن تكون معالة من الشخص ذوي الإعاقة بموجب حجة شرعية.
و. زوجة الأب.

مادة (7)

تقوم الوزارة بالآتي:
1. إصدار بطاقة تأمين صحي دائمة للأشخاص ذوي الإعاقة تشمل أسرهم، وتسليمها في أقرب مركز صحي للوزارة.
2. عدم التمييز على أساس الإعاقة أو أي شكل من أشكال التمييز في معيار الاستحقاق والخدمات الصحية المحددة بأحكام هذا النظام.
3. سرية المعلومات المتعلقة بالشؤون الشخصية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم.
4. تقديم الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بطرق ميسرة وأماكن لائقة بالكرامة.
5. مواءمة المراكز الصحية التي تقدم الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة بموجب أحكام هذا النظام.
6. توفير سلة الخدمات الصحية في أقرب مؤسسة أو مركز صحي للأشخاص ذوي الإعاقة، دون الإخلال بمستوى الخدمة ومعايير الجودة.
7. الحصول على الموافقة الحرة والمستنيرة من الأشخاص ذوي الإعاقة عند تلقي الخدمات الصحية.
8. توعية وتدريب الطواقم الطبية والتأهيلية بأساليب التواصل والتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة بما يليق بالكرامة.
9. تزويد المراكز الصحية التي تقدم الخدمات الطبية للأشخاص ذوي الإعاقة بمترجمين للغة الإشارة.
10. الوصول إلى الأشخاص ذوي الإعاقة الشديدة الذين تمنعهم إعاقتهم من الوصول للخدمة.
11. إعداد ونشر تقارير دورية ربع سنوية، وتقرير سنوي، تُبين نتائج تنفيذ أحكام هذا النظام.
12. إعداد نشرات ومواد تثقيفية صحية بأحكام هذا النظام بطرق ميسرة ومتواءمة.
13. نشر كافة الخدمات الصحية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، والإجراءات اللازمة لتقديم الخدمات الصحية ومعايير الاستحقاق، على الموقع الإلكتروني للوزارة.

مادة (8)

يتمتع الأشخاص ذوو الإعاقة وأسرهم بالحق في الخدمات الصحية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية وفق أحكام هذا النظام، دون الإخلال بأي خدمات صحية أخرى واردة في التشريعات النافذة.

مادة (9)

تقوم الوزارة بتوفير الخدمات الوقائية والتشخيصية للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بطرق ميسرة وبالسرعة الممكنة، ومن بين هذه الخدمات الآتي:
1. فحوصات الكشف المبكر لمختلف الإعاقات.
2. فحوصات تشخيص وتقييم نوع ودرجة الإعاقة، كالفحوصات المخبرية والهرمونية والإشعاعية والتصوير الطبقي المحوري والرنين المغناطيسي.
3. التطعيمات المشمولة ببرنامج التطعيمات الموحد.
4. خدمات الرعاية الأولية.

المرجع الإلكتروني للجريدة الرسمية
ELECTRONIC REFERENCE FOR THE OFFICIAL GAZETTE
mjr.lab.pna.ps

5. خدمات الصحة المدرسية، بما يشمل الصحة النفسية والكشف المبكر للإعاقات المختلفة.
6. الفحوصات الجينية والوراثية.

مادة (10)

تقوم الوزارة بتوفير الخدمات العلاجية للأشخاص ذوي الإعاقة بطرق ميسرة وبالسرعة الممكنة، ومن بين هذه الخدمات الآتي:

1. الأدوية اللازمة لمختلف الإعاقات المدرجة ضمن قائمة الأدوية الأساسية للوزارة.
2. الأدوية اللازمة لمختلف الإعاقات غير المدرجة في قائمة الأدوية الأساسية للوزارة، من خلال لجنة شراء مشكلة بقرار من الوزير.
3. سلة الخدمات الصحية الحكومية المقدمة في المؤسسات والمراكز الصحية في الوزارة، وفي حال عدم توفرها يتم التحويل وفق معايير التحويل المعتمدة من الوزارة.
4. العمليات الجراحية لمختلف الإعاقات المتعلقة بطبيعة الإعاقة.
5. رعاية الأسنان وعلاج وجراحة تشوهات الفك والأسنان للأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية الشديدة والإعاقات المركبة.
6. المستلزمات والمستهلكات الطبية على اختلاف أنواعها لمختلف الإعاقات، بناءً على تقرير طبيب مختص في الوزارة.
7. المكملات الغذائية المدرجة ضمن القائمة الأساسية للأدوية، ويتم إحالة غير المدرجة منها للجنة الشراء الواردة في الفقرة (2) من هذه المادة.

مادة (11)

تقوم الوزارة بتوفير الخدمات التأهيلية اللازمة للأشخاص ذوي الإعاقة، بناء على تقرير لجنة متعددة التخصصات بالتأهيل المشكلة بقرار من الوزير، وتشمل:

1. خدمات التأهيل الشامل.
2. الأجهزة الطبية والتعويضية والأدوات المساعدة لمختلف الإعاقات، المتعلقة بطبيعة الإعاقة.
3. أي خدمات تأهيلية وأجهزة تعويضية أخرى.

مادة (12)

يجوز للوزارة التحويل لدى المؤسسات أو المراكز الصحية التابعة أو غير التابعة لها وفقاً لمعايير التحويل المعتمدة في الوزارة عند عدم توفر الخدمات الصحية اللازمة للشخص ذوي الإعاقة.

مادة (13)

تحدد الموارد المالية لغايات تنفيذ أحكام هذا النظام من الآتي:

1. المخصصات المالية المحددة في موازنة الوزارة.
2. المنح والمساعدات غير المشروطة.
3. مساهمة القطاع الخاص والمجتمع الأهلي.

مادة (14)

تتولى الوزارة بالتنسيق مع وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة التربية والتعليم والجهات المعنية القيام بالآتي:

1. توعية المجتمع الفلسطيني بضرورة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بالحق في التأمين الصحي الحكومي العادل والشامل والمجاني.
2. اتخاذ كافة التدابير اللازمة للتأكد من تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بالحق في التأمين الصحي العادل والشامل والمجاني في الأوضاع الطبيعية وحالات الطوارىء.

مادة (15)

1. يتمتع مأمورو الضبط القضائي المعينون بقرار من الوزير بموجب أحكام القانون بصلاحية ضبط المخالفات المتعلقة بمخالفة أحكام هذا النظام.
2. يجب على مأموري الضبط القضائي القيام بالآتي:
   أ. إثبات المخالفات بمحاضر الضبط.
   ب. إحالة المحاضر إلى الجهات المختصة للمتابعة الفورية.

مادة (16)

1. تنشئ الوزارة قاعدة بيانات بجميع الخدمات الصحية المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم بموجب أحكام هذا النظام.
2. تشتمل قاعدة البيانات الواردة في الفقرة (1) من هذه المادة على الآتي:
   أ. بيانات مُصنفة بالمستفيدين من سلة الخدمات الصحية بموجب أحكام هذا النظام.
   ب. نوع ودرجة الإعاقة.
   ج. طبيعة الخدمة المقدمة.
   د. تاريخ ومكان تقديم الخدمات.
   هـ. الجنس.
   و. كل ما يتعلق بإجراءات تنفيذ أحكام هذا النظام.
   ز. سجل الشكاوي.
3. يتم الاستفادة من قاعدة البيانات في تقييم وتطوير الخدمات الصحية المقدمة.

مادة (17)

1. تُعد الوزارة آلية لتقديم الشكاوي والرد عليها بطرق ميسرة، بما يتواءم مع الأشخاص ذوي الإعاقة.
2. تُعد الوزارة سجلاً خاصاً بالشكاوي المقدمة للوزارة عند مخالفة أحكام هذا النظام، ويكون مصنفاً ومتسلسلاً، ويوضح كيفية التعامل مع الشكاوي، والرد على مقدم الشكوى.
3. تقوم الوزارة بالرد خطياً خلال (14) يوماً من تاريخ تقديم الشكوى، وإشعار مقدم الشكوى خطياً بما اتخذ بشأنها من إجراءات.
4. يجوز لصاحب الشكوى الطعن لدى الجهات القضائية المختصة.

المرجع الإلكتروني للجريدة الرسمية
ELECTRONIC REFERENCE FOR THE OFFICIAL GAZETTE
mjr.lab.pna.ps

مادة (18)

يعاقب كل من يخالف أحكام هذا النظام بالعقوبات المحددة في القانون، دون إخلال بما ورد في أي تشريع آخر.

مادة (19)

يصدر الوزير القرارات والتعليمات اللازمة لتنفيذ أحكام هذا النظام.

مادة (20)

يلغى كل ما يتعارض مع أحكام هذا النظام.

مادة (21)

على الجهات المختصة كافة، كل فيما يخصه، تنفيذ أحكام هذا النظام، ويعمل به من تاريخ نشره في الجريدة الرسمية.

صدر في مدينة رام الله بتاريخ: 2021/01/04 ميلادية
الموافق: 20/جمادى الأولى/1442 هجرية

د. محمد اشتية
رئيس الوزراء

المرجع الإلكتروني للجريدة الرسمية
ELECTRONIC REFERENCE FOR THE OFFICIAL GAZETTE
mjr.lab.pna.ps

استمارة مسح توجهات المواطنين حول التأمين الصحي الحكومي، 2019

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 2000	
ID00- رقم الاستمارة المتسلسل في العينة: ☐☐☐☐	ID03- رقم منطقة العد في التجمع ☐☐☐
ID01-المحافظة:_____ ☐☐	ID04- رقم الاستمارة في منطقة العد ☐☐
ID02- التجمع:_____	

ID05-	بيانات تعريفية عن الاسرة	
١	اسم رب الأسرة	.....
٢	رقم الهاتف الارضي	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
٣	رقم الهاتف الخليوي	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

سـجـل المـقابلـة				
IR٠١- برنامج الزيارات	اليوم	الشهر	الوقت	
			دقيقة	ساعة
الزيارة الاولى				البدء - الزيارة الأولى
				الانتهاء - الزيارة الأولى
الزيارة الثانية				البدء - الزيارة الثانية
				الانتهاء - الزيارة الثانية

IR02- نتيجة المقابلة:	1.	اكتملت	6.	لم يتوفر معلومات	☐
	2.	اكتملت جزئيا	7.	وحدة غير موجودة	
	3.	الأسرة مسافرة	8.	وحدة سكنية غير مأهولة	
	4.	لا أحد بالبيت	9.	أخرى (حدد/ي)	
	5.	رفض التعاون، السبب.....			

IV	مجموع افراد الأسرة		☐☐
IV01- مجموع أفراد الأسرة الذكور	☐☐	IV02- مجموع أفراد الأسرة الإناث	☐☐
iK01- اسم الباحث/ة:	IK02 رقم الباحث/ة: ☐☐☐☐	التاريخ: / / 2019	
IK03- اسم المشرف/ة:	IK04 رقم المشرف/ة: ☐☐☐☐	التاريخ: / / 2019	

البيانات التعريفية لمدلي البيانات			
BP01	الجنــس	1. ذكــر 2. أنثى	☐
BP02	العمـــر بالسنوات الكاملة (18 سنة فأكثر)		☐☐
BP03	الحالة الاجتماعية	1. لم يتزوج أبدا 2. عقد لأول مرة ولم يتم الدخول 3. متزوج/متزوجة 4. مطلق/مطلقة 5. أرمل/أرملة 6. منفصل/منفصلة	☐
BP04	العلاقة برب الاسرة	01. رب اسرة 02. زوج/ زوجة 03. ابن/ بنت 04. أب/ أم 05. أخ/أخت 06. جد/جدة 07. حفيد/حفيدة 08. زوجة ابن/زوج بنت 09. اقرباء اخرون 10. آخرون	☐☐
BP05	الحالة التعليمية؟	01. أمي 02. ملم 30. ابتدائي 04. إعدادي 50. ثانوي 06. دبلوم متوسط 70. بكالوريوس 80. دبلوم عالي 90. ماجستير 10. دكتوراه	☐☐
BP06	نوع الوثيقة (هوية)	1. هوية فلسطينية (ضفة) 2. هوية اسرائلية (مقدسية) 3. بلا هوية 4. هوية فلسطينية (غزة) 5. هوية اسرائلية (جنسية اسرائلية) 6. اخرى	☐
BP06_1	حالة اللجوء؟	1. لاجئ مسجل 2. لاجئ غير مسجل 3. ليس لاجئاً	☐
BP07	العلاقة بقوة العمل خلال الأسبوع الماضي؟ ملاحظة: الغائب بصورة مؤقته تسجل ساعات العمل الاعتيادية. <u>للأفراد الذين اجابوا على هذا السؤال الخيارات من (5-12) يتم الانتقال الى سؤال BP09</u>	01. عامل من 1-14 ساعة 02. عامل من 15-34 ساعة 03. عامل من 35-45 ساعة 04. (لا يعمل ويريد العمل – سبق له العمل) بحث عن عمل خلال 4 اسابيع الماضية 05. (لا يعمل ويريد العمل – لم يسبق له العمل) بحث عن عمل خلال 4 اسابيع الماضية 06. (لا يعمل ولا يريد العمل) 07. التفرغ للدراسة/ التدريب 08. التفرغ لأعمال المنزل 09. العجز/ كبر السن/ المرض 10. وجود ايراد 11. تقاعد 12. أخرى، حدد....	☐☐
BP08	ما هو القطاع الذي تعمل/ عملت فيه؟	1. خاص وطني 2. حكومة وطنية 3. حكومة أجنبية 4. جمعية تعاونية 5. هيئة دولية 6. خاص أجنبي 7. سلطة محلية 8. هيئة أو جمعية خيرية 9. وكالة الغوث 10. أخرى/ حدد.....	☐☐
BP09	معدل دخل الاسرة الشهري المتاح بالشيكل؟	1. أقل من 2000 شيكل 2. من 2500- 3500 شيكل 3. أكثر من 5000 شيكل 4. رفض الاجابة 5. من 2000- 2500 شيكل 6. من 3500- 5000 شيكل 7. لا أعرف	☐

الحالة الصحية							
GHI01		بشكل عام، كيف تصف/ي وضعك الصحي؟	1.سيئ جدا	2.سيئ	3. جيد	4.جيد جدا	☐
GHI02	هل لديك أي من الأمراض المزمنة الآتية مشخصاً من قبل طبيب مختص ويتلقى علاج بصورة مستمرة له؟ <u>يمكن اختيار أكثر من اجابة</u> 1. نعم 2. لا	1. سكري 2. السرطان 3. أمراض القلب والجلطات 4. ضغط الدم 5. الربو(الجهاز التنفسي) 6. أخرى حدد/.....					☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI03	هل لدى أي من أفراد الاسرة من أحد الأمراض المزمنة الآتية مشخصاً من قبل طبيب مختص ويتلقى علاج بصورة مستمرة له؟ <u>يمكن اختيار أكثر من اجابة</u> 1. نعم 2. لا	سكري السرطان أمراض القلب والجلطات ضغط الدم الربو(الجهاز التنفسي) أخرى حدد/.....					☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI04	هل تحتاج الى ادوية\ علاج\ فحوصات بشكل مستمر لمعالجة لعلاج اي مرض آخر غير مزمن	1. نعم 2. لا					☐
GHI05	هل تدخن حاليا أي منتج من منتجات التبغ مثل (السيجارة، السيجار، الغليون، الارجيلة)	1. نعم 2. لا (إنتقل إلى GHI07)					☐

GHI06	ما هي أنواع منتجات التبغ التي تستهلك عن طريق التدخين التي استعملتها أو دخنتها؟	1. السجائر 2. الارجيلة 3. الغليون 4. السيجار 5. غير ذلك	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI07	هل تدخن حاليا الارجيلة أو السيجارة الالكترونية؟	1. نعم 2. لا	☐
التأمين الصحي			
GHI08	هل لديك تأمين صحي فعال ؟ 1. نعم 2. لا لكن كان لدي سابقا تأمين (ينتقل الى GHI11) 3. لا لم يكن لدي أي تأمين صحي (ينتقل الى GHI14) اذا نعم ما نوع التأمين الصحي؟ (يمكنك اختيار اكثر من جواب -اختر كل ما ينطبق)	حكومي (يشمل الشؤون الاجتماعية، ذو الاسرى و الشهداء... الخ))انتقل الى GHI19OHI 1. خدمات عسكرية)انتقل الى GHI19 2. وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين)انتقل الى GHI16 3. خاص)انتقل الى GHI16 4. اسرئيلي)انتقل الى GHI16 5. اخرى (حدد:_____))انتقل الى GHI16	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI09	طريقة دفع رسوم التأمين	1. المشغل 2. شخصي (من الجيب) 3. مؤسسات خيرية 4. الشؤون الاجتماعية 5. الوكالة 6. النقابة 7. اخرى: حدد _____	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

GHI10	اذا كنت مشترك بالتأمين الصحي ما هو سبب الاشتراك؟ يمكن اختيار أكثر من جواب 1.نعم 2.لا	1. الزامي 2. هذا هو التـامين المتوفر لدى المشغل 3. يوفر سلة خدمات أكثر 4. خدماته سهلة الوصول 5. جودة الخدمة أفضل 6. معاملة الفريق الطبي أفضل 7. فرصة أكبر لاختيار الطبي أو المستشفى المناسب 8. خدمات اقامة أفضل 9. أقل تكلفة من الدفع من الجيب 10. أخرى حدد/		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
الافراد الذين سبق وكان لديهم تأمين				
GHI11	ما نوع التأمين الصحي الذي كان لديك سابقا سيجيب عليه من اجاب بـــــ لا على سؤال GHI08 (يمكنك اختيار اكثر من جواب -اختر كل ما ينطبق)	1. حكومي (يشمل الشؤون الاجتماعية، ذو الاسرى و الشهداء...الخ) 2. خدمات عسكرية 3. وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين 4. خاص 5. اسرئيلي 6. اخرى (حدد:_____)		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI12	ما هو سبب عدم تجديد او الاستمرار باشتراكك بأي من برامج التأمين الصحي؟ 1.نعم 2.لا	1. الارتفاع التكلفة (مبلغ القسط والمساهمة) 2. التأمين لا يغطي الخدمات التي أريدها 3. أفضل إختيار مقدم الخدمة الصحية المناسب بنفسي وقت الحاجة (حتى لو دفعت مباشرة 4. لا يوجد لدي أي معلومة عن التأمينات الموجودةجميع أفراد عائلتي يتمتعون بصحة جيدة 5. لم اعد بحاجة للتأمين 6. الانتهاء من العمل (الذي كان يدفع تكلفة التأمين) 7. المشغل أوقف التأمين 8. لا أراه ضروريا 9. عدم توفر الوقت لقيام باجراءات التجديد 10. غير ذلك حدد/		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

GHI13	كيف تحصل على الخدمات الصحية وقت الاحتياج؟ (بعد هذا السؤال انتقل الى GHI33 وبعدها يتم الانتقال الى اسئلة اهداف التنمية المستدامة SD01) 1. نعم 2. لا	1. أتوجه إلى المراكز الصحية الاهلية (الخيرية) 2. أتوجه إلى المراكز الصحية الخاصة 3. أتوجه إلى المراكز الصحية الحكومية 4. أتوجه إلى عيادة طبيب خاص 5. أشتري دواء من الصيدليات من دون الذهاب الى طبيب 6. اتوجه للعلاج الشعبي/البديل 7. أخرى/ حدد	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
الافراد الذين لم يسبق لهم الاشتراك بأي تأمين سابقا			
GHI14	ما هو سبب عدم اشتراكك بأي من برامج التأمين الصحي؟ 1.نعم 2.لا	1. الارتفاع التكلفة (مبلغ القسط والمساهمة) 2. التأمين لا يغطي الخدمات التي أريدها 3. أفضل إختيار مقدم الخدمة الصحية المناسب بنفسي وقت الحاجة (حتى لو دفعت مباشرة) 4. لا يوجد لدي أي معلومة عن التأمينات الموجودة 5. جميع أفراد عائلتي يتمتعون بصحة جيدة 6. لا أراه ضروريا 7. غير ذلك حدد/	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI15	كيف تحصل على الخدمات الصحية وقت الاحتياج؟ بعد هذا السؤال انتقل الى GHI33 وبعدها يتم الانتقال الى اسئلة اهداف التنمية المستدامة SD01)) 1.نعم 2.لا	8. أتوجه إلى المراكز الصحية الاهلية (الخيرية) 9. أتوجه إلى المراكز الصحية الخاصة 10. أتوجه إلى المراكز الصحية الحكومية 11. أتوجه إلى عيادة طبيب خاص 12. أشتري دواء من الصيدليات من دون الذهاب الى طبيب 13. اتوجه للعلاج الشعبي/البديل 14. أخرى/ حدد	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

الافراد المؤمنين حاليا بنوع تأمين غير حكومي (خاص، وكالة ....لخ)			
GHI16	**هل سبق أن كنت مشترك في تأمين صحي حكومي؟**	**1. نعم** **2. لا**	☐
GHI17	**لماذا لم تعد مشترك بالتأمين الصحي الحكومي؟ (لم تقم بتجديد الاشتراك)** **1.نعم** **2.لا**	**1. عدم القدرة على دفع أقساط التأمين** **2. غير راضي عن مقدمين الخدمات** **3. جودة الخدمات الصحية غير مرضية او لا يغطي الخدمات التي اريدها** **4. صعوبة الوصول للخدمة** **5. المرافق الصحية بعيدة** **6. ترك العمل الدي كان يغطي التأمين الصحي** **7. لا يوجد ثقة بالخدمات المقدمة**	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI18	**هل تأمينك الغير حكومي يشمل كافة افراد اسرتك؟ بعد هذا السؤال انتقل الى GH33**	**1. نعم جميع أفراد الاسرة** **2. نعم بعض أفراد الاسرة** **3. لا**	☐ ☐ ☐
الافراد المشتركين بالتأمين الحكومي حاليا			
GHI19	**هل التأمين الصحي الحكومي المتوفر لديكم يشمل كل أفراد الاسرة؟**	**1. نعم جميع أفراد الاسرة** **2. نعم بعض أفراد الاسرة** **3. لا**	☐ ☐ ☐

GHI20	خلال الـ 6 شهر الماضية هل استخدمت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك التأمين الصحي الحكومي؟	1. نعم استخدمته أنا شخصيا 2. نعم إستخدمه فرد أو أكثر من أفرد الاسرة 3. لم يستخدم ابدا	☐ ☐ ☐
معايير جودة الخدمة الصحية التي يقدمها التأمين الصحي الحكومي			
الاعتمادية: درجة الاعتماد على مقدم خدمة التأمين الصحي الحكومي ودقة إنجازه للخدمة المطلوبة			
GHI21	فيما يتعلق بدرجة الاعتماد على مقدمي خدمة التأمين الصحي الحكومي ودقة الانجاز للخدمات المطلوبة، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت: 1. غير موافق بشدة 2. غير موافق 3. موافق 4. موافق بشدة 5. لا اعرف	1. خدمات التأمين الصحي الحكومي تغطي كافة احتياجاتي الصحية	☐
		2.مصلحة المستفيد " المريض " هي أولوية المراكز الصحية الحكومية.	☐
		3.تقوم المراكز الصحية بتقديم خدماتها بشكل كامل غير مجزأ.	☐
		4.يتجاوب موظفي المراكز الصحية الحكومية مع استفسارات المرضى.	☐
		5. استطيع الحصول على تقرير الطبي من المراكز الصحية الحكومية بسهولة	☐
		6.تلتزم المراكز الصحية بتقديم الخدمة الصحية في الأوقات والمواعيد التي تعطى للمرضى	☐
		7.تقدم المراكز الصحية الخدمة الصحية بدرجة عالية من الجودة.	☐
		8.يهتم العاملين بالمراكز الصحية بسرية المعلومات والخصوصية	☐

الاستجابة: تقييم المراكز الصحية من حيث سرعة الانجاز والدعم اللوجستي للمستفيد من خدمة التأمين الصحي الحكومي			
GHI22	فيما يتعلق بتقييم المراكز الصحية من حيث سرعة الانجاز والدعم اللوجستي ، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت: 1. غير موافق بشدة. 2. غير موافق 3. موافق 4. موافق بشدة 9. لا أعرف	1. تبسط المراكز الصحية إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.	☐
		2. تمتاز المراكز الصحية بسمعة جيدة.	☐
		3. يوجد في المراكز الصحية تجهيزات تقنية حديثة.	☐
		4. يوجد في المراكز الصحية صالات انتظار ملائمة.	☐
		5. يوجد في المراكز الصحية دورات مياه نظيفة.	☐
		6. تولي المراكز الصحية المريض اهتماماً وانتباهاً فردياً للمرضى.	☐
		7. أوقات دوام المراكز الصحية مناسبة لكافة المرضى.	☐

الاستجابة: تقييم العاملين في المراكز الصحية من حيث سرعة الانجاز والاهتمام للمستفيد من خدمة التأمين الصحي الحكومي			
GHI23	فيما يتعلق بتقييم العاملين في المراكز الصحية من حيث سرعة الانجاز والاهتمام، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت: 1. غير موافق بشدة. 2. غير موافق. 3. موافق 4. موافق بشدة 9. لا أعرف	1. أثق بخبرات ومهارات ومؤهلات الأطباء و الممرضات وغيرهم من العاملين بالمراكز الصحية.	☐
		2. يبدي العاملون في المراكز الصحية الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.	☐
		3. يلبي العاملون في المراكز الصحية طلبات المرضى فوراً .	☐
		4. يهتم العاملون في المراكز الصحية بمساعدة المرضى دائماً.	☐
		5. يتسم سلوك العاملين في المراكز الصحية باللباقة وحسن المعاملة مع المرضى.	☐
		6. يتابع العاملون في المراكز الصحية حالة المرضى باستمرار.	☐
		7. يحرص العاملون على نظافة المركز الصحي	☐
		8. يحرص العاملون بالركز الصحي على النظافة الشخصة و حسن الهندام	☐
		9. يعطي العاملون الوقت الكافي لرعاية المريض.	☐
		10. يتحلى العاملون في المراكز الصحية بالروح المرحة والابتسامة	☐
		11. يصغي العاملون في المراكز الصحية بشكل كامل الى شكاوى المرضى.	☐
		12. عدد الكادر الطبي بالمركز الصحي يفي بالحتياجات	☐

الوصول الجغرافي			
GHI24	**فيما يتعلق بالوصول والموقع الجغرافي لخدمات التأمين الصحي الحكومي، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت:**	**1. يتوفر مركز صحي حكومي في المنطقة التي تسكن بها**	☐
		2.كم تحتاج من الوقت للوصول الى أقرب مركز صحي: **_____ دقيقة مشيا بالأقدام** **(اجابة واحدة فقط)** **_____ دقيقة بالسيارة**	☐☐
		3.هل تضطر الى المرور من حاجز عسكري للوصول الى أقرب مركز صحي **1. نعم 2.ل**	☐
		4.هل تتوفر وسائل مواصلات عامة للوصول الى أقرب مركز صحي **1.نعم 2.لا**	☐
البنية التحتية للمراكز الصحية			
GHI25	**فيما يتعلق بالبنية التحتية للمراكز الصحية الحكومية سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت:** **غير موافق بشدة** **غير موافق** **موافق** **موافق بشدة** **لا اعرف**	**1 . الممرات والطرقات في المراكز الصحية واسعة ومريحة وبما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة.**	☐
		2. المراكز الصحية مجهزة بوسائل وأدوات تسهل تنقل المرضى داخلها بما يتلائم مع احتياجاتهم ووضعهم الصحي	☐
		3. المراكز الصحية مجهزة بحيث تتلائم مع ذوي الاحتياجات الخاصة	☐
		4.تضع المراكز الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة	☐
		5.غرفة الانتظار في المركز الصحي مريحة وتسع لجميع المراجعين	☐

الوصول الاقتصادي			
GHI26	**فيما يتعلق بالتكلفة المالية لخدمات التأمين الصحي الحكومي وتبعاته ، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت:** **غير موافق بشدة** **غير موافق** **موافق** **موافق بشدة** **لا اعرف**	**1. تعتبر تكلفة بطاقة التأمين الصحي الحكومي مناسبة للخدمات المقدمة**	☐
		2.رسوم التأمين الصحي مناسبة لدخل أسرتي	☐
		3. الرسوم التي تدفع مقابل الدواء والخدمات الصحية الأخرى التي يوفرها التأمين الصحي مناسبة لي	☐
		4. تشكل الرسوم التي تدفع للحصول على إقامة في المستشفى عبء اقتصادي علي	☐
		5. لدي القدرة على دفع تكاليف الخدمات صحية الغير متوفرة في المراكز الحكومية مثل (أدوية،فحوصات مخبرية، فحوصات تصوير، عملية ... الخ)	☐
الوصول للمعلومات			
GHI27	**فيما يتعلق بالوصول للمعلومات حول خدمات التأمين الصحي الحكومي ، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت:** **1. غير موافق بشدة** **2. غير موافق** **3. موافق** **4. موافق بشدة** **9. لا اعرف**	**1. لدي المعرفة الكافية حول التأمين الصحي من حيث التكلفة المالية**	☐
		2. لدي المعرفة الكافية حول التأمين الصحي من حيث الخدمات المشمولة	☐
		3. لدي المعرفة الكافية حول إجراءات الحصول على التأمين الصحي الحكومي وتجديده	☐
		4.لدي معلومات كافية عن حقوقي بموجب التأمين الصحي الحكمومي	☐
		5. يقوم الموظف المختص بالتأمين الصحي بتقديم شرح واف وتفصيلي عن التزامات المنتفع من التأمين الصحي الحكومي	☐
		6. يقوم الموظف المختص بتقديم معلومات كافية حول سلة الانتفاع (الخدمات المتوفرة) المقدمة من التأمين الصحي الحكومي	☐
		7. تقوم وزارة الصحة بتوفير المعلومات الكافية عن التأمين الصحي الحكومي من خلال نشرات و/ أو وسائل الاعلام وغيرها	☐

الوصول الى الخدمة وتوفرها			
GHI28	**فيما يتعلق بالوصول للخدمات الصحية التي يوفرها التأمين الصحي الحكومي ، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت:** **1. غير موافق بشدة** **2. غير موافق** **3. موافق** **4. موافق بشدة** **9. لا اعرف**	**1. المركز الصحي في منطقتك يقدم خدمات طبية تشمل التخصصات الطبية المختلفة**	☐
		2. يتوافر في المركز الصحي في منطقتك كافة أنواع الادوية التي تحتاجها	☐
		3. يتوافر في المركز الصحي في منطقتك الخدمات الصحية المساندة " تحليل مختبرات، اشعة وغيرها	☐
		4. سبق أن توجهت الى مراكز صحية خارج التامين الصحي الحكومي نظرا لعدم توافر الخدمة الصحية في المراكز الصحية الحكومية خلال 12 شهر الماضي	☐
		5. خلال ال 12 شهر الماضي اضطريت الى شراء الادوية خارج مظلة التامين الصحي الحكومي	☐
		6. يوفر التأمين الصحي الحكومي أدوات مساعدة " كرسي طبي، سماعات...الخ في حال احتياجك انت او أحد افراد العائلة لشراء	☐
معيار المقبولية			
GHI29	**فيما يتعلق بالرضى والثقة في خدمات ومرافق التأمين الصحي الحكومي ، سوف اقرأ عليك عدد من العبارات وتخبرني لكل منها إذا كنت:** **1. غير موافق بشدة** **2. غير موافق** **3. موافق** **4. موافق بشدة** **5. 9. لا أعرف**	**1. يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع المراكز الصحية**	☐
		2. تراعي المراكز الصحية العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع.	☐
		3. تحافظ المراكز الصحية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.	☐
		4. تحافظ المراكز الصحية على خصوصية الحالة المرضية للمرضى.	☐
		5. تشعر بالرضى عند تلقيك الخدمة في المراكز الصحية التابعة للتأمين الصحي الحكومي	☐
		6. أشعر بالرضى لما يوفره التأمين الصحي الحكومي من حماية من دفع المبالغ الكبيرة اثناء احتياج الخدمات الصحية	☐

معيار المحاسبة		
GHI30	**في حال وجدت تقصير أو سوء معاملة خلال تلقيك خدمة التأمين الصحي الحكومي حسب مفهومك، فهل تعلم كيف يمكن أن تشتكي ؟** **1. نعم 2.لا**	☐
GHI31	**هل سبق لك (أو لأحد تعرفه) ان قمت بتعبئة طلب شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير «حسب مفهومك» خلال تلقيك خدمة التأمين الصحي الحكومي؟** **1. نعم 2. لا**	☐
GHI32	**هل أنت راض عن طريقة التعامل مع الشكوى؟** **1. غير راض أبدا 2. غير راض 3. راض 4. راض جداً** **9. لا أعرف**	☐
GHI33	**إذا قام أحد برفع شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير، فهل تعتقد انه سيكون هناك نتيجة لهذه الشكوى؟** **1. نعم 2. لا**	☐
الانفاق على الصحة (لجميع المشتركين)		
GHI34	**خلال الـ 6 شهر الماضية هل واجهت صعوبات مالية بسبب الانفاق على خدمات الرعاية الصحية؟** **1. لا 2. بعض الاحيان 3. كثيرا**	☐
GHI35	**خلال الـ 6 شهر الماضية هل قمت بالتخلي عن أو تأجيل زيارة طبيب بسبب التكلفة المالية؟.** **1. لا 2. بعض الاحيان 3. كثيرا**	☐
GHI36	**خلال الـ 6 شهر الماضية هل قمت بالتخلي عن شراء علاج موصوف بسبب التكلفة المالية؟.** **1. لا 2. بعض الاحيان 3. كثيرا**	☐
GHI37	**خلال الـ 6 شهر الماضية هل خفضت انفاقك على الاحتياجات الاساسية مثل الطعام والملبس لتكون قادرا على دفع تكاليف الرعاية الصحية؟** **1. لا 2. بعض الاحيان 3. كثيرا**	☐
GHI38	**من وجهة نظرك هل تعتقد بأن جميع الأفراد في المجتمع يجب أن يكونوا مشتركين بتأمين صحي الزامي الدفع يوفر لهم رعاية صحية جيدة عند المرض؟** **1. غير موافق بشدة 2. غير موافق 3. موافق** **4. موافق بشدة 5. لا أعرف**	☐
GHI39	**من وجهة نظرك مقبول دفع رسوم اكثر مقابل تغطية خدمات وامتيازات اكثر في التأمين الصحي؟** **1. غير موافق بشدة 2. غير موافق 3. موافق** **4. موافق بشدة 5. لا أعرف**	☐

استخدام التأمين الصحي		
GHI40	خلال الـ ٦ شهر الماضية كم عدد المرات التي زرت فيها المستشفى؟	☐☐
GHI40_A	طريقة التغطية (الدفع) 1. الدفع من الجيب 2. تأمين حكومي 3. تأمين خدمات عسكرية 4. تأمين خاص 5. تأمين اسرائيلي 6. خدمات مجانية 7. تأمين وكالة الغوث 8. اخرى (حدد:----)	عدد المرات المستخدمة ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI41	خلال الـ ٦ شهر الماضية كم عدد المرات التي احتجت فيها الى عمل تحاليل طبية (مختبرات) وتصوير أشعة	☐☐
GHI41_A	طريقة التغطية (الدفع) 1. الدفع من الجيب 2. تأمين حكومي 3. تأمين خدمات عسكرية 4. تأمين خاص 5. تأمين اسرائيلي 6. خدمات مجانية 7. تأمين وكالة الغوث 8. اخرى (حدد:----)	عدد المرات المستخدمة ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
GHI43	خلال الـ 6 شهر الماضية كم عدد المرات التي احتجت فيها الى استخدام ادوية ؟	☐☐
GHI43_A	طريقة التغطية (الدفع)	
	1. الدفع من الجيب 2. تأمين حكومي 3. تأمين خدمات عسكرية 4. تأمين خاص 5. تأمين اسرائيلي 6. خدمات مجانية 7. تأمين وكالة الغوث 8. اخرى (حدد:----)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

مؤشرات اهداف التنمية المستدامة (لجميع المشتركين)			
SD01	خلال الـ ١٢ شهر الماضية هل قمت بدفع رشوة أو طلب منك رشوة مقابل تسيير أي من معاملاتك في المؤسسات الحكومية؟ ١. نعم ٢. لا		☐
SD02	خلال الـ ١٢ شهر الماضية هل تعرضت لأي شكل من أشكال التمييز على أساس أي اعتبارات من الاعتبارات الآتية؟ ١. نعم ٢. لا (في حال كانت جميع الاجابات (٢. لا) يتم انهاء المقابلة)	الجنس / النوع: (مثل كونه رجلاً أو امرأة)	☐
		العمر: (مثل كونك صغيراً جدًا أو كبيراً في السن)	☐
		الإعاقة: (مثل صعوبة الرؤية، أو السمع، أو المشي، أو التذكر أو التركيز، التواصل)	☐
		الدين: (المعتقدات الدينية، الطريقة التي أرتدي بها ملابسي مثل ارتداء وشاح الرأس)	☐
		الوضع الاجتماعي-الاقتصادي (مثل مستوى دخلي أو تعليمي أو مهنتي)	☐
		العرق: لون البشرة	☐
		مكان السكن: مدينة، قرية، مخيم	☐
		الانتماء السياسي/ الفكري/ العائلي	☐
SD03	في حال التعرض لأي شكل من أشكال التمييز أعلاه، هل تم إبلاغ أي من الجهات التالية عن هذا التعرض؟ ١. نعم ٢. لا	مسؤول/ زميل في العمل	☐
		مسؤول/ زميل في مكان الدراسة	☐
		رب الأسرة أو احد أفراد الأسرة	☐
		الشرطة الفلسطينية	☐
		جهات رسمية أخرى ذات علاقة	☐
		تنظيم سياسي/ حزبي	☐
		أخرى/ حدد	☐

جداول بالنتائج الشاملة لمسح توجهات المواطنين حول التأمين الصحي،2019

جدول 1: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) حسب تقييمهم لوضعهم الصحي والمنطقة والجنس، تموز 2019

تقييم الوضع الصحي	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
جيد جدا	**49.8**	**52.7**	**51.3**	47.9	49.0	**48.4**	53.0	58.8	**55.9**
جيد	**41.0**	**37.6**	**39.3**	41.6	40.3	**41.0**	39.9	33.2	**36.5**
سيئ	**7.2**	**7.0**	**7.1**	8.4	7.3	**7.9**	5.4	6.4	**5.9**
سيئ جدا	**2.0**	**2.7**	**2.3**	2.1	3.4	**2.7**	1.7	1.6	**1.7**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 2: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل حسب المرض المزمن والمنطقة والجنس، تموز 2019

المرض المزمن	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
السكري	**6.2**	**7.3**	**6.8**	7.3	8.1	**7.7**	4.5	6.0	**5.3**
سرطان	**0.4**	**0.6**	**0.5**	0.4	0.3	**0.4**	0.3	1.0	**0.6**
امراض القلب والجلطات	**3.5**	**4.3**	**3.9**	4.0	4.6	**4.3**	2.8	3.9	**3.3**
ضغط الدم	**9.5**	**12.4**	**10.9**	10.1	13.6	**11.8**	8.5	10.6	**9.5**
الربو(الجهاز التنفسي)	**1.4**	**2.2**	**1.8**	1.3	3.2	**2.2**	1.5	0.5	**1.0**
أخرى*	**4.5**	**6.1**	**5.3**	5.1	7.8	**6.5**	3.6	3.2	**3.4**

* أخرى تشمل أمراض الأعصاب والغدة والتهاب الكبد الوبائي ... الخ

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 3: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) الذي يعاني أحد أفراد أسرتهم من مرض مزمن واحد على الأقل حسب المرض المزمن والمنطقة والجنس،

المرض المزمن	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
السكري	**15.9**	**17.3**	**16.5**	15.0	16.7	**15.8**	17.3	18.1	**17.7**
سرطان	**1.9**	**2.0**	**1.9**	1.5	2.0	**1.8**	2.5	2.1	**2.3**
امراض القلب والجلطات	**6.7**	**7.9**	**7.3**	6.0	5.1	**5.5**	8.0	12.4	**10.2**
ضغط الدم	**19.1**	**20.7**	**19.9**	19.5	19.1	**19.3**	18.5	23.4	**20.9**
الربو (الجهاز التنفسي)	**3.8**	**3.5**	**3.7**	4.7	1.6	**3.2**	2.1	6.7	**4.4**
أخرى*	**8.4**	**10.7**	**9.5**	7.9	10.7	**9.3**	9.0	10.6	**9.8**

* أخرى تشمل أمراض الأعصاب والغدة والتهاب الكبد الوبائي ... الخ

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 4: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) الذين يحتاجون لأدوية/ علاج/ فحوصات بشكل مستمر لعلاج الأمراض غير المزمنة حسب الحاجة والمنطقة والجنس، تموز 2019

الحاجة للأدوية/ العلاج/ الفحوصات	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
الحاجة الى علاج بشكل مستمر	**26.5**	**27.2**	**26.8**	27.5	28.0	**27.8**	24.7	26.0	**25.3**
عدم الحاجة الى علاج	**73.5**	**72.8**	**73.2**	72.5	72.0	**72.2**	75.3	74.0	**74.7**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

جدول 5: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) حسب التدخين لأي من منتجات التبغ (عدا السيجارة/ الارجيلة الالكترونية) والمنطقة والجنس، تموز 2019

تدخين منتجات التبغ (عدا السيجارة/ الارجيلة الالكترونية)	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
المدخنين	**51.2**	**7.3**	**29.5**	61.1	10.6	**36.2**	34.7	1.8	**18.3**
غير المدخنين	**48.8**	**92.7**	**70.5**	38.9	89.4	**63.8**	65.3	98.2	**81.7**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 6: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المدخنين حسب نوع منتجات التبغ التي يستهلكونها والمنطقة والجنس، تموز 2019

نوع التبغ المستهلك	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
السجائر	**87.2**	**61.8**	**84.1**	85.6	57.8	**81.6**	91.9	100	**92.3**
الارجيلة	**27.4**	**47.7**	**29.9**	31.4	52.7	**34.5**	15.7	-	**14.9**
الغليون	**0.7**	**-**	**0.6**	0.5	-	**0.4**	1.4	-	**1.3**
السيجار	**0.1**	**-**	**0.1**	*0.0	-	**0.0**	0.3	-	**0.2**
أخرى	**0.4**	**1.1**	**0.5**	-	1.2	**0.2**	1.7	-	**1.6**

(–): عدم وجود مشاهدات

(*): القيمة أقل من 0.05

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 7: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) حسب تدخينهم للسيجارة/ الأرجيلة الالكترونية والمنطقة والجنس، تموز 2019

تدخين السيجارة الالكترونية	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
يدخن السيجارة/ الأرجيلة الكترونية	2.6	0.1	1.4	3.6	0.2	1.9	0.9	-	0.5
لا يدخن السيجارة/ الأرجيلة الكترونية	97.4	99.9	98.6	96.4	99.8	98.1	99.1	100	99.5
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

(–): عدم وجود مشاهدات

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 8: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) حسب توفر التأمين الصحي والمنطقة والجنس، تموز 2019

توفر تأمين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
يوجد لديه تأمين صحي فعال	**70.8**	**77.1**	**73.9**	60.4	69.0	**64.6**	88.0	90.2	**89.1**
لا يوجد (كان لديه سابقاً)	**16.4**	**13.1**	**14.8**	20.0	17.2	**18.7**	10.4	6.5	**8.5**
لا يوجد (لم يكن يوماً لديه تأمين صح	**12.8**	**9.8**	**11.3**	19.6	13.8	**16.7**	1.6	3.3	**2.4**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 9: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي حسب نوع التأمين والمنطقة والجنس، تموز 2019

نوع التأمين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
حكومي (يشمل الشؤون الاجتماعية ، ذوي الأسرى	**59.0**	**62.3**	**60.7**	58.3	64.1	**61.3**	59.9	60.0	**59.9**
خدمات عسكرية	**8.7**	**8.4**	**8.5**	5.2	3.8	**4.5**	12.7	14.0	**13.4**
وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا)	**61.5**	**58.2**	**59.8**	42.4	39.6	**40.9**	83.2	81.4	**82.3**
خاص	**6.3**	**4.8**	**5.5**	10.3	8.2	**9.2**	1.7	0.6	**1.1**
اسرائيلي	**2.2**	**1.9**	**2.1**	3.3	3.3	**3.3**	1.0	0.2	**0.6**

جدول 10: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) غير المشتركين في التأمين الصحي حاليا وسبق وكان لديهم تأمين حسب نوع التأمين والمنطقة والجنس، تموز 2019

نوع التأمين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
حكومي (يشمل الشؤون الاجتماعية ، ذوي الأسرى	**93.2**	**88.4**	**91.1**	92.3	89.1	**90.9**	95.9	85.6	**92.0**
خدمات عسكرية	**2.4**	**1.6**	**2.0**	1.9	0.0	**1.0**	4.1	8.3	**5.7**
وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا)	**0.4**	**2.3**	**1.2**	0.0	1.5	**0.7**	1.6	5.5	**3.1**
خاص	**1.6**	**10.0**	**5.3**	2.1	11.0	**6.1**	0.0	6.1	**2.3**
اسرائيلي	**2.8**	**1.4**	**2.2**	3.7	1.7	**2.8**	0.0	0.0	**0.0**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 11: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) الذين ليس لديهم تأمين صحي حالياً وسبق وكان لديهم تأمين حسب أسباب عدم تجديد التأمين والمنطقة والجنس، تموز 2019

سبب عدم تجديد التأمين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
ارتفاع التكلفة (مبلغ القسط والمساهمة)	**55.6**	**43.2**	**50.1**	57.9	39.5	**49.5**	48.3	58.9	**52.4**
التأمين لا يغطي الخدمات التي اريدها	**20.3**	**24.2**	**22.0**	21.7	25.4	**23.4**	15.7	19.2	**17.0**
أفضل اختيار مقدم الخدمة الصحية المناسب بنفسي	**27.8**	**31.1**	**29.2**	28.9	32.6	**30.6**	24.3	24.6	**24.4**
جميع أفراد عائلتي يتمتعون بصحة جيدة	**40.6**	**41.4**	**41.0**	40.7	45.9	**43.1**	40.4	22.3	**33.5**
لم أعد بحاجة الى تأمين	**31.1**	**25.5**	**28.6**	30.9	29.0	**30.1**	31.6	10.4	**23.5**
الانتهاء من العمل (الذي كان يدفع تكلفة التأمين)	**5.0**	**4.9**	**4.9**	6.5	5.3	**5.9**	.0	3.2	**1.2**
المشغل أوقف التأمين	**4.3**	**14.6**	**8.8**	5.7	17.0	**10.8**	.0	4.4	**1.7**
أخرى	**11.8**	**15.1**	**13.3**	12.9	14.3	**13.6**	8.4	18.6	**12.3**

جدول 12: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) الذين سبق وكان لديهم تأمين صحي حسب كيفية الحصول على الخدمات الصحية والمنطقة، تموز 2019

كيفية الحصول على الخدمات الصحية	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
التوجه الى المراكز الصحية الاهلية الخيرية	**19.6**	13.2	42.5
التوجه الى المراكز الصحية الخاصة	**60.7**	67.7	35.3
التوجه الى المراكز الصحية الحكومية	**33.0**	35.8	22.7
التوجه الى عيادة طبيب خاص	**76.6**	84.8	47.2
شراء الدواء من الصيدليات من دون الذهاب الى طبيب	**60.3**	59.6	62.6
التوجه الى الطب الشعبي/ البديل	**28.8**	33.7	11.1
اخرى	**0.3**	0.0	1.2

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة

جدول 13: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) الذين لم يسبق لهم الاشتراك بأي نوع من أنواع التأمين الصحي حسب سبب عدم الاشتراك والمنطقة، تموز 2019

سبب عدم الاشتراك بأي نوع من أنواع التأمين الصحي	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
ارتفاع التكلفة (مبلغ القسط والمساهمة)	**40.4**	41.8	24.2
التامين لا يغطي الخدمات التي اريدها	**37.0**	37.1	35.9
افضل اختيار مقدم الخدمة الصحية المناسب بنفسي	**59.9**	59.5	64.2
وقت الحاجة حتى لو دفعت مباشرة			
جميع افراد عائلتي يتمتعون بصحة جيدة	**72.6**	73.9	58.1
أخرى	**7.8**	7.7	9.3

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 14: نسبة الأفرد (18 سنة فأكثر) الذين لم يسبق لهم الاشتراك بأي نوع من أنواع التأمين حسب كيفية الحصول على الخدمات الصحية والمنطقة، تموز 2019

كيفية الحصول على الخدمات الصحية	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
التوجه الى المراكز الصحية الاهلية (الخيرية)	**7.0**	5.6	23.5
التوجه الى المراكز الصحية الخاصة	**67.3**	69.2	46.8
التوجه الى المراكز الصحية الحكومية	**17.4**	17.6	16.0
التوجه الى عيادة طبيب خاص	**92.1**	92.8	84.4
شراء الدواء من الصيدليات من دون الذهاب الى طبيب	**53.5**	51.8	72.8
التوجه للعلاج الشعبي / البديل	**31.2**	33.2	8.6

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 15: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين حالياً في تأمين صحي غير حكومي* حسب اشتراكهم سابقاً بتأمين حكومي والمنطقة والجنس، تموز 2019

الاشتراك سابقاً بتأمين حكومي	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا	ذكر	أنثى	كلا	ذكر	أنثى	كلا
اشترك سابقاً بتأمين حكومي	**44.9**	**47.9**	**46.4**	33.3	28.9	**31.1**	60.3	75.0	**67.3**
لم يشترك مسبقاً بتأمين حكومي	**55.1**	**52.1**	**53.6**	66.7	71.1	**68.9**	39.7	25.0	**32.7**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

(*): التأمين الصحي غير الحكومي يشمل التأمين الخاص وتأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا) والتأمين الاسرائيلي

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 16 نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين حالياً في تأمين صحي غير حكومي* وسبق لهم الاشتراك بالتأمين الحكومي حسب سبب عدم تجديد الاشتراك في التأمين الحكومي والمنطقة، تموز 2019

سبب عدم تجديد الاشتراك في التأمين الحكومي	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
عدم القدرة على دفع أقساط التأمين	**69.7**	**44.7**	**85.6**
غير راضي عن مقدمين الخدمات	**7.2**	**9.8**	**5.5**
جودة الخدمات الصحية غير مرضية او لا يغطي الخدمات التي اريدها	**13.0**	**15.5**	**11.4**
صعوبة الوصول للخدمة	**6.6**	**7.4**	**6.0**
المرافق الصحية بعيدة	**6.9**	**7.5**	**6.6**
ترك العمل الذي كان يغطي التامين الصحي	**10.7**	**11.8**	**10.1**
لا يوجد ثقة بالخدمات المقدمة	**8.0**	**9.5**	**7.0**

(*): التأمين الصحي غير الحكومي يشمل التأمين الخاص وتأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا) والتأمين الاسرائيلي

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 17: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في تأمين صحي غير حكومي* حسب سبب الاشتراك والمنطقة، تموز 2019

سبب الاشتراك بالتأمين الصحي الغير حكومي	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الزامي	**89.4**	**85.1**	**92.6**
هذا هو التامين المتوفر لدى المشغل	**11.4**	**18.7**	**6.0**
يوفر سلة خدمات اكثر	**50.9**	**40.9**	**58.3**
خدماته سهلة الوصول	**60.1**	**51.0**	**66.7**
جودة الخدمة افضل	**54.3**	**44.1**	**61.6**
معاملة الفريق الطبي افضل	**48.8**	**40.1**	**55.2**
فرصة اكبر لاختيار الطبيب او المستشفى المناسب	**31.6**	**27.4**	**34.6**
اقل تكلفة من الدفع من الجيب	**68.8**	**62.4**	**73.4**
اخرى	**1.2**	**2.7**	**0.2**

(*): التأمين الصحي غير الحكومي يشمل التأمين الخاص وتأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا) والتأمين الاسرائيلي

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 18: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في تأمين صحي غير حكومي *حسب طريقة تغطية رسوم التأمين والجنس والمنطقة، 2019

طريقة تغطية رسوم التأمين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
المشغل	**9.0**	**12.2**	**10.6**	17.0	20.7	**18.9**	3.3	6.0	**4.6**
شخصي من الجيب	**6.8**	**7.9**	**7.4**	10.6	10.2	**10.4**	4.0	6.3	**5.1**
مؤسسات خيرية	**0.2**	**0.4**	**0.3**	0*	-	-	0.3	0.7	**0.5**
وزارة التنمية الاجتماعية	**1.1**	**2.5**	**1.8**	0.6	2.1	**1.4**	1.4	2.9	**2.1**
وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين	**89.4**	**90.1**	**89.8**	77.6	79.9	**78.8**	98.0	97.5	**97.7**
النقابة	**1.1**	**0.9**	**1.0**	0.3	0.5	**0.4**	1.7	1.2	**1.5**
اخرى	**0.3**	**0.2**	**0.2**	0.6	0.5	**0.5**	0**	0**	**0**

(*): التأمين الصحي غير الحكومي يشمل التأمين الخاص وتأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا) والتأمين الاسرائيلي

(-): عدم وجود مشاهدات

(*): القيمة أقل من 0.05

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 19 : التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في تأمين صحي غير حكومي* حسب شمول التأمين والجنس والمنطقة، تموز 2019

شمول التأمين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
المبحوث فقط	**6.0**	**8.4**	**7.2**	10.7	14.8	**12.8**	2.9	4.1	**3.5**
نعم جميع أفراد الاسرة	**84.6**	**81.3**	**83.0**	82.4	72.4	**77.3**	86.1	87.5	**86.8**
نعم بعض أفراد الاسرة	**9.4**	**10.3**	**9.8**	6.9	12.8	**9.9**	11.0	8.4	**9.7**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

(*): التأمين الصحي غير الحكومي يشمل التأمين الخاص وتأمين وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا) والتأمين الاسرائيلي

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 20 : نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين بالتأمين الصحي الحكومي حسب سبب الاشتراك في التأمين والمنطقة، تموز 2019

سبب الاشتراك بالتأمين الصحي الحكومي	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الزامي	**46.6**	**39.4**	**54.5**
هذا هو التامين المتوفر لدى المشغل	**29.4**	**32.7**	**25.8**
يوفر سلة خدمات أكثر	**56.5**	**58.4**	**54.4**
خدماته سهلة الوصول	**65.2**	**59.3**	**71.6**
جودة الخدمة أفضل	**50.1**	**46.6**	**53.8**
معاملة الفريق الطبي أفضل	**42.4**	**39.3**	**45.7**
فرصة أكبر لاختيار الطبيب أو المستشفى المناسب	**33.4**	**21.1**	**46.7**
أقل تكلفة من الدفع من الجيب	**80.9**	**82.7**	**78.9**
أخرى	**4.2**	**7.1**	**1.0**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 21: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين بالتأمين الصحي الحكومي حسب طريقة تغطية رسوم التأمين والمنطقة والجنس، تموز 2019

طريقة تغطية رسوم التأمين الصحي الحكومي/ الرأي	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
المشغل	**36.4**	**39.0**	**37.8**	36.9	37.5	**37.2**	36.0	40.7	**38.4**
شخصي (من الجيب)	**44.5**	**38.6**	**41.4**	45.8	38.8	**42.0**	43.2	38.3	**40.7**
مؤسسات خيرية	**0.9**	**0.8**	**0.8**	0.8	0.7	**0.8**	1.0	0.8	**0.9**
الشؤون الاجتماعية	**11.2**	**14.7**	**13.0**	9.4	14.8	**12.4**	13.0	14.4	**13.7**
وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا)	**5.4**	**6.1**	**5.8**	2.3	1.9	**2.1**	8.5	11.1	**9.8**
النقابة	**16.0**	**14.0**	**14.9**	0.5	0.3	**0.4**	31.4	29.8	**30.6**
أخرى *	**6.9**	**8.1**	**7.5**	12.4	12.7	**12.5**	1.4	2.8	**2.1**

(*):أخرى تشمل حالات مثل اتحاد المعاقين، لجنة الجدار، تنظيمات، مؤسسة أسر الشهداء

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 22: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين بالتأمين الصحي الحكومي حسب شمول التأمين والجنس والمنطقة، تموز 2019

شمول التأمين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
المبجوث	**5.5**	**6.8**	**6.2**	4.1	9.8	**7.2**	7.0	3.4	**5.1**
جميع أفراد الاسرة	**60.2**	**61.2**	**60.7**	65.8	61.2	**63.3**	54.5	61.2	**57.9**
بعض أفراد الاسرة	**34.3**	**32.0**	**33.1**	30.1	29.0	**29.5**	38.5	35.4	**37.0**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 23 التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فاكثر) المشتركين بالتأمين الصحي الحكومي حسب استخدام التأمين خلال الستة شهور الماضية التي سبقت المقابلة والمنطقة والجنس، تموز 2019

استخدام التامين	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
استخدمته انا شخصيا	**10.8**	**17.7**	**14.5**	10.1	22.4	**16.8**	11.5	12.3	**11.9**
استخدمه فرد او اكثر من افراد الاسرة	**65.5**	**59.5**	**62.3**	63.6	54.6	**58.7**	67.5	65.1	**66.3**
لم يستخدم ابدا	**23.7**	**22.8**	**23.2**	26.3	23.0	**24.5**	21.0	22.6	**21.8**
المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 24 التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رأيهم بمعايير الاعتمادية ودرجة الاعتماد على مقدم الخدمة الصحية الحكومية ودقة انجاز الخدمة والمنطقة والجنس، تموز 2019

معايير الاعتمادية على مقدم الخدمة الصحية الحكومية		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
خدمات التأمين الصحي الحكومي تغطي كافة احتياجاتي الصحية	غير موافق بشدة	**8.5**	**6.0**	**7.2**	8.9	5.2	**6.9**	8.0	6.9	**7.5**
	غير موافق	**43.8**	**45.3**	**44.6**	36.0	41.4	**39.0**	51.5	49.8	**50.6**
	موافق	**47.2**	**46.9**	**47.0**	54.5	50.1	**52.1**	39.9	43.0	**41.5**
	موافق بشدة	**0.5**	**1.8**	**1.2**	0.5	3.1	**2.0**	0.5	0.2	**0.4**
	لا اعرف	**0.0**	**0.0**	**0.0**	0.1	0.2	**0.0**	0.1	0.1	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
مصلحة المستفيد " المريض " هي أولوية المراكز الصحية الحكومية	غير موافق بشدة	**7.9**	**3.4**	**5.5**	8.0	1.7	**4.5**	7.9	5.5	**6.6**
	غير موافق	**34.4**	**30.0**	**32.1**	29.0	27.3	**28.1**	39.8	33.2	**36.5**
	موافق	**56.4**	**63.7**	**60.3**	61.5	66.8	**64.4**	51.3	60.1	**55.8**
	موافق بشدة	**1.2**	**2.0**	**1.6**	1.3	2.8	**2.2**	1.0	1.0	**1.0**
	لا اعرف	**0.1**	**0.9**	**0.5**	0.2	1.4	**0.8**	0.0	0.2	**0.1**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تقوم المراكز الصحية الحكومية بتقديم خدماتها بشكل كامل غير مجزأ	غير موافق بشدة	**7.1**	**7.0**	**7.1**	7.4	5.7	**6.5**	6.9	8.5	**7.7**
	غير موافق	**48.3**	**47.3**	**47.8**	38.9	40.0	**39.5**	57.7	55.8	**56.8**
	موافق	**43.3**	**43.0**	**43.2**	52.0	49.5	**50.6**	34.6	35.5	**35.1**
	موافق بشدة	**1.0**	**1.8**	**1.4**	1.1	3.2	**2.2**	0.8	0.2	**0.4**
	لا اعرف	**0.3**	**0.9**	**0.5**	0.6	1.6	**1.2**	0.0	0.0	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
يتجاوب موظفي المراكز الصحية الحكومية مع استفسارات المرضى	غير موافق بشدة	**5.1**	**5.1**	**5.1**	4.9	3.7	**4.3**	5.4	6.7	**6.0**
	غير موافق	**27.6**	**24.5**	**26.0**	22.3	17.8	**19.8**	33.0	32.3	**32.6**
	موافق	**65.4**	**66.8**	**66.1**	69.7	73.5	**71.8**	61.1	59.0	**60.0**
	موافق بشدة	**1.5**	**2.9**	**2.3**	2.5	3.7	**3.2**	0.5	2.0	**1.3**
	لا اعرف	**0.4**	**0.7**	**0.5**	0.6	1.3	**0.9**	0.0	0.0	**0.1**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
أستطيع الحصول على تقرير الطبي من المراكز الصحية الحكومية بسهولة	غير موافق بشدة	**13.4**	**11.9**	**12.6**	7.0	5.9	**6.4**	19.8	18.8	**19.3**
	غير موافق	**36.0**	**35.0**	**35.5**	27.3	29.7	**28.6**	44.8	41.0	**42.9**
	موافق	**44.6**	**47.4**	**46.1**	57.8	56.7	**57.2**	31.3	36.6	**34.0**
	موافق بشدة	**2.2**	**2.8**	**2.5**	2.9	3.6	**3.3**	1.6	2.0	**1.8**
	لا اعرف	**3.8**	**2.9**	**3.3**	5.0	4.1	**4.5**	2.5	1.6	**2.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تلتزم المراكز الصحية الحكومية بتقديم الخدمة الصحية في الأوقات والمواعيد التي تعطى	غير موافق بشدة	**4.7**	**2.5**	**3.6**	4.6	2.5	**3.4**	4.8	2.6	**3.7**
	غير موافق	**24.1**	**19.9**	**21.9**	20.1	18.6	**19.3**	28.2	21.4	**24.7**
	موافق	**67.7**	**71.2**	**69.6**	70.7	71.7	**71.3**	64.8	70.7	**67.8**
	موافق بشدة	**3.4**	**4.9**	**4.2**	4.6	5.7	**5.2**	2.2	4.0	**3.1**
	لا اعرف	**0.1**	**1.5**	**0.7**	0.0	1.5	**0.8**	0.0	1.3	**0.7**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

جدول 24 (تابع): التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رأيهم بمعايير الاعتمادية ودرجة الاعتماد على مقدم الخدمة الصحية الحكومية ودقة انجاز الخدمة والمنطقة والجنس، تموز 2019

المعايير الاعتمادية		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع
تقدم المراكز الصحية الحكومية الخدمة الصحية بدرجة عالية من الجودة	غير موافق بشدة	**8.0**	**5.0**	**6.4**	6.4	2.8	**4.4**	9.5	7.6	**8.5**
	غير موافق	**39.9**	**42.1**	**41.0**	30.8	35.5	**33.4**	49.0	49.7	**49.3**
	موافق	**51.4**	**50.2**	**50.8**	61.6	57.1	**59.1**	41.2	42.2	**41.7**
	موافق بشدة	**0.6**	**2.1**	**1.4**	1.1	3.5	**2.4**	0.0	0.5	**0.3**
	لا اعرف	**0.2**	**0.6**	**0.4**	0.1	1.1	**0.7**	0.4	0.0	**0.2**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
يهتم العاملين بالمراكز الصحية الحكومية بسرية المعلومات والخصوصية	غير موافق بشدة	**2.9**	**1.5**	**2.2**	1.6	0.5	**1.0**	4.2	2.6	**3.4**
	غير موافق	**13.7**	**9.9**	**11.7**	9.9	6.9	**8.2**	17.6	13.4	**15.5**
	موافق	**76.9**	**78.7**	**77.8**	78.4	81.2	**79.9**	75.3	75.9	**75.6**
	موافق بشدة	**4.9**	**8.3**	**6.7**	8.0	8.8	**8.5**	1.7	7.6	**4.7**
	لا اعرف	**1.6**	**1.6**	**1.6**	2.1	2.6	**2.4**	1.2	0.5	**0.8**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 25: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي في فلسطين حسب تقييمهم لسرعة الانجاز والدعم اللوجستي للمستفيد من خدمة التامين الصحي والمنطقة، والجنس، تموز 2019

سرعة الانجاز والدعم اللوجستي		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا	ذكر	أنثى	كلا	ذكر	أنثى	كلا
تبسّط المراكز الصحية إجراءات العمل قدر الإمكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة	غير موافق بشدة	5.8	3.9	4.8	6.7	5.0	5.8	4.9	2.6	3.7
	غير موافق	32.9	29.3	31.0	33.1	28.5	30.6	32.6	30.3	31.4
	موافق	59.6	63.3	61.6	57.5	62.4	60.2	61.8	64.4	63.1
	موافق بشدة	0.9	2.5	1.7	1.0	2.5	1.8	0.7	2.5	1.6
	لا اعرف	0.8	1.0	0.9	1.7	1.6	1.7	0.0	0.2	0.1
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
تمتاز المراكز الصحية الحكومية بسمعة جيدة	غير موافق بشدة	4.7	4.2	4.4	2.7	2.3	2.5	6.8	6.3	6.5
	غير موافق	34.2	23.5	28.5	24.4	22.5	23.4	43.9	24.6	34.1
	موافق	59.8	68.5	64.4	71.1	71.1	71.1	48.6	65.5	57.2
	موافق بشدة	1.2	3.8	2.6	1.8	4.0	3.0	0.7	3.6	2.2
	لا اعرف	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يوجد في المراكز الصحية الحكومية تجهيزات تقنية حديثة	غير موافق بشدة	5.6	3.5	4.5	3.6	1.4	2.4	7.6	5.9	6.8
	غير موافق	40.4	39.4	39.9	31.9	33.2	32.6	48.8	46.7	47.8
	موافق	50.7	52.3	51.6	59.2	59.5	59.3	42.2	44.1	43.1
	موافق بشدة	2.1	3.8	3.0	3.7	4.8	4.3	0.4	2.8	1.6
	لا اعرف	1.2	1.0	1.0	1.6	1.1	1.4	1.0	0.5	0.7
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يوجد في المراكز الصحية الحكومية صالات انتظار ملائمة	غير موافق بشدة	4.2	2.4	3.3	2.6	2.4	2.5	5.8	2.5	4.1
	غير موافق	25.0	24.6	24.8	19.5	18.8	19.1	30.5	31.2	30.9
	موافق	69.1	68.4	68.7	75.1	74.0	74.5	63.0	61.9	62.5
	موافق بشدة	1.6	4.3	3.0	2.6	4.5	3.6	0.7	4.1	2.4
	لا اعرف	0.1	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.0	0.3	0.1
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يوجد في المراكز الصحية الحكومية دورات مياه كافية	غير موافق بشدة	2.0	2.3	2.2	1.3	2.2	1.8	2.8	2.4	2.6
	غير موافق	22.2	26.7	24.6	18.4	24.6	21.8	26.0	29.2	27.6
	موافق	73.0	66.6	69.6	77.0	66.8	71.4	69.0	66.3	67.7
	موافق بشدة	0.8	1.8	1.3	0.6	1.9	1.3	1.0	1.8	1.4
	لا اعرف	2.0	2.6	2.3	2.7	4.5	3.7	1.2	0.3	0.7
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
تولي المراكز الصحية المريض اهتماماً وانتباهاً فردياً	غير موافق بشدة	4.9	2.6	3.7	4.5	2.3	3.3	5.3	3.0	4.1
	غير موافق	41.7	32.7	36.9	37.0	31.3	33.9	46.5	34.2	40.2
	موافق	51.9	61.3	56.9	56.5	62.0	59.5	47.3	60.6	54.1
	موافق بشدة	1.4	2.2	1.8	1.9	3.2	2.6	0.9	1.1	1.0
	لا اعرف	0.1	1.2	0.7	0.1	1.2	0.7	0.0	1.1	0.6
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
أوقات دوام المراكز الصحية مناسبة لكافة المرضى	غير موافق بشدة	2.9	2.4	2.6	2.4	1.2	1.8	3.3	3.7	3.5
	غير موافق	23.7	22.1	22.8	19.9	20.2	20.0	27.5	24.4	25.9
	موافق	69.3	70.5	69.9	73.0	72.1	72.5	65.5	68.6	67.1
	موافق بشدة	3.9	4.3	4.1	4.3	5.4	4.9	3.4	3.2	3.3
	لا اعرف	0.3	0.7	0.5	0.4	1.1	0.8	0.3	0.1	0.2
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 26 : التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب تقييمهم للعاملين في المراكز الصحية الحكومية من حيث سرعة الانجاز والاهتمام بالمستفيد من التأمين والمنطقة والجنس، تموز 2019

تقييم العاملين في المراكز الصحية الحكومية		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
أثق بخبرات ومهارات ومؤهلات الأطباء والممرضين وغيرهم من العاملين بالمراكز الصحية	غير موافق بشدة	9.3	10.0	9.7	5.4	4.0	4.6	13.3	17.0	15.2
	غير موافق	32.3	24.7	28.2	29.1	22.9	25.7	35.4	26.7	31.0
	موافق	55.5	60.9	58.4	61.0	66.6	64.0	50.1	54.2	52.2
	موافق بشدة	2.5	4.3	3.4	3.8	6.2	5.1	1.2	2.0	1.6
	لا اعرف	0.4	0.1	0.3	0.7	0.3	0.6	0.0	0.1	0.0
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يبدي العاملون في المراكز الصحية الحكومية الاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى	غير موافق بشدة	2.9	1.7	2.3	3.0	1.2	2.0	2.7	2.4	2.6
	غير موافق	38.4	28.4	33.1	32.8	27.4	29.8	44.0	29.6	36.7
	موافق	56.7	66.8	62.1	60.9	67.1	64.3	52.6	66.5	59.7
	موافق بشدة	2.0	2.6	2.3	3.3	3.6	3.4	0.7	1.5	1.0
	لا اعرف	0.0	0.5	0.2	0.0	0.7	0.5	0.0	0.0	0.0
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يلبي العاملون في المراكز الصحية الحكومية طلبات المرضى بسرعة	غير موافق بشدة	5.7	4.3	4.9	5.0	3.2	4.0	6.4	5.5	5.9
	غير موافق	47.1	43.2	45.0	45.5	45.0	45.2	48.8	41.1	44.9
	موافق	46.1	50.4	48.4	48.3	48.6	48.5	44.0	52.5	48.3
	موافق بشدة	1.1	2.1	1.6	1.2	3.1	2.3	0.8	0.8	0.8
	لا اعرف	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يهتم العاملون في المراكز الصحية الحكومية بمساعدة المرضى دائماً	غير موافق بشدة	2.7	1.6	2.1	3.4	1.1	2.1	1.9	2.2	2.1
	غير موافق	39.4	26.9	32.7	32.1	25.7	28.6	46.6	28.2	37.2
	موافق	56.5	69.2	63.2	62.7	69.4	66.4	50.3	68.8	59.8
	موافق بشدة	1.4	1.7	1.6	1.7	2.5	2.2	1.1	0.8	0.9
	لا اعرف	0.0	0.6	0.4	0.1	1.3	0.7	0.1	0.0	0.0
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يتسم سلوك العاملين في المراكز الصحية الحكومية باللباقة وحسن المعاملة مع المرضى	غير موافق بشدة	3.5	4.7	4.1	3.4	4.0	3.7	3.6	5.6	4.6
	غير موافق	31.6	23.7	27.4	30.4	24.7	27.3	32.8	22.6	27.6
	موافق	62.8	68.7	65.9	62.8	66.9	65.0	62.9	70.8	66.9
	موافق بشدة	1.8	2.7	2.3	3.0	4.1	3.6	0.7	1.0	0.9
	لا اعرف	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.4	0.0	0.0	0.0
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يتابع العاملون في المراكز الصحية حالة المرضى باستمرار	غير موافق بشدة	1.8	0.7	1.2	2.5	0.8	1.6	1.0	0.7	0.9
	غير موافق	37.3	32.0	34.5	32.7	29.5	31.0	41.9	35.0	38.4
	موافق	58.9	65.3	62.3	61.6	66.3	64.2	56.3	64.2	60.3
	موافق بشدة	1.8	1.6	1.7	2.7	2.9	2.8	0.8	0.1	0.4
	لا اعرف	0.2	0.4	0.3	0.5	0.5	0.4	0.0	0.0	0.0
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100
يحرص العاملون على نظافة المركز الصحي	غير موافق بشدة	1.2	1.7	1.4	1.3	2.3	1.9	1.0	0.9	1.0
	غير موافق	14.0	11.2	12.5	14.4	12.6	13.4	13.6	9.7	11.6
	موافق	78.8	80.5	79.7	78.7	79.9	79.3	79.0	81.3	80.2
	موافق بشدة	5.8	6.4	6.1	5.1	5.0	5.0	6.4	8.1	7.2
	لا اعرف	0.2	0.2	0.3	0.5	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0
	المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	100

جدول 26 (تابع): التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب تقييمهم للعاملين في المراكز الصحية الحكومية من حيث سرعة الانجاز والاهتمام بالمستفيد من التأمين والجنس والمنطقة، تموز 2019

تقييم العاملين في المراكز الصحية الحكومية/ الرأي		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
يحرص العاملون بالمركز الصحي على النظافة الشخصية وحسن المظهر	غير موافق بشدة	**0.2**	**0.9**	**0.6**	0.0	1.3	**0.7**	0.3	0.6	**0.5**
	غير موافق	**8.1**	**3.4**	**5.6**	9.1	2.7	**5.6**	7.1	4.1	**5.6**
	موافق	**82.3**	**81.9**	**82.1**	80.9	81.3	**81.1**	83.8	82.5	**83.2**
	موافق بشدة	**8.8**	**13.5**	**11.3**	8.8	14.1	**11.7**	8.8	12.7	**10.7**
	لا اعرف	**0.6**	**0.3**	**0.4**	1.2	0.6	**0.9**	0.0	0.1	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
يعطي العاملون الوقت الكافي لرعاية المريض	غير موافق بشدة	**2.1**	**2.1**	**2.1**	2.5	2.2	**2.3**	1.7	2.1	**1.9**
	غير موافق	**35.6**	**30.3**	**32.8**	35.7	27.1	**31.0**	35.5	33.9	**34.7**
	موافق	**60.7**	**64.7**	**62.8**	59.8	66.9	**63.7**	61.6	62.1	**61.9**
	موافق بشدة	**1.5**	**2.6**	**2.1**	1.9	3.2	**2.6**	1.1	1.9	**1.5**
	لا اعرف	**0.1**	**0.3**	**0.2**	0.1	0.6	**0.4**	0.1	0.0	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
يتحلى العاملون في المراكز الصحية بالروح المرحة والابتسامة	غير موافق بشدة	**6.2**	**3.5**	**4.7**	4.2	3.0	**3.6**	8.1	3.9	**6.0**
	غير موافق	**37.9**	**28.1**	**32.7**	41.9	30.4	**35.6**	33.9	25.6	**29.6**
	موافق	**54.5**	**63.7**	**59.4**	51.9	62.0	**57.4**	57.0	65.7	**61.5**
	موافق بشدة	**1.2**	**4.2**	**2.8**	1.5	3.7	**2.7**	1.0	4.8	**2.9**
	لا اعرف	**0.2**	**0.5**	**0.4**	0.5	0.9	**0.7**	0.0	0.0	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
يصغي العاملون في المراكز الصحية بشكل كامل الى شكاوى المرضى	غير موافق بشدة	**4.0**	**3.9**	**3.9**	3.8	4.2	**4.0**	4.3	3.4	**3.8**
	غير موافق	**41.2**	**36.4**	**38.6**	40.5	33.4	**36.6**	41.8	39.9	**40.8**
	موافق	**53.1**	**56.5**	**54.9**	52.6	57.8	**55.5**	53.6	55.0	**54.3**
	موافق بشدة	**1.3**	**1.6**	**1.4**	2.3	2.1	**2.2**	0.3	0.9	**0.6**
	لا اعرف	**0.4**	**1.6**	**1.2**	0.8	2.5	**1.7**	0.0	0.8	**0.5**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
عدد الكادر الطبي بالمركز الصحي يفي بالاحتياجات	غير موافق بشدة	**6.9**	**7.2**	**7.1**	8.2	7.3	**7.7**	5.7	7.1	**6.4**
	غير موافق	**39.6**	**33.1**	**36.2**	37.4	30.5	**33.7**	41.7	36.2	**38.9**
	موافق	**49.3**	**54.9**	**52.3**	49.8	55.6	**53.0**	48.9	54.1	**51.6**
	موافق بشدة	**3.2**	**3.0**	**3.1**	3.7	4.4	**4.1**	2.8	1.4	**2.1**
	لا اعرف	**0.9**	**1.8**	**1.3**	0.9	2.2	**1.5**	0.9	1.2	**1.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 27: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب الوصول والموقع الجغرافي والجنس والمنطقة، تموز 2019

الوصول والموقع الجغرافي	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
توفر مركز صحي حكومي في التجمع الذي يقيم فيه	91.1	88.4	**89.7**	84.7	83.4	**84.0**	97.6	94.2	**95.8**
يتوفر وسائل مواصلات عامة للوصول الى أقرب مركز صحي حكومي	85.9	86.7	**86.3**	73.5	76.5	**75.1**	98.3	98.5	**98.4**
يضطر الفرد الى المرور من حاجز عسكري للوصول الى أقرب مركز صحي حكومي	2.1	2.7	**2.4**	3.2	3.0	**3.1**	0.9	2.3	**1.6**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 28: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب متوسط الوقت (بالدقيقة) للوصول الى أقرب مركز صحي حسب طريقة الوصول والمنطقة والجنس ، تموز 2019

طريقة الوصول	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
مشياً على الأقدام	23	24	**23**	27	27	**27**	18	19	**19**
السيارة	7	7	**7**	8	8	**8**	5	6	**6**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 29: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رأيهم بالبنية التحتية للمراكز الصحية الحكومية والجنس والمنطقة، تموز 2019

البنية التحتية		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
الممرات والطرقات في المراكز الصحية واسعة ومريحة وبما يضمن تنقل المرضى دون صعوبة	غير موافق بشدة	**1.8**	**1.2**	**1.5**	2.1	1.0	**1.5**	1.5	1.5	**1.5**
	غير موافق	**21.2**	**23.8**	**22.6**	22.4	22.6	**22.5**	20.0	25.2	**22.6**
	موافق	**73.7**	**70.3**	**71.9**	70.6	70.5	**70.6**	76.9	70.0	**73.4**
	موافق بشدة	**3.3**	**4.2**	**3.8**	4.9	5.0	**5.0**	1.6	3.3	**2.5**
	لا اعرف	**0.0**	**0.5**	**0.2**	0.0	0.9	**0.4**	0.0	0.0	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
المراكز الصحية مجهزة بوسائل وأدوات تسهل تنقل المرضى داخلها بما يتلائم مع احتياجاتهم ووضعهم الصحي	غير موافق بشدة	**4.0**	**3.3**	**3.6**	1.7	2.1	**1.9**	6.3	4.6	**5.4**
	غير موافق	**30.5**	**32.9**	**31.8**	30.3	29.9	**30.1**	30.6	36.5	**33.6**
	موافق	**61.9**	**60.1**	**60.9**	62.1	63.0	**62.6**	61.8	56.7	**59.2**
	موافق بشدة	**2.4**	**1.9**	**2.1**	3.8	2.0	**2.8**	1.0	1.8	**1.4**
	لا اعرف	**1.2**	**1.8**	**1.6**	2.1	3.0	**2.6**	0.3	0.4	**0.4**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
المراكز الصحية مجهزة بحيث تتلائم مع ذوي الاعاقة (الحمامات، المصاعد)	غير موافق بشدة	**5.2**	**4.9**	**5.0**	3.4	2.7	**3.0**	7.0	7.5	**7.3**
	غير موافق	**38.4**	**37.8**	**38.1**	39.6	33.6	**36.3**	37.2	42.6	**39.9**
	موافق	**52.6**	**53.3**	**53.0**	50.0	56.9	**53.8**	55.2	49.1	**52.1**
	موافق بشدة	**1.5**	**1.5**	**1.5**	2.7	2.0	**2.4**	0.4	0.8	**0.6**
	لا اعرف	**2.3**	**2.5**	**2.4**	4.3	4.8	**4.5**	0.2	0.0	**0.1**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تضع المراكز الصحية لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام المختلفة	غير موافق بشدة	**0.6**	**0.6**	**0.6**	0.1	0.8	**0.5**	1.1	0.4	**0.8**
	غير موافق	**12.5**	**12.2**	**12.3**	12.0	11.2	**11.6**	13.0	13.4	**13.2**
	موافق	**78.5**	**77.7**	**78.1**	77.1	74.5	**75.7**	79.9	81.5	**80.7**
	موافق بشدة	**8.2**	**8.5**	**8.3**	10.4	11.6	**11.1**	6.0	4.7	**5.3**
	لا اعرف	**0.2**	**1.0**	**0.7**	0.4	1.9	**1.1**	0.0	0.0	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
غرفة الانتظار في المركز الصحي مريحة وتتسع لجميع المراجعين	غير موافق بشدة	**1.5**	**2.1**	**1.8**	0.9	1.6	**1.3**	2.1	2.7	**2.4**
	غير موافق	**26.5**	**28.1**	**27.3**	24.1	23.8	**23.9**	29.0	33.0	**31.0**
	موافق	**68.3**	**64.5**	**66.3**	70.8	67.3	**68.9**	65.8	61.4	**63.5**
	موافق بشدة	**3.7**	**5.0**	**4.4**	4.2	6.8	**5.6**	3.1	2.9	**3.0**
	لا اعرف	**0.0**	**0.3**	**0.2**	0.0	0.5	**0.3**	0.0	0.0	**0.1**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 30: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي في فلسطين حسب رأيهم بالتكلفة المالية لخدمات التأمين الصحي الحكومي والمنطقة والجنس، تموز 2019

التكلفة المالية		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
تعتبر تكلفة بطاقة التأمين الصحي الحكومي مناسبة مقارنة بالخدمات المقدمة	غير موافق بشدة	**4.7**	**3.1**	**3.9**	3.8	2.5	**3.1**	5.7	3.9	**4.8**
	غير موافق	**26.2**	**23.0**	**24.5**	21.4	21.7	**21.6**	31.1	24.5	**27.7**
	موافق	**61.7**	**65.9**	**63.9**	63.3	64.4	**63.9**	60.0	67.6	**63.9**
	موافق بشدة	**3.9**	**4.1**	**4.0**	4.7	4.6	**4.6**	3.2	3.5	**3.3**
	لا اعرف	**3.5**	**3.9**	**3.7**	6.8	6.8	**6.8**	0.0	0.5	**0.3**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
رسوم التأمين الصحي الحكومي مناسبة بالنسبة لدخل أسرتي	غير موافق بشدة	**4.4**	**3.5**	**3.9**	4.5	2.6	**3.5**	4.3	4.5	**4.4**
	غير موافق	**25.6**	**28.8**	**27.3**	17.8	21.8	**20.0**	33.4	36.9	**35.2**
	موافق	**64.6**	**60.6**	**62.5**	69.5	64.2	**66.6**	59.7	56.3	**58.0**
	موافق بشدة	**3.3**	**3.6**	**3.4**	3.9	4.6	**4.3**	2.6	2.3	**2.4**
	لا اعرف	**2.1**	**3.5**	**2.9**	4.3	6.8	**5.6**	0.0	0.0	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
الرسوم التي تدفع مقابل الدواء والخدمات الصحية الأخرى التي يوفرها التأمين الصحي الحكومي مناسبة لدخل اسرتي	غير موافق بشدة	**6.4**	**4.6**	**5.4**	3.4	3.1	**3.3**	9.3	6.3	**7.8**
	غير موافق	**30.1**	**29.7**	**29.9**	23.2	20.9	**21.9**	37.0	40.0	**38.5**
	موافق	**60.3**	**61.0**	**60.7**	67.4	68.7	**68.1**	53.3	52.0	**52.6**
	موافق بشدة	**3.1**	**3.3**	**3.2**	5.7	4.7	**5.1**	0.4	1.7	**1.0**
	لا اعرف	**0.1**	**1.4**	**0.8**	0.3	2.6	**1.6**	0.0	0.0	**0.1**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تشكل الرسوم التي تدفع للحصول على إقامة في المستشفى عبء اقتصادي على اسرتي	غير موافق بشدة	**2.9**	**2.2**	**2.5**	2.9	1.7	**2.2**	2.9	2.8	**2.8**
	غير موافق	**36.3**	**35.6**	**35.9**	44.5	43.8	**44.1**	28.1	26.1	**27.1**
	موافق	**49.0**	**50.0**	**49.5**	44.5	46.4	**45.6**	53.4	54.2	**53.8**
	موافق بشدة	**11.7**	**8.9**	**10.2**	7.9	5.0	**6.3**	15.5	13.5	**14.5**
	لا اعرف	**0.1**	**3.3**	**1.9**	0.2	3.1	**1.8**	0.1	3.4	**1.8**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تكاليف الخدمات الصحية غير المتوفرة في المراكز الحكومية مثل (أدوية، فحوصات مخبرية، فحوصات تصوير، عملية ... الخ) عبء	غير موافق بشدة	**1.9**	**1.7**	**1.8**	1.5	1.4	**1.4**	2.3	1.9	**2.1**
	غير موافق	**14.3**	**11.1**	**12.6**	21.7	16.6	**18.9**	6.9	4.7	**5.8**
	موافق	**48.6**	**49.5**	**49.1**	50.4	52.6	**51.6**	46.8	45.9	**46.3**
	موافق بشدة	**35.1**	**36.7**	**36.0**	26.2	27.5	**26.9**	44.0	47.4	**45.7**
	لا اعرف	**0.1**	**1.0**	**0.5**	0.2	1.9	**1.2**	0.0	0.1	**0.1**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 31: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رأيهم بالوصول للمعلومات حول خدمات التأمين الصحي الحكومي والمنطقة والجنس، تموز 2019

معايير الوصول للمعلومات		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
لدي المعرفة الكافية حول تكلفة التأمين الصحي الحكومي	غير موافق بشدة	**2.4**	**7.0**	**4.8**	2.1	6.4	**4.5**	2.7	7.6	**5.2**
	غير موافق	**27.9**	**40.8**	**34.7**	28.4	31.9	**30.3**	27.3	51.2	**39.5**
	موافق	**60.1**	**46.0**	**52.6**	57.9	52.3	**54.8**	62.3	38.7	**50.3**
	موافق بشدة	**6.7**	**2.1**	**4.3**	7.6	2.4	**4.8**	5.8	1.8	**3.8**
	لا اعرف	**2.9**	**4.1**	**3.6**	4.0	7.0	**5.6**	1.9	0.7	**1.2**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
لدي المعرفة الكافية حول الخدمات المشمولة في التأمين الصحي الحكومي	غير موافق بشدة	**2.5**	**6.9**	**4.8**	1.7	6.4	**4.3**	3.3	7.5	**5.4**
	غير موافق	**31.6**	**41.3**	**36.7**	30.8	35.2	**33.2**	32.3	48.4	**40.5**
	موافق	**59.7**	**46.7**	**52.8**	58.6	50.4	**54.1**	60.8	42.3	**51.4**
	موافق بشدة	**4.5**	**2.0**	**3.2**	5.8	3.2	**4.4**	3.2	0.6	**1.9**
	لا اعرف	**1.7**	**3.1**	**2.5**	3.1	4.8	**4.0**	0.4	1.2	**0.8**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
لدي المعرفة الكافية حول إجراءات الحصول على التأمين الصحي الحكومي وتجديده	غير موافق بشدة	**2.1**	**7.4**	**4.9**	1.8	7.0	**4.6**	2.5	7.8	**5.2**
	غير موافق	**16.5**	**39.5**	**28.7**	18.1	31.1	**25.2**	14.9	49.3	**32.4**
	موافق	**71.0**	**46.7**	**58.1**	68.1	54.2	**60.5**	73.8	38.0	**55.5**
	موافق بشدة	**8.7**	**3.0**	**5.7**	9.0	3.4	**5.9**	8.4	2.6	**5.5**
	لا اعرف	**1.7**	**3.4**	**2.6**	3.0	4.3	**3.8**	0.4	2.3	**1.4**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
لدي معلومات كافية عن حقوقي بموجب التأمين الصحي الحكومي	غير موافق بشدة	**3.5**	**7.7**	**5.8**	3.3	7.5	**5.6**	3.8	8.0	**6.0**
	غير موافق	**32.0**	**43.7**	**38.2**	29.8	40.1	**35.4**	34.1	48.0	**41.2**
	موافق	**58.2**	**43.7**	**50.5**	56.9	45.0	**50.4**	59.5	42.1	**50.6**
	موافق بشدة	**4.5**	**1.0**	**2.6**	7.3	1.1	**3.9**	1.7	0.9	**1.3**
	لا اعرف	**1.8**	**3.9**	**2.9**	2.7	6.3	**4.7**	0.9	1.0	**0.9**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
يقوم الموظف المختص بتقديم معلومات كافية حول سلة الانتفاع (الخدمات المتوفرة) المقدمة من التأمين الصحي الحكومي	غير موافق بشدة	**7.6**	**7.3**	**7.4**	8.2	5.7	**6.8**	7.1	9.1	**8.1**
	غير موافق	**44.6**	**50.8**	**47.9**	42.8	50.8	**47.2**	46.4	50.8	**48.6**
	موافق	**44.2**	**35.5**	**39.6**	42.5	33.8	**37.8**	45.8	37.5	**41.5**
	موافق بشدة	**1.0**	**0.6**	**0.8**	1.9	0.7	**1.2**	0.0	0.5	**0.2**
	لا اعرف	**2.6**	**5.8**	**4.3**	4.6	9.0	**7.0**	0.7	2.1	**1.6**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تقوم وزارة الصحة بتوفير المعلومات الكافية عن التأمين الصحي الحكومي من خلال نشرات و/ أو وسائل الاعلام وغيرها	غير موافق بشدة	**10.5**	**12.5**	**11.5**	10.8	10.8	**10.8**	10.2	14.3	**12.3**
	غير موافق	**54.6**	**54.3**	**54.4**	50.8	47.6	**49.1**	58.4	62.0	**60.2**
	موافق	**28.2**	**26.3**	**27.2**	27.5	29.5	**28.6**	28.9	22.5	**25.7**
	موافق بشدة	**0.7**	**0.6**	**0.6**	0.8	0.7	**0.7**	0.7	0.4	**0.5**
	لا اعرف	**6.0**	**6.3**	**6.3**	10.1	11.4	**10.8**	1.8	0.8	**1.3**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 32: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رأيهم بمعايير الوصول للخدمات الصحية التي يوفرها التأمين الصحي الحكومي والمنطقة، تموز 2019

الوصول للخدمات الصحية وتوفرها		المنطقة		
		فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
المركز الصحي الحكومي في منطقتك يقدم خدمات طبية تشمل التخصصات الطبية المختلفة	غير موافق بشدة	**10.2**	11.1	9.1
	غير موافق	**49.8**	50.2	49.3
	موافق	**37.6**	35.7	39.7
	موافق بشدة	**1.9**	2.1	1.6
	لا اعرف	**0.5**	0.9	0.3
	المجموع	100	**100**	**100**
يتوافر في المركز الصحي الحكومي في منطقتك كافة أنواع الادوية التي تحتاجها	غير موافق بشدة	**29.0**	15.2	43.9
	غير موافق	**58.8**	66.7	50.2
	موافق	**11.5**	16.6	5.9
	موافق بشدة	**0.7**	1.3	0.0
	لا اعرف	**0.0**	0.2	0.0
	المجموع	100	**100**	**100**
يتوافر في المركز الصحي الحكومي في منطقتك الخدمات الصحية المساندة " تحليل مختبرات وأشعة وغيرها"	غير موافق بشدة	**9.9**	11.0	8.6
	غير موافق	**41.9**	43.7	39.9
	موافق	**47.3**	43.6	*51.2
	موافق بشدة	**0.5**	0.7	*0.3
	لا اعرف	**0.4**	1.0	0.0
	المجموع	100	**100**	**100**
سبق أن توجهت الى مراكز صحية خارج التامين الصحي الحكومي نظرا لعدم توافر الخدمة الصحية في المراكز الصحية الحكومية خلال 12 شهر الماضية	نعم	**80.5**	83.3	77.5
	لا	**19.4**	16.5	22.5
	لا اعرف	**0.1**	0.2	0.0
	المجموع	100	**100**	**100**
خلال ال 12 شهر الماضية اضطررت الى شراء الادوية خارج مظلة التامين الصحي الحكومي	نعم	**90.4**	92.0	88.5
	لا	**9.6**	8.0	11.4
	لا اعرف	**0.0**	**0.0**	**0.1**
	المجموع	100	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 33: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رأيهم بمعايير المقبولية (الرضى والثقة) عن خدمات التأمين الصحي الحكومي والمنطقة والجنس، تموز 2019

معايير المقبولية (الرضى والثقة) عن خدمات التأمين الصحي الحكومي		المنطقة/ الجنس								
		فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
		ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع المراكز الصحية الحكومية	غير موافق بشدة	**8.5**	**5.9**	**7.1**	6.1	4.5	**5.2**	10.8	7.5	**9.1**
	غير موافق	**28.4**	**26.0**	**27.1**	20.6	20.1	**20.3**	36.2	32.8	**34.5**
	موافق	**62.6**	**65.6**	**64.2**	72.8	71.3	**72.0**	52.3	58.9	**55.7**
	موافق بشدة	**0.5**	**2.3**	**1.5**	0.5	3.7	**2.2**	0.6	0.7	**0.7**
	لا اعرف	**0.0**	**0.2**	**0.1**	0.0	0.4	**0.3**	0.1	0.1	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تراعي المراكز الصحية الحكومية العادات والتقاليد والأعراف السائدة في المجتمع	غير موافق بشدة	**1.6**	**0.3**	**0.9**	0.6	0.0	**0.3**	2.6	0.7	**1.7**
	غير موافق	**9.4**	**8.5**	**9.0**	8.5	5.1	**6.6**	10.4	12.5	**11.5**
	موافق	**83.3**	**83.5**	**83.4**	84.0	87.2	**85.7**	82.6	79.2	**80.9**
	موافق بشدة	**5.6**	**6.3**	**6.0**	6.8	6.4	**6.6**	4.4	6.2	**5.3**
	لا اعرف	**0.1**	**1.4**	**0.7**	0.1	1.3	**0.8**	0.0	1.4	**0.6**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تحافظ المراكز الصحية الحكومية على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى	غير موافق بشدة	**0.8**	**0.6**	**0.7**	1.1	0.5	**0.8**	0.5	0.7	**0.6**
	غير موافق	**8.2**	**7.3**	**7.7**	7.7	7.1	**7.4**	8.8	7.4	**8.1**
	موافق	**82.5**	**84.0**	**83.3**	78.7	83.1	**81.1**	86.3	85.1	**85.7**
	موافق بشدة	**6.4**	**7.2**	**6.8**	9.5	7.6	**8.4**	3.2	6.8	**5.0**
	لا اعرف	**2.1**	**0.9**	**1.5**	3.0	1.7	**2.3**	1.2	0.0	**0.6**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تحافظ المراكز الصحية الحكومية على خصوصية الحالة المرضية للمرضى	غير موافق بشدة	**1.3**	**0.6**	**0.9**	1.3	0.8	**1.0**	1.2	0.3	**0.8**
	غير موافق	**13.3**	**8.7**	**10.9**	8.5	6.8	**7.6**	18.0	11.0	**14.4**
	موافق	**79.3**	**82.0**	**80.7**	79.6	80.5	**80.1**	79.0	83.8	**81.4**
	موافق بشدة	**5.0**	**7.8**	**6.4**	8.2	10.2	**9.3**	1.7	4.9	**3.4**
	لا اعرف	**1.1**	**0.9**	**1.1**	2.4	1.7	**2.0**	0.1	0.0	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تشعر بالرضى عند تلقيك الخدمة في المراكز الصحية الحكومية	غير موافق بشدة	**5.7**	**2.9**	**4.2**	5.9	2.9	**4.3**	5.4	2.9	**4.1**
	غير موافق	**28.9**	**25.7**	**27.2**	24.1	20.9	**22.4**	33.7	31.3	**32.5**
	موافق	**63.8**	**68.2**	**66.2**	67.6	71.4	**69.7**	60.0	64.6	**62.3**
	موافق بشدة	**1.6**	**2.9**	**2.3**	2.4	4.3	**3.4**	0.9	1.2	**1.0**
	لا اعرف	**0.0**	**0.3**	**0.1**	0.0	0.5	**0.2**	0.0	0.0	**0.1**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
تشعر بالرضى لما يوفره التأمين الصحي الحكومي من حماية من دفع المبالغ الكبيرة اثناء احتياج الخدمات الصحية	غير موافق بشدة	**2.4**	**1.4**	**1.9**	0.7	1.5	**1.2**	4.0	1.2	**2.6**
	غير موافق	**17.6**	**15.2**	**16.3**	15.3	11.1	**13.0**	19.9	20.0	**19.9**
	موافق	**70.4**	**72.5**	**71.5**	70.3	77.1	**74.0**	70.5	67.0	**68.8**
	موافق بشدة	**9.0**	**10.6**	**9.9**	12.4	9.7	**10.9**	5.6	11.7	**8.7**
	لا اعرف	**0.6**	**0.3**	**0.4**	1.3	0.6	**0.9**	0.0	0.1	**0.0**
	المجموع	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 34 : التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) حسب مو اقف الانفاق على الصحة خلال الستة شهور الماضية والمنطقة، تموز 2019

موضوعات الانفاق على الصحة		المنطقة		
		فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
خلال الـ 6 شهور الماضية هل واجهت صعوبات مالية بسبب الانفاق على خدمات الرعاية الصحية؟	لا	50.3	62.0	31.2
	بعض الاحيان	31.2	27.8	36.8
	كثيرا	18.5	10.2	32.0
	المجموع	100	100	100
خلال الـ 6 شهور الماضية هل قمت بالتخلي عن أو تأجيل زيارة طبيب بسبب التكلفة المالية	لا	50.5	62.3	31.2
	بعض الاحيان	32.1	30.2	35.3
	كثيرا	17.4	7.5	33.5
	المجموع	100	100	100
خلال الـ 6 شهور الماضية هل قمت بالتخلي عن شراء علاج موصوف بسبب التكلفة المالية	لا	55.2	67.0	35.7
	بعض الاحيان	31.8	28.2	37.6
	كثيرا	13.0	4.8	26.7
	المجموع	100	100	100
خلال الـ 6 شهور الماضية هل خفضت انفاقك على الاحتياجات الاساسية مثل الطعام والملبس لتكون قادرا على دفع تكاليف الرعاية الصحية	لا	61.8	72.3	44.6
	بعض الاحيان	26.6	23.1	32.3
	كثيرا	11.6	4.6	23.1
	المجموع	100	100	100

جدول 35 : التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) حسب وجهة نظرهم بموضوعات الانفاق على الصحة والمنطقة، تموز 2019

موضوعات الانفاق على الصحة/ الرأي		المنطقة		
		فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
جميع الأفراد في المجتمع يجب أن يكونوا مشتركين بتأمين صحي الزامي الدفع يوفر لهم رعاية صحية جيدة عند المرض	غير موافق بشدة	3.9	3.4	4.7
	غير موافق	10.6	9.2	13.0
	موافق	58.8	61.0	55.1
	موافق بشدة	26.4	25.8	27.2
	لا اعرف	0.3	0.6	0.0
	المجموع	100	100	100
من وجهة نظرك مقبول دفع رسوم اكثر مقابل تغطية خدمات وامتيازات اكثر في التأمين الصحي	غير موافق بشدة	24.4	20.6	30.7
	غير موافق	36.5	31.7	44.3
	موافق	32.7	38.8	22.7
	موافق بشدة	4.6	6.0	2.3
	لا اعرف	1.8	2.9	0.0
	المجموع	100	100	100

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 36: نسبة الأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رأيهم بمعايير المحاسبة والشكاوي في خدمات التأمين الصحي الحكومي والجنس والمنطقة، تموز 2019

معايير المحاسبة والشكاوي في خدمات التأمين الصحي الحكومي	المنطقة/ الجنس								
	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين	ذكر	أنثى	كلا الجنسين
في حال وجد تقصير أو سوء معاملة خلال تلقيه خدمة التأمين الصحي الحكومي ، يعرف كيف يمكن أن يشتكي	**43.8**	**23.2**	**32.9**	42.9	21.3	**31.1**	44.8	25.4	**34.9**
سبق له (أو لأحد معارفه) ان قام بتعبئة طلب شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير خلال تلقي خدمة التأمين الصحي الحكومي	**12.7**	**9.7**	**11.1**	10.7	8.3	**9.4**	14.7	11.4	**13.0**
إذا قام أحد برفع شكوى تتعلق بسوء معاملة أو تقصير، يعتقد انه سيكون هناك نتيجة لهذه الشكوى	**21.9**	**22.0**	**21.9**	21.5	23.4	**22.5**	22.3	20.4	**21.3**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول 37: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) المشتركين في التأمين الصحي الحكومي حسب رضاهم عن طريقة التعامل مع الشكوى التي تقدم بها الفرد أو أحد معارفه والمنطقة، تموز 2019

مستوى الرضى			
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
غير راض ابدا	**23.3**	**19.8**	**25.9**
غير راض	**44.1**	**50.8**	**38.8**
راض	**27.0**	**22.1**	**30.7**
راض جدا	**4.6**	**4.8**	**4.5**
لا اعرف	**1.0**	**2.5**	**0.1**
المجموع	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول رقم 38: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) الذين زاروا هم أو أحد أفراد أسرهم المستشفى خلال الستة شهور الماضية حسب تكرار الزيارات والمنطقة، تموز 2019

تكرار الزيارات	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
4-1	**59.7**	63.1	55.4
9-5	**21.4**	21.8	20.9
10-14	**9.4**	6.9	12.5
19-15	**2.9**	2.8	3.0
20 فأكثر	**6.6**	5.4	8.2
المجموع	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول رقم 39: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) الذين احتاجوا هم أو أحد أفراد أسرهم الى عمل تحاليل طبية وتصوير أشعة خلال الستة شهور الماضية حسب تكرار الاحتياج والمنطقة، تموز 2019

تكرار الاحتياج	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
4-1	**68.8**	68.1	69.8
9-5	**19.0**	20.6	16.5
10-14	**8.4**	7.8	9.5
19-15	**1.6**	1.5	1.8
20 فأكثر	**2.2**	2.0	2.4
المجموع	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

جدول رقم 40: التوزيع النسبي للأفراد (18 سنة فأكثر) الذين احتاجوا هم أو أحد أفراد أسرهم الى شراء أدوية خلال الستة شهور الماضية حسب عدد مرات شراء الأدوية والمنطقة، تموز 2019

عدد مرات شراء الأدوية	المنطقة		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
4-1	**25.8**	24.9	27.2
9-5	**35.5**	35.7	35.1
10-14	**20.1**	21.5	17.9
19-15	**7.0**	6.3	8.1
20 فأكثر	**11.6**	11.6	11.7
المجموع	**100**	**100**	**100**

ملاحظة: البيانات لا تشمل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمه الاحتلال الإسرائيلي إليه عنوة بعيد احتلاله للضفة الغربية عام 1967.

نشاطات على هامش التحقيق الوطني
خلال 2017 - 2020

نشاطات الهيئة المستقلة لحقوق الانسان «ديوان المظالم»

النشاط	تفاصيل النشاط	العام
ورشات عمل	ورشة عمل لتقرير الهيئة العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد (الحق في الصحة)	**2019**
	ورشة عمل اطلاق تقرير كبار السن بين مظلة الحقوق ومطرقة الإهمال- رقم 96	**2019**
	ورشة عمل اطلاق تقرير نحو استراتيجية وطنية شاملة للسلامة على الطرق في فلسطين- رقم 99	**2019**
	ورشة عمل بعنوان " نحو تغطية صحية شاملة".	**2019**
	ورشة عمل بعنوان: جاهزية دولة فلسطين لإعمال الحق في الصحة أثناء جائحة كورونا	**2020**
لقاءات مع صناع القرار	اجتماع وفد من الهئية برئاسة المدير العام الدكتور عمار الدويك مع وزير الصحة الدكتور جواد عواد، لتسليط الضوء على عدد من القضايا الصحية، وبحث آليات تعزيز التعاون المشترك ومتابعة قضايا وشكاوى المواطنين المقدمة للهيئة.	**2018**
	اجتماع وفد يمثل الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان "ديوان المظالم" في غزة مع نائب رئيس الوزراء الفلسطيني لمناقشة أوضاع حقوق الإنسان في مقدمتها أزمة قطاع الصحة، وإشكاليات مراكز الاحتجاز.	2018
	اجتماع وفد من الهئية برئاسة المدير العام الدكتور عمار الدويك مع الدكتورة مي كيله وزيرة الصحة لمناقشة عدد من القضايا المتعلقة بالحق في الصحة، ووفق عمليات الرصد والمتابعة التي تقوم بها الهيئة، والشكاوى التي تتلقاها من المواطنين.	**2019**
	لقاء مع وزير النقل والمواصلات عاصم سالم عللى هامش اعداد تقرير السلامة على الطرق	**2019**
مؤتمرات	مؤتمر الصحة وحقوق الانسان - قطاع غزة	**2019**
بناء قدرات أصحاب الواجب/ المكلفين بإنفاذ القانون	دورة تدريبية المعايير الصحية للسجون في مراكز الاحتجاز - رام الله	**2019**
	دورة تدريبية التزامات اصحاب الواجب في وزراه الصحة - قطاع غزة لحماية حق الانسان في الصحة - قطاع غزة	**2019**
	دورة تدريبية للعاملون الصحيون في السجون ومناهضة التعذيب-قطاع غزة	**2019**
	دورة تدريبة حول التزامات أصحاب الواجب بوزارة الصحة لحماية حق الإنسان في الصحة - رام الله	2019

النشاط	تفاصيل النشاط	العام
مقالات	التوثيق الطبي لحاالت التعذيب ضرورة لحماية األلفراد وضمان حقهم في السالمة الجسدية -عدد الفصلية رقم 57	**2017**
	تقرير المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية -عدد الفصلية رقم 58	**2017**
	الفساد انتهاك لحقوق الإنسان (الحق في الصحة) - عدد الفصلية رقم 58	**2017**
	أثر الفساد على حقوق األلشخاص ذوي الإعاقة (الحق في الصحة) - عدد الفصلية رقم 58	**2017**
	رؤية الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان في آليات التحول نحو المصالحة الفلسطينية، تأثير الانقسام على الحق في الصحة -عدد الفصلية رقم 59	2018
	عدد الفصلية رقم 62 عدد كامل عن الحق في الصحة: • التأمين الصحي والحق في الحياة • أهداف التنمية وموازنة وزارة الصحة • تصنيع األلدوية ما بين الحق القانوني والاقتصاد الوطني • واقع األلطفال "الخدج" في قطاع غزة • الحقوق الصحية الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة 2030 • نحو خطة وطنية فلسطينية للسالمة على الطرق • الإطار القانوني الناظم لحق األلسرى في الصحة • الصحة الشمولية حق لطالب المدارس في فلسطين • حماية الحقوق الصحية للنزلاء • مدى فاعلية الرقابة الصحية على المطاعم والمخابز وأكشاك بيع الوجبات السريعة والمشروبات الخفيفة • قراءة في تقرير األلحوال الصحية في الأرض الفلسطينية المحتلة لصالح فلسطين بالأغلبية المطلقة • «الصحة العالمية»: تعتمد قرارا التوازن بين حقوق الملكية الفكرية والحق في الصحة • نشر إعلان الدوحة حول اتفاق التربس والصحة العمومية .	**2019**
تقارير ودراسات	تقرير حقوق الأشخاص المنتفعين بخدمات الصحة النفسية في فلسطين - رقم 86	**2017**
	تقرير العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد (الحق في الصحة)- رقم 85	**2017**
	تقرير كبار السن بين مظلة الحقوق ومطرقة الإهمال- رقم 96	**2018**
	نحو استراتيجية وطنية شاملة للسلامة على الطرق في فلسطين- رقم 99	**2019**
	تقرير جاهزية دولة فلسطين لإعمال الحق في الصحة أثناء جائحة كورونا إصدار جديد للهيئة – رقم 106	**2020**
	التقرير السنوي (الحق في الصحة)	**2017-2020**

النشاط	تفاصيل النشاط	العام
لقاءات توعوية	لقاء مفتوح حول واقع القطاع الصحي في قطاع غزة وأثره على الحق في الصحة-قطاع غزة	**2017**
	لقاء توعوي لتعزيز المعرفة بحق النساء في الحماية والرعاية الصحية كأحد الفئات المهمشة في رام الله	**2018**
	لقاءً مفتوحاً حول «واقع القطاع الصحي في قطاع غزة وأثره على تمتع المواطنين بالحق في الصحة»، بهدف تسليط الضوء على الأزمات المتعددة التي تعاني منها وزارة الصحة في قطاع غزة، وآثارها المباشرة على تلقي المواطنين المرضى للخدمات الصحية المكفولة بالقانون والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.	**2018**
	نشاط رسم حول الحق في الصحة لطلاب مدرسة ذكور المرابطين في قلقيلية	**2019**
	احياء يوم الطفل الفلسطيني والحق في الصحه لطلاب وطالبات مدرسة العقربانية في قرية النصارية	**2019**
	نشاط رسم حول حقوق الأطفال لاطفال النادي الصيفي في بلدية قلقيلية	**2019**
	لقاء توعوي لنزلاء مركز الاصلاح والتأهيل وعية النزلاء بحقوققهم داخل مراكز الاحتجاز	**2019**
	لقاء بمناسبة إحياء يوم الصحة العالمي لطلاب مدرسة	**2019**
	احياء يوم حقوقي حول الحق بالصحة لطلاب مدرسة عبدهه ومريش في الخليل	**2019**
	احياء يوم حقوقي حول الحق بالصحة لنزيلات مركز إصلاح رام الله	**2019**
	لقاء توعوي حول الحق بالصحة بين الاتفاقيات الدولية والواقع الفلسطيني لطلاب وطالبات تخصص تمريض	**2019**
	محاضرة توعوية حول حقوق الطفل في غزة	**2019**
	محاضرة لمساندة ضحايا التعذيب بالتعاون مع غزة للصحة النفسية	**2019**
	لقاء توعوي حول الحقوق الصحية لنزلاء مركز الإصلاح والتأهيل (الكتيبة) - قطاع غزة	**2019**
	لقاء توعوي حول الحقوق الصحية للنزلاء في مراكز الإصلاح والتأهيل " - قطاع غزة	**2019**
	اعداد مسابقة رسم حول الحق في الصحة،وتم تنظيم حفل بالشراكة مع مركز الإعلام المجتمعي ومحترف شبابيك، جرى خلاله تكريم المشاركين والمشاركات في المسابقة والإعلان عن أسماء الفائزين بالمراتب الثلاث الأولى، وافتتاح معرض للرسومات المشاركة – قطاع غزة	**2019**
	لقاء مفتوح حول الحق في الصحة بمناسبة اليوم العالمي للصحة لطلاب ومعلمين المدرسة الماليزية في جنين	**2019**
مسوحات استطلاعية	مسح حول توجهات المواطنين حول التأمين الحكومي	**2019**
أوراق عمل	مذكرة حول القرار بقانون بشأن الحماية والسلامة الطبية رقم (31) لسنة 2018	**2018**
	مذكرة لوزير الصحة لاصحاب الواجب حول الحقوق الصحية للاشخاص ذوي الاعاقة	**2020**

النشاط	تفاصيل النشاط	العام
مجموعات بؤرية/ مركزة	لقاء لمجموعة بؤرية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ من الإناث – قطاع غزة	**2019**
	لقاء لمجموعة بؤرية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ من الذكور- قطاع غزة	**2019**
	لقاء لمجموعة بؤرية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ من الإناث – الضفة الغربية	**2019**
	لقاء لمجموعة بؤرية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ من الذكور- الضفة الغربية	**2019**
جلسات نقاس	جلسة نقاش تقرير حقوق الأشخاص المنتفعين بخدمات الصحة النفسية في فلسطين	**2017**
	جلسة نقاش حقوقيون وأطباء ومختصون مسودة تقرير أعدته الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان حول (الحق في الصحة للأشخاص المصابين بعلل نفسية في فلسطين)،	**2017**
	اجتماع دعت إليه الهيئة المستقلة.. مطالبات بتمكين مرضى السرطان في قطاع غزة من حقهم في الصحة	**2020**
	طاولة مستديرة لنقاش مسودة تقرير الهيئة حول إعمال الحق في الصحة في ظل جائحة كورونا	**2020**
مقابلات	لقاء إعلامي مع فضائية فلسطين حول حق الطفل في العلاج - قطاع غزة	**2019**
	مداخلة تلفزيوين عبر فضائية الكوفية حول الحق في الصحة - مستشفى رفح	**2019**

نشاطات (مركز بيسان للبحوث والانماء)

النشاط	تفاصيل النشاط	تاريخ التنفيذ
ورشات عمل	المشاركة في ورشة التغطية الصحية الشاملة	**2019-11-28**
	عقد ورشة عمل بخصوص التحويلات الطبية	**2018**
لقاءات مع صناع القرار	عقد ما يقارب 25 لقاء مع صناع القرار ضمن حملات ومبادرات المراكز القاعدية لبرنامج الحق في الصحة	**2020-2017**
مؤتمرات	مشاركة الزميل ابي العابودي في المؤتمر الذي نظمته مؤسسة فيفا سالود ممولة برنامج الحق في الصحة لشركاءها والذي عقدته في الفلبين للحديث حول الحركات الاجتماعية ودورها في الحق في الصحة روقد تم عرض ور	**2019**
	مشاركة الزميلة حنان في ويبنر نظمته فيفا سالود لشركاءها للحديث عن اختراقات حقوق الانسان من قبل الاحتلال في ظل جائحة كورونا	**2020**
	مشاركة الزميلة سهى وثلاثة ممثلين عن المؤسسات القاعدية الشريكة في مؤتمر حركة صحة الشعوب الذي عقد في بنغلادش لمدة اربعة ايام	**2018**
تقارير ودراسات	تقرير تحليل البيانات الكيفية للمجموعات البؤرية الشبابية	**2019**
	ورقة موقف حول : واقع التامين الصحي الحكومي في الاراضي الفلسطينية	**2018**
	ورقة موقف بعنوان: البيئة الصحية هي جزء من الحق في الصحة... لنقف ضد تحويل وديانا الى مكاره صحية	**2018**
	أوراق موقف حول القطاع الصحي: واقع البنية التحتية الصحية في فلسطين المحتلة، القطاع الصحي الفلسطيني والخصخصة الكامنة، التامين الصحي الخاص... استثمار خارج القطاع	**2017**
	ورقة موقف حول: الاجراءات الحكومية في ظل جائحة كورونا من منظور الحق في الصحة ومحدداتها الاجتماعية	**2020**
	ورقة موقف حول التحولات الطبية للعلاج في الخارج بالشراكة مع لجان العمل الصحي	**2019**
	ورقة حقائق حول اعتصام نقابة خدمات الإسعاف والطوارئ في جمعية الهلال الأحمر	**2019**
	تقرير صحفي بعنوان " مرضى غزة ومرافقيهم معاناة مضاعفة انعدام التصاريح للشباب ومسنون لا يقوون على التحمل"	**2018**
	مراجعة قانونية حقوقية حول المياه العادمة في وادي جريوت	**2019**
	تقرير صحفي بعنوان" معا نحو بيئة مدرسية أكثر صحة"	**2019**
لقاءات توعوية	تنفيذ ما يقارب 50 ورشة توعوية في التامين الصحي الحكومي والتامين الصحي الخاص، واقع البنية الصحية في فلسطين، مفهوم الصحة والحقوق الصحية، للمؤسسات القاعدية في المجتمعات المحلية التي تعمل معها بيسان	**2017، 2018، 2019، 2020**
	توجيه العديد من اصحاب الشكاوي الطبية لتقديم الشكوى للهيئة المستقلة لحقوق الانسان في فروع الهيئة بالمحافظات	**خلال فترة التحقيق**

النشاط	تفاصيل النشاط	تاريخ التنفيذ
أوراق عمل	ورقة بعنوان: نحو تامين صحي فلسطيني موحد قدمت خلال ورشة التغطية الصحية الشاملة	**2019-11**
مجموعات بؤرية/ مركزة	مجموعة بؤرية شبابية للشمال (محافظات طولكرم، نابلس) عقدت في المنتدى التنويري بنابلس	**2019-1-22**
	مجموعة بؤرية شبابية للوسط (مجموعات قرى غرب رام الله) عقدت في مركز عونة ببيت عور التحتا	**2019-1-24**
	مجموعة بؤرية شبابية للجنوب (محافظات الخليل وبيت لحم) عقدت في مركز ابداع بالدهيشة	**2019-1-28**
	مجموعة بؤرية شبابية لمجموعات الشمال (محافظة جنين) عقدت في بيسان	**2019-1-29**
	مجموعة بؤرية شبابية لمجموعات الوسط (مجموعات رام الله) عقدت في بيسان	**2019-2-7**
جلسات نقاس	حول التحقيق الوطني (مؤسسات صحية، حقوقية، عمالية، جهاز الاحصاء المركزي...الخ) لنقاس فكرة ورؤية التحقيق الوطني المراد تنفيذه	**بداية 2018**
	المساهمة في تطوير استلة استمارة البحث الكيفي	**2018**
	المساهمة في تطوير استمارة البحث الكمي	**2018**
	حضور العديد من جلسات النقاش مع الشركاء والهيئة خاصة بالتحقيق الوطني والتي تبلورت في الخروج بورقة تفاهم وخطة عمل مشتركة تحدد الادوار والمسؤوليات	**2018**
مقابلات	عقد ما يقارب 15 مقابلة اذاعية وتلفزيونية حول: التامين الصحي، القرار الحكومي الذي ينص على ان التامين الصحي الحكومي يصبح ساري المفعول بعد ثلاث شهور من التسجيل للتامين	

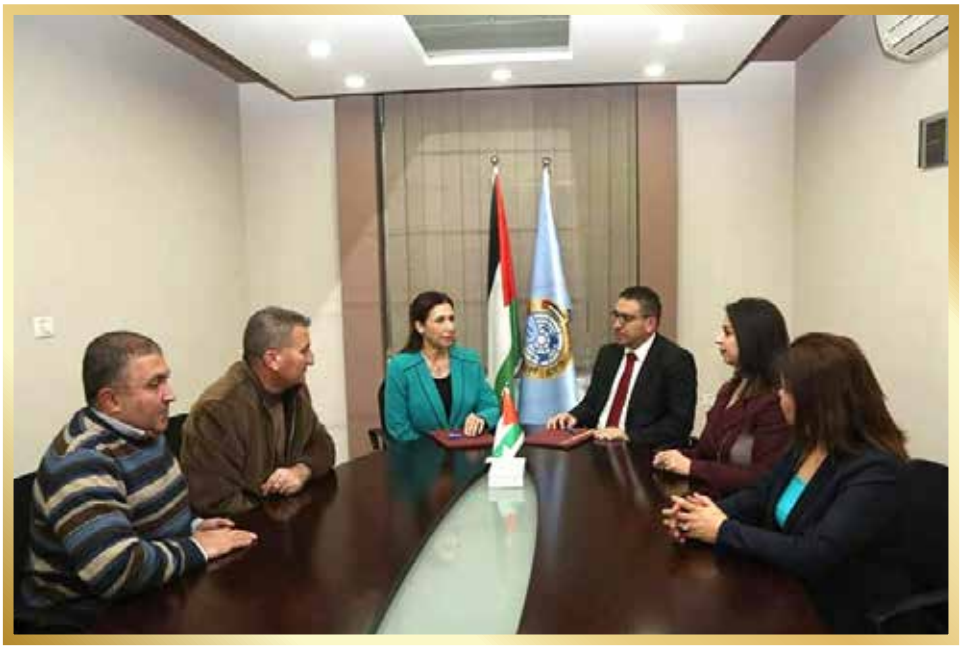
نشاطات (مركز مرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية)

النشاط	تفاصيل النشاط	تاريخ التنفيذ
ورشات عمل	الاقتصاد السياسي للصحة: أين ننفق؟ حوار مع د. محمد أبو زينة	**2018**
مؤتمرات	مشاركة الزميل عبد العزيز الصالحي في أسبوع الشركاء لمشروع «الحق في الصحة» الذي عقدته مؤسسة ViVa Salud في الفلبين للحديث حول الحركات الاجتماعية ودورها في الحق في الصحة	**2019**
	مشاركة الزميل فراس جابر في Webinar بعنوان Only Fighters Win! والذي عقدته مؤسسة Viva Salud للحديث حول أهمية الحركات الاجتماعية ودفاعها في الحق عن الصحة بشكل عام وفي فلسطين بشكل خاص.	**2020**
مقالات	حول موازنة وزارة الصحة: مقابلة مع الدكتور ممدوح العكر	**2018**
	مقالة بعنوان «تصنيع الأدوية ما بين الحق القانوني والاقتصاد الوطني» – عبد العزيز الصالحي (نشرت في دورية الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان – ملف الحق في الصحة)	**2019**
تقارير ودراسات	دراسة بعنوان: العوامل الاجتماعية للصحة في مخيمات الضفة الغربية	**2018**
	دراسة بعنوان: حول سياسات وزارة الصحة الفلسطينية – مراجعة في الموازنات والتحويلات الطبية ونقص الأدوية	**2019**
	ورقة سياسات بعنوان: صناعة الأدوية – خطوة إلى الأمام (ضمن سلسلة أوراق حول الانفكاك عن الاقتصاد "الإسرائيلي")	**2019**

النشاط	تفاصيل النشاط	تاريخ التنفيذ
لقاءات توعوية	فيلم بعنوان: رفض أمني – حول رفض حكومة الاحتلال التحويلات الطبية من قطاع غزة	**2018**
	فيلم بعنوان: العوامل الاجتماعية للصحة في المخيمات الفلسطينية	**2018**
	خبر بعنوان: وقف التحويلات للمستشفيات الإسرائيلية خطوة في الاتجاه الصحيح	**2019**
	خبر بعنوان: المرصد لوزيرة الصحة "إنتاج الدواء يساهم في الانفكاك من الاحتلال".	**2019**
	إنفوغراف حول إمكانية تنمية وتطوير قطاع تصنيع الأدوية في فلسطين واستبدال الأدوية الأجنبية و"الإسرائيلية" بالفلسطينية	**2019**
	إنفوغراف حول التحويلات الطبية وشراء الخدمة من خارج وزارة الصحة الفلسطينية	**2019**
	فيلم موشنغراف بعنوان: التحويلات الطبية وشراء الخدمة من خارج وزارة الصحة	**2019**
	فيلم موشنغراف بعنوان: القلق على كبار السن والمصابين بالأمراض المزمنة في ظل انتشار فايروس كورونا	**2020**
	إنفوغراف جديد بعنوان "العوامل الاجتماعية للصحة داخل مخيمات الضفة الغربية في ظل انتشار فايروس كورونا"	**2020**
	فيلم بعنوان: مناعة القطيع – الربح قبل الإنسان	**2020**
	فيلم بعنوان: ارفعوا العقوبات عن الأونروا (فيلم نشر في ظل انتشار فايروس كورونا في الضفة الغربية وقطاع غزة)	**2020**
	فيلم بعنوان: الحصار وتقييد الحق بالصحة هو المخيف وليس الكثافة السكانية (فيلم نشر في ظل انتشار فايروس كورونا في قطاع غزة)	**2020**
	فيلم بعنوان: الاستثمار في قطاع الصحة للحاضر والمستقبل	**2020**
مجموعات بؤرية/ مركزة	خمس مجموعات بؤرية (٣ في الضفة الغربية و٢ في قطاع غزة) مع العمال لنقاش مسألة التأمين الصحي الحكومي في فلسطين	**2019**

النشاط	تفاصيل النشاط	تاريخ التنفيذ
مقابلات	مقابلة اذاعية مع الباحث عبد العزيز الصالحي حول "العوامل الاجتماعية للصحة في مخيمات الضفة الغربية" عبر أثير راديو نساء أف أم	**2018**
	مقابلة مع الباحث عبد العزيز الصالحي حول سياسات الصحة عبر أثير راديو رام الله أف أم	**2018**
	مقابلة مع الباحث عبد العزيز الصالحي حول دراسة بعنوان «حول سياسات وزارة الصحة – مراجعة في الموازنة والتحويلات الطبية ونقص الأدوية" عبر أثير راديو رام الله	**2019**
	استضافة الزميل عبد العزيز الصالحي للحديث حول التحديات أمام الحكومة الفلسطينية الجديدة فيما يتعلق بقطاع الصحة عبر أثير راديو أجيال	**2019**
	مقابلة وحوار مع الباحث إياد الرياحي حول قرار وزارة الصحة وقف التحويلات الطبية إلى المستشفيات الإسرائيلية عبر أثير راديو نساء أف أم	**2019**
	مقابلة وحوار مع الباحث عبد العزيز الصالحي حول "ما هي البدائل بعد وقف التحويلات الطبية؟" عبر شاشة وكالة وطن الإخبارية	**2019**
	استضافة الزميل عبد العزيز الصالحي على أثير صوت فلسطين للحديث عن واقع الرعاية الصحية الشاملة في فلسطين بمناسبة اليوم العالمي للصحة	**2019**
	استضافة الزميل فراس جابر عبر شاشة وكالة وطن للأنباء للحديث حول "الحقوق الصحية في مواجهة العنف" في حلقة كاملة ضمن برنامج "ضد الصمت"	**2020**

صور النشاطات

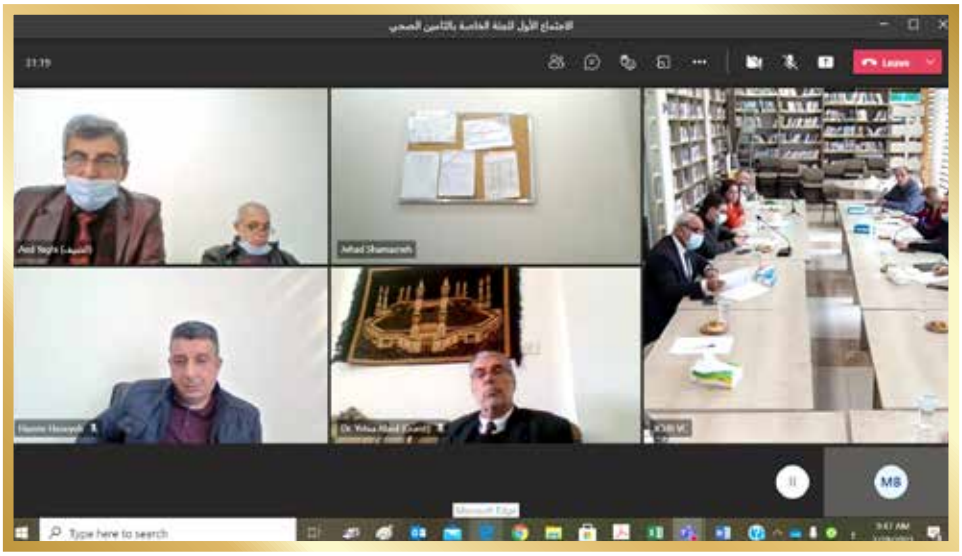


مؤتمر استعراض نتائج وتوصيات التحقيق الوطني بشأن التأمين
(نحو تأمين شامل وعادل)

حماية الحق في الصحة

الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان
دورة تدريبية بعنوان
التزامات أصحاب الواجب في وزارة الصحة في قطاع غزة

جامعة الأقصى والهيئة المستقلة لحقوق الإنسان ترحبان بكم في فعاليات
المؤتمر الدولي الأول
الصحة وحقوق الإنسان
Health and Human Rights
Conference



الأوضاع الصحية للمعتقلين الفلسطينيين في سجون الاحتلال الاسر
في ظل جائحة كورونا

نحو تأمين شامل وعادل

Funded by the following agencies who do not necessarily share the views expressed in this material. Responsibility for its contents rests entirely with the author.

Schweizerisch Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC

Koninkrijk dre Nederlanden

The Netherlands Representative Office

Royal Danish Representative Office

الهيئة المستقلة
لحقوق الإنسان
ديوان المظالم

نبذة تعريفية

الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المظالم» هي المؤسسة الوطنية الرسمية المُكرسة لدعم حقوق المواطنين الفلسطينيين. وتتمتع بالعضوية الكاملة في التحالف العالمي للمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان (GANHRI). كما أنها عضو في منتدى آسيا والمحيط الهادئ للمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان، ورابطة أمناء المظالم لمنطقة البحر الأبيض المتوسط.

وقد أُنشئت الهيئة بموجب مرسوم رئاسي صَدر في 30 أيلول/ 1993 ونُشر في العدد 59 لسنة 1995 في الجريدة الرسمية الفلسطينية. وبدأت الهيئة عملها في مطلع عام 1994، وأُخضعت، لاحقاً، تحت المادة 31 من القانون الأساسي الفلسطيني الذي ينص على أن «تنشأ لجنة مستقلة لحقوق الإنسان بموجب القانون الذي يُحدد تشكيلها ومهامها واختصاصاتها القضائية». وتُقدم الهيئة تقاريرها إلى رئيس السلطة الوطنية والمجلس التشريعي الفلسطيني». وتماشياً مع المرسوم الرئاسي لعام 1995، وضعت الهيئة نظامها الداخلي الذي يضمن استقلاليتها ووظائفها الفعّالة.

الرؤية

مجتمع فلسطيني حر، تتأصل فيه قيم العدالة والمساواة وتُحترم فيه الحريات العامة وحقوق الانسان لتصبح جزءً من نسيجه الثقافي.

الرسالة

تسعى الهيئة كمؤسسة فلسطينية وطنية دستورية تُعنى بحقوق الإنسان إلى حماية وتعزيز حقوق الإنسان استناداً إلى القانون الأساسي الفلسطيني، والتشريعات الوطنية، وإعلان الاستقلال، والمعايير الدولية لحقوق الإنسان، وذلك بالارتكاز إلى المنهج القائم على حقوق الإنسان، وتقوم الهيئة برصد احترام حقوق الإنسان وتوثيق انتهاكات حقوق الإنسان بهدف خلق مجتمع ديمقراطي ومتسامح.

القيم الأساسية

تتبنى الهيئة وتطبق مجموعة من القيم الخاصة بها والمتأصلة في برامجها وأنشطتها، ألا وهي المصداقية والنزاهة والمساءلة والسرية والتسامح والمساواة. وتلتزم الهيئة بقيمها هذه والتي ترجمتها هذه إلى مدونة للسلوك المهني.

المسؤوليات والمهام

وفقاً للمرسوم الرئاسي الصادر عام 1995، فإنّ مسؤوليات ومهام الهيئة تحددت «بمتابعة وضمان تحقيق متطلبات صون حقوق الإنسان من قبل التشريعات الفلسطينية بما فيها القوانين واللوائح، وكذلك مهام مختلف الدوائر والوكالات والمؤسسات التابعة لدولة فلسطين ومنظمة والتحرير الفلسطينية». ويمتد نطاق عمل الهيئة ليشمل تغطية إساءة استخدام حقوق الإنسان، وشكاوى المواطنين بشأن انتهاكات حقوق الإنسان التي ترتكبها السلطات التنفيذية، ونشر الوعي القانوني، وتراقب الهيئة أيضاً التشريعات الوطنية والسياسات العامة، وتعمل على مواءمتها مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان.