

وثيقة البنك الدولي
للاستعمال الرسمي فقط

رقم التقرير (PAD 1069)

المؤسسة الدولية للتنمية (IDA)

وثيقة تقييم مشروع

بشأن منحة مقترحة بمبلغ 8.5 مليون دولار أمريكي

إلى منظمة التحرير الفلسطينية "PLO"

(لصالح السلطة الفلسطينية "PA")

لتنفيذ مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ

6 كانون الثاني / يناير 2015

وحدة الممارسات العالمية في مجال الصحة والتغذية والسكان
منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

يَجري العملُ حالياً على إتاحة هذه الوثيقة لعامة الناس قبل أن يَنْظَرَ مجلس إدارة البنك الدولي في أمرها. ولا تتطوي هذه الإتاحةُ ضمناً على تحقيق نتيجة مُسلَّم بها جَدَلاً. كما يجوز تحديث هذه الوثيقة بعد أن يَنْظَرَ في أمرها مجلسُ إدارة البنك، ثم تُتَّاحُ الوثيقةُ بعد ذلك لعامة الناس وفق سياسة البنك الدولي الخاصة بالحصول على المعلومات.

السنة المالية للحكومة

من 1 كانون الثاني / يناير إلى 31 كانون الأول / ديسمبر

مكافئات العملة

(سعر الصرف الساري كما هو في 18 كانون الأول / ديسمبر 2014)

وحدة العملة = شيقل إسرائيلي (جديد)

1 دولار أمريكي = (3.94) شيقل إسرائيلي

1 شيقل = (0.25) دولار أمريكي

المختصرات والتسميات المختصرة بالحروف الأولى

AS	Assistance Strategy	استراتيجية المساعدات
DA	Designated Account	الحساب المُخصَّص
DFID	UK Department of International Development	دائرة التنمية الدولية البريطانية
DP	Development Partners	الشركاء في التنمية
DPG	Development Policy Grant	منحة لسياسة تنمية
EU	European Union	الاتحاد الأوروبي
FM	Financial Management	الإدارة المالية
FY	Fiscal Year	السنة المالية
GDP	Gross Domestic Product	الناتج المحلي الإجمالي أو إجمالي الناتج المحلي
GHI	Government Health Insurance	نظام التأمين الصحي الحكومي
HIS	Health Information System	نظام المعلومات الصحية
HMIS	Health Management Information System	نظام معلومات الإدارة الصحية
HQ	Headquarters	المركز الرئيسي
IA	Implementing Agency	الجهة المنفذة
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development	البنك الدولي للإنشاء والتعمير
ICT	Information and Communication Technology	تكنولوجيا المعلومات والاتصالات
IDA	International Development Association	المؤسسة الدولية للتنمية
IFR	Interim Financial Report	التقرير المالي المؤقت
IMF	International Monetary Fund	صندوق النقد الدولي
IMR	Infant Mortality Rate	معدل وفيات الرضع
IPF	Investment Project Financing	تمويل المشاريع الاستثمارية
IS	Interim Strategy	الاستراتيجية المؤقتة
IT	Information Technology	تكنولوجيا المعلومات
M&E	Monitoring and Evaluation	الرصد والتقييم
MDG	Millennium Development Goal	هدف إنمائي للألفية (أحد الأهداف الإنمائية للألفية)
MENA	Middle East and North Africa	منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
MIS	Management Information System	نظام المعلومات الإدارية
MMR	Maternal Mortality Ratio	معدل وفيات الأمهات
MOF	Ministry of Finance	وزارة المالية

MOH	Ministry of Health	وزارة الصحة
MTR	Medium Term Review	المراجعة على المدى المتوسط
NCDs	Non Communicable Diseases	الأمراض غير السارية
NDP	National Development Plan	خطة التنمية الوطنية
NGOs	Non-governmental Organization	منظمة غير حكومية (منظمة أهلية غير حكومية)
NORAD	Norwegian Agency for Development Cooperation	الوكالة النرويجية للتعاون التنموي
OMR	Outside Medical Referral	تحويل طبيّ إلى خارج النظام الصحي
OOP	Out-of-Pocket	المصاريف الصحية النثرية
OP	Operational Policy	السياسة التنفيذية
ORAF	Operational Risk Assessment Framework	إطار تقييم المخاطر التشغيلية
PA	Palestinian Authority	السلطة الفلسطينية
PCBS	Palestinian Central Bureau of Statistics	الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
PDO	Project Development Objective	الهدف التنموي للمشروع
PHC	Primary Healthcare	الرعاية الصحية الأولية
PFHS	Palestinian Family Health Survey	مسح صحة الأسرة الفلسطينية
PFM	Public Finance Management	إدارة المال العام
PHCCs	Primary Healthcare Centers	مراكز الرعاية الصحية الأولية
PLO	Palestine Liberation Organization	منظمة التحرير الفلسطينية
PMU	Project Management Unit	وحدة إدارة المشروع
PNDP	Palestine National Development Plan	خطة التنمية الوطنية الفلسطينية
PP	Procurement Plan	خطة المشتريات
PPL	Public Procurement Law	قانون المشتريات العامة
PT	Palestinian Territories	المناطق الفلسطينية
SC	Steering Committee	اللجنة التوجيهية
RFP	Request for Proposals	طلب استدراج عروض
RIS	Referral Information System	نظام معلومات التحويلات الطبية
TA	Technical Assistance	المساعدات الفنية
ToRs	Terms of Reference	الشروط المرجعية: الاختصاصات والصلاحيات
TTL	Task Team Leader	رئيس فريق العمل
U5MR	Under-5 Mortality Rate	معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة
UHC	Universal Health coverage	التغطية الصحية الشاملة
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency	وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا)
USAID	United States Agency of International Aid	الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
WA	Withdrawal Application	طلب السحب
WBG	West Bank and Gaza	الضفة الغربية وقطاع غزة
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية

نائب رئيس البنك الدولي بالإنابة:
المدير القطري للبنك الدولي في الضفة
الغربية وقطاع غزة:
مدير أول للممارسات العالمية:
مدير الممارسات:
رئيس فريق العمل:

جيرارد بيام
ستين لاي يورغنسين
تيموثي غرانت إيفانس
إنيس باريش
سميرة حلس

الضفة الغربية وقطاع غزة
مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ

جدول المحتويات

رقم الصفحة

- 1- السّياق الاستراتيجي 1
- أ) السّياق الفطري (الضفة الغربية وقطاع غزة) 1
- ب) أوضاع الحاجات العاجلة للمساعدات والقيود التي تحدّ من القدرات 2
- ج) السّياق القطاعي والسّياق المؤسسي 4
- د) الأهداف الإجمالية التي سيُسهم المشروع في تحقيقها 9
- 2- الأهداف التّتموية للمشروع 9
- أ) الهدف التّتموي للمشروع 9
- ب) المستفيدون من المشروع 11
- ج) مؤشرات النتائج على مستوى الهدف التّتموي للمشروع 11
- 3- وصف المشروع 11
- أ) أقسام المشروع 12
- ب) تمويل المشروع 13
- ج) الدروس المُستفادة من المشروع والمُعبر عنها في تصميم المشروع 14
- 4- التّفيذ 17
- أ) الترتيبات المؤسسية والتّفيذية 17
- ب) رصد النتائج وتقييمها 18
- ج) الاستدامة 18
- 5- المخاطر الرئيسية وتدابير التّخفيف منها 20
- أ) جدول خلاصة تصنيف المخاطر 20
- ب) شرح التّصنيف الكلي للمخاطر 20
- 6- ملخّص التّقييم 21
- أ) التّحليل الاقتصادي والمالي 21

- 21..... (ب) الجوانب الفنيّة
- 22 (ج) الإدارة المالية
- 23..... (د) المشتريات
- 23 (هـ) البنك الدولي يدعم عملية التنفيذ
- 24..... (و) الجوانب الاجتماعية
- 24..... (ز) التدابير الوقائية
- 25..... (ح) الاستثناءات من تطبيق سياسات البنك الدولي أو الإعفاء من تطبيقها

الملحق الأول: إطار النتائج والرصد

الملحق الثاني: الوصف التفصيلي للمشروع

الملحق الثالث: ترتيبات التنفيذ

الملحق الرابع: إطار تقييم المخاطر التشغيلية (ORAF)

الملحق الخامس: خطة دعم التنفيذ

الملحق السادس: السياق القطاعي والسياسي المؤسسي

الملحق السابع: تمويل القطاع الصحي في المناطق الفلسطينية (PT)

الملحق الثامن: التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي في المناطق الفلسطينية

الملحق التاسع: نبذة عن النظام الصحي في المناطق الفلسطينية

الملحق العاشر: التحليل الاقتصادي

صحيفة بيانات وثيقة تقييم المشروع (PAD)

الضفة الغربية وقطاع غزة

مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ (P150481)

وثيقة تقييم المشروع

منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

التقرير رقم: PAD1069

المعلومات الأساسية		
رقم تعريف المشروع: P150481	فئة التقييم البيئي (EA): C - غير مطلوب	رئيس الفريق: سميرة أحمد حلس
أداة الإقراض: تمويل المشاريع الاستثمارية	دولة هشة (عُرصة للمخاطر) و / أو وجود قيود تواجه القدرات: [X] - الدول الهشة - وجود كارثة طبيعية أو بشرية (من صنع الإنسان) الوسطاء الماليون [] سلسلة المشاريع [X]	موعد البدء بتنفيذ المشروع: 21 كانون الثاني / يناير 2015
الموعد المتوقع لدخول المشروع حيز التنفيذ: 10 شباط / فبراير 2015	موعد الانتهاء من تنفيذ المشروع: 31 كانون الأول / ديسمبر 2019	الموعد المتوقع لإقفال المشروع: 30 حزيران / يونيو 2020
بمشاركة مؤسسة التمويل الدولية "IFC": لا		
مدير الممارسة / المدير إنيس باريش	مدير أول للممارسات العالمية: تيموثي غرانت إيفانس	المدير والممثل المقيم: ستين لاف بورغينسين نائب الرئيس الإقليمي بالإقليم جيرارد بيام
متلقّي المنحة: وزارة المالية		
الجهة المسؤولة: وزارة الصحة		
جهة الاتصال: هانف رقم:	ماريا الأفرع 0598949104	مسمى الوظيفة: مديرة العلاقات الدولية البريد الإلكتروني: alaqr@yahoo.com
تأجيل عملية مراجعة التدابير الوقائية (من استعراض القرارات، الملاحظة الخاصة بالقرارات)		
هل سيتم تأجيل عملية استعراض التدابير الوقائية؟ نعم [] لا [X]		

	التأقلم		
		100	الصحة
		100	المجموع

أشهد أنه لا توجد معلومات ذات علاقة بمنافع مشتركة للتأقلم مع تغيّر المناخ والتخفيف من وطأتها تنطبق على هذا المشروع.

المحاور:

المحور (5 بحدّ أقصى ومجموع النسبة المئوية (%) يجب أن يساوي 100)

المحور الرئيسي	المحور	%
التنمية البشرية	أداء النظام الصحي	60
التنمية البشرية	الإصابات والأمراض غير السارية	30
التنمية البشرية	أنواع أخرى من التنمية البشرية	10
المجموع		100

الأهداف التنموية المقترحة

الهدف التنموي المقترح للمشروع هو مساندة السلطة الفلسطينية في تأمين استمرارها في تقديم خدمات الرعاية الصحية وفي بناء قدراتها على تحمّل الارتفاع المفاجئ الطلب على خدمات الرعاية الصحية الفاعلة في المستقبل.

أقسام المشروع

اسم القسم	التكلفة بالمليون دولار أمريكي
القسم الأول: نافذة الطوارئ والاستجابة السريعة	2.00
القسم الثاني: ترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي	3.50
القسم الثالث: دعم تغطية الخدمات الصحية بهدف تعزيز قدرات القطاع الصحي على الصمود	2.00
القسم الرابع: إدارة المشروع وبناء القدرات	1.00

الالتزام

السياسة

هل ينحرف المشروع عن استراتيجية المساعدات القطرية "CAS" من حيث المضمون أو من جوانب مهمة أخرى؟	نعم [] لا [×]
هل يتطلب المشروع أي إعفاءات من تطبيق سياسات البنك؟	نعم [] لا [×]
هل وافقت إدارة البنك على هذه الإعفاءات؟	نعم [] لا []
هل ثمة مساع جارية لدى البنك للحصول على إعفاءات من تطبيق تلك السياسات؟	نعم [] لا [×]
هل يستوفي المشروع المعايير الإقليمية بالنسبة لقابليته للتنفيذ؟	نعم [×] لا []

لا	نعم	سياسات التدابير الوقائية التي يتسبب المشروع في اتخاذها
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بالتقييم البيئي رقم OP/BP 4.01
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بالموائل الطبيعية رقم OP/BP 4.04
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بالغابات رقم OP/BP 4.36
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بمكافحة الآفات الحشرية رقم OP 4.09
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بالموارد الثقافية الطبيعية رقم OP/BP 4.11
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بالشعوب الأصلية رقم OP/BP 4.10
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بإعادة التوطين القسرية رقم OP/BP 4.12
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بسلامة السدود رقم OP/BP 4.37
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بمشاريع المجاري المائية الدولية رقم OP/BP 7.50
X		السياسة التنفيذية / إجراءات البنك الخاصة بالمشاريع في المناطق المتنازع عليها رقم OP/BP 7.60

المواثيق القانونية

الاسم: المادة الرابعة 5-02

سيتم توقيع الاتفاقية الفرعية بين منظمة التحرير الفلسطينية (المنظمة PLO) والسلطة الفلسطينية (السلطة PA).
 الرأي القانوني الصادر عن وزير العدل لدى السلطة الفلسطينية (أ) يؤكد بأن منظمة التحرير الفلسطينية هي التي فوّضت، حسب الأصول، بإبرام اتفاقية المنحة، وهي التي صادقت عليها، وبأن اتفاقية المنحة قد تم تنفيذها وإنجازها بالنيابة عن المنظمة، وبأن اتفاقية المنحة ملزمة للمنظمة وفق نصوصها. (ب) يؤكد بأن منظمة التحرير الفلسطينية والسلطة الفلسطينية هما اللتان فوّضتا، حسب الأصول، بإبرام الاتفاقية الفرعية، وهما اللتان صادقتا عليها، وبأن الاتفاقية الفرعية قد تم تنفيذها وإنجازها بالنيابة عن المنظمة والسلطة، وبأن الاتفاقية الفرعية ملزمة للمنظمة وللسلطة وفق نصوصها.

الاسم: الجدول - 2، القسم الثاني - أ - 2

التكرار	تاريخ الاستحقاق	متكرر	المراجعة في المدى المتوسط
مرة واحدة	15 أيار / مايو 2017		

وصف الميثاق:

يلتزم مُتلقّي المنحة، بمشاركة البنك الدولي، بإجراء مراجعة للمشروع على المدى المتوسط وذلك في موعد أقصاه 15 أيار / مايو 2017. تغطي المراجعة ما تم تحقيقه من تقدم على صعيد تنفيذ المشروع. وتحقيقاً لهذه الغاية، يلتزم المتلقّي بإعداد تقرير وتقديمه إلى البنك الدولي في موعد أقصاه 15 آذار / مارس 2017، يدمج نتائج نشاطات الرصد والتقييم التي جرى تنفيذها خلال المدة التي تسبق تاريخ التقرير، ويضع التوصيات لضمان التنفيذ الفعال للمشروع وتحقيق هدفه خلال المدة التي تلي ذلك التاريخ.

الشروط: المادة الرابعة 5 - 01

مواصفات الشرط:

لا تُصبح اتفاقية المنحة نافذة المفعول إلا بعد تزويد البنك الدولي بإثبات يرضى عنه البنك الدولي ويفيد بأن الشرطين الموضّحين تالياً قد تم استيفاءهما على نحو يرضى عنه البنك من حيث الطريقة والشكل والمضمون:

(أ) أن تكون جميع إجراءات العمل الحكومي و / أو إجراءات الشركات اللازمة قد فوّضت بتنفيذ هذه الاتفاقية وإنجازها أو بالمصادقة عليها، حسب الأصول، بالنيابة عن المتلقّي.

(ب) أن يتم تنفيذ الاتفاقية الفرعية المشار إليها في القسم الأول - أ، من الجدول - 2 من هذه الاتفاقية بالنيابة عن المتلقّي والسلطة الفلسطينية.

تركيبه الفريق					
كوادر البنك الدولي					
الاسم	مسمى الوظيفة	التخصص	الوحدة		
عبدالله عوض	مسؤول تكنولوجيا المعلومات، خدمات العملاء	الحلول المعلوماتية والتكنولوجية	ITSCR		
أندريانيرينا ميشيل إريك رانجيفا	مسؤول تمويل	التمويل والصراف	CTRLA		
بشير أحمد فهم جبر	محلل مشتريات	المشتريات	GGODR		
إيجي عمر أوجيليك	معاون مهني مُستجد	اقتصاد الصحة والتمويل في المجال الصحي	GHNDR		
إمري أوزالتين	خبير اقتصادي أول (مجال الصحة)	اقتصاد الصحة والتمويل في المجال الصحي	GHNDR		
إنيس باريش	مدير الممارسات	السياسة الصحية والتخطيط الصحي	GHNDR		
إيفاريسيت بايمو	مستشار قانوني أول	القانون	LEGAM		
ليليان فروست	مستشار	عمليات البنك	GSPDR		
لينا فتح الله الرجوب	اختصاصي مشتريات أول	المشتريات	GGODR		
مها محمد بالي	مساعد برنامج	عمليات البنك	MNCGZ		
باول جيلي	مستشار	تنفيذ وتقييم المشاريع	GEDDR		
زفانيل كوريز	خبير اقتصادي أول (مجال الصحة)	اقتصاد الصحة والتمويل في المجال الصحي	GHNDR		
رهام حسين	اختصاصي إدارة مالية	الإدارة المالية	GGODR		
سميرة أحمد حلس	مسؤول عمليات أول	رئيس الفريق	GSPDR		
زالتان سابك	مستشار	أنظمة المعلومات الإدارية الصحية	GHNDR		
الكوادر الأخرى					
الاسم	مسمى الوظيفة	المدينة			
الأماكن:					
البلد	القسم الإداري الأول	المكان	المخطط له	الفعلي	ملاحظات
الضفة الغربية وقطاع غزة	قطاع غزة	قطاع غزة		X	
الضفة الغربية وقطاع غزة	الضفة الغربية	الضفة الغربية		X	

أولاً: السياق الاستراتيجي

أ- السياق القطري:

(1) **انزلق الاقتصاد الفلسطيني إلى حالة ركود خلال عام 2014.** فبعد فترة من التعافي الاقتصادي المستمر بين عامي 2007 و 2011، والتي أتاؤها تجاوز متوسط النمو نسبة ثمانية في المئة، أخذ الوضع الاقتصادي يَضْعَفُ أكثر فأكثر. بدأ حدوث الانكماش الاقتصادي خلال عام 2012 عندما تباطأت عجلة النمو الاقتصادي لتتهبط إلى نسبة ستة في المئة نتيجةً لانخفاض حاد في الدعم الأجنبي. وقد أدى هذا الانكماش، الذي اقترن باستمرار فرض القيود الإسرائيلية وارتفاع مستوى الغموض في الوضع السياسي،¹ إلى حدوث انخفاض مهم (ذي دلالة إحصائية) في الاستهلاك على المستويين العام والخاص، مما سبب المزيد من الانخفاض في مستوى النمو الاقتصادي إلى نسبة اثنين في المئة خلال عام 2013. وقد استمر هذا الانخفاض خلال عام 2014، فانزلق الاقتصاد فعلياً في حالة ركود قبل اندلاع حرب غزة الأخيرة. وتُشير التّقدّيرات التي وُضعت مؤخراً إلى النمو السنوي الكامل في الاقتصاد خلال عام 2014 داخل المناطق الفلسطينية سوف يصل إلى حوالي أربعة في المئة. ونظراً لإلحاق أضرار شديدة باقتصاد قطاع غزة جزاء الحرب الأخيرة عليه، فإن هذا الاقتصاد يُتَوَقَّعُ له أن يكون قد انكمش بنسبة 15 في المئة خلال عام 2014، في حين يُتَوَقَّعُ لاقتصاد الضفة الغربية بأن ينمو بنسبة 0.5 في المئة تقريباً.

(2) ما تزال البطالة مرتفعة؛ ويرجع ذلك بصفة رئيسة إلى المستويات المنخفضة من الاستثمار الخاص الذي تراوح متوسطه حول نسبة 15 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي (GDP) على مدى السنوات السبع الماضية. فما يزال هنالك تحوُّلاً جوهرياً في النشاط الاقتصادي، والذي يختص بالابتعاد عن قطاعي الزراعة والصناعة والتوجه نحو قطاع الخدمات، وما تزال معظم مكونات الاستثمار في القطاع الخاص تتمركز في القطاعات التي لا يمكن المتاجرة بها (استيراداً وتصديراً)، والتي هي غير قادرة على توليد النمو وفرص العمل الكافيين. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مشاركة القوى العاملة في الاقتصاد منخفضة المستوى؛ ففي الربع الثاني من عام 2014، بلغ مستوى البطالة 26.3 في المئة (16 في المئة في الضفة الغربية ونسبة مُذهلة في قطاع غزة بلغت 45.1 في المئة قبل اندلاع النزاع - وهي نسبة يُتَوَقَّعُ لها أن تزداد زيادةً كبيرةً مع انتشار حجم الدمار الذي لحق بمؤسسات الأعمال والمصانع أثناء وقوع النزاع). أما البطالة في صفوف الإناث والشباب في الفئة العمرية بين 15 و 29 عاماً فمرتفعة هي الأخرى (39.6 في المئة و 39.5 في المئة، في المنطقتين على التوالي). والافتقار إلى الديناميكية في القطاع الخاص واضح، استناداً إلى واقع مفاده أن السلطة الفلسطينية (PA) تُوظفُ نسبةً كبيرةً من القوى العاملة (تبلغ 23 في المئة تقريباً).

(3) **ثلث الفلسطينيين في قطاع غزة كانوا إما فقراء وإما مستضعفين عندما اندلع النزاع.** فمع أن نسبة السكان الذين يعيشون على أقل من 1.25 دولاراً أمريكياً في اليوم داخل المناطق الفلسطينية أقل من ثلاثة بالمئة، وأن

¹ حكومة إسرائيل (GoI) تذكر الهموم الأمنية التي تُقيد قدرتها على إدخال المزيد من التبشير على مختلف القيود أو رفع تلك القيود المفروضة على النشاط الاقتصادي داخل الضفة الغربية وقطاع غزة.

السكان الذين يعيشون على أقل من 2 دولارين أمريكيين في اليوم أقل من نسبة خمسة بالمئة، إلا أن نسبة الفقر على المستوى الوطني، مقياساً بعدد الأسر المعيشية التي تعيش دون مستوى خط الفقر الوطني،² كانت 25.8 في عام 2011. وعلاوة على ذلك، فإن هذه النسبة كانت 18 في المئة في الضفة الغربية وأكثر من ضعفها في قطاع غزة (39 في المئة). ويُشير مؤشر "جيني Gini" لقياس عدم المساواة (مقداره 0.403) أيضاً إلى دلالة إحصائية عن التفاوت في الدّخل داخل مناطق السلطة الفلسطينية.

(4) **تحد القيود الإسرائيلية المفروضة النشاط الاقتصادي، ولا سيما على التجارة، والتنقل، والوصول أو النفاذ إلى الأماكن الأخرى . فهناك تقييداً مُلزماً على التقدّم الاقتصادي والاجتماعي داخل المناطق الفلسطينية.** وبلغ الشعور بهذه القيود أشده في الآونة الأخيرة أثناء عملية الاقتحام التي تعرّض لها قطاع غزة في صيف عام 2014، حيث أدت الأعمال العدائية إلى زيادة أعداد الوفيات واتّسع حجم الدّمار الذي لحق بالممتلكات والبنية التحتية. وكشف النّزاع النّقاب عن مكامن الضعف الرئيسة في صمود الحكومة الفلسطينية من النواحي المؤسسية، والتنظيمية والمالية، وفي قدرتها المحدودة على احتواء العواقب المترتبة على فرض هذه القيود في أوقات ارتفاع مستوى الحاجة. وفي ظلّ تضاؤل قدرتها على التّعامل مع الوضع، والتّقديم الفعّال للخدمات الصحية. بلغت الأمور نقطة تحوّل حاسمة تقتضيها الحاجة إلى التّجديد في ترشيد وإصلاح النموذج القائم والمستخدم في حوكمة وتمويل قطاع الصحة الفلسطيني؛ وذلك كي يتمكّن القطاع من الاستجابة الفعّالة للطلب المتزايد في ظل محدودية الموارد، وارتفاع مستوى الحاجات الخاصة بالصّحة والرّعاية الصّحية. فتمتّ حاجة مُلحة ومهمّة، لم يسبق لها مثيل، إلى دعم السلطة الفلسطينية في بناء مؤسسات وأنظمة تتّصف بالصّمود في مواجهة الطوارئ؛ وذلك لضمان تحقيق التّمنية البشرية للسكان الفلسطينيين.

(ب) **أوضاع الحاجات العاجلة للمساعدات والقيود التي تحدّ من القدرات:**

(5) **سبب النّزاع الأخير في قطاع غزة عواقب وخيمة على صحة السّكان في القطاع.** أدى النّزاع الذي دام مدة 51 يوماً، والذي وقع خلال شهري تموز / يوليو وآب / أغسطس 2014، إلى وفاة وفاة 2,145 شخصاً وإصابة 11,231 شخصاً، ومن المرجّح أن تودّي نسبة عشرة بالمائة من الإصابات (أي ما يزيد عن 1,000 حالة) إلى حدوث إعاقات دائمة، كما أحدث النّزاع ضغطاً كبيراً على النظام الصحي الضعيف أصلاً. إذ ازداد عدد الوفيات بين حديثي الولادة وبين الأمهات. أمّا أثرُ الوضع على طلب الخدمات المتخصصة، ومنها المتعلق بالأمراض المزمنة المُهدّدة للحياة أو الأمراض المُعدية، فما يزال مُلحاً على وجه الخصوص. كذلك، ما يزال هنالك ارتفاع في حجم سلوكيات التّعامل السّلبّي، التي تشمل تعاطي المواد المُخدّرة والعنف، ولا سيّما بين النساء والفتيات. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ قطاع غزة كان يُعاني من تفشّي مرضين قبل اندلاع النّزاع الأخير، أولهما مرض النّكاف منذ شهر نيسان / أبريل 2013، والذي يستمر في التّفشّي والانتشار بمعدل متزايد، وثانيهما التهاب السّحايا الفيروسي، الذي بدأ بالانتشار في شهر آذار / مارس 2014، واستمرّ بذلك ولكن بوتيرة أبطأ

² تُعرّف نسبة الفقر الوطني بأنّها النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون دون مستوى خط الفقر الوطني، محسوباً على أساس النفقات المطلوبة لتلبية حاجات الاستهلاك الأساسية. وباستخدام أسرة معيشية مؤلّفة من شخصين بالغين راشدين وثلاثة أطفال كحالة مرجعية، فإن خط الفقر، وفقاً للمكتب المركزي للإحصاءات الفلسطيني، محدّد بمبلغ 2.293 شقيل إسرائيلي أو بحوالي 637 دولاراً أمريكياً في الشهر.

من قبل. وإضافةً إلى ذلك، فقد نزح ما يقرب من ثلث سكان القطاع أثناء النزاع، والكثير من هؤلاء النازحين يقيمون حالياً في دور إيواء أو لدى أسرٍ مُضيّفة ويمتلك معظمهم إمكانيةً محدودة للحصول على الرعاية والخدمات الصحية .

(6) **القطاع الصحي الفلسطيني، الضعيفُ أصلاً والذي يواجه صعوبات في مواجهة التحدّيات القطاعية قبل حدوث الأزمة، مُتقلِّ بالأعباء، ولا يستطيع التعامل مع الوضع الراهن.** فمع أنّ الكثير من المستشفيات قد وضعت خطراً للطوارئ والحالات العرَضية، فإن مستوى الدمار وعدد الضحايا تجاوز أسوأ سيناريوهات التآهب والاستعداد لحدوثها. فالأضرارُ لحقت بما مجموعه 58 في المئة من جميع المرافق الصحية، و50 في المئة فقط من مراكز الرعاية الأولية بقيت فعالة، وثمة نقصٌ في الأدوية والأجهزة والمعدات الطبيّة الضرورية، والمياه النظيفة والوقود. وكان القطاعُ الصحيّ منهكاً في التعامل مع المصابين والجرحى. وأدى عدم قدرة القطاع على مواكبة متطلبات الخدمات والنظافة والتّعقيم داخل المستشفيات إلى ارتفاع معدل حالات العدوى المبلّغ عنها بعد الخروج من المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأولية. وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ إغلاق نقاط التفتيش على المعابر (التي تُتيح إمكانية العبور إلى إسرائيل ومصر) تحد من قدرة وزارة الصحة على تحويل المرضى إلى المستشفيات الخارجية لتلقّي العلاجات الضرورية. وفي ظلّ مواجهة حاجات قطاع الصحة الفورية، توقّفت معظم مبادرات الصحة العامة، وبخاصة المرتبطة منها بالوقاية، وتراجعت مؤشرات الصحة الأساسية الأمر الذي جعل تحقيق النتائج الصحية طويلة الأمد للشعب بعيدة عن المنال .

(7) **فاقم النزاع مشكلات الموازنة الملحة لدى السلطة الفلسطينية بشدة.** فقبل وقوع النزاع كان القطاع الصحي متقللاً بمتأخرات متراكمة، بلغت 193.2 مليون دولار أمريكي³ في عام 2013 (فيما عدا الرواتب)، وتُمثّل أكثر من نصف جميع نفقات وزارة الصحة (54 في المئة). وإضافةً إلى ذلك، فمن المتوقّع أن تكون هذه التّفقات قد ارتفعت بشكل كبير على ضوء النزاع الأخير. يقدر أن 127 في المئة مخصصات القطاع الصحي في الميزانية السنوية صرفت خلال الفترة بين كانون الثاني / يناير وأيلول / سبتمبر 2014، وجزءٌ كبيرٌ من هذه التّفقات سببه التكلفة المتنامية للتحويلات الطبيّة إلى خارج النظام الصحي "OMR"، وخاصة إلى المستشفيات الإسرائيلية. لقد فاقم النزاع الوضع إلى حدٍّ كبير، وكفّاءات السلطة الفلسطينية على مواجهة التحدّيات الفورية في القطاع الصحي وعلى دفع تكاليف توفير الخدمات الصحية، والمستحضرات الصيدلانية/الدوائية والنفقات المنكّرة، محدودة.

(8) **وَقَر الوضع الطارئ لكل من وزارة الصحة ووزارة المالية حافزاً قوياً لتلبية الحاجات الفورية ولمعالجة المشكلات الأساسية الأصلية التي تواجه القطاع الصحي.** الدافع إلى الإصلاح قبل اندلاع النزاع كان يزداد قوة، حيث كانت وزارة الصحة، على سبيل المثال، قد اتّخذت خطوات ملموسة لإظهار التزامها القوي بالتّحدّيات التي تواجه القطاع الصحي ومعالجتها. وقد تضمّنت تلك الالتزامات تعيين شركة متخصصة في مراجعة وتدقيق

³ من هذا المبلغ (193.2) مليون دولار أمريكي، هناك مبلغ 95 مليون دولار أمريكي ناتجة عن تكاليف المستحضرات الصيدلانية/الدوائية والمواد المُستهلكة (إلى جانب بنود إنفاق أخرى)، ومبلغ (85.1) مليون دولار أمريكي ناتجة عن تكاليف خدمات الشراء، وحوالي مبلغ (12.9) مليون دولار أمريكي ناتجة عن نفقات رأسمالية ونفقات منكرة أخرى.

حسابات، والعمل على وضع قاعدة أساسية لمراجعة التحويلات الطبية، والسعي إلى وضع بروتوكولات ومبادئ توجيهية للتحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي. فقد سلط النزاع الأضواء على نقاط الضعف في النظام الصحي بدرجة أكبر من قبل، والسلطة الفلسطينية ملتزمة بتحسين قدرات نظام الرعاية الصحية ليستجيب إلى حاجات السكان الصحية الفورية والطارئة، بطريقة تكون مستدامةً على المدى البعيد.

(9) **تُوجدُ الآنَ فرصةٌ سانحةٌ للدفع باتجاه وضع تدابير تعمل على تخفيف وطأة الحاجات الفورية ومعالجة الضغوط المالية التي يواجهها النظام الصحي.** فقد تفاقم الأثر المباشر للنزاع على حياة الناس والبنية التحتية الصحية، بفعل المُحدّات الهيكلية والأزمة المالية العامة التي يزيد بها الانكماش الاقتصادي طويل الأمد، وبفعل تقلص تدفقات المعونات وجمود الوضع السياسي. ومع وجود آفاق محدودة أمام النظام الصحي العامل للتعافي من دون تدخل، فإنّ البنك الدولي مؤهل لدعم القطاع الصحي من خلال تنفيذ عملية طارئة. فبالإضافة إلى دعم السلطة الفلسطينية في معالجة الحاجات الصحية الفورية للسكان، سيُعالجُ المشروع المقترح الضغوط المالية طويلة الأجل عن طريق دعم الإصلاحات الضرورية التي ستشكل ببنية جوهرية لضمان استدامة ما يتحقق من مكاسب قصيرة الأجل. وعلى وجه التحديد، فإنّ هذه العملية الطارئة المُقترحة سوف تقوم بما يلي:

أ) تلبية الحاجات المالية الصحية العاجلة التي ازدادت بصورة كبيرة نتيجة للنزاع الأخير.
ب) المساعدة على احتواء الفجوة المالية التي ما زالت تزداد بين الإيرادات والتفقات في القطاع الصحي؛ وذلك عن طريق ترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، فالتحويلاتُ تمثلُ بند الإنفاق الأكثر كلفةً في موازنة القطاع الصحي، إلى جانب أنها تُعتبر المصدر الرئيسي للعجز المالي.

ج) السّياق القطاعي والسّياق المؤسسي:

(10) **يُتّصف النظام الصحي في المناطق الفلسطينية بصفتين مُميّزتين هما:**
(1) وجوده في وضع سياسي يتصف بعدم الاستقرار وفي نزاع تحت السيطرة الإسرائيلية، وهذان العاملان يُضعفان طريقة حوكمة النظام بطريقة فاعلة.
(2) قابليته المالية للبقاء والاستمرار المحصورة والمُحدّدة بدرجة شديدة بفعل اعتماده على التمويل من المانحين، وهذا التمويل يخضع لتقلبات تعتمد هي الأخرى على اعتبارات سياسية (انظر الملحق السادس للاطلاع على المزيد من التفاصيل بشأن السّياق القطاعي).

(11) **تؤثر كلُ العوامل التّالي ذكرها تأثيراً قوياً على مدى فعالية النظام الصحي و قدرته على تأدية وظائفه على المستويات كافة، وهي: القيود التي تفرضها إسرائيل، ومنها الحواجز المقامة على الطرق، و تطلب تصاريح للسفر، ووجود الجدران العازلة، وممارسات السلطات الإسرائيلية على الجوانب الأساسية من الإدارة الحكومية للسلطة الفلسطينية – مثل جباية رسوم الاستيراد بالنيابة على السلطة الفلسطينية، والتي تقطع منها إسرائيل تكاليف التحويلات الصحية الفلسطينية إلى المستشفيات الإسرائيلية قبل تحويلها إلى السلطة الفلسطينية.** وعلى مستوى الوضع الكلي، فإنّ هذه القيود تحدّ من سلطة وزارة الصحة وقدرتها على مواجهة التحدّيات الصحية التي يواجهها النظام الصحي الفلسطيني بطريقة فعّالة، ولا سيّما على مواجهة تلك التحدّيات الناجمة عن الأزمة الأخيرة. تتؤثر القيود أيضاً على قدرة المرضى على الحصول على خدمات صحية، وخاصة تلك التي تتطلب

تحويلات طبية إلى المرافق الصحية الأخرى، ومنها ما هو داخل الضفة الغربية (لمن تتم إحالتهم من قطاع غزة)، وفي مستشفيات القدس الشرقية والتي هي جزء من نظام الصحة العام الفلسطيني، وإلى المرافق الصحية في كل من مصر، وإسرائيل والأردن (انظر الملحق الثامن، للاطلاع على المزيد من التفاصيل بشأن التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي الفلسطيني).

(12) **تقلص الأطر المؤسسية المُشْتَتَّة والمجزأة حوكمة القطاع الصحي وقدرته على الاستجابة إلى الوضع الطارئ.** فوزارة الصحة هي المسؤولة، في الوقت الحاضر، عن جميع الوظائف التي يضطلع بها النظام الصحي، ومن بينها عمليات التنسيق والتمويل وتوفير الخدمات وإصدار التراخيص ووضع الأنظمة. قدرة وزارة الصحة على الإدارة الناجعة للنظام الصحي، وعلى الاستجابة للتحديات الطارئة محدودة، وذلك نتيجة حزياً عن الاضطلاع بهذه المسؤولية الأساسية الشاملة، كما تتركز معظم الموارد على توفير نطاق عريض من الخدمات. وضمن هذا السياق، يكون التنسيق بين الجهات الفاعلة الأساسية في القطاع الصحي أمراً جوهرياً وخاصة بين وزارة الصحة، والمنظمات الخاصة، والمنظمات الأهلية غير الحكومية، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا). فضلاً عن ذلك، فإن استحداث نظم معلومات صحية موثوق بها، ومعايير للرعاية يستوفيهها مقدمو الرعاية من القطاعين العام والخاص، ورصد مخصصات من الموارد بشكل أفضل، وتحسين التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي الفلسطيني، وتوافر قدرات تنظيمية مُعززة لدى وزارة الصحة، أمور تحظى بأهمية خاصة.

الوضع الصحي:

(13) **تحقق تقدّم جديرٍ بالملاحظة في مجال تحسين معدلات وفيات الأطفال ومعدلات وفيات الأمهات.** فقد انخفض معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة من 43.1 حالة وفاة في عام 1990 إلى 22 حالة وفاة في عام 2011 لكل 100,000 مولود حيّ.⁴ وبالمثل، فقد تراجع معدل وفيات الأمهات "MMR" من 90 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حيّ في عام 1990، إلى 64 حالة وفاة في عام 2010.⁵

(14) **غير أنّ الوضع الطارئ والأزمة المالية يُهدّدان هذه المكاسب المهمّة.** ويظلّ التراجع في معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة بعيداً عن تحقيق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية "MDGs"، والذي يهدف إلى بلوغ معدل وفاة مقداره 14 حالة وفاة أطفال لكل 1,000 مولود حيّ. وعلاوة على ذلك، فإنّ المناطق الفلسطينية حققت أصغر مستوى من التخفيض في هذا المعدل مقارنة بمعجم البلدان العربية، ومن المرجح أن تزداد هذه المعدلات بعد الإصابات / الخسائر في الأرواح التي وقعت في قطاع غزة.⁶ وبالمثل، فمع أنّ معدل وفيات الأمهات في الضفة الغربية وقطاع غزة أفضل من متوسط معدل وفاتهنّ على المستوى الإقليمي، فإنّه يفوق

⁴ الأمم المتحدة، 2013.

⁵ الأمم المتحدة، 2013.

⁶ البنك الدولي، 2014. موجز عن الالتزام القطري: المناطق الفلسطينية. واشنطن، العاصمة، البنك الدولي.

ضعفي القيمة المستهدفة؛ ألا وهي 22.5 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي. ويعود ذلك جزئياً إلى إجراءات الولادة ونوعية الخدمات المقدّمة.

(15) أثر النزاع الذي دار في قطاع غزة، تأثيراً عميقاً، على تقديم الخدمات في القطاع العام، وعلى فرص الحصول على الخدمات الصحية الأساسية. فقد حدّ الوضع الطارئ والصعوبات القائمة في مجال التنقّل، بصورة شديدة، من الحصول على الرعاية الوقائية، ومنها الفحص المبكر والمشاركة في النشاطات المروّجة للصحة. ومن المرجح أن تعمل هذه الظروف على رفع معدلات الأمراض بسبب التأخر في التشخيص والمعالجة، الأمر الذي يرفع بدوره تكاليف الرعاية. إنّ الكثير من الإنجازات المهمة التي تحققت ضمن إطار الصحة العامة تتعرّض للإضعاف حالياً، وقد بدأ عددٌ من المؤشرات الأساسية في التراجع. والأطفال والأشخاص الذين يعانون من حالات مُزمنة يتعرّضون للمخاطر على وجه الخصوص.

(16) تشهد المناطق الفلسطينية مرحلة من التحوّل الوبائي في الوقت الراهن، وذلك مع ارتفاع مستوى العبء المترتب على الأمراض غير السارية. فهذه الأمراض، وبصفة رئيسية أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والسرطانات بأنواعها، تُمثّل عبئاً مالياً جوهرياً على القطاع؛ وذلك نظراً لارتفاع كلفة معالجتها، ولحاجتها إلى المزيد من تفاعل المريض وتعامله مع النظام الصحي. وقد أسهم هذا العبء المترتب على الأمراض في ازدياد تكاليف القطاع الصحي، وهو يستلزم قدرًا من الاهتمام أكبر بالوقاية الصحية، وبالإدارة المتكاملة للأمراض.

تمويل القطاع الصحي والحماية المالية:

(17) قطاع الصحة الفلسطيني على مفترق طرقٍ حرج. فقد كشف النزاع عن الوضع المالي للقطاع الصحي. وأدت عواملٌ تشمل زيادة عدد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، والتفقات على المستحضرات الصيدلانية/الدوائية، والرواتب وتفشي الأمراض غير السارية والتي تتطلب معالجات باهظة وطويلة الأجل، واقتران كلّ تلك العوامل بما يكتنف مسألة تدفقات المعونة المالية من شكوك، وحالات الفُصور الظاهر للعيان، وازدواجية تقديم الخدمات بسبب الوضع الراهن، أدت كلّها وما تزال تُؤدّي إلى إضعاف استدامة تمويل القطاع الصحي. وُثُمثّل التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي مولدات التكاليف الأكثر أهمية من حيث دورها في إضعاف الاستدامة المالية للقطاع الصحي. وعلاوة على ذلك، فقد كانت وزارة الصحة غير قادرة على تسديد مستحقات شركات الأدوية، الأمر الذي أحدث نقصاً بالعقاقير الطبية/الأدوية، ورفع تكاليفها. وعلى سبيل المثال، لم تستلم المستشفيات في القدس الشرقية مستحقاتها في الوقت المحدد، حتى أنها كادت تقفل أبوابها إلى أن قام الاتحاد الأوروبي بدفع مبلغ 13 مليون يورو في تموز / يوليو 2013، لضمان استمرار وفرة الخدمات المتخصصة منها.⁷

⁷ مركز، ئي. إن. آي. "E.N.I". 13 مليون يورو إلى مستشفيات القدس الشرقية لتوفير الخدمات الصحية المُتخصّصة للفلسطينيين. 2013 [اقتباس في 18 أيلول / سبتمبر 2014]؛ المعلومات متوافرة من الموقع الإلكتروني:

<http://www.enpi-info.eu/medportal/news/latest/33739/%E2%82%AC13-million-to-East-Jerusalem-Hospitals-to-provide-specialized-health-services-to-Palestinians>.

(18) ارتفع إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي من نسبة 8.3 في المئة من إجمالي الناتج المحلي في عام 1995 إلى 13 في المئة في عام 2012. فقد استمرَّ حجم الإنفاق الكلي على القطاع الصحي بالارتفاع خلال الفترة التي عقت الانتفاضة الثانية، وكان متوسطه 11.5 بالمئة بين عامي 2000 و 2007. وفي عام 2008، بلغت نسبته 14.3 في المئة من إجمالي الناتج المحلي (وهي النسبة الأعلى التي وصل إليها خلال العقد الماضي). ومع أن إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي قد تراجع بنسبة طفيفة منذ ذلك الحين، إلا أنه ظلَّ مرتفعاً، على 12.3 في المئة في عام 2012، ويُتَوَقَّع له أن يزداد نتيجة الأعمال العدائية الأخيرة في قطاع غزة. فبين عامي 2000 و 2012، ازداد نصيب الفرد من الإنفاق على القطاع الصحي من 125 دولاراً أمريكياً (بأسعار الدولار الأمريكي الحالية) إلى 294 دولاراً أمريكياً تقريباً. (انظر الملحق السابع للاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن تمويل القطاع الصحي في المناطق الفلسطينية).

(19) المصروفات النثرية على الصحة تشكل جزءاً كبيراً من الإنفاق على الصحة. ففي عام 2012، شكل مجموع إنفاق الأسر نسبة 39.8 في المئة من إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي، وجاء بعده في الترتيب الإنفاق الحكومي العام (بنسبة 38.7 في المئة)، ثم إنفاق المؤسسات غير الربحية التي تُزود أسراً بالخدمات (بنسبة 18.3 في المئة)، وتلتها المصادر الخارجية الأخرى (بنسبة 0.9 في المئة). وأشارت دراسة أُجريت خلال عام 2006 إلى أن أكثر من 13 في المئة من الأفراد سقطوا في دائرة الفقر، ونسبة 13 في المئة من الأفراد الآخرين وقعوا في خانة الفقر المدقع بسبب ما صرفوه على الرعاية الصحية. وإضافةً إلى ذلك، فإن الفئات السكانية الأشدَّ فقراً تتحمل حصةً نسبيةً أعلى من المصاريف النثرية مقارنة مع إجمالي دخلها، وهي عُرضةٌ لخطر "الفقر المدقع" بسبب ما تُنفقه على الصحة.

(20) إلى جانب الإنفاق الخاص من جيوب المواطنين، في نظام الرعاية الصحية نموذجٌ للتمويل مُجرَّأً حسب الفئات السكانية، يَضمُّ كلاً من التمويل القائم على أساس الضرائب، والتمويل القائم على أساس الأقساط لمختلف الفئات السكانية. لا يُوجدُ فصلٌ للوظائف في النظام الصحي الفلسطيني: فوزارة الصحة هي الجهة التي تدفع النفقات، وتُوفِّر الخدمات وتُنظِّم القطاع الصحي. وتتلقَّى وزارة الصحة إيراداتها من الإيرادات الضريبية، والمانحين الخارجيين والمستثمرين؛ و تقدِّم الخدمات الصحية داخل المرافق الصحية من خلال تقاسم التكاليف ضمن نظام التأمين الصحي الحكومي "GHI". وتشتري وزارة الصحة الرعاية الصحية التخصصية من الخدمات التي تُقدِّم خارج النظام الصحي، وذلك عندما تكون الخدمات الطبية اللازمة غير متوافرة في المناطق الفلسطينية.

(21) ارتفع حجمُ الإنفاق على التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي ارتفاعاً حاداً خلال السنوات العشر الأخيرة. فنظام التحويلات يقدِّم خدماته إلى جميع الفلسطينيين الذين يسعون إلى الحصول على الرعاية داخل القطاع العام، بغض النظر عن وضعهم التأميني، مع تحمّل الحكومات تكلفة تلك التحويلات (بمعنى أن الشخص يستطيع بسهولة الانضمام إلى نظام التأمين الصحي الحكومي مقابل رسوم قليلة القيمة، ومن ثم يستطيع التَّفاد إلى نظام التحويلات). لقد ازداد عدد التحويلات من 8,123 تحويلات في عام 2000 إلى 61,635 تحويلات في عام 2013، وارتفع بنسبة 36 في المئة في الفترة بين عامي 2010 و 2011. كذلك فقد

ارتفع الإنفاق المناظر لتلك التحويلات، ارتفاعاً كبيراً، من حوالي 8 ملايين دولار أمريكي في عام 2000 إلى مبلغ وصل إلى 144 مليون دولار أمريكي في عام 2013.⁸ وثمة أسباب عديدة لهذا الارتفاع في عدد التحويلات الطبية، ومنها نقص الموارد لدى مرافق وزارة الصحة (ويشمل النقص الافتقار إلى المستحضرات الصيدلانية/الدوائية، ونقص الأجهزة والمعدات، والعدد غير الكافي من الكوادر الطبيّة)، وزيادة حجم انتشار الأمراض غير السارية، وعدم الكفاءة في تقديم الخدمات، والفساد المُحتمل وقوعه.⁹ وقد أظهرت الحكومة - وهي تستحق الثناء والتقدير على ذلك - استعداداً قوياً لمعالجة هذه القضايا، واتخذت في سبيل ذلك حديثاً بعض الخطوات، منها الإصلاحات في عملية منح الموافقة على التحويل (انظر الملحق الثامن للاطلاع على المزيد من التفاصيل بشأن التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي في المناطق الفلسطينية).

(22) يتفاهم التفاوت بين إيرادات نظام التأمين الصحي العام والنفقات العامة على الصحة. فنظام التأمين الصحي العام صُمم أصلاً لتوفير تمويل إضافي لنفقات وزارة الصحة. غير أن الإنفاق العام على الصحة، في عام 2000، كان 125 مليون دولار أمريكي، بينما بلغت إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي 35 مليون دولار أمريكي. وبحلول عام 2009، وصل الإنفاق العام على القطاع الصحي إلى 346 مليون دولار أمريكي، في حين تراجعت إيرادات نظام التأمين الصحي العام إلى 23 مليون دولار أمريكي. ومنذ عام 2009، أخذت الفجوة بين إيرادات نظام التأمين الصحي العام وبين الإنفاق الحكومي في الاتساع وهي ما تزال تتسع؛ لأن إيرادات نظام التأمين الصحي العام لم تكن وما تزال غير قادرة على مقابلة الزيادة في الإنفاق العام على الصحة. ففي عام 2012، بلغ الإنفاق العام على الصحة حوالي 488 مليون دولار أمريكي، وبلغت إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي حوالي 31 مليون دولار أمريكي، مما أضعف استدامة تمويل القطاع الصحي.¹⁰

(23) طبيعة وضع الطوارئ السائد في الضفة الغربية وقطاع غزة اليوم مُعقّدة، ومتعددة الأوجه. وما هذه الطبيعة إلا نتيجة لنطاق متنوع من عدة عوامل تشمل:

- (1) الأثر الفوري للزراع المباشر في إلحاق الأضرار بالموارد البشرية والمادية، والمرافق والبنية التحتيّة.
- (2) الانكماش الاقتصادي الشديد على المدى الطويل، والمقترن ببضعة آفاق فورية للتعافي (مصحوباً بمعدلات مرتفعة للبطالة ومستويات محدودة جداً من الاستثمارات الخاصة الجديدة).
- (3) عملية السلام التي انخرفت عن مسارها.

⁸ البنك الدولي للإنشاء والتعمير. المساعدة الفنية بشأن تمويل القطاع الصحي. تقرير عن تحليل بيانات التحويلات الطبية. حزيران / يونيو 2013.

⁹ الإثبات على وجود الفساد مبني على ما يتناقله الناس من قصص وروايات (بمعنى أنه غير موثّق): فقد كشف تحليل أجرته الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية "USAID" النقاب عن أن التحويلات الطبية إلى إسرائيل بلغت ذروتها في ظل رئاسة رئيس سابق لوحدة التحويلات الطبية. وثمة إثباتات غير موثّق يفيد بأن وسطاء كانوا يعملون على تيسير عملية الموافقة على التحويلات الطبية، وبخاصة إلى المستشفيات الإسرائيلية، مقابل أتعاب ما. وثمة بعض أدلة الإثبات التي تفيد بأن أطباء كان يُحيلون المرضى إلى ممارساتهم الخاصة، وهناك احتمالاً يفيد بأن بعض كبار الشخصيات كانوا يستخدمون نظام التحويلات الطبية ليتلقوا معالجات باهظة الكلفة خارج الضفة الغربية وقطاع غزة. وكشف التحليل ذاته، الذي أجرته وكالة "USAID" المذكورة، النقاب عن أن ما يربو على 50% من الفواتير الصادرة عن المستشفيات الإسرائيلية والتي جرى فحصها كانت لتحويلات طبية إما لم يصدر تفويض بها، وإما أن صلاحيتها كانت منتهية.

¹⁰ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني "PCBS"، رام الله (2014). حسابات الصحة الوطنية.

(4) إطلاق بعض المساعدات وهياكل الدعم بالغة الأهمية من المانحين، إلى جانب إطلاق تدفقات المعونة.

وربما جاز توصيف هذه الظروف بعبارة الكارثة "الحادة فوق أنها مزمنة"

(د) الأهداف الإجمالية التي سيُسهم المشروع في تحقيقها:

24) يتواءم المشروع المقترح مع استراتيجية المساعدات لدى مجموعة البنك الدولي، الخاصة بالصفة الغربية وقطاع غزة للسنة المالية 2015 - 2016، {AS for FY15-16 (R2014-0231/1)}، والتي ناقشها مجلس إدارة البنك في 30 تشرين الأول / أكتوبر 2014. ويستند المشروع المقترح إلى استراتيجية البنك الدولي (2013 - 2018) لقطاع الصحة والتغذية والسكان "HNP" بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا "MENA"، التي وضعها مؤخراً، والتي تُركّز على العدالة والمساواة كمجالين أساسيين يحظيان بالأولوية لانخراط البنك الدولي في الأنظمة الصحية في هذه المنطقة.¹¹ ووفقاً للمحور الأول من استراتيجية المساعدات، فإنّ المشروع من شأنه أن يدعم جهود السلطة الفلسطينية في تعزيز المؤسسات لكي تقوم بإدارة الأموال العامة بكفاءة، وتضمن توفير الخدمات إلى المواطنين. وتضع "خطة التنمية الوطنية NDP" على سُلّم أولوياتها لتطوير نظامٍ صحيٍّ يهدفُ إلى إدرار تمويل مستدام للقطاع الصحيّ (الفقرة 68، صفحة 20). وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ المحور الأول من استراتيجية المساعدات يُسلّط الضوء على الإنفاق على القطاع الصحي كمجال أساسي للانخراط الذي يهدف إلى تعزيز المؤسسات العامة التي تضمن تقديم الخدمات إلى المواطنين. وتلاحظ استراتيجية المساعدات بأنّ "البرنامج المقترح سوف يساعد على إحداث زيادة في حيز الإنفاق من المالية العامة، مما سيسمح للسلطة الفلسطينية بتوليد موارد مالية كافية لتمويل الخدمات العامة. وسوف تُركّز المساعدات التي يقدّمها البنك الدولي، بشكل عام، على إدارة الإيرادات والنفقات، مع إيلاء اهتمام خاص بتحسين إدارة نفقات قطاعي الصحة والكهرباء." وإضافة إلى ذلك، فسوف تتمّ تلبية الحاجات الفورية إلى التمويل الإضافي لقطاع الصحة، والناجمة عن النزاع الأخير الذي وقع في غزة. وبذلك، فإنّ المشروع مُنسّق مع هدفي مجموعة البنك الدولي التّأمين، وهما: القضاء على الفقر المُدقع وتعزيز الازدهار المشترك، وكذلك مع الاستراتيجية الإقليمية لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، داعماً بذلك محاور ضمان الشمول الاقتصادي والاجتماعي، ومعرّزاً للحوكمة.

ثانياً: الأهداف التنموية للمشروع

أ- الهدف التنموي للمشروع هو:

25) مساندة السلطة الفلسطينية لتأمين استمرارها في تقديم خدمات الرعاية الصحية وفي بناء قدراتها على تحمّل الارتفاع المفاجئ مستقبلاً في الطلب على الخدمات الصحية الفعالة.

¹¹ العدالة والمساواة: الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، استراتيجية البنك الدولي لقطاع الصحة، والتغذية والسكان بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (2013 - 2018)؛ الرابط الإلكتروني: www.worldbank.org/mena/health-strategy

(26) ستؤثر عملية الطوارئ المقترحة فعلياً على العديد من الأولويات الأساسية للقطاع الصحي الفلسطيني. فأولاً، سوف تُلبى العملية الحاجات الفورية إلى التمويل الصحي الإضافي، والناجمة عن النزاع الأخير في قطاع غزة. وثانياً، سوف يتم تعزيز السلامة المالية العامة للنظام الصحي من خلال ترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، والتي تعتبر السبب الرئيس وراء المتأخرات والعجز لدى النظام. وسوف تُمهّد هذه التدابير الطريق أمام زيادة مستوى ثقة المانحين في النظام، مما يؤدي بالتالي إلى تقديم الدعم المالي الهادف إلى تحقيق تغطية صحية فاعلة على المدى المتوسط، ويؤدي في الوقت ذاته أيضاً إلى دعم عملية تنظيم القطاع الصحي من جانب الحكومة، وتقوية قدرات وزارة الصحة لتقوم بدور الجهة الراعية والموجهة للقطاع الصحي برمته، ومن ضمنه المرافق التابعة للمنظمات الأهلية غير الحكومية وللقطاع الخاص.

(27) سيدعم المشروع المقترح عملية تلبية الحاجات الفورية والطارئة في نظام الرعاية الصحية الفلسطيني، عن طريق تعزيز مبادرات السلطة الفلسطينية لتقديم الخدمات الصحية الأساسية. كذلك سوف تتم معالجة موضوع السلامة المالية العامة للنظام الصحي؛ وذلك عن طريق احتواء التكاليف وتحسين مستويات الإنصاف والعدالة في توزيع الموارد المحدودة للنظام. وإلى جانب ذلك، يهدف المشروع إلى دعم جهود وزارة الصحة في ترشيد نظام الرعاية الصحية لضمان استدامة تدخلاته. وبصورة أكثر تحديداً، فإن المشروع يقترح وضع خطة رئيسية لإصلاح نظام التحويلات الطبية، من شأنها أن تتضمن أدواراً لجميع الجهات المعنية في عملية الإصلاح، وأن تُبين كيف تستطيع كل جهة منها تنفيذ إجراءاتها تنفيذاً كاملاً أثناء تطبيق المشروع. ويقترح المشروع أيضاً، في المرحلة الأولى منه، وضع خارطة طريق للتغطية الشاملة بالخدمات الصحية "UHC". غير أنه سوف يتم أولاً وضع وتطوير مكوّنات عملية إصلاح التغطية الصحية الشاملة، ومنها مثلاً وجود هيئة مشتريات مستقلة وحزّمة أساسية من النشاطات، ضمن سياق إجراء التحويلات الطبية.

(28) وبصورة أكثر تحديداً، يهدف المشروع المقترح إلى تحقيق النتائج الأساسية التالية:

(1) تلبية الحاجات الفورية، ومنها توفير الوقود، وخدمات النظافة، وخدمات تزويد الطعام للمستشفيات في قطاع غزة.

- (2) تخفيض التكلفة الإجمالية للتحويلات الطبية (مقارنة مع مسار اتّجاهها العام الحالي).
- (3) تعريف بروتوكولات التحويلات الطبية وإجراءاتها للظروف/للحالات العشرة الأكثر تكلفة، وتنفيذها.
- (4) الشروع بترتيبات التعاقد مع مقدّمي خدمات الرعاية الصحية.
- (5) تعزيز قدرات القطاع العام لتوفير بعض الخدمات المشار إليها.
- (6) تأسيس هيئة مشتريات مستقلة ذاتياً، وتزويدها بالموظفين وتشغيلها.
- (7) تحديد الحزّمة الأساسية من خدمات التحويلات الطبية وحساب تكاليفها،¹² لنظام التأمين الصحي العام، ثم تحديد الحزّمة اللازمة لفئات المستفيدين المختلفة.

¹² ينص قانون نظام التأمين الصحي العام على أن للمشاركين فيه الحق في الاستفادة من نطاق واسع من المنافع، ومنها خدمات صحة الأم والطفل، والرعاية الصحية الأولية، والأدوية/العقاقير الطبية التي تُصرف وفق وصفات طبية وخدمات الصحة المدرسية، هذا من ناحية. ومن ناحية أخرى، فإن القانون لا يتضمّن صراحةً، ضمن حزّمة المنافع، توفير خدمات علاجية داخل المستشفيات. وتتألف الاستثناءات الصريحة، المذكورة في قانون نظام

ب- المستفيدون من المشروع:

(29) المستفيدون من المشروع هم فلسطينيو قطاع غزة الذين يحتاجون إلى خدمات صحية فورية وطارئة. و سكان الضفة الغربية وقطاع غزة الذين ينتفعون من نظام الرعاية الصحية، وهم المستفيدون من مختلف أنظمة التأمين الصحي العام. وسوف يدعم المشروع أيضاً واضعي السياسات، والمهنيين العاملين في المجال الصحي، والكوادر الفنية ضمن ملك وزارة الصحة؛ وذلك من خلال بناء القدرات، والتدريب والمساعدة الفنية.

ج) مؤشرات النتائج على مستوى الهدف التنموي للمشروع:

- (1) عدم تراجع أو تخطي معدلات استغلال العيادات الخارجية، وأقسام الطوارئ والولادة في مستشفى الشفاء ومستشفى رفيديا¹³ عن 10 في المئة، مقارنةً مع خط الأساس في نهاية أيلول / سبتمبر 2014 (شُتعمل الاتجاهات العامة في استخدام/الاستفادة من المستشفيات كمؤشر بديل لمعرفة أثر المشروع على إمكانية الحصول على الخدمات الصحية).
- (2) انخفاض إجمالي تكلفة التحويلات الطبية بنسبة 15 في المئة مقارنةً مع خط الأساس.
- (3) انكماش الفجوة في العدالة على المستوى الجغرافي بالنسبة إلى تكلفة التحويلات الطبية (بين الضفة الغربية وقطاع غزة) بنسبة 80 في المئة مقارنةً مع خط الأساس.

ثالثاً: وصف المشروع

(30) يَنصَبُ اهتمامُ وتركيزُ المشروع المقترح على دعم الحاجات الطارئة الفورية للقطاع الصحي في المقام الأول. ويهدف المشروع، ثانياً، إلى تعزيز أحوال المالية العامة للنظام الصحي، عن طريق ترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، والتي تعتبر السبب الرئيسي وراء وجود المتأخرات والعجز. وسوف يدعم المشروع وضع ترتيبات فعالة لتغطية الخدمات الصحية العامة وللتحويلات الطبية؛ ومن هذه الترتيبات أيضاً: بناء قدرات وزارة الصحة وخاصة تعزيز صمود مخصصات الرعاية الصحية لدى وزارة الصحة، من أجل ضمان استدامة هذه التدخّلات. وعموماً، فإنّ عناصر المشروع - التي تعمل على معالجة الحاجات الفورية للقطاع الصحي (العنصر الأول)، وترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي (العنصر الثاني)، ودعم تغطية الخدمات الصحية (العنصر الثالث) - سوف تُنتجُ مجموعة واضحة من الإجراءات التي تستطيع الحكومة اتّخاذها لتناول ومعالجة أزمة القطاع الصحي الراهنة، ولتلبية حاجات السّكان. ويهدف المشروع المقترح إلى مساعدة وزارة الصحة على تنفيذ استنتاجات السياسة وتوصيات بناء على دراسات مثل مراجعة الإنفاق العام، ودراسة ازدواجية الممارسة، ودراسات تحليل التأمين الصحي، والدراسات المتعلقة بالتحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي والتي دعمها البنك الدولي، بالإضافة إلى العديد من التحليلات التي أجراها المانحون الآخرون } ومنها الوكالة الأمريكية للتنمية

التأمين الصحي العام، من عمليات زراعة الأعضاء باهظة الثمن فيما عدا زراعة الكلى والقرنية، وخدمات الإخصاب داخل الأنابيب، والأطراف الصناعية، ونظارات العيون والجراحة التجميلية. وأخيراً، فإنّ قانون نظام التأمين الصحي العام ينصّ على اشتغال حُرمة المنافع على جميع الخدمات الصحيّة التي يقدمها مقدمو الخدمات الصحية غير وزارة الصّحة، وتحديدًا المستشفيات الكائنة في القدس الشرقية، وفي مصر والأردن وإسرائيل.

¹³ هذان هما المستشفىان الرئيسان والكبيران في قطاع غزة والضفة الغربية.

الدولية "USAID"، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والاتحاد الأوروبي (EU)، ودائرة التنمية الدولية البريطانية (DFID)، ووكالة التعاون التنموي الإيطالية (IDC)-Italy، ووكالة التنمية السويسرية (SDC)-Switzerland، والوكالة النرويجية للتعاون التنموي (NORAD)، وغيرها { على البروتوكولات سريرية/ عيادية، والتعاقد مع المستشفيات، ونظام المعلومات الصحية (HIS)، وبروتوكولات الشروط والأحوال الطبية.

أ) أقسام المشروع

القسم الأول: نافذة الطوارئ والاستجابة السريعة (2 مليون دولار أمريكي)

31) نشأت في أعقاب أزمة غزة مجموعة ضخمة من الحاجات بسبب الأضرار والخسائر التي لحقت بقطاع غزة، الأمر الذي أدت بالتالي إلى فجوة مالية. ويوجد في الوقت الراهن تعطيلات خطيرة في نظام الرعاية الصحية، ناجمة عن انقطاعات كبيرة في التيار الكهربائي ونقص في الوقود اللازم لمولدات الكهرباء، والذي أثر سلباً على العمليات اليومية لمرافق الرعاية الصحية وخدمات سيارات الإسعاف. وإضافةً إلى ذلك، وبسبب الديون الضخمة والمتراكمة على وزارة الصحة، فإنّ مقدّمي خدمات نظافة المستشفيات وإمدادها بالأطعمة قاموا بتعليق أداء عملياتهم ابتداءً من تشرين الأول / أكتوبر 2014. وقد كان لنقص خدمات الصرف الصحي، والتّعقيم والصّحة العامة في المستشفيات عواقب وخيمة على الصحة العامة، وقد عمّل ذلك النقص على زيادة مخاطر العدوى وتفشي الأمراض السارية.

32) سوف تسهم نافذة الطوارئ المذكورة في سدّ جزء من هذه الفجوة وتمويل نفقات متكررة ماسة الحاجة. فمرافق القطاع الصحي في قطاع غزة بحاجة كبيرة إلى هذه الموارد؛ لأنها تتطلّب تموينات كافية من الوقود والمُستلزمات الأساسية الأخرى لضمان استمرار تشغيل المستشفيات في ظل الظروف شديدة الإلحاح، ومنها مثلاً انقطاع الكهرباء لفترات طويلة الأمد، واقتران ذلك مع أزمة الموازنة لدى وزارة الصحة.

33) يرمي هذا القسم إلى تنفيذ تدخلات تهدف إلى التعامل مع الحاجات العاجلة في الوقت المناسب، وبالتالي إلى المساعدة في تخفيف حدة التراجع الإضافي في تقديم الخدمات الصحية الأساسية. كذلك يهدف إلى ضمان الاستمرار في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية بالمستويات المقبولة الدّنيا، وإلى تجنّب تعرّض هذه الخدمات إلى الانهيار على مستوى النظام .

34) سوف يُوفّر هذا القسم الدّعم لوزارة الصحة لكي تقوم بتقديم الخدمات الصحية الضرورية من خلال تمويل النّفقات غير الطبيّة المُتكرّرة التي تتكبّدها وزارة الصحة والمرافق الصحية. ويمكن التطلع إلى هذا النهج على أنه استراتيجية مكتملة ترمي إلى منع وقوع أيّ انهيار إضافي في توفير الخدمات الصحية، وإلى تقليص تكلفة التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي إلى الحدّ الأدنى. ويُوفّر هذا القسم فرصة لتلبية الحاجات الفورية والعاجلة، ولكنّه لا يوفّر التنبؤية اللازمة بالنسبة إلى الدعم المستدام الذي تحتاج إليه الوزارة في أي أزمة طويلة الأمد.

35) يُغطّي هذا القسم النّفقات التالية: النفقات غير الطبية المتكررة (2 مليون دولار أمريكي)، وهي التكاليف غير الطبية لتشغيل وصيانة مرافق وزارة الصحة، والتي تشمل:

(1) تكاليف الوقود اللازم لمولدات الكهرباء في المستشفيات، وخدمات سيارات الإسعاف.

(2) خدمات نظافة المستشفيات ومواد النظام.

(3) خدمات تزويد الأطعمة للمستشفيات.

القسم الثاني: ترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي ("3.5" مليون دولار أمريكي)

(36) يُعيقُ وضعُ المالية العامة، بصورة خطيرة، قدرة السلطة الفلسطينية على الاستجابة للأزمة الحالية. ويفرضُ تدهور البنية التحتية للقطاع الصحي، والارتفاع في الحاجات الصحية الناشئة عن الأزمة ضغوطاً إضافية على نظام التحويلات الطبية، الذي يُعاني من ديون ثقيلة، ويتّصف بالإجحاف وعدم القدرة على الاستدامة. ويهدف المشروع أولاً إلى تخفيف الأثر الفوري لهذا الوضع على القطاع الصحي، كما يهدف ثانياً إلى اتخاذ الإجراءات الضرورية لتحسين صمود النظام على المدى الطويل لضمان استدامة النظام وصموده في وجه الصدمات المحتملة مستقبلاً.

(37) لمعالجة الوضع الطارئ، يقترح المشروع دعم السلطة الفلسطينية من أجل وضع تدابير فورية لخفض التكاليف من أجل تحسين كفاءة الأداء في النظام الحالي من دون التقريط في إمكانية الحصول على الخدمات الصحية جيدة النوعية. ويُقترحُ اتخاذُ إجراءين؛ أولهما (1) ترشيد العقود المبرمة مع مقدّمي الخدمات الخارجيين. وبصورة أكثر تحديداً، سيدعم المشروع وزارة الصحة في مراجعة وتقييم مجموعة أولية من العقود والترتيبات مع مقدّمي الخدمات الموجودين خارج النظام الصحي العام، والتي تُشكّل جزءاً كبيراً من التكلفة التي يُمكن تجنبها. أما الثاني فهو (2) العمل على تطوير ملاحظات إرشادية وتوجيهية لوضع مجموعة واضحة من القواعد للعلاج والتحويل الطبي في ظروف صحية مختارة، ومنها الدلائل والمؤشرات اللازمة للتحويلات الطبية والمستشفيات المُعالجة.

(38) يُقترحُ، في المدى القصير إلى المتوسط، وضع مجموعة من الإجراءات تهدف إلى ضمان استدامة نظام التحويلات الطبية تحديداً، والقطاع الصحي عموماً. وتشتمل هذه الإجراءات (1) وضع خطة رئيسة للتحويلات الطبية، والتي سوف تُوحّد الجهات المعنية العاملة على المُكونات المختلفة لإصلاح نظام التحويلات الطبية نحو دعم خطة مشتركة لوزارة الصحة. أما بالنسبة للعقود المبرمة مع مقدّمي الخدمات الخارجيين (2) فسوف تنطوي على قيام وزارة الصحة بترشيد جميع العقود المبرمة مع مقدّمي الخدمات خارج النظام على المدى المتوسط، وذلك لضمان شراء الخدمات بناء على جودتها، واختيار العقود العادلة والمنطقية من بين عدد من المستشفيات التي تُوفّر الخدمات المشتراة. وثالثاً وأخيراً (3) تعزيز النظم الصحية، وينطوي هذا التعزيز على تقوية نظام معلومات التحويلات الطبية "RIS"، وعلى الشراء الاستراتيجي للأجهزة والمعدات، بهدف تعزيز قيام القطاع العام بتقديم بعض الخدمات.

القسم الثالث: دعم تغطية الخدمات الصحية بهدف تعزيز قدرات القطاع الصحي على الصمود (2 مليون دولار أمريكي)

(39) أعاقَت تجزئة النظام الصحي وانعدام الاستدامة المالية قدرة وزارة الصحة على التعامل مع الأزمة الراهنة بشكل كبير. ويستلزمُ ضمانُ تحقيق الاستدامة وبناء الصمود اتخاذَ إجراءات فورية لترشيد هذه التغطية وأيضاً تحسين الجودة.

(40) تضعف تجزئة نظام الرعاية الصحية جودة الخدمات، وترفع المصروفات النثرية الصحية ولا سيما في الفئات السكانية الفقيرة، كما وتوهن مستوى المساءلة عن المبالغ التي تُدفع لمقدّمي الخدمات ومستوى الشفافية فيها. إنّ السلطة الفلسطينية ملتزمةٌ بإحداث تغييرات تهدف إلى تحسين صمود النظام الصحي، وذلك من خلال وضع نظام

وطني للتغطية بالخدمات الصحية، مُقسَّم إلى عدة مراحل، سوف يدعمه هذا المشروع بنشاطات للمساعدات الفنية واسعة النطاق. وسُعي هذه التغيرات تعريف التعديلات التي تُجرى في عمليات التمويل والإدارة والتفويض بالأدوار على مستوى وزارة الصحة، وفي تعزيز الدورين الأول والثاني (التمويل والإدارة) وكسب الكفاءة في الدور الأخير (التفويض بالأدوار)؛ وذلك بالأخذ في الحسبان المزايا التفاضلية النسبية لمقدمي الرعاية الصحية من القطاع الخاص على المستويين الثانوي والثالثي من خلال إبرام اتفاقات شراكة والتعاقد على توفير خدمات الرعاية الصحية مع جهات خارجية.

41) سوف يعمل المشروع، أثناء معالجة محرّكات تكلفة الخدمات الفورية والطارئة، على تعريف خريطة الطريق للتغطية بالخدمات الصحية الشاملة "UHC" بالمناطق الفلسطينية، وذلك بتزويدها ببرنامج مفضّلة وبخطة للأعمال والإجراءات، يهدف ذلك إلى تعزيز الكفاءات العاملة في مجال التوريد والتوريد، والتي هي لازمة لتقديم الخدمات المطلوبة، الأمر الذي يُخفّض الخسائر التي يتكبدها النظام الصحي، ويضمن جودة الخدمات المقدّمة للفئات السكانية المُستهدفة.

42) تشمل المجالات المنوي تغطيتها ما يلي:

- (1) تحديد معايير الالتحاق بالنظام الصحي والخيارات المتاحة.
- (2) تحديد حزمة المنافع التي تُوفّرها خدمات الرعاية الصحية، ومنها حساب تكاليف الخدمات، ووضع المعايير الخاصة بشمول أو استبعاد الخدمات من الحزمة.
- (3) تحديد خيارات الدفّع المتاحة لمقدمي خدمات الرعاية الأولية وفي المستشفيات.
- (4) وضع استراتيجيات لتغطية القطاع غير الرسمي.
- (5) تأسيس هيئة مستقلة لتجميع الموارد والشراء تهدف إلى فصل عمليات التمويل وتجميع الموارد والشراء عن عملية توفير الخدمات. وستكون هذه الهيئة مستقلة، ويتمّ ردها بكوادر مؤهلة وفقاً للاختصاصات والصلاحيات المتفق عليها.

القسم الرابع إدارة المشروع وبناء القدرات (مليون دولار أمريكي)

43) يُمول هذا القسم التكاليف المتعلقة بأعمال إدارة المشروع وبناء القدرات، وتشمل:

- (1) الاستشارات قصيرة الأجل والهادفة إلى دعم الكفاءات الإدارية لوزارة الصحة في مجالات المشتريات والإدارة المالية، والمتابعة والتقييم.
- (2) تقديم المساعدات الفنية والتدريب بهدف تحسين كفاءات وحدات وكوادر وزارة الصحة ومقدمي الخدمات المشاركين في المشروع.
- (3) توفير الأجهزة والمعدات اللازمة.
- (4) تكاليف تشغيل المشروع.
- (5) المراجعات المالية الخارجية.

ب) تمويل المشروع

أداة الإفراض:

44) يعد المشروع تمويلاً لمشروع استثماري "IFP"، بموجب الفقرة 12 من السياسة التنفيذية "OP" (10-00) (الأوضاع في الحاجة المستعجلة إلى المساعدات أو التي تعاني من قيود مفروضة على القدرات)، حيث تكون "الحاجة المستعجلة إلى المساعدات بسبب كارثة طبيعية أو بشرية، أو بسبب نزاع" - وهذه تتضمن كلاً من وضع "المتأثرين من النزاع" ووضع "ما بعد النزاع" - مطلوبة لمساعدة وزارة الصحة في تلبية حاجات الصّرف المرتفعة والمسببة للقلق على التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، رغم القيود الشديدة المفروضة على ميزانية السلطة الفلسطينية. كذلك فإنّ معالجة عدم الكفاءة في النظام الصحي، سوف تُمكن وزارة الصحة من تلبية الحاجات الطارئة في المناطق الفلسطينية، وخاصة بعد اندلاع النزاع الأخير في قطاع غزة، والذي أحدث تأثيراً جوهرياً على القطاع الصحي المتضرر.

45) مقدار التمويل 8.5 مليون دولار أمريكي من خلال منحة تمويلية خاصة من صندوق ائتمانات قطاع غزة والضفة الغربية.

تكلفة المشروع وتمويله:

عناصر المشروع	تكلفة المشروع (مليون دولار أمريكي)	تمويل خاص (مليون دولار أمريكي)	% للتمويل
1- نافذة الطوارئ والاستجابة السريعة	2	2	100%
2- ترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام	3.5	3.5	100%
3- دعم تغطية الخدمات الصحية بهدف تعزيز قدرة القطاع الصحي على الصمود	2	2	100%
4- إدارة المشروع وبناء القدرات	1	1	100%
التكاليف الإجمالية:			
إجمالي تكلفة المشروع	8.5	8.5	100%
الاعتاب من البداية إلى النهاية			
إجمالي التمويل المطلوب			

ج) الدروس المستفادة والتي تم خراطها في تصميم المشروع

(46) تم تصميم المشروع بناء على الدروس المستفادة من تنفيذ التزامات البنك الدولي وارتباطاته السابقة في مجال القطاع الصحي، ومن هذه الأعمال برنامج دعم الخدمات الطارئة، وسلسلة من الخدمات التحليلية والاستشارية التي تم تنفيذها على مدى عدة سنوات سابقة. ووفقاً لذلك، فقد جرى العمل على إبقاء تصميم المشروع المقترح بسيطاً، يُركّز على بضعة نشاطات بالغة الأهمية، وتُعتبر قابلةً للتحقيق ضمن إطار زمني قصير نسبياً، وسوف تُحدث تأثيراتٍ سريعة، وتكون متناغمةً مع التّوصيات الخاصة بالمساعدات الفنية التي سبق للبنك الدولي عملها. وسوف تُوفّر هذه الأعمال أيضاً معلومات موثوق بها بشأن ما يحدث على أرض الواقع فعلياً، كما تُوفّر مستوىً من الفهم أفضل للأسباب الأساسية التي تنشأ منها هذه الظروف، بهدف تغذية تصميم استراتيجيات الإصلاح متوسطة إلى طويلة المدى بالمعلومات المستتيرة.

(47) يأخذ المشروع في الحسبان أيضاً الدروس المستفادة من مشاريع تم تنفيذها في بلدان هشة وبلدان تمرّ في مرحلة ما بعد النّزاع، وتشمل هذه الدروس:

- (1) ضمان وجود فهم قوي للسياق القطري وديناميكيته .
- (2) توفير التمويل الكافي ووضع خارطة طريق لبناء القدرات وكذلك للنشاطات المتوقعة مقدّماً.
- (3) المرونة للاستجابة للوضع الديناميكي أثناء عملية التنفيذ.
- (4) التّركيز على تحقيق التّناغم في أعمال المانحين ذات العلاقة بالحوكمة والإصلاحات.

(48) يجب العمل على إدخال النّظم الإدارية الجديدة والخيارات الإصلاحية، بطريقة تدريجية وبوتيرة تسمح للهيكلية المؤسسة باستيعاب النّظم الجديدة وإدماجها في مسار العمل قبل الانتقال إلى الخطوة التالية. وسوف يدعم المشروع تنفيذ النّظم الإدارية الأساسية نسبياً والإصلاحات، بينما يتم تأجيل إدخال نظم أكثر تعقيداً في مرحلة لاحقة.

(49) من الدروس الأساسية المُستفاد من العمل في الضفة الغربية وقطاع غزة المحافظة على التنسيق الوثيق مع المانحين الآخرين، وعمل ترتيبات كي يساهم مانحون آخرون بأموال إضافية للمشروع. وفي هذا المشروع، تمّ مُتّسع لمانحين آخرين لتمويل نشاطات مكملة ومماثلة بالتوازي مع نشاطات هذا المشروع. فقد تمّ إيلاء اهتمام خاص لضمان التنسيق الوثيق للنشاطات المشمولة في المشروع ولضمان أنها تكمل المُدخلات القادمة من المانحين الآخرين في هذا القطاع. وممن يستحقّ ذكرهم من المانحين، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ودائرة التنمية الدولية البريطانية ومنظمة الصحة العالمية. كذلك فقد شكّلت لجنة توجيهية فنية للإشراف على الجوانب الفنية لتنفيذ المشروع، وسوف تُبقي اللجنة الجهات المعنية مُطلّعةً على ما يتحقّق من تقدّم على صعيد التنفيذ.

(50) عندما يتمّ إدخال إصلاحات مثل التعاقد على توفير الخدمات التخصصية في ظل وضع طارئ، تكون هنالك تكون هنالك حاجات إلى تقييم القدرات وإمكانية تنفيذ آلية التعاقد المُستخدمة من الناحية العملية. فضمن مشروع دعم الخدمات الطارئة الثالث "ESSP III"، الذي أُفّل في عام 2011، كان إرساء العقود، التي تُبرم مع المنظمات الأهلية غير الحكومية المحلية ومع المؤسسات الخاصة التي تُوفّر خدمات الرّعاية الصحية التخصصية التي لم يكن باستطاعة المرافق الصحية العامة توفيرها، على أساس تنافسي، وبعد استدرج العروض. غير أنّ مرحلة تقديم العطاءات كانت تشوبها بعض جوانب القصور، حيث كان يُطلّب من المستشفيات تقديم مناقصات على أساس

خدمات معينة، وكان التشخيص مفصلاً عن العلاج. وقد صَعَّبَ هذا الوضعُ على وزارة الصحة الاستمرارَ في استعمال آلية التعاقد مع الحالات الحرجة أو الطارئة. وبناءً على ذلك، فقد عادت وزارة الصحة، في نهاية المشروع، لتطبيق آلية العمل القديمة لإرساء العقود على أساس التعاقد المباشر. ولكن المشروع المقترح يهدف إلى وضع ترتيبات تعاقدية سليمة ومجدية التكلفة، آخذةً بعين الاعتبار الأوضاع الطارئة، والقيود المفروضة على التنقل وعلى إمكانية الوصول إلى المرافق، ومعايير ضمان الجودة النوعية.

(51) من المفيد، في ظل وضع طارئٍ معقّد، وجود فريق عمل يُمارسُ عمله في الميدان لضمان استمرارية الحوار والإشراف والمتابعة. وبالمثل، فإنّ الإشراف والمرونة الوثيقين في الاستجابة للحاجات الطارئة وللمتطلبات المتغيرة من خلال إعادة تخصيص الموارد عاملان مهمّان لضمان بقاء البرنامج مستجيباً لحالة الطوارئ، وملبياً لمتطلباتها. ولضمان دعم التنفيذ الوثيق والمتابعة الفاعلة للمشروع، فإنّ فريق المشروع سوف يتخذ من المكتب القطري للبنك الدولي في الضفة الغربية وقطاع غزة مقرّاً له. وسوف تُمكن هذا الخطوة العملاء من الوصول بسهولة إلى فريق البنك الدولي حيث سوف يتسنى لهم تحديد المسائل التنفيذية في وقت مبكر، الأمر الذي يجعل البنك قادراً على سرعة الاستجابة لتلك المسائل.

رابعاً: التنفيذ

أ- الترتيبات المؤسسية والتنفيذية:

(52) سوف تكون وزارة الصحة الجهة المنفذة والمسؤولة عن تنفيذ المشروع، وسوف تتحمل المسؤولية الرئيسية بالنسبة للجوانب الفنية والتشغيلية والائتمانية ذات العلاقة بالمشروع. وكان البنك الدولي قد قام بتقييم الكفاءات والقدرات الفنية والتنفيذية لدى الوزارة، واعتبرها تُحقّق ما يرتضيه بشأن تنفيذ المشروع.

(53) سوف يعتمد المشروع على الهيكلية التنظيمية لوزارة الصحة، وتتضمن هذه البنية إشراك مختلف الإدارات العامة بالوزارة ذات العلاقة بالتحويلات الطبية، وإدارة التأمين الصحي، والإدارة المالية. وسوف يستمرّ مختلف الشركاء المنخرطين في الإصلاحات المالية الصحية في توسيع قدرات وزارة الصحة لتنفيذ عناصر الإصلاح، ومنها التخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي، وتحسين الكفاءة، وترشيد نفقات القطاع الصحي الشركات هم : الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، ودائرة التنمية الدولية البريطانية.

(54) سيتم تشكيل وحدة لإدارة المشروع تتكوّن من منسق المشروع، واختصاصي المشتريات، واختصاصي الإدارة المالية، والمساعد الإداري وذلك للمساعدة في تنفيذ المشروع. كذلك سيتمّ أيضاً توظيف اختصاصي في مجال نظم المعلومات الإدارية "MIS" واختصاصي في الصحة العامة في وقت لاحق من تنفيذ المشروع. وسوف تكون وحدة إدارة المشروع جاهزةً للعمل مع الفريق قبل تاريخ دخول المشروع حيّز التنفيذ، وسوف تكون مسؤولة عما يلي:

- (1) إدارة الجوانب الائتمانية للمشروع، ومنها الجوانب المالية، والمشتريات وصرف الدفعات.
- (2) إعداد التقارير الدورية عن تقدّم العمل في المشروع (التقارير الفنية، والتقارير المالية وتقارير المشتريات)، وتضمينها مُدخلات من الكيانات المُنفذة والمُمثّلة في لجنة التوجيه الفنية.
- (3) رصد ومتابعة مخرجات المشروع ونواتجه وآثاره.

(4) إعداد خطط العمل السنوية والموازنات اللازمة لتقوم اللجنة التوجيهية باستعراضها ومراجعتها والموافقة عليها. وسوف يكون كوادر وحدة إدارة المشروع على اطلاع بالإجراءات الإئتمانية والتنفيذية لدى البنك الدولي، وسوف يُستقون عن كُتب جهودهم مع وزارة المالية ومع الجهات المعنية الأخرى المنخرطة في القطاع الصحي.

(55) لقد تمّ تشكيل لجنة توجيهية فنية لضمان التوافق الكامل للنشاطات مع استراتيجيات وسياسات وزارة الصحة، ولتيسير العلاقات بين مختلف الوحدات داخل وزارة الصحة ومع وزارة المالية، ومقدّمي الخدمات. وتتكوّن عضوية هذه اللجنة التوجيهية من مسؤولي وزارة الصحة الأساسيين، ويتأّسها وزير الصحة، وتضمّ مختلف الكيانات التي ستكون مسؤولةً مباشرة عن تنفيذ المشروع والإشراف عليه. وسوف تُنسّق اللجنة عن كُتب مع الجهات المعنية الأساسية، ومنها البنك الدولي، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، والوكالة النرويجية للتعاون التنموي، ومنظمات المجتمع المدني، والمنظمات الأهلية غير الحكومية.

(ب) رصد النتائج وتقييمها:

(56) سوف تتحمل وحدة إدارة المشروع مسؤولية الرصد والتقييم الإجمالي للمشروع. وسوف تقوم هذه الوحدة، والتي هي مدعومة من مختلف الإدارات العامة بوزارة الصحة، بإدارة عمليات جمع البيانات وتجميع وإعداد التقارير الدورية عن النّقدّم في مجال تنفيذ المشروع. ووسوف ترصد وتتابع، عن كُتب، مؤشرات الأداء الأساسية للمشروع. ويشتمل إطار النتائج على مؤشرات المشروع ومؤشرات القطاع الأساسية (انظر الملحق الأول).

(ج) الاستدامة:

(57) تظلّ الاستدامة المالية لنظام الرعاية الصحية تحدياً قائماً. فالفجوة المالية لدى وزارة الصحة آخذة في الازدياد، بسبب التغيرات في إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي، وبسبب الغموض بشأن المعونات الدولية. كذلك فإنّ النّفقات الناتجة عن التحويلات الخارجية ما تزال تأخذ في الازدياد. كما أنّ الإيرادات من الضرائب على انخفاض، الأمر الذي يؤدي إلى انحسار حيز الإنفاق من المالية العامة، والذي يتمّ من خلاله جسّر الفجوة التمويلية في نظام التأمين الصحي الحكومي. وبأخذ الظروف الاقتصادية الكلية وقيود المالية العامة بعين الاعتبار، فإنّ مستويات الإنفاق هذه تُعتبر غير مستدامة.

(58) بناءً على ذلك، سوف تحتاج السلطة الفلسطينية إلى تحويل سياستها الحالية إلى سياسة أخرى تُركّز على احتواء التكاليف، وترشيد الاستثمارات، وإدخال تدابير ملائمة في مجالي احتواء التكاليف والجودة النوعية، وتعزيز عمليتي التخطيط للموارد الشحيحة وإدارتها، ومنها التنسيق على نحو أفضل، والتشارك في الموارد مع مقدّمي الخدمات من القطاع الخاص والمنظمات الأهلية غير الحكومية.

(59) من المتوقع أن يحسن المشروع استدامة المالية العامة للقطاع الصحي، بصورة عامة؛ وذلك من خلال تنفيذ تدابير خاصة بالترشيد والعدل، وكذلك من خلال المزيد من العمليات الفاعلة والتي تتّصف بالشفافية. وسوف يتوافر لوزارة الصحة مستوى من القدرات والكفاءات أكبر لضمان تنفيذ هذه العمليات ورصدها ومتابعتها. وهذا بدوره سوف

يُحسّن بالتالي مستوى الإشراف الفني العمومي على الوظائف التمويلية في المجال الصحي، وسوف يضمن زيادة مدى احتواء التكاليف ضمن إجمالي موارد المالية العامة المتوافرة حالياً.

خامساً: المخاطر الرئيسية وتدابير التخفيف منها

(أ) جدول خلاصة تصنيفات المخاطر:

التصنيف	فئة المخاطر
مرتفعة	مخاطر الجهات المعنية بالمشروع
	مخاطر الجهة المنفذة:
مرتفعة	- القدرات/الكفاءات
مرتفعة	- الحوكمة (إدارة المقدّرات الذاتية)
	مخاطر المشروع:
مرتفعة	- الاجتماعية والبيئية
مرتفعة	- البرنامج والمانحون
مرتفعة	- الإنجاز والرصد والاستدامة
	مخاطر أخرى:
مرتفعة	- سياسية
مرتفعة	مخاطر التنفيذ الإجمالية

(ب) شرح التصنيف الكلي للمخاطر:

60) تصنيفات المخاطر مرتفعة بسبب التحدّيات التي تتمّ مواجهتها من حيث السّياق الأوسع لعملية إصلاح النظام الصحي في المناطق الفلسطينية. فعلى سبيل المثال، إصلاحات التأمين الصحي المطلوبة تتطلب موافقات تشريعية، وتنسيق بين مختلف الجهات المعنية، وبيئة مستقرّة تُمكن من إجراء هذه الإصلاحات. كذلك فإنّ وزارة الصحة لا تملك كفاءات وقدرات كافية لتنفيذ الإصلاحات؛ بسبب القيود المفروضة على الموازنة، ومحدودية الكفاءات والقدرات الفنية وتجزئة نظام الرعاية الصحية بين الضفة الغربية وقطاع غزة. (انظر إطار تقييم المخاطر التشغيلية "ORAF" في الملحق الرابع للاطلاع على المزيد من التفاصيل). ولكن من المهمّ الملاحظة أنه رغم هذه التحدّيات، هناك مستوى عالٍ من الدّعم للقيام بإصلاحات رئيسية في القطاع الصحي، وإنّ السلطة الفلسطينية تتحرّك بالفعل في هذا الاتجاه. وبناءً على ذلك، فإنّ المشروع المقترح من شأنه أن يوفّر الدعم المطلوب للسلطة الفلسطينية أثناء توافر هذه الفرصة السانحة للنهوض والتقدّم بعملية إصلاح الرعاية الصحية في المناطق. وإضافةً إلى ذلك، وبسبب حالات الغموض التي تسببت بها البيئة الخارجية، والمخاطر المتأصلة في العمل مع وجود كفاءات وقدرات مؤسسية محدودة، فإنّ السلطة الفلسطينية تحتاج إلى تنفيذ استراتيجية تواصل مفصلة بمساعدة من البنك الدولي ومن الشركاء في التنمية. ويجب أن تكون الاستراتيجية مصحوبةً بوظيفة معلوماتية عامة تُبقي الجمهور العام على اطلاع بالمبادرات الجاري تنفيذها، وتُدبر التوقّعات.

خامساً: ملخص التقييم

أ) التحليل الاقتصادي والمالي:

61) تتوافق مكونات المشروع، مباشرة وبقوة، مع هدفي البنك الدولي للتأمين، والتمثّلين في القضاء على الفقر المدقع وتعزيز الازدهار المشترك. وعلاوة على ذلك، فإنّ هذه المكونات تتفق مباشرة مع توجه الممارسات العالمية في قطاع الصحة والتغذية والسكان نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة؛ بمعنى ضمان حصول جميع الفلسطينيين على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها من دون معاناة من ضائقة مالية شديدة عندما يدفعون قيمة تلك الخدمات من جيوبهم.

62) بحكم تعريفها، فإنّ مكونات المشروع، على وجه العموم، موجودة داخل القطاع العام. فالاستجابة للطوارئ تُغطي حاجات القطاع الصحي الفورية والمطلوبة لكي يُوّدي النظام الصحي وظائفه. ودور القطاع الصحي هو توفير جوانب التنظيم والقواعد والإدارة اللازمة لكلّ من قطاع التأمين الصحي والتحويلات الطبية. ويهدف هذا المشروع إلى خفض التكاليف المرتبطة بالتحويلات الطبية في الوقت الذي يهدف فيه إلى ضمان تلقّي السكان الفلسطينيين الخدمات التخصصية التي يحتاجون إليها؛ وذلك بطريقة محسوبة التكاليف، ووفق سُلّم للأولويات، واستناداً إلى قواعد واضحة المعالم. كذلك يهدف المشروع إلى تحقيق خفض بنسبة 40 في المئة في خط الاتجاه العام (خفض بنسبة 15 في المئة من مستوى خط الأساس لعام 2013) لتكلفة التحويلات الطبية، الأمر الذي يُوّدي إلى تحقيق وفورات في التكاليف طوال فترة استمرار المشروع، مقدارها 198 مليون دولار أمريكي، مقارنةً مع التكاليف المتوقعة لها في ظل عدم تنفيذ المشروع. وتستند هذه التوقعات إلى افتراض حصر التحويلات الطبية الدولية في حالات طبية لا يُمكن معالجتها داخل النظام الصحي الفلسطيني (مع وجود وظيفة حراسة واضحة لمراكز التميّز الفلسطينية) مما يُوّدي إلى تقليص عدد التحويلات الطبية غير الضرورية، وترشيد التعاقد مع جميع مقدّمي الخدمة الخارجيين.

63) للبنك الدولي تاريخ طويل في الانخراط والتعامل مع القطاع الصحي، عالمياً وداخل المناطق الفلسطينية؛ وتتمثّل هذه الجهود في دعم السلطة الفلسطينية ووزارة الصحة من خلال المساعدات الفنية. إذ يجلب البنك الدولي التجارب والخبرات العالمية في ميدان تمويل القطاع الصحي والتأمين الصحي؛ وهو أحد رواد العالم في مجال التغطية الصحية الشاملة. ويمتلك البنك الدولي خبرة لا مثيل لها في مجال تنسيق مجموعة معقّدة من التّدخلات، والتي تتألّف من الخطة الحكومية للتحويلات الطبية والتأمين الصحي؛ وهو يستطيع تقديم الدعم الفني والمالي المطلوب لتحقيق أهداف البرنامج الأساسية. وتشمل هذه الأهداف الحوار مع وزارة المالية بهدف ضمان تمويل البرنامج بمبالغ كافية للتأكد من توافر الموارد المطلوبة لتحقيق غاياته.

ب) الجوانب الفنية:

64) مع أنّ سكان الضفة الغربية وقطاع غزة يتمتعون بوضع صحي جيّد عموماً، مقارنةً مع البلدان الأخرى التي تقع على مستوى مقارنٍ معها، إلا أنّ المحافظة على مستوى الرعاية الصحية في مواجهة نموّ سكاني بوتيرة سريعة، وتراجع في الظروف الاقتصادية، وغموضٍ في المناخ السياسي يفرض تحدياً رئيساً على السلطة الفلسطينية. وعلى

العموم، فقد شكّل الإنفاق على الصحة داخل الضفة الغربية وقطاع غزة نسبة 13 في المئة تقريباً من إجمالي الناتج المحلي في عام 2013؛ وهي نسبة إنفاق مرتفعة جداً بالنسبة إلى مستوى الدخل في الضفة والقطاع، وربما لا يكون الإنفاق مُستداماً في ظل تراجع الظروف الاقتصادية. وبأخذ القيود الصارمة المفروضة على المالية العامة في المدى المتوسط بعين الاعتبار، فمن غير المُرجح أن تتحمّل السلطة الفلسطينية أيضاً الوتيرة الحالية في توسّع الخدمات الحكومية. وبناءً على ذلك، فإنّ السلطة الفلسطينية تحتاج إلى تغيير سياستها الحالية نحو سياسة أخرى تُشدّد على احتواء التكاليف، وتحسين إدارة مواردها الشّحيحة؛ ويشمل هذا التّحسين تحقيق تعاونٍ أفضل وتشاركٍ في الموارد مع القطاع الخاص وقطاع المنظمات غير الحكومية. وقد تمّ وضع سلسلة من الخيارات الإصلاحية قصيرة وطويلة الأجل لكي يتسنى تحقيق مكاسب في مجال الكفاءة تتراوح بين تحسين عمليات التّعاقّد التي تبرمها وزارة الصحة، وبين تبني استراتيجيات مختلفة لاحتواء التكاليف. وفي هذه المرحلة، فإنّ المشروع المقترح يهدف إلى معالجة التدخلات قصيرة إلى متوسطة الأجل، بينما يُصارُ إلى تأجيل الخيارات الإصلاحية طويلة الأجل إلى المرحلة التالية من مساعدات البنك الدولي.

(65) استرشدّ تصميمُ المشروع بالأولويات الفُطرية (أولويات الضفة الغربية وقطاع غزة)، وهي تشمل ما يلي:

- (1) دعم فئات سكانية مستضعفة ومختارة.
- (2) تحديد وتطوير حُزمة المنافع من النظام الصحي.
- (3) وضع وتطوير معايير للانضمام.
- (4) إنشاء وتطوير آليات الدفع.
- (5) تمكين هيئة مستقلة للمشتريات من أداء وظائفها.
- (6) تنفيذ استثمارات استراتيجية وتقديم المساعدات الفنية اللازمة لبناء القدرات.
- (7) إدخال تحسينات على عملية التحويل داخل المستشفيات، وتعزيز شبكات الرعاية الصحية.
- (8) دعم جهود وزارة الصحة في فصل الأدوار التي تُؤدّيها في مجالي المشتريات وتوفير الخدمات.

(66) سيتمّ إنجاز المشروع جنباً إلى جنب مع تنفيذ نشاطات مُوازية مُمولة من الشركاء المانحين. وتُقرّ السُلطة الفلسطينية بأهمية إجراء إصلاحات للقطاع الصحي تهدف إلى تقليص خسائر النظام، ورفع مستوى تحقيق العدالة، والمساءلة وتقديم خدمات ذات جودة نوعيّة. ويُتوقّع أن تُحسّن هذه الإجراءات جميعها من النتائج الصحية التي تنتفعُ بها النساء والأطفال والشباب واللاجئين والفئات السكانية الأشدّ فقراً.

ج) الإدارة المالية:

(67) سوف تتولّى وحدة إدارة المشروع في وزارة الصحة إدارة الجوانب المالية بالتعاون الوثيق مع فريق الإدارة المالية بوزارة المالية. وسيقوم البنك الدولي بتوفير أموال المشروع، التي سيتم صرفها من خلال حساب جديد مُخصّص لهذا الغرض ومتوفر بالدولار الأمريكي، ستفتح وزارة المالية الحساب في بنك فلسطين في رام الله بالضفة الغربية، وتتولّى إدارته وحدة إدارة المشروع بوزارة الصحة. ويحتوي الملحق الثالث على المزيد من المعلومات بشأن الإدارة المالية والمبالغ المنصرفة من ذلك الحساب.

د) المشتريات:

68) سوف يتم شراء السلع وفق المبادئ التوجيهية: المشتريات المشمولة في قروض البنك الدولي للإنشاء والتعمير "IBRD" وفي انتمانات المؤسسة الدولية للتنمية "IDA"، التي نشرها البنك الدولي في كانون الثاني / يناير 2011، والتي تمّ تنفيذها في تموز / يوليو 2014. ويتم اختيار المستشارين وفق المبادئ التوجيهية: اختيار وتوظيف المستشارين من قبل الجهات المقترضة من البنك الدولي التي نشرها البنك الدولي في كانون الثاني / يناير 2011 ونقّحها في تموز / يوليو 2014، واتفاقية المنحة وخطة المشتريات التي وافق عليها البنك الدولي. ويجب تدبير نفقات التشغيل المتكررة غير الطبية، التي سيتم تمويلها من خلال نافذة الطوارئ والاستجابة السريعة، وتكاليف المشروع التشغيلية المتزايدة تراكمياً، وفق التعاقد والإجراءات الإدارية لدى وزارة الصحة، والتي هي مقبولة لدى البنك. كذلك يجب أن تُطبّق على المشروع "المبادئ التوجيهية بشأن منع ومكافحة الاحتيال والفساد في المشاريع الممولة من قروض البنك الدولي وانتمانات ومنح المؤسسة الدولية للتنمية"، المؤرخة في 15 تشرين الأول / أكتوبر 2006، والمُحدّثة في كانون الثاني / يناير 2011. أما المسؤولية الكُلية عن تنفيذ مشتريات المشروع فسوف تقع على كاهل وزارة الصحة من خلال وحدة إدارة المشروع، التي ستقوم بإدارة عملية المشتريات بالتنسيق مع إدارات وزارة الصحة ذات الصلة. وبما أنّ الكفاءات العاملة لدى وزارة الصحة في مجال إدارة المشتريات والعقود محدودة، سيتمّ توظيف اختصاصي مشتريات خبير ليعمل داخل وحدة إدارة المشروع، لكي يدعم وزارة الصحة في تحمل مهمة تأمين مشتريات المشروع.

69) عند أخذ طبيعة المشروع بعين الاعتبار، والتي تستلزم التفاعل بين مختلف الجهات المعنية، فإنّ مسألتي التنسيق واتخاذ القرار ربما تُصبحان من التحدّيات التي يُحتمل أن تؤخّر عمليتي شراء متطلبات المشروع وتنفيذه. وربما تُفرضُ تحدّيات إضافية مُصاحبة للتّعقيد الفني ولقلة الكفاءات في المجالات المستهدفة، إلى جانب المعارضة المُحتملة من المستفيدين من إبقاء الوضع الراهن. وضمن هذا السياق، فمن شأن الترتيب الزمني للأعمال ووضع سلّم أولويات لها أن يكونا أمرين لهما أهمية بالغة. وقد تم إعداد خطة مشتريات يعود تاريخها إلى 10 كانون الأول / ديسمبر 2014 لأول 18 شهراً من تنفيذ المشروع، وتمت الموافقة عليها بمشاركة البنك الدولي. وهذه الخطة مُلخّصة في الملحق الثالث.

هـ) البنك الدولي يدعم عملية التنفيذ:

70) تمّ الانتهاء من تعريف خطة دعم التنفيذ وجرى اعتمادها أثناء عملية التقييم. وبما أنّ فريق العمل الأساسي - الذي يضمّ قائد فريق العمل، والكوادر المتخصصة في الائتمان، واختصاصي تكنولوجيا المعلومات، وخبراء الاقتصاد الدوليين (في الضفة الغربية وقطاع غزة)، واختصاصي الحوكمة وإدارة المالية العامة - جميعهم يتخذون من مكتب البنك الدولي للضفة الغربية وقطاع غزة مقرّاً لهم، فإنّ ذلك يضمن توفير الإشراف الوثيق ومساندة التنفيذ الذي تقوم به وزارة الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، فسوف يتمّ العمل على تنسيق الجهود وتناغمها بصورة كاملة مع كل الشركاء في التنمية. وسيقوم البنك بتقديم دعم فنيّ مستمرّ من خلال الكوادر العاملين في المركز الرئيسي؛ وذلك بقصد التّعامل مع الموضوعات الأكثر تخصّصاً، من مثل إصلاحات نظام التأمين الصحي، وتحديد التكاليف وحُرم المنافع، وآليات التعاقد على التحويلات الطبية والموضوعات الأخرى ذات العلاقة. وفضلاً عن ذلك، فإنّ

المساعدات الفنية التي يقدمها البنك الدولي سوف تستمرُّ لأجل تطوير الكفاءات والقدرات المؤسسية لوزارة الصحة بهدف ضمان استدامة الإصلاحات المُقترحة. ويحتوي الملحق الثالث على خطة دعم التنفيذ.

(و) الجوانب الاجتماعية:

(71) تعتبر الصحة أحد حقوق الإنسان في المناطق الفلسطينية. والحقُّ في الحصول على الرعاية الصحية مضمونٌ للسكان جميعهم بمقتضى الدستور الفلسطيني.

(72) تُشكّل الخدمات ذات الجودة التوعّية في القطاع العام، بصورة عامة، همّاً كبيراً وأولويةً، وخاصة في قطاع غزة. ويقترنُ ارتفاع معدلات الوفيات والعدوى في المستشفيات بانخفاض مستوى رضى مستخدميها. ومع ذلك ليس هنالك آليات عمل فعالة لمكافحة الظلم أو للتعويض والإنصاف. ومع أنّ المنظور إلى سرعة الاستجابة على أنه ذا مستوى أفضل في القطاع الخاص، إلا أنّ قدرًا قليلاً يُعرَفُ عن نوعيّة الرعاية وعن تنظيم القطاع الخاص. وبالإضافة إلى ذلك، النظام الصحي في قطاع غزة يتردّى باطراد، وإنّ تدهور نوعية الرعاية الصحية أخذ في الازدياد، ويعود ذلك في جزء منه إلى الحصار. كما أنّ العاملين في المجال الصحي غير قادرين على الحصول على التدريب والتعليم المُستمرّين، والقيود المفروضة على استيراد قطع الغيار تُعطلُّ صيانة الأجهزة والمعدات الطبية، وتُصعّب انقطاع التيار الكهربائي إجراء العمليات وتؤثّر سلباً على أداء المرافق الصحية وظائفها.

(73) من المُرجّح أن تواجه وزارة الصحة ضغوطاً عندما تُعدّل أنظمة التأمين الصحي الحالية، ومنها استبعاد الأسر المستفيدة أو الأفراد المستفيدين الذين لن يستطيعوا بعد ذلك الحصول على تأمين صحي مجاني. فابتداءً من عام 2010، كان المصروفات النثرية تشكل حوالي 40 في المئة من إجمالي النفقات الصحية، الأمر الذي من المحتمل أن يُنقل كاهل المهمّشين والفقراء بالمزيد من الأعباء. وفي الواقع، فإنّ الفئات الأشدّ فقراً تتحمّل حصةً أعلى من المصاريف النثرية مع إجمالي دخلهم، وهم يتعرضون لخطر الفقر المدقع بسبب ذلك. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ الاستفادة من خدمات التحويلات الطبية غير متساوية بين المحافظات وفي مختلف أنظمة التأمين، الأمر الذي يُوحي بوجود حالات من الإجحاف في الوصول إلى الخدمات. إنّ حالات الإجحاف هذه تتعلّق بانخفاض أداء النظام الصحي نظراً لتجزئته، ومحدودية الوصول إليه وبالمسافات الفاصلة بين المستفيدين والمرافق الصحية، والقيود الأخرى المفروضة على التثقل.

(74) تُقرُّ وزارة الصحة بالتحدّيات الاجتماعية في القطاع، وهي تبدّل كلّ الجهود الضرورية بمشاركة الجهات المعنية الأساسية، ومنها وزارات السلطة الفلسطينية (على سبيل المثال، وزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة العمل)، والمنظمات الأهلية المحلية، والشركاء في التنمية؛ وذلك لأجل ضمان توفير التغطية الصحية الكافية للفقراء، والحصول العادل على خدمات الرعاية ضمن النظام الصحي. وفضلاً عن ذلك، فإنّ وزارة الصحة سوف تستمرُّ في العملية التشاركية مع المستفيدين ومنظمات المجتمع المدني من أجل التأكّد من قدرة نظام الرعاية الصحية على تغطية الفقراء والمهمّشين بالخدمات الصحية، بصورة كافية، وضمان تحقيق العدالة داخل النظام. وسوف يهدف المشروع إلى تعزيز تنفيذ إطاره المعني بالرصد والتقييم، وضمان الوصول العادل إلى نظام الرعاية الصحية من قبل الجميع.

إدماج النوع الاجتماعي:

(75) إنَّ إمكانيةً وصول النساء والمجتمعات المستضعفة إلى خدمات الرعاية الصحية والحصول عليها محدودة النطاق؛ فالقيود المفروضة على الحركة والانتقال وعلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية تستمر في إعاقة الاستفادة من الرعاية الصحية، وبصورة خاصة أكثر بالنسبة إلى النساء في المنطقة (ج)،¹⁴ وفي منطقة التماس،¹⁵ وكذلك في قطاع غزة. وتتبع منظمة الصحة العالمية استيفاء جوانب العدالة في التحويلات الطبية في قطاع غزة على أساس شهري. وثمة دليل يُثبت عدم المساواة في الحصول على التحويلات الطبية حسب الجنس. فالفجوة في قطاع غزة، من حيث التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، تبلغ 59.6 في المئة للمرضى الذكور مقارنة مع نسبة 40.4 في المئة للمرضى الإناث.¹⁶ وإلى جانب ذلك، فإنَّ النقص في المغذيات الدقيقة يظلُّ يُشكّل أحد الهموم، مع وجود مستويات مرتفعة من فقر الدم، إضافةً إلى النقص في فيتامين "أ" وفيتامين "د" بالنسبة إلى الفتيات والفتيان والنساء الحوامل. وقد عانت نسبة 35.6 في المئة من النساء الحوامل في قطاع غزة من فقر الدم.¹⁷ ويبقى معدل وفيات الأمهات مرتفعاً بسبب إجراءات الولادة، وتغذية الأمهات، وسوء جودة الخدمات.¹⁸ وعلاوةً على ذلك، فقد تضاعف معدل عمليات الولادة القيصرية خلال العقد الماضي ليصل إلى نسبة 20 في المئة. وتُوحى دراسة أُجريت مؤخراً بأنَّ خطر الوفاة من العمليات القيصرية في المناطق الفلسطينية أعلى بمعدل 6 أضعاف من الولادة الطبيعية، وذلك بسبب ظروف العمليات التالفة مثالية، وبسبب نقص التدريب وضعف المتابعة والرعاية الوقائية.¹⁹

(76) أُضيفَ المؤشِّر الأساسي للقطاع الصحي: "عدد المستفيدين، النسبة المئوية للإناث منهم" إلى المؤشرات المتوسطة، وسيتمَّ رصده ومتابعته عن كثب ضمن هذا المشروع. وسوف تُصاحبُ هذه الإضافة استراتيجية تواصل بشأن التغطية الصحية الشاملة التي سيُصار إلى وضعها وتطويرها تحت هذا المشروع، وذلك يشمل عقد سلسلة من ورشات العمل التشاورية مع مختلف الجهات المعنية صاحبة المصلحة. وإضافة إلى ذلك، سوف يُصار أيضاً إلى وضع وتطوير آلية للتظلم وجبر الأضرار الخاصة بالتحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي والوصول الرعاية الصحية، وإلى رصد ومتابعة تنفيذ هذه الآلية تحت المشروع.

(ز) التدابير الوقائية:

(77) لا يتسبب هذا المشروع في وضع تدابير وقائية بيئية أو اجتماعية.

(ح) الاستثناءات من تطبيق سياسات البنك الدولي أو الإعفاء من تطبيقها:

¹⁴ المنطقة (ج) هي ذاك الجزء من الضفة الغربية الموجودة تحت السيطرة المدنية والأمنية الإسرائيلية الكاملة، وهي تغطّي نسبة 60% من أراضي الضفة الغربية.

¹⁵ "منطقة التماس" هي المنطقة المغلقة بين الخط الأخضر والجدار العازل، والتي يُقيم فيها حالياً حوالي 11.000 فلسطيني.

¹⁶ التقرير الشهري لمنظمة الصحة العالمية، تشرين الأول / أكتوبر 2014.

¹⁷ وكالة الأونروا، 2012 "UNRWA"

¹⁸ الجهاز المركزي للإحصاءات الفلسطيني، عشية اليوم العالمي للسكان، 2012، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، رام الله، المناطق الفلسطينية.

¹⁹ عبد الرحيم، وآخرون، صحة الأم والطفل في المناطق الفلسطينية المحتلة، مجلة "لانسيت"، 2009، 373 (9667): الصفحات 967 - 977.

(78) لا ينطوي المشروع على أي استثناءات أو إعفاءات من سياسات البنك الدولي.

الملحق الأول: إطار النتائج والرصد

الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ

الهدف التنموي للمشروع "PDO": يتمثل الهدف التنموي للمشروع في مساندة السلطة الفلسطينية لتأمين استمرارها في تقديم خدمات الرعاية الصحية وفي بناء قدراتها على تحمل الارتفاع المفاجئ مستقبلاً في الطلب على التغطية بخدمات الرعاية الصحية الفاعلة.											
مؤشرات النتائج على مستوى الهدف التنموي*	وحدة القياس	خط الأساس	القيم التراكمية المُستهدفة**					التكرار	مصدر البيانات / المنهجية	المسؤولية عن جمع البيانات	الوصف (تعريف المؤشر.. الخ)
			السنة الأولى	السنة الثانية	السنة الثالثة	السنة الرابعة	السنة الخامسة				
معدلات الاستفادة/الاستخدام (مرضى العيادات الخارجية، الطوارئ والولادة) في مستشفيات الشفاء ورفيديا لا تتراجع أو تتحسن حتى نسبة 10% مقارنة مع خط الأساس كما هو في نهاية أيلول / سبتمبر 2014	نسبة مئوية	الإشغال: في مستشفى الشفاء: 89% في مستشفى رفيديا: 85% الولادة: الشفاء: 76% رفيديا: 94% العيادات الخارجية: الشفاء: 578.646 رفيديا: 163.262	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	مرتان سنوياً	وزارة الصحة / مستشفى الشفاء ومستشفى رفيديا	وزارة الصحة	رصد اتجاهات المسار العام في الاستفادة من المستشفيات كمؤشر بديل على أثر المشروع على إمكانية الوصول إلى / الخدمات الصحية	
تخفيض التكلفة الإجمالية للتحويلات الطبية بنسبة 15% (بحلول نهاية المشروع) مقارنة مع خط الأساس	بالمليون دولار أمريكي	144	120	135	145	152	150	مرتان في السنة	وزارة الصحة	القيمة الإجمالية لتكلفة التحويلات الطبية	
تخفيض فجوة العدالة الجغرافية في تكلفة التحويلات الطبية (بين الضفة الغربية وقطاع غزة) بنسبة 80 في المئة مقارنة مع خط الأساس.	نسبة الإنفاق لكل فرد	1 : 1.7	1 : 1.15	1 : 1.27	1 : 1.35	1 : 1.5	1 : 1.6	مرتان في السنة	وزارة الصحة	نسبة	

النتائج على المستوى المتوسط												
النتيجة متوسطة الأمد (القسم الأول): نافذة الطوارئ والاستجابة السريعة												
رصد اتجاهات المسار العام في الاستفادة من المستشفيات كمؤشر بديل على أثر المشروع على إمكانية الوصول إلى / الخدمات الصحية	وزارة الصحة	وزارة الصحة / مستشفيات الشفاء وناصر وغزة الأوروبي	مرتان في السنة	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	النسبة نفسها كما هي في خط الأساس أو تحسن بنسبة 10% كحد أقصى	الإشغال بمستشفى الشفاء: 89% - الإشغال بمستشفى ناصر: 74% الإشغال بمستشفى غزة الأوروبي: 79%	نسبة مئوية	تحسن معدلات الاستفادة/الاستخدام (الإشغال الكلي) في مستشفيات الشفاء، ومستشفى ناصر، ومستشفى غزة الأوروبي، بنسبة تصل إلى 10% بحد أقصى، أو المحافظة على النسبة نفسها مقارنة مع خط الأساس كما هي في نهاية أيلول / سبتمبر 2014
النتائج على المدى المتوسط												
مؤشرات النتائج متوسطة الأجل (القسم الثاني): ترشيد التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي (OMRs)												
عدد الشروط	وزارة الصحة	وزارة الصحة	مرتان سنوياً	10 شروط	10 شروط	6 شروط	5 شروط	2 شرطان	لا ينطبق	عدد (الشروط)		تعريف/تحديد بروتوكولات وإجراءات التحويلات الطبية لاستيفاء الشروط العشرة الأكثر كلفة، ووضعها موضع التنفيذ
نظام موحد	وزارة الصحة	إدارات وزارة الصحة: وحدة التحويلات الطبية، والإدارة المالية وإدارة التأمين الصحي	مرتان في السنة	تشغيل نظام إلكتروني (عبر الإنترنت) في جميع المستشفيات التي تتلقى تحويلات طبية	تشغيل نظام إلكتروني (عبر الإنترنت) في جميع المستشفيات التي تتلقى تحويلات طبية	تتوافر لإدارة التحويلات، ولإدارة المالية بوزارة الصحة ولوزارة المالية إمكانية الدخول الفوري إلى قاعدة البيانات	إنجاز الربط الإلكتروني لقواعد بيانات التحويلات والفواتير الخاصة بقطاع غزة	إنجاز الربط الإلكتروني لقواعد بيانات التحويلات والفواتير الخاصة بقطاع غزة	صفر	النص		إنشاء نظام معلومات صحية موحد لوحدة التحويلات الطبية، وإدارة الفواتير وإدارة التأمين الصحي في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة وجعله يعمل بكامل طاقته

النظام يعمل	وزارة الصحة	وزارة الصحة	مرّتان في السنة	10	6	4	2	1	صفر	عدد المستشفيات		إنشاء نظام معلومات صحّية يعمل في مستشفيات مختارة
العدد التراكمي للمرافق الصحية التي تم تجهيزها	وزارة الصحة	وزارة الصحة	مرّتان في السنة	5	5	5	3	2	صفر	عدد المرافق الصحية التي تم تجهيزها	X	الانتهاء من بناء مرافق صحّية، و/أو تجديدها و/أو تجهيزها بالأجهزة والمعدات
الاستفادة من الخدمات	وزارة الصحة	وزارة الصحة - الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني / المسح الصحي الديموغرافي	مرّتان في السنة	%50	%50	%45	%43	%40	لا ينطبق	عدد المُستخدمين كنسبة مئوية (%)		(عدد) المستفيدين مباشرة من المشروع، والنسبة المئوية (%) للإثبات منهم
النتائج على المدى المتوسط (القسم الثالث): دعم إصلاح نظام التأمين الصحي بهدف تعزيز قدرات القطاع الصحي على الصمود												
عدد العقود المتفاوض عليها على المستوى المحلي	وزارة الصحة	وزارة الصحة	مرّتان في السنة	نفسه أقل من 40	نفسه أقل من 40	أقل من 40	أقل من 40	20	صفر	العدد التراكمي		التفاوض على عقود التحويلات الطبية الجديدة مع جميع مقدّمي الخدمات الصحية الخارجيين
الانتهاء من عمل جميع الترتيبات/الاتفاقيات والوظائف (تتفيذ العقود)	وزارة الصحة / وزارة المالية / الوزراء	وزارة الصحة / وزارة المالية / مجلس الوزراء	مرّتان في السنة	الهيئة عاملة	الهيئة عاملة	الهيئة عاملة	الهيئة عاملة	إنجاز الهدف	صفر	النص		الانتهاء من إنشاء هيئة المشتريات (إما مستقلة وإما جزء من وزارة الصحة)، ورفدها بالكوادر وتجهيزها للقيام بمهامها
عدد الناس	وزارة الصحة / منظمة الصحة العالمية / صندوق الأمم المتحدة للسكان	وزارة الصحة / مسح الصحة الديموغرافي	مرّتان في السنة	90	90	90	85	80	80	نسبة مئوية	X	مجموع الناس الذين يستطيعون الحصول على حزمة أساسية من الخدمات الصحية، أو خدمات التغذية أو خدمات الصحة الإنجابية
العدد والنسبة المئوية	وزارة الصحة	وزارة الصحة	مرّتان في السنة	%50	%48	%45	%42	%40	لا ينطبق	العدد والنسبة المئوية	X	(عدد) المستفيدين مباشرة من المشروع، والنسبة المئوية (%) للإثبات منه

النتائج على المدى المتوسط (القسم الرابع): إدارة المشروع وبناء القدرات

إجراء تدقيق خارجي (طبي ومالي)		النص	صفر	قائم ومستقر	يؤدي وظيفته	يؤدي وظيفته	يؤدي وظيفته	مرتآن في السنة	وزارة الصحة	وزارة الصحة
الكوادر الصحية تتلقى التدريب	X	العدد	صفر	100	150	200	300	500	وزارة الصحة	وزارة الصحة
الانتهاء من تصميم آلية للحكومة وجبر الأضرار "GRM" خاصة بالتحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، وللوصول إلى / الحصول على الرعاية الصحية، والتشغيل الكامل لهذه الآلية بحلول نهاية المشروع		النص	صفر	الانتهاء من إعداد تقرير التشخيص السريع بشأن آلية الحوكمة وجبر الأضرار	الانتهاء من إنشاء قاعدة بيانات لآلية الحوكمة وجبر الأضرار وتجربتها في محافظتين	آلية الحوكمة وجبر الأضرار مطبقة فعلياً وتمّ توسيع نطاق تطبيقها لتشمل جميع مرافق وزارة الصحة	آلية الحوكمة وجبر الأضرار مطبقة	مرتآن في السنة	وزارة الصحة	وزارة الصحة
الانتهاء من إعداد استراتيجية التواصل بشأن التغطية الصحية الشاملة "UHC"، وعقد ورشات عمل تشاورية مع جميع الجهات المعنية (صاحبة المصلحة)، لتعزيز مفهوم إشراك المواطنين.		النص	صفر	الانتهاء من إعداد استراتيجية التواصل	عقد ورشة عمل تشاورية واحدة	عقد ورشة عمل تشاورية واحدة	عقد ورشة عمل تشاورية واحدة	مرتآن في السنة	وزارة الصحة	وزارة الصحة
نظام آلية الحوكمة وجبر الأضرار يعمل بطاقته الكاملة بحلول نهاية المشروع		النص	صفر	الانتهاء من إعداد دليل لآلية الحوكمة وجبر الأضرار	توسيع نطاق تطبيقها لتشمل جميع مرافق وزارة الصحة	آلية الحوكمة وجبر الأضرار مطبقة	آلية الحوكمة وجبر الأضرار مطبقة	مرتآن في السنة	وزارة الصحة	وزارة الصحة
عقد ما لا يقل عن ورشة عمل واحدة سنوياً، وما لا يقل عن أربع ورشات عمل تراكمياً		النص	صفر	عقد ورشة عمل تشاورية واحدة	عقد ورشة عمل تشاورية واحدة	عقد ورشة عمل تشاورية واحدة	عقد ورشة عمل تشاورية واحدة	مرتآن في السنة	وزارة الصحة	وزارة الصحة

الملحق الثاني: الوصف التفصيلي للمشروع

الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ، رقم (P150481)

يسعى المشروع إلى مساندة السلطة الفلسطينية لتأمين استمرارها في تقديم خدمات الرعاية الصحية و بناء قدراتها على تحمل الارتفاع المفاجئ مستقبلاً في الطلب على التغطية بخدمات الرعاية الصحية الفعالة. فسوف يدعم هذا المشروع المقترح مبادرات القطاع الخاص التي تقودها وزارة الصحة لتلبية الحاجات الفورية للقطاع الصحي، ومنها أداء المستشفيات ووظائفها المناسبة، وترشيد وضع المالية العامة. كما سوف يدعم هذا المشروع التحسينات التي يتم إدخالها على نفقات الصحة العامة؛ وذلك من خلال وضع ترتيبات تنظيمية، وإشرافية ومؤسسية مُستدامة للتحويلات الطبية وللتغطية بالرعاية الصحية. وسوف تُستمر هذه النشاطات - جنباً إلى جنب مع المراحل التالية لارتباط البنك الدولي بهذا المشروع وبمساندة من الشركاء في التنمية - في دعم القطاع الصحي في المناطق الفلسطينية؛ وذلك عن طريق التركيز على توسيع نطاق انتشار تنفيذ التدخّلات لضمان استمرار القطاع الصحي في أدائه ووظائفه، مع الاستمرار في بناء صموده. وبصورة أكثر تحديداً، سيمول المشروع النشاطات المشمولة في أربعة مكوّنات، ملامحها الرئيسة موضحة تالياً:

القسم الأول: نافذة الطوارئ والاستجابة السريعة (2 مليون دولار أمريكي)

(1) لم يتجسّد على أرض الواقع تمويل المانحين في الوقت المناسب، في أعقاب أزمة غزة؛ ممّا تسبّب في وجود فجوة تمويلية. ويوجد في الوقت الراهن تعطيلات خطيرة في أداء نظام الرعاية الصحية بسبب انقطاعات التيار الكهربائي، ونقص الوقود اللازم للمولدات، ممّا يؤثر سلباً على العمليات اليومية لمرافق الرعاية الصحية وخدمات سيارات الإسعاف. وبالإضافة إلى ذلك، وبسبب الديون الضخمة والتراكمية على وزارة الصحة، فقد علّق مقدّم خدمات النظافة وتزويد الطعام أداء عملياتهم ابتداءً من تشرين الأول / أكتوبر 2014. و كان لنقص سُبل الصرف الصحي، والتّعقيم والنظافة العامة في المستشفيات عواقب وخيمة على الصحة العامة، وعملت هذه العوامل على زيادة مخاطر حالات العدوى ونفسي الأمراض السارية.

(2) سوف تساعد نافذة الطوارئ على سدّ جزء من هذه الفجوة، وعلى تمويل النفقات التي تقتضيها الحاجة كثيراً. فمرافق القطاع الصحي في قطاع غزة في حاجة كبيرة لهذه الموارد؛ لأنها تتطلّب مخصّصات كافية، ومُستلزمات أساسية أخرى لضمان استمرارية تشغيل المستشفيات التي تُعاني من ظروف مُلحة، مثل انقطاعات التيار الكهربائي طويلة الأمد، وما يقترن بها من أزمة في موازنة وزارة الصحة.

(3) يتمثّل الهدف من هذا القسم في تنفيذ التدخّلات الملائمة زمنياً والهادفة للتعامل مع الحاجات العاجلة، والتي تُساعد بالتالي على تخفيف التراجع الإضافي في تقديم الخدمات الصحية الأساسية؛ كما يهدف القسم إلى ضمان استمرار توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية بأدنى المستويات المقبولة، وإلى تجنب هذه الخدمات المرور في تجربة انهيار النظام الصحي ككل.

(4) سوف يُقدّم هذا القسم الدعم لوزارة الصحة لتقديم الخدمات الأساسية، من خلال تمويل النفقات غير الطبية المتكررة لدى وزارة الصحة والمرافق الصحية. وربما يكون من المفيد النظر إلى هذه المقاربة باعتبارها استراتيجيةً ومكملة لمنع حدوث المزيد من الانهيار في تقديم الخدمات الصحية، وفي الوقت نفسه لتقليل تكلفة التحويلات الطبية الخارجية إلى

الحد الأدنى. وتُقدّم هذه المقاربة الفرصة لتلبية الحاجات الفورية والعاجلة، ولكنها لا توفر التنبؤات الضرورية للمزيد من الدعم المستدام والمطلوب في أزمة طال أمدها.

(5) يُعطي هذا القسم النفقات التالية: **النفقات غير الطبية المتكررة (2 مليون دولار أمريكي)** -- التكاليف غير الطبية

لتشغيل وصيانة مرافق وزارة الصحة، وهي تُغطي:

(1) تكاليف وقود مولدات المستشفيات وخدمات سيارات الإسعاف.

(2) خدمات تنظيف المستشفيات ومواد النظافة.

(3) خدمات تزويد الطعام للمستشفيات.

القسم الثاني: ترشيد التحويلات الطبية الخارجية ("3.5" مليون دولار أمريكي):

(6) يُعيقُ وضعُ المالية العامة للسلطة الفلسطينية بشكل خطير، قدرتها على الاستجابة للأزمة الحالية. ويفرضُ كلُّ من

التراجع في مستوى البنية التحتية الصحية والزيادة في الحاجات الصحية الناجمة عن الأزمة ضغوطاً إضافية على نظام التحويلات الطبية، المُثقل فعلياً بالديون، وغير العادل، وغير المُستدام. ويهدف المشروع أولاً إلى تخفيف الأثر الفوري لهذا الوضع على القطاع الصحي؛ وثانياً إلى اتخاذ الإجراءات الضرورية لتحسين كفاءة النظام وعدالته على المدى الأطول، وإلى ضمان استدامة النظام وصموده في مواجهة الصدمات المُحتمل وقوعها مستقبلاً.

(7) يقترحُ المشروعُ - لمعالجة الوضع الطارئ - دعمُ السلطة الفلسطينية في وضع التدابير الفورية لخفض التكاليف،

وتحسين كفاءة النظام الحالي، من دون الإضرار بإمكانية الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة ذات النوعية الجيدة. وسوف تُركّز التدابير، بالإضافة إلى ذلك، على الترشيد والعدالة لأجل ضمان تقاسم السكان الفلسطينيين الموارد المتوافرة فيما بينهم بطريقة عادلة، تقوم على مجموعة من القواعد التي تتّصف بالشفافية والتي يتم استنباطها بطريقة واضحة المعالم، وتقوم على الأدلة والإبانات.

(8) تشمل الإجراءات الطارئة الفورية الهادفة إلى خفض الأثر المالي للتحويلات الطبية، والحد من الفساد على ما يلي:

(1) **العقود المبرمة مع مقدّمي الخدمات الخارجيين (في سياق حالات الطوارئ):** سوف يدعم المشروع وزارة الصحة

في مراجعة وتنقيح مجموعة من العقود والاتفاقات الجارية مع مقدّمي الخدمات من خارج النظام الصحي العام.

وسوف ينصبّ التركيز على:

(أ) مُقدّمي الخدمات من خارج النظام الصحي الوطني وذلك لضمان جودة تعريف الإجراءات التي سيتم

تعويضها مالياً.

(ب) العدد القليل من داخل النظام الوطني الفلسطيني، لضمان أن تكون العقود عقلانية، وللتخلّص من

مقدّمي الخدمات الذين يستلزمون تكلفة عالية ولا تقتضي الحاجة التعاقد معهم.

وسوف يُعدُّ المشروع تقريراً يستند إلى البيانات والمعلومات المتوافرة، ويُشارك في جهود المناصرة

وكسب التأييد الفورية بمشاركة وزارة الصحة، ووزارة المالية، والشركاء المانحين، وفي توفير المرافق.

وينبغي للسلطات الوطنية ذات الصلة رسمنة (إضفاء الطابع الرسمي على) الإجراءات الموصى بها.

(0.3 مليون دولار أمريكي)

(2) ملاحظة توجيهية بشأن التحويلات الطبية. سوف تُعدُّ هذه الملاحظة لوضع قواعد للمعالجة والتحويلات الطبية

اللازمة لحالات صحية مختارة. وسوف تغطي الملاحظة التوجيهية ما يلي:

أ) دراسة بروتوكولات التحويلات الطبية بحسب شروط مُتفق عليها.

ب) تدريب الأطباء وأعضاء لجنة التحويلات الطبية.

ج) وضع اللامسات الأخيرة على دليل التحويلات الطبية والمصادقة عليه. (0.5 مليون دولار أمريكي)

(9) يُقترحُ اتّخاذ مجموعة من الإجراءات على المدى القصير إلى المتوسط؛ وذلك لضمان استدامة نظام التحويلات الطبية

بصورة خاصة، واستدامة القطاع الصحي بصورة عامة أكثر. وتُشكّل عملية إصلاح نظام التحويلات الطبية جزءاً بالغ الأهمية من القطاع الصحي، بينما تهدف عملية إصلاح نظام التأمين الصحي إلى زيادة حجم تغطية السكان الفلسطينيين بخدمات صحية أفضل جودةً، وتضمن في الوقت نفسه توفير الحماية المالية، وبخاصة للفئات الأشد فقراً. وتتطوي عملية ترشيد نظام التحويلات وضمان استدامته على زيادة مستوى الترشيح في النفقات، وخفض أو التخلّص من النفقات التي تُدفع إلى المستشفيات الأجنبية، كما تتطوي على تعزيز الأنظمة التي تضمن الإنصاف والعدالة في التحويلات الطبية، ومعالجة مواطن الضعف الأساسية في النظام العام والتي تؤدي إلى صدور التحويلات الطبية، ومنها جودة الخدمات وتوافرها.

(10) تشتمل الإجراءات قصيرة إلى متوسطة المدى الهادفة إلى تحقيق استدامة وصمود نظام التحويلات على ما يلي:

(1) الخطة الرئيسية للتحويلات الطبية. سوف تتضمن الخطة الرئيسية للتحويلات الطبية الجهات المعنية التي تعمل

على مختلف مكونات عملية إصلاح نظام التحويلات الطبية لدعم خطة وزارة الصحة العامة. وسوف تُحدّد الخطة مجالات الإصلاح واستراتيجياته، وأدوار الشركاء في التنمية والجهات المعنية، إلى جانب تحديد الغايات والأطر الزمنية. وسوف تتضمن تنفيذ عملية تطوير موازنة مصحوبة بالعديد من الجوانب التحليلية (الخطة الرئيسية للمستشفيات، دراسة جدوى التكاليف، وغير ذلك - انظر المزيد من التفاصيل تالياً). وسوف يتم وضع الخطة الرئيسية للتحويلات الطبية بالتشاور الوثيق مع الجهات المعنية والجهات الفاعلة الأساسية؛ وذلك من خلال استضافة مؤتمر تشاوري متعدّد الجهات المعنية، وإلى المصادقة عليها وإقرارها من جانب وزارة الصحة.

(0.1 مليون دولار أمريكي)

(2) العقود المبرمة مع مقدّمي الخدمات الخارجيين (الترشيح في المدى المتوسط). سوف تحتاج وزارة الصحة في

المدى متوسط الأجل إلى ترشيح جميع العقود المبرمة مع مقدّمي الخدمات من خارج النظام الصحي العام؛ وذلك بهدف ضمان شراء الخدمات استناداً إلى جودتها، وضمان عدالة العقود وعقلانيتها بالنسبة إلى عدد مختار من المستشفيات التي تُزوّد الخدمات المشتراة. وهذا يستلزم القيام بما يلي:

أ) إجراء تقييم لكل العقود القائمة، حيث سيتم توجيه جميع التحويلات الطبية الموصى بها إلى مقدّمي الخدمات الوطنيين (من القطاعين العام والخاص) وفق ترتيبات تعاقدية جديدة.

ب) إجراء دراسة لحجم التحويلات الطبية مصنّفة حسب مقدّم الخدمة وقدرته الاستيعابية وجودته والاعتبارات الجغرافية تحقيقاً لمجموعة من الشروط.

ج) إجراء دراسة لحساب التكاليف بهدف تحديد تكلفة تقديم الخدمات في مختلف البيئات.

د) إجراء عملية إعادة تفاوض مع جميع مقدّمي الخدمات استناداً إلى النقاط من (أ) إلى (ج) أعلاه. (1.3 مليون دولار أمريكي)

(3) **تقوية النظم الصحية.** تُعتبر معالجة الأسباب الأساسية الكامنة للتحويلات الطبية من التّدخلات طويلة الأمد والشاملة لكل مكونات النظام الصحي. وسوف يُركّز هذا المشروع على تعزيز نظام معلومات التحويلات الطبية "RIS" والشراء الاستراتيجي للأجهزة والمعدات بهدف تقوية عملية قيام النظام الصحي العام بتوفير خدمات معيّنة. وسوف يهدف نظام معلومات التحويلات الطبية إلى تتبّع جميع التحويلات الطبية من مرحلة الطلب إلى مرحلة الفواتير. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ نظام معلومات التحويلات الطبية سيسهل التفاعل بين مقدّمي الخدمات الخارجيين وبين الإدارة من أجل الموافقة على الإجراءات التي تتجاوز سقف التحويلات الطبية الأصلي. وسيهدف المشروع إلى إدماج نظام معلومات التحويلات الطبية في نظام المعلومات الصحية "HIS" القائم، وإلى تعزيز نظام المعلومات الصحية القائم حيثما أمكن. وسيتألف نظام المعلومات من المكونات الرئيسة الأربعة التالية:

أ) ربط قاعدة بيانات التحويلات الطبية مع قاعدة بيانات الفوترة (إعداد وإصدار الفواتير).
ب) حوسبة عملية تقديم طلبات التحويلات الطبية والموافقة عليها وجعلها أوتوماتيكية.
ج) ربط مقدّمي الخدمات مع الوحدة المسؤولة عن منح الموافقات بالنسبة إلى العلاج الإضافي / النفقات الإضافية.

د) ربط إدارة التحويلات الطبية مع إدارة المالية بوزارة الصحة ومع وزارة المالية. وسوف يستلزم مُكوّن الشراء الاستراتيجي للأجهزة والمعدات إجراء دراسة لجدوى التكلفة بهدف تحديد ما إذا كان أو لم يكن هذا الشراء مناسباً لتقديم الخدمات ضمن النظام الصحي العام، أو لتحويل تلك الخدمات إلى مقدّمي خدمات خارجيين بالنسبة إلى الشروط الخمسة الأكثر تكلفة. وعلاوة على ذلك، فإنّ هذه الدراسة سوف تُسلّط الضوء على عمليات شراء الأجهزة والمعدات، والتدريب ودعم الموارد البشرية لمرافق مختارة من وزارة الصحة لتتعامل مع الشروط التي سيتم تناولها داخل القطاع العام. (1.3 مليون دولار أمريكي).

(4) **سيتم تطوير المكونات المتداخلة التالية تحت القسم الثالث (التأمين الصحي):**

أ) إنشاء هيئة/ وحدة مشتريات.
ب) تحديد حزمة أساسية من الخدمات.
ج) إجراء دراسات لتقييم دور عملية تعزيز الرعاية الأولية.
د) إجراء دراسة لتقييم عملية شراء المستحضرات الصيدلانية وتوفيرها.

القسم الثالث: دعم تغطية الخدمات الصحية بهدف تعزيز قدرات القطاع الصحي على الصمود (2 مليون دولار أمريكي)

(11) أعاقّت تجزئة النظام الصحي وعدم استدامته المالية، بصورة كبيرة، قدرة وزارة الصحة على التعامل مع الأزمة الراهنة. ويستلزم ضمان استدامة هذا النظام وبناء صموده اتّخاذ إجراءات فورية لترشيد عملية التغطية بالخدمات بينما يتم العمل على تحسين جودة الخدمات.

(12) الهدف الرئيسي لهذا القسم هو تحسين عملية تقديم الخدمات وتعزيز جهود وزارة الصحة الرامية إلى فصل أدوارها في مجالات التمويل، وتقديم الخدمات والتنظيم. وسوف تعمل الاستثمارات المتمثلة في وضع الشروط اللازمة لتحسين جودة الخدمات، والمساءلة والنتائج المنتظرة من مقدمي خدمات النظام الصحي على ضمان توافر الخدمات الصحية جيدة النوعية للجميع، ابتداءً من الفقراء والمستضعفين.

(13) تقتضي الحاجة وضع ترتيبات لنظام تأمين صحي عام مُتَقَن التنظيم، وذلك بهدف تحقيق جميع النتائج المقصودة التي تُحددها وزارة الصحة فيما يتعلّق بالتّحسينات، وخفض مستوى الإنفاق الخاص من الجيوب، ورصد النتائج وخفض كلفة التحويلات الطبية. وسيكون تحقيق هذه النتائج ممكناً بسبب التّحسينات المُدخلة على عملية التّعاقد. لقد قرّرت السلطة الفلسطينية إحداث وتطوير تغييرات في النظام الصحي من خلال تنفيذ سلسلة من النشاطات التي سيدعمها المشروع من خلال المساعدات الفنية والاستثمارات. وستعمل هذه الاستثمارات، بصفة أساسية على المدى المتوسط إلى البعيد، على إعادة تعريف أدوار وزارة الصحة في مجالات التمويل والإدارة وتعزيز عملية توفير الخدمات. وهذا يتطلّب تشكيل فريق عمل أساسيين يتولّيان المسؤولية عن القيام بدور الشراء ودور ضمان الجودة النوعية، وهذان الفريقان هما:

أ) فريق إنشاء هيئة مشتريات مستقلة تكون تابعة لكلّ من وزارة الصحة ووزارة المالية.
ب) فريق إنشاء وحدة اعتماد وتدقيق فني تكون تابعة مباشرة لوزارة الصحة، وتقوم بوضع المعايير والبروتوكولات التي ينبغي اتّباعها من جانب وحدة المشتريات.

أما اختصاصات وصلاحيات كلا الفريقين / الهيئة والوحدة فسوف يتم إعدادها وتوفيرها بالتنسيق مع وزارة الصحة والشركاء في التنمية، ثمّ إتاحتها في الرّبع الأول من عام 2015. وستحمل وحدة المشتريات بالمسؤولية عن التعاقد الداخلي والخارجي مع مقدّمي الخدمات الخارجيين ومقدّمي الخدمات إلى وزارة الصحة، مع التّركيز بصورة خاصة على العيادات والمستشفيات في المستويين الثانوي والثالثي من الرعاية الطبية.

(14) تشمل المجالات التي ستتم تغطيتها على المدى القصير ما يلي:

- 1) تحديد معايير الالتحاق بنظام التأمين الصحي وخياراته.
- 2) تحديد حزمة منافع خدمات الرعاية الصحية، ومنها حساب تكاليف الخدمات والمعايير المستخدمة في شمول واستبعاد الخدمات من الحزمة.
- 3) تحديد خيارات تسديد مستحقّات مقدّمي الخدمات عن الرعاية الأولية والرعاية في المستشفيات.

(15) المجالات التي سيتم تغطيتها على المدى المتوسط هي:

- 1) الاستراتيجيات التي تُغطّي القطاع غير الرّسمي.
- 2) تأسيس هيئة مستقلة لتجميع الموارد والمشتريات بهدف فصل وظائف التمويل، وتجميع الموارد والمشتريات عن وظيفة تقديم الخدمات.

وستكون هذه الهيئة مستقلة، وسيتم تزويدها بالكوادر المؤهّلة وفق الاختصاصات والصلاحيات، كما ستكون جاهزة لأداء وظائفها في موعد دخول المشروع حيّز التنفيذ. وسوف تُؤدّي هذه النشاطات إلى تحديد خارطة الطريق إلى التّغطية الصحية الشاملة للمناطق الفلسطينية، مع وضع روزنامة تفصيلية وتحديد الأعمال/الإجراءات المُخطّط

لتنفيذها لتعزيز القدرة على التزويد والإمداد، بهدف تقديم الخدمات إلى الفلسطينيين الأشد حاجةً بقدرٍ من أكبر من الكفاءة.

الجدول 2-1: خارطة طريق للنشاطات الأساسية للتغطية الصحية

التكلفة التقديرية	الجهة المسؤولة والتمويل	سنة التنفيذ / الإنجاز	النشاط
100,000	وزارة الصحة (أموال المشروع)	2014	تحليل الحيز المالي وتمويل المالية العامة
لا ينطبق	وزارة الصحة (منظمة الصحة العالمية)	2014	حسابات الصحة الوطنية من عام 2000 - عام 2012
200,000	وزارة الصحة (أموال المشروع)	2015	دراسة حساب تكاليف عدد مختار من المستشفيات
200,000	وزارة الصحة (أموال المشروع)	2015 - 2017	تعزيز في وحدة اقتصادات الصحة
700,000	وزارة الصحة (أموال المشروع)	الربع الأول 2015	إنشاء هيئة مشتريات وتشغيلها
50,000	وزارة الصحة (أموال المشروع)	الربع الثاني 2015	تحديد حزمة المنافع
لا ينطبق	وزارة الصحة (منظمة الصحة العالمية)	الربع الثاني 2015	وضع خطة رئيسة للمستشفيات
500,000	وزارة الصحة (أموال المشروع)	الربع الثالث 2015	إنشاء وحدة الاعتماد / الجودة النوعية وترتيبات التدقيق
250,000	وزارة الصحة (أموال المشروع)	الربع الرابع 2015	إجراء دراسة جدوى التكاليف
لا ينطبق	وزارة الصحة	2015 - 2018	قيام وحدة المشتريات بالتعاقد داخلياً وخارجياً على تأمين المشتريات

القسم الرابع: إدارة المشروع وبناء القدرات (1 مليون دولار أمريكي)

16) يُموّل هذا القسم التكاليف ذات العلاقة بإدارة المشروع، ومنها:

- 1) الاستشارات قصيرة الأمد لمساندة الكفاءات الإدارية العاملة لدى وزارة الصحة في مجالات المشتريات، والإدارة المالية، والرصد والتقييم.
- 2) تقديم المساعدات الفنية والتدريب بهدف تحسين مستوى أداء كفاءات وحدات وزارة الصحة المشاركة في المشروع.
- 3) تقديم الأجهزة والمعدات الأساسية.
- 4) تكاليف تشغيل المشروع.
- 5) عمليات التدقيق المالي الخارجية.

وسوف يستخدم المشروع تكنولوجيات المعلومات والاتصالات، عندما يكون ذلك ممكناً، لتعزيز كل من التواصل الميداني وجمع المعلومات والبيانات اللازمة للرصد والتقييم.

الملحق الثالث: ترتيبات التنفيذ

الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ

ترتيبات المشروع المؤسسية والتنفيذية

آليات المشروع الإدارية:

- (1) سوف يعتمد المشروع على الهيكل التنظيمي الحالي لوزارة الصحة، والذي يتضمن إشراك جميع الإدارات المختصة ذات العلاقة بالتحويلات الطبية، والتأمين الصحي، والمشتريات والإدارة المالية. وسوف يستمر الشركاء المرتبطون بموضوع بناء قدرات القطاع الصحي (وهم تحديداً: الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية ودائرة التنمية الدولية البريطانية) في التنمية، عن طريق أداء دور بارز يتمثل في مساندة الإصلاحات التي تقوم بها وزارة الصحة، وفي تحسين قدراتها على تنفيذ الإصلاحات المتوخاة، ومنها فصل أدوار التمويل وتوفير الخدمات، وتعزيز الوظائف التنظيمية ووظائف الصحة العامة، والتخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي، والتحسينات الأخرى في الكفاءة/الترشيد، إضافة إلى ترشيد نفقات القطاع الصحي.
- (2) المسؤولون الحكوميون في المناصب العالية حريصون على متابعة تنفيذ الإصلاحات الأساسية المتوخاة من المشروع، وهم ملتزمون باتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ تلك الإصلاحات. وسوف تكون وزارة المالية الجهة المنفذة للمشروع، والمسؤولة عن تنفيذه، وسوف تتحمل المسؤولية الرئيسية عن جميع الجوانب الفنية، والتشغيلية والإئتمانية ذات العلاقة بالمشروع. وكان البنك الدولي قد قيم القدرات والكفاءات الفنية والتنفيذية لدى الوزارة، وتمت التوصية بتنفيذ سلسلة من النشاطات بهدف تعزيز قدراتها على تنفيذ المشروع. وتحقيقاً لهذا الغرض، سيتم تعيين موظفي وحدة المشروع، التي يتكوّن أعضاؤها من خبراء فنيين في مجالي الإئتمان والمشتريات، إلى جانب توفير المعرفة الفنية لضمان تنفيذ المشروع بالمستوى الذي يرضي أطرافه.
- (3) سيتم تشكيل وحدة لإدارة المشروع تتألف عضويتها من مُسق المشروع، واختصاصي المشتريات، واختصاصي الإدارة المالية والمساعد الإداري؛ وذلك للمساعدة في تنفيذ المشروع. وسيتم كذلك توظيف اختصاصي بنظام المعلومات الإدارية واختصاصي في الصحة العامة في مرحلة لاحقة من تنفيذ المشروع. وسوف تكون وحدة إدارة المشروع جاهزة للعمل قبل حلول موعد دخول المشروع حيّز التنفيذ، وسوف تضطلع بالمسؤولية عمّا يلي:
 - (1) إدارة الجوانب الإئتمانية للمشروع، ومنها الجانب المالي، وجانب المشتريات وجانب المصروفات.
 - (2) إعداد التقارير الدورية عن سير العمل في المشروع (التقارير الفنية والمالية وتقارير المشتريات)، والتي ستتضمن مُدخلات من الجهات المنفذة المُمثلة في اللجنة التوجيهية الفنية.
 - (3) رصد مخرجات المشروع ونواتجه وآثاره.
 - (4) إعداد خطط العمل والموازنات السنوية لكي تقوم اللجنة التوجيهية بمراجعتها والموافقة عليها.وستكون كوادِر وحدة إدارة المشروع مُطلعةً على إجراءات البنك الدولي الإئتمانية والتنفيذية، وستقوم بتنسيق الجهود عن كثب مع وزارة المالية والجهات المعنية الأخرى المشاركة في القطاع الصحي.

(4) تم تشكيل لجنة توجيهية فنية لضمان مواءمة نشاطات المشروع بالكامل مع استراتيجيات وسياسات وزارة الصحة، ولتيسير إقامة الروابط بين مختلف وحدات وزارة الصحة المختصة بالمشروع، وبين وزارة المالية ومقدمي الخدمات. وسوف يتراأس اللجنة التوجيهية إما وزير الصحة أو من يُعيّنه لهذا الغرض، وتتألف عضويتها من المسؤولين المرتبطين بعلاقة مباشرة مع تنفيذ المشروع والإشراف عليه. وبصورة أكثر تحديداً، فإنّ عضوية اللجنة التوجيهية تضم مدير إدارة التعاون الدولي بوزارة الصحة، ومدير عام إدارة التأمين الصحي، ومدير وحدة التحويلات الطبية، ومدير عام إدارة الشؤون المالية، ومدير عام إدارة المستشفيات، ومدير وحدة المشتريات، إلى جانب ممثلين عن وزارة المالية وعن وحدة إدارة المشروع. وسوف تعمل وحدة إدارة المشروع بصفة الأمانة العامة للجنة التوجيهية. كذلك سوف تجتمع اللجنة التوجيهية شهرياً لتقوم بما يلي:

- (1) التخطيط لنشاطات المشروع وخطط العمل والموافقة عليها.
 - (2) مراجعة تقارير سير العمل في المشروع التي تجمعها وتُصنّفها وحدة إدارة المشروع، والتي تتضمن المدخلات الواردة إليها من مختلف الكيانات.
 - (3) إبداء المشورة بشأن تحسين عملية تنفيذ مختلف النشاطات عند الضرورة.
- وسيقوم بمساعدة اللجنة التوجيهية عددٌ من المستشارين المحليين والدوليين حسب الحاجة إلى ذلك، وسوف تُستق اللجنتُ عملها عن كثب مع الجهات المعنية الرئيسية، ومنها البنك الدولي، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، والوكالة النرويجية للتعاون التنموي، ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات الأهلية غير الحكومية.

الدور الكلي لوحدة إدارة المشروع:

(5) سوف تتحمل وحدة إدارة المشروع بالتنسيق مع إدارات وزارة الصحة ووحداتها الفنية ذات الصلة بالمشروع المسؤوليات التالية:

- (1) إعداد خطط العمل السنوية والموازنات السنوية، بالتنسيق مع الإدارات الفنية بوزارة الصحة، قبل بداية السنة المالية، وتقديمها إلى اللجنة التوجيهية لاستعراضها والموافقة عليها.
- (2) تعريف وتقييم ورصد النشاطات التي سيتم تنفيذها تحت كلّ مكوّنٍ قسم من المشروع، وضمان التنسيق بشأنها وإدماجها في الكيانات ذات الصلة عن طريق تقديم المساعدات حسب الحاجة، في مهمّات، من مثل الاختصاصات والصلاحيات. وستقوم وحدة إدارة المشروع بإعداد وثائق العطاءات وطلبات استئراج العروض، وإدارة عملية المشتريات.
- (3) إعداد تقارير نصف سنوية عن سير العمل، استناداً إلى معلومات تُرودها إدارات وزارة الصحة ووحداتها الفنية المسؤولة عن تنفيذ نشاطات المشروع، تُلخّص الوضع الراهن آنذاك لتنفيذ المشروع (وتتضمن شرحاً للانحرافات عن خطط التنفيذ المُتفق عليها، والقيود والتدابير التصحيحية لها المطلوب اتّخاذها)، والوضع المالي والمُخرجات الرئيسية.
- (4) وضع وتطوير نظام معلومات عن المشروع، وإدانة هذا النظام الذي سيجمّع ويوحّد التقارير التي تتلقاها إدارات وزارة الصحة، وإعداد تقارير فصلية (ربع سنوية) عن سير العمل، تُقدّم إلى اللجنة التوجيهية لاستعراضها واتخاذ ما يلزم من إجراءات بشأنها.

(5) تحديد جميع الجوانب الفنية والتشغيلية لحسابات المشروع وتنفيذه (بمعنى التأكد من توافر الأموال في الحسابات ذات الصلة حسب ما تقتضيه الحاجة للوفاء بالدفوعات المُستحقة عن نفقات المشروع، وضمان إدامة حسابات المشروع، وإعداد التقييمات المؤقتة والبيانات المالية وغيرها في الوقت المناسب).

(6) إعداد ومتابعة خطط مشتريات المشروع السنوية، وإدارة عملية شراء السلع والخدمات، والمساعدة في اختيار المستشارين والاختصاصيين، وتوفير المُدخلات اللازمة للاختصاصات والصلاحيات المعنية بالمستشارين، والإشراف على عقود المستشارين، والترتيب لطلب العروض، والتقييمات وإرساء العقود ذات العلاقة بالمشروع.

آليات إعداد تقارير المشروع:

- (6) سوف تتضمن ترتيبات إعداد التقارير ما يلي:
- أ) تقارير سير العمل نصف السنوية أو الفصلية (ربع السنوية). تعمل التقارير نصف السنوية على رصد التقدم في سير العمل وتقييمه، وتُقدّم معلومات عن التقدم المُحرَز تحت مختلف مُكونات المشروع، قياساً على مؤشرات رصد العمل في المشروع. ويجب تزويد البنك الدولي بهذا التقرير في موعد أقصاه 45 يوماً بعد انتهاء الفترة التي يُغطيها هذا التقرير.
- ب) التقارير المالية المؤقتة غير المُدقّقة (من مراجع حسابات) "IFRS". ينبغي أن تقوم وزارة الصحة بإعداد هذا النوع من التقارير كل ربع سنة وحتى حلول موعد إقفال المشروع بتاريخ 30 حزيران / يونيو 2020. ويجب أن يُزوّد البنك الدولي بهذه التقارير في موعد أقصاه 45 بعد انتهاء ربع السنة التي يُغطيها التقرير.
- ج) البيانات المالية المُدقّقة السنوية للمشروع. ينبغي إعداد البيانات المالية المُدقّقة للمشروع سنوياً، ويجب تزويد البنك الدولي بها في موعد أقصاه ستة أشهر بعد نهاية كل سنة.
- د) تقرير إنجاز تنفيذ المشروع. ينبغي الانتهاء من إعداد تقرير إنجاز تنفيذ المشروع، وتقديمه في موعد أقصاه ستة أشهر بعد تاريخ إقفال المشروع.

الإدارة المالية، المصروفات والمشتريات

الإدارة المالية:

- (7) تم تقييم للإدارة المالية لتحديد ما إذا كان أم لم يكن المشروع يمتلك نظاماً للإدارة المالية يفي بالغرض حسبما تقتضيه السياسة التنفيذية / إجراءات للبنك، رقم "OP/BP 10.02". فقد تمّ إكمال استبيان تقييم الإدارة المالية أثناء إجراء تقييم المشروع.

الهيكل التنظيمي لإدارة المشروع:

- (8) سوف يُنقَدُ المشروع ككل من خلال وحدة إدارة المشروع التابعة لوزارة الصحة. وستكون هذه الوحدة مسؤولة عن إدارة المشروع بالنيابة عن الجهة المستفيدة. وستكون وحدة إدارة المشروع من أربعة كوادرات أساسية، هي: منسق المشروع، ومسؤول المشتريات، والمساعد الإداري والمسؤول المالي، وكلهم سيتخذون من مكتب الإدارة المالية التابعة لوزارة الصحة مقرّاً لهم. وستقوم كوادراتُ أخرى من مديريات وزارة الصحة، حسب الحاجة، بمساعدة العاملين في وحدة إدارة المشروع في مختلف جوانب تنفيذ المشروع. وستقوم وحدة إدارة المشروع بالتنسيق مع المؤسسات الأخرى المشاركة في

المشروع؛ أي: مراكز الرعاية الصحية الأولية، ووحدة التحويلات الطبية، من جملة وحدات وإدارات أخرى، فيما يتعلّق بالاستعداد للمشروع وتنفيذه. وسوف تقوم وحدة إدارة المشروع بإدارة الجوانب الفنيّة للمشروع، وستكون مسؤولةً عن جميع الجوانب الإئتمانية.

الترتيبات المؤسسية والتنفيذية:

(9) وحدة إدارة المشروع هي الجهة الرئيسية المسؤولة عن كل أعمال التنسيق والرصد/المتابعة بمساندة من وزارة الصحة. وستكون وحدة إدارة المشروع، بتوجيه من منسق المشروع، مسؤولةً عما يُنفَّذ يومياً من أعمال المشروع، ومنها أعمال المشتريات، وإدارة المصروفات، وإدامة تشغيل نظام إدارة مالية يفي بالغرض؛ وذلك كلّه من خلال وزارة الصحة وتيسير المساعدات الفنية لها. وتضطلع وزارة الصحة بالمسؤولية عن الإدارة المالية لعملية التمويل وكذلك عن التنسيق الكلي اللازم لها.

تقييم ترتيبات الإدارة المالية الحالية لدى وزارة الصحة:

(10) قام البنك الدولي باستعراض الأنظمة القائمة وضوابط الرقابة الداخلية لدى وزارة الصحة، وذلك بهدف تقييم مدى كفاية نظام المحاسبة، والإجراءات والضوابط، ولتحديد كيفية استعمال هذه الهيكليات والاعتماد عليها في أداء الوظائف المالية للمشروع المقترح. وتُوجد لدى وزارة الصحة وحدة مسؤولةً عن متابعة مشاريع المانحين والإشراف عليها. ولكن كوادرك تلك الوحدة ليست لديها خبرة في المبادئ التوجيهية للبنك الدولي وسياساته بشأن عملية الصرف والعلاقة مع الجهة المستفيدة. بل يُوجد لدى الإدارة المالية بوزارة الصحة كواد مؤهلة ومحاسبين، مع أنه سوف يُعيّن مسؤول ماليّ للعمل في وحدة إدارة المشروع، وسيتولّى تنسيق الدفوعات من الحساب المُخصّص وتجديد موارده (سدّ ما ينقص من الحساب بسبب الصرف منه).

(11) النظم المعلوماتية: سيُعاد تشكيل النظام المُستخدم حالياً من وزارة الصحة ووزارة المالية (نظام بيسان) من خلال فتح مركز تكاليف منفصل، يُصار إلى استعماله لعمل حسابات المشروع، وقيدها وإعداد التقارير عنها ورصدها، ومن ثمّ إعداد التقارير المالية عن المشروع.

(12) ترتيبات الإدارة المالية للمشروع: سوف تُطبّق وزارة الصحة / وحدة إدارة المشروع الأنظمة الضريبية التي أصدرتها السلطة الفلسطينية. وسوف تتأكّد وزارة الصحة / وحدة إدارة المشروع من أنّ الإدارة المالية للمشروع، التي تتضمن الوظائف المحاسبية وأعمال إعداد التقارير، ستستفيد من نظام المحاسبة لدى وزارة الصحة (بيسان)، والذي يُلائم مكونات المشروع. إنّ توافر البيانات من النظام المحاسبي سوف يُساعد وزارة الصحة / وحدة إدارة المشروع في التركيز على تلبية الحاجات المعلوماتية لإدارة المشروع.

(13) الرقابة المالية: يَضطلع المراقبون الماليون التابعون لوزارة المالية، والمقيمون بمقر وزارة الصحة، بمسؤولية ممارسة الرقابة المالية على وزارة الصحة. ووفقاً للتقويض الممنوح للمراقب المالي التابع لوزارة المالية، فإنّ جميع أعمال المشاريع التي تُنفّذها الوزارات القطاعية المختصة ينبغي أن تُراجَع وتُجاز من المراقبين الماليين المقيمين لدى تلك الوزارات. وتشمل هذه المراجعات والإجازات هذا المشروع كذلك. ومن المهمّ أداء وظيفة المراقب المالي للتأكد من توافّق نشاطات المشروع مع أدلة التنفيذ والمبادئ التوجيهية للمانحين، كما تتوافق مع آليات الرقابة الداخلية.

التدقيق الداخلي: جهاز التدقيق الداخلي يُؤدّي أيضاً عمله على المستوى المركزي بوزارة المالية، ولديه تفويض بتغطية جميع الوزارات القطاعية المختصة والكيانات العامة، ومنها وزارة الصحة، علماً بأنّ جهاز التدقيق الداخلي لدى وزارة المالية في طريقه إلى أن يُصبح قادراً على أداء وظائفه كاملةً. وسوف يستمرّ البنك الدولي في مناقشة هذا الموضوع مع وزارة المالية، كما سيستمرّ في بناء قدرات جهاز التدقيق الداخلي لدى وزارة المالية ووزارة الصحة. وسوف يتأكّد المُدقّق الداخلي من تطبيق عمليات وإجراءات الوزارة بكلّ مكوناتها كما ينبغي لها أن تُطبّق.

(14) فترة المحاسبة: سوف يستخدم المشروع فترة المحاسبة الحكومية الحكومية، وهي تمتد من كانون الثاني / يناير - كانون الأول / ديسمبر.

(15) التخطيط والموازنة: سوف تقوم وزارة الصحة، من خلال المسؤول المالي للمشروع، بإعداد موازنة سنوية تستند على خطة المشتريات. وسوف يتمّ استخراج هذه الموازنة من وحدة الحسابات، وستتمّ مراقبتها بصورة منتظمة. وسيقوم المسؤول المالي بجمع وتصنيف موازنة المشروع، كما سيقدّم أيضاً متطلباتها إلى وزارة الصحة لتقوم بإدماجها في متطلبات الموازنة السنوية (مساهمة الحكومة) وذلك لتقديمها إلى وزارة المالية. وسيتمّ إعداد أول تقرير للموازنة قبل تقديم أول طلب لتجديد الموارد.

(16) كوادر وحدة إدارة المشروع وتدريبهم: سوف تقتضي الحاجة تدريب المسؤول المالي بوحدة إدارة المشروع نظراً لأنّ كوادر الوزارة غير متمرسين في مشاريع البنك الدولي. وسوف يُوفى المسؤول المالي هذا بدورة توجيهية إرشادية ثم بتدريب على المبادئ التوجيهية للبنك الدولي بشأن التقارير المالية المؤقتة، وأعمال التدقيق والصرف من الحساب. وسوف يقمّ فريق الإدارة المالية بالبنك الدولي تدريباً إضافياً لوحدة إدارة المشروع طوال فترة تنفيذ المشروع، وحسب الحاجة إلى التدريب. وينبغي الانتهاء من عملية توظيف المسؤول المالي، استناداً إلى الاختصاصات والصلاحيات - المُتفق عليها بين مختلف الأطراف، ووزارة الصحة / وحدة إدارة المشروع، والمُجازة من البنك الدولي - قبل تقديم الطلب الأول لتجديد الموارد.

(17) إدارة السجلات: ستُحفظ الملفات لدى وزارة الصحة لمدة ثلاث سنوات من تاريخ إقفال المشروع، وبعد إجراء التدقيق الأخير للمشروع. ومن شأن إدارة السجلات تحت هذا المشروع توفير دليلٍ ورقيّ يستند إليه نظام الحسابات، مع التّحقّق من المعاملات المالية؛ إذ سيتمّ إنشاء قيدٍ منفرد لكل معاملة مالية. وبصورة عامة، فإنّ إدارة السجلات يُمكن أن تتضمّن ما يلي:

(أ) إجراءات مُعرّفة بوضوح لإنشاء السجلات وإدامة حفظها.

(ب) ترتيبات كافية للاحتفاظ بنسخ احتياطية.

(ج) تخزين القيود المالية والاحتفاظ بها في مكان مغلق، وآمن من المخاطر البيئية (على سبيل المثال، الحريق والأضرار الناتجة عن الماء).

(د) سهولة الوصول إليها من جانب الكوادر المُفوّضة بذلك.

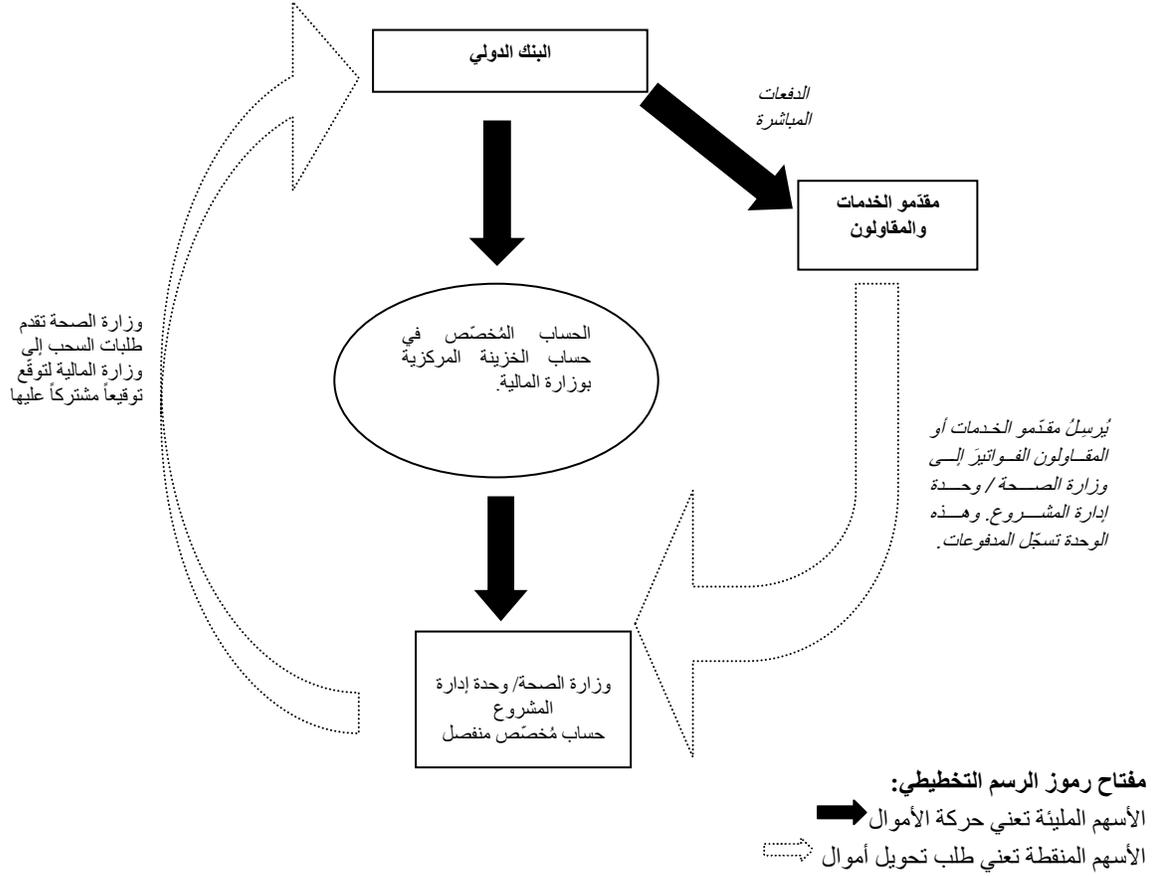
(18) تم تطوير نماذج التقارير المالية المؤقتة وتمّت الموافقة عليها من خلال مفاوضات المشروع.

أ) مصادر تمويل المشروع وتدقيق الأموال:

(19) سيتم تمويل المشروع المقترح من البنك الدولي من خلال منحة من صندوق ائتمانات الضفة الغربية وقطاع غزة، تُصرف من خلال حساب مُخصص تفتحه وزارة الصحة في بنك فلسطين، وتديره الوزارة بنفسها. وسوف تُمول المنحة المُقترحة جميع نشاطات المشروع، بمبلغ وقدره (8.5) مليون دولار أمريكي.

(20) تدقيق الأموال: سيكون التمويل من البنك الدولي على هيئة منحة مُقدمة من صندوق ائتمانات الضفة الغربية وقطاع غزة، تُصرف من خلال حساب مُخصّص بالدولار الأمريكي، تفتحه وزارة المالية في بنك فلسطين (نابلس)، وتديره وزارة الصحة. وسوف تقوم وزارة الصحة بإعداد موازنة فصلية مفصلة (خطة الصرف)، ويتم بمقتضاها تحديد سقف الحساب المُخصّص، بهدف تيسير توافر الأموال الضرورية لتنفيذ المشروع في الوقت المحدد لها. وسوف يُستخدم الحساب المُخصّص بمثابة وديعة أولية وتجديدات لمواردها من موارد البنك الدولي، والتي سوف تُودع وتستهمل في تمويل أقسام المشروع وفق الموازنة المُقررة، واتفاقية المنحة ووثيقة تقييم المشروع. وسوف يتم تطبيق الترتيبات نفسها على أي مصاريف للمشروع في قطاع غزة؛ أي: التّحقّق من المصروفات مركزياً من قبل وحدة إدارة المشروع بوزارة الصحة، وسوف يتم تحويل الأموال من الحساب المُخصّص مباشرةً إلى مُقدّمي الخدمات أو المقاولين من خلال النظام المصرفي في الضفة الغربية. ولن تتم إدارة أي أموال من قطاع غزة.

(21) ستقوم وحدة إدارة المشروع بإعداد طلبات السحب "WAS" مع كلّ ما يتعلّق بها من الوثائق الداعمة، موقعةً من منسق المشروع بصفته مُكلّف بالتوقيع. وتُقدّم طلبات السحب إلى وزارة المالية لأغراض المراجعة والتوقيع من قبل المُكلّف بالتوقيع من وزارة المالية. ويعرض الرسم التّخطيطي التالي تدقيق الأموال إلى المشروع.



متطلبات إعداد التقارير:

(22) إعداد التقارير المالية: ستقوم وحدة إدارة المشروع / وزارة الصحة بإدارة نشاطات المشروع المقترح؛ وستكون الوحدة والوزارة مسؤولتين عن تجميع ومعالجة جميع مطالبات التعويض عن تقديم الخدمات، وعن تقديم التقارير المالية المؤقتة 45 يوماً بعد نهاية الربع الأول. أما المسؤول المالي فسيكون مسؤولاً عن إعداد نطاق كامل من التقارير، وهي:

- (1) البيانات والتقارير المالية، مبيّنة مصادر الأموال واستعمالاتها، وبيانات تسوية الحساب المخصص، والتنبؤات النقدية، وبيان الإنفاق مع عقد مقارنة بين النفقات الفعلية وتلك المخطّط لها حسب القسم وغير ذلك.
- (2) كشف بجميع العقود يبيّن المبالغ المُلتزم بها والمصروفة بموجب كل عقد منها.
- (3) سجل بالأصول الثابتة يبيّن الأصول المُحدّثة والمُتحقّق منها بصورة منتظمة.

ترتيبات التدقيق، والمحاسبة ومعايير التدقيق

(23) ترتيبات التدقيق: سوف تتضمن وزارة الصحة مُدقق حسابات مستقلاً وخارجياً، يكون مقبولاً لدى البنك الدولي، وذلك ليقوم بالتدقيق السنوي لحسابات المشروع، وإصدار خطاب موجّه إلى الإدارة. ويجب أن يتضمن تقرير التدقيق الخارجي السنوي جميع نشاطات المشروع، كما يجب أن يكون التقرير متوافقاً مع معايير التدقيق المقبولة دولياً، وأن يُقدّمه إلى البنك الدولي خلال ستة أشهر بعد نهاية فترة التدقيق.

(24) يجب أن يتضمن تقرير التدقيق السنوي لحسابات المشروع رأياً في البيانات المالية للمشروع، ومعاملات الحساب المخصص المفتوح لأجله، كما يجب أن يُعطي رأياً فيما إذا كانت النّقّات التي تم التعويض عنها أو لم تكن مؤهّلة (مستوفية للشروط) وصالحة للتمويل من البنك الدولي، وأن تكون مبيّنة في البيانات المالية للمشروع. وسيُطلب من مدقق الحسابات إعداد خطاب موجّه إلى الإدارة يحدد فيه ملاحظاته، وتعليقاته والنواقص الموجودة في النظام المحاسبي، وضوابط الرقابة التي يعتبرها المدقق المستقل الخارجي ذات صلة بذلك، كما يجب أن يُقدّم توصياته لإدخال التّحسينات عليها. كذلك يجب أن يكون المدقق الخارجي مقبولاً من البنك الدولي، وأن يتم إعداد الاختصاصات والصلاحيات وتقديمها إلى البنك الدولي لإصدار ما يفيد عدم ممانعته واعتراضه على مدقق الحسابات؛ وذلك قبل ما لا يقل عن 9 أشهر من نهاية السنة المالية للمشروع. ويجب أن ينخرط المدقق الخارجي في العمل في موعد أقصاه سبعة أشهر بعد دخول المشروع حيّز التنفيذ. وسوف يُموّل المشروع تكاليف التدقيق.

(25) وفقاً لسياسة البنك الدولي بشأن الوصول إلى المعلومات الصادرة في 1 تموز / يوليو 2010، سوف يكون تقريرُ مراجعي الحسابات مع البيانات المالية المُدقّقة للمشروع متاحاً للجمهور.

المخاطر المتأصلة:

(26) المخاطر المتأصلة: أوضح برنامج الشراكة المُتخصّص في الإنفاق العام والمساءلة المالية "PEFA" الأحدث عهداً، والمؤرخ في عام 2013، أن هنالك تحسينات في نظام الإدارة المالية العامة، ولكنّه ما يزال يواجه تحديات كبيرة. ففي أحدث عملية لمنح السياسات التتموية "DPG" (العملية السادسة)، قُيّمت درجة الخطورة للمشروع بأنها "عالية" المستوى، علماً بأنّ آخر بيانات مالية أصدرتها الحكومة كانت تعود إلى عام 2010. غير أنّه تم بذل جهود لتطوير وتعزيز نظام إدارة المالية العام "PFM"، وهي تشمل المحاسبة الحكومية، والتدقيق الداخلي والخارجي.

(27) ما يزال البنك الدولي يعمل عن كثب مع المانحين الآخرين لمساعدة الحكومة في إجراء إصلاحات في نظام إدارة المالية العامة. وفيما يخصّ المشروع المقترح، فإنّ وزارة الصحة سوف تُعالج مسألة الإدارة المالية والنظام المحاسبي للمشروع مع المسؤول المالي، والارتباط مع شركة تدقيق من القطاع الخاص مؤهّلة ومستقلّة، ومقبولة لدى البنك الدولي لإجراء عملية التدقيق السنوي للمشروع.

تحليل المخاطر وتخفيف حدتها:

(28) المخاطر المتعلّقة بالرقابة على مستوى المشروع: المشروع مُعرّضٌ لمخاطر محتملة تشمل كوادِر وزارة الصحة / وحدة إدارة المشروع الذين يتولّون زمام السلطة والمسؤولية عن كل جانب من جوانب المشروع، مما يُعرّضهم إلى مخاطر مُحتملة في مجالي التواطؤ والفساد. درجة الخطورة هذه تعتبر "عالية" المستوى. ولتخفيفها، ينبغي عمل ما يلي:

(1) سيتم توقيع جميع أوامر الدفع من منسق المشروع، والمسؤول المالي بوزارة الصحة والمراقب المالي التابع لوزارة المالية.

(2) سوف يشهد منسق المشروع بأن الخدمات قد قُدمت قبل أن تُسَدّد وزارة الصحة قيمتها.

(3) سنقوم وزارة الصحة / وحدة إدارة المشروع بتقديم التقارير المالية المؤقتة بصورة منتظمة.

(4) ستفتح وزارة الصحة دفتر عام منفصل في نظامها المحاسبي، لكي تحسب أموال المشروع ونفقاته بصورة منفصلة عن حسابات الوزارة.

وإضافةً إلى ذلك، فإنّ الفصل الكامل في الواجبات بين كوادِر وزارة الصحة وكوادِر وحدة إدارة المشروع سيكون موجوداً على أرض الواقع؛ بمعنى أنّ وظائف التنفيذ والإشراف لن تكون موكّلةً إلى نفس كوادِر الوزارة / وحدة إدارة المشروع. وسوف يقوم مدقق خارجي من القطاع الخاص، مقبولاً لدى البنك الدولي، بتدقيق البيانات المالية للمشروع. وبالأخذ في الحُساب تدابير تخفيف المخاطر، فإنّ المخاطر المتعلّقة بالرقابة على مستوى المشروع تُقيّم بأنّها "جوهرية" بعد تطبيق معايير تخفيف حدة المخاطر.

(29) المخاطر المتعلّقة بالرقابة على مستوى الجهة المُنفّذة: قُيِّمت المخاطر المتعلّقة بالرقابة بالنسبة إلى الجهة المُنفّذة بأنها "عالية" المستوى قبل تطبيق تدابير لتخفيف درجة الخطورة؛ ويرجع ذلك إلى نقص خبرات وزارة الصحة في مجال تنفيذ مشروعات البنك الدولي. إلا أنه سيتم إصدار دليل "سياسات وإجراءات الإدارة المالية المقبولة" قبل أولّ عملية صرف من أموال المشروع، وذلك بهدف توضيح العملية الحسابية والإجراءات اللازمة بشأن الأموال. وسوف يتضمّن الدليل المذكور الأدوار المفصّلة والمساءلة، إلى جانب اشتماله على المبادئ التوجيهية الخاصة ببيئات الرقابة المالية السليمة. وسيتمّ كذلك مناقشة ضوابط الرقابة الداخلية في هذا الدليل، مع تحديد الجهات المُفوّضة بالتوقيع على الدفّعات المُستحقة وعلى طلبات السحب، والوثائق وحفظ القبول وغير ذلك. وبأخذ التدبير التخفيفي أعلاه بعين الاعتبار، فقد تم تقييم المخاطر المتعلّقة على أنها "جوهرية".

(30) المخاطر الأخرى: يُمكن أن تفرض مشكلة مسألة توظيف كوادِر مشتريات ومالية مؤهلين محلّيين والاحتفاظ بهم على رأس العمل. ولتخفيف حدة هذا الوضع، فإنّ وحدة إدارة المشروع سوف تتعاقد مع كوادِر لديهم خبرة في المشتريات، وإدارة المشاريع، والإدارة المالية ممّن لديهم توصيفات وظيفية ملائمة. ويُناقش الجدول التالي كلاً من التقييم التفصيلي للمخاطر وطرق تخفيفها .

الجدول 3 - 1: تقييم المخاطر وتخفيف حدتها

نوع الخطر	تصنيف الخطر	تصنيف الخطر بعد تطبيق تدبير الحد من المخاطر "MM"
المخاطر المتأصلة	عالية	جوهرية
المخاطر المتعلّقة بالرقابة - على مستوى المشروع	عالية	جوهرية
المخاطر المتعلّقة بالرقابة - على مستوى الجهة المُنفّذة	عالية	جوهرية
المخاطر الكلية المتعلّقة بالإدارة المالية	عالية	جوهرية

الاستعداد للتنفيذ:

- (31) أعدت وزارة الصحة دليلاً لسياسات وإجراءات المالية العامة، يُغطّي الجوانب المحاسبية، وإعداد التقارير، وترتيبات التدقيق، وتدقيق الأموال، والوثائق، وعمليات الدفع وضوابط الرقابة الداخلية. وسوف يتم إنشاء نظام إدارة مالية جديد في وزارة الصحة لخدمة هذا المشروع. ولكي يتم الاستعداد للتنفيذ، يتعيّن حدوث ما يلي:
- أ) لا بدّ من توظيف مسؤول مالي بوحدة إدارة المشروع.
- ب) لا بدّ من إنشاء نظام حسابات وإدارة مالية للمشروع.
- ج) لا بدّ من فتح حساب مُخصّص مع حساب الخزينة المركزي في بنك فلسطين.
- د) لا بدّ من وضع وتطوير تقارير مالية مؤقتة منمذجة.

الجوانب القانونية:

- (32) يجب أن تضمن الوثائق القانونية تغطية جميع المتطلبات المتعلقة بنظام الإدارة المالية.
- الإدارة المالية، التقارير المالية، عمليات التدقيق (مراجعة الحسابات):
- (33) يجب أن تضمن الجهة المستفيدة من المشروع إدامة بقاء نظام الإدارة المالية وفق أحكام الفقرة 2 - 07 من الشروط الموحدة.
- (34) يجب أن تضمن الجهة المستفيدة من المشروع أنّ التقارير المالية المؤقتة غير المُدقّقة والخاصة بالمشروع قد أُعدت وقُدّمت إلى البنك الدولي في موعد أقصاه 45 يوماً بعد نهاية كل فصل، بحيث يُغطي التقرير ذلك الفصل من حيث الشكل والمحتوى، وأنّ ينال رضى البنك الدولي.
- (35) يجب على الجهة المستفيدة من المشروع الترتيب لتدقيق بياناتها المالية الخاصة بالمشروع وفق أحكام الفقرة 5 - 09 (ب) من الشروط الموحدة، فور طلب البنك الدولي منها ذلك. ويجب أن تُغطّي كلّ عملية تدقيق للبيانات المالية فترة السنة المالية لدى الجهة المستفيدة. ويجب تقديم البيانات المالية المُدقّقة لمثل تلك الفترة إلى البنك الدولي في موعد أقصاه ستة أشهر بعد نهاية تلك الفترة.

ترتيبات الصرف:

- (36) يُحدّد الجدول التالي الفئات المستوفية لشروط الإنفاق (المؤهلة للإنفاق) والتي يمكن تمويلها من عوائد التمويل ("الفئة")، ومُخصّصات مبالغ التمويل لكل فئة، والنسبة المئوية للنفقات المطلوب تمويلها لأجل النفقات المستوفية للشروط في كل فئة.

النسبة المئوية للنفقات المطلوب تمويلها (شاملة الضرائب)	مبلغ التمويل المُخصّص (معبّر عنه بالدولار الأمريكي)	الفئة
100%	6,500,000	(1) تكاليف السلع والخدمات الاستشارية، والتدريب والتنفيذ
100%	2,000,000	(2) نفقات التشغيل والصيانة اللازمة للمرافق الصحية
	8,500,000	المبلغ الإجمالي

(37) يجب توزيع عوائد المنحة وفقاً للمبادئ التوجيهية للصرف، المُحددة في رسالة التوزيع/الإفناق، وفقاً للمبادئ التوجيهية للصرف على المشاريع لدى البنك الدولي. وسوف تنشأ طلبات الدفع من حساب المنحة عن طريق طلبات السحب إما للدفعات المباشرة أو لتجديد الموارد (لتسديد النقص) في الحساب المُخصص. وسيتم تقديم الجهات المفوضة بالتوقيع، وأسمائهم ونماذج من توقيعاتهم إلى البنك الدولي قبل استلام أول طلب لتجديد الموارد.

(38) الحساب المُخصَّص: لتيسير عملية تنفيذ المشروع، وصرف الدفعات في الموعد المُحدد لها، سوف تفتح وزارة الصحة حساباً مُخصَّصاً لهذا المشروع بالدولار الأمريكي، تحت حساب الخزينة المركزي لدى بنك فلسطين (رام الله)، وستقوم وزارة الصحة نفسها بإدارته. وستضطلع وزارة الصحة بالمسؤولية عن تقديم طلبات السحب مع الوثائق الداعمة لها والملائمة مقابل النفقات التي تتم. وسوف يتم الإيداع في الحساب المُخصَّص وصرف الدفعات منه إلى المقاولين، والمستشارين، ومقدمي الخدمات وغيرهم وفق أحكام خطاب المصروفات.

(39) طريقة الدَّفع المباشر: بالإضافة إلى ذلك، يجوز استعمال طريق الدفع المباشر إلى مقدمي السلع والخدمات. وسوف يُحدَّد خطاب المصروفات القيمة الدنيا لطلب الدفع المباشر وإجراءات الالتزام الخاصة، إلى جانب تحديد الإجراءات التفصيلية التي ينبغي الامتثال لها بمقتضى ترتيبات الدفع (الصرف أو الإفناق) هذه.

خطة الإشراف:

(40) سوف توضع أول خطة للإشراف خلال ثلاثة أشهر من دخول المشروع حيِّز التنفيذ؛ وذلك لضمان اتباع نظام الإدارة المالية الذي يوضع موضع التنفيذ للخطط الموضوعة له. ويجب أن تضمن خطة الرقابة على المشروع مراجعة المعلومات التالية، والتي يجب أن تكون متاحةً وفي المتناول:

(1) تفاصيل التنبؤات المالية لفترة تنفيذ المشروع حسب الفترة الملائمة، والتي يتم من مضمونها إعداد الموازنات السنوية للمشروع.

(2) خطة للمشتريات تشمل النشاطات والعمليات المرتبطة بالمشروع (ومنها على سبيل المثال، ترتيبات وعمليات تأمين خدمات المُستشارين).

(3) شكل ومحتوى التقارير المالية للمشروع وترتيبات التدقيق (مراجعة الحسابات).

(4) مراجعة البيانات المالية المُدققة السنوية والخطابات الموجهة إلى الإدارة، والمتابعة في الوقت المناسب للقضايا التي يُثيرها مُراجع الحسابات واستعراض مراجعة ما يتعلّق بالشركات الحكومية (المملوكة للدولة (SOEs)، إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

(41) يجب أن تُقيم البعثة التقدّم التذي يتم إحرازه على صعيد تطوير التقارير المالية المؤقتة، وعمل المستشار، وقضايا الإدارة المالية الأخرى ذات العلاقة؛ أي: الحساب المُخصَّص، التدقيق الداخلي، العمل وحركة انسياب الوثائق وغيرها. وستقوم البعثة بإجراء استعراض عشوائي للحساب المُخصَّص، والتقارير المالية المؤقتة، والالتزام بالمواثيق المالية، والمدفوعات، وإدارة السجلات المالية، والتغيير في الإجراءات ذات العلاقة بالتقارير المالية المؤقتة وغير ذلك. وبعد انتهاء عمل بعثة الرقابة الأولى، يجب أن تليها بعثة رقابة سنوياً على الأقل.

(42) الحوكمة ومكافحة الفساد: يُمكن أن يؤثر الاحتيال والفساد على موارد المشروع، مما يؤثر سلباً على نتائجه. وقد طوّرت اختصاصي الإدارة المالية بالبنك الدولي فهماً متكاملاً لحالات الضعف المُمكنة، ووضع إجراءات تهدف إلى الحد من

المخاطر. ونتيجةً لذلك، نم المتوقع أن المقترح من ترتيبات الإدارة المالية وتدابير التخفيف من المخاطر أن تُعالج، إلى مستوى معقول، مخاطر الاحتيال والفساد، التي من المرجح كثيراً أن يكون لها أثراً مادياً على نتائج المشروع.

الإجراءات المتفق عليها:

(43) تم الاتفاق على اتخاذ الإجراءات التالية:

الجدول 3-2: الإجراءات المتفق عليها

الإجراءات المتفق عليها والمطلوب تنفيذها قبل تقديم أول طلب لتجديد الموارد
(1) الاختصاصات والصلاحيات "TOR" والتوظيف: تقوم وحدة إدارة المشروع / وزارة الصحة بتوظيف مسؤول مالي عن المشروع ليعمل على نظام الحسابات والإدارة المالية. وقد تم إعداد هذه الاختصاصات والصلاحيات للمسؤول المالي، وتم الاتفاق عليها بمشاركة البنك الدولي. كذلك فقد تم إعداد اختصاصات وصلاحيات المسؤول المالي والاتفاق عليها بمشاركة البنك الدولي، وتم الإعلان عن هذه الوظيفة؛ وسيتم تدريب هذا المسؤول المالي على سياسات المالية العامة لدى البنك الدولي فور توظيفه.
(2) نظام حسابات المشروع: ستقوم وحدة إدارة المشروع / وزارة الصحة بإعداد دفاتر حسابات، والتقارير المالية المؤقتة المُنمذجة. وقد تم الاتفاق على نماذج هذه التقارير المالية المؤقتة أثناء المفاوضات.
(3) اختصاصات وصلاحيات مراجع الحسابات: تقوم وحدة إدارة المشروع / وزارة الصحة بإعداد اختصاصات وصلاحيات مدقق/مراجع الحسابات، وتقديمها إلى البنك الدولي لتصفيتها.

المشتريات:

(44) *النظام على مستوى الدول (للضفة الغربية وقطاع غزة):* تم سن قانون المشتريات العامة الجديد والأنظمة التي ستعمل على تطبيقه بأسلوب ينسجم مع الممارسات المقبولة دولياً، وأصبح هذا القانون نافذ المفعول مؤخراً، وسن هذا القانون كجزء من جهود السلطة الفلسطينية الرامية إلى إصلاح نظام المشتريات العامة وتحديثه، بهدف الارتقاء بقضايا المساءلة عن نظام المشتريات ونزاهته وشفافيته، ومنع وقوع الفساد وزيادة فرص القطاع الخاص. ويرسي هذا القانون الجديد وأنظمتها، والتي تُطبّق جميعها على كيانات المشتريات العامة كافة، بنيةً مؤسسية وتنظيمية سليمة للمشتريات العامة، ويُقدّم أحكاماً شاملةً للمسائل الإجرائية، ويضع أحكاماً للشفافية والمساءلة، وآليةً طريقاً لمراجعة الشكاوى والخلافات، ويُوفّر أسلوباً روتينياً لتوزيع المعلومات بشأن المشتريات العامة من خلال موقع إلكتروني للمشتريات ذي بوابة إلكترونية موحدة. والعمل جارٍ على إعداد الوثائق الوطنية الموحدة للعطاءات الخاصة بمختلف أنواع المشتريات العامة، ومنها شراء السلع، والأعمال والخدمات الاستشارية، يتم إصدارها لأغراض استعمالها من كل الكيانات المُكفّفة بالمشتريات بحلول شهر كانون الأول / ديسمبر 2014. أما المُكوّنات الأخرى لنظام المشتريات، والتي يتصوّرها نظام المشتريات العامة (ومنها مثلاً آلية العمل الخاصة بالشكاوى والبوابة الإلكترونية الوحيدة)، فمن المتوقع لها أيضاً أن تكون موضع التنفيذ خلال الأشهر القليلة القادمة. وسوف يقوم فريق البنك الدولي بتقييم مكوّنات نظام المشتريات الدولي (للضفة الغربية وقطاع غزة)، والتي يُمكن أن تنطبق على المشروع، حالما تغدو متوافرةً.

(45) سوف يتم تنفيذ عملية شراء السلع وفق "المبادئ التوجيهية: الشراء بموجب قروض البنك الدولي للإنشاء والتعمير (IBRD) وانتمانات المؤسسة الدولية للتنمية (IDA)" التي نشرها البنك الدولي في كانون الثاني / يناير 2011، والتي

تمت مراجعتها وتفتيحها في تموز / يوليو 2014. كما سيتم تنفيذ عملية اختيار المُستشارين وفق "المبادئ التوجيهية: اختيار وتوظيف المستشارين من قبل الجهات المقترضة من البنك الدولي"، التي نشرها البنك الدولي في كانون الثاني / يناير 2011، والتي تم تفتيحها في تموز / يوليو 2014 ووفق اتفاقية المَنح وخطّة المشتريات التي وافق عليها البنك الدولي. أمّا التّفقات غير الطبية والتّفقات المتزايدة الأخرى، فيجب أن يتمّ شراؤها وفق الإجراءات الاستجابة السريعة للطوارئ، وتكاليف المشروع التشغيلية المتزايدة الأخرى، فيجب أن يتمّ شراؤها وفق الإجراءات التعاقدية والإدارية لدى وزارة الصحة، والمقبولة من البنك الدولي. ويجب أن تُطبّق على المشروع "المبادئ التوجيهية بشأن منع ومكافحة الاحتيال والفساد في المشاريع المُموّلة من قروض البنك الدولي للإنشاء والتعمير ومن انتمانات المؤسسة الدولية للتنمية"، المؤرّخة في 15 تشرين الأول / أكتوبر 2006، والمُحدّثة في كانون الثاني / يناير 2010.

(46) تقع المسؤولية الكلية في تنفيذ مشتريات المشروع على عاتق وزارة الصحة، التي ستعمل بصفة التّظير المقابل للبنك الدولي فيما يتعلّق بكل جوانب مشتريات المشروع. وستقوم وحدة إدارة المشروع بإدارة عملية الشراء، بما يضمن إشراك الإدارة المُختصة في الوزارة في كلّ خطوات عملية الشراء. وسوف تضمن الوحدة المذكورة أيضاً بأنّ مشتريات المشروع تتم وفق اتفاقية المَنح وخطّة المشتريات. وستكون إدارات وزارة الصحة مسؤولة عن إدارة العقود، بما فيها عمليات الإشراف والمراجعة والموافقة على ما يُتمّه المستشارون من منجزات، وعن استلام / معاينة وقبول السّلع، وكذلك عن إسداء المشورة لوحدة إدارة المشروع بشأن إطلاق المدفوعات إلى المستشار / مقدّم الخدمات وفق العقد المُبرم.

(47) تمّ إجراء تقييم للكفاءات العاملة لدى وزارة الصحة في مجالي المشتريات والمخاطر، كجزء من الاستعدادات للمشروع. فقد قيّم الدراسة الكفاءات المؤسسية لدى الوزارة في التّهوض بمهمة مشتريات المشروع اتّباعاً للمبادئ التوجيهية للبنك الدولي، كما قيّم مخاطر المشتريات، وقدم التوصيات بشأن تدبير تخفيف المخاطر لإنجاز المشتريات المشمولة في المشروع بكفاءة. وفيما يلي ملخّص لمخاطر المشتريات وتدابير التّخفيف التي جرى حصرها:

(48) مخاطر المشتريات:

(1) الكفاءاتُ العاملةُ لدى وزارة الصحة في مجال إدارة المشتريات والعقود - وبخاصة عقود الخدمات الخاصة بالمستشارين - محدودة، كما أنّ الوزارة غير قادرة على استيفاء متطلبات مشتريات المشروع.

(2) ربما يُسبّب نقص التنسيق والتفاعل الملائمين مع مختلف الجهات المعنية تأخيرات على صعيد المشتريات وتنفيذ المشروع.

(3) قد تواجه عملية صنع القرار وعملية التنفيذ تحديات بسبب التّعقيد الفنّي للمشروع ومحدودية الكفاءات في المجالات / الميادين المستهدفة، وكذلك قد تُوجه مُعارضة مُحتملة من أولئك المنتفعين من بقاء الوضع الرّاهن على ما هو عليه.

(4) قد يحدّ المزيد من التّدهور في الوضع السياسي من تنافسيّة القطاع، كما قد يُثني المستشارين الدوليين المؤهلين، من ذوي الخبرات النوعية المحددة في الحقول المُستهدفة، عن المشاركة فيه.

(49) تدابير لتخفيف المخاطر:

(1) سيتمّ توظيف اختصاصي مشتريات - لديه معرفة دقيقة في إجراءات المشتريات لدى البنك الدولي وفي المبادئ التوجيهية الخاصة بالمستشارين، ولديه أيضاً خبرات في مجال عقود الخدمات الاستشارية - وذلك للعمل داخل وحدة إدارة المشروع، ولتقديم الدعم لموظفي المشتريات لدى وزارة الصحة في مجال التعامل مع مشتريات المشروع.

(2) سيتمّ أيضاً القيام بتدريب كوادر وحدة إدارة المشروع ولكوادر المشتريات لدى وزارة الصحة ولكوادر الأخرى على القيام بالمشتريات وإدارة العقود.

(3) يجب تحديد هيكلية تنفيذ المشروع والمسؤوليات الدقيقة لمختلف الكيانات، كما يجب إقرار تسلسل وترتيب الإجراءات بطريقة كافية وواقعية.

(4) للتأكد من جاهزية المشروع للتنفيذ، يجب إعداد مسودة الاختصاصات والصلاحيات للدراسات الأساسية ولحزم المساعدات الفنية المطلوب تنفيذها في السنة الأولى.

(5) سوف يستمرّ فريق البنك الدولي في إجراء متابعة وثيقة ورقابة نوعية لمسائل المشتريات / إدارة العقود أثناء ممارسة الرقابة على المشروع، وذلك للتأكد من كفاءة القرارات التي تُتخذ بشأن المشتريات.

(50) التصنيف الكلي للمخاطر المحيطة بمشتريات المشروع هو: "عال".

مخطط المشتريات:

(51) تُشكّل خدمات المستشارين النوع الرئيسي من المشتريات التي ينبغي القيام بها بمقتضى المشروع. هذه الجهود تتضمن عدداً من الدراسات التي يمكن أن توفر المعلومات عن الإصلاحات المنظور إليها والمساعدات الفنية الأخرى التي من شأنها أن تُيسّر التحسينات المُستهدفة في أداء النظام الصحي، وكذلك في كوادر وحدة إدارة المشروع. وإضافةً إلى ذلك، سيُمَوّل المشروع التحسينات التي يتم إجراؤها لأنظمة المعلومات ذات الصلة (على سبيل المثال، نظام معلومات التحويلات الطبية)، وذلك من خلال توفير البرامج (السوفتوير) والأجهزة (الهاردوير)، والتدريب وخدمات الإسناد. واستناداً إلى نتائج الدراسات التي ينبغي تنفيذها في السنة الأولى، فربما يُموّل المشروع أيضاً، في السنوات الأخيرة، شراء المعدات وتدريب الكوادر في مرافق مختارة تابعة لوزارة الصحة. وينبغي معالجة شروط ذلك داخل القطاع العام.

(52) سوف يُسهم المشروع، بمقتضى نافذة الاستجابة السريعة للطوارئ، في تمويل نفقات التنفيذ المتكررة غير الطبية، ومنها: تكاليف الوقود اللازمة لمولدات الكهرباء في المستشفيات، وخدمات سيارات الإسعاف، وخدمات تنظيف المستشفيات، وخدمات تزويد المستشفيات بالأطعمة. ويكون المبلغ المُخصّص من المشروع مجرد إضافة إلى الحاجات الفعلية (تُقدّر الحاجة الشهرية من الوقود بحوالي 600,000 لتر، وتبلغ كلفتها حوالي 4 ملايين شيقل إسرائيلي)؛ وتُقدّر تكلفة خدمات النظافة بحوالي 700,000 شيقل إسرائيلي شهرياً، وتكلفة تزويد المستشفيات بالأطعمة بحوالي 700,000 شيقل إسرائيلي). ويتم شراء هذه الإمدادات والخدمات على المستوى المركزي من قبل وزارة الصحة على أساس سنويّ أو نصف سنويّ خدمةً لمصالح المستشفيات والمرافق العامة، وتُسدّد وزارة الصحة هذه المدفوعات مباشرةً إلى الموردين ومُقدّمي الخدمات مقابل فواتير شهرية، مدعومة بتقارير مُعينة وقبول، موقعة من

المُستشفيات، كلٌّ فيما يَخصُّها. وقد جرى تقييم الإجراءات التعاقدية والإدارية النافذة لدى وزارة الصحة، فُوِّدَت مقبولةً، ويجب تطبيقها على هذه التكاليف.

(53) بالنسبة إلى كلِّ عقد من العقود التي ينبغي تمويلها بمقتضى المشروع، سوف تتفق وزارة الصحة وفريق مشروع البنك الدولي في خطة المشتريات، على مختلف أنواع المشتريات وطرق اختيار المستشارين، والتكاليف التقديرية، ومتطلبات المراجعة المسبقة والإطار الزمني. وقد أُعدت خطة للمشتريات، مؤرّخة في 10 كانون الأول / ديسمبر 2014، لأول 18 شهراً من فترة تنفيذ المشروع، ووافق عليها البنك الدولي أثناء إجراء التقييم، وهي مُلخّصة تالياً. وسوف يتم تحديث خطة المشتريات سنوياً على أقل تقدير أو حسب الحاجة، لتبيّن الحاجات الفعلية لتنفيذ البرنامج.

(54) بأخذ طبيعة هذا المشروع الطارئة، يجب تطبيق إجراءات الشراء المُبسّطة التالية فيما يخصّ السلع، إضافةً إلى تطبيق إجراءات الاختيار الخاصة بخدمات المستشارين.

(أ) السلع:

(1) **التعاقد المباشر:** يجوز استخدام أسلوب التعاقد المباشر لشراء السلع (وفق الفقرتين 3-6 (أ) و (هـ) من المبادئ التوجيهية للمشتريات) بهدف تمديد العقود القائمة أو إرساء العقود الجديدة. ولكي يتسنى تبرير هذا التعاقد، فإنّه يجب أن ينال رضى البنك الدولي عن معقولية السعر، وعن عدم جني أيّ منافع جزاء إجراء المزيد من التنافس بين مقدّمي العطاءات.

(2) **التسويق:** يجوز إجراء التسوّق وفق الفقرة 3-5 من المبادئ التوجيهية للمشتريات لأجل شراء السلع المتاحة والجاهزة للبيع بقيم تقل عن 200,000 دولار أمريكي. ويجب أن تسعى وحدة إدارة المشروع إلى استدرج ما لا يقل عن ثلاث تسعيرات²⁰ من أجل شراء السلع، وذلك بهدف صياغة تقرير مقارنة التكاليف المعروضة فيها.

(ب) خدمات المستشارين:

(1) **الاختيار من مصدر وحيد:** يجوز استخدام أسلوب اختيار الشركات الاستشارية والمستشارين الأفراد من مصدر وحيد (الفقرتان 3-10 (ب) و 4-5 على التوالي من المبادئ التوجيهية الخاصة بالمستشارين) فقط إذا كان هذا الأسلوب يُظهر ميزة واضحة على العملية التنافسية للفوز بالخدمات الاستشارية المطلوبة.

(2) **الإعلانات / القوائم المختصرة:** يكون الإعلان مُلزماً بالنسبة إلى المهمات التي تُقدّر تكلفتها بأقل من 100,000 دولار أمريكي، طالما تم وضع قائمة قصيرة بما لا يقل عن ثلاث شركات مؤهلة.

(55) خطة المشتريات المُوجزة:

أولاً: عام

1- اسم المشروع: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ.

²⁰ يجب على وحدة إدارة المشروع استخدام نموذج طلب التسعيرات للسلع، وهذا النموذج يُستعمل حالياً بمقتضى المشروعات الأخرى التي يُمولها البنك الدولي.

2- الفترة التي تغطيها خطة المشتريات هذه: أول 18 شهراً.

ثانياً: السلع

1- طرق الشراء والحدود الدنيا للمراجعة المسبقة: قرارات الشراء الخاضعة للمراجعة المسبقة من جانب البنك الدولي كما ورد ذكرها في الملحق الأول من المبادئ التوجيهية للمشتريات.

الحد الأدنى للمراجعة المسبقة (ما يعادل بالدولار الأمريكي)	الحد الأدنى (ما يعادل بالدولار الأمريكي)	طريقة الشراء	الفئة
جميع العقود	لا يوجد حد أدنى	ICB	السلع
العقد الأول	أقل من 500,000	NCB	العطاءات التنافسية الوطنية
العقد الأول	أقل من 200,000		التسوق
جميع العقود	لا يوجد حد أدنى		التعاقد المباشر

2- ملخص لحزم المشتريات المخطط لها خلال الثمانية عشر شهراً الأولى من تاريخ دخول المشروع حيّز التنفيذ:

السلع:

8	7	6	5	4	3	2	1
التاريخ المقدر لإصدار وثائق العطاء (المناقصة)	مراجعة من جانب البنك الدولي (مسبقة / لاحقة)	أفضلية للسلع المحلية (نعم / لا)	عدد مجموعات المشتريات	طريقة المشتريات	التكلفة المقدرة بالألف دولار أمريكي	الوصف	الرقم المرجعي
الربع الأول / 2015	مسبق	لا	2	استدراج عروض	30	أجهزة مكتبية وأثاث لوحدة إدارة المشروع	-1
الربع الرابع / 2015	لاحق	لا	2	استدراج عروض	50	هيئة مشتريات مستقلة - أجهزة مكتبية وأثاث	-2
الربع الثاني / 2016	مسبقة	لا	2	العطاءات التنافسية المحلية NCB	150	الأجهزة اللازمة لنظام معلومات التحويلات الطبية / نظام المعلومات الصحية RIS/HIS	-3
الربع الثاني / 2016	مسبقة	لا	متعددة	العطاءات التنافسية الدولي ICB	500	الأجهزة والمعدات الاستراتيجية اللازمة للمرافق الصحية	-4
					730	المجموع	

ثالثاً: اختيار المستشارين

1- طرق الاختيار والحدود الدنيا للمراجعة المسبقة: تخضع قرارات الاختيار للمراجعة المسبقة من البنك حسبما ورد

ذكرها في الملحق - 1 للمبادئ التوجيهية الخاصة باختيار وتوظيف المستشارين.

الحد الأدنى للمراجعة المسبقة	الحد الأدنى	طريقة الاختيار	الفئة
(ما يعادله بالدولار الأمريكي)	(ما يعادله بالدولار الأمريكي)		
تم اختيار العقد الأول بمقتضى كل طريقة من الطريقتين، وبعد ذلك كل العقود التي قيمتها أكثر من 200,000 دولار أمريكي	لا يوجد حد أدنى	اختيار على أساس الجودة والكلفة / اختيار على أساس الجودة QCBS/QBS	شركات الخدمات الاستشارية
تم اختيار العقد الأول بمقتضى كل طريقة من الطرق الثلاث	أقل من 200,000 دولار أمريكي	اختيار على أساس موازنة ثابتة / اختيار على أساس مؤهلات المستشار / اختيار على التكلفة الأقل FBS/CQS/LCS	
جميع العقود	لا يوجد حد أدنى	مصدر وحيد SSS	
العقد الأول، وبعد ذلك جميع العقود التي قيمتها أكثر من 100,000	لا يوجد حد أدنى	مستشار فرد IC	أفراد
جميع العقود	لا يوجد حد أدنى	مصدر وحيد SSS	

2- قائمة قصيرة تتألف كاملاً من مستشارين محليين: يجوز للقائمة القصيرة بمستشاري الخدمات، التي تُقدّر كلفتها بما يقل عن ما يعادل 300000 دولار أمريكي لكل عقد، أن تتكوّن كاملاً من مستشارين محليين وفق أحكام الفقرة 2-7 من المبادئ التوجيهية الخاصة بالمستشارين.

3- التّعينات الاستشارية مع طرق الاختيار والجدول الزمني:

6	5	4	3	2	1
الموعد المقدر لإصدار طلبات استئراج العروض (RFP)	المراجعة من جانب البنك الدولي (مسبقة / لاحقة)	الطريقة المُختارة	التكلفة المقدّرة بالألف دولار الأمريكي	وصف التّعيين	الرقم المرجعي
الربع الأول / 2015	مسبقة	اختيار على أساس الجودة والكلفة QCBS	300	مراجعة طارئة للعقود المبرمة مع مقدّمي خدمات خارجيين	1-
الأول في الربع الأول / 2015	مسبقة	اختيار على أساس الجودة والكلفة QCBS (متعدد)	500	وضع وتطوير ملاحظة توجيهية بشأن التحويلات الطبية (تشمل وضع دليل وبروتوكولات)	2-
الربع الثاني / 2015	مسبقة	اختيار مستشار فرد IC	100	وضع وتطوير خطة رئيسة للتحويلات الطبية	3-
الأول في الربع الثاني / 2015	مسبقة	اختيار على أساس الجودة والكلفة QCBS (متعدد)	1,000	مساعدات فنية لترشيد ترتيبات التعاقد اللازم للتحويلات الطبية الخارجية (وتشمل تقييم العقود النافذة، وإجراء دراسة لحجم التحويلات الطبية حسب مقدم الخدمة، ودراسة تكاليف لعدد من المستشفيات المختارة، وغير ذلك).	4-

5-	تحليل العمل وتصميم التحسينات الضرورية للنظم المعلوماتية (نظام معلومات التحويلات الطبية ونظام المعلومات الصحية) "RIS, HIS"	50	اختيار مستشار فرد IC	لاحقة	الربع الثالث 2015
6-	تنفيذ (بمعنى: تطوير البرمجيات "السوفتوير"، والتدريب والدعم، وغيرها) التحسينات التي سيتم إدخالها على النظام المعلوماتية، وتشمل تكامل نظام معلومات التحويلات الطبية ونظام المعلومات الصحية وقواعد بيانات الفواتير، وغير ذلك)	500	اختيار على أساس الجودة والكلفة QCBS	مسبقة	الربع الثاني / 2016
7-	تحليل الحيز المالي في المالية العامة، وتمويلات المالية العامة	100	اختيار على أساس الكلفة CQS	مسبقة	الربع الأول / 2015
8-	تعزيز قدرات (الكفاءات العاملة في) وحدة الاقتصاد الصحي	300	اختيار مستشار فرد IC (متعدد)	لاحقة	الأول في الربع الثالث / 2015
9-	المساعدات الفنية في تأسيس وتشغيل وحدة المشتريات، ووحدة الاعتماد والتدقيق الفني	1,200	اختيار مستشار فرد IC (متعدد)	مسبقة	الأول في الربع الأول / 2015
10-	تحديد الحزمة الأساسية من الخدمات ومعايير التسجيل في النظام الصحي	100	اختيار مستشار فرد IC	مسبقة	الربع الثاني / 2015
11-	إجراء دراسة الجدوى من التكاليف	250	اختيار على أساس الجودة والكلفة QCBS	مسبقة	الربع الرابع / 2015
12-	كوادر وحدة إدارة المشروع (منسق المشروع، اختصاصي المشتريات، اختصاصي الإدارة المالية، المساعد الإداري وغيرهم (لمدة 4 سنوات)	600	اختيار مستشار فرد IC	مسبقة	الربع الرابع / 2014
13	التدقيق المالي (لمدة 4 سنوات)	40	اختيار على أساس التكلفة الأقل LCS	مسبقة	الربع الرابع / 2015
	المجموع	5,040			

الرقابة على المشتريات:

56) وُضعت عتبات للمراجعات السابقة التي أجراها البنك الدولي استناداً إلى الكفاءات الموجودة في مجال المشتريات، وإلى ما تم تحديده من مخاطر المشتريات. وإضافةً إلى المراجعات السابقة، فإنّ البنك الدولي سوف يقوم بما لا يقلّ عن بعثتي رقابة سنوياً. ويجب أن تُجرى مراجعة لاحقة لعقود المشتريات، التي لا تخضع للمراجعة المسبقة المذكورة أعلاه، مرةً واحدة سنوياً. ويجب أن تُغطّي المراجعات اللاحقة للمشتريات ما لا يقل عن نسبة 20 في المئة من العقود. وسوف تحتفظ وزارة الصحة / وحدة إدارة المشروع، بكامل وثائق المشتريات لكل عقد من عقود المشتريات بطريقة مرتبةً وجاهزة ومتاحة للتدقيق، وتشمل هذه الوثائق: وثائق استدرج العروض، ووثائق المناقصات، والإعلانات

عن العطاء، وما يتم استلامه من العروض، وتقييم العروض، وخطابات قبول العروض، واتفاقات العقود، والضمانات والمراسلات ذات العلاقة بها، وما إلى ذلك.

الجواب الفنيّة:

(57) يخضع القطاع الصحي الذي تُديره السلطة الفلسطينية لضغوط شديدة نتيجةً للوضع الاقتصادي والسياسي في الضفة الغربية وقطاع غزة. فتمّة حالاتُ اختلال ماليّة شديدة في نظام التأمين العام وافتقار للكفاءة في إنفاق وزارة الصحة على فاتورة الأجور، والمستحضرات الصيدلانية/الدوائية والتحويلات الطبية الخارجية. فبرنامج التأمين الصحي الحكومي يعمل وهو يُحقق خسائر نظراً لعدم وجود رابط اكتواري بين مساهمات (اشتراكات) المُستفيدين والتكاليف الفعلية للمنافع التي يتلقونها. وفي السنوات الأخيرة، تضخّم أيضاً إنفاق القطاع الصحي العام على الرّواتب، والمستحضرات الصيدلانية/الدوائية والتحويلات الطبيّة الخارجية، وبخاصّة التحويلات الطبية إلى مقدّمي الخدمات الصحيّة الخارجيين (في مصر وإسرائيل والأردن)، مُسبباً بواعث قلق كبيرة في أوساط المسؤولين من وزارة الصحة ووزارة المالية. ورغم هذه التّحديات، فإنّ وزارة الصحة ملتزمة بالقيام بإصلاحات أساسيّة في القطاع الصحي، وقد أبرزت مسائل تمويلية في المجالات الصحية، ومنها في التأمين الصحي، باعتبارها مجالات تحظى بالأولوية لدى السلطة الفلسطينية.

(58) تعتمدُ الاستدامةُ المالية لخدمات الرّعاية التخصصية (وللنظام الصحي برمته) على العمل بدقّة لتحقيق توازن بين جانب التمويل وجانب التّغطية بالخدمات. ومع أنّ وزارة الصحة قد أظهرت عملياً التزاماً ثابتاً بإصلاح نظام التّحويلات الطبية الخارجية، فإنّ الحاجة تقتضي وضع خطة إصلاح أكثر شموليةً لمعالجة قضايا مؤسسية أعمق، تشمل إصلاحات سياسية قصيرة ومتوسطة وطويلة الأمد. وينبغي معالجة عدد من المجالات ذات العلاقة بنظام التحويلات الطبية الخارجية، لتحسين مستويات العدالة، والكفاءة والاستدامة في النظام. وبالنسبة إلى خدمات الرعاية الصحية التخصصية المُتعاقد عليها، فسوف تحتاج وزارة الصحة إلى وضع وتطوير معايير صارمة لوضع سُلّم للأولويات في الخدمات التي ينبغي تعهدها (الاستعانة بمصادر خارجية لأدائها)، ومن هذه الإجراءات وضع تدابير تعتنى بجدوى التكاليف والكفاءة وجودة الرعاية. ويجب أن تتضمن العقود معايير للجودة، وعمليات تدقيق طبيّة ملائمة لضمان الالتزام بتلك المعايير، وبالمدفوعات القائمة على الحالات المتوقّعة، بدلاً عن إبرام عقود تحمل المُسمّيات التّالية: عقد "الرسوم مقابل الخدمة"، وعقد "السعر البسيط"، والعقد "الكمّي أو الشامل"؛ وذلك لتحسين حوافز الأداء. وتُعتبر حُرمةُ المنافع الحالية كريمةً جداً بالنسبة للمشمولين فيها، وتتطوي ضمناً على تشجيع الإفراط في استعمال الخدمات الضرورية والخدمات غير الضرورية. وتميلُ الخدماتُ المُقدّمةُ إلى أن تكون متركّزة على المُستشفيات، في حين أنّ معظم المراقبين سوف يلاحظون أنّ الرّعاية الأولية يمكن تعزيزها كما يُمكن أن تُقدّم المزيد من الرّعاية. ولم توضع وظيفة الرّقابة موضع التنفيذ بعدُ لتحسين كفاءة تخصيص/توزيع الموارد؛ فهذه الوظيفة أهميّة خاصة، وذلك لأن التّحويلات السكانية من حيث أهمية المرض، أو الانتقال من الاهتمام بمرضٍ مُعدٍ ما إلى الاهتمام بشمول الأمراض غير السّارية بصورة متزايدة. ولكن تُوجدُ بضع آليات آحفيز قائمة، مثل ضريبة الرؤوس أو الموازنات الشاملة أو نماذج الدفع حسب كل حالة إدخال، والتي يُمكن تحسينها على المستوى الفني ومن حيث كفاءة التّخصيص/التوزيع والعدل.

(59) في الوقت الراهن، تتلقّى المُستشفيات العامة فقط ما يُخصَّصُ لها في بنود الموازنة، ويعيش الأطباء على ما يقلُّ أو يكثرُ عن الراتب مع وجود بعض المكافآت المتواضعة. ويُمكنُ تصمِيمُ سياسة المصاريف النثرية، بطريقة أكثر دقة، بهدف عدم التَّشجيع على الحصول على الخدمات غير الضرورية، أي الإفراط في استعمال الخدمات، و في الوقت ذاته حماية الفقراء، وتحديد سقوف للحماية المالية على الخدمات الأساسية ذات الأولوية الاجتماعية العالية، مثل الوقاية من الأمراض، واللقاحات/المطاعيم والرعاية الصحية الأولية. وثمة تحدياتٌ على جانب العرض من الخدمات. فنظامُ الرعاية الأولية راسخُ البنيان، ويعتمد على وكالة الغوث (الأونروا) والمنظمات غير الحكومية، وبخاصة بالنسبة إلى اللاجئين؛ ومع ذلك، فإنَّ الحاجة ما تزال تقتضي توافر البنية التحتية، والتدريب والحوافز المُحسَّنة والإصلاحات التنظيمية على مستوى الرعاية الصحية الأولية. فالمستشفيات تشهد وجود عدد كبير من الأسرة غير المشغولة وضعف في توزيع الأسرة باستثناء عدد قليل منها، ويُمكنُ أن تكون مستويات الكفاءة الفنية مُقيَّدة بقواعد الخدمة المدنية. ومن شأن قطاع المستشفيات أن يستفيد من وجود تدابير تتعلَّق بالإصلاح التنظيمي، مثل الاستقلالية الإدارية أو تطبيق المبادئ التجارية على عمل المستشفيات، وأن يستفيد داخلياً من المزيد من المرونة، من حيث الكوادر والإدارة. وفيما يتعلَّق برؤية القطاع، تُوجد قضايا مهمة تتعلَّق بحوكمة القطاع الصحي وبدور وزارة الصحة. فهل يجب أن تستمرَّ وزارة الصحة في الانخراط في "كلَّ شيء"، ابتداءً من التمويل وانتهاءً بتقديم الخدمات، والموارد البشرية والأنظمة، وغير ذلك، أم يجب أن تُركِّز على مجالات الميزة التنافسية، مثل الرعاية الصحية الأولية، والصحة العامة، والأنظمة الصحية؟

(60) يتمثَّل التحدِّي الآني المباشر الذي يواجه السلطة الفلسطينية في معالجة الإفراط في التحويلات الطبية والعمل في آنٍ معاً على ضمان تأمين الحصول العادل على الرعاية الملائمة التي تحتاج إليها الفئات السكانية في كلِّ أرجاء الضفة الغربية وقطاع غزة. وكانت السلطة الفلسطينية قد وضعت القطاع الصحي على سُلَّم أولوياتها الرئيسية، مع وجود هدف مستقبلي لديها يرمي إلى تبني التغطية الصحية الشاملة، مع الإقرار بأنها يجب أن تُركِّز جهودها أولاً على احتواء تكاليف نظام القطاع الصحي الحالي. وسوف تحتاج وزارة الصحة إلى وضع قواعد واضحة للتحويلات الطبية لكل حالة أو ظرف سيحتاج إلى الكوادر المهنية الصحية في هذه الأنظمة المُنتَجة. وتجب صياغة مجموعات جديدة من الحوافز والموانع من أجل الالتزام بهذه الأنظمة، كما يجب، ضمن هذا الإصلاح، إعادة تقييم أدوار لجان التحويلات الطبية، إلى جانب وجوب تعزيز دور مكتب المفتش العام في مجال الرقابة. وتقتضي الحاجة إجراء تقييمين أساسيين؛ الأول يتمثَّل في إجراء دراسةٍ لحساب التكاليف تعملُ على دعم إعادة التفاوض على عقود الخدمات مع مقدِّمي الخدمات الخارجيين؛ والثاني يتمثَّل في تحليل جدوى التكاليف (أو تحليل الكلفة في مقابل المنفعة)، والذي سوف يُفسح المجال أمام وزارة الصحة للتخطيط الاستراتيجي من أجل تقديم الخدمات مقابل التعاقد على الخدمات التخصصية. وسوف تُصبُّ هذه التقارير في الإصلاحات المعنية بتعريف حُزمة المنافع بالنسبة إلى التحويلات الطبية الخارجية، وفي الإصلاح الحتمي للتأمين الصحي. ومن المكونات الأساسية لإصلاح نظام التحويلات الخارجية تأسيس هيئة تُنَاط بها مسؤولية الشراء الاستراتيجي للخدمات من مقدِّري الخدمات الخارجيين. وسوف تتمثَّل مسؤولية هذه الهيئة في التفاوض على العقود والدخول في الاتفاقات مع مقدِّمي خدمات خارجيين من أجل توفير الخدمات التخصصية. وإضافةً إلى ذلك، فقد التزم عددٌ من الشركاء المانحين بدعم السلطة الفلسطينية في أجنحة إصلاح نظام التحويلات الطبية الخارجية لديها، ومن هؤلاء الشركاء الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ودائرة

التنمية الدولية البريطانية. إنَّ أجندة الإصلاح التي تتناول نظام التحويلات الطبية الخارجية كبيرة ومعقدة، وسوف تحتاج إلى جهود منسقة وتكاملية من جانب الجهات المعنية الأساسية صاحبة المصلحة. وسوف يُركّز المشروع المقترح على هذه المجالات، وسيقوم البنك الدولي بتوجيه هذه العملية، مُوفِّراً المساعدات الفنية الضرورية لوزارة الصحة لتقوم بتنفيذ هذه التداخلات المهمة.

الجوانب البيئية والاجتماعية (ومنها التدابير الوقائية):

(61) الفئة البيئية هي "ج". ويُرَكِّز المشروع المُقترح بصفة رئيسية على المساعدات الفنية، ونشاطات بناء القدرات المؤسسية، وهي لا تشمل تمويل الأعمال المدنية؛ مما يعني عدم توقُّع وجود قضايا وقائية، بيئية أو اجتماعية، في هذا المشروع.

الجوانب الاجتماعية:

(62) تُعتبر الصحة أحد حقوق الإنسان في المناطق الفلسطينية؛ والحقُّ في الحصول على رعاية صحية مضمونٌ لجميع الفلسطينيين في الدستور الفلسطيني.

(63) يُنظرُ إلى جودة الخدمات في القطاع العام على أنها متدنية بصورة عامة، ولا سيما في قطاع غزة. فارتفاع معدلات الوفيات والعدوى في المستشفيات يقترنان بانخفاض مستوى رضى مستخدمي النظام الصحي. ومع ذلك، فلا توجد أي آليات عمل نافذة للتظلم أو جبر الأضرار. ومع أنَّ سرعة الاستجابة غدت أفضل من ذي قبل في القطاع الخاص، لا يُعرف إلا قدرٌ ضئيلٌ عن جودة الرعاية والأنظمة فيه. وما هنالك تراجعاً مُطرداً في النظام الصحي في قطاع غزة، يُحرِّكه ويقوده جزئياً الحصارُ المفروض على القطاع، كما أنَّ حالات التدهور في جودة الرعاية أخذت في الازدياد. كذلك فإنَّ العاملين في المجال الصحي غير قادرين على الحصول على التدريب والتثقيف المُستمرين، وصيانة الأجهزة والمعدات الطبية تتعرَّض لإعاقة شديدة بفعل القيود المفروضة على استيراد قطع الغيار، والانقطاعات في التيار الكهربائي تُصعِّب إجراء العمليات، وتؤثِّر سلباً على الأداء الوظيفي للمرافق الصحية.

(64) من المُحتمل أن تواجه وزارة الصحة ضغوطاً عندما تقوم بتعديل أنظمة التأمين الصحي الحالية، ومنها إخراج الأُسَر المُستفيدة أو الأفراد المستفيدين، الذين لن يعودوا مؤهلين لتلقِّي التأمين الصحي المجاني، من التأمين الصحي. فابتداءً من عام 2010، تُشكِّل حسابات الإنفاق الخاص من الجيوب نسبة 40 في المئة تقريباً من إجمالي الإنفاق الصحي، الذي ربما يزيد من العبء المُلقى على كاهل المُهمَّشين والفقراء. وفي الحقيقة، فإنَّ الفئات الأشدَّ فقراً تتحمَّل حصة من المصروفات النثرية أعلى، مقارنة مع مجموع دخولهم، وهي مُعرَّضة لخطر السقوط إلى الفقر المدقع، بسبب الإنفاق على الصحة. وإضافةً إلى ذلك، فإنَّ الانتفاع من خدمات التحويلات الطبية يفترق إلى المساواة بين المحافظات وبين مختلف أنظمة التأمين الصحي، الأمر الذي يوحي بوجود حالات إجحاف في الحصول على تلك الخدمات. إنَّ حالات الإجحاف هذه ترتبط في معظمها بانخفاض أداء النظام الصحي بسبب تجزئة هذا النظام، ومحدودية الحصول على الخدمات نظراً للمسافات الفاصلة بين المستفيدين والمرافق الصحية، وللقيود الأخرى المفروضة على التنقُّل.

(65) تُقرُّ وزارة الصحة بالتحدّيات الاجتماعية التي يُواجهها القطاع الصحي، وهي تبدلُ كلَّ جهدٍ ممكن مع الجهات المعنية الأساسية، ومنها وزارات السلطة الفلسطينية الأخرى (على سبيل المثال، وزارة التنمية الاجتماعية ووزارة العمل)،

والمنظمات الأهلية غير الحكومية والشركاء في التنمية؛ وذلك بهدف ضمان توفير التغطية الكافية للفقراء والحصول العادل على الخدمات داخل النظام الصحي. وإضافةً إلى ذلك، فسوف تستمر وزارة الصحة في إجراء العملية التشاركية مع المستفيدين ومنظمات المجتمع المدني، لكي تتأكد من أن نظام الرعاية الصحية يُغطي الفقراء والمهمشين بما يكفيهم من خدمات الرعاية، ولكي تضمن تحقيق العدل داخل النظام الصحي. وسوف يهدف المشروع إلى تعزيز تنفيذ إطار الرصد والتقييم لديه، وإلى ضمان الوصول العادل إلى نظام الرعاية الصحية للجميع.

مراعاة اعتبار النوع الاجتماعي في الخدمات الصحية

(66) حصول المرأة على الرعاية الصحية أمرٌ محدودٌ في المجتمعات المحلية المُستضعفة. فالقيود المفروضة على حركة الانتقال، وإمكانية النفاذ والوصول إلى أماكن مُعيّنة تستمران في إعاقة انتفاع المرأة من خدمات الرعاية الصحية، ولا سيّما النساء اللواتي يُقمن في المنطقة "ج"،²¹ ومنطقة التماس²² وقطاع غزة. وتقوم منظمة الصحة العالمية بتتبع جوانب العدالة في التحويلات الطبية في قطاع غزة على أساسٍ شهريّ. وثمة دليلٌ ثبوتيّ على فرص الحصول المتفاوتة على التحويلات الطبية، مُصنّفة حسب الجنس. فهذه الفجوة من حيث التحويلات الطبية الخارجية تبلغ مستوى 59 في المئة للذكور مقابل 41 في المئة للإناث من المرضى (تقرير منظمة الصحة العالمية الشهري، آب / أغسطس 2014). وإضافةً إلى ذلك، فإنّ النقص في المُغذيات الدقيقة يبقى أحد الهموم، مع وجود مستويات مرتفعة من فقر الدم، إلى جانب نقص فيتامين "أ" وفيتامين "د" سُجّلت في أوساط الفتيات، والفتيان والنساء الحوامل. فنسبة 35.6 في المئة من النساء الحوامل في قطاع غزة تعانين من فقر الدم (وكالة الأونروا 2012). وتبقى نسبة وفيات الأمهات مرتفعةً هي الأخرى بسبب إجراءات الولادة، وخدمات تغذية الأمهات وضعف جودة الخدمات.²³ وعلاوةً على ذلك، فقد تضاعف عدد العمليات القيصرية خلال العقد الأخير، ليصل إلى نسبة 20 في المئة من حالات الولادة. وتُوحى دراسةٌ أجريت مؤخراً بأنّ خطر الوفاة من عمليات الولادة القيصرية في المناطق الفلسطينية أعلى بمقدار 6 أضعاف من خطر الوفاة جزاء الولادة الطبيعية؛ وذلك راجعٌ إلى ظروف العمل دون المستوى المطلوب، ونقص التدريب، وضعف المتابعة والرعاية الوقائية.²⁴

(67) أضيف المؤشر الأساسي التالي إلى القطاع الصحي: "عدد المستفيدين، النسبة المئوية للنساء منهم" إلى المؤشرات المتوسطة، وسيتم رصده ومتابعته عن كثب ضمن هذا المشروع. وسوف تُصاحب هذه الإضافة استراتيجية للتواصل بشأن التغطية الصحية الشاملة التي سيتم وضعها وتطويرها، وذلك يشمل عقد سلسلة من ورشات العمل التشاركية مع مختلف الجهات المعنية صاحبة المصلحة. وإضافةً إلى ذلك، سوف يُصار إلى وضع وتطوير آلية للتظلم وجبر

²¹ المنطقة "ج" هي ذلك الجزء من الضفة الغربية، الذي يقبع تحت السيطرة الإسرائيلية المدنية والأمنية الكاملة، والذي يُغطّي نسبة 60% من الضفة الغربية.

²² "منطقة التماس" هي المنطقة المُغلقة بين الخط الأخضر وجدار الفصل، والتي يُقيم فيها حالياً حوالي 11000 فلسطيني.

²³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني "PCBS"، عشية اليوم العالمي للسكان، 2012، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: رام الله، المناطق الفلسطينية.

²⁴ عبد الرحيم، وآخرون، صحة الأم والطفل في المناطق الفلسطينية المُحتلة، مجلة "لانسيت" *Lancet*، "، 2009. 373 (9667)، الصفحات 967 -

الأضرار، تُعنى بالتحويلات الطبية الخارجية والوصول إلى الرعاية الصحية، وإلى رصد ومتابعة تنفيذ هذه الآلية تحت المشروع.

الرصد والتقييم:

(68) كما سبق توضيحه أعلاه، تقع المسؤوليات الكليّة عن رصد وتقييم المشروع على كاهل وحدة إدارة المشروع. وستقوم هذه الوحدة - مدعومةً من مركز المعلومات الصحية، ووحدة التحويلات الطبية وإدارة التأمين الصحي وإدارة المالية التابعة كلها لوزارة الصحة - بإدارة عمليات جمع البيانات، وتجميع المعلومات وإعداد التقارير الدورية عن تقدّم العمل في المشروع، وعن تحقيق الهدف التنموي للمشروع، ومؤشرات الأداء الأساسية.

(69) سوف يستمرّ فريق وحدة إدارة المشروع في تشغيل نظام رصدٍ وتقييم بسيط لجمع البيانات، ولرصد مخرجات نواتجه؛ وذلك لكي يضمن إجراء عمليات ملائمة في مجالات رصد النشاطات الممولة من المشروع، وإعداد التقارير عنها وتقييمها. وسيتم ضمان رصد النشاطات المراعية للنوع الاجتماعي من خلال تصنيف البيانات عندما يكون ذلك ملائماً.

(70) ستقوم وحدة إدارة المشروع بإعداد تقارير نصف سنوية عن تقدّم العمل، تُغطّي التقدّم على صعيد تنفيذ نشاطات المشروع، وتوفّر تحديثاتٍ بشأن مؤشرات إطار النتائج (انظر الملحق الأول). وسوف يُجري البنك الدولي، بعد مرور سنتين على دخول المشروع حيّز التنفيذ، مراجعة منتصف المدة للوضع الراهن للمشروع في ذلك الحين، وللنتائج المُتحقّقة، ولأداء الإدارة والدروس المستفادة؛ وذلك بالتعاون مع وحدة إدارة المشروع، والشركاء في التنمية. وسوف يتم استخدام هذه المراجعة في تحديد فرص تحسين الأداء، وإعداد خطة عمل مُنقّحة لتوجيه عملية التنفيذ أثناء الفترة المتبقية من عمر المشروع.

دور الشركاء:

(71) تشاورَ البنك الدولي، أثناء الإعداد للمشروع، مع الشركاء في التنمية، العاملين في القطاع الصحي والذين أظهروا اهتماماً قوياً بتنسيق الجهود مع البنك الدولي لترشيد نفقات القطاع الصحي والتأسيس لإصلاحات مهمة على صعيد تمويل القطاع وتوفير الرعاية. وجرى التشديد بشكل أكبر على تحسين كفاءة القطاع الصحي ونوعية معايير الرعاية، وتحسين الكفاءات التنظيمية لوزارة الصحة، مع التحديد الواضح في أدوارها في مجالي التمويل وتوفير الخدمات. وقد أُخذت بعين الاعتبار الدروس المُستفادة من مشاريع البنك الدولي السابقة ومن نشاطات الشركاء في التنمية السابقة في عملية تصميم المشروع المُقترح.

(72) سوف يتم إجراء مراجعة لأداء القطاع الصحي، ومناقشةً لما يستجدّ من تحديات تواجه المشروع مع الجهات الفاعلة الرئيسية في القطاع الصحي، وذلك أثناء انعقاد الاجتماعات الدورية المنتظمة للفريق العامل على القطاع الصحي، ومنها الفريق العامل على القطاع الفرعي الذي يُعنى بالتحويلات الطبية. وسوف يضمن هذا العمل، بدوره، تناغم الجهود، ويفتح الفرص للجهود المشتركة المُحتمة، والمزيد من الارتباطات مع القطاع الصحي.

الملحق الرابع: إطار تقييم مخاطر العمليات (ORAF)

الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ (P150481)

المخاطر المتعلقة بالجهات المعنية بالمشروع		التصنيف	عالية
<p>الوصف: من الممكن للأموال غير الكافية، المُخصَّصة لتوفير قيم المنافع والزواتب، التي تعتبرها السلطة الفلسطينية (PA) ضرورية، أن تؤثر سلباً على العلاقات بين العميل، والبنك الدولي، والشركاء في التنمية (كالوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، ودائرة التنمية الدولية البريطانية (DFID) مثلاً).</p> <p>التقدم المُحرَز غير الكافي لاحتواء تكاليف الرعاية الصحيّة ولترشيد دور وزارة الصحة (MOH) يمكن أن يؤثر سلباً أيضاً على العلاقات بين الجهات المعنية.</p>		<p>إدارة المخاطر:</p> <ul style="list-style-type: none"> التزم عددٌ من الشركاء، ومنهم الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ودائرة التنمية الدولية البريطانية، بمُساندة السلطة الفلسطينية في أجندها الخاصة بإصلاح نظام التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي (OMR). تعمل السلطة الفلسطينية من أجل تنسيق الجهود التكميلية التي تبذلها الجهات المعنية؛ وذلك لأنَّ أجنده الإصلاح الخاصة بكلِّ من نظام التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي والتغطية الصحيّة الشاملة (UHC) كبيرة الحجم ومُعقَّدة. تسعى السلطة الفلسطينية إلى الحصول على أموال إضافية من البنك الدولي والشركاء الآخرين في التنمية. سوف يرصد البنك الدولي والشركاء في التنمية موازنة السلطة الفلسطينية ويتابعونها من خلال عملية دعم الموازنة (التي يُسهّم فيها البنك الدولي والشركاء في التنمية الآخرون)، والتي تتضمنُ مُحفَّزاتٍ سياساتية مُعيَّنة لرصد الإصلاحات في الموازنة. تتخرطُ السلطة الفلسطينية في عمليات إضافية للمساعدات الفنية الإضافية مع البنك الدولي والشركاء في التنمية الآخرين. 	
الوضع الراهن: قيد التنفيذ	تاريخ إقفال المشروع: 30 حزيران / يونيو، 2020	المرحلة: التنفيذ	الجهة المسؤولة: البنك الدولي / الشركاء في التنمية / السلطة الفلسطينية
المخاطر المتعلقة بالجهات المنفذة		التصنيف:	عالية
<p>الوصف: القدراتُ المؤسسية الكلية لوزارة الصحة محدودةٌ في مجالات الرصد والتقييم (M&E)، والتدقيق، والمشتريات، والإدارة المالية.</p> <p>تُشكلُ جودة الخدمات في القطاع العام أحد بواعث القلق الرئيسة، وهي إحدى أولويات البنك، الأمر الذي يضع ضغوطاً على القطاع العام لتقديم خدمة التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي.</p>		<p>إدارة المخاطر:</p> <ul style="list-style-type: none"> يُقدِّم البنك الدولي وعددٌ من الشركاء في التنمية كالوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ودائرة التنمية الدولية البريطانية مثلاً، دعماً مكملاً للحكومة في مجال الإدارة الصحيّة، والرصد والتقييم، وغيرها من المجالات الرئيسة؛ وذلك بهدف تعزيز القدرات المؤسسية لوزارة الصحة. وبشكلٍ أكثر تحديداً، فإنَّ بناء القدرات هذا يشتملُ على توظيف مستشارين وخبرات من الخارج للعمل في وحدة إدارة المشروع ولتحديث نظام المعلومات الإدارية (MIS) أيضاً. يتمثَّلُ أحدُ أهداف المشروع في المساعدة على تحسين جودة الرعاية من خلال تقديم المساعدات الفنية، ومنها بناء القدرات على مستوى الرعاية الصحية الأولية (PHC)، كتدريب الكوادر الطبية، ووضع وتطوير المبادئ التوجيهية السريرية، وتحديث نظام إدارة المعلومات السريرية مثلاً. ويتم العمل حالياً، من خلال هذا الاستثمار، على النظر في 	

إجراء دراسة استطلاع رضى المرضى، والتي سوف تُحدّد مؤشرات خط الأساس لرضى المرضى عن جودة الرعاية على مستوى الرعاية الصحية الأولية.			
الوضع الراهن: قيد التنفيذ	تاريخ إقفال المشروع: 30 حزيران / يونيو، 2020	المرحلة: التنفيذ	الجهة المسؤولة: السلّطة الفلسطينية / وزارة الصّحة
		التصنيف: عالية	المخاطر المتعلقة بالحوكمة
<p>الوصف: تواجه وزارة الصحة تحدياتٍ على صعيد الحوكمة (إدارة المُقدّرات الذاتية). فقطاع الصّحة في الأراضي الفلسطينية يُعاني من التجزئة، ولا سيّما منذ لحظة الانفصال بين الصّفة الغربية وقطاع غزة، الذي مضى عليه سبع سنوات. وقد قيّد هذا الانفصال قدرات الوزارة على التنظيم.</p> <p>تفتقر وزارة الصّحة إلى الموارد البشرية والقدرات الفنية التي تحتاجها إليها لصياغة سياسات الرعاية الصحيّة، ووضع التنظيمات لقطاع الصّحة، والإنفاذ الجبري لتطبيق التنظيمات القائمة، والإشراف على مدى الالتزام باللوائح التّظيمية.</p>			
<p>إدارة المخاطر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سوف يدعم هذا الاستثمار كفاءات الوزارة في الإشراف على الأنظمة الصحيّة القائمة في الأراضي الفلسطينية، وعلى تعزيز مساهمة الوزارة. • سوف يُكمّل المشروع الجهود التي تبذلها الوزارة لتوحيد اللوائح التّظيمية لقطاع الصّحة، وترشيد النّفقات، وضمان الالتزام المُتسق مع اللوائح التّظيمية الأخرى في جميع أنحاء الأراضي الفلسطينية، كما هي موضّحة في خطة التنمية الوطنية من 2014 إلى 2016. وتُشدّد خطة التنمية الوطنية على أنّ السلّطة الفلسطينية تهدف إلى الوصول إلى " إدارة عملية تخصيص الأموال العامة بطريقة أكثر فعاليّة، وكفاءةً وشفافية... (و) تقديم الخدمات العامة وتوفير فرص الحصول العادل عليها بطريقة أكثر فعاليّة". بالإضافة إلى ذلك، فقد أظهرت عملياً وزارة الصّحة التزامها بهذا المجال وذلك عن طريق إعداد المبادئ التوجيهية الفنيّة للتحويلات الطبية ذات العلاقة بقسرة القلب، ومن هذه المبادئ تدريب الأطباء على إجراءات التحويلات الطبية. 			
الوضع الراهن: قيد التنفيذ	تاريخ إقفال المشروع: 30 حزيران / يونيو، 2020	المرحلة: التنفيذ	الجهة المسؤولة: السلّطة الفلسطينية / وزارة الصّحة
		التصنيف: عالية	المخاطر المتعلقة بالمشروع
		التصنيف: عالية	المخاطر المتعلقة بالتّصميم
<p>إدارة الخطر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أظهرت السلّطة الفلسطينية التزاماً حازماً بشأن إصلاح نظام الرّعاية الصحيّة، وأعطت الأولوية القصوى لخفض تكاليف التحويلات الطبية وترشيد التّغطية الصحيّة الشاملة. وكذلك سوف يبني المشروع على الجهود التي تبذلها وزارة الصّحة، بمُساندةٍ من الشركاء في التّمية الآخرين، في وضع وتطوير مبادئ توجيهية صريحة بهدف توحيد الإجراءات ذات العلاقة بالتحويلات الطبيّة. 			
الوضع الراهن: قيد التنفيذ	تاريخ إقفال المشروع: 30 حزيران / يونيو، 2020	المرحلة: التنفيذ	الجهة المسؤولة: السلّطة الفلسطينية / وزارة الصّحة

المخاطر الاجتماعية والبيئية		التصنيف:	عالية
<p>الوصف: لا تُوجد مخاطر بيئية. أما بالنسبة إلى المخاطر الاجتماعية، فإنها من المحتمل أن تُشكل ضغطاً من حيث ضمان تغطية نظام الرعاية الصحية للفقراء والمُهمّشين تغطيةً كافية، إلى جانب ضمان تحقيق العدالة ضمن هذا النظام. فابتداءً من عام 2010، شكلت المصاريف النثرية حوالي 41 في المئة من إجمالي النفقات الصحية، الأمر الذي من المحتمل أن يُقلل كاهل المهمّشين والفقراء بالمزيد من الأعباء. وفي الواقع، فإنّ الفئات الأشدّ فقراً تتحمّل حصةً أعلى من الإنفاق الخاص من الجيوب مقارنة مع إجمالي ما يحصلون عليه من دخل، وهم يتعرضون لأشدّ مخاطر الإفقار (الفقر الشديد أو المدقع) بسبب الإنفاق الصحي الخاص من جيوبهم.</p> <p>وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ القيود المفروضة على التنقل والحركة تُعيق إمكانية الحصول على الرعاية في الأراضي الفلسطينية، وبصورة خاصة في قطاع غزة.</p>		إدارة المخاطر:	
<p>• سوف تحتاج وزارة الصحة إلى بذل جهود مُنسّقة مع الجهات المعنية الرئيسية، ومن هذه الجهات وزارات السلطة الفلسطينية الأخرى (كوزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة العمل مثلاً)، ومع المنظمات غير الحكومية المحلية، والشركاء في التنمية، وذلك للتأكد من التغطية الصحية الكافية للفقراء والحصول المُنصّف على خدمات الرعاية الصحية ضمن النظام الصحي.</p> <p>• سوف يهدف المشروع إلى تعزيز إطار الرصد والتقييم للتأكد من وصول جميع الفئات إلى نظام الرعاية الصحية بطريقة عادلة.</p>		الجهة المسؤولة:	السلطة الفلسطينية / وزارة الصحة
المرحلة:	التنفيذ	تاريخ إقبال المشروع: 30 حزيران / يونيو، 2020	الوضع الراهن: قيد التنفيذ
المخاطر المتعلقة بالبرنامج والمانحين		التصنيف:	عالية
<p>الوصف: ما تزال السلطة الفلسطينية غير قادرة على سدّ الفجوة المالية المتزايدة في نظام الرعاية الصحية بسبب التغيرات في إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي، وغموض وضع المعونات الدولية، والنفقات المتزايدة للتحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي (وهي ناتجة عن النقص المستمر الذي يدفع وزارة الصحة إلى تحويل المرضى الذين لا تستطيع مُعالجتهم إلى مرافق صحية في الخارج). وتُوحى التقديرات الحديثة بأنّ التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي هذه تُشكل حالياً ما يزيد عن نسبة 40 في المئة من الإنفاق العام في قطاع الصحة، كما أدت إلى تراكم الفواتير غير المُسدّدة لمُقدمي الخدمات في الخارج إلى ما يزيد عن 100 مليون شيفل إسرائيلي جديد (30 مليون دولار أمريكي) للمستشفيات في القدس القدس في عام 2013.</p>		إدارة المخاطر:	
<p>• سوف تحتاج السلطة الفلسطينية إلى تعديل الانخفاض في تكاليف ومدفوعات الخدمات الصحية لتتكافأ مع الأموال المتوافرة لديها. وسوف تستمر السلطة الفلسطينية في الحصول على دعم للموازنة من البنك الدولي والشركاء في التنمية من خلال خطة الإصلاح والتنمية الفلسطينية، على شرط التزامها بأجندة الإصلاح وتنفيذ المُحفّزات السياسية لاحتواء التكلفة، وذلك بموجب منحة السياسة التّموية.</p> <p>• حاولت وزارة الصحة احتواء التكاليف وتحسين تقديم الخدمات في السنوات الأخيرة، واشتملت هذه الجهود على تقديم حُطّتين وطنيتين استراتيجيتين للصحة (2014 - 2016 و 2011 - 2013) تُعزّزان تدابير الصحة العامة (كالإقلاع عن التدخين، والسلامة على الطُرق، وفحص الكشف عن السرطان، وغير ذلك)؛ وذلك لمُعالجة العبء الثقيل الآخذ في التنامي والمُتمثل في الأمراض غير السارية، ولتخفيض الإنفاق العام على التحويلات الطبية التخصّصية.</p> <p>• تُوفّر المُراجعة المُستمرّة للنفقات العامة التي يُجريها البنك الدولي خياراتٍ سياسية قصيرة، ومتوسطة، وطويلة الأجل، من شأنها أن تُساعد السلطة الفلسطينية على تحقيق مكاسب على صعيد تقليل النفقات الصحية.</p>		الجهة المسؤولة:	السلطة الفلسطينية / وزارة الصحة
المرحلة:	التنفيذ	تاريخ إقبال المشروع: 30 حزيران / يونيو، 2020	الوضع الراهن: قيد التنفيذ

	يونيو، 2020	التنفيذ	السلطة الفلسطينية / وزارة الصحة / البنك الدولي / الشركاء في التنمية	
التصنيف: عالية				المخاطر المتعلقة بتقديم الخدمات ورصدها واستدامتها
<p>إدارة المخاطر:</p> <ul style="list-style-type: none"> لقد ساعدت الجهود المكاملة التي يبذلها الشركاء في التنمية وزارة الصحة على تحديد المجالات ذات الأولوية الرئيسية، وعملت على موازنة دعمهم مع استراتيجية القطاع الصحي، وكذلك على تجنب ازدواجية الجهود التي يبذلها المانحون. لقد اتخذت وزارة الصحة، بمشاركة البنك الدولي والشركاء في التنمية، بعض الخطوات الأولية نحو الإصلاح. وعلى سبيل المثال، فإن وزارة الصحة تعمل على تطوير نظام إلكتروني عبر شبكة الإنترنت (وهو يُجرَّب حالياً بطريقة ريادية في خمس مستشفيات إسرائيلية). وسوف يُسهَّل هذا النظام عملية تتبُّع التحويلات الطبية المقررة والفواتير الصادرة من المستشفيات عن طريق ربطها مع بعضها بعضاً على المستوى المركزي، وربط وزارة الصحة أيضاً مع مقدّمي الخدمات الخارجيين. وبالإضافة إلى ذلك، فقد بدأت وزارة الصحة العمل على وضع نظام موحد للرموز للمجموعات المرتبطة ببعضها بعضاً من الناحية التشخيصية، وعلى مراجعة المطالبات المالية الصادرة من المستشفيات الإسرائيلية. وسوف يستمر المشروع بالبناء على هذه الجهود المبذولة. سلّطت وزارة الصحة الضوء على نظام التغطية الصحية الشاملة وإدخال الإصلاحات على نظام التأمين الصحي الحكومي كأولوياتٍ عليا. كذلك فقد سعت الوزارة للحصول على خبرات فنية في القيام بهذه الجهود. وسوف يُساعد هذا المشروع على تنفيذ هذه الرؤية وتأسيس هذا الكيان للتأمين الصحي. سوف تستمر السلطة الفلسطينية في تلقّي الدعم للموازنة من البنك الدولي والشركاء في التنمية وذلك يتوقّف على شرط بالتزامها بأجندة الإصلاح وتحقيق المحفّزات السياساتية الواردة في منحة السياسة التنموية. 				<p>الوصف: يوجد لدى وزارة الصحة إطار عمل ضعيف للرصد والتقييم، فهو يفتقر إلى آلية إشراف وتقييم يقوم بإنفاذ اللوائح التنظيمية جبرياً، وليضمن جودة الرعاية الصحية.</p> <p>ومع انخراط جميع الشركاء في التنمية من جديد، توجد حاجة إلى موازنة الجهود، وإلى التزام جاد من جميع الجهات المعنية الرئيسية؛ وذلك بهدف تمكين وزارة الصحة من الالتزام بأجندة الإصلاح لديها.</p> <p>ويتطلب اعتماد السلطة الفلسطينية الكبير على المعونات الدولية تدفق المساعدات بشكلٍ مُطّرد من البنك الدولي والشركاء في التنمية من أجل التأكد من استدامة المشروع.</p>
الوضع الراهن: قيد التنفيذ	تاريخ إقبال المشروع: 30 حزيران / يونيو، 2020	المرحلة: التنفيذ	الجهة المسؤولة: السلطة الفلسطينية / وزارة الصحة / البنك الدولي / الشركاء في التنمية	
التصنيف: عالية				مخاطر أخرى: سياسية
<p>إدارة المخاطر:</p> <ul style="list-style-type: none"> سوف يكون لزاماً على البنك الدولي أن يعمل عن كثب مع وزارة الصحة عن طريق إنشاء هيئة تكون مسؤولة عن عمليات الشراء الاستراتيجي للخدمات من مقدّمي خدمات خارجيين، وعن طريق تقديم المساعدات الفنية لوضع وتطوير نمذجة أكتوارية وتحليلات للتكلفة مقابل المنفعة؛ وذلك بهدف حشد الدعم العام، وتعظيم الفوائد المُنتَجة من 				<p>الوصف: الإصلاحات المُتصوّرة للتأمين الصحي تتّصف بالحساسية والتعقيد سياسياً. وتستدعي هذه الإصلاحات التزاماً قوياً وإرادةً سياسية من جانب السلطة الفلسطينية، ووزارة الصحة، والمجتمع المحلي، والشركاء في التنمية. وتحتاج وزارة الصحة إلى إطار عمل تشريعي مُساند لتمكينها من المُصادقة</p>

<p>على الإصلاحات وتطبيقها. غير أن وزارة الصحة قد تواجه مقاومة تقف في وجه تنفيذ التغييرات التشريعية والإصلاحات في هذا المجال بالتحديد.</p>		<p>الإصلاحات المقترحة، وتخفيف التكاليف المحتملة لتنفيذ الإصلاحات (ولا سيما لأي خاسرين محتملين من عمليات الإصلاح). وسوف يتناول القسم الثالث من المشروع هذه المسألة عن طريق تزويد الوزارة بالممارسات الفضلى من حيث كيفية المضي قدماً في الإصلاحات.</p>	
<p>الجهة المسؤولة: البنك الدولي / وزارة الصحة</p>	<p>المرحلة: التنفيذ</p>	<p>تاريخ الاستحقاق: 30 حزيران / يونيو، 2020</p>	<p>الوضع الراهن: قيد التنفيذ</p>
<p>تصنيف المخاطر الكلية المتعلقة بالتنفيذ: عالية</p>			
<p>يُعتبر التصنيف العام للمخاطر "عالياً" بسبب التحديات التي تتم مواجهتها من حيث السياق الأوسع نطاقاً لإصلاح نظام الرعاية الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة. وتفترض وزارة الصحة إلى القدرات (الكفاءات) التي نفي بالعرض لأجل تنفيذ الإصلاحات؛ ويُعزى ذلك إلى القيود المفروضة على الموازنة، والكفاءات الفنية المحدودة، وتجزئة نظام الرعاية الصحية بين الضفة الغربية وقطاع غزة.</p>			

الملحق الخامس: خطة دعم التنفيذ

الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ

- (1) سوف تُنفَّذ وزارة الصحة الفلسطينية هذا المشروع من خلال وحدة إدارة المشروع. وسوف ترتبط وحدة إدارة المشروع في أداء عملها باللجنة التوجيهية (SC). وتُعتبر وزارة الصحة مسؤولة قانونياً عن تنسيق السياسات والبرامج الصحية في الأراضي الفلسطينية. وسوف تكون وحدة إدارة المشروع مسؤولة عن تنفيذ المشروع المقترح وعن إدارة عقود وحدة المشتريات ووحدة الاعتماد، وذلك بالتنسيق مع وحدة المشتريات التابعة لوزارة الصحة. كذلك سوف تكون وحدة إدارة المشروع مسؤولة عن التأكد من تنفيذ الجوانب الفنية للمشروع في الوقت المناسب حسبما تحدده اتفاقية المنحة.
- (2) سوف تُقدّم وحدة إدارة المشروع المشورة الفنية لسُلطات وزارة الصحة في جميع الجوانب التي تخصّ المشروع وذات العلاقة بوظائف التمويل، وتوفير الخدمات، واللوائح التنظيمية الناطمة لمقدمي الخدمات. وسوف تتلقّى وحدة إدارة المشروع الدعم من الإدارة المالية ووحدة المشتريات التابعتين لوزارة الصحة؛ وذلك لكي تقوم بإدارة التمويلات والمشتريات اللازمة لجميع الموارد، وتقديم الدعم لجميع الوحدات التنفيذية المشاركة في عملية تنفيذ المشروع.

استراتيجية ومقاربة دعم تنفيذ المشروع:

- (3) تمت عملية تصميم خطة دعم تنفيذ المشروع المقترح بناء على الخبرات والدروس المستفادة من ارتباطات البنك الدولي ومشاركاته السابقة في القطاع الصحي. فالهدف من تصميم هذه الخطة هو مواءمة الدعم المطلوب لعملية التنفيذ مع المخاطر الرئيسية للمشروع والنتائج المتوقعة منه. وسوف يتم تحديث الخطة كل سنة أشهر لتبني التقدم المحرز في عملية تنفيذ المشروع. وتشتمل الخطة على دراسة مخاطر التنفيذ، والاستراتيجيات والأعمال الزامية إلى التخفيف من وطأة تلك المخاطر، وكذلك على جدول مفصل يُلخّص مهمّات الإشراف المطلوبة، ومُلخّص بالجهود المطلوبة والالتزامات الخاصة بالموارد التي تعهّد البنك الدولي بالقيام بها من أجل التأكد من تنفيذ المشروع بنجاح.
- (4) تتّصف استراتيجية ومقاربة دعم تنفيذ المشروع بالحضور القوي لكوادر البنك الدولي في الميدان، وبالمرونة الكبيرة في تقديم الدعم من الخبراء في المجالات الأكثر اختصاصاً. ويُعتبر تقديم مستوى كبير من جهود كوادر البنك الدولي أمراً ضرورياً لمواجهة التحديات التي تواجه عملية التنفيذ، ولا سيّما أثناء أول سنتين من المشروع. ويتألّف فريق البنك الدولي من مزيج من المهارات الملائمة ومن الخبرات، ومنهم كوادر المكتب القطري للبنك (في الضفة الغربية وقطاع غزة) والمقر الرئيسي للبنك الدولي في واشنطن، وذلك حسب ما تقتضيه الحاجة إلى تنفيذ الخطة بنجاح.
- (5) يتّخذ فريق العمل الأساسي من المكتب القطري للبنك الدولي مقراً لهم، ويضمّ فريق العمل كلاً من: رئيس فريق العمل، والكوادر الائتمانية، واختصاصي تكنولوجيا المعلومات، والخبراء الاقتصاديين العاملين في مكتب البنك القطري (في الضفة والقطاع)، واختصاصي الحوكمة والإدارة المالية العامة. وبناءً على ذلك، سيتمّ ضمان الإشراف على تنفيذ المشروع عن كثب، وتقديم الدعم اللازم للتنفيذ إلى وزارة الصحة. وسوف يتمّ، بالإضافة إلى ذلك، التنسيق الكامل لجميع الجهود المبذولة ومواعمتها مع جميع الشركاء في التنمية. وسيستمرّ البنك الدولي في تقديم الدعم الفني من خلال كوادره العاملة لدى المقر الرئيسي؛ وذلك بهدف التعامل مع مواضيع أكثر اختصاصاً، كإدخال الإصلاحات

على نظام التأمين الصحي، وحُزِم حساب التكاليف والمنافع، وآلية التعاقد من أجل التحويلات الطبية، وغيرها من الأمور. وبالإضافة إلى ذلك، فإنّ المساعدات الفنية التي يُقدِّمها البنك الدولي سوف تستمرّ من أجل تطوير القدرات المؤسسية لوزارة الصحة بغية التأكيد من استدامة الإصلاحات المقترحة.

6) تحظى ترتيبات الشراكة بين الشركاء في التنمية والبنك الدولي بالأهمية. ويبقى الشركاء في التنمية (كالوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ودائرة التنمية الدولية البريطانية، ومنظمة الصحة العالمية مثلاً) والبنك الدولي ملتزمين بتقديم الخبرات الفنية الضرورية؛ وذلك بهدف دعم عملية إصلاح نظام التحويلات الطبية، وبناء قدرات وزارة الصحة في مجال التعاقد على توفير خدمات الرعاية الصحية التخصصية، وأنظمة معلومات الإدارة الصحية (HMIS)، وبناء القدرات المؤسسية.

7) البنك الدولي في وضع ملائم يُمكنه من تقديم المساعدات الفنية، وذلك استناداً إلى الخبرات العالمية التي اكتسبها في تحسين كفاءة الأنظمة الصحية وإصلاحات التأمين الصحي.

أدوار الشركاء	تقديرات الموارد: عدد الكوادر، والأسابيع والزيارات والجولات	المهارات اللازمة	مجال الاهتمام والتركيز
تُوفّر الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ودائرة التنمية الدولية البريطانية مقداراً كبيراً من التمويل والمساعدات الفنية في مجالات بناء القدرات، والتدريب الفني، والتعاقد، وإعداد المبادئ التوجيهية الفنية والخاصة بنظام التحويلات الطبية، ونظام المعلومات الإدارية.	120,000 دولار أمريكي سنوياً. 50 أسبوعاً، وبعثتان كل نصف سنة لدعم الرقابة والتنفيذ تقوم بهما الكوادر العاملة في المقر الرئيسي للبنك الدولي. ومع وجود فريق البنك الدولي في الميدان، فإنّ المشروع يكون تحت الرقابة المتواصلة.	خبرة كُلية في مجال تصميم مشاريع الأنظمة الصحية وتنفيذها بطريقة فاعلة وكفوءة، والمعرفة الفنية في تحديد حُزْم المنافع الأساسية وحساب تكاليفها، والتعاقد مع مقدّمي الخدمات الخارجيين، وإدخال الإصلاحات على التأمين الصحي، وممارسة سُبُل الاقتصاد في المجال الصحي، وتحليلات التكلفة مقابل المنفعة.	الإصلاحات السياسية؛ أي ذات العلاقة بالسياسات (ومنها نظام التحويلات الطبية والتأمين الصحي). الجوانب الائتمانية (أي التأكيد من إجراء التعاقد ومشتريات الخدمات بطريقة مشروعة، والتأكد أيضاً من إدارة الأموال واستخدامها بطريقة مشروعة).

ثانياً: مزيج من المهارات المطلوبة

الملاحظات	عدد الزيارات والجولات	عدد الكوادر/الأسابيع	المهارات المطلوبة
مع وجود معظم أعضاء فريق البنك الدولي في الميدان، فإنّ المشروع يكون تحت الرقابة المتواصلة.	إرسال بعثتي مراقبة كل نصف سنة على الأقل من الكوادر العاملة في المقر الرئيسي للبنك الدولي.	40 أسبوعاً.	خبرة كُلية في مجال تصميم أنظمة صحية فاعلة. وخبراء اقتصاديون في مجال الصحة، وخبراء في إصلاح نظام التأمين الصحي ولديهم معرفة فنية بنظم المعلومات الإدارية، وبالتعاقد على توفير خدمات الرعاية الصحية التخصصية .

الملاحظات	عدد الزيارات والجولات	عدد الكوادر/الأسابيع	المهارات المطلوبة
			رئيس الفريق: مهارات فنية جيدة، ومهارات في مجالات المشتريات، ومهارات في مجال الإدارة المالية.

ثالثاً: الشركاء

يوجد العديد من المنظمات الدولية التي تُوفّر الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية. ويوضّح الجدول التالي الشركاء الرئيسيين في التنمية، والمعنيين بمجال نظام التحويلات الطبية إلى الخارج، وبناء القدرات، وبنظام المعلومات الصحية.

جدول: الشركاء في التنمية المعنيين بنشاطات نظام التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، وبنظام المعلومات الصحية، وبالمساعدات الفنية.

الأهداف والنشاطات الرئيسية	الوكالة / المنظمة
<p>اسم المشروع: مشروع إصلاح وتطوير القطاع الصحي الفلسطيني</p> <p>الهدف: بناء قطاع صحي يؤدي وظائفه لتلبية الحاجات الصحية ذات الأولوية.</p> <p>المحاور: الحوكمة، وتقديم الخدمات، وشراء الأجهزة والمعدات والسلع الطبية، وبناء القدرات.</p> <p>المتعاونون: وزارة الصحة، والمنظمات الأهلية غير الحكومية، والمنظمات المجتمعية المحلية، والمؤسسات التعليمية.</p> <p>مجالات العمل الإضافية: نظام المعلومات الصحية، والخدمات الصحية ضمن إطار القطاع الصحي ذاته.</p> <ul style="list-style-type: none"> • المشروع الصحي الفلسطيني الرئيسي - أيلول / سبتمبر 2008 - تشرين الثاني / نوفمبر 2014: يُركّز المشروع على نشر استخدام نظام معلومات صحية إلكتروني في مستشفيات وزارة الصحة وفي المرافق المُستهدفة لدى المنظمات الأهلية غير الحكومية. وقد عمل المشروع مع نظراء وزارة الصحة من أجل تركيب نظام المعلومات الصحية في 8 مستشفيات حكومية تابعة لوزارة الصحة (وهي: رفديا وقليلية وعالية ومجمع فلسطين الطبي وبيت جالا وأريحا وجنين وسلفيت). وقد بُوشر بعملية تركيب نظام المعلومات الصحية نفسه في مستشفى المقاصد في القدس الشرقية. ويوجد في نظام المعلومات الصحية 26 وحدات مُستقلة يُمكن استخدامها كوحدات لتسجيل المرضى وأداة إدارية في الوقت نفسه. وقد وُقر المشروع لوزارة الصحة نظام الرخصة المفتوحة، إضافةً إلى توفير البنية التحتية، والتدريب و الأجهزة والمعدات (الهاردوير). ويحدو الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية الأمل في مواصلة دعم عملية نشر استخدام نظام المعلومات الصحية فيما تبقى من المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في المستقبل. • الخدمات الصحية ضمن إطار القطاع الصحي ذاته (مشروع بناء القدرات الصحية الفلسطينية - PHCP)، 15 مليون دولار أمريكي - نيسان / أبريل، 2013 - آذار / مارس، 2018: صُمم هذا المشروع لمساعدة وزارة الصحة على تعزيز قدراتها الإشرافية على التحويلات الطبية من الرعاية الثانوية إلى الرعاية التخصصية وعلى إدارتها. أمّا الركن الأساس لهذه المقاربة فهو الشراكة القوية مع وزارة الصحة منذ بداية المشروع، والتي تدعم قيادة الوزارة لعمليات تطوير استراتيجية لتعزيز القوى العاملة في المجال الصحي، وتنفيذ هذه الاستراتيجية والإشراف عليها، كما تدعمها في تلبية الأهداف 	<p>الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية "USAID"</p>

الأهداف والنشاطات الرئيسية	الوكالة / المنظمة
<p>الخمسة للمشروع ذات العلاقة بالحوكمة، والتخطيط للقوى العاملة، والتنمية، والإدارة، ومراقبة الجودة النوعية (كمنح التراخيص والشهادات). ويعمل المشروع أيضاً عن كثب مع مشروع آخر للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية صمم موقعا إلكترونياً لتتبع التحويلات الطبية، ويمر هذا الموقع الإلكتروني حالياً في مرحلة العرض العملي بمشاركة وزارة الصحة، ووزارة المالية وأحد المستشفيات الإسرائيلية. وقد صاغ المشروع المذكور مسودة عقود نموذجية لتوفير الرعاية للمرضى المؤمنين والمحولين من السلطة الفلسطينية. وتشتمل المحاور الأربعة للمقاربة الاستراتيجية لمشروع بناء القدرات الصحية الفلسطينية على ما يلي: إصلاح الخدمات السريرية (بروتوكولات التحويلات الطبية، والفئات المرتبطة معاً بعلاقة تشخيصية (DRG) واستمرار توفير الرعاية). (2) إصلاح النظم الإدارية (تبسيط إجراءات تدقيق وحدة التحويلات الطبية وعمليات / مهارات الرقابة، واستخدام الموقع الإلكتروني على الإنترنت للأنظمة الإلكترونية). (3) الإصلاح المالي (العقود المدارة مع المستشفيات الخارجية، والتعاقد القائم على الفئات المرتبطة معاً بعلاقة تشخيصية). (4) تحسين جودة الخدمات الصحية (منح التراخيص والشهادات، ورفع مستوى المعايير في مجالي التعليم / التدريب، والتأكد من إمكانية الوصول إلى المعلومات والحصول عليها).</p> <ul style="list-style-type: none"> • مستشفى أوغوستا فيكتوريا (AVH)، 2.9 مليون دولار أمريكي، نيسان / أبريل 2013 - 2016: صُممت هذه الاتفاقية التعاونية لدعم جهود مستشفى أوغوستا فيكتوريا الرامية إلى تأسيس برنامج لزراعة نخاع العظمي، حدته وزارة الصحة: كإحدى أولوياتها، ولا سيما إذا ما أخذنا في الحسبان التكاليف المرتفعة للتحويلات الطبية الخارجية. وقد دعم هذا المشروع عملية شراء الأجهزة والمعدات، وتدريب الممرضين والكوادر الصحية المساعدة وفق متطلبات الاعتماد والمعايير الدولية. • مستشفى سانت جون (القديس يوحنا) للعيون، 2.1 مليون دولار أمريكي، نيسان / أبريل 2013 - آذار / مارس 2016: يتمثل الهدف من هذه المنحة في تحسين مستوى الرعاية الصحية للعيون، المقدمة للفلسطينيين المستضعفين، ممن يعيشون في مناطق مهمشة في الضفة الغربية، وفي زيادة الوعي برعاية العيون من خلال العمل في عيادات متنقلة، وإجراء المعالجات الجراحية في حالات الإصابة بالعمى الذي يمكن الوقاية منه، وفي عقد الجلسات التثقيفية بذلك. ويتضمن المشروع تركيب نظام للمعلومات الصحية في مستشفى سانت جون للعيون، وفي المراكز التابعة له بهدف تحسين كفاءة المستشفى ومستوى أدائه ووظائفه. • مستشفى كاريتاس للأطفال، 2.1 مليون دولار أمريكي، نيسان / أبريل 2013 - آذار / مارس 2016: قُدمت هذه المنحة لتنفيذ نظام معلومات صحية في مستشفى كاريتاس، ولشراء جهاز فحص الوظائف الرئوية بهدف تحسين مستوى تشخيص التليف الكيسي، وتوفير الرعاية للأطفال في الضفة الغربية. 	
<p>اسم المشروع: الصحة النفسية والدعم النفسي في الضفة الغربية وقطاع غزة (المرحلة الثانية). الهدف: زيادة إمكانية الحصول على خدمات صحة نفسية ذات نوعية جيدة، وزيادة إمكانية تحملها في الضفة الغربية وقطاع غزة. المحاور: تقديم الخدمة. التمويل: المتأخرات المستحقة الدفع لمستشفيات القدس الشرقية: 13 مليون يورو صرفت في 2013 + 13 مليون يورو دُفعت في منتصف عام 2014 (+2.5 مليون يورو إضافية دفعت قبل نهاية عام 2014).</p>	<p>الاتحاد الأوروبي (EU)</p>

الأهداف والنشاطات الرئيسية	الوكالة / المنظمة
<p>منظمة الصحة العالمية / الصحة النفسية: 1.5 مليون يورو على مدى 3 سنوات (تدفع من منتصف عام 2012 إلى منتصف عام 2015)</p>	
<p>اسم المشروع: تقديم المساعدات الفنية لوزارة الصحة وبناء قدراتها تعاونت منظمة الصحة العالمية مع وزارة الصحة على وضع وتطوير استراتيجية وطنية للصحة (2014 - 2016)، ويتقدّم إنجاز العمل على هذا الصعيد لوضع خطة رئيسة للمستشفيات في الضفة الغربية والقدس الشرقية. وتم الانتهاء من إجراء التقييم التقديري لخدمات المراكز الصحية الأولية والمستشفيات، وإدخال حزمة منظمة الصحة العالمية لخدمات الأمراض غير السارية الضرورية، والعمل جارٍ على إدخال نموذج الممارسات الأسرية لمراكز الرعاية الأولية، ودعم وزارة الصحة لتعزيز خدمات الصحة النفسية على مستوى السياسات والاستراتيجيات، وتوفير الخدمات على المستويين الثانوي والثالثي، وإدماج الصحة النفسية في خدمات الرعاية الأولية. وتنفيذ مبادرة المستشفيات الصديقة لسلامة المرضى في مستشفيات وزارة الصحة. والتعاون مع وزارة الصحة بشأن وضع وتطوير خطط الاستعداد للطوارئ في المستشفيات الحكومية. وكذلك التعاون مع وزارة الصحة لتلبية الحاجات الإنسانية في القطاع الصحي، ومنها إجراء تقييم تقديري للوضع بعد الهجوم على قطاع غزة في فصل الصيف وإعادة إعمار القطاع. وتنفذ منظمة الصحة العالمية أيضاً مشروعاً لدعم مستشفيات القدس الشرقية، وشبكة مستشفيات القدس الشرقية، ومنها توفير مكونات لتحسين الجودة من خلال الاعتماد، وتعزيز هذه الشبكة. وتقوم منظمة الصحة العالمية أيضاً بتنفيذ مشروع لإنشاء معهد وطني للصحة العامة في الأراضي الفلسطينية. كذلك تقوم منظمة الصحة العالمية بتنفيذ مشروع لمانصرة الحق في الصحة، وهو يشمل رصد ومراقبة التحويلات الطبية، والتصاريح، والحصول على الخدمات الصحية.</p>	<p>منظمة الصحة العالمية (WHO)</p>
<p>اسم المشروع: تقديم المساعدات الفنية لوزارة الصحة وبناء قدراتها في مجال التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي</p> <p>تيسير فعاليات ورشة عمل حول التحويلات الطبية، بناءً على طلب من وزارة الصحة، جمعت معاً أحد رواد اختصاصيي القلب من المملكة المتحدة، وأطباء آخرين مختصين في القلب أيضاً من القطاعين العام والخاص الفلسطينيين، ووكيل وزارة الصحة، وبعض ممثلي المانحين. وقد هدفت ورشة العمل إلى رسم الخطوط العريضة الأساسية لسياسة منقحة للتحويلات الطبية، باستخدام خدمات رعاية أمراض القلب كمجال ريادي تجريبي لهذه السياسة. وقد صيغت مبادئ توجيهية لتعكس الاستنتاجات التي توصلت إليها ورشة العمل، وأقرتها وزارة الصحة ووزعتها على جميع الأطباء الذين يجرون تحويلات طبية خاصة بالقسطرة القلبية.</p> <p>وبناءً على طلب وزارة الصحة، فقد تم توظيف كادر واحد إضافي مؤقتاً لمساعدة وزارة الصحة على تحليل التحويلات الطبية والتعامل مع المستشفيات الإسرائيلية، وذلك ليعمل في إدارة التحويلات الطبية في رام الله.</p>	<p>وكالة التنمية الدولية البريطانية DFID UK</p>

المُلحق السادس: السِّياق القطاعي والسِّياق المؤسَّسي الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز قدرات النظام الصحي على الصمود

- (1) يمتاز النظام الصحي في الأراضي الفلسطينية بسمتين مُميّزتين، وهما:
- (1) يعمل النظام الصحي في وضع غير مُستقر سياسياً، وفي سياق من النِّزاع تحت السيطرة الإسرائيلية، الأمر الذي يُضعفُ الحوكمة الفاعلة للنظام.
- (2) قدرة الوضع المالي للنظام الصحي على البقاء محصورة ومحدّدة بصورة شديدة بفعل اعتماده على التمويل من المانحين، ويكون هذا التمويل خاضعاً للتقلُّبات استناداً إلى الاعتبارات السِّياسية.
- وتفرضُ هاتان السِّمتان، واقترانهما بكلِّ من الحرب الأخيرة وما نتج عنها من وضع طارئ، وكذلك بالقيود المُزمنة التي تُفرضها إسرائيل على حرية التَّنقل، العديدَ من التَّحديات بالنسبة إلى القطاع الصحي الفلسطيني، ومنها في المجالات ذات العلاقة بالنواتج الصحيّة، والتَّقديم الفعّال للخدمات، وإمكانية الحصول على الخدمات الصحيّة، وجودة الرِّعاية الصحيّة، والموارد البشريّة اللازمة لتطوير القطاع الصحي، واستدامة الماليّة العامّة، والحوكمة والمساءلة، والتخطيط للمشاريع وإدارتها، ووضع رؤية واستراتيجية طويّلت الأمد من أجل تطوير القطاع الصحيّ.
- (2) **أحقّ النِّزاع الذي اندلع مؤخراً في قطاع غزة (تموز / يوليو - آب / أغسطس 2014) أضراراً كبيرة بشأن القطاع الصحيّ المُستضعف أصلاً.** فقد أدّى الحصارُ المفروض على قطاع غزة والإغلاقُ المُتكرّر لمعبر رفح منذ عام 2013 إلى نقصٍ حادٍّ في الأدوية، والأجهزة والمعدات الطبيّة، وقطع الغيار، والوقود والمياه النّظيفة. ولم تُدفع رواتبُ الكوادر التي تعمل في المُستشفيات الحكوميّة في قطاع غزة²⁵ منذ آذار / مارس 2014. وعلاوةً على ذلك، فإنَّ النقص الحادّ في العقاقير الطبيّة (الأدوية)، وعدم توافر حوالي نصف تلك العقاقير التي يجب على وزارة الصّحة توفيرها لمستشفى الشّفاء، وهو أكبر مشنقٍ في قطاع غزة، أضعفاً معاً جهود توفير الخدمات الصحيّة. وبالإضافة إلى ذلك، فإنَّ القيود المفروضة على المواصلات أدّت إلى حدوث نقصٍ في الأجهزة والمعدات الطبيّة وقطع الغيار، والوقود اللازم لتشغيل المُولّدات، والتي تُعتبَر كلّها عوامل حاسمةً لضمان أداء المششفيات وظائفها بصورة مستمرة، آخذين بعين الاعتبار الانقطاعات المتكرّرة للتيار الكهربائيّ.
- (3) **انعكس الأثر الذي خلّفه النِّزاع على القطاع الصحيّ في قطاع غزة على وجه الخصوص.** فقد استمرّت عملية التّوغل الإسرائيليّ التي بدأت في تموز / يوليو 2014 لمدة 51 يوماً²⁶. وقد أسفَرَ النِّزاع عن وقوع 2145 وفاة و11231 إصابة في قطاع غزة، مع وجود نسبة كبيرة من الأطفال وكبار السّن الفلسطينيين من بين أولئك الذين فقدوا حياتهم

²⁵ عيّنت السلطات التي قامت بحكم الأمر الواقع في قطاع غزة ما مجموعه 5,355 موظّفاً من القطاع، قبل التّوصل إلى تشكيل حكومة الوفاق الوطني. ولم يتم إدماجهم بعد كموظفين في ملاك الخدمة المدنيّة لدى السّلطة الفلسطينيّة.

²⁷ المجموعة القطاعيّة العنقوديّة المعنيّة بالقطاع الصّحيّ في الأراضي الفلسطينيّة المحتلّة، (أيلول / سبتمبر، 2014). التقرير المشترك لتقييم القطاع الصّحيّ في قطاع غزة. قطاع غزة: المجموعة القطاعيّة العنقوديّة المعنيّة بقطاع الصّحة.

وأصيبوا²⁷. ولقد مرّت المؤسّسات، والكوادر، والأجهزة والمعدات، والإمدادات الطبية بظروفٍ صعبةٍ للغاية. ومن الجدير بالملاحظة أنّ الزيادة في أعداد المُصابين والمرضى المصدومين أدّى أيضاً إلى نقصٍ في أدوية الطوارئ، والأجهزة والمعدات الطبية، وقطع الغيار. وقد حدّد هذا النقص في العديد من أدوية الطوارئ البالغة الأهمية، كمُسكّنات الألم، وأدوية التخدير، والمحاليل الملحية من قدرة المرافق الطبية على تقديم الرعاية. وبالإضافة إلى ذلك، فقد كان هناك نقصٌ في المؤثرات العقلية (التي لها تأثير نفسي وعقلي) المُستخدمة لعلاج الانتكاسات المُتأخّرة النَّاجمة عن الاضطرابات الإجهادية اللاحقة للصّدمة (PTSD) وحالات القلق بين عموم السّكان. وسوف يستمرّ النقص المتواصل في الأدوية، والأجهزة والمعدات الطبية، وقطع الغيار في إعاقَة الاستمرار في تقديم الخدمات وإدارة الأمراض المُزمنة التي تُهدّد الحياة كالأُمراض القلبية الوعائية، والسّرطان، وأمراض الجهاز التّفنسي المُزمنة، والسّكري؛ وذلك في الفترة التي أعقبت فترة عدم تصعيد النّزاع.

(4) تم تدمير حوالي 58 في المئة من المرافق الصحيّة في قطاع غزة أثناء النّزاع. وتشير التّقدّيرات إلى أنّ 59 مرفقاً صحياً عامّاً من أصل 129 مرفقاً، أي ما يُعادل نسبة 46 في المئة تقريباً من المرافق الصحية، لم تكن قادرةً على تقديم الخدمات في ذروة احتدام النّزاع، وإلى أنّ 11 مستشفىً من أصل 31 مستشفىً (25 في المئة تقريباً) كانت مُغلقةً، وإلى أنّ 48 مركزاً رعاية صحيّة أولية من أصل 97 مركزاً (49 في المئة تقريباً) كانت مُغلقةً أيضاً. وهذا يُترجم عملياً إلى حدوث انخفاضٍ في حجم السّعة السريرية المُتوافرة بنسبة 9 في المئة. كما أدّى تعطيلُ تقديم الخدمات إلى انخفاضٍ في العمليات الجراحية الاختيارية بنسبة 81 في المئة في تموز / يوليو 2014. وقد أوردت التقارير الصّادرة من مستشفى الشّفاء ومستشفى ناصر حدوث زيادة في عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة.

(5) قيّد إغلاقُ نقاط التّفتيش، بدرجة كبيرة، فُدرة المرافق الصحيّة على تحويل المرضى لتلقّي العلاج خارج المُستشفيات. فقد كانت التحويلات الطبية للمرضى، قبل عملية التّوغل التي وقعت مؤخراً، تُواجه تحدياتٍ جديرة بالاعتبار؛ ويُعزى ذلك إلى القيود المفروضة على حرية التّنقل. وقد أُغلقت المعابرُ في مصر وإسرائيل كليهما أثناء النّزاع، الأمر الذي فاقم صعوبة الحصول على الرّعاية المُقيّدة أصلاً داخل المُستشفيات في القدس الشرقية، والضفة الغربية، ومصر. ونتيجةً لهذا، فقد انخفضت نسبة التحويلات الطبية انخفاضاً حاداً لتصل في تموز / يوليو إلى 580 تحويلاً طبيّاً فقط؛ أي أنّ ما صدرَ من طلبات التحويلات يُعادل نسبة 32 في المئة تقريباً فقط من جميع الطلبات، بينما بلغ عدد التحويلات الطبية في آب / أغسطس 839 تحويلاً فقط (أي: صدر ما يعادل نسبة 45 في المئة تقريباً من جميع طلبات التحويلات).

(6) حشد المُجتمع الدولي، حتّى هذا التّاريخ، ما مجموعه 12.6 مليون دولار أمريكي للأدوية والمُستلزمات الطبية الأساسية بهدف دعم النّظام الصّحي. كما حشد وشكّل ثلاث مجموعات عمل في المجال الصحي، ومنها:

(1) مجموعة العمل المعنية بخدمات الطبّ النفسي والإرشاد النفسي.

(2) مجموعة العمل المعنية بتنسيق شؤون الفرق الطّبيّة الأجنبيّة التي ترأسها الهيئة الطبية الدولية "IMC".

²⁷ منظمة الصحة العالمية (أيلول / سبتمبر، 2014). يُعطى تقرير الوضع، رقم 11، الفترة بين 29 آب / أغسطس و 5 أيلول / سبتمبر 2014. قطاع غزة: منظمة الصّحة العالمية. استُخرج التّقرير من الموقع الإلكتروني <http://www.moh.ps/attach/768.pdf> في 12 أيلول / سبتمبر 2014.

(3) مجموعة العمل المعنية بالإعاقات.

وذلك بهدف المساعدة في دعم حاجات السكان الصحيّة.

(7) تُعزّل القيود المفروضة على التنقّل عملية الحصول على الرّعاية. فالسلطات الإسرائيليّة تُعيق حركة الفلسطينيين وانتقالهم بين قطاع غزة والضفة الغربية وداخلهما. ففي الضفة الغربية، تُعاق الحركة والانتقال من خلال نقاط التفتيش، والأوامر العسكرية، والسياسات والممارسات. وفي قطاع غزة، يُوجد للمرضى مخرجان لا ثالث لهما للوصول إلى المستشفيات خارج القطاع. على الفلسطينيين كي يتم تحويلهم إلى مُستشفيات مُتخصّصة في القدس الشرقية، أو في إسرائيل أو الأردن لتقديم طلبات للحصول على تصريحٍ لذلك من السلطات الإسرائيليّة؛ وذلك للتمكن من الحصول على الرّعاية الصحيّة. وتُقدّم الطلبات من خلال مكتب الهيئة العامة للشؤون المدنية في السّلطة الفلسطينية، الذي يقوم بدوره بتقديمها إلى مكتب الارتباط الإسرائيلي واستلام والرّد عليها. أمّا الأطفال دون سنّ 18 عاماً، فيجب أن يكونوا مصحوبين بأقارب من الدرجة الأولى ومعهم تصريح نافذ المفعول. وتُعيق عملية تقديم الطلبات الحصول على الرّعاية الصحيّة في بُعدين: الأوّل منهما يتمثّل في أنّ الإجراءات غالباً ما تؤدي إلى تأخيرات كبيرة في تلقّي العلاج؛ أمّا البُعد الثاني فهو أنّ العديد من التّصاريح لا تحصل على موافقة إسرائيلية.

الوضع الصحي:

(8) تم إحراز تقدّم جدير بالاعتبار في مجال خفض أعداد وفيات الأطفال والأمهات. فقد انخفض مُعدل وفيات الأمهات (MMR) في الفترة بين عام 1990 وعام 2010، من 90 حالة وفاة أم لكل 100,000 مولود حيّ في عام 1990 إلى 64 حالة وفاة في عام 2010. وهو مُعدّل يقلّ عن متوسط الوفيات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA)، الذي بلغ 74 حالة وفاة في 2010 (الأمم المتّحدة - 2013، والبنك الدولي - 2013 أ). وعلاوة على ذلك، فإنّ أداء المناطق الفلسطينية أفضل ممّا كان عليه، من حيث تحسين صحة الطّفل، مقارنةً مع منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ككل: إذ انخفض مُعدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة (U5MR) إلى النّصف، من 43.1 في المئة لكل 1000 حالة مولود حي ليصل إلى 22 حالة بين عام 1990 وعام 2011؛ وهو مُعدل يقلّ عن متوسط الوفيات في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) ومقداره 26.1 في المئة في عام 2011. وإضافةً إلى ذلك، فقد كان مُعدل وفيات الرّضع 13.5 في المئة لكل 1000 مولود حي في عام 2012.

(9) على الرّغم من هذه التّخفيضات المهمّة التي تمّ إحرازها، فمن غير المُحتمل أن تُحقّق المناطق الفلسطينية الهدف الرابع من الأهداف الإنمائيّة للألفية (MDG). وتشتمل أسباب الانخفاض البطيء النسبي لتلك المعدلات على تدهور الظروف الصحيّة والتّغيرات في أسباب الوفاة. فعلى سبيل المثال، تحوّلت الأسباب الرئيسيّة للوفاة في أوساط الرّضع والأطفال من الإسهال والأمراض المُعدية إلى الولادة قبل الأوان، والوزن المُنخفض عند الولادة (تُشكّل ما مجموعه 13.4 في المئة من جميع الوفيات)، وكذلك إلى العيوب الخلقية (تُشكّل ما مجموعه 16 في المئة من جميع الوفيات). غير أنّ الالتهابات الرّئوية واضطرابات الجهاز التّنفسي الأخرى تبقى في طليعة الأسباب المؤدية إلى الوفاة (تُشكّل 34 في المئة من جميع الوفيات بين الأطفال). ويُشكّل تدهور إمكانيّة الحصول على الخدمات الصحيّة، بسبب النزاع الفلسطيني الإسرائيلي، سبباً رئيسياً آخر لانخفاض البطيء في معدل الوفيات.

10 تُوجَدُ تفاوتاتٌ كبيرةٌ في مؤشرات وفيات الأطفال على مستوى المناطق. أظهر مسح صحة الأسرة الفلسطيني (PFHS) أنّ معدل وفيات الرُّضع (IMR) ومعدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة (U5MR) في قطاع غزة ما يزال أعلى باستمرار، مقارنةً مع الضفّة الغربية على مدى العقد الماضي، مع اتّساع الفجوة بين المناطق في معدلات الوفيات في كلّ من المؤشّرين. ويُقدّر مسح صحة الأسرة الفلسطيني أنّ معدل وفيات الرُّضع في قطاع غزة كان 20.1 لكل 1000 مولود حي في الفترة ما بين 2005 و2009، وهو مُعدّل أعلى من معدل وفيات الرضع في الضفة الغربية الذي يبلغ 18.1 لكل 1000 مولود حي. وفي الفترة نفسها، بلغ معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة 26.8 لكل 1000 مولود حي في قطاع غزة بالمُقارنة مع مُعدل 20.9 في الضفّة الغربية. وعلاوةً على ذلك، تتباين وفيات الأطفال اعتماداً على نوع الإقامة؛ فمُعدلات وفيات الرُّضع وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة في المناطق الرّيفيّة والمُخيّمات أعلى في أماكن الإقامة هذه، مُقارنةً مع المدن / التجمّعات الحضرية في جميع أنحاء المناطق الفلسطينية. فقد كانت مُعدلات وفيات الرُّضع ومُعدلات وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة هي الأعلى في مُخيّمات اللاجئين (20.9 و 26 لكل 1000 مولود حي على التّوالي)، تلتها المناطق الرّيفيّة (20.8 و 25.9 لكل مولود حي على التّوالي)، وكانت هذه المُعدلات هي الأقلّ في المدن / التجمّعات الحضرية (18.2 و 22.4 لكل مولود حي على التّوالي)²⁸.

11 تَمُرُّ الأراضي الفلسطينية في مرحلة انتقالية وبائية، مع ازديادِ أعباء الأمراض المُزمنة المُلقاة على كاهلها - وبشكلٍ رئيسٍ كالأُمراض القلبية الوعائية، والسُّكري، والسّرطانات. ففي عام 2012، كان مرضُ القلب السبب الرئيسي المؤدي إلى الوفاة في الضفّة الغربية، مُسبباً ما نسبته 31.2 في المئة من مجموع الوفيات المُبلّغ عنها. وتحتلّ السّرطانات المرتبة الثانية، عندما تُجمّع معاً باعتبارها الأسباب الرئيسيّة المؤدية إلى الوفاة؛ إذ شكّلت نسبة 13.7 في المئة من جميع الوفيات، تلتها الأمراض القلبية الوعائية (12.2 في المئة)، ثمّ أمراض الرُّضع وظروف الحوامل قبل الولادة (9.2 في المئة)، وأخيراً مرض سكري البول (4.9 في المئة).

المرافق الصحيّة والموارد البشريّة:

12 تُقدّر منظمة الصحة العالمية أنّ حوالي 58 في المئة من المرافق الصحيّة في قطاع غزة قد دُمّرت في النزاع الذي حدث مؤخراً. فقد تعرّض العديد من المرافق الصحيّة إلى القصف، ممّا أسفر عن وقوع قتلى في صفوف المرضى والعاملين في المجال الاجتماعي. ومن أصل 32 مستشفى في قطاع غزة، تمّ تدميرُ مُستشفى واحد (مُستشفى الوفاء للتأهيل الطّبي الخاصّ بإحدى المنظمات الأهلية غير حكومية)، و17 مستشفى منها أصدرت بلاغات عن وقوع أضرار بدرجات مُتفاوتة، وسبع مُستشفيات أُغلقت نتيجةً للأضرار التي تكبّتها أو لبواعث قلق وهموم أمنية ابتداءً من 27 آب / أغسطس 2014. وإضافةً إلى ذلك، يعمل 13 مستشفى من المُستشفيات التي تودّي وظائفها حالياً على الرّغم ممّا أبلغت عنه من الأضرار. وقد تعرّض أيضاً العديد من مراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة إلى القصف خلال النزاع. وممّا مجموعه 58 عيادة رعاية صحيّة أوليّة في قطاع غزة، تمّ أيضاً تدمير 5 عيادات تابعة لوزارة الصحة

²⁸ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني "PCBS" (2013). مسح صحة الأسرة الفلسطيني: رصد وضع الأطفال والنساء. رام الله: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

في الشّجاعة، والفخارية، وخزاعة، وبلدية وادي غزة، وعيادة واحدة غير حكومية (جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني) في قرية الشيخ عجلين، وعيادة أخرى تابعة للخدمات الطبية العسكرية الفلسطينية (PMMS) في منطقة التوام. وبالإضافة إلى ذلك، دُمّرت 14 سيارة إسعاف، وأصيبت 33 سيارة إسعاف أخرى بأضرارٍ جزئية²⁹.

(13) لدى الأراضي الفلسطينية نموذج تعددي لتقديم الخدمات. فهناك مزيجٌ مُعقدٌ من مقدمي الخدمات يعمل في المناطق الفلسطينية. فالقطاع العام الذي يتألف من وزارة الصحة والخدمات الطبية العسكرية هو مُقدّم الخدمات الرئيسي. وتمتلك وزارة الصحة شبكةً تضم 460 مركز رعاية صحية أولية (مراكز رعاية صحية أولية، 404 منها في الضفة الغربية، و54 في قطاع غزة في عام 2012)، و25 مُستشفى (12 منها في الضفة الغربية و13 في قطاع غزة). وتُركز الخدمات الطبية العسكرية الفلسطينية بشكلٍ كبيرٍ على خدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك من خلال 23 مركزاً للرعاية الصحية الأولية (16 منها في الضفة الغربية وسبعة في قطاع غزة)، وهي تُقدّم خدمات الرعاية الثانوية والتخصصية في ثلاث مُستشفيات في قطاع غزة. لقد قامت المنظمات الأهلية غير الحكومية بدور مهم في تقديم الخدمات، ولا سيما في تقديم خدمات الرعاية التخصصية، وخدمات الرعاية الجواله (للمرضى القادرين على الحركة) والخدمات التأهيلية. ففي عام 2012، قامت منظمات أهلية غير حكومية بتشغيل 206 مراكز للرعاية الصحية الأولية (140 منها في الضفة الغربية و66 في قطاع غزة) و33 مُستشفى (19 منها في الضفة الغربية و14 في قطاع غزة). وتؤدّي وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) دوراً بالغ الأهمية في تقديم الخدمات للسكان اللاجئين المُسجلين فيها، من خلال عيادات الرعاية الصحية الأولية، بصفة رئيسية. وتُدبر الأونروا أيضاً 61 مركزاً للرعاية الصحية الأولية (41 منها في الضفة الغربية و20 في قطاع غزة) ومُستشفى واحداً في الضفة الغربية. وأخيراً، يوجد 17 مُستشفى خاصاً كُلّها في الضفة الغربية. وعموماً، فإن القطاع الخاص في الأراضي الفلسطينية محدودٌ ويقتصر بشكل رئيسي على تقديم الخدمات المعنية بصحة الأمهات والأطفال. ولا يتطابق حجم توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية والمُستشفيات مع حجم السكان في المحافظات (فعلى سبيل المثال، يعاني قطاع غزة من النقص في توفير الخدمات عما ينبغي مُقارنته مع الضفة الغربية). وعلاوةً على ذلك، فإنّ المُستشفيات والمراكز الصحية في المناطق الفلسطينية تُعاني من نقصٍ في التكنولوجيات الجديدة، ومن وجود الأجهزة والمُعدّات القديمة، ومن النقص في الكوادر الصحية. ففي عام 2012، بلغ عدد الأطباء لكل 10000 شخص من السكان (20.2) طبيب في جميع أنحاء الأراضي الفلسطينية (مُقارنةً مع 27.1 طبيب في الأردن، و36.5 طبيب في لبنان). كما كان عدد المُمرضين والمُمرضات لكل 10000 شخص منخفضاً مُقارنةً مع دول الجوار (46.6 في الأردن و 29.1 في لبنان). وعلاوةً على ذلك، تُعاني الأراضي الفلسطينية من نقصٍ حادٍ في بعض التخصّصات الفرعية (كعلم طب الأورام مثلاً).

تمويل قطاع الصحة والحماية المالية:

(14) إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة في الأراضي الفلسطينية من بين أعلى مستويات الإنفاق في العالم. فقد ارتفع إجمال الإنفاق على قطاع الصحة من 8.3 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 1995 إلى 12.3 في

²⁹ في المرجع نفسه.

المئة في عام 2012. وفي الفترة التي تلت الإنتفاضة الثانية، استمرَّ إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة في الازدياد فبلغ في متوسطه 11.5 في المئة في الفترة بين عام 2000 وعام 2007. وفي عام 2008، وصل مُعدّل الإنفاق الإجمالي إلى 14.3 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي (المستوى الأعلى له في العقد الماضي). ومع أنّ إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة انخفض انخفاضاً طفيفاً منذ ذلك الحين، إلاّ أنّه لا يزال مُرتفعاً. ففي عام 2012، بلغ مستوى هذا الإنفاق نسبة 12.3 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي. ويُعتبر هذا المستوى أعلى بكثير من المُتوسط الذي سجّله منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بنسبة 4.6 في المئة، إذ يتجاوز معدل الإنفاق على قطاع الصحة في الأراضي الفلسطينية الإنفاق الكلي على الصحة في العديد من الاقتصادات المُتقدّمة كفرنسا، والنمسا مثلاً (11.7 في المئة في فرنسا، و11.5 في المئة في النمسا في عام 2012)³⁰. (انظر إلى الملحق السّابع لمزيد من المعلومات بشأن تمويل قطاع الصحة في المناطق الفلسطينية).

15 المصاريف النثرية هي المصدر الرئيسي لتمويل قطاع الصحة. ففي عام 2012، بلغ إنفاق الأسر من أموالها الخاصّة 39.8 في المئة من إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة، تلاه الإنفاق الحكومي العام بمقدار 38.7 في المئة، ثمّ المؤسّسات غير الرّبحية التي تُخديم الأسر بنسبة 18.3 في المئة، والمصادر الخارجية الأخرى بنسبة 0.9 في المئة. وأشارت دراسة، أُجريت في عام 2006، إلى أنّ أكثر من 13 في المئة من الأفراد وقعوا في براثن الفقر، كما وقّع 13 في المئة آخرون في خانة الفقر المُدقع بسبب ما أنفقوه على الرّعاية الصحية. والفقر الشديد المُدقع العام للسّكان يُضعفهم على صعيد الإنفاق على الرّعاية الصحيّة، كذلك فإنّ شحّ خدمات الصحة الحكومية ذات الجودة العالية تجعلهم أكثر عُرضةً للتّوجه إلى مقدّمي الخدمات الأكثر كلفةً في القطاع الخاص. كذلك فإنّ الإنفاق على الأدوية ونظراً للظروف المُزمنة - التي تتفاقم بسبب الافتقار إلى الوقاية والرّعاية الأولية للفقر، هما عاملان رئيسيان. وتتحمل المجموعات الأشد فقراً حصة أكبر من الإنفاق من الأموال الخاصّة مقارنةً مع إجمالي دخلها، كما أنّها مُعرّضة لخطر الإفقار؛ وذلك بسبب الإنفاق على الصحة.

16 يُوجد في نظام الرعاية الصحية نموذجٌ للتمويل مُجرّأً إلى فئات سكانية، يَضُمُّ كلاً من التّمويل القائم على أساس الضرائب، والتّمويل القائم على أساس الأقساط لمختلف الفئات السكانية التي تتلقّى الرعاية الصحيّة من خلال عددٍ لا يُحصى من مُقدّمي الخدمات من القطاع العام والقطاع الخاص ممّن يسعون إلى الرّيح، ومِمّن لا يسعون إليه. فلا يُوجدُ فصلٌ للوظائف في النظام الصحي الفلسطيني عن بعضها بعضاً: فوزارة الصحة هي الجهة التي تدفع النفقات، وتقدّم الخدمات وتُنظّم القطاع الصحي. ووزارة الصحة أيضاً تتلقّى إيراداتها من الإيرادات الضريبية، ومن المانحين والمستثمرين الخارجيين؛ وهي تُقدّم الخدمات الصحية في المرافق الحكومية من خلال تقاسم الكلفة ضمن نظام التّأمين الصحي الحكومي. كذلك فإنّ وزارة الصحة تشتري الرعاية الصحية التخصصية من الخدمات الخارجية، وذلك عندما تكون الخدمات الطبية التي تقتضيها الحاجة غير متوافرة في المناطق الفلسطينية.

³⁰ غير أنّ هذه المُقارنة يجب أن تُفسّر بشيءٍ من الحذر؛ وذلك لأنّ المناطق الفلسطينية ليست دولة سيادية؛ وهي والحالة هذه، ليس لديها العديد من النفقات المُعتادة المُدرّجة تحت بنود الموازنة (كالجيش مثلاً). وهذا يعني - بحكم التّعريف - أنّه من المُتوقّع أن يكون إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة مُرتفعاً كحِصّة من الناتج المحلي الإجمالي. وعلاوةً على ذلك، فإنّ المناطق الفلسطينية تدفع أسعاراً مرتفعةً بصورة كبيرة مقابل التّحويلات الطّبيّة إلى الخارج، وللحصول على المستحضرات الصيدلانيّة/الدوائية، الأمر الذي يَضخّم إجمالي الإنفاق الصحيّ.

(17) يُقدّم نظامُ التّأمينِ الصحيّ الحكومي، الذي تُديره وزارةُ الصّحة، خدماتَ التّغطيةِ بالتّأمينِ الصّحيّ لسبعِ فئاتٍ سكانيّة، وهو يعملُ بصفةِ الملاذ الأخيرِ للفئاتِ السّكانيةِ غيرِ المُؤمّنةِ صحياً. فحُزْمَةُ الفوائدِ شموليّةٌ في طابعها، وتتضمّنُ خدماتَ صِحّةِ الأمِّ والطفل، والرّعايةِ الصّحيةِ الأوليّة، والأدويةِ الموصوفة (باستخدامِ الوصفاتِ الطّبية). وتُغطّي الحزْمَةُ، بالإضافة إلى ذلك، الخدماتِ التي يتمُّ شراؤها من مقدّمي الرّعايةِ غيرِ التّابعينِ لوزارةِ الصّحة، ومنهم على سبيلِ المثال، مُستشفياتِ القدسِ الشّرقيةِ أو المُستشفياتِ العاملة في البلدانِ المُجاورة (كمصر، والأردن، وإسرائيل مثلاً). إنّ آليّةَ جمعِ عوائدِ التّأمينِ الصحيّ الحكوميِ مُشتتةٌ ومجزّأةٌ إلى حدِّ كبير. وقد شهدتِ تركيبةُ المُسجّلين (المُشتركين) في نظامِ التّأمينِ الصحيّ الحكوميِ تغيّراتٍ كبيرة في العقدِ الماضي، وذلك بزيادةِ عددِ الأعضاء غيرِ المُساهمين. ونتيجةً لذلك، ما تزال إيراداتِ نظامِ التّأمينِ الصحيّ الحكوميِ تزدادُ بمعدّلٍ أبطأ بكثيرٍ من عددِ المُشتركين في هذا النظام. كذلك فإنَّ إيراداتِ نظامِ التّأمينِ الصحيّ الحكوميِ ازدادت، في الفترةِ بين عام 2009 وعام 2012، بنسبة 32 في المئّة تقريباً، بينما ازداد عددُ المُشتركين في نظامِ التّأمينِ الصحيّ الحكوميِ بنسبة 47 في المئّة، ليصلَ إلى 167,000 شخصٍ تقريباً.

(18) تطلُّ الاستدامةُ الماليّةُ تحدياً قائماً. فالجوةُ الماليّةُ لدى وزارةِ الصّحةِ آخذةٌ في الاتّساع، بسببِ التّغيّراتِ في إيراداتِ نظامِ التّأمينِ الصحيّ الحكومي، وبسببِ الغموضِ في مستوىِ المعوناتِ الدوليّة، المُقدّرتانِ بارتفاعِ حجمِ النّفقات. وعلاوةً على ذلك، فإنَّ الإنفاقَ العامَ على الرّواتبِ في ارتفاع. ولم يتمّ صرف - في مناسباتٍ عديدةٍ أثناء السّنّتينِ الماضيتين - رواتبُ العاملين في المجالِ الصّحيّ بالقطاعِ العامِ في قطاعِ غزة في الوقتِ المُحدّد لها³¹ أو إنهم استلموا فقط دفعاتٍ جزئيّةٍ من الرّواتب. وتُقدّر متأخراتِ دفعِ الرّواتبِ بحوالي 38 مليون دولار أمريكي. كما أنّ الإنفاقَ على المُستحضراتِ الصيدلانيّة/الدوائيةِ أخذَ في الازدياد، وذلك رغم النّقصِ الحادِّ في الأدويةِ الأساسيّة. وفي عام 2013، شكّل الإنفاقُ على المُستحضراتِ الصيدلانيّة/الدوائيةِ نسبة 47 في المئّة من الإنفاقِ العامِ على البنودِ الأخرى غيرِ الرّواتب. أمّا الإنفاقُ على العقاقيرِ الطّبية فيُظهرُ تقلّباتٍ كبيرة، بزيادة بنسبة 29 في المئّة في الفترةِ بين عام 2010 وعام 2011، ممّا يعكس، ويُحرّكُ جزئياً، الزيادة في الإنفاقِ العامِ الكلي على قطاعِ الصّحة. وتدفع وزارةُ الصّحةِ أسعاراً مرتفعةً نسبياً لقاء الحصول على المُستحضراتِ الصيدلانيّة/الدوائيةِ، لأنّ شركاتِ الأدويةِ تأخذُ كلفةِ الدفّعاتِ المتأخّرة في الحسبان عندما تحسب أسعارَ أدويتها.

³¹ هذه تشمل الكوادر العاملة في قطاع غزة، ومجموعهم 5355 كادراً، الذين وظفتهم السلطة القائمة بحكم الأمر الواقع في قطاع غزة قبل تشكيل حكومة الوفاق الوطني، ولم يتم بعد إدماجهم كموظفين في ملاك الخدمة المدنية لدى السلطة الفلسطينية. وتبلغ فاتورة الأجور التقديرية لهؤلاء الموظفين 14.7 مليون شيفل إسرائيلي.

**الملحق السابع: تمويل القطاع الصحي في المناطق الفلسطينية
الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ**

(1) **الإنتفاق على قطاع الصحة (المسائل الصحية) آخذٌ في الازدياد (الجدول - 1).** تضاعف بما يزيد عن ثلاث مرات حجمُ الإنتفاق على القطاع الصحي في العقد الأخير: من 126 مليون دولار أمريكي في عام 2000 إلى 1.3 مليار دولار في عام 2012. وخلال هذه الفترة، تضاعفَ الإنتفاقُ العامُ بمقدار أربعة أضعاف تقريباً: من 126 مليون دولار أمريكي إلى 488 مليون دولار أمريكي، وازداد الإنتفاق الخاص من الجيوب من 152 مليون دولار أمريكي إلى 502 مليون دولار أمريكي. كذلك ازدادت نفقات المؤسسات غير الربحية التي تُقدّم الخدمات إلى الأسر "NPISH" خلال العقد الماضي: من 90 مليون دولار أمريكي إلى 231 مليون دولار أمريكي. وإضافةً إلى ذلك، فقد أنفقت شركات التأمين الخاصة حوالي 231 مليون دولار أمريكي في عام 2012 مرتفعةً من 90 مليون دولار أمريكي في عام 2000. أما الفلسطينيون الذين يعيشون خارج المناطق الفلسطينية، فهم يُسهمون أيضاً في تمويل المسائل الصحية؛ إذ ازداد هذا التمويل من 7 ملايين دولار أمريكي إلى 11 مليون دولار أمريكي في عام 2012. ويستمر الإنتفاق الخاص من الجيوب في تجاوز ما ينفقه القطاع العام على قطاع الصحة.

الجدول - 1: اتجاهات التمويل الصحي، بالمليون دولار أمريكي في المناطق الفلسطينية، 2000 - 2012

2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	الإنتفاق على قطاع الصحة
1.262	1.201	1.075	959	894	684	624	557	528	417	386	372	384	الإجمالي *
488	424	390	346	328	243	222	214	212	153	125	114	126	القطاع العام *
502	518	440	403	328	293	215	190	193	151	134	154	152	المصاريف الثرية *
29	18	27	13	29	14	15	12	10	8	8	8	10	شركات التأمين الخاصة *
231	228	196	168	189	114	134	121	109	98	98	89	90	المؤسسات غير الربحية التي تخدم الأسر المعيشية *
11	13	23	29	20	21	38	20	5	7	21	6	7	الفلسطينيون الذي يعيشون في الخارج *
293.9	288.1	265.5	243.7	233.6	183.9	172.8	158.9	155.00	125.8	119.7	118.4	125.9	حصة الفرد من الإنتفاق (حالياً بالدولار الأمريكي)

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011، 2012 و 2014.

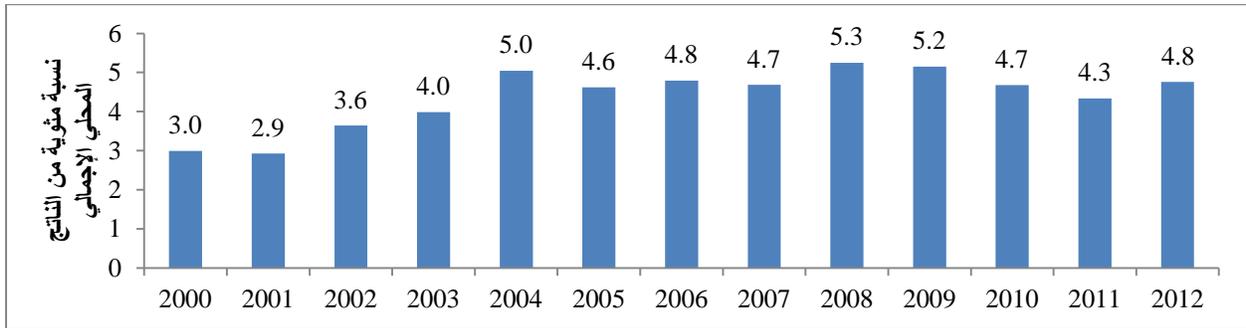
(2) **يُعتبر الإنتفاق على القطاع الصحي كحصة من الناتج المحلي الإجمالي في المناطق الفلسطينية واحداً من أعلى الحصص في العالم.** فرغم التراجع الطفيف في إجمالي الإنتفاق كحصة من الناتج المحلي الإجمالي خلال السنوات

الأخيرة، فإنَّ حجمَ الإنفاق الكليّ على القطاع الصحي في المناطق الفلسطينية واحدٌ من أعلى الحصص في العالم، متجاوزاً حجم النفقات على القطاع الصحي في الكثير من الاقتصادات المتقدمة، مثل فرنسا والنمسا. بيدَ أنّ هذه المقارنة يجب أن تُفسَّر بحذر لأنَّ المناطق الفلسطينية، وبسبب كونها دولةً غير سيادية، لا يوجد لديها العديد من النفقات المُعاداة المدرجة تحت بنود الموازنة (كالجيش مثلاً)، وهذا يعني - بحكم التعريف - أنّ إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي كحصة من إجمالي الناتج المحلي يُتَوَقَّع لها أن يكون مرتفعاً. وعلاوةً على ذلك، فإنَّ المناطق الفلسطينية تدفع أسعاراً مرتفعةً بصورة كبيرة لتنفيذ التحويلات الطبية إلى الخارج وللحصول على المستحضرات الصيدلانية/الدوائية، ممّا يُضخِّم الإنفاق على قطاع الصحة. وختاماً، فإنَّ القيود الإسرائيلية وتبعاتها على التخطيط والإدارة وتقلُّ السكان تُعيق بدرجة كبيرة كفاءة النظام الصحي، الأمر الذي يرفع الأسعار الفردية لما يُشترى من الخدمات الصحية.

(3) ارتفع الإنفاق العام على قطاع الصحة كحصة من الناتج المحلي الإجمالي طوال العقد الماضي. فقد ازداد الإنفاق على القطاع الصحي من نسبة ثلاث في المئة من إجمالي الناتج المحلي في عام 2000 إلى 4.8 في المئة في عام 2012، وهو أعلى من متوسط الإنفاق في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا الذي بلغ نسبة 2.6 في المئة، ومن متوسط البلدان ذات الدخل المتوسط، الذي بلغ نسبة 1.7 في المئة من إجمالي الناتج المحلي في عام 2012.

الشكل - 1: الإنفاق العام على القطاع الصحي

نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، المناطق الفلسطينية، 2000 - 2012



المصدر: حسابات المؤلفين استناداً إلى المعلومات المستقاة من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ومن وزارة الصحة، 2010، 2012 و 2014

(4) يعتمد الإنفاق العام على القطاع الصحي اعتماداً كبيراً على التمويل من المانحين، والذي لم يعد من السهل توقع مقداره. فعلى مدى العقد الماضي، استفادت السلطة الفلسطينية استفادةً كبيرة من المعونات الخارجية التي يُقدِّمها المجتمع الدولي. ومع ذلك، فقد أظهرت تدفقات المعونات الخارجية تقلبات كبيرة، ولا سيّما في اعتمادها على الاعتبارات الاقتصادية السياسية. فبعد بلوغ المعونات الخارجية ذروتها بنسبة 30 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2006، تراجع الدعم الخارجي إلى نسبة 15 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2010، وإلى تسعة في المئة في عام 2012. وعلى المدى القصير، من المتوقع أن تتراجع معونات المانحين إلى نسبة 8.6 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة من عام 2014 إلى عام 2018. إنّ الاعتماد الكبير على التمويل من المانحين يُعتبر تحدياً كبيراً لقطاع الصحة الفلسطيني، كما أنّ طبيعة تدفقات المعونة، التي لا يُمكن

التَّعبُّرُ بها، تُعيقُ قدرةَ وزارةِ الصحةِ على الإعدادِ للإصلاحاتِ متوسطةِ الأجلِ وطويلةِ الأجلِ في القطاعِ الصحيِّ، وعلى تنفيذها والتَّخطيطِ لعمليةِ تخصيصِ المواردِ. وعلاوةً على ذلك، فإنَّ وزارةَ الصحةِ تواجهُ الخطرَ المُتعلِّقَ بإدارةِ ارتفاعِ المتأخراتِ، إذا ما أخذنا في الاعتبارِ أنَّ التَّمويلَ من المانحينِ وسيلةٌ مهمةٌ لتغطيةِ النفقاتِ المُتكرِّرةِ.

مصادر التمويل:

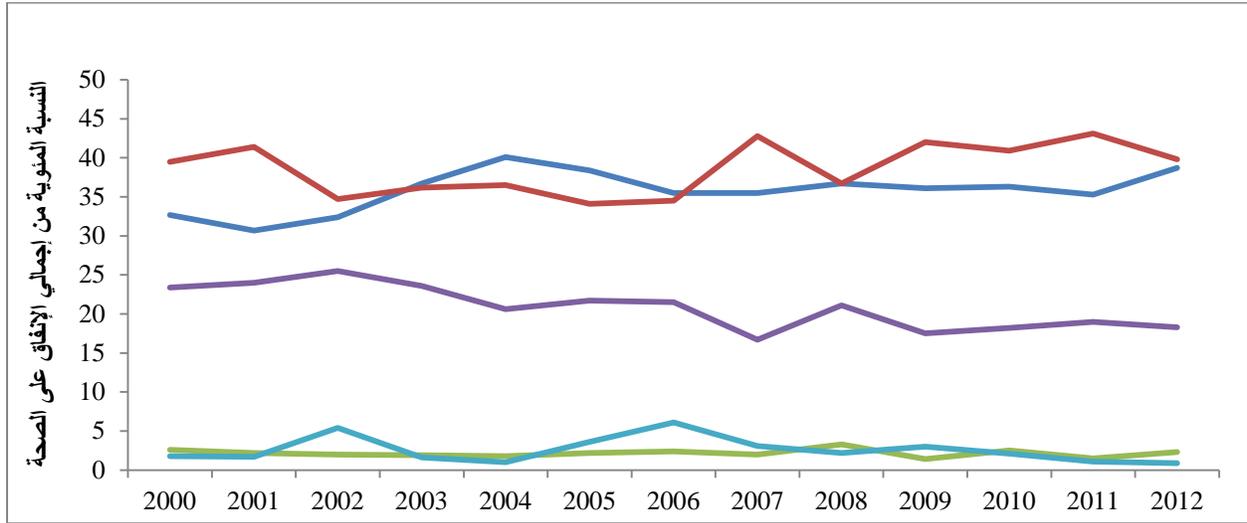
(5) تحشدُ المناطقُ الفلسطينية التَّمويلَ من القطاعِ العامِ، والقطاعِ الخاصِّ، والمؤسساتِ غيرِ الربحيةِ والفلسطينيين الذين يعيشون في الخارجِ. والإنفاقُ الخاصُّ من جيوبِ الأسرِ المعيشيةِ الفلسطينيةِ على قطاعِ الصحةِ يُشكِّلُ جزءاً كبيراً من إجماليِ الإنفاقِ العامِ؛ ففي عامِ 2012، شكَّلَ المصاريفِ النثريةِ على الصحةِ نسبةً من إجماليِ الإنفاقِ على القطاعِ الصحيِّ فاقتِ نسبةَ الإنفاقِ في الكثيرِ من بلدانِ الشرقِ الأوسطِ وشمالِ أفريقيا (على سبيلِ المثالِ، الأردن: 28.5 في المئة، وتونس: 35.5 في المئة)، كما فاق متوسطَ النسبةِ الكليَّةِ لمنطقةِ الشرقِ الأوسطِ وشمالِ أفريقيا، الذي بلغَ 35.5 في المئة. ويُظهرُ الإنفاقُ الخاصُّ المُرتفعُ من جيوبِ الفلسطينيين بأنَّهم لا يتمتَّعونَ بالحمايةِ من الصَّدَماتِ الماليةِ الناجمةِ عن الأمورِ الصحيةِ. ويعتَبَرُ القطاعُ العامُ - المؤلَّفُ من الوحداتِ المركزيةِ، والوحداتِ الحكوميةِ على مستوىِ المحافظاتِ والوحداتِ الحكوميةِ المحليةِ، ومن أموالِ الضمانِ الاجتماعيِّ التي تُديرها تلكِ الوحداتِ الحكوميةِ - المصدرَ الرئيسَ الثانيَ لتمويلِ القطاعِ الصحيِّ. ففي عامِ 2012، مثَّلَ الإنفاقُ على القطاعِ العامِ نسبةَ 39 في المئة من إجماليِ الإنفاقِ على القطاعِ الصحيِّ. ويتمُ تدبيرُ الأموالِ العامةِ اللازمةِ للقطاعِ الصحيِّ من خلالِ الضرائبِ العامةِ التي تجبُّها وزارةُ الماليةِ ونظامِ التأمينِ الصحيِّ الحكوميِّ. وتؤدِّي أيضاً المنظماتُ الأهليةِ غيرِ الحكوميةِ، التي تخدمُ الأسرَ المعيشيةِ في المناطقِ الفلسطينيةِ، دوراً في تمويلِ القطاعِ الصحيِّ؛ ففي عامِ 2012، حشدتِ المنظماتُ الأهليةِ غيرِ الحكوميةِ نسبةَ 18 في المئة من إجماليِ الإنفاقِ على القطاعِ العامِ. ويُمكنُ تصنيفُ هذهِ المنظماتِ في ثلاثِ فئاتٍ واسعةِ النطاقِ:

- (1) المنظماتُ التي تُوفِّرُ الخدماتَ لمؤسساتِ الأعمالِ (كغرفةِ التجارة مثلاً).**
- (2) المنظماتُ التي تعملُ بالشراكةِ مع القطاعِ العامِ (كالمستشفياتِ المملوكةِ للحكومة).**
- (3) المنظماتُ التي تُوفِّرُ الخدماتَ مباشرةً إلى الأسرِ المعيشيةِ، مثلَ الجمعياتِ الخيريةِ، واتحاداتِ العمالِ، والنقاباتِ المهنيةِ، والكنائسِ ومنظماتِ المعونةِ الممولةِ من القطاعِ الخاصِّ.**

وإضافةً إلى هذهِ الأطرافِ الفاعلةِ، فإنَّ شركاتِ التأمينِ الخاصةِ تشكِّلُ نسبةَ اثنين في المئة من إجماليِ الإنفاقِ على الصحةِ، بينما تُشكِّلُ الأموالُ الواردةُ من الفلسطينيينِ الذي يعيشون في الخارجِ نسبةً تقلُّ عن واحد في المئة. وعلى مدى العقدِ الأخيرِ، ونظراً لأنَّ إنفاقِ المنظماتِ الأهليةِ غيرِ الحكوميةِ على قطاعِ الصحةِ قد تراجعَ، فإنَّ النفقاتِ العامةِ ازدادتِ لكي تسدَّ الفجوةَ في التمويلِ.

الشكل - 2: مصادر تمويل القطاع الصحي

كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على الصحة، المناطق الفلسطينية، 2000 - 2012



الإنفاق العام على القطاع الصحي المؤسسات غير الربحية التي تخدم الأسر المعيشية شركات التأمين الخاصة الفلسطينيين الذين يعيشون في الخارج الإنفاق الخاص من الجيوب
كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق على القطاع الصحي

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2010، 2012، 2014.

(6) ازداد إنفاق وزارة الصحة على القطاع الصحي بأكثر من ضعفين خلال العقد الأخير (الجدول - 2). فبعد انتهاء الانتفاضة الثانية، تقلص الإنفاق على الصحة بشكل استمر على مدار عامين: من 95 مليون دولار أمريكي في عام 2000 إلى 88 مليون دولار أمريكي في عام 2002. وازداد هذا الإنفاق خلال الفترة بين عامي 2003 و 2013 من 122 مليون دولار أمريكي إلى 286 مليون دولار أمريكي؛ وهي زيادة بنسبة 134 في المئة، رغم وجود انخفاض صغير في هذا الإنفاق في عامي 2012 و 2013.

الجدول - 2: إنفاق وزارة الصحة، المناطق الفلسطينية، 2010 - 2013

2013	2012	2011	2010	(مليون دولار أمريكي)
176	164	159	91	نفقات الرواتب المتكررة
108	129	97	104	نفقات متكررة غير الرواتب
47	70	48	50	نفقات المستحضرات الصيدلانية/الدوائية
52	49	40	46	نفقات التحويلات الطبية
9	10	9	8	نفقات أخرى
1	1	1	2	نفقات الاستثمار الرأسمالي
				نفقات وزارة الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
3%	3%	3%	2%	
286	295	257	197	إجمالي نفقات وزارة الصحة

المصدر: وزارة الصحة، 2014.

(7) تأسس نظام التأمين الصحي الحكومي في عام 1994 ليوفّر تغطية التأمين الصحي للفلسطينيين. ويوفّر هذا النظام، الذي تديره وزارة الصحة، التغطية الصحية لسبع فئات سكانية، هي:

- (1) كوادرات القطاع العام على أساس إجباري.
- (2) الأفراد والأسر المعيشية من القطاع الخاص على أساس طوعي.
- (3) العمال الفلسطينيون المقيمون في إسرائيل على أساس إجباري.
- (4) مؤسسات الأعمال وأصحاب العمل (عقود التأمين الجماعية).
- (5) الفلسطينيون المؤهلون من خلال هيئة شؤون الأسرى والمحررين.
- (6) حالات الاجتماعية الصعبة.

(7) وبالإضافة إلى هذه الفئات السكانية، فإن وزارة الصحة تقول بدور المَلاد الأخير من خلال نظام تأمين انتقاضة الأقصى، وجميع الفلسطينيين المقيمين في قطاع غزة مؤمنون بالتأمين الصحي المجاني من خلال نظام التأمين الصحي الحكومي (وزارة الصحة، 2014). ويجب تعريف جميع المسجلين في نظام تأمين انتقاضة الأقصى بأنهم "عاطلون عن العمل" لدى وزارة العمل. و حُزمة المنافع التأمينية ذات طبيعة شاملة، فهي تشمل خدمات صحة الأم والطفل، والرعاية الصحية الأولية، والعقاقير الطبية/الأدوية التي تُصرف بموجب وصفات طبية، إلى جانب اشتغالها على الخدمات التي تُشتري من مقدمي خدمات غير تابعين لوزارة الصحة، ومنهم على سبيل المثال مستشفيات القدس الشرقية أو المستشفيات العاملة في البلدان المجاورة (كمصر وإسرائيل مثلاً).

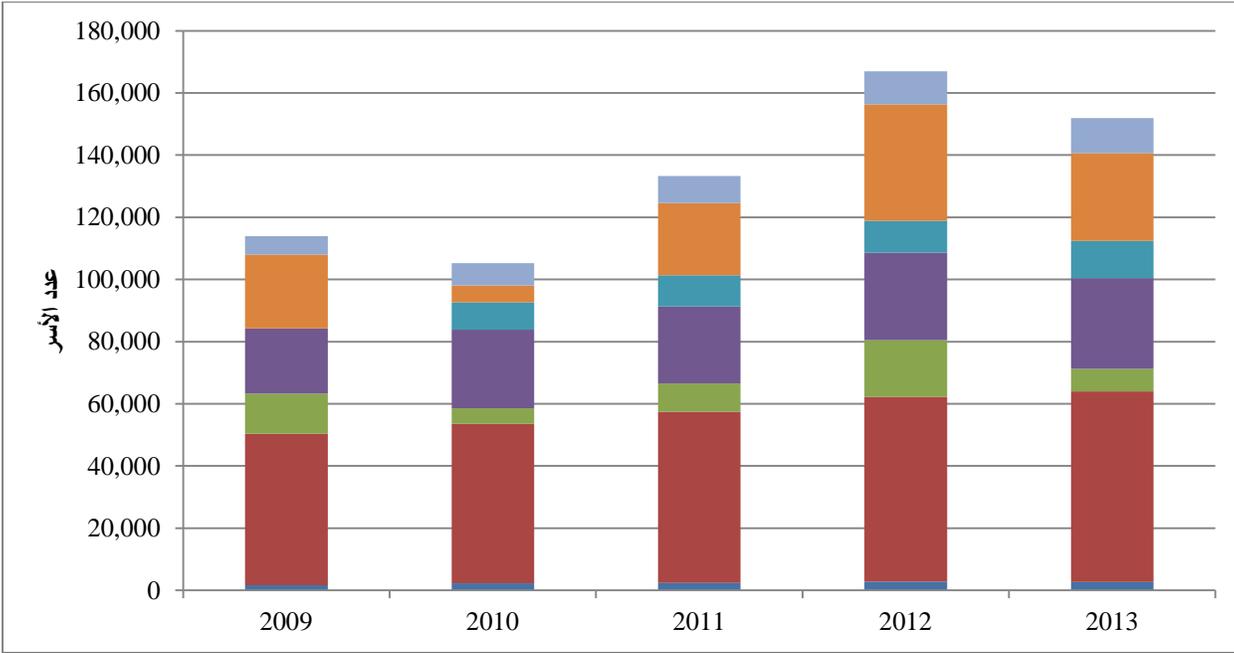
(8) ازداد عدد المشتركين غير المساهمين في نظام التأمين الصحي الحكومي خلال العقد الماضي، مقارنة مع عدد الأعضاء المساهمين، الأمر الذي ألحق الضرر بأموال هذا النظام. ففي عام 2013، كانت حوالي 151873 أسرة معيشية مُغطاة من أحد أنظمة التأمين الصحي (مرتفعاً من 114 ألف أسرة معيشية في عام 2009). وهذا يُناظر حوالي 804926 شخصاً من أصل 2719112 شخصاً كانوا مُغطّين بالتأمين الصحي في عام 2013 في الضفة الغربية³² (حوالي 30 في المئة من السكان المقيمين في الضفة الغربية). وفي عام 2000، كانت أغلبية المشتركين في نظام التأمين الصحي الحكومي من موظفي القطاع العام المُغطّين بالتأمين على أساس إجباري، تلتهم في الترتيب عقود التأمين الجماعية، ثم العاملين في إسرائيل. وخلال الفترة بين عام 2000 وعام 2007، ازداد عدد المشتركين في نظام تأمين انتقاضة الأقصى (الأعضاء غير المساهمين)، بينما تراجع عدد العمال الفلسطينيين في إسرائيل المؤمنين تراجعاً كبيراً، مما أثر على قدرات وزارة الصحة على تجميع إيرادات لتمويل نفقات نظام التأمين الصحي الحكومي. واستمر التراجع في أعداد العمال الفلسطينيين في إسرائيل المؤمنين بين عامي 2009 و 2012: من ثلاثة عشر ألف أسرة إلى سبعة آلاف أسرة. وتبعاً لذلك، فإن مساهمة العمال الفلسطينيين في إسرائيل، كنسبة مئوية من العدد الكلي للمشاركين في نظام التأمين الصحي الفلسطيني، تراجعت من 11.3 في المئة إلى 4.8 في المئة. وتزامناً مع ذلك، فإن عدد المشتركين في نظام تأمين انتقاضة الأقصى تضاعف مرتين تقريباً في الفترة بين 2009 و 2013: من حوالي ستة آلاف أسرة إلى أحد عشر ألف أسرة. وفي عام 2013، مثل المشتركون في نظام تأمين انتقاضة الأقصى حوالي 7.4 في المئة من جميع المشتركين في نظام التأمين الصحي الحكومي، مقارنةً مع نسبة 5.2 في المئة في عام 2009؛ ومن ناحية أخرى، فإن عدد المشتركين في نظام التأمين الصحي الحكومي المُغطّين بنظام الرعاية الاجتماعية تراجع هو الآخر تراجعاً ملحوظاً: من سبع وثلاثين ألف أسرة إلى ثمانية وعشرين ألف أسرة

³² كان متوسط حجم الأسرة في الضفة الغربية في عام 2013 يعادل (5.3) أشخاص (وزارة الصحة، 2014).

في الفترة بين 2012 و 2013. وفي عام 2013، شكّل عدد موظفي القطاع العام نسبة 40.3 في المئة من جميع المشتركين في نظام التأمين الصحي الحكومي، تلاهم في الترتيب عقود التأمين الجماعية (بنسبة 19.2 في المئة)، ثم حالات المعاناة التي تتلقّى المساعدة الاجتماعية (18.6 في المئة)، والعاملين في إسرائيل (4.8 في المئة)³³.

³³ وزارة الصحة (2014)، تقرير الصحة السنوي 2013، رام الله، وزارة الصحة.

الشكل - 3: المشتركون في نظام التأمين الصحي الحكومي حسب النوع، الضفة الغربية، 2009 - 2013



طوعي إجباري العاملون في إسرائيل التأمين المجاني (انتفاضة الأقصى) عقود التأمين الجماعية شؤون الأسرى بالوزارة الرعاية عدد الأسر المعيشية الاجتماعية

المصدر: وزارة الصحة، 2009 - 2014.

ملاحظات:

- (1) التقرير السنوي لوزارة الصحة لا يحتوي على بيانات من قطاع غزة.
- (2) نظام التأمين الصحي الحكومي يُغطّي جميع السكان في قطاع غزة مجاناً (وزارة الصحة، 2014).

(9) آلية تجميع إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي مُشْتَتة ومُجَزّأة إلى حدّ كبير، ممّا يحد من قدرة وزارة الصحة على جباية الإيرادات. فجزء كبير من إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي تُجمَعُها أولاً وزارة الصحة. وتقتطع وزارة المالية مساهمات موظفي القطاع العام تلقائياً من رواتبهم، وتُرسل تحويلات سنوية من موازنة وزارة الشؤون الاجتماعية إلى مُجمَع نظام التأمين الصحي الحكومي؛ وذلك لكي يتسنى تغطية مساهمة حالات المعاناة الاجتماعية. وتتلقّى وزارة المالية اشتراكات العمال الفلسطينيين في إسرائيل من خلال السلطات الإسرائيلية على أساس شهري. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ المشتركين في نظام التأمين الصحي الحكومي على أساس طوعي يدفعون اشتراكاتهم إلى مديريات الصحة كل ستة أشهر أو مرة واحدة في السنة. أما اشتراكات عقود التأمين الجماعي فيتمّ استلامها بصورة جماعية من خلال أصحاب العمل إما شهرياً وإما سنوياً.

الجدول - 3: اشتراكات نظام التأمين الصحي الحكومي

نظام الجباية	القسط الشهري	فئة المنتفعين
يُقتطع تلقائياً من الراتب ويُحوّل.	5% من الراتب الأساسي - وبما لا يقل عن مبلغ 40 شيقلاً إسرائيليّاً كحدّ أدنى. ولا ينطبق مبلغ الحد الأدنى على المتقاعدين.	1- الإجمالي
يتم الدفع لإحدى مديريات الصحة في الضفة الغربية أو إلى المكاتب البريدية في قطاع غزة، شهرياً أو كلّ ستة أشهر أو سنوياً.	75 شيقلاً لكل أسرة و 50 شيقلاً لأي فرد فيها.	2- الطوعي
يتم دفع السلطة الإسرائيلية الأقساط (بقيمة 75 شيقلاً) إلى وزار المالية الفلسطينية على أساس شهري.	75 شيقلاً شهرياً - تقتطع السلطات الإسرائيلية مبلغ 93 شيقلاً وتدفع منها إلى نظام التأمين الصحي الحكومي 75 شيقلاً فقط. وينبغي أن يدفع كل عامل مبلغ 93 شيقلاً شهرياً، ولكنهم لم يدفعوا هذا المبلغ منذ شهر تشرين الثاني / نوفمبر 2000.	3- العمال الفلسطينيون في إسرائيل
يتم دفع الأقساط بصورة جماعية من خلال أصحاب العمل على أساس شهري أو سنوي.	5% من الراتب الكلي، 50 شيقلاً بحدّ أدنى و 75 شيقلاً بحدّ أقصى.	4- عقود التأمين الجماعي ¹
تقوم وزارة المالية بتحويل الدفعات من مخصصات موازنة وزارة الشؤون الاجتماعية إلى حساب وزارة الصحة، عن جميع المنتفعين، مرة واحدة سنوياً.	45 شيقلاً شهرياً للأسرة الواحدة.	5- حالات المعاناة الاجتماعية
المبلغ مشمول في الأقساط الشهرية.	أقساط المُعالين الإضافيين: 5 شيقلات شهرياً عن كل مُعال إضافي.	لكل الفئات

¹ تشمل هذه المجموعة العمال المشتركين في اتحاد العمال، والمُستخدمين في المناطق الفلسطينية.

المصدر: وزارة الصحة، 2006.

10) يجب على الشخص المغطى بالتأمين المساهمة بحصص ثابتة من المدفوعات، مقابل مختلف الخدمات التي تُوفّرها له مرافق وزارة الصحة. وتشمل هذه الحصص حصة مساهمة للحصول على العقاقير/الأدوية (3 شيفلات لكل بند، وشيفل واحد لكل طفل)، وحصة مساهمة للمختبر (1 شيفل / 6 شيفلات لكل فحص مخبري وذلك يعتمد إن كان الفحص مخبرياً روتينياً أو زراعة)، وحصة مساهمة للتصوير بالأشعة السينية (2 شيفلان / 18 شيفلاً وذلك يعتمد إن كانت الصورة عادية أو ملونة)، والتصوير بالأشعة فوق الصوتية (6 شيفلات)، والفحص بالتصوير المقطعي المحوسب (50 شيفلاً)، وتخطيط القلب الكهربائي (9 شيفلات)، وحصة مساهمة للخدمات في مرافق التحويلات الطبية (الخدمات غير الحكومية والخدمات في الخارج)³⁴. وثمة عددٌ من حصص المساهمة للمعالجات الأخرى في المرافق غير التابعة لوزارة الصحة، ولكنها لم تُنفذ جبرياً منذ بداية الأزمة الاقتصادية في عام 2000. وعلاوةً على ذلك، فقد ظهر أنه لا يوجد أساس عمليّ أو أكتواريّ للأرقام المنصوص عليها للأقساط التأمينية، ولحدودها الدنيا، وسقفها، ولأقساط المُعالين وحصص المساهمة، وغيرها.

الجدول - 4: حصص المساهمة في نظام التأمين الصحي الحكومي

مقابل العلاج في المرافق الصحية غير التابعة للوزارة

نوع الخدمة	فئة المغطيين بالتأمين	حصة المساهمة
خارج وزارة الصحة وداخل الضفة الغربية وقطاع غزة	<ul style="list-style-type: none"> تأمين إجباري حالات اجتماعية الاشتراك الطوعي (دفعات مستمرة أكثر من خمس سنوات) الاشتراك الطوعي (دفعات مستمرة ولكن أقل من خمس سنوات) الاشتراك الطوعي (من 2 شهرين إلى 6 أشهر) 	5% 10% 10% 20% 25%
الخدمات الطارئة	<ul style="list-style-type: none"> اشتراك طوعي (أقل من 2 شهرين) 	35%
حالات استثنائية مُحولة من قبل الرئيس	<ul style="list-style-type: none"> جميع المؤمنين 	5%
عمليات جراحية مثل المفاصل الصناعية، حالات الولادة القيصرية، المسامير والصفائح المعدنية، أجهزة تنظيم ضربات القلب، دعائم الشرايين والصمّات الصناعيّة	<ul style="list-style-type: none"> جميع المؤمنين 	25%

المصدر: وزارة الصحة، 2006.

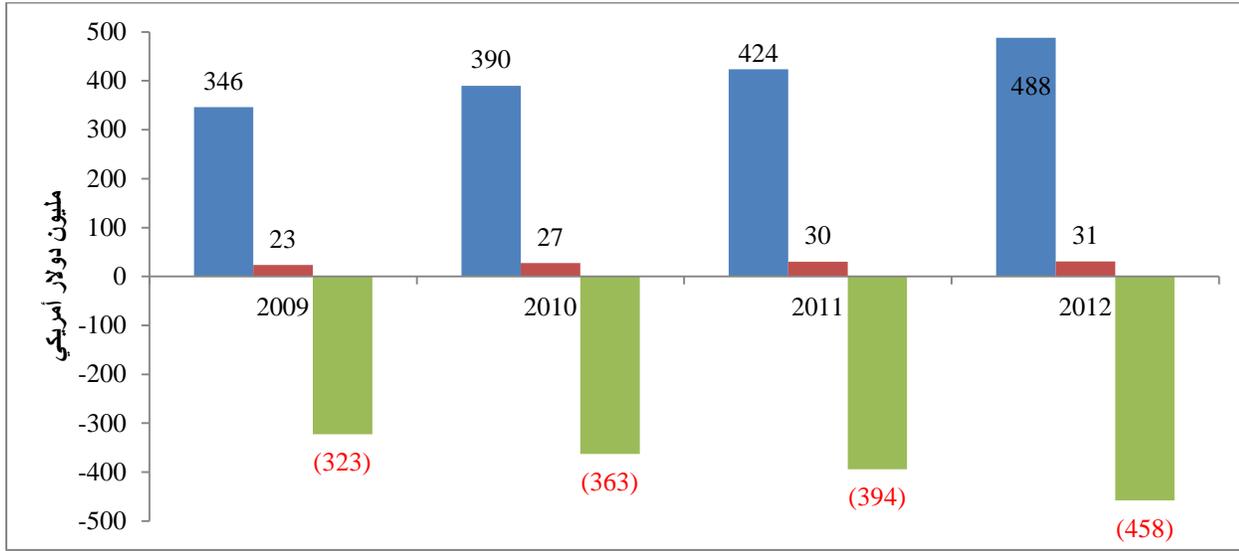
11) ما تزال إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي تزداد، ولكن بمعدلٍ أبطأ من الزيادة في عدد المشتركين في النظام؛ مما يوسّع الفجوة المالية فيه. فقد ازدادت إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي من 23.5 مليون دولار أمريكي في عام 2009 إلى 30.7 مليون دولار أمريكي في عام 2012، وإلى 33.4 مليون دولار أمريكي في عام 2013 (وهي ما تزال أقل مما تمّ جمعه في عام 2000 ومقداره 35 مليون دولار أمريكي)، بينما ازداد في الوقت نفسه عدد

³⁴ الاستثناء من حصص المساهمة هي علاج السرطان، غسيل الكلى، وزراعة الكلى للأطفال، والأمراض السارية والمعدية وأمراض الدم (مثل الناعور (نزف الدم) والتلاسيميا).

المشاركين في نظام التأمين الصحي الحكومي بنسبة 33 في المئة لـ 151.8 ألف أسرة في الضفة الغربية. وتجدر الملاحظة بأن عدد الأسر المعيشية التي غطّاها نظام التأمينات الصحية بين عامي 2012 و 2013 هبطت من 167 ألف أسرة معيشية تقريباً إلى 152 ألف أسرة معيشية في الضفة الغربية. وتشير التقديرات إلى أنّ نظام التأمين الصحي كان يُغطّي في عام 2013 حوالي 850 ألف فلسطيني يقيمون في الضفة الغربية. وفي الفترة بين 2009 و 2013، ازدادت الإيرادات التي أنتجتها اشتراكات موظفي القطاع العام من حوالي 12.4 مليون دولار أمريكي إلى 18.8 مليون دولار أمريكي، ولكن على الرغم من الزيادة في الاشتراكات، إلا أن حصة موظفي القطاع العام من إجمالي إيرادات النظام الصحي الحكومي انخفضت من 53.1 في المئة إلى 47.3 في المئة. كذلك ازدادت الاشتراكات الناتجة من عقود التأمين الجماعي من 3.8 مليون دولار أمريكي إلى 5.5 مليون دولار أمريكي، كما ازدادت نسبة اشتراكات عقود التأمين الجماعي، كصحة من إجمالي إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي، زيادة طفيفة من 16.2 في المئة إلى 16.5 في المئة. وأمّا الاشتراكات من يتلقون المساعدات الاجتماعية فقد ازدادت هي الأخرى من 2.8 مليون دولار أمريكي في عام 2009 إلى 4.3 مليون دولار أمريكي في عام 2012، ولكنها تقلّصت إلى 3.9 مليون دولار أمريكي في عام 2013. وخلافاً لهذه الاتجاهات، فإن الاشتراكات من جانب المشاركين الطوعيين استمرت في تشكيل جزء صغير جداً من إجمالي الإيرادات، وتناقصت تناقصاً طفيفاً من نسبة 1.7 في المئة إلى نسبة 1.5 في المئة بين عام 2009 وعام 2013. وبالإضافة إلى اشتراكات المشاركين، فإن حصص المساهمات تعتبر جزءاً مهماً من الإيرادات. ففي الفترة بين عامي 2009 و 2013، ارتفعت حصص المساهمات هذه من 3.9 مليون دولار أمريكي إلى 5.8 مليون دولار أمريكي. وانعكس هذا الارتفاع في مجموع حصص المساهمات من خلال الزيادة التي حدثت في نسبة حصص المساهمات، كحصة من إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي، من 16.9 في المئة إلى 17.5 في المئة (وزارة الصحة، 2014).

(12) **الاختلال بين إيرادات نظام التأمين الصحي العام والإنفاق العام على الصحة آخذ في التزايد.** فقد تم تصميم نظام التأمين الصحي الحكومي أصلاً لتوفير تمويل إضافي لنفقات وزارة الصحة. وفي عام 2000، كان الإنفاق العام على الصحة 125 مليون دولار أمريكي، بينما بلغت إيرادات نظام التأمين الصحي العام 35 مليون دولار أمريكي. وبحلول عام 2009، بلغ الإنفاق العام على الصحة 346 مليون دولار أمريكي، بينما انخفضت إيرادات نظام التأمين الصحي العام إلى 23 مليون دولار أمريكي. ومنذ عام 2009، ما تزال الفجوة بين إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي والإنفاق العام على الصحة تأخذ في الاتساع؛ لأنّ إيرادات نظام التأمين الصحي العام لم تكن قادرة على مضاهاة الزيادة في الإنفاق على الصحة. ففي عام 2012، بلغ الإنفاق العام على الصحة حوالي 488 مليون دولار أمريكي، وكانت إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي حوالي 31 مليون دولار أمريكي، مما يُضعف استدامة تمويل القطاع الصحي.

الشكل - 4: الفجوة بين إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي والإنفاق العام على قطاع الصحة
المناطق الفلسطينية، 2009 - 2012



إنفاق العام على قطاع الصحة إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي الفجوة بين الإيرادات والإنفاق بالمليون دولار أمريكي

المصدر: وزارة الصحة، 2009 - 2014

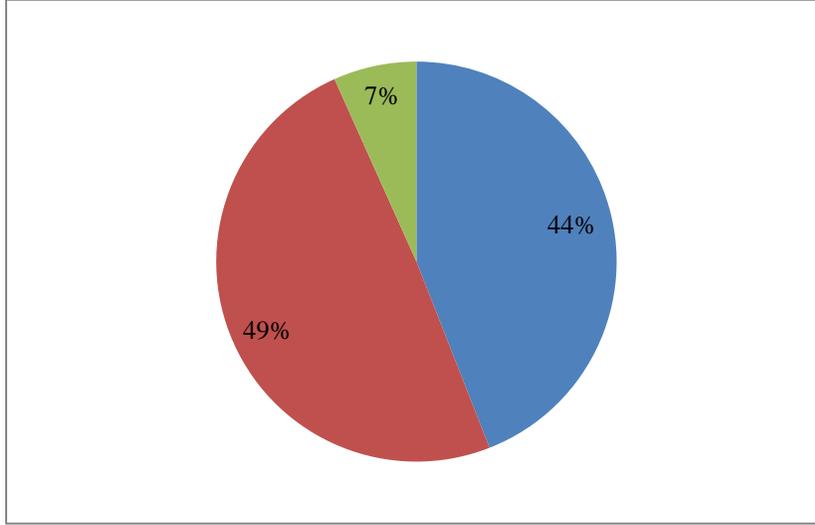
13 ما تزالُ نفقاتُ نظام التأمين الصحي الحكومي تزداد بوتيرة سريعة تُفاقم المركز المالي لوزارة الصحة المحصور والمُحدّد أصلاً. فقد كانت نفقات نظام التأمين الصحي الحكومي، كنسبة مئوية من مجموع الإنفاق على القطاع الصحي، تعادل نسبة 5.2 في المئة في عام 2000، وتراوحت هذه النسبة بين 6.2 في المئة و 4.7 في المئة حتى عام 2005. وابتداءً من عام 2005، ارتفعت هذه النفقات باطراد، فبلغت 15 في المئة من إجمالي نفقات القطاع الصحي في عام 2010. إنّ هذه الزيادة الكبيرة الحجم في نفقات نظام التأمين الصحي العام تُضيفُ ضغوطاً إضافيةً على مركز المالية العام المحصور والمُحدّد أصلاً.

14 في عام 2013، كانت المتأخرات تُناظر أكثر من نصف إنفاق وزارة الصحة. فقد ذكرت وزارة الصحة أنّ المتأخرات بلغت 193 مليون دولار أمريكي في عام 2013، بسبب الإنفاق على المستحضرات الصيدلانية/الدوائية، والمواد المُستهلكة، والتحويلات الطبية، والتفقات الرأسمالية والتفقات الجارية الأخرى؛ وهذا المبلغ يُساوي نسبة 54 في المئة من حجم الإنفاق الفعلي لوزارة الصحة³⁵. وبصورة أكثر تحديداً، فإنّ نصف متأخرات وزارة الصحة تقريباً، باستثناء الرواتب، كانت بسبب الإنفاق على المستحضرات الصيدلانية/الأدوية والمواد المُستهلكة. أمّا المتأخرات الناجمة عن التحويلات فهي تتمثل نسبة 44 في المئة من مجموع المتأخرات المستحقة على وزارة الصحة، باستثناء الرواتب، وقد

³⁵ تعتمد طريقة الحساب هذه على أرقام النفقات التي ورد ذكرها في تقرير الصحة السنوي الصادر عن وزارة الصحة في عام 2013. ويختلف مجموع النفقات لعام 2013 لدى وزارة الصحة، المُستخدم لعملية الحساب هذه عن الرقم المدرج في الشكل - 5؛ وذلك راجع إلى التناقضات بين مختلف التقارير. وقد قرّر فريق العمل استخدام هذا الرقم ليُحافظ على الاتساق الداخلي لطريقة الحساب.

بلغت 85 مليون دولار أمريكي. وأخيراً، فإنّ المتأخرات المترتبة على الإنفاق الرأسمالي والنفقات الجارية الأخرى كانت 13 مليون دولار أمريكي تقريباً.

الشكل - 5: المتأخرات المستحقة على وزارة الصحة، المناطق الفلسطينية، 2013



خدمة الشراء المستحضرات الصيدلانية والمواد المستهلكة رأس المال والنفقات الجارية

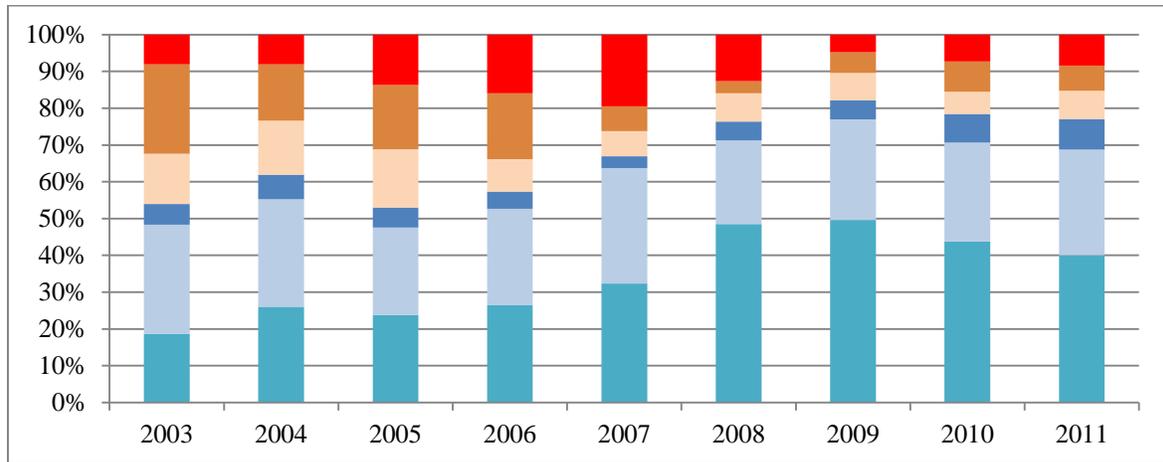
المصدر: وزارة الصحة، 2014

الملحق الثامن: التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي في المناطق الفلسطينية

الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ

(1) أدى النقص في توفر بعض المعالجات، والأدوية، والكوادر الطبية، والأجهزة والمعدات والبنية التحتية المُعيّنة إلى وجود نظام تحويلات طبية يتم من خلاله تحويل عدد كبير من المرضى الذين يحتاجون إلى مستوى ثالثي من الرعاية إلى مزيج من مُقدّمي الخدمات الذين يضمّون في صفوفهم القطاع الخاص (الرّبحي) ومقدّمي الخدمات غير الربحيين من خارج النظام الصحي العام. فقد ازداد، في العقد الأخير، عدد التحويلات الطبية الخارجية زيادة كبيرة من 8,123 تحويلة في عام 2000 إلى 61,635 تحويلة في عام 2013. ويحوّل المرضى إلى مُقدّمي الخدمات داخل الضفة الغربية وقطاع غزة، أو إلى المستشفيات الكائنة في القدس الشرقية، أو إلى البلدان المجاورة، ومنها مصر والأردن وإسرائيل. ومن زمن قريب، كان الأردن أحد أكثر الجهات المقصودة بالتحويلات الطبية، وبخاصة من الضفة الغربية. ولكن، الأردن أوقف تقريباً استقبال المرضى الفلسطينيين بسبب التأخر الكبير في تسديد المستحقات في السنوات الأخيرة.

الشكل -1: الوجهة المقصودة للتحويلات الطبية الخارجية حسب المنطقة والبلد، 2003 - 2011



إسرائيل، مصر، الأردن، قطاع غزة، الضفة الغربية، القدس الشرقية

المصدر: الضفة الغربية، 2014

(2) تُوجد اختلافات في أسعار التحويلات في كلّ المحافظات. ففي عام 2011، بلغت نسبة التحويلات الطبية 14.9 لكل 1000 شخص من سكان الضفة الغربية، و 11.3 من كل شخص من سكان قطاع غزة. وفي الضفة الغربية، لوحظت النسب العليا للتحويلات الطبية في مدينتي أريحا ورام الله (28 و 18 لكل 1.000 شخص من السكان، على التوالي)، وجاءت مدينة بيت لحم بعدهما (15.6 لكل 1000 شخص من السكان)، وتلتها مدينة الخليل (13.9 لكل 1000 شخص من السكان). وفي قطاع غزة، بلغت النسبة العليا للتحويلات الطبية 31.9 لكل 1000 شخص من السكان بمدينة غزة في عام 2011. وقد أسهمت عوامل عديدة في هذه الاختلافات، ومنها التزويد المحلي للخدمات التخصصية، وأماكن وجود المستشفيات الحكومية، وكيفية تعريف مصدر التحويل الطبي. وقد أرسلت التحويلات الطبية من كل من الضفة الغربية وقطاع غزة إلى عدد كبير من المرافق الطبية (مجموعها الكلي 79 مرافقاً). إنّ هذا الانتشار الواسع إلى مختلف

مقدّمي الخدمات والمناطق يُعبّر عن عجزٍ شديد، ويرفع الكلفة الإدارية لإدارة الحوالات المُرسلة إلى المرضى، وفواتير مقدّمي الخدمات.

(3) الأمراض غير السارية هي الأسباب الرائدة للتحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي (الجدول - 1). وتواجه المناطق الفلسطينية مرحلة انتقالية وبائية مع ارتفاع العبء الناجم عن الأمراض غير السارية. ففي عام 2013، شكّلت نسبة المرضى الذين يعانون من الأورام 15.6 في المئة من جميع حالات التحويلات الطبية (15.2 في المئة في الضفة الغربية و 16.6 في المئة في قطاع غزة). ومثّلت الحالات المرضية والباطنية وشماكل العيون الصحية حوالي 7.6 في المئة (7.7 في المئة في الضفة الغربية و 7.1 في المئة في قطاع غزة)، و 6.5 في المئة (7.9 في المئة في الضفة الغربية و 3 في المئة في قطاع غزة) من جميع التحويلات على التوالي. وإضافةً إلى ذلك، فقد جرى تحويل نسبة 10 في المئة من جميع المرضى إلى خارج النظام الصحي لعمل صور بالرنين المغناطيسي (11.4 في المئة في الضفة الغربية و 4.9 في المئة في قطاع غزة)، و 5.8 في المئة أرسلوا لعمل قسطرة للقلب (6.2 في المئة في الضفة الغربية و 4.7 في المئة في قطاع غزة).

الجدول - 1: أول 10 إجراءات لعمل التحويلات الطبية إلى خارج النظام الصحي، في الضفة الغربية وقطاع غزة، 2013

الضفة الغربية	قطاع غزة
الإجراء	% من جميع التحويلات
الأورام	15.2
التصوير بالرنين المغناطيسي	11.4
الطب الباطني	7.9
حالات طب العيون	7.7
أمراض الأطفال	6.4
القسطرة القلبية	6.2
أمراض الكلى	5.3
حالات أمراض الجهاز البولي	4.8
إعادة تأهيل	4.1
أمراض النساء والتوليد	3.7

المصدر: وزارة الصحة، 2014

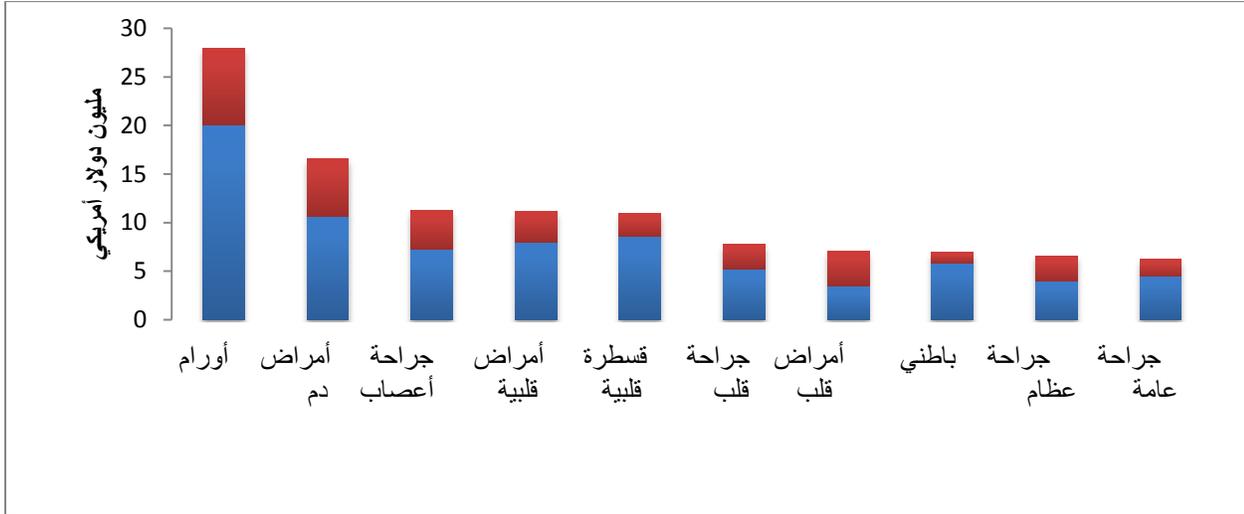
(4) تُشكّل التحويلات الطبية حوالي نسبة 40 في المئة من الإنفاق العام على الصحة غير الرواتب. ففي الفترة بين عامي 2000 و 2013، ارتفع الإنفاق على التحويلات الطبية من 8 ملايين دولار أمريكي إلى 144 مليون دولار أمريكي؛ أي ما يُعادل نسبة 40 في المئة من الإنفاق العام غير الرواتب على قطاع الصحة، وأدى إلى تراكم الفواتير غير المُسدّدة لمقدّمي الخدمات الخارجيين، بقيمة تزيد عن 30 مليون دولار أمريكي.

(5) تُتفق الضفة الغربية على التحويلات الطبية مبلغاً من المال على التحويلات الطبية يفوق المبلغ الذي يُنفقه قطاع غزة على هذه التحويلات بمقدار ضعفين ونصف (2.5). فقد شهِد التوزيع الجغرافي للإنفاق على التحويلات الطبية تحولاً في

السنوات الأخيرة. ففي عام 2009، كانت تكلفة التحويلات 75.7 مليون دولار أمريكي، 49.4 مليون دولار أمريكي تكبدتها الضفة الغربية، و 26.3 مليون دولار أمريكي تحملها قطاع غزة. ومنذ ذلك الحين، ومع أن الإنفاق المرتبط بالتحويلات الطبية الخارجية ازداد في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، إلا أن هذا الإنفاق ازداد بوتيرة أسرع بنسبة 74 في المئة تقريباً في الضفة الغربية عن وتيرة ارتفاعه في قطاع غزة، في الفترة بين 2009 و 2013؛ إذ فاقت تكلفة التحويلات الطبية في الضفة الغربية بمقدار ضعفين ونصف تكلفة التحويلات الطبية من قطاع غزة ("102" مليون دولار أمريكي في الضفة الغربية و 42 مليون دولار أمريكي في قطاع غزة). ولم تتضح تماماً أسباب تباعد نفقات التحويلات الطبية في الضفة الغربية وقطاع غزة عن بعضهما بعضاً في السنوات الأخيرة؛ بسبب نقص البيانات الكافية.

(6) تُشكّل الأمراض غير السارية أغلبية نفقات التحويلات الطبية (الشكل - 2). فما تزال ترتفع كلفة التحويلات الطبية المرتبطة بالأورام؛ إذ ارتفعت من 16 مليون دولار أمريكي في عام 2009 إلى 28 مليون دولار أمريكي في عام 2013 (20 مليون دولار أمريكي في الضفة الغربية و 8 ملايين دولار أمريكي في قطاع غزة)، وهذا المبلغ يناظر نسبة 19 في المئة من النفقات الكلية للتحويلات الطبية. أما نفقات التحويلات الطبية على أمراض الدم فهي مرتفعة أيضاً، وقد تضاعفت أكثر من ثلاث مرات بين عامي 2009 و 2013 - من 5 ملايين دولار أمريكي إلى 16 مليون دولار أمريكي، وهذه النفقات تُمثّل نسبة 11 في المئة من إجمالي فاتورة التحويلات الطبية. وأمّا جراحة الأعصاب فهي تُشكّل نسبة سبعة في المئة من إجمالي نفقات التحويلات الطبية.

الشكل - 2: أعلى 10 إجراءات للتحويلات الطبية كلفاً، المناطق الفلسطينية، 2013



في الضفة الغربية وفي قطاع غزة بالمليون دولار أمريكي.

المصدر: وزارة الصحة، 2014.

(7) تُمثّل المستشفيات الإسرائيلية عبئاً كبيراً من حيث التكاليف مقارنةً مع عدد المرضى المُعالجين داخلها. ففي عام 2013، شكّلت مستشفيات القدس - مع أنها أعلى وجهة للتحويلات الطبية الخارجية (44 في المئة من حالات التحويل الطبي في عام 2013) - نسبة 34 في المئة من إجمالي نفقات التحويلات الطبية، بينما شهدت المستشفيات الإسرائيلية نسبة 13 في المئة من حالات التحويل، وشكّلت نسبة 33 في المئة من إجمالي نفقات التحويلات الطبية. ويتم خصم

قيمة أتعاب المستشفيات الإسرائيلية مباشرةً من الإيرادات الضريبية الفلسطينية، وغالباً ما تتم إضافة الإجراءات أو تُغيّرات من دون تفويض بذلك من الجهات الفلسطينية. وتُحطّط وزارة الصحة في الوقت الزّاهن لإجراء تدقيق للتحويلات الطبية الإسرائيلية، بهدف استرداد الأتعاب التي رُبما تكون قد حصّلتها/ تلك المستشفيات، أو تكون على وشك اقتطاعها بطريقة غير شرعية.

(8) يختلف معدل كلفة التحويلات الطبية لكل مريض اختلافاً كبيراً بين الوُجّهات المقصودة من التحويلات الطبية. ففي عام 2013، كان متوسط كلفة التحويل الطبي لكل مريض حوالي 2,355 دولاراً أمريكياً. وبطريقة أكثر تحديداً، فقد كان ذلك المتوسط لكل مريض هو الأعلى في إسرائيل، حيث بلغ حوالي 5,858 دولاراً أمريكياً، ثم في الأردن حيث بلغ حوالي 4,203 دولاراً أمريكياً. إنّ أسباب ارتفاع متوسطات الأسعار في هاتين الوُجّهتين، مقارنة مع نظائرها من مقدّمي الخدمات في الوُجّهات الأخرى التي تقصدها التحويلات الطبية، ليست واضحة، وتقتضي الحاجةً إلى إجراء المزيد من الأبحاث لفهم العوامل المُحدّدة للكلفة. فقد بلغ متوسط كلفة التحويلات الطبية من الضفة الغربية حوالي 2,315 دولاراً أمريكياً تقريباً. وكانت التحويلات الطبية من الضفة الغربية إلى مصر في عام 2013 تُشكّل أحد العوامل الرئيسة المُحدّدة للكلفة، حيث كانت أعلى بحوالي ثمانية أضعاف من معدل كلفة التحويلات الطبية. وكانت مستشفيات القدس الشرقية هي الوُجّهة المقصودة الأرخص كلفةً للتحويلات الطبية من الضفة الغربية في عام 2013. أمّا متوسط كلفة التحويلات الطبية لكل مريض من قطاع غزة فقد كانت أعلى قليلاً من نظيرتها من الضفة الغربية. وأمّا الوُجّهة المقصودة والأكثر كلفةً للتحويلات الطبية لكل شخص فقد كانت إسرائيل، وكانت مصرُ أرخصها من ناحية التكلفة.

الجدول - 2: متوسط تكلفة* التحويلات الطبية لكل مريض حسب الوُجّهة المقصودة، بالدولار الأمريكي في 2013

متوسط كلفة التحويلات الطبية لكل مريض حسب الوُجّهة المقصودة، بالدولار الأمريكي، 2013			
المجموع	قطاع غزة	الضفة الغربية	الوُجّهة المقصودة / منشأ التحويل
4,203	2,594	4,633	الأردن
1,818	2,518	1,618	القدس الشرقية
5,858	4,264	7,288	إسرائيل
1,147	935	** 1,9880	مصر
1,944	2,282	1,904	الضفة الغربية
1,411	1,411	-	قطاع غزة
2,355	2,458	2,315	المجموع

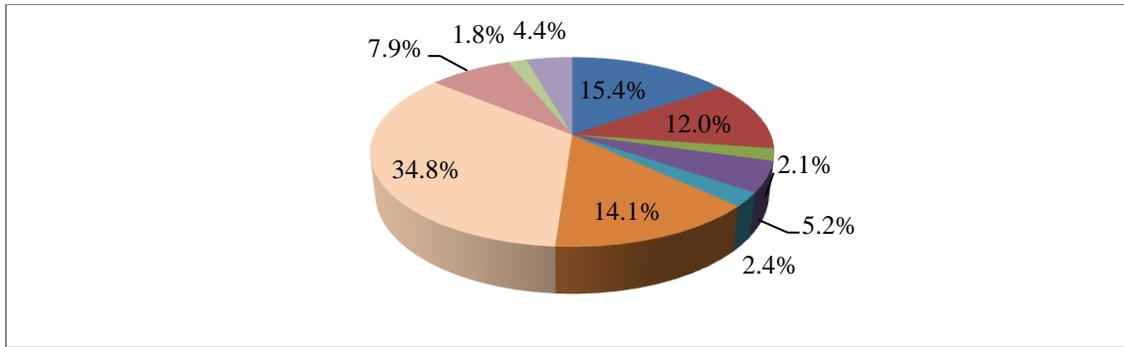
المصدر: وزارة الصحة، 2014

* تُبيّن الأرقام المُدرّجة في الشكل أعلاه التكلفة لكل مريض، وهي محسوبة بطريقة حساب المعدل البسيط لحاصل قسمة مجموع كلفة التحويلات الطبية إلى وُجّهة مقصودة بعينها على عدد المرضى المحوّلين إلى تلك الوُجّهة. ولا تأخذ هذه الأرقام في الحُساب تعقيدات الحالات المرضية أو الإجراءات المُتخذة بشأنها.

** بلغ عدد التحويلات الطبية من الضفة الغربية إلى مصر في عام 2013 ما مجموعه 32 تحويلًا. ويُحي أيضاً الفرق، الذي يُشكّل أكثر من 20 ضعفاً في تكلفة كل مريض من التحويلات الطبية إلى مصر، بين الضفة الغربية وقطاع غزة، بصورة أكبر، باحتمال وجود فساد في نظام التحويلات الطبية.

9) يتم استخدام جزء كبير من خدمات التحويلات الطبية من المشتركين في نظام التأمين الصحي من قبل غير المساهمين (الذين ليس لهم/لا يدفعون اشتراكات في النظام). فنظام التحويلات الطبية يرضى جميع الفلسطينيين الساعين إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية من القطاع العام، بصرف النظر عن وضعهم التأميني، متحملاً بذلك تكلفة تلك التحويلات الطبية (بمعنى أنّ الفلسطيني يستطيع الانضمام إلى نظام التأمين الصحي الحكومي مقابل رسم صغير، والانتفاع من نظام التحويلات الطبية). ففي عام 2011، استُخدم المشتركون في نظام التأمين الصحي من غير المساهمين فيه نسبة 35 في المئة من جميع التحويلات الطبية الخارجية³⁶، واستخدم الأعضاء المشتركون في نظام تأمين انتفاضة الأقصى نسبة ثمان في المئة من التحويلات. ويُمثّل المشتركون في نظام التأمين الصحي الإجباري، والعاملين في القطاع العام ومن يعولونهم نسبة 15 في المئة من جميع حالات التحويلات الطبية. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ أعضاء النقابات المهنية استخدموا نسبة 14 في المئة تقريباً من جميع التحويلات الطبية (الشكل - 3). ولهذه التركيبة من أشكال انتفاع نظام التأمين من التحويلات الطبية عواقب مهمة على الاستدامة المالية لكل من التحويلات الطبية ونظام التأمين الصحي الحكومي ككل.

الشكل - 3: الاستفادة من خدمات التحويلات الطبية لكل نظام تأمين، المناطق الفلسطينية، 2011



المصدر: البنك الدولي، 2014

قسري، شؤون اجتماعية، طوعي، العاملون في إسرائيل، عقود التأمين الجماعية، نقابات مهنية، مجاني، الانتفاضة، وزارة السجناء، آخرون.

التحديات التي تواجه نظام التحويلات الطبية:

10) أجرى البنك الدولي دراسة في الآونة الأخيرة (عام 2014)، نظرت في مدى ملاءمة التحويلات الطبية، فكتشفت النقاب عن أنّ التحويلات الطبية الخارجية - التي تُشكّل عبئاً ثقيلاً على أموال السلطة الفلسطينية، حيث كانت تمثّل إحدى عواقب العديد من المشكلات الواضحة للعيان وغير المرتبطة ببعضها بعضاً على مختلف المستويات. فعلى مستوى نظام التحويلات الطبية نفسه، تتمثّل التحديات الأكثر أهميةً فيما يلي:

أ) **عملية التحويل الطبي:** يستند نظام التحويلات الطبية إلى نظام بيروقراطي قائم على التفويض المسبق لأجراء التحويل، وهو إما أنّه يقترن بنظام تدقيقي ضعيف وإما أنّ هذا النظام غير موجود أصلاً. وعلاوةً على ذلك، فإنّ عملية التحويل الطبي مُشَتّتة ومُجزّأة على عدة مستويات، وإدارات وخطوات، وتفنقر إلى الشفافية بسبب غياب

³⁶ تعمل وزارة الصحة بصفة الملاذ الأخير لغير المؤمن عليهم من خلال نظام انتفاضة الأقصى.

المبادئ التوجيهية الصريحة لإجراءات أو قواعد التوحيد اللازمة لصنع القرار. وتعتمد التحويلات الطبية اعتماداً كبيراً على الرأي الشخصي لفرادى المهنيين؛ ويتم التفويض لكل حالة على انفراد³⁷. وتسجل المعلومات الخاصة بالتحويلات الطبية بصفة مستقلة في كل خطوة من خطواتها بطريقة غير موحدة، مما يؤثر على جودة حفظ القيد والسجلات.

(ب) **الشراء والتعاقد:** يفقر النظام والعمليات النافذة حالياً في عملية اختيار مقدمي الخدمات الخارجيين والتعاقد معهم إلى الكفاءة، ويترك مجالاً لحدوث تشوهات كبيرة فيه. وعلاوة على ذلك، فهو لا يضمن توفير مستوى معقول من الرقابة، الأمر الذي يعكس اختلافاته الكبيرة وغير المُفسرة في الأسعار وقيم الفواتير؛ إذ لا يتم استخدام معلومات متسقة يُمكن الاستناد إليها في التفاوض على الأسعار أو في الحصول على التعويضات.

(ج) **الحصول على التحويل الطبي:** يُواجه معظم المرضى صعوبات كثيرة، عندما يحتاجون إلى التحويل إلى الرعاية التخصصية داخل المستشفيات في البلدان المجاورة أو حتى داخل المناطق الفلسطينية؛ وذلك بسبب القيود التي تفرضها سلطات الاحتلال. وتؤثر الفروقات في تغطية مختلف الفئات السكانية بخدمات الرعاية، وفي حصولهم عليها، في البعد المعني بعدالة نظام التحويلات الطبية.

(د) **الاستدامة:** ما يزال ينمو بوتيرة سريعة العبء المالي الذي فرضته التحويلات الطبية الخارجية على مرّ السنين، ويبدو أنه من غير المُمكن الاستمرار في تحمّله في ظلّ السياق السياسي والاقتصادي الراهن. ومن المُحتمل أن يستمرّ حجم التحويلات الطبية في النمو إن لم يتمّ اتخاذ إجراء جدي للسيطرة عليها.

(هـ) **العدالة:** تنقر الاستفادة من خدمات التحويل الطبي إلى المساواة في كل المحافظات وفي مختلف أنظمة التأمين، وهذا يوحي بوجود حالات من الإجحاف والتفاوتات في الحصول على هذه الخدمات، ويرتبط معظم هذه الفروق بالمسافات بين محل إقامة السكان ومواقع الخدمات، والقيود المفروضة على التنقل، كما يرتبط أيضاً بتصميم نظام التأمين الصحي الحكومي.

وتتضافر هذه التحدّيات بمستوى أوسع من التحدّيات التي تُواجه النظام الصحي، والتي تشمل:

(أ) **جودة الرعاية وفعاليتها على المستويات كافة:** مع أنّ الكثير من التحويلات الطبية الخارجية يتمثّل في المعالجة التخصصية المُعدّدة للأمراض غير السارية، إلا أنّ الوقاية ومكافحة هذه الأمراض على مستوى الرعاية الأولية ومستوى الرعاية الثانوية ضعيفتان تماماً. وإضافةً إلى ذلك، فإنّ المرضى والسكان عموماً يعتبرون جودة الرعاية على مستوى المرافق الحكومية ضعيفةً.

³⁷ تجدر الملاحظة بأنّ وزارة الصحة أظهرت استعداداً قوياً لمعالجة هذه القضايا، واتخذت بعض الخطوات في الآونة الأخيرة، ومنها إدخال إصلاحات على عملية الموافقة على التحويلات الطبية، حيث تقوم حالياً 3 لجان بالإشراف على هذه التحويلات على مستوى المناطق الفرعية (دون الإقليمية)، ويعود الفضل في كل ذلك إلى الوزارة.

ب) مواطن الضعف، وحالات عدم الكفاءة والفجوات في التصميم وفي تشغيل النظام الصحي برمته، ومنها تركُّز جميع الوظائف في مقر وزارة الصحة تقريباً، ووجود وجهات نظر مُتضاربة بشأن دور القطاع الخاص في ذلك، من جُملة أمور أُخرى.

11) وجود اختلال بين الموارد المحدودة المُتاحة لتمويل النظام الصحي العام وبين التَّغطية بالخدمات الغير محدودة. وهذا يُترجمُ إلى وجود مشكلة في الاستمرارية التي لا تؤثرُ فحسب على التحويلات الطبية، بل تؤثرُ أيضاً على النظام الصحي برمته (وعلى معظم النشاطات الحكومية والاجتماعية في المناطق الفلسطينية). ولم يتمَّ التَّوصُّل إلى حلٍّ لهذه القضية عن طريق إنشاء نظام تأمين صحي وطني، وهي ناجمة إلى حدِّ بعيد عن وجود عيوب في تصميم وتشغيل نظام التأمين.

الملحق التاسع: نبذة عن النظام الصحي في المناطق الفلسطينية

مؤشرات المالية العامة الكلية			
المصدر	السنة	القيمة	
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014	2012	10254.6	1 الناتج المحلي الإجمالي (بالأسعار الجارية، بالمليون دولار أمريكي)
البنك الدولي، 2014	2014	26.3	2 معدل البطالة (%)
صندوق النقد الدولي، 2013	2012	2.8	3 نسبة التضخم بمؤشر أسعار المستهلك (متوسط الفترة)
صندوق النقد الدولي، 2013	2012	20.2	4 الإيرادات العامة (كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)
صندوق النقد الدولي، 2013	2012	34.4	5 النفقات المتكررة العامة وصافي الإقراض
صندوق النقد الدولي، 2013	2012	16.5-	6 الرصيد الكلي للمالية العامة (كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)
المصدر	السنة	القيمة	مؤشرات استراتيجية قطاع السياسة الوطنية للصحة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
الوضع الصحي			
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2007	11.8	1 انتشار سوء التغذية، الطول مقارنة معالعمر (% للأطفال دون سن الخامسة)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	22.6	2 معدل الوفيات للأطفال دون سن الخامسة (لكل 1000 مولود حي)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2011	28	3 معدل وفيات الأمهات (لكل 100000 ولادة حية)
الحماية المالية			
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2014	2012	13	4 إجمالي الإنفاق على الصحة (نسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي)
منظمة الصحة العالمية، 2013	2011	37	5 المصاريف النثرية على الصحة (% من مجموع الإنفاق على الصحة)
منظمة الصحة العالمية، 2013	2011	10	6 إنفاق القطاع العام على الصحة (% من الإنفاق الحكومي)
البيئة الجامعة: القوى العاملة، العوامل البيئية، والصوت والمساعدة			
منظمة الصحة العالمية، 2013	2011	2.08	7 الأطباء (لكل 1000 شخص)
منظمة الصحة العالمية، 2013	2011	1.82	8 الممرضات والقابلات (لكل 1000 شخص)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2011	81.8	9 مصدر مياه مُحسّن (% للسكان الذين يحصلون على المياه المُحسّنة)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2011	94.3	10 مرافق صرف صحي مُحسّنة (% للسكان الذين يصلون إلى هذه المرافق)
مؤشرات الحوكمة العالمية، 2013	2012	1.02-	11 مؤشر الصوت والمساعدة *
مؤشرات القطاع الصحي العام			
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	4,046,901	1 مجموع عدد السكان
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	3	2 النمو السكاني (% سنوياً)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	40.7	3 عدد السكان في الفئة العمرية منذ الولادة وحتى 14 عاماً (% من مجموع عدد السكان)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	56.4	4 عدد السكان في الفئة العمرية من 15 وحتى 64 عاماً (% من مجموع عدد السكان)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	2.9	5 عدد السكان في الفئة العمرية لمن بلغوا 65 عاماً فأكثر (% من مجموع عدد السكان)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	77.3	6 نسبة الإعاقة العمرية (% لمن هم في سن العمل)
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2011	4.1	7 مجموع معدل الخصوبة (عدد الولادات لكل امرأة)
إحصاءات قطاع الصحة والتغذية والسكان، 2013	2011	72.8	8 مجموع العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)
أهم 5 أسباب للوفيات والمرض (سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة "DALYs")			
معهد تقييم المقاييس الصحية،	2010	104,575	1 حالات الولادة الخداج (المبتسرة أو قبل الأوان)

2010				
معهد تقييم المقاييس الصحية، 2010	2010	69,792	اضطرابات اكتئابية أحادية القطب	2
معهد تقييم المقاييس الصحية، 2010	2010	52,059	تشوهات خلقية	3
معهد تقييم المقاييس الصحية، 2010	2010	51,934	ألم في أسفل الظهر والرقبة	4
معهد تقييم المقاييس الصحية، 2010	2010	48,568	أمراض دماغية وعائية	5
مؤشرات الحوكمة				
مؤشرات التنمية الدولية، 2013	2012	187/110	مؤشر التنمية البشرية	1
			مؤشر إدراك وجود الفساد	2
مؤشرات الحوكمة العالمية، 2013	2012	0.46-	مؤشر سيادة القانون*	3
مؤشرات الحوكمة العالمية، 2013	2012	1.94-	الاستقرار السياسي وغياب العنف*	4
مؤشرات الحوكمة العالمية، 2013	2012	0.75-	فعالية الحكومة*	5
مؤشرات الحوكمة العالمية، 2013	2012	0.11	الجودة التنظيمية*	6
مؤشرات الحوكمة العالمية، 2013	2012	0.78-	مكافحة الفساد*	7
<p>ملاحظة: * تشير إلى تقدير مستوى الحوكمة مُقاسة على مقياس يبدأ من حوالي - 2.5 و 2.5. إن وجود مستوى من القيم أعلى يُقابل وجود مستوى من الحوكمة أفضل.</p>				
<p>البيانات مأخوذة من مؤشرات التنمية الدولية "WDI" (2013)، وإحصاءات قطاع الصحة والتغذية والسكان "HNP" (2013)، وتوصيفات الأمراض غير السارية لدى منظمة الصحة العالمية "WHO NCD" (2011)، ومرصد بيانات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط "WHO EMRO" (2013)، ودراسة بيانات عبء المرض العالمي بمعهد تقييم القياسات الصحية "IHME GBD" (2013)، ومؤشرات التنمية الدولية "HDI" (2013)، ومؤسسة الشفافية الدولي "TI" (2013)، ومؤشرات الحوكمة العالمية "WGI" (2013)، وتقرير كوارر صندوق النقد الدولي "IMF" (2013)، وتقرير المراقبة الاقتصادية المقدم إلى لجنة الارتباط الخاصة (2014).</p>				

الملحق العاشر: التحليل الاقتصادي

الضفة الغربية وقطاع غزة: مشروع تعزيز صمود النظام الصحي في الطوارئ

أ) مُقدِّمة

1) يُركِّز التحليل الاقتصادي للمشروع المقترح على ثلاثة مجالات أساسية، هي:

1) تسويق توفير الخدمات من القطاع العام.

2) الأثر التَّموي للمشروع.

3) الميزة التَّنافسية والقيمة المضافة من منظور البنك الدولي.

2) يتكوّن المشروع المُقترح من ثلاث مكوّنات، هي:

1) تلبية الحاجات الفورية للقطاع الصحي.

2) ترشيد التحويلات الطبيّة الخارجية.

3) دعم التَّغطية بالخدمات الصحية.

وتتواءم المكوّنات الثلاثة هذه جميعها، مباشرة وبقوة، مع هدفي البنك الدولي التوأمن والتمتُّين في القضاء على الفقر، وفي تعزيز الازدهار المشترك. وعلاوةً على ذلك، فإنّ هذه المكوّنات تتواءم مباشرةً كذلك مع توجّه الممارسات العالمية في قطاع الصحة والتَّغذية والسكان نحو تحقيق التَّغطية الصحية الشاملة، لضمان حصول جميع الفلسطينيين على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها، من دون معاناة من ضائقة مالية عندما يدفعون قيمة تلك الخدمات جيوبهم.

3) يتأخّر أداء المناطق الفلسطينية في تحقيق ثلاث مؤشرات أساسية ذات علاقة بالأهداف الإنمائية للألفية "MDGs".

على سبيل المثال، 90 حالة وفاة أم في كل 100,000 مولود حيّ مقارنةً مع 64 حالة في 2010³⁸. ومع أنّ هذه القيمة أقل من القيمة المتوسطة للإقليم³⁹، فإنّها أكثر من ضعف قيمة الغاية المستهدفة بالهدف الإنمائي، وهي (22.5) حالة، رغم أنّ ما يقلّ عن نسبة واحد في المئة من مجموع حالات الولادة داخل المناطق الفلسطينية كانت تحدث في المنازل في عام 2010، ورغم أنّ 99 في المئة من النساء يتلقّين رعاية أثناء الحمل/قبل الولادة (بما لا يقل عن أربع زيارات لمراكز الرّعاية) أثناء فترة الحمل. وترجع المسؤولية عن ارتفاع نسبة الوفيات، في جزء منها، إلى إجراءات الولادة وجودة الخدمات⁴⁰. وبالمثل، فرغم الخفض المُتحقّق في وفيات الأطفال، فإنّ المناطق الفلسطينية لن تُحقّق الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية. فقد انخفض معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة من (43.1) حالة وفاة طفل في عام 1990 إلى 22 حالة لكل 1,000 مولود حي في عام 2011. غير أنّ هذا الانخفاض⁴¹

³⁸ الأمم المتحدة، 2013.

³⁹ منطقة الأمم المتحدة "غرب آسيا"، وتشمل البحرين والعراق والأردن والكويت ولبنان الأراضي الفلسطينية المحتلة وعمان وقطر والمملكة العربية السعودية والجمهورية العربية السورية وتركيا والإمارات العربية المتحدة واليمن.

⁴⁰ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012.

⁴¹ الأمم المتحدة، 2013.

يظل بعيداً عن الغاية التي يستهدف بلوغها الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية، وهي 14 حالة وفاة طفل لكل 1,000 مولود حي؛ وقد حققت المناطق الفلسطينية نسبة الخفض الأدنى مقارنة مع الخفض الذي حققته البلدان العربية⁴². وعلاوةً على ذلك، فإنّ المؤشرات التّجميعة تحجب التّفاوتات المهمّة، ولا سيّما التّفاوتات الجغرافية – في المناطق الفلسطينية. فعلى سبيل المثال، يبلغ مستوى انتشار فقر الدم (الأنيميا) 31.9 في المئة للنساء اللواتي يقمن بزيارات إلى مراكز رعاية الحوامل في قطاع غزة، بينما يبلغ نسبة 15.4 في المئة للنساء في الضفة الغربية، وتُسجّل أعلى نسب انتشار فقر الدم في محافظة أريحا والأغوار (50 في المئة)، وفي خان يونس (55.9 في المئة)⁴³.

(4) يجعلُ الفقر المُدقع السكّانَ ضعفاءً وعاجزين عن تحمل الإنفاق على الرعاية الصحية، وتجعلهم ندرة الخدمات الصحية الحكومية جيّدة التّوعية أكثر عُرضةً للذهاب إلى مقدّمي الخدمات في القطاع الخاص الذين يتقاضون أتعاباً باهظةً أكثر⁴⁴. وتُشكّل النفقات التي تُصرف على المُداوة والمعالجة، والتي بسبب الظروف المُزمنة للمرض تتفاقم هي الأخرى بفعل الافتقار إلى الوقاية وبفعل ضعف الرّعاية الأولية، عاملاً مساهماً كبيراً في حالة الإفقار هذه. وعلاوةً على ذلك، فإنّ الفئات الأشدُّ فقراً مُعرضة لخطر بالغ يؤدي بها إلى خيانة الإفقار؛ وذلك راجع إلى الإنفاق على الصحة. وتحمّل الفئات السكّانية العُشرية ذات الدخل الأشدُّ فقراً حصةً أعلى من الإنفاق الخاص من جيوبها، مقارنةً مع إجمالي حصة الدخل.

(5) كان للنّزاع الذي وقع داخل قطاع غزة وما يزال أثرٌ شديدٌ على القطاع الصحي. فقد نتج عن النّزاع وفاة 2,145 شخصاً و 11,231 إصابة في قطاع غزة؛ ونسبةً كبيرةً من هؤلاء الذين فقدوا حياتهم وتكبّدوا الإصابات كانت من الأطفال وكبار السنّ الفلسطينيين. وقد أدّى الارتفاع في أعداد المرضى المصابين والمصدومين إلى حدوث نقص في أدوية الطوارئ (ومنها مثلاً مُسكّنات الألم، وأدوية التّخدير، والمحاليل الملحية)، وفي الأجهزة والمعدات الطبية وقطع الغيار، وفي إعاقة استمرارية تقديم الخدمات، وإدارة الأمراض المُزمنة، مثل الأمراض القلبية الوعائية، والسرطان وأمراض الجهاز التّنفسي المُزمنة، والسكري.

(6) تُعتبرُ المواردُ البشريّةُ والتّخطيطُ للقطاع الصحي مسألتين أساسيتين تُسهمان في ارتفاع حجم التّحويلات الطبية وارتفاع حجم النفقات الخاصة من الجيوب في المناطق الفلسطينية. ومع أنّ المناطق الفلسطينية تزخرُ بعدد مرتفع جداً من الأطباء وأطباء الأسنان لكل 10,000 شخص من السكان مقارنة مع بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، إلا أنها تفقر إلى المرافق الطبية، والأجهزة والمعدات والأدوية والاختصاصات الطبية النادرة. وعلاوةً على ذلك، فإنّ توزيع المراكز الصحية لا يناظر التوزيع السكاني، ولا يأخذ التخطيط لإقامة المرافق القطاع الخاص أو قطاع المنظمات الأهلية غير الحكومية في الحُساب. وتبقى أسرة المستشفيات فارغة في الكثير من أجنحة المستشفيات المتخصّصة، بينما تبقى الأسرة الأخرى، مثل وحدة العناية الحثيثة/المركّزة وغرف الطوارئ منهكةً بالأعباء المفرطة. فالتّحويلاتُ الطبية من الرعاية الأولية لا تأخذ مجراها، والسكّان يستخدمون غرف الطوارئ في

⁴² عبد الرحيم، 2009.

⁴³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011.

⁴⁴ مطرية، 2010، Mataria.

المستشفيات كنقطة دخول إلى الرعاية الأولية. أما الرعاية التخصصية غير الضرورية فهي تستنزف الموارد الناضبة أصلاً.

(7) تُوفّر مُكوّنات المشروع المُقترح مجموعةً من النّشاطات لتلبية حاجات القطاع الفوريّة، وتحسين الجودة والنّرشيد في النفقات الصحية، إلى جانب تحسين مستوى الكفاءات المُختصّة برسم السياسات على مختلف مستويات النظام، ومنها دعم التّخطيط القطاعي، ودعم تنسيق إجراءات المانحين على المستوى المُجمعي. أما الأساس المنطقي لتدخّل القطاع العام فيتجلّى عملياً في حالات انعدام العدالة / التفاوتات في النواتج الصحية بين الضفة الغربية وقطاع غزة، وبين المناطق الحضرية والريفية، والتي تُقابلها حالاتٌ من عدم المساواة في تقديم خدمات صحية ذات جودة نوعية وفي الحصول عليها. ومع أنّ معالجة التّفاوتات تُعتبر إحدى مسائل العدالة الاجتماعية، إلا أنّها تُحقّق أيضاً منافع اقتصادية كبيرة، على كلا المستويين: المستوى الفردي، من خلال التأثير في الإنتاجية والتشغيل والإنفاق الخاص من الجيوب، وعلى مستوى السكان، من خلال التأثير في التكاليف التي تتحمّلها الحكومات ومؤسسات الأعمال.

(ب) تسويق توفير الخدمات من القطاع العام:

(8) يعود ترسيخ حالات إخفاق السوق في القطاع الصحي، وقضية تدخّل القطاع العام والتمويل من جانبه، بصورة وطيدة، إلى التّحليل الذي أجراه كلارمان "Klarman"⁴⁵ في عام 1965. فثمة ما لا يقلّ عن 9 معايير ذات علاقة بتدخّل القطاع العام في القطاع الصحي⁴⁶: معايير التّرشيد الاقتصادي (السّلع العامة، التّعاملات الخارجية، التكاليف الكارثية والجدوى من التكاليف)، والأسباب الأخلاقية (الفقر، والعدالة الأفقية والرأسيّة، ومبدأ الإنقاذ)، والاعتبارات السياسية (ولا سيّما مطالب الجماهير)، (الشكل - 1).

الشكل - 1: تسعة معايير لتدخّل القطاع العام في القطاع الصحي



من الأعلى وباتجاه عقارب الساعة: التكلفة الكارثية، التّعاملات الخارجية، السّلع العامة، جدوى التكاليف، المطالب العامة، مبدأ الإنقاذ، العدالة الأفقية، والعدالة الرأسية والفقر. المصدر: سياسة "مسغروف" Musgrove للصحّة، 207-223 (1999) 47.

45 كلارمان، هيربرت إتش. (1965). قضية تدخّل القطاع العام في تمويل الخدمات الصحية والطبية. الرعاية الطبية، 3: 59 - 62.

46 فيليب مسغروف (1999). الإنفاق العام على الرعاية الصحية: كيف ترتبط المعايير المختلفة بعضها مع بعض؟ السياسة الصحية 47، 207-223.

9) يُجسّد المشروعُ المعاييرَ الموضّحة في الشكل - 1. فالعدالةُ اعتباراً مهمٌّ مع وجود اختلافات جغرافية في النّواتج الصحية الأساسية، وفي النّوع الاجتماعي (الفروقات بين الجنسين)، وفي الفوارق الجغرافية في معدلات التحويلات الطبية. وترتبط قضية الفقر بهذا المعايير؛ بينما ينطبق مبدأ الإنقاذ على السكان المحتاجين إلى الخدمات التخصصية، ولا سيّما في الظروف التي تقتضي إنقاذ الحياة. وعلاوةً على ذلك، فإنّ للجمهور مطالبٌ قويةً للحصول على خدمات ذات جودة نوعيّة، ولديه توقّعاتٌ شكّلتها التّغطية واسعة النطاق لجميع الخدمات تقريباً، ولكنها تقتنر بضعف الجودة، والافتقار إلى توافر الخدمات في القطاع العام. أمّا التكلفة الكارثيّة فلها أهمية إضافية لأنّ الإنفاق الخاص من جيوب الفلسطينيين يزيد عن نسبة 40 في المئة من تكاليف الرعاية الصحية داخل المناطق الفلسطينية. والسوق ليست قادرةً على التّعامل بفاعلية مع هذه القضايا ذات العلاقة بالاستراتيجية القطاعية والتّنظيم.

10) عموماً، فإنّ مكونات المشروع عامّةً بحكم تعريفها. فدور القطاع العام يتمثّل في توفير الإغاثة الطارئة والتّنظيم، والقواعد والرعاية لقطاع التأمين كما للتحويلات الطبيّة. بيدّ أنه، وفيما يختصّ بالتحويلات الطبيّة، فإنّ للقطاع الخاص دوراً يضطّلع به: فالمنظمات الأهلية غير الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص جزء هامّ من القطاع الصحي، وقدراتها يجب أن تكون مشمولةً في استراتيجية القطاع الصحي، وخدماتها تُسترد استناداً إلى قواعد واضحة المعالم فيما يتعلّق بالجودة والأسعار. وإلى جانب ذلك، فثمة تعاملات خارجية مهمّة ترمي إلى تحسين الصحة وتخفيض التّفاوتات في الخدمات الصحية، ومنها على سبيل المثال، الآثار الاقتصادية التي تُبحث تالياً، والتي لا تُعتبر من أسعار السوق لتوفير الخدمات الصحية.

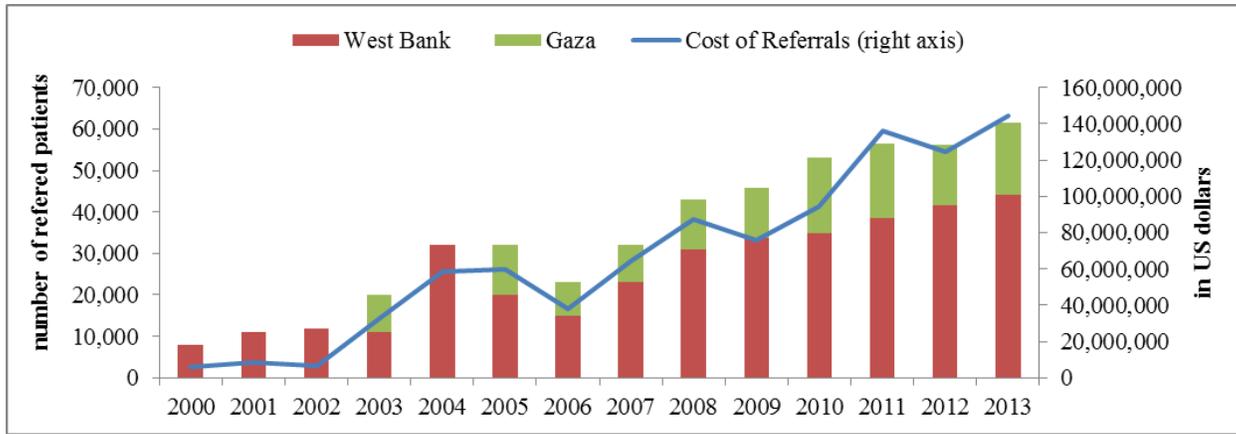
ج) ما هو الأثر التّتموي للمشروع؟

11) يهدفُ المشروعُ، في تلبية الحاجات الطارئة الفوريّة لقطاع غزة، إلى ضمان استمرار توافر خدمات الرعاية الصحية الأساسية بالحدّ الأدنى من مستوياتها المقبولة، وإلى تجنّب تعريض تلك الخدمات إلى انهيار على مستوى النظام الصحي. وعلاوةً على ذلك، فإنّ المشروع يهدف إلى تخفيف العواقب الشديدة المُحتملة على الصحة العامة، الناتجة عن ازدياد خطر العدوى وتفشي الأمراض السّارية. ويُمكن أن يُنظرَ إلى هذه المُقاربة بطريقة مفيدة واعتبارها استراتيجيةً تكملية لمنع المزيد من الانهيار في توفير الخدمات الصحية، ولتقليل كلفة التحويلات الطبية الخارجية إلى الحدّ الأدنى، في الوقت ذاته.

12) يهدف المشروع إلى تحسين مستوى العدالة وترشيد تكاليف التحويلات الطبية الخارجية، كما يهدف إلى معالجة الاستمرارية في تحمّلها على مدى أطول عن طريق التركيز على التخطيط والاستراتيجية والمشتريات والعملية. فالوصول إلى نظام التحويلات الطبيّة، وترشيدُ هذا النظام عاملان محدودان نتيجةً لأوقات الانتظار الطويلة الأمد (وهما يتفانمان بفعل الوضع السياسي)، ونتيجةً لوجود عدد كبير للغاية من مقدّمي الخدمات الخارجيين (وبعضهم لا يتعامل إلا مع حالات قليلة جداً). وتتضمّن مواطنُ الضعف في الشراء والتّعاقد عدم وجود معايير واضحة لاختيار مقدّمي الخدمات، وتوافر عدد كبير للغاية من مقدّمي الخدمات، وضعف العقود غير المرتبطة بمعايير واضحة، وضعف إدارة المعلومات، ومستوى المراقبة الذي يقترب من مستوى عدم وجودها. وعموماً فإنّ النظام الصحي يتّصف باتباعه خطوات عملية بالغة البيروقراطية، مع توافر روابط إلكترونية محدودة للبيانات، وضوابط رقابية ومرجعات ضعيفة، وعدم التدقيق.

(13) يهدفُ المشروعُ إلى خفض التكاليف المرتبطة بالتحويلات الطبية، مع ضمان تلقّي السكان الفلسطينيين الخدمات التخصصية التي يحتاجون إليها، بطريقة محسوبة التكاليف، ولها سلّم للأولويات وتقوم على قواعد واضحة المعالم. لقد كانت وما تزال تكلفة التحويلات الطبية وحجمها في حالة ارتفاع مستمر (الشكل - 2). وقد أدت هذه التكاليف الآخذة في الارتفاع إلى حجم كبير من المتأخرات المتركمة على وزارة الصحة (55 مليون دولار أمريكي في عام 2011)، كما أدت إلى صعوبات مالية للمستشفيات التي توفر الخدمات بمقتضى عقود تُبرم معها. فعلى سبيل المثال، فإنّ الأردنّ لم يعدّ يستقبل تحويلات طبية بسبب المتأخرات غير المدفوعة له. وتُهدّد التكاليف الكليّة، التي تراكمت لتصل إلى مستوى 40 في المئة من الموازنة التشغيلية/التنفيذية، تُهدّد استمرارية القطاع الصحي في أدائه عمله.

الشكل - 2: حجم وتكاليف التحويلات الطبية في الضفة الغربية وقطاع غزة (2000 - 2013)

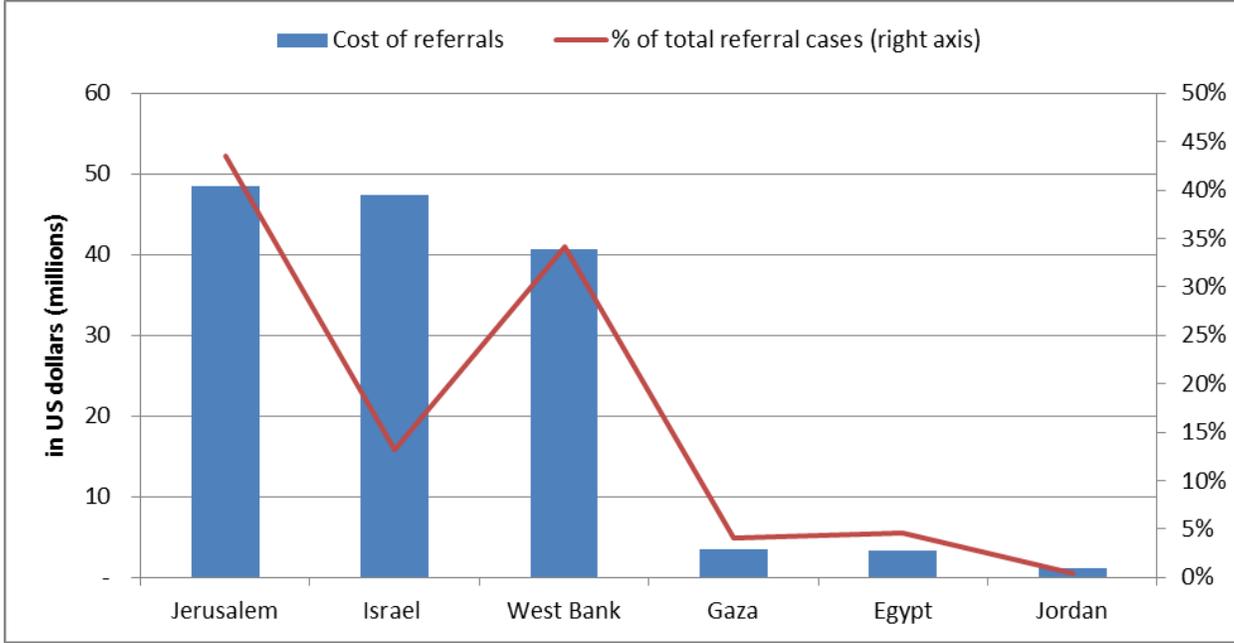


المصدر: حسابات المؤلف من واقع بيانات وزارة الصحة.

الضفة الغربية، قطاع غزة، كلفة التحويلات الطبية (مبيّنة في المحور الأيمن)، عدد المرضى المحوّلين. (المحور الأيسر)

(14) تُشكّل التحويلات الطبية إلى المستشفيات الإسرائيلية أحد المحركات/المُحدّثات الأساسية. ومع أن المستشفيات الإسرائيلية تتلقّى نسبة 13 في المئة من التحويلات الطبية، إلا أنها تمثّل نسبة 33 في المئة من إجمالي التكلفة (الشكل - 3). وبالمقارنة، فإنّ مستشفيات القدس الشرقية تتلقّى نسبة 44 في المئة من التحويلات الطبية، ولكنها تمثّل نسبة 33 في المئة من التكلفة. وتُشير عملية تدقيق أجرتها مؤخراً الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية إلى أنّ حوالي 55 في المئة من الفواتير التي تقدّمها المستشفيات الإسرائيلية إما أنها لا تكون مُجازة (أو "موافق عليها")، وإما أنها قُدمت في موعد تجاوز مدة 90 يوماً، وهي مدة صلاحية تقديم الفواتير. ويوصي التدقيق بأن تكون جميع الإجراءات التي لها علاقة بالقلب، وفحوصات الدم، والفحوصات الاستقصائية المخبرية الأخرى، وزراعة الكلى والكبد، التي يجري تحويلها في الوقت الزاهن إلى المستشفيات الإسرائيلية - وبصورة حتمية، زراعة النخاع العظمي - يجب أن تُجرى داخل النظام الصحي الفلسطيني. وعلاوة على ذلك، فإنّ إسرائيل تقطع قيمة المطالبات من الإيرادات الضريبية الفلسطينية مع خضوعها إلى قُدْر ضئيل من الإشراف أو المساءلة.

الشكل - 3: عبء التحويلات الطبية على إسرائيل، 2013



المصدر: حسابات المؤلف من واقع بيانات التحويلات الطبية في وزارة الصحة.

تكاليف التحويلات الطبية % من إجمالي حالات التحويلات الطبية (المحور الأيمن) بالمليون دولار أمريكي

من اليسار إلى اليمين: القدس إسرائيل الضفة الغربية قطاع غزة مصر الأردن

(15) النظام الصحي ضعيفاً ويحتاج إلى إصلاح: فحفظ السجلات ضعيف للغاية؛ ومرافق التحويلات الطبية، والمرافق المتلقية لها ولجان التحويلات الطبية لا تتبع إجراءات التحويلات الخارجية. أما الملخصات السريرية فهي غير كافية أو أنها كانت مفقودة من ما يزيد عن 70 في المئة من الملفات الطبية؛ وأما السبب الدقيق (الأسباب الدقيقة) للتحويلات الطبية، فقد كانت هي الأخرى مفقودة من أكثر من 90 في المئة من الملفات. ومما تبقى من الحالات، فإن حوالي نسبة 40 في المئة من التحويلات الطبية لم تكن مسوغة.

(16) ومن خلال:

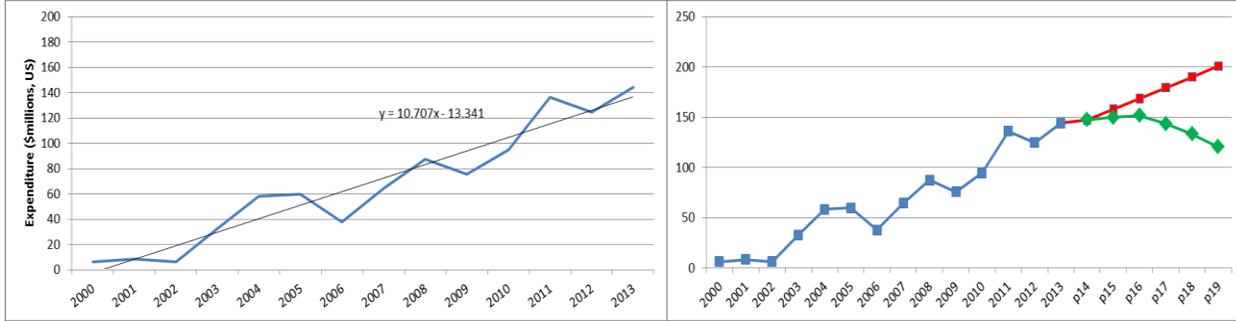
(1) تخفيض التحويلات الطبية غير الضرورية عن طريق استخدام قواعد ومبادئ توجيهية واضحة.

(2) تخفيض التحويلات الطبية إلى إسرائيل.

(3) إعادة التفاوض على العقود الحالية والتخلص من المرافق غير الضرورية.

تشير التقديرات إلى أن المشروع يمكن أن يحقق تخفيضاً بنسبة 40 في المئة من خط اتجاهه الحالي (تخفيض بنسبة 16 في المئة من خط الأساس لعام 2013) في تكاليف التحويلات الطبية (الشكل - 4). وهذا يستلزم تحقيق خفض بنسبة خمسة في المئة (من خط الاتجاه الحالي) خلال عام 2015، و 10 في المئة خلال عام 2016، و 20 في المئة خلال عام 2017، و 30 في المئة خلال عام 2018، و 40 في المئة في عام 2019، مما يؤدي إلى وفورات في التكاليف طوال فترة تنفيذ المشروع، مقدارها 198 مليون دولار أمريكي من التكاليف المتوقعة، في حالة عدم تنفيذ هذا المشروع.

الشكل - 4: التكاليف التاريخية والتكاليف المتوقعة، مع تنفيذ المشروع، ومن دون تنفيذه



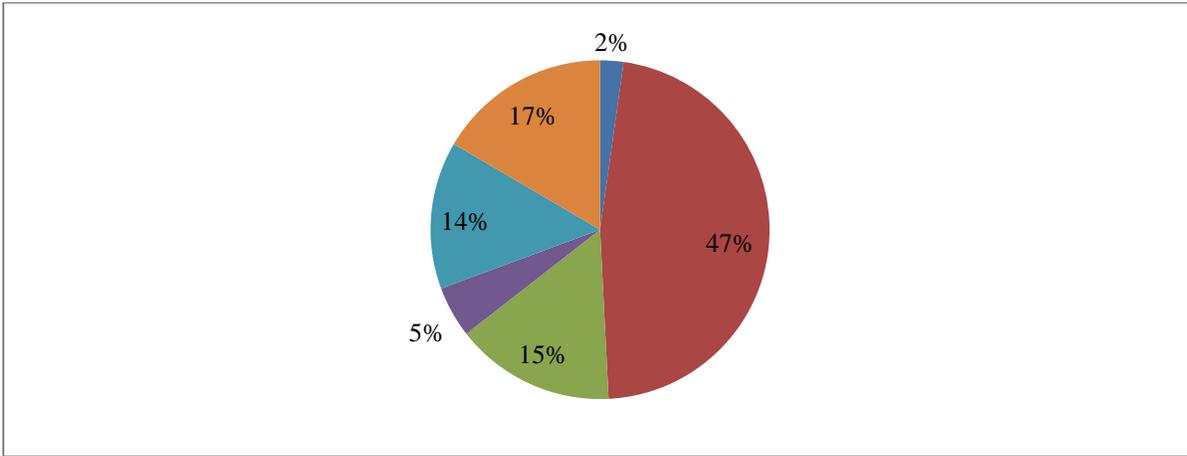
النفقات بالمليون دولار أمريكي

ملاحظة: الخط الأحمر - خط الاتجاه المتوقع استناداً إلى التراجع الخطّي في النفقات.
الخط الأخضر - التكاليف المتوقعة في ظلّ تنفيذ المشروع

(17) نظام التحويلات الطبية ليس عادلاً. فتمّة ضغط هائل على هذا النظام من الأفراد لكي يحصلوا على علاج بأعلى مستويات الجودة داخل إسرائيل مقابل إجراءات معينة لا تُصنّف بأنها حالات طارئة، أو كان ما يزال من الممكن علاجها محلياً. ويعود الفضل للحكومة في اتخاذ سلسلة من التدابير الملموسة لمعالجة هذه القضية، ولكن تمّة الكثير من العمل الذي ينبغي القيام به. فقد كانت تكلفة التحويلات الطبية من الضفة الغربية أكثر من تكلفتها من قطاع غزة بمقدار ضعفين ونصف (2.5)، مع أنّ عدد السكان في الضفة يفوق عددهم في القطاع بمقدار ضعف ونصف (1.5) فقط، ومع أنّ مستوى الكفاءات/القدرات المتوفرة في قطاع غزة أقلّ بكثير في قطاع غزة بسبب الحصار الإسرائيلي. وعلاوة على ذلك، فإنّ نسبة الاستفادة من خدمات التحويلات الطبية مقارنة مع عدد السكان أعلى بالنسبة إلى الذكور (1.39 لكل 1000 شخص) منها بالنسبة إلى الإناث (1.23 لكل 1000 شخص)، وأنّ الفارق أكبر في قطاع غزة (33 في المئة بين الذكور) منه في الضفة الغربية (4.3 في المئة أعلى بين الذكور). لقد أدّى النظام الصحي إلى الفساد من حيث المكان/الوجهة التي تُرسل إليها التحويلات، والسماحة المُيسّرون للتحويلات الطبية إلى المُستشفيات الإسرائيلية، والبحث عن كسب الزرع (التربح أو التتفع) على المستويات كافة. لقد فرضت كلّ هذه العوامل تحديات أمام التماسك الاجتماعي ونزاهة المؤسسات الفلسطينية.

(18) سوف يُركّز المشروع على تصميم خريطة طريق تتّجه نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، ومنها تعريف الحزمة الأساسية من الخدمات، واستحداث هيئة مستقلة للمشتريات. وما يزال الفصل في الوظائف يظهر واضحاً داخل مجموعات متنوّعة من البيئات، ليرفع بدرجة كبيرة مستوى الترشيد في النفقات الصحية. فقد ازداد عدد المشتركين في نظام التأمين الصحي الحكومي من غير المساهمين فيه، خلال العقد الماضي، مقارنةً مع عدد المساهمين في النظام، ممّا ألحق الأضرار في أموال النظام.

الشكل - 5: المساهمات/الاشتراكات في نظام التأمين الصحي الحكومي حسب نوع المشتركين فيه، المناطق الفلسطينية، 2012



المصدر: وزارة الصحة، 2013.

ملاحظة: مساهمات/اشتراكات العمال الفلسطينيين المقيمين في إسرائيل غير مشمولة.

طوعي إجباري عقود التأمين الجماعية وزارة شؤون السجناء متلقو المساعدات الاجتماعية المشاركة في التسديد (الأبوية والأشعة السينية)

(19) ما فتئت إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي تزداد، ولكن بمعدلٍ أبطأ من الزيادة في عدد المشتركين في هذا النظام؛ مما يزيد من حجم الفجوة المالية فيه (الشكل 6). فقد صُممَ النظام أصلاً لتوفير تمويل إضافي لنفقات وزارة الصحة. ففي عام 2000، كان مقدار الإنفاق العام على الصحة 125 مليون دولار أمريكي، في حين بلغت إيرادات النظام الصحي العام 35 مليون دولار أمريكي. وبحلول عام 2009، بلغ مقدار الإنفاق الحكومي على الصحة 346 مليون دولار أمريكي، في حين تراجعت إيرادات نظام التأمين الصحي إلى حوالي 23 مليون دولار أمريكي. ومنذ عام 2009، اتسعت الفجوة بين إيرادات نظام التأمين الصحي وبين الإنفاق العام على الصحة؛ نظراً لأنَّ إيرادات نظام التأمين الصحي لم تكن قادرةً على مقابلة الزيادة في الإنفاق العام على الصحة. وفي عام 2012، بلغ الإنفاق العام على الصحة حوالي 488 مليون دولار أمريكي، وكانت إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي تحوم حول 31 مليون دولار أمريكي، مما يُضعفُ استدامة تمويل القطاع الصحي.

الشكل - 6: الفجوة بين إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي وبين الإنفاق على الصحة العامة، المناطق الفلسطينية، للفترة 2000 - 2010

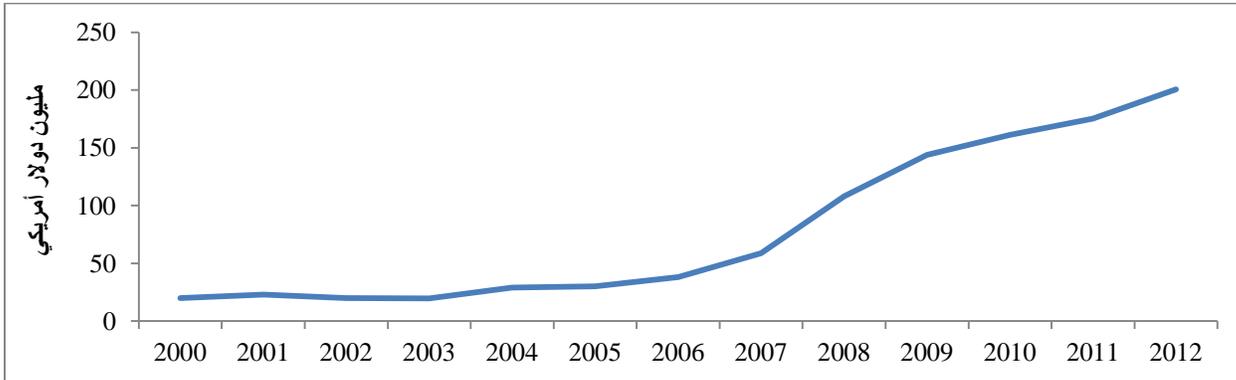


المصدر: البنك الدولي، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2010

الإنفاق العام على الصحة إيرادات نظام التأمين الصحي الحكومي الفجوة بين الإيرادات والإنفاق

(20) ما زالت نفقات نظام التأمين الصحي الحكومي تزداد بوتيرة سريعة مما يُفاقم مركز المالية العامة المضغوط والمحدود أصلاً (انظر الشكل - 7). فقد كانت نفقات نظام التأمين الصحي الحكومي، كنسبة مئوية من إجمالي النفقات على قطاع الصحة، 5.2 في المئة في عام 2000، وتراوحت بين 6.2 في المئة و 4.7 في المئة حتى عام 2005. وابتداءً من عام 2005، ارتفعت تلك النفقات باطراد فبلغت نسبة 15 في المئة من إجمالي النفقات على الصحة في عام 2010. إنَّ نفقات نظام التأمين الصحي الحكومي تُضيفُ ضغوطاً إضافيةً إلى موقف المالية العامة المثقل بالضغط أصلاً.

الشكل - 7: نفقات نظام التأمين الصحي الحكومي، المناطق الفلسطينية، 2000 - 2012 (بالمليون دولار أمريكي)



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة، 2011، 2012 و 2014

د) ما هي القيمة التي يُضيفها البنك الدولي من هذا المشروع؟

(21) للبنك الدولي ارتباط طويل بالقطاع الصحي على المستوى العالمي وعلى مستوى المناطق الفلسطينية، وترى السلطة الفلسطينية في البنك الدولي شريكاً يوثقُ به في معالجة الوضع الطارئ الراهن. فما يزال البنك الدولي يدعمُ السلطة الفلسطينية ووزارة الصحة الفلسطينية من خلال تقديم المساعدات الفنية، ومن هذه المساعدات ما يُقدّم في مجالات التأمين الصحي، وفي الممارسة المزدوجة (ممارسة العمل في وظيفتين معاً)، والتحويلات الطبية، ومراجعات الإنفاق العام. وعلاوةً على ذلك، فإنّ البنك الدولي يجلبُ التجارب والخبرات العملية في مجال تمويل المتطلبات الصحية والتأمين الصحي. وعموماً، وفي القطاع الصحي تحديداً، فإنّ الميزة التنافسية للبنك الدولي تكمن في بناء الأنظمة/الشبكات الصحية وتعزيزها. أما استراتيجية القطاع الصحي لدى البنك الدولي فهي مُركّزة على دعم البلدان لإنشاء أنظمة/شبكات صحية تُحقّق نتائج للفقراء، وتكونُ مستدامةً. وتشمل هذه الجهود العمل الريادي في الإجراءات متعددة القطاعات التي يتمّ اتخاذها في مجال الصحة، وفي الوظائف ذات العلاقة بتمويل الأنظمة الصحية الوطنية، وإدارتها وبالتأمين الصحي.

(22) يمتلك البنك الدولي خبرات فريدة من نوعها في تنسيق مجموعة مُعقّدة من التّدخلات التي تتكوّن منها الخطة الحكومية للإغاثة من الطوارئ، وللتحويلات الطبية والتّغطية بالخدمات الصحية. ويوفّر البنك خبرات فنية قوية، وتصاميم للمشاريع وإدارتها. ويشارك في جهود إصلاح نظام المعلومات العديّد من الجهات الفاعلة والأنظمة القائمة في كلّ مُكوّنات القطاع الصحي، وبهذا الوضع، فإنّ النظام الصحي يتواءم مع الميزة التنافسية للبنك الدولي في مجال تعزيز النظم الصحية. ويستطيعُ البنك الدولي أن يُقدّم الدّعم الفني والمالي المطلوب لتحقيق الأهداف الرئيسية للبرنامج. وتشتمل هذه الجهود على إجراء حوار مع وزارة المالية لضمان تمويل البرنامج تمويلًا كافيًا بهدف التأكيد من توافر الموارد المطلوبة لتحقيق أهدافه. وهي تشتمل كذلك على حشد الأموال الائتمانية والموارد الأخرى اللازمة لتقديم المساعدات الفنية في المجالات المُحدّدة المُستهدفة.