

النزاهة والشفافية والمساءلة في الخدمات الصحية الحكومية

سلسلة تقارير (8)

- 1- العلاج في الخارج
- 2- الإدخال للمستشفيات
- 3- صرف الأدوية

المحتويات

2	مقدمة
3	نظرة على الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية:
4	تحديات تواجه النظام الصحي
5	الإطار القانوني للنظام الصحي الحكومي
5	قانون الصحة العامة
5	نظام التأمين الصحي الحكومي
6	النزاهة والشفافية في تقديم الخدمات الصحية الحكومية
8	الشفافية
8	المساءلة
9	الأخلاقيات والمعايير المهنية
9	مظاهر الفساد في القطاع الصحي الفلسطيني
11	العوامل المولدة للفساد في القطاع الصحي الحكومي
11	بنية التأمين الصحي الحكومي ... وغياب المساءلة
11	ضعف الشفافية وآليات المحاسبة
12	الثقافة المجتمعية ... اكساب ممارسات الفساد الشرعية
12	فقر الموارد والضغط الكبير على موارد الجهاز الصحي الحكومي
14	توصيات

النزاهة والشفافية والمساءلة في الخدمات الصحية الحكومية

دليل للعمل يرشد الموظفين من أطباء وممرضين وصيادلة بحدود واجباتهم وحقوقهم وصلاحياتهم؟ وهل تتوفر أنظمة مكتوبة يتم العمل وفقها، وهل يتم الالتزام بالنظام المكتوب عند توفره أم أن هناك تجاوزات، وإذا حصلت التجاوزات فما هي أساليبها، وسبل التعامل معها؟

المنهجية

لتحقيق أهداف هذا التقرير جرى اتباع الخطوات التالية:

- 1- مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بهذا الموضوع.
- 2- مراجعة وثائق وزارة الصحة الفلسطينية المتعلقة بالتأمين الصحي والعلاج في الخارج والإدخال إلى المستشفيات وصرف الأدوية. إضافة إلى مراجعة الإجراءات والتعليمات التي يعمل بموجبها القطاع الصحي الحكومي، وفحص الواقع من خلال إجراء مقابلات مع:
 - مسؤولين في وزارة الصحة من ذوي العلاقة في المجالات المبحوثة. وقد أجريت مقابلات مع 8 مسؤولين في الوزارة في الضفة الغربية وقطاع غزة، وهم من المسؤولين عن الأنشطة الرئيسية في الوزارة.
 - مسؤولين في مراكز صحية وعيادات في تجمعات ريفية وحضرية. وشملت 6 مراكز صحية، نصفها في المدن ونصفها الآخر في الريف، بالإضافة إلى جراحين في 4 مستشفيات رئيسية.
 - مقابلات مع حالات مختارة من المواطنين، المستهلكين للخدمات الصحية موضوع التقرير، من مناطق فلسطينية مختلفة للتعرف على تقييمهم للخدمات الصحية ومدى معرفتهم بالأنظمة والقوانين المعمول بها، إضافة إلى طرق تلقيهم الخدمات وطرق التعرف على الأنظمة المعمول بها. وشملت هذه المقابلات 12 شخصا، موزعين على مناطق الضفة الغربية المختلفة.

وقد تم إعداد هذا التقرير في ظل ظروف صعبة يعيشها المجتمع الفلسطيني بشكل عام، وقطاع الصحة الحكومي بشكل خاص. فمن جهة فرض حصار مالي وسياسي على الحكومة الفلسطينية خلال العام 2006، وحجبت الحكومة الإسرائيلية أموال السلطة الفلسطينية التي تجيها بالنيابة عنها وفق الاتفاقات المبرمة بين الطرفين (الجمارك والضريبة الخاصة بالسلع والبضائع

مقدمة

عالج هذا التقرير واقع تقديم الخدمات الصحية في فلسطين بشفافية ومساواة بين المواطنين. وسيجري التركيز فيه على خدمات التأمين الصحي الحكومي. وسيتم ذلك من خلال مراجعة إجراءات تقديم الخدمة الصحية المعمول بها في هذا القطاع، ومراجعة المعايير وأسس الأخلاقيات المهنية لدى المسؤولين والعاملين في هذا القطاع، واستطلاع مدى توفر المعلومات المقدمة للجمهور من قبل القطاع الصحي الحكومي. وسيركز هذا التقرير بشكل رئيسي على خدمات التأمين الصحي المتعلقة بـ:

1- العلاج في الخارج.

2- الإدخال للمستشفيات.

3- صرف الأدوية.

وتشكل هذه المحاور الثلاثة أعلاه المجالات الأساسية والحيوية فيما يخص الخدمات الصحية الحكومية، من أجل تحديد الفجوات، والمعوقات والاحتياجات الضرورية فيما يتعلق بالمعايير المستخدمة، وآليات المساءلة، وأخلاقيات العمل. بهدف الخروج بمقترحات وتوصيات تهدف إلى الارتقاء بالمعايير والأخلاقيات المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، وتيسيرها للمواطنين بشكل يضمن النزاهة والشفافية والمساءلة في هذا القطاع.

واعتمد هذا التقرير في معالجة المجالات المذكورة أعلاه، من خلال التركيز على عدد من المؤشرات لكل منها، وتمثلت هذه المؤشرات في الأمور التالية:

1- الشفافية في العمل: أي مدى معرفة المواطنين بكيفية الحصول على الخدمة، وكيفية تأدية هذه الخدمة، وهل هناك نظام يوفر المعلومات عنها، لا سيما من حيث كيفية الحصول عليها ومكان توفرها وتكلفتها وغيرها.

2- المساءلة: هل توجد آلية لمساءلة مقدم الخدمة من قبل الأطراف ذات العلاقة، وهل توجد تقارير دورية عن عمل المؤسسة ترفع لجهات أعلى منها، وهل هناك نظام للشكاوى، وهل هناك جهة مختصة باستقبال الشكاوى والبحث فيها وتقديم إجابات عنها؟

3- الأخلاقيات والمعايير المهنية: أي هل يقوم الموظفون بتقديم الخدمة للمواطن بوصفها واجب عليه، وهل يتوفر

ويتركز نشاط القطاع الحكومي في مجالي الخدمات الصحية الوقائية وفي مجال الرعاية الصحية الأولية، وفي مجال المستشفيات العامة، ويشارك القطاع الحكومي في هذا المجال قطاعاً الأثروا والمنظمات غير الحكومية. بينما يتركز نشاط القطاع الخاص في الطب العلاجي، فمعظم منشآت القطاع الخاص عيادات طب عام أو اختصاص، أو طب أسنان، بالإضافة إلى عدد من الأنشطة الطبية المساعدة، ومستشفيات الاختصاص.

وتظهر المؤشرات الرئيسية تحسناً في الخدمات الصحية، حيث تشير البيانات المتوفرة إلى أن نسبة تغطية النساء الحوامل وصلت إلى حوالي 96% بينما تغطية خدمات رعاية الأم والطفل ما بعد الولادة فما زالت منخفضة تصل إلى 25% حيث أن غالبية النساء اللواتي لا يحصلن على مثل هذه الخدمات هن الأقل تعليماً والأكثر فقراً (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004. المسح الصحي الديمغرافي 2004: النتائج الرئيسية. رام الله- فلسطين).

من جهة أخرى انخفضت معدلات وفيات الأطفال في السنوات الماضية حيث وصلت إلى 20.5 لكل ألف ولادة حية العام 2004، بينما كانت في 2001 حوالي 22.9 لكل ألف ولادة حية (مركز المعلومات الصحية - وزارة الصحة 2004). أما الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال فإنها تشمل حسب أهميتها الولادة المبكرة، التشوهات الخلقية، الالتهابات التنفسية والرئوية والأمراض الجرثومية والإسهال والأمراض المعوية والحوادث داخل المنازل وخارجها. (شاهين، 2005).

وانخفضت نسبة تغطية الأطفال من التطعيمات نتيجة إجراءات القمع الإسرائيلية، ووصلت إلى 86% العام 2004، بينما كانت تصل إلى أكثر من 95% في سنة 2001. وهذا يشكل تحدياً أمام النظام الصحي الفلسطيني الذي تعود على تغطية شبه كاملة في السنوات الماضية (Maram, 2003).

أما بالنسبة للخدمات الصحية، فقد أظهرت بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن 36.2% من الأسر الفلسطينية لديها فرد على الأقل يعاني من مرض مزمن (37.4% في الضفة الغربية و34.0% في قطاع غزة)، وأفادت 44.2% من الأسر التي يتواجد فيها مرضى مزمنون، أنها تواجه صعوبة في الحصول على علاج (45.9% في الضفة الغربية و40.9% في قطاع غزة). بينما أفادت 75.3% من الأسر الفلسطينية أنها احتاجت إلى الخدمات الطبية خلال الربع الثاني من العام 2006 (71.1% في الضفة الغربية و83.5% في قطاع غزة). وقد

التي يجري استيرادها إلى الضفة الغربية وقطاع غزة)، وتسبب هذا الحصار في شلل جزئي في عمل الحكومة الفلسطينية، وقد بلغ هذا الشلل حداً أدى إلى عجزها عن توفير رواتب موظفي القطاع الحكومي بصورة منتظمة، كذلك أضعف من قدرة الحكومة على توفير المصاريف التشغيلية للمؤسسات الحكومية بصورة منتظمة وكافية.

من جهة أخرى، ازدادت حدة الأزمة الفلسطينية الداخلية والتي تمثلت في إضراب موظفي القطاع الحكومي لفترة طويلة، بمن فيهم العاملون في القطاع الصحي. فقد ساد الإضراب في القطاع الصحي معظم الثلث الأخير من العام 2006، وهي الفترة التي جرى إعداد التقرير فيها. وانفجر في هذه الفترة الصراع الداخلي على شكل صراع مسلح ذي طبيعة فصائلية وعائلية. وقد ألفت هذه الأزمة بظلالها على واقع القطاع الصحي الحكومي، وفي الوقت نفسه أثرت على قدرة فريق البحث الميداني على الحركة وجمع البيانات خاصة في قطاع غزة.

نظرة على الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية:

يتحمل القطاع الحكومي النسبة الكبرى من الصرف على الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية (حوالي 42%). وقد بلغ الإنفاق الإجمالي على الصحة نحو 221 مليون دولار أمريكي العام 2004⁽¹⁾ (عند احتسابها بالطريقة المباشرة)، ويشكل ذلك 5.3% من الناتج المحلي الإجمالي في الأراضي الفلسطينية، وكان نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة 61 دولاراً أمريكياً. وتوزع هذا الإنفاق على القطاعات المختلفة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول 1: مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة

في الأراضي الفلسطينية، 2004

القطاع	%
الإنفاق الأسري (الذي تحملته الأسر)	24.5
وزارة الصحة	42.3
وكالة الغوث (أنروا)	11.8
المنظمات غير الحكومية	21.4
المجموع	100

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها - 2005 المؤتمر الصحفي حول نتائج المسح الأولية. رام الله- فلسطين.

(1) وهي أحدث بيانات متوفرة.

- انخفاض نوعية الخدمة بشكل عام.
- انخفاض الدخل واضطرار الناس لشراء الخدمات الأقل جودة وسلامة.
- نقص في الأدوية ورعاية المسنين والأمراض المزمنة.

تحديات تواجه النظام الصحي

يؤثر بناء وزارة الصحة وإمكانياتها على النظام الصحي بشكل عام، حيث تعتمد هيكلية وزارة الصحة الحالية الإدارة المركزية المطلقة، كذلك تعاني من عدم وضوح الأدوار واتخاذ القرارات، وضعف الكوادر اللازمة في مجال التخطيط ورسم السياسات والاستراتيجيات، وعدم توفر أنظمة صحية ومعايير واضحة لتقييم الأداء. وكذلك فهي تعاني من ضعف التنسيق الفاعل مع المؤسسات الدولية التي تعنى بالصحة. ويفتح ذلك المجال أمام تأثر النظام الصحي الفلسطيني بأولويات التمويل الخارجي، مما يسبب إعاقة بناء نظام صحي وطني قادر على الاستجابة للاحتياجات الصحية الفلسطينية الطارئة، ويعيق البرامج الصحية التنموية التي تساهم في تطوير النظام الصحي الفلسطيني ليكون أكثر قدرة على الاستجابة لاحتياجات المجتمع الفلسطيني (شاهين، 2005).

ويركز النظام الصحي الفلسطيني على تقديم خدمات علاجية مكلفة وبناء مستشفيات، وخاصة في قطاع غزة، وذلك على حساب تطوير النظام الصحي المجتمعي والتي تستهدف زيادة الخدمات الصحية الأساسية وتحسينها. من جانب آخر فإن زيادة نسبة الأمراض المزمنة والإعاقات يزيد من الأعباء على القطاع الصحي الفلسطيني، ويزيد الضغط على الموارد المحدودة، وبالتالي تزداد المنافسة على خدماته بين المرشحين للاستفادة منها.

ويدون شك حققت السلطة الوطنية الفلسطينية إنجازات مهمة في مجال الخدمات الصحية، وهو ما انعكس إيجاباً في المؤشرات الرئيسية (تحسن نسبة وفيات الأطفال، التغطية في التطعيمات، ارتفاع العمر المتوقع عند الولادة، وغيرها). لكن هناك تحديات تواجه هذا النظام، من أهمها:

1. الزيادة المضطردة في الطلب على الخدمات الصحية التابعة لوزارة الصحة، سواء الخدمات المقدمة من المؤسسات الصحية الحكومية، أو من خلال نظام التحويل للعلاج خارج هذه المؤسسات.

تمكنت الغالبية العظمى من هذه الأسر من الحصول على الخدمة الطبية (91.7%)، وحصلت معظم هذه الأسر على الخدمة خلال اليوم الأول من حاجتها لها (84.0%). أما الأسر التي لم تتلق الخدمة الطبية فقد أفاد 62.5% من هذه الأسر أنها لم تتلق الخدمة بسبب عدم القدرة على دفع التكاليف، فيما أفادت 29.2% أنها لم تتلق الخدمة بسبب عدم توفرها في المنطقة. وعزت أسر أخرى عدم حصولها على الخدمات الصحية إلى أنها لا تعرف أين يمكنها أن تتلقى الخدمة (8%)، أو عدم توفر الكادر الطبي (16.1%). كما أن الإجراءات الإسرائيلية كانت سبباً في عدم تلقي 21% من الأسر للخدمات الطبية⁽²⁾ (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. مسح أثر الإجراءات الإسرائيلية أحادية الجانب على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والبيئية للأسر الفلسطينية، 2006: النتائج الأساسية).

أما بالنسبة إلى التأمين الصحي، فقد زادت نسبة الأسر الفلسطينية التي لديها تأمين صحي حكومي حتى وصلت إلى 55.9% العام 2004، وذلك ضعف النسبة التي كانت قبل بداية الانتفاضة عام 2000، وخاصة بعد صدور تأمين انتفاضة الأقصى (تأمين العمال). وقد جرى إلغاء تأمين انتفاضة الأقصى مؤخرًا. وبالنسبة لنسبة الإشغال في المستشفيات الحكومية فقد وصلت إلى 81.1% العام 2004 مقارنة مع 72.4% العام 2000.

وقد ازداد الضغط على الخدمات الصحية الحكومية خلال انتفاضة الأقصى، وترافق ذلك مع التراجع في موارد وزارة الصحة، وتراجع الدعم الخارجي بالإضافة إلى إغلاق الأراضي الفلسطينية من قبل قوات الاحتلال الإسرائيلي، وعزل المناطق الفلسطينية عن بعضها بعضاً وصعوبة الحركة. وقد أدى ذلك إلى (شاهين، 2005):

- صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية وخاصة الفئات التي تعيش في مناطق بعيدة عن الخدمات وقريبة من جدار العزل العنصري.
- تراجع في نجاعة التطعيمات التي تعتمد على التبريد المناسب مثل الحصبة وغيرها، رغم ازدياد نسبة تغطية تطعيم الحصبة من 92.5% عام 2000 إلى 98% عام 2004
- ارتفاع نسبة وفيات الأطفال الرضع خلال سنوات الانتفاضة وبخاصة في المناطق الفقيرة.

(2) النسب لا تساوي 100%، فقد تعزو الأسرة الواحدة عدم حصولها على الخدمة إلى أكثر من سبب.

المؤسسات الصحية الحكومية بغض النظر عن تأمين أسرهم.

- الذين يتعرضون لإصابات أثناء فعاليات مدرسية ومراكز التدريب المهني الرسمية والمؤسسات الحكومية الأخرى.

- فئة من المؤمنین يستفيدون من خدمات التأمين الصحي كجزء من سلة الخدمات التي تقدمها لهم وزارات ومؤسسات حكومية أخرى، مثل الأسر التي تتلقى مساعدات من وزارة الشؤون الاجتماعية، أو أسر الشهداء والأسرى.

- فئة اشتراكها في التأمين الصحي اختياري، سواء من خلال اشتراك فردي أو ضمن اشتراكات جماعية (مؤسسات)، ونسبة هذه الفئة قليلة من إجمالي المؤمنین صحياً.

ويعتمد التأمين الصحي في تمويله على اشتراكات موظفي الحكومة بصورة أساسية، حيث يسمح النظام الحالي باستفادة المريض من خدمات التأمين الصحي عند حاجته لها، وبالتالي لا يميل الأفراد إلى الاشتراك الاختياري في هذا التأمين إلا عند الحاجة.

وتتضمن سلة الخدمات الصحية التي يشملها النظام مجموعة من الخدمات الصحية التي يجري تقديمها في مؤسسات الوزارة الصحية، وأخرى يتم شراؤها من مؤسسات صحية أخرى في الأراضي الفلسطينية أو خارجها. ويحدد النظام كذلك نسب مساهمة المؤمن المالية في تكاليف العلاجات المختلفة، وقيمة أقساط الاشتراك في التأمين الصحي.

النزاهة والشفافية في تقديم الخدمات الصحية الحكومية

يستعرض هذا القسم واقع الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية من زاوية تحقيقها لشروط الشفافية والمساءلة، بما يضمن تقليص فرص الفساد في هذا المجال، وبالتالي تعزيز فرص المساواة بين المواطنين الفلسطينيين في الحصول على الخدمات الصحية. وينطلق هذا الرصد من القاعدة التالية: إن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين بشكل يضمن مساواتهم في الحصول على هذه الخدمات، بعيداً عن المحسوبية وأشكال الفساد الأخرى يتطلب توفر مجموعة من الإجراءات والأنظمة المترافقة مع الثقافة المهنية التي يتمتع بها العاملون في هذا القطاع. وتحديدًا، سيتم التركيز على الأبعاد التالية: الشفافية، والمساءلة، وتبلور أخلاقيات مهنية ملائمة في القطاع الطبي، بالتركيز على التأمين الصحي الحكومي.

2. ارتهان تطور، بل واستمرار الخدمات الطبية، بما فيها الرئيسية بتوفر الدعم الخارجي، مما يضع علامة استفهام على استدامة هذه الخدمات، ويضع على عاتق الجهات المعنية مهمة التفكير بصورة إستراتيجية في هذه المسألة، بما في ذلك إحداث تغيير جذري في النظام الصحي، وتعزيز درجة الاعتماد على الذات في تمويل البرامج المهمة.

3. استمرار التركيز على خدمات الطوارئ يضعف إمكانية تطوير الخدمات الصحية الأساسية، وبالتالي ضعف إمكانية متابعتها وتحسين نجاعتها.

الإطار القانوني للنظام الصحي الحكومي

ينظم قانون الصحة العامة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن الفلسطيني، وكذلك من خلال نظام التأمين الصحي والتحويل للخارج المقرر من قبل مجلس الوزراء رقم 113 للعام 2004. بالإضافة إلى التعليمات المشتقة منهما والخاصة بمختلف الخدمات الصحية المقدمة. وسيتم استعراض الجوانب ذات العلاقة بالخدمات الصحية المقدمة في إطار التأمين الصحي الحكومي.

قانون الصحة العامة

ينص قانون الصحة العامة الفلسطيني للعام 2004 على أن توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانيات المتوفرة. وكذلك يدعو الوزارة إلى إعطاء الأولوية في نشاطها إلى صحة المرأة والطفل، واعتبار ذلك جزءاً لا يتجزأ من الإستراتيجية الإنمائية للسلطة الوطنية الفلسطينية. وتقوم الوزارة بوضع برامج التطعيم الوقائي وتنفيذها مجاناً.

نظام التأمين الصحي الحكومي

يقوم التأمين الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية على حق المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية وفقاً للنظام، وواجب المواطنين التكافل في تغطية تكاليف الخدمات الصحية. أما من حيث الفئات التي يغطيها التأمين فهي تشمل الفئات التالية:

- فئة اشتراكها في التأمين الصحي إجباري، حيث يعتبر موظفو القطاع الحكومي مؤمناً عليهم تلقائياً مقابل أقساط التأمين الشهرية التي تخصم من رواتبهم بغض النظر عن التزامهم بتأمينات أخرى.

- يحق للأطفال حتى ثلاث سنوات الاستفادة من خدمات

الشفافية

بصورة عامة، تقديم الخدمات بشفافية يقلل، بالضرورة، من فرص الفساد. ولرصد مدى توفر الشفافية في تقديم الخدمات الصحية في القطاع الحكومي، جرى رصد المؤشرات التالية:

وجود قوانين وأنظمة تنظم العمل في هذا المجال:

يجري العمل وفق قانون الصحة العامة، ونظام التأمين الصحي والتحويلات للعلاج خارج مؤسسات الوزارة. بالإضافة إلى وجود أنظمة تحدد سلة الخدمات الصحية، والأدوية التي يشملها التأمين الصحي وآلية صرفها، ومعايير الإدخال إلى المستشفيات، وآلية تحويل المرضى إلى خارج مؤسسات الوزارة.

فمثلاً، يوجد نظام للتحويل إلى المستشفيات موزع على كافة المراكز والعيادات الطبية التابعة لدائرة الرعاية الصحية الأولية. وتوجد معايير متعارف عليها من الأطباء المتواجدين في هذه المراكز، ويتم تحويل الحالات من الطبيب المتواجد في المركز تلقائياً في حالة تقديره لحاجة المريض لذلك. ويجري تعبئة نموذج معد من قبل الوزارة يتم فيه تدوين تشخيص الطبيب والتوصية بتحويل المريض للمستشفى الحكومي، ويتم الالتزام بهذا الإجراء من كافة الأطباء في العيادات. أما بالنسبة للمعايير فلا توجد معايير محددة، وإنما فقط يتم الاعتماد على تشخيص الطبيب المتواجد في هذه العيادات وتوصيته حسبما أفاد به أحد مسؤولي وزارة الصحة. وبعد ذلك تقع مسؤولية متابعة التحويل على عاتق المريض نفسه.

ويوجد كذلك تعليمات للعلاج خارج مؤسسات وزارة الصحة، حيث يتم تحويل المريض للعلاج خارج مؤسسات الوزارة إذا قررت اللجنة المختصة أن العلاج المطلوب غير متوفر في مؤسسات الوزارة، وتلتزم الوزارة بتغطية نسبة من تكاليف العلاج وفق ما ينص عليه نظام التأمين الصحي والتحويلات للخارج. وقد قام وزير الصحة في المرحلة الانتقالية⁽³⁾ (د. غسان الخطيب) بإلغاء صلاحية الوزير ووكيل الوزارة في إصدار قرارات حول تخفيض مساهمة المريض، وشكل بديلاً عن صلاحية الوزير والوكيل لجنة اجتماعية تابعة لوزارة الصحة مكونة من ممثلين عن وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية، تقرر في الحالات التي تحتاج إلى تخفيض نسبة المساهمة حسب الحالة الاجتماعية، يعرض قرارها على الوزير الذي دائماً يأخذ بقراراتها. ووافق الوزير الحالي (قبل حكومة الوحدة الوطنية في آذار 2007)

(3) قبيل الانتخابات التشريعية الفلسطينية الثانية العام 2006.

على هذا التعديل ضمناً، ولكن هذا التعديل لم يصبح قانونياً بعد لأن الحكومة الجديدة جمدت كافة التعديلات التي أجريت في كافة الوزارات في المرحلة الانتقالية لحين البت فيها. أما تدخل الوزير للتحويل من مستشفى لآخر بهدف تحسين نوعية الخدمة لصالح مريض معين فما زال بإمكانه القيام بذلك، ولكن تقوم دائرة العلاج خارج الوزارة بتسجيل ذلك على الوزير وتذكره في التقارير التي يتم تقديمها لوزارة الصحة.

من جانب آخر لا يوجد عقد واضح بين صندوق التأمين الصحي والجهات المسؤولة عن توريد الخدمة من المستشفيات خارج الوزارة، كما لا يتم شراء هذه الخدمة من خلال عطاء لشراء الخدمة، أو من خلال عملية تتضمن إجراءات محددة مثل الإعلان في الصحف داخلياً وخارجياً وغيرها لتوريد الخدمة.

وجود سياسة لتعريف المواطنين بهذه الأنظمة:

أوضحت المقابلات مع مسؤولي الوزارة وكذلك المقابلات مع المواطنين أنه لا توجد سياسة واضحة لدى مؤسسات الوزارة المختلفة، أو لدى مؤسسة التأمين الصحي للترويج لهذه الأنظمة، وتعريف المواطنين بها. وفي العادة يتعرف المواطن على حقوقه، وواجباته، وعلى معايير استفادته من الخدمات المختلفة من خلال تجربته الشخصية، ومن خلال معارفه الذين تعرضوا لمحنة صحية، واستفادوا من هذه الخدمات. وهذا ما أجمعت عليه المقابلات التي أجريت مع المواطنين في إطار إعداد هذا التقرير. والواقع نفسه هو ما جرى تلمسه من المقابلات التي أجريت مع مسؤولين في الوزارة، وقد أعرب أكثر من مسؤول عن حاجة الوزارة إلى سياسة إعلامية وثنائية للجمهور في مجال تعريفهم بحقوقهم وواجباتهم، ومعايير استفادتهم من خدمات الوزارة.

كذلك لا توجد تعليمات في نظام التأمين الصحي موجهة للمواطنين لتعريف المواطن المؤمن صحياً بحقوقه وواجباته، أو لتعريف المواطن وتوعيته بشروط الحصول على الخدمة ونوعيتها، بالرغم من أن وثيقة التأمين تحتوي على بعض التعليمات إلا أن هذه التعليمات غير كافية من جهة وغير مفصلة وغير مفهومة للمواطن العادي من جهة ثانية.

فعلى سبيل المثال فإن المستشفيات تعاني من عدم توفر نص في نظام التأمين الصحي أو تعليمات من قبل الوزارة تحدد كيفية التعامل مع الحالات المستعجلة، خاصة أن هناك بعض الأمراض والحالات مثل التسممات من مصادر مختلفة حيث تمنع إسرائيل توفير الأدوية والعقار المضاد لها في مستشفيات

في مجال العلاج التخصصي (العلاج بالخارج) حيث بلغت التكلفة التقديرية لهذه التحويلات 4,231,292 شيكل حيث بلغ إجمالي الحالات المحولة للخارج 481 حالة تم تحويلها للعلاج خارج المستشفيات التابعة لوزارة الصحة سواء داخل الوطن أو داخل الخط الأخضر وخارج الوطن مصر والأردن منذ بداية الشهر الحالي نوفمبر وحتى 2006/11/22.

حيث بلغ إجمالي التحويلات إلى مستشفيات جمهورية مصر العربية 230 تحويلة بنسبة 48% من إجمالي التحويلات بتكلفة 1,332,361 شيكل بما نسبته 31% من إجمالي التكلفة الإجمالية للتحويلات، في حين بلغ إجمالي التحويلات لداخل الخط الأخضر حوالي 129 تحويلة بما نسبته 27% من إجمالي التحويلات بتكلفة 2,139,807 شيكل بما نسبته 51% من إجمالي التكلفة التقديرية للتحويلات، في حين بلغ إجمالي التحويلات الداخلية للمستشفيات والمراكز الطبية غير الحكومية في محافظات غزة 82 تحويلة بما نسبته 17% من إجمالي التحويلات بتكلفة 472,432 شيكل بما نسبته 11% من إجمالي التكلفة التقديرية للتحويلات، في حين بلغ إجمالي التحويلات لمستشفيات الأردن 20 تحويلة بما نسبته 4% من إجمالي التحويلات بتكلفة 191,250 شيكل بما نسبته 5% من إجمالي التكلفة التقديرية للتحويلات، في حين بلغ إجمالي التحويلات الداخلية للمستشفيات في القدس المحتلة 15 تحويلة بما نسبته 3% من إجمالي التحويلات بتكلفة 71,790 شيكل بما نسبته 2% من إجمالي التكلفة التقديرية للتحويلات، في حين بلغ إجمالي التحويلات الداخلية للمستشفيات والمراكز الطبية الغير حكومية في محافظات الشمالية 5 تحويلة بما نسبته 1% من إجمالي التحويلات بتكلفة 71,790 شيكل بما نسبته 1% من إجمالي التكلفة التقديرية للتحويلات.

ومن الجدير ذكره أن إجمالي التحويلات في مثل هذه الشهر من العام الماضي بلغ 1414 تحويلة بقيمة إجمالية 9,760,442 شيكل وهذه إشارة واضحة للسياسة التي تتبعها الوزارة من خلال العمل على ملف العلاج بالخارج لتحديد النفقات وتحويل الحالات المحتاجة لمثل هذا النوع من العلاج.

ويذكر أنه من بداية هذا الشهر قد تم تحويل 71 مصاباً من مصابي الاجتياح الأخير لمحافظة قطاع غزة للعلاج بالخارج، حيث تم تحويل 52 مصاباً للعلاج بجمهورية مصر العربية بالإضافة لـ 18 حالة تم تحويلها داخل الخط الأخضر وحالة واحدة تم تحويلها لإعادة التأهيل داخل محافظة غزة.

ومن الجدير ذكره أن جهات عديدة هاجمت وزارة الصحة وكالت لها التهم بأن الوزارة تحاول إغلاق هذه الملف ولو على حساب صحة المرضى، وعلى هذا الصعيد قال خالد راضي: لعل هذه الأرقام هي خير دليل على كل الذين كالموا التهم جزافاً على الوزارة بأنها أهملت هذه الملف وأنها لا تستمع لطلبات

الضفة بسبب خطورتها وتعدد استعمالاتها، وهذه الحالات تكون مستعجلة جداً وغير قابلة للتأجيل أو المرور بإجراءات التحويل من قبل الوزارة مما يضطر الأطباء إلى التحويل إلى مستشفيات إسرائيلية على عاتقهم، ومن ثم قد يواجهون مشاكل مع الوزارة، مع أن الهدف الرئيس هو إنقاذ حياة المصابين.

وبصورة عامة، فإن هناك مشكلة في الإجراءات، ناتجة عن عدم وجود لوائح تنفيذية، وبالتالي لا يوجد دليل إجراءات، فكل ما هو متوفر في أحسن الأحوال هي اجتهادات من الوزير ومستشاريه، من خلال تعميمات وتعليمات إدارية تستند إلى القانون. لكنها ليست صادرة عن مجلس الوزراء كما يجب.

من جانب آخر، فإن الأنظمة والتعليمات في أكثر من مجال يجري خرقها، (أو توفر الأنظمة نفسها فرصة لهذه التجاوزات)، ويستثنى من ذلك الحال في لجنة التحويلات للخارج، حيث تخلى الوزير عن صلاحياته الاستثنائية، وأحالها إلى لجنة فنية. لكن ما زالت هناك تجاوزات للأنظمة والتعليمات في مجال الإدخال للمستشفيات، وإجراء العمليات الجراحية وتوزيع الأدوية. وهذا ما برز في مقابلات المواطنين من جهة، وفي مقابلات بعض مسؤولي الوزارة، وسيتم التعرض إلى هذه التجاوزات لاحقاً.

توفير البيانات ونشر التقارير:

تصدر الوزارة ومؤسسة التأمين الصحي تقارير ربعية وسنوية يتم نشر بعضها على الصفحة الالكترونية لوزارة الصحة، أو يتم نشرها في مطبوعات. لكن هذه التقارير ذات طابع دعائي (إعلامي)، تبرز إنجازات الوزارة، أو تذكر عدد الخدمات، وعدد المستفيدين وما شابه. إن هذه التقارير سلوك إيجابي بحد ذاتها، وهي غنية بالبيانات المهمة، لكنها غير كافية، وتعاني بعض هذه التقارير من مشكلتين رئيسيتين: الأولى نوعية البيانات الموجودة، فهي لا توفر فرصة كافية لاعتمادها في تقييم درجة النزاهة على مجرد تقديم الخدمة. والثانية تتمثل في درجة انتشارها المحدود، خاصة وصولها إلى الجمهور الواسع.

وفيما يلي نموذج لهذه التقارير:

وزارة الصحة تستمر بتقديم خدمة العلاج بالخارج برغم من الحصار المفروض عليها*

استمرت وزارة الصحة بتقديم خدماتها الصحية للمرضى بالرغم من الحصار المفروض على الشعب الفلسطيني وخاصة

* نقلاً عن موقع وزارة الصحة: www.moh.gov.ps

والإدخالات للمستشفيات والإخراجات، والولادات وأعدادها وتصنيفاتها، وشؤون الموظفين والإجازات والدوام، والكوادر الطبية وغيرها. ويتم مراجعتها من الإدارة العامة للمستشفيات، ومن ثم تقوم هذه الإدارة بإعداد تقرير ربعي عن كافة هذه القضايا بالإضافة إلى القضايا الفنية والصيانة والصيدلة، وتقوم بتقديمها لمكتب الوزير، الذي بدوره يعمل على مراجعتها وتسليمها لمركز المعلومات في الوزارة، الذي يقوم بدوره بإعداد تقرير سنوي عن عمل وزارة الصحة بناء عليها. كذلك توجد آلية مشابهة في مجال الصحة الأولية وعمل المراكز الصحية. وقد ذكرنا بعض المآخذ على هذه التقارير أعلاه.

بالإضافة إلى التقارير، توجد آليات متابعة أخرى مثل عملية الزيارات الميدانية التي تقوم بها الإدارة العامة للتفتيش والرقابة على عمل المستشفيات والمراكز الصحية.

أما بالنسبة لشكاوى الجمهور فتتم فقط من خلال صندوق الشكاوى الموجود في غرفة الانتظار فقط، ويتم الإشراف عليه من دائرة الرقابة والتفتيش، إلا أنه لم يحصل أن وجدت شكوى في هذا الصندوق. وهذا يثير تساؤل حول ثقة المواطنين في جدوى تقديم الشكاوى، خاصة أنه لا يوجد هيئة منفصلة لمتابعة شكاوى الجمهور.

وأكدت أقوال معظم المواطنين الذين قابلناهم هذا الاستنتاج، فرغم أنهم واجهوا مشاكل مع الخدمات والمسؤولين في القطاع الصحي الحكومي، لكنهم لم يتقدموا بشكاوى لأنه لا يوجد لديهم وقت لمتابعة الشكاوى، أولاً يعرفون لمن سيتوجهون، أو لا يرون جدوى في تقديمها، وحسب تعبير أحد المبحوثين "لم نتقدم بأي شكوى لأية مؤسسة حكومية كوني غير مقتنع بان الشكاوى ستجد أي اهتمام من المسؤولين".

وبصورة عامة فإن آليات المساءلة في هذا القطاع تعاني من ضعف شديد، وينتج هذا الضعف، بصورة رئيسية، عن الافتقار إلى وجود هيئة متابعة منفصلة عن مقدم الخدمة، فالوزارة هي الجهة التي تقدم الخدمة، وهي نفسها التي تتابع عمل دوائرها.

الأخلاقيات والمعايير المهنية

وهذه الركيزة الثالثة لزيادة فرص تقديم الخدمات بدرجة كبيرة من النزاهة والمساواة بين المواطنين، وقد بين العمل الميداني ضعفاً شديداً في هذا المجال، وتمثلت مؤشرات ذلك فيما يلي:

- لا يوجد وصف وظيفي مكتوب للموظفين، وبعض الدوائر لا يوجد فيها هيكلية مقررة.

المرضى المحتاجين لمثل هذه القرارات الخاصة بعلاجهم خارج مستشفيات وزارة الصحة.

ويشار إلى أن وزير الصحة قد أصدر قراراً بتشكيل اللجنة الطبية العليا وقد تم تعيين د.محمد الكاشف مدير مستشفى العيون رئيساً لهذه اللجنة، ويذكر هنا أن هذه اللجنة تضم عشرة أعضاء من كافات التخصصات الفنية والإدارية بهدف استعراض الحالات المرضية والنظر فيها من الناحية الفنية. وكما تقوم اللجنة بمراجعة وتحديد الحالات الطارئة من الحالات العادية مع عدم إعاقة المريض، بالإضافة لعدم السماح للحالات التي يتم التعامل معها طبياً داخل المستشفيات التابعة لوزارة الصحة على أيدي أطباء مؤهلين بالتحويل للخارج.

وفي السياق نفسه لا توجد سياسة واضحة للنشر في هذا المجال. وبالتحديد طبعة البيانات التي يجري نشرها، ودرجة تفاصيلها، والجهات المخولة بالحصول على هذه البيانات. وهذا يرتبط بالأنظمة التي تنظم بناء وعمل مؤسسات هذا القطاع من جهة، وآليات المساءلة فيه من جهة أخرى. فأهمية البيانات تكمن في توفيرها صورة واضحة للجمهور والجهات الرقابية عن آلية تقديم هذه الخدمات، والمستفيدين منها، بحيث تشكل كايحا لفرص الفساد والمحسوبية في تقديم هذه الخدمات.

المساءلة

بصورة عامة تتم المتابعة من خلال التقارير الدورية التي تقدمها الدوائر المختلفة للوزارة، حيث أن هناك تقارير شهرية وربعية وتقارير سنوية، لكن لا تتم متابعة دقيقة من الوزارة لمثل هذه التقارير حسب ما أفاد به أكثر من مسؤول في الوزارة. وأضاف أحد المسؤولين في تقييمه للتعامل مع هذه التقارير أنها «لا تستخدم في تقييم العمل وممارسة الرقابة بقدر ما تستخدم في عملية تعزيز الولاءات وتجاوز الصلاحيات مما يؤدي إلى تداخل الصلاحيات بشكل كبير».

ويوجد عدة أنواع من التقارير في المستشفيات، وجميعها على نماذج محددة، وتشمل هذه التقارير:

تقارير أسبوعية: يتم إعدادها من المستشفيات وتقديمها للإدارة العامة للمستشفيات، وهذه التقارير تتضمن قضايا بحاجة لعلاج سريع، يتم الاحتفاظ بها في الإدارة العامة للمستشفيات.

تقارير دورية شهرية أو ربعية: تتضمن كافة المواضيع ذات العلاقة بعمل المستشفيات: حيث أن هناك تقارير عن عدد الأسرة والضغط عليها، وأعداد المرضى وتصنيفاتهم،

- المحاباة (Favoritism): أي تفضيل جهة على أخرى في الخدمة بغير حق للحصول على مصالح معينة.
- الواسطة ((Wasta): أي التدخل لصالح فرد ما، أو جماعة دون الالتزام بأصول العمل والكفاءة اللازمة، مثل: تعيين شخص في منصب معين لأسباب تتعلق بالقرابة أو الانتماء الحزبي رغم كونه غير كفؤ أو مستحق.
- نهب المال العام: أي الحصول على أموال الدولة والتصرف بها من غير وجه حق تحت مسميات مختلفة.
- الابتزاز (Black mailings): أي الحصول على أموال من طرف معين في المجتمع مقابل تنفيذ مصالح مرتبطة بوظيفة الشخص المتصف بالفساد (الشعبي، 2004). ندوة الفساد والحكم الصالح في العالم العربي، 20-23 أيلول 2004. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية والمعهد السويدي بالإسكندرية).

وقد أظهر العمل الميداني أنه لا توجد رشوة أو ابتزاز. بينما الشكل الأكثر شيوعاً هو المحسوبية. ومن المفيد التذكير في هذا المجال أن أشكال الفساد المختلفة لا تمس، في العادة، في حق الحالات المرضية ذات الأولوية من الاستفادة من الخدمات اللازمة. ونعرض فيما يلي نماذج من الفساد في القطاع الصحي.

المحسوبية: الطريقة الشائعة التي يلجأ لها المواطن للحصول على هذه الخدمة هي اللجوء إلى أحد المسؤولين، وتيسير حصولهم على التوقيعات والتحويلات اللازمة، وتكاد تكون هذه الطريقة متاحة لمعظم المواطنين. ومن الأمثلة على ذلك قصة المواطن س:

فيما يتعلق بكيفية حصولنا على تحويلة العلاج لمستشفى هدا، فقد كنت في البداية قد ذهبت للعلاج في مستشفى هدا على نفقة الأسرة، وبعد أن علمنا أن كلفة العلاج مرتفعة وليس بمقدورنا تحملها على الإطلاق توجه زوجي إلى احد الشخصيات القيادية النافذة في السلطة في المدينة وطلب منه مساعدتنا لدى الجهات المختصة لتغطية نفقات العلاج، وفعلاً توجه هذا القيادي إلى ديوان الرئاسة الفلسطينية وبعد يومين تمت الموافقة وبسهولة غير متوقعة من قبل الرئيس ياسر عرفات في حينه. بعد ذلك بدأت المعاناة الحقيقية حيث توجه زوجي إلى وزارة الصحة في رام الله حسب ما طلب منه الشخصية القيادية الذي ساعدنا في الحصول على توقيع الرئيس، وطلب موظفو وزارة الصحة من زوجي مراجعة الوزارة بعد أسبوع ونظراً لبعد المسافة وتعقيدات الطرق والجواز، وحاول زوجي الاتصال بهم بواسطة الهاتف لكن لم تكن هذه

- لا يوجد أنظمة وتعليمات تتعلق بسلوكيات الموظفين أثناء تقديمهم الخدمة للمواطنين. ويرى بعضهم أنه توجد بعض الأمور المتعارف عليها في هذا المجال، لكنها ليست مكتوبة. لكن وجود تعليمات وأنظمة مكتوبة يعني توفر مرجعية توجه سلوك الموظف من جهة، وتسمح بمساءلته على طريقة أدائه من جهة ثانية.

- كذلك لا يتلقى العاملون دليلاً لكيفية التعامل مع الجمهور، ولم يتلقى الموظفون أي دورات للتعامل مع الجمهور.

إن عدم توفر قواعد محددة توجه سلوك الموظف، وتضمن معاملته للمستفيدين من الخدمات الصحية على قاعدة الاحترام، والمساواة بين الجميع، تجعل من هامش مرونة الموظف في التعامل مع المواطنين واسع جداً، ما يعني زيادة احتمالات الفساد والمحسوبية. خاصة أن الموظف لا يجري تدريبه أو تثقيفه على تقديم الخدمة بروح عالية من النزاهة والمساواة بين المواطنين.

وفي السياق نفسه أبرزت ظاهرة إضراب القطاع الصحي الحاجة الماسة إلى توفير أنظمة وتعليمات تحدد سلوكيات الموظفين بشكل عام، وتحدد سلوكياتهم في ظروف الطوارئ. وعلى سبيل المثال تحديد الخدمات الضرورية التي يجب تقديمها في المستشفيات في جميع الظروف (تقدم رغم الإضراب)، وخدمات الصحة الأولية والوقائية التي يجب أن لا تتوقف.

مظاهر الفساد في القطاع الصحي الفلسطيني

تعددت مظاهر الفساد في الجهاز الصحي الحكومي التي كشفت عنها المقابلات. وقد جرى تمييزها في مجموعات وفقاً للتصنيف الوارد في ندوة الفساد والحكم الصالح في العالم العربي، والتي أشارت إلى أن ظاهرة الفساد في فلسطين تتجلى بمجموعة من السلوكيات التي يقوم بها بعض من يتولون المناصب العامة، وبالرغم من التشابه أحياناً والتداخل فيما بينها إلا أنه يمكن إجمالها كما يلي:

- الرشوة (Bribery): أي الحصول على أموال أو أية منافع أخرى من أجل تنفيذ عمل أو الامتناع عن تنفيذه مخالفة للأصول.
- المحسوبية (Nepotism): أي تنفيذ أعمال لصالح فرد أو جهة ينتمي لها الشخص مثل حزب أو عائلة أو منطقة... الخ، دون أن يكونوا مستحقين لها.

زيارة الطبيب في عيادته الخاصة يوفر علاجاً أفضل لهم، ويسهل لهم الحصول على خدمات المستشفى. وفي الوقت نفسه يقوم الطبيب باستغلال مرافق المستشفى، خاصة غرفة العمليات، لإجراء عمليات لزبائنه دون انتظار الدور. وحسب أقوال أحد المسؤولين في وزارة الصحة:

«لا توجد إجراءات من قبل الوزارة لتجنب الوساطة، فهناك تجاوزات كبيرة في مجال إجراء العمليات الجراحية من قبل الأطباء، خاصة أن الأطباء هم من يحددون مواعيد إجراء العمليات، حيث تحدث أحياناً تدخلات من قبل الوزراء أو وكيل الوزارة أو من قبل كبار المسؤولين في السلطة لدى الأطباء لصالح حالات معينة، وهذا كثيراً ما يحصل. وفي الغالب يكون التجاوز من قبل الطبيب نفسه، حيث يكون لدى الطبيب الذي سيجري العملية 10 أسماء وهمية من أصل 20 اسم على جدول عملياته، ويعتمد بعض الأطباء إلى ترك فرصة لحالات قد تمرّ بعياداتهم الخاصة لوضعها على جدول عملياتهم في المستشفى.»

وأشار أحد المواطنين أنه من تجربته تبين له أن بعض الأطباء يتعمدون تأجيل مواعيد العمليات الجراحية التي باستطاعة المستشفى أن يقوم بها إلى تواريخ بعيدة تحت ذريعة أن هنالك أعداداً كبيرة تنتظر لإجراء هذه العمليات، وربما يعطونهم مواعيد تبعد شهوراً وأكثر، وهنا ينصحون المريض بالتوجه إلى مستشفى خاص (في العادة يجرون فيه عمليات جراحية لمرضاهم) لإجراء العملية تحت إشراف نفس الطبيب، وذلك كي يستفيد هذا الطبيب مادياً، وكثيراً ما تنجح تلك الطريقة خاصة إن كان المريض يمتلك المال اللازم لإجراء العملية في مستشفى خاص ولا يريد الانتظار لفترة طويلة من الوقت.

إن أشكال الفساد السابقة شائعة، وعبر عنها المسؤولون في وزارة الصحة والمواطنون الذين أجريت معهم المقابلات، وكأن أشكال الفساد هذه اكتسبت شرعية اجتماعية، وما يعزز هذا الحكم تجذرها في الثقافة المجتمعية، وهو ما سنتعرض له لاحقاً.

من جانب آخر فإن الفساد في القطاع الصحي الحكومي يقوم به كبار المسؤولين في العادة. وحتى في الحالات التي يكون فيها ممارسة الفساد لصالح مواطن عادي فإنه يتم بواسطة أحد المسؤولين الكبار، مثل الوزراء والوكلاء وأعضاء المجلس التشريعي ومسؤولين تنظيميين أو قادة في الأجهزة الأمنية. وفي ظل الانتقالات الأمنية أصبح رائجاً محاباة بعض الناس، أو حصولهم على الخدمات الصحية أو التحويل للعلاج في الخارج بشكل يتعارض مع الأنظمة الموجودة تحت التهديد بالسلاح.

الطريقة مجدية. ولأن زوجي لم يحصل على التحويلة اللازمة للعلاج وتحت ضغط إدارة مستشفى هداسا ومطالبتها بالأموال اللازمة للعلاج اضطر إلى تحرير شيكات من حسابه الخاص بدون رصيد للمستشفى يسري مفعولها بعد شهر من تاريخه، لعلى وعسى أن يتمكن في فترة الشهر تلك من الحصول على التحويلة الضائعة بين الوزارات والمكاتب. وبعد الاستعانة بالقيادي المتنفذ الذي ساعدنا في البداية تمكنا من الحصول على التحويلة من وزارة الصحة وحولت السلطة مبلغاً يقدر بعشرة آلاف دينار أردني، وذلك حسب تعليمات الرئيس ياسر عرفات. وفيما بعد احتجت ثلاث مرات إلى تحويلات علاج، وفي كل مرة كان زوجي يمرّ بنفس السيناريو تقريباً.

وقدمت الحالات التي أجريت معها المقابلة روايات شبيهة بهذه في خطوبتها العامة.

المحاباة: أظهرت المقابلات ممارسات تدرج تحت هذا النمط من الفساد، وفي العادة يمارس هذا النوع لصالح كبار المسؤولين. فهناك بعض الخدمات العلاجية غير المتوفرة في سلة التأمين الصحي، ولكنها يتم تغطيتها من خلال التأمين الصحي نتيجة تجاوزات لكبار المسؤولين في السلطة الوطنية. وتوجد استثناءات تم إعطاؤها لكبار المسؤولين من حيث الاستفادة من التأمين الصحي. وهذه الاستثناءات لا يتم تطبيقها على المواطن العادي إلا من خلال تجاوزات ناتجة عن حالة الفلتان⁽⁴⁾ الأمني أو تدخل كبار المسؤولين لصالح هذا المواطن.

الوساطة: وهذه تتقاطع مع الشكلين السابقين، حيث يجري التدخل لصالح فريق بهدف حصولهم على الخدمات الصحية بما يتعارض مع النظام، أو تسريع دورهم في الحصول على العلاج. فمثلاً يتم التدخل من قبل كبار المسؤولين لتجاوز الإجراءات والنظام في حالات معينة بهدف تحويل بعض الحالات التي يتوفر لها علاج في الداخل، ويتم تحويلها للخارج لتلقي نفس العلاج، أو من خلال اختيار مستشفى محدد من قبل المواطن المستفيد من الخدمة بهدف تحسين نوعية الخدمة، أو من خلال التدخل لزيادة نسبة التغطية لصالح شخص معين.

نهب المال العام: ويقتصر هذا النوع من الفساد على بعض كبار المسؤولين في المستشفيات، بمن فيهم أطباء، ويتم ذلك في العادة من خلال استغلال عملهم في المستشفى لتغذية عياداتهم الخاصة بالزبائن، أو استخدام مرافق المستشفى لصالح زبائن عياداتهم. فأحياناً يطلب الطبيب من المريض مراجعته في عيادته الخاصة، ويوجد انطباق لدى المرضى أن

(4) إكراه الموظف المسؤول على التوقيع على المعاملات دون وجه حق.

العوامل المولدة للفساد في القطاع الصحي الحكومي

إن الجمع بين مقدم الخدمة ومتابعها في ظل إلزامية التأمين الصحي بالنسبة لموظفي القطاع العام يفقد هذا النظام قابلية المساءلة عن نوعية خدماته أو ضمان النزاهة والمساواة بين المواطنين في الاستفادة من هذه الخدمات. كذلك يفقدها حوافز تطوير النظام، أو السعي إلى توسيع دائرة المشتركين فيه، خاصة أن إدارة التأمين الصحي الحكومي لا تراعي المعايير الاقتصادية، وهي خاسرة باستمرار نتيجة معاناتها من مشكلة الاختيار العكسي، أي يقوم المواطن بالاشتراك في التأمين الصحي الحكومي عندما يحتاج إلى العلاج. وحسب ما أفاد به الذين قابلناهم فإن الأطباء كانوا ينصحونهم بعمل تأمين انتفاضة الأقصى، ويدفعون الرسوم المطلوبة ليصبح بإمكانهم الاستفادة من خدمات التأمين الصحي والعلاج في مرافق الوزارة، أو تحويلهم للعلاج خارج هذه المرافق.

ويفتح نظام التأمين الصحي الحالي الباب واسعاً أمام كسر النظام من خلال تدخلات المسؤولين أو من خلال الاستثناءات التي يسمح بها النظام نفسه. وعلى سبيل المثال فتح تأمين الأقصى الباب واسعاً أمام أشكال عديدة من الفساد في هذا المجال، وشكل ضغطاً كبيراً على التأمين الصحي الحكومي.

وبصورة عامة فإن بنية النظام الصحي الحالي، وبنية التأمين الصحي الحكومي لا تساعد على تقليص هوامش الفساد، بل الأدق أنها توسعها.

ضعف الشفافية وآليات المحاسبة

ويرتبط هذا العامل ببنية وهيكلية التأمين الصحي الحكومي بصورة رئيسية، فمن يقوم بمتابعة ومساءلة الوزارة عن خدماتها هي الوزارة نفسها. وبتوافق ذلك مع ضعف في أنظمة العمل والمعايير التي تشكل مرجعية لمحاسبة الوزارة عن تقديم خدماتها بصورة نزيهة من جهة، ومن جهة أخرى لا يتاح لأعضاء التأمين الصحي الاطلاع على آلية تقديم الخدمة والاستفادة منها، فلا توجد بيانات ملائمة، ولا توجد سياسة نشر واضحة للمعلومات. ومن المفارقات أن المرضى إذا لم يجدوا الدواء في صيدلية المركز الصحي أو المستشفى فإنهم يقومون بشرائها على حسابهم الخاص، رغم أن عقد التأمين الصحي يلزم مؤسسة التأمين الصحي تقديمه لهم. وبصورة عامة لا توجد معايير

يحمل الجهاز الصحي في بنيته القانونية والمؤسسية والسياسات العامة معظم أوجه الضعف والبيئة التي تفتح المجال وتزيد من فرص استخدام الوسائل غير الشرعية، للحصول على الخدمات التي تقدمها أو سوء استغلال السلطة من بعض العاملين فيها.

ما العوامل التي تجعل من باب الفساد واسعاً؟

من خلال العمل الميداني، ومن خلال مراجعة الأنظمة والتعليمات النازمة لعمل القطاع الصحي الحكومي، يمكن إجمال العوامل المولدة للفساد، أو التي تزيد من احتمالات ممارسته فيما يلي:

بنية التأمين الصحي الحكومي ... وغياب المساءلة

تأسس نظام التأمين الصحي للعاملين في القطاع العام في العام 1978. ويجمع نظام التأمين الصحي الحكومي في الضفة الغربية وقطاع غزة ما بين نظامين، أحدهما إلزامي والآخر طوعي؛ فهناك الاشتراك الإلزامي لموظفي وزارات السلطة الوطنية والمؤسسات والهيئات التابعة لها، والحالات المسجلة في وزارة الشؤون الاجتماعية كحالات اجتماعية (أي حالات تتلقى مساعدة منتظمة من الوزارة، وبعضها يتلقى فقط بطاقة تأمين صحي)، والأطفال تحت سن 3 سنوات، والمرضى المصابين بأمراض مستعصية (كالسرطان المشخص، والفشل الكلوي) أو المصابين بأمراض وبائية. خارج هذه الفئات لا يوجد تشريع يلزم أصحاب العمل في القطاع الخاص أو المنظمات الأهلية بتأمين المستخدمين لديهم صحياً.

ويتلقى المشتركون في التأمين الصحي الحكومي الخدمات الصحية ذاتها بغض النظر عن الأقساط المدفوعة من قبلهم، حيث يقدم التأمين الصحي الحكومي رزمة موحدة من الخدمات الصحية بغض النظر عن الأقساط المدفوعة من قبل المشترك. كما تؤمن وزارة الصحة الفلسطينية في حال عدم توفر الرعاية الصحية اللازمة للمريض في مرافقها الصحية إمكانية التحويل إلى مؤسسات صحية أخرى داخل الأراضي الفلسطينية (مستشفيات القطاعين الخاص والأهلي)، أو إلى دول أخرى، وخاصة مصر والأردن (هلال وآخرين، 1998). نحو نظام ضمان اجتماعي في الضفة الغربية وقطاع غزة. رام الله: ماس).

الآخرين الفعلية أو المتخيلة، يغذي لديه الثقافة التي تركز على ضرورة الوساطة والمحسوبية، وفي الوقت ذاته توفر هذه الثقافة بيئة ملائمة لإنعاش الفساد. وفي المحصلة تصبح ممارسات الفساد مسألة مفروغ منها، وتكتسب شرعية مجتمعية.

وقد أبرزت أقوال المسؤولين هذه المسألة، وحسب ما قاله أحد المسؤولين، فإن المواطن يأتي بملف مكتمل، ومن حقه الاستفادة من الخدمة حسب الأنظمة والتعليمات، لكنه يصر على تسليم الملف للمسؤول، ناقلا له تحيات مسؤول آخر، أو يصحب معه توصيات من مسؤول آخر. في السياق نفسه جاءت أقوال المبحوثين؛ فعلى سبيل المثال قالت إحدى المبحوثات أنها لم تستفد من تأمين أسرتها السابق، فقد لجأت إلى عمل تأمين صحي حسب (تأمين انتفاضة الأقصى)، عندما تعرضت للمرض، وسمحت علاقات زوجها مع المسؤولين في التنظيم في المنطقة في حصوله على توقيع الرئيس، وبالتالي الحصول على تكاليف العلاج خارج الوزارة (مستشفى هداسا)، رغم أن التحويل لم يتم من خلال الوزارة.

وتكشف إجابات المبحوثين عن عدم تقديمهم شكاوى رغم تدمرهم من نوعية الخدمة، أو من تعامل الموظفين عن قناعة بعدم جدوى التشكي من جهة، وعن عدم ربط هذه الخدمة بحقوقهم كمؤمنين لدى التأمين الحكومي من جهة ثانية، رغم وجود عقد ينظم علاقتهم بمؤسسة التأمين الصحي، يحدد حقوقهم وواجباتهم، وبالتالي فإن المواطن لا يتمسك بحقوقه، ويرى في الخدمة منحة من الحكومة، أو من الجهة التي تيسر له الحصول عليها.

فقر الموارد والضغط الكبير على موارد الجهاز الصحي الحكومي

تعاني وزارة الصحة من شح في مواردها، وفي الوقت نفسه يزداد الطلب على خدماتها، وهذا يعني زيادة التنافس على هذه الخدمات، وبالضرورة، نظريا على الأقل، تكون فرصة ذوي النفوذ أكبر في الحصول على هذه الخدمات، وبالتالي تولد حاجة ماسة لدى المواطن لإيجاد سند ملائم لتحسين فرصه في الحصول على الخدمة.

من جانب آخر نقص الموارد (المالية والتجهيزات والكوادر البشرية) يضعف من قدرة الوزارة على محاسبة كوادرها على تجاوزاتهم، حتى عندما تعلم بها. فحسب أحد المسؤولين:

واضحة قابلة لتحكيم درجة نزاهة الوزارة في تقديم خدماتها، تكون معروفة للمواطنين، ولا تتوفر بيانات ملائمة تسمح بتحكيم نزاهة الوزارة في تقديم خدماتها. والأهم أنه لا توجد في هيكلية العمل وأنظمتها جهات خارج الوزارة تقوم بمتابعة عملها وتقييمه.

من جهة أخرى فإن غياب تعليمات محددة، أو مدونة سلوك خاصة بالموظفين (كما مرّ أعلاه) تجعل من سلوك الموظف معتمدا على سماته الشخصية، وهذه مسألة لا يعتمد عليها في العمل المؤسسي؛ فغياب تعليمات واضحة لكيفية سلوك الموظف تزيد من احتمالات ممارسة الفساد.

الثقافة المجتمعية... اكساب ممارسة الفساد الشرعية

اتفق مسؤولو وزارة الصحة والمواطنون الذين أجريت معهم المقابلات على ترسخ قناعات لدى الجمهور أن الوساطة شرطا لحصول المواطن على الخدمة، أي الوساطة شرط للحصول على الحق، وليس فقط شرطا للحصول على امتيازات دون وجه حق، أو تجاوز حقوق الآخرين. وتشكل هذه القناعة أحد أوجه الثقافة المجتمعية في هذا المجال، بينما تشكل قناعة الجمهور أن الاستفادة من الخدمات الصحية هي منحة من الحكومة وليست حقا الوجه الثاني.

والسؤال المنطقي في هذا المجال، لماذا ترسخت مثل هذه الثقافة لدى المواطن الفلسطيني؟

لقد وفرت المقابلات الميدانية مفاتيح للإجابة على هذا السؤال، فقد بنيت هذه الثقافة بناء على التجربة الشخصية للمواطنين، حيث تيسر الوساطة لهم الحصول على حقوقهم، أو على الامتيازات المطلوبة، هذا من جهة، ومن جهة ثانية يعتمد المواطن في الحصول على المعلومات اللازمة حول التأمين الصحي والخدمات الصحية على تجربته الشخصية، أو من خلال السماع عن تجارب الآخرين، والذين يؤكدون أهمية الوساطة في تيسير الحصول على الخدمة.

من جهة أخرى فإن النظام الزبائني يوفر أرضية للوساطة والمحاباة، حيث يخلق حالة من المصالح المتبادلة بين المسؤولين فيما بينهم، وبينهم وبين المواطن العادي من جهة أخرى. أي أن بيئة النظام السياسي نفسها توفر أرضية مشجعة على الفساد.

وفي السياق ذاته فإن الفساد في القطاع الصحي يدخل في تغذية متبادلة مع الثقافة المجتمعية. فالفساد الذي يلمسه المواطن من خلال تجربته الخاصة، أو من خلال تناقل تجارب

حيث أن هناك انقلاباً في الهرم حيث أن الموارد التي ذهبت للعلاج في الداخل والخارج تمت على حساب تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وخاصة في المناطق الفقيرة والمهمشة. فعلى سبيل المثال فإن ميزانية وزارة الصحة لعام 2003 كانت 98.4 مليون دولار (مجملة الإنفاق الحقيقي لوزارة الصحة من أصل 108.6 الموازنة المفترضة للوزارة عام 2003) 55.4% منها ذهبت إلى تغطية رواتب العاملين، 17.9% على الأدوية واللوازم الطبية، 12.9% للتحويلات في الخارج و 13.9% على التكاليف التشغيلية في الوزارة. أما نصيب الرعاية الصحية الأولية فكان 17% في الضفة الغربية و 13% في قطاع غزة. أما الخدمات العلاجية في المستشفيات، فقد وصلت إلى 28%. وارتفعت تكاليف التحويلات للعلاج في الخارج بشكل ملحوظ، حيث وصلت إلى 26 مليون دولار في خلال النصف الأول من عام 2004 ما أدى إلى هدر الكثير من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في تطوير برامج صحية أكثر فاعلية وأكثر فائدة للفقراء والمحتاجين» (شاهين، 2005).

وهذا الخلل في توزيع ميزانية الوزارة يفرضه ضعف الميزانية، فما يخص لوزارة الصحة يتطلب إخضاعه إلى آلية لتحديد أولويات الصرف، ومن الطبيعي أن يكون المخصص مجال معين على حساب المخصص لمجال آخر. وبالتالي تخضع قدرة الوزارة على توفير الاحتياجات الصحية للمواطنين إلى أولويات الاستجابة للاحتياجات الآنية.

وبصورة عامة فإن عوامل تشجيع الفساد والمحسوبية في القطاع الصحي تشمل عوامل تتعلق ببنية القطاع الصحي الحكومي، وأخرى بإمكانيات هذا القطاع المادية والبشرية، وثالثة بالبيئة العامة والثقافة المجتمعية. وبالتالي فإن معالجة الفساد في هذا القطاع تأخذ بالضرورة هذه المحاور، وهذا ما سنعالجه في القسم التالي.



«في عملية الإدخال للمستشفيات يتم التجاوز من الأطباء أنفسهم في معظم الأحوال، لذلك يجب وضع نظام لا يسمح للمستشفيات بممارسة الفساد، من خلال وضع عدد من المعايير في تعيين الأطباء تحد من مشكلة تضارب المصالح الشخصية للأطباء والمصلحة العامة. لكن الوزارة لا تستطيع الضغط على هؤلاء الأطباء للالتزام بالتعليمات في هذا المجال لعدة أسباب:

- نقص بعض التخصصات وقلة التعيينات يجعل الوزارة تتمسك بالطبيب بالرغم من تجاوزه.
- هناك بعض الأطباء الذين يعملون لدى مستشفيات خاصة أو في عياداتهم الخاصة؛ مما يجعلهم غير محتاجين للعمل لدى الوزارة، وبالتالي فإن إثارة أية مشاكل معهم قد لا تكون لصالح الوزارة.
- كذلك يجري التفاوض عن هذه التجاوزات مراعاة لتدني رواتب هؤلاء الأطباء، ويجري تسهيل استخدام الأطباء لمرافق المستشفى في معالجة مرضى عياداتهم، بوصفها نوعاً من الحوافز لهؤلاء الأطباء“.

وقد أشار أحد المسؤولين إلى أن 40% من ميزانية وزارة الصحة يأتي من داخل الوزارة، وتشكل رسوم التأمين الصحي نسبة كبيرة من ميزانية الوزارة، ويتم تحويل هذه الأموال لوزارة المالية والتي بدورها تدخل ضمن الميزانية المحددة للوزارة ويتم صرفها بشكل غير منتظم، مما يعيق عملية التخطيط في الوزارة. كذلك يوجد نقص في كافة المستلزمات الطبية والأدوية، مما يؤدي إلى خلل في عملية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين ويشكل ضغطاً على هذه الخدمات خاصة بعد تأمين الأقصى الذي أدى إلى زيادة عدد المستفيدين من الخدمات الصحية الحكومية، بدون زيادة متزامنة في الكادر الوظيفي والمرافق والأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية.

وتشير البيانات المتعلقة بميزانية السلطة الوطنية الفلسطينية إلى قلة الموارد المخصصة لقطاع الصحة من الميزانية العامة خلال السنوات القليلة السابقة (تراوحت بين 8-10%)، وتشير تقارير بعض الخبراء إلى ضعف إمكانيات السلطة الوطنية الفلسطينية على سدّ الاحتياجات الصحية المتزايدة للمواطنين. وتشير التقديرات إلى أن القطاع الصحي الفلسطيني يتطلب دعم خارجي يتراوح ما بين 125-160 مليون دولار، في حين ليس من المتوقع الحصول على أكثر من 30-40% سنوياً خلال العقد القادم؛ مما يضع تحديات إضافية أمام السلطة الوطنية (شاهين، 2005). يضاف إلى ذلك وجود خلل في «تمويل الخدمات الصحية وتوزيع الموارد للقطاعات الصحية المختلفة

توصيات

- ويتطلب ذلك إيجاد حلول لتمويل تأمين الأسر الفقيرة، من خلال وزارة الشؤون الاجتماعية أو المؤسسات الخيرية المختلفة. وأيضا يتطلب إيجاد اتفاقيات مع الجهات المختلفة المؤهلة لتقديم الخدمة، سواء المؤسسات الصحية الحكومية، أو الأهلية أو الخاصة، ويكون واضحا لجمهور أعضاء التأمين شروط الاستفادة من هذه الخدمات في المؤسسات المختلفة. وهذا يعني سياسة واضحة للترويج لخدمات المؤسسة، وتعريف الجمهور بها.

- وانسجاما مع ذلك، ولتجاوز الثغرات التي أشار لها التقرير أعلاه، لا بد من وجود أنظمة وتعليمات واضحة تحدد حقوق المؤمنین وواجباتهم، وسياسة واضحة لنشر البيانات، وآليات محددة للمحاسبة، وتعليمات واضحة لسلوك الموظفين تراعي اختلاف تخصصاتهم، بما فيها تحديد معايير واضحة ومكتوبة ومعلنة لتحديد الاستثناءات في تقديم خدمات التأمين الصحي للحالات الإنسانية الطارئة، حتى لا يتم التجاوز باسم الحالات الإنسانية. إن وجود أنظمة واضحة ومحددة مفهومة للموظف وللجمهور تشكل مرجعية لخلق ثقافة مهنية تقلص فرص الفساد والمحسوبية من جهة، وتشكل مرجعية لمحاسبة الهيئة وموظفيها على تقديم الخدمات بروح النزاهة ومساواة المواطنين في تلقي الخدمة.

- ومن باب التأكيد على أهمية تنمية ثقافة مهنية محاربة للفساد، ومشجعة للنزاهة والمساواة في تقديم الخدمة، على هذه المؤسسة إيجاد نظام متكامل لتثقيف العاملين بهذه الروح، من خلال التدريب، والمتابعة، ومراقبة التزام الموظف بالتعليمات.

- إن تنوع شراء الخدمة، بالترافق مع تسعيرة محددة للخدمات الصحية يعالج مشكلتين يعاني منها التأمين الصحي، وهما: ضعف التمويل وتسجيله خسائر متراكمة، وعزوف المواطنين عن الاشتراك في التأمين الصحي الحكومي. فهكذا نظام يسمح بتقديم الخدمة لجميع المؤمنین ضمن مقاييس مقبولة، ويشجع رغبة جماعة في التميز من خلال اختيار الجهة التي سيتلقى الخدمة منها. وفي الوقت نفسه يولد هذا النظام حالة تنافسية بين المؤسسات الصحية.

تسعى هذه التوصيات إلى تقديم رزمة من الإجراءات التي تقلص من فرص الفساد، وتحاصر الفاسدين، بحيث تجعل من الفساد سلوكا منبوذا، ممارسته تزداد صعوبة. وتعتمد هذه المقترحات على آراء المسؤولين الذين قابلناهم من جهة، وعلى تشخيص التقرير للمشاكل والنواقص التي يعاني منها القطاع الصحي الحكومي، وبما يخدم تعزيز مبادئ الشفافية ونظم المساءلة فيه. وتشمل هذه الإجراءات:

1- إعادة بناء مؤسسة التأمين الصحي والعلاج في الخارج، وتعزيز روح الشفافية والمحاسبة فيها:

- إعادة تشكيلها كمؤسسة عامة لها إدارتها الخاصة المستقلة، والتي تجمع الفعاليات ذات العلاقة: الحكومة، القطاعين الخاص والأهلي، والمستفيدين، وخبراء مستقلين في هذا المجال، ولها استقلالها المالي. وهذا يعني الفصل بين مقدم الخدمة والجهة المشرفة على نشاطاتها، أي وزارة الصحة. وحينها تكون الوزارة أكثر فاعلية في الرقابة على نوعية الخدمات الصحية المقدمة، وعلى درجة نزاهة هذه المؤسسة في تقديم خدماتها. كذلك يسمح بناء مؤسسة تأمين صحي بإدارة مستقلة بخضوعها للمحاسبة من الجهات ذات العلاقة: وزارة الصحة، المجلس التشريعي، وأعضاء التأمين الصحي.

- ويحتاج تعزيز مؤسسة التأمين الصحي العامة تشريع قانون بإلزامية التأمين الصحي، ويمكن البدء في المرحلة الأولى بموظفي القطاع العام، والمنظمات الأهلية، والشركات الكبيرة والمتوسطة. وهذا يسمح بإدارة التأمين الصحي على أسس اقتصادية سليمة، بحيث يسمح بتجميع موارد كبيرة يمكن استثمارها اقتصاديا، وتسمح بديمومة هذا النظام، من خلال التغلب على مشكلة الاختيار العكسي (أي التأمين عند المرض فقط).

- وهذا يعني قيام مؤسسة التأمين الصحي بتحديد سلة خدماتها، وشراء هذه الخدمات من القطاع الحكومي أو القطاع الخاص والأهلي، أو من خارج فلسطين وفق تسعيرة خاصة لكل خدمة. بحيث يتاح المجال أمام المستفيد لتحديد الجهة التي تقدم له الخدمة، ويدفع حينها فروق سعر هذه الخدمة.

إن المقترحات السابقة ناتجة عن رؤية ترى في مواجهة الفساد حالة من الضوابط المؤسسية والمجتمعية التي تقلص من فرص ممارسة الفساد، حيث تعتمد المجموعة الأولى من الإجراءات على إعادة بناء مؤسسة التأمين الصحي وفق معايير تحقق الشفافية والمساءلة، وتكرس ثقافة مهنية تقوم على تقديم الخدمة للمواطن على قاعدة المساواة والنزاهة. فيما تتعلق مجموعة الإجراءات الثانية بخلق ثقافة مجتمعية تحاصر الفساد.

2- العمل على خلق ثقافة مجتمعية نابذة للفساد، وداعمة لمحاربهه، وذلك من خلال حملات التوعية من جهة، والانفتاح المعلوماتي على الجمهور من ناحية ثانية.

فإذا وجد الموظف والمؤسسة نفسيهما مكشوفين أمام الجمهور، قلص ذلك من ميله لممارسة الفساد. وأيضاً تزداد ثقة المواطن في قدرته على التمتع بحقه في تلقي الخدمة بمساواة مع الآخرين، وفي قدرته على التأثير في سلوك الموظف أو المؤسسة وفي محاسبتها على تجاوزاتها. وهذا يعني حلقة من التغذية المتبادلة بين فاعلية رقابة الجمهور ومأسسة تقديم الخدمة وفق معايير الشفافية، والمساءلة.



المصادر

- شاهين، محمد، 2005. ورقة حول السياسات الصحية التي تساهم في تحسين الأوضاع الصحية والاجتماعية للفقراء في الضفة الغربية وقطاع غزة. رام الله- وزارة التخطيط.
- الشعيبي، عزمي، 2004. ندوة الفساد والحكم الصالح في العالم العربي، 20-23 أيلول 2004. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية والمعهد السويدي بالإسكندرية.
- هلال، جميل وآخرون، 1998. نحو نظام ضمان اجتماعي في الضفة الغربية وقطاع غزة. رام الله: ماس.
- Maram, 2003. Baseline Health Survey in the West Bank and Gaza Strip.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004. المسح الصحي الديمغرافي 2004: النتائج الرئيسية. رام الله- فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. مسح أثر الإجراءات الإسرائيلية أحادية الجانب على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والبيئية للأسر الفلسطينية، 2006: النتائج الأساسية. رام الله- فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها -2005 المؤتمر الصحفي حول نتائج المسح الأولية. رام الله- فلسطين.



تعد أمان سلسلة التقارير هذه بالتعاون مع عضو ائتلاف أمان
مؤسسة مواطن - المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية

إعداد الباحثان: السيد ياسر شلبي والسيد حسن لدادوة
إشراف: د. عزمي الشعيبي / المنسق العام لإئتلاف أمان

مواطن - المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية

عمارة سعيد هيفا - ط ١ شارع الارسال - رام الله
ص.ب ١٨٤٥ ، رام الله - فلسطين
هاتف: ١١٠٨ ٢ ٢٩٥ ٩٧٢++
فاكس: ٢٨٥ ٠ ٢٩٦ ٩٧٢++
البريد الالكتروني: muwatin@muwatin.org
الصفحة الالكترونية: www.muwatin.org

الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة - أمان

عمارة الريماوي - ط ١ شارع الارسال - رام الله
ص.ب ٦٩٦٤٧ ، القدس ٨ ٩٥٩٠٠
هاتف: ٩٥٠٦ ٢ ٢٩٨ ٩٧٢++ / ٤٩٤٩ ٢ ٢٩٧ ٩٧٢++
فاكس: ٤٩٤٨ ٢ ٢٩٧ ٩٧٢++
البريد الالكتروني: aman@aman-palestine.org
الصفحة الالكترونية: www.aman-palestine.org