معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)

تقييم القطاع الصحي الفلسطيني:
دراسة تحليلية على المستوى الكلي

بلال فلاح
جهاد مشعل
وفاء بيطاوي

2020

تقييم القطاع الصحي الفلسطيني: دراسة تحليلية على المستوى الكلي

الباحثون:

بلال فلاح

جهاد مشعل

وفاء بيطاوي

باحثون مساعدون:

رواء برغوثي

مازن زقوت

اعدت هذه الدراسة بدعم من صندوق الاستثمار الفلسطيني

معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)

القدس ورام الله

2020

حقوق الطبع والنشر محفوظة© (ماس)

المحتويـــات

1- الإنفاق على القطاع الصحي في فلسطين **1**

1-1 الإنفاق بحسب الحسابات الصحية 1

2-1 الإنفاق الجاري بحسب مؤشرات مختارة من الحسابات الفرعية 2

1-2-1 توزيع الإنفاق الجاري بحسب نوع الرعاية الصحية *2*

1-2-2 توزيع الإنفاق بحسب وكلاء التمويل (مصادر التمويل) *3*

1-2-3 توزيع الإنفاق الجاري بحسب المزودين *4*

3-1 التحويلات الطبية خارج المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية 6

1-3-1 تكاليف التحويلات الطبية *7*

1-3-2 أعداد التحويلات الطبية *8*

2- أعداد وخصائص المصابين بأمراض السرطان في الضفة الغربية وتكاليف علاج أمراض السرطان **13**

1-2 أعداد وخصائص المصابين بأمراض السرطان في الضفة الغربية 13

2-1-1 أعداد حالات الإصابة بالسرطان وتوزيعها الجغرافي *13*

2-1-2 الإصابات بحسب نوع المرض والجنس *16*

2-2 تكاليف علاج أمراض السرطان 19

3- تقييم قدرات القطاع الصحي الفلسطيني: البنى التحتية **22**

1-3 عدد الأسرة بحسب نوع المستشفى والجغرافيا 22

2-3 عدد الأسرة في المستشفيات الفلسطينية 23

3-2-1 عدد الأسرة بحسب الأقسام في المستشفيات *23*

3-2-2 عدد الأسرة بحسب الأمراض الأكثر تحويلا للعلاج خارج المستشفيات الحكومية *28*

3-3 الكوادر البشرية 32

3-3-1 الكوادر الطبية البشرية بناء على بيانات المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة *33*

3-3-2 أعداد الكوادر البشرية *34*

3-3-3 الكادر التمريضي *37*

3-3-4 الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الفلسطينية *39*

3-3-5 خدمات الأشعة *42*

3-3-6 الخدمات الطبية المساعدة *43*

4-3 قدرة قطاع الأدوية الفلسطيني على تلبية الطلب المحلي 44

4- مؤشرات القطاع الصحي في فلسطين والدول المقارنة **47**

1-4 الوضع الصحي: متوسط العمر ومعدل الوفيات 47

2-4 الرعاية الصحية، انتشار الأمراض، والوفيات 48

3-4 الصحة الإنجابية 50

4-4 تغطية الخدمات في القطاع الصحي 52

4-5 عوامل الخطر الصحية 52
4-6 مقارنة الإنفاق الصحي في فلسطين مع دول أخرى 53

5- تقييم تأثير الوضع المالي للقطاع الصحي مع التركيز على نفقات الرعاية الصحية وتحديات الموارد المالية 55
5-1 الإنفاق على القطاع الصحي: موازنة وزارة الصحة الفلسطينية 55

6- التنبؤ بالإنفاق على القطاع الصحي 62
6-1 التنبؤ بالإنفاق على التحويلات الطبية 62
6-2 التنبؤ بمؤشرات إنفاق الصحة الكلية 65
6-2-1 الإنفاق الجاري 65
6-2-2 الإنفاق الجاري بحسب مصدر التمويل 66

7- أولويات توطين الخدمات الطبية 68
7-1 عبء المرض 68
7-2 النقص في الخبرات والبنى التحتية للتخصصات الطبية 70
7-3 ارتفاع معدلات إشغال الأسرّة في المستشفيات الحكومية 70
7-4 نقص الأدوية واللوازم الطبية الأساسية 71
7-5 ضعف التنسيق والتواصل في إدارة التحويلات الطبية 71
7-6 تأثير أعباء العمل على كفاءة القوى العاملة 71
7-7 القصور في تطبيق التعليمات الخاصة بالتحويلات الطبية 71
7-8 نطاق توطين التحويلات الطبية 72

الملاحق 74
ملحق 1: الجداول 75
ملحق 2: الاستمارة 81

الملخص الإنجليزي 88

قائمة الجداول

جدول (1-1): أنواع الإيرادات التي تمول الإنفاق الحكومي في فلسطين، 2016 و2017 4
جدول (2-1): توزيع الإنفاق الجاري بحسب مزودي الخدمات الطبية في فلسطين، 2016 و2017 5
جدول (3-1): توزيع الإنفاق بحسب وكلاء التمويل وأهم مقدمي الرعاية الصحية لعام 2017 6
جدول (4-1): الإنفاق على التحويلات الطبية بالشيكل، ونسبته من الإنفاق الحكومي والإنفاق الإجمالي على قطاع الصحة، 2015-2018 7
جدول (5-1): التوزيع النسبي لتكاليف التحويلات بحسب الجهة المحولة إليها، 2013-2018 8
جدول (6-1): أعداد التحويلات، والمرضى المحولين، ومعدل عدد التحويلات في فلسطين لكل مريض، 2015-2018 8
جدول (7-1): التوزيع المئوي لأعداد التحويلات بحسب الجهة المحول إليها، 2016-2018 9
جدول (8-1): أعداد التحويلات بالنسبة لأهم المستشفيات الفلسطينية والمستشفيات الإسرائيلية للعام 2017 10
جدول (9-1): توزيع التحويلات بحسب أكثر 10 أمراض تم تحويلها 10
جدول (10-1) توزيع التحويلات الطبية بحسب أنواع الأمراض والجهة المحول إليها للعام 2017 11
جدول (1-2): توزيع حالات السرطان المبلغ عنها حسب الفئة العمرية والجنس في الضفة الغربية 2018 (نسبة مئوية) 14
جدول (2-2): توزيع السرطانات المبلغ عنها في الضفة الغربية للذكور حسب معدل الحدوث في العام 2018 15
جدول (3-2): توزيع السرطانات المبلغ عنها في الضفة الغربية للإناث حسب معدل الحدوث في العام 2018 16
جدول (4-2): التوزيع المئوي لحالات السرطان المبلغ عنها حسب التشخيص والفئة العمرية والجنس في الضفة الغربية في العام 2018 17
جدول (5-2): توزيع تحويلات أمراض الدم السرطان والفحوصات التصويرية بحسب المستشفيات المحول إليها 2017 18
جدول (6-2): تكاليف علاج السرطان الكيماوي والإشعاعي بحسب منطقة التحويل، 2017 (بالشيكل) 19
جدول (7-2): مجموع ومعدل التكاليف لتحويلات زراعة النخاع وتصوير فحوصات الأورام، 2017 (بالشيكل) 20
جدول (8-2): مجموع ومعدل التكاليف لتحويلات زراعة النخاع وتصوير فحوصات الأورام، 2017 (بالشيكل) 21
جدول (1-3): عدد المستشفيات والأسرة لكل 100,000 نسمة موزعة حسب المحافظات، 2018 23
جدول (2-3): عدد أسرة الأقسام في المستشفيات بحسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018 25
جدول (3-3): عدد أسرة أقسام الجراحة في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018 26
جدول (4-3): عدد أسرة أقسام العناية المكثفة، العناية الخاصة، والعلاج الطبيعي والوظيفي في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018 27
جدول (5-3): عدد أسرة أقسام النسائية والأطفال في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018 27
جدول (6-3): عدد أسرة أقسام العلاج اليومي/النهاري في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018 28
جدول (7-3): عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية مصنفة حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018 29
جدول (8-3): عدد الأسرة في المستشفيات الفلسطينية مصنفة حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018 30
جدول (9-3): عدد المستشفيات الفلسطينية التي تضم أقساماً ذات علاقة بأعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018 31
جدول (10-3): عدد المستشفيات الحكومية التي تضم أقساماً ذات علاقة بأعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018 32

جدول (3-11): توزيع العاملين في القطاع الصحي الفلسطيني، 2016 33
جدول (3–12): عدد الاطباء في التخصصات المختلفة لكل 100,000 نسمة في فلسطين والدول المقارنة، 2016 34
جدول (3–13): أعلى عشرة تخصصات طبية من حيث عدد الأطباء في المستشفيات المحلية في فلسطين، 2018 35
جدول (3–14): عدد الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية مصنفة حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018 36
جدول (3–15): عدد الأطباء في المستشفيات المحلية مصنفين حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018 37
جدول (3–16): عدد أعضاء الهيئة التمريضية في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في فلسطين، 2018 38
جدول (3–17): عدد أعضاء الهيئة التمريضية في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في الضفة الغربية، 2018 38
جدول (3–18): عدد أعضاء الهيئة التمريضية في المستشفيات الأهلية، الحكومية، الخاصة في قطاع غزة، 2018 39
جدول (3–19): عدد مقدمي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في فلسطين، 2018 40
جدول (3–20): عدد مقدمي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في الضفة الغربية، 2018 41
جدول (3–21): عدد مقدمي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في قطاع غزة، 2018 42
جدول (3–22): عدد المستشفيات حسب نوع خدمات الأشعة والخدمات الطبية المساعدة في فلسطين، والضفة الغربية، وقطاع غزة، 2018 43
جدول (3–23): توزيع الحصص السوقية بحسب شركات الأدوية الفلسطينية 44
جدول (4–1): مؤشرات متوسط العمر المتوقع، 2017 47
جدول (4–2): معدل الاصابة بالأمراض المعدية في فلسطين لكل 100,000 نسمة، 2018 48
جدول (4–3): معدل الوفيات للعام 2017 49
جدول (4–4): نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية (المزمنة) في فلسطين، 2018 50
جدول (5–4): مؤشرات الصحة الإنجابية في فلسطين والدول المقارنة 51
جدول (6–4): تغطية الخدمات الصحية في فلسطين والدول المقارنة 52
جدول (7–4): معدلات انتشار زيادة الوزن، ونقص الوزن، والتقزم في فلسطين والدول المقارنة، 2016 53
جدول (8–4): مؤشرات الإنفاق الصحي مقارنة مع دول أخرى، 2016 53
جدول (1–5): بنود موازنة وزارة الصحة الفلسطينية، 2015–2018 56
جدول (2–5): الاحتياجات الفعلية لوزارة الصحة الفلسطينية والموازنات (الأسقف) المخصصة، بالألف دولار، 2017–2022 57
جدول (3–5): التوزيع النسبي للمؤمنين بحسب طبيعة العمل 58
جدول (1–6): توزيع الأوزان المستخدمة في التنبؤ 62
جدول (2–6): أعداد التحويلات الطبية وتكاليفها المتوقعة للسنوات ما بين 2019 و2028 63
جدول (3–6): التنبؤ بأعداد التحويلات وتكاليفها، مليون شيكل، باستخدام أوزان مختلفة 65
جدول (4–6): نتائج التنبؤ بالإنفاق الجاري، مليون دولار، والإنفاق بحسب مصدر التمويل 67
جدول (5–6): نتائج التنبؤ بالإنفاق الجاري، مليون دولار، والإنفاق بحسب نوع الرعاية 67
جدول (1–7): عبء المرض في فلسطيني وتوزيعه بحسب الأمراض المزمنة 69
جدول (2–7): أكثر الأمراض تسبب للوفاة في فلسطين للعام 2018 69

قائمة الاشكال البيانية

شكل (1-1): مجموع النفقات الجارية على القطاع الصحي (مليون دولار) في فلسطين، 2000-2017 2

شكل (2-1): مجموع نفقات الرعاية الصحية الأولية (مليون دولار) ونسبتها إلى الإنفاق الجاري في فلسطين، 2000-2017 3

شكل (3-1): التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين بحسب وكلاء التمويل، 2000-2017 4

شكل (4-1): أعداد التحويلات الطبية في فلسطين، 2001-2018 9

شكل (5-1): توزيع التحويلات الطبية بحسب فئات الأعمار للعام 2017 12

شكل (1-2): عدد حالات السرطان المبلغ عنها في الضفة الغربية خلال الأعوام 2000-2018 13

شكل (2-2): توزيع حالات السرطان المبلغ عنها على المحافظات في الضفة الغربية بناء على معدل الحدوث لكل 100,000 من السكان في العام 2018 14

شكل (3-2): التوزيع المئوي لحالات السرطان المبلغ عنها حسب الفئة العمرية والجنس في الضفة الغربية في العام 2018 15

شكل (1-4): معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في فلسطين، 1990-2017 49

شكل (1-6): حصة الفرد من الإنفاق الجاري، 2000-2017 67

الملخص التنفيذي

- تسعى هذه الدراسة الى تقييم أداء القطاع الصحي الفلسطيني على المستوى الكلي بهدف وضع تدخلات لتقليل العبء المالي للتحويلات الطبية خارج القطاع الصحي الحكومي وتعزيز توطينها. شمل نطاق الدراسة عدة محاور من أبرزها تحليل توزيع نفقات القطاع الصحي خلال السنوات الماضية، وتحليل هيكلية التحويلات الطبية من حيث أنواع الأمراض وتكاليف التحويلات، وتحليل الإيرادات من النشاطات الصحية بالتركيز على التأمين الصحي. كما شملت الدراسة تقييم البنى التحتية، المادية والبشرية، لقطاع الرعاية الصحية وتحديد الثغرات الرئيسية فيه، وتقييم قدرة قطاع الأدوية الفلسطيني على سد الطلب المحلي.
- بلغ مجموع الإنفاق الفعلي على التحويلات الطبية لعام 2018 ما مقداره 945 مليون شيكل، حيث غطى هذا الانفاق حوالي 110 ألف تحويلة (56% من الذكور والباقي من الإناث). وعلى المستوى المناطقي، بلغت نسبة التحويلات من قطاع غزة 28% من المجموع الكلي لعدد التحويلات، والتي تشكل 32.3% من تكلفة التحويلات، والباقي للضفة الغربية. تظهر النتائج أن مستشفيات الضفة الغربية قد حازت على النسبة الأكبر من تكاليف التحويلات (35%)، تليها المستشفيات الفلسطينية في القدس الشرقية (32%)، والمستشفيات الإسرائيلية داخل الخط الأخضر (28%). أما المستشفيات في قطاع غزة فحصلت على حصة متدنية لا تتجاوز 5% من مجمل تكاليف التحويلات. وتجدر الإشارة هنا الى تغير توزيع التحويلات من المستشفيات الإسرائيلية، والتي كانت تحوز على الحصة الأكبر من التحويلات (40% في العام 2013) نحو المستشفيات الفلسطينية. ويعود ذلك الى الإصلاحات التي تبنتها وزارة الصحة الفلسطينية خلال السنوات السابقة. الا ان ذلك لم يحد كثيرا من عبء فاتورة التحويلات الطبية.
- بلغ عدد التحويلات الطبية خارج المستشفيات والمراكز الصحية لوزارة الصحة في عام 2018 ما مجموعه 109,818 تحويلة، حيث استفاد منها حوالي 55,670 مريض، بمعدل يقارب تحويلتين لكل فرد. أما بخصوص التوزيع النسبي لأعداد التحويلات بحسب الجهة الموجهة إليها، تشير بيانات العام 2018 إلى أن المستشفيات الفلسطينية في القدس قد حازت على الحصة الأكبر، تليها المستشفيات في باقي مناطق الضفة الغربية. وتشكل الجهتان معاً حوالي 75% من مجمل أعداد التحويلات. أما المستشفيات الإسرائيلية داخل الخط الأخضر فقد استقبلت 17% من التحويلات.
- تظهر النتائج الخاصة بأعداد التحويلات الطبية، بحسب أنواع المرض، أن الأورام تأتي في المرتبة الأولى، يليها وبفارق كبير أمراض القلب، وأمراض الكلى والمسالك البولية، على التوالي. وبحسب الجهة المحول لها، تظهر البيانات أن المستشفيات الإسرائيلية قد حازت على حصة كبيرة من التحويلات الخاصة بأمراض الدم، والجراحة العامة، والأورام، والطب النووي. أما المستشفيات في القدس الشرقية، فتستقبل بشكل رئيس الحالات المتعلقة بالأورام، وأمراض العيون، وأمراض الأطفال، والجراحة العامة، وأمراض النسائية، والعظام. وفي المقابل، تستقبل باقي مستشفيات الضفة الغربية العدد الأكبر من أمراض القلب والمسالك البولية، وخدمات التصوير الطبي، والاختبارات الطبية، وإعادة التأهيل.
- بخصوص تقييم البنى التحتية للقطاع الصحي الفلسطيني؛ تظهر نتائج الدراسة تدني مستوى التجهيزات الطبية وقلة في عدد الأسرة في اقسام المستشفيات، سواء الحكومية او الخاصة/الأهلية الفلسطينية، والتي تعالج الأمراض التي يشيع تحويلها نحو المستشفيات الاسرائيلية. كما تظهر النتائج قلة أعداد الكوادر البشرية التي تعالج هذه الأمراض. الأمر الذي يشير إلى أن عدم كفاية البنى التحتية، المادية والبشرية، يشكل عاملاً مهماً في توسع أعداد التحويلات الطبية، خصوصاً إلى المستشفيات الإسرائيلية.

- تظهر النتائج أن قدرة قطاع الصناعات الدوائية الفلسطيني على تلبية الطلب المحلي على الأدوية محدودة ولا تتجاوز نطاق الأدوية الجنيسة. لذا، سيستمر اعتماد وزارة الصحة والسوق الفلسطيني، على الأقل على المستوى القصير والمتوسط، على الاستيراد لتلبية الطلب على الأدوية المعالجة للأمراض التي يشيع تحويلها خارج مستشفيات وزارة الصحة. فإنتاجها يحتاج إلى استثمارات هائلة يصعب توفيرها ضمن بيئة عدم الاستقرار السياسي الحالي.
- استعرضت الدراسة أبرز المؤشرات الصحية في فلسطين وقارنتها، كأداة تقييمية، مع مؤشرات دول أخرى. بينت النتائج بأن فلسطين قد أحرزت تقدماً ملحوظاً على مدى العقدين الماضيين في زيادة متوسط العمر المتوقع لسكانها وتقليل معدلات الوفيات فيها. في المقابل، تراجعت مكانة فلسطين عند المقارنة بينها وبين الدول الأخرى فيما يتعلق بمؤشرات الإنفاق الصحي، كنسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي. كما بينت النتائج ارتفاع جودة الصحة الإنجابية في فلسطين بالنسبة للدول الأخرى. إلا أنها ما زالت متأخرة فيما يتعلق بالحد من الأمراض غير المعدية، كأمراض القلب والسرطان والسكري، والتي تتسبب بوفاة شريحة واسعة من المواطنين.
- تناولت الدراسة التحديات المالية التي تواجه الحكومة الفلسطينية في تزويد الخدمات الصحية وعلى رأسها تغطية التحويلات الطبية وبينت أن الميزانية المرصودة لوزارة الصحة الفلسطينية قد حافظت على ثبات نسبي خلال السنوات السابقة ولم توائم النمو السكاني أو الحاجة إلى تطوير القطاع الصحي وتحسين جودته من دون المساس بالخدمات الصحية التي توفرها الوزارة، وفي مقدمتها الرعاية الصحية الأولية. كما بينت الدراسة أن انخفاض إيرادات التأمين الصحي الحكومي يعد عاملاً أساسياً في استدامة وتوسع العبء المالي للتحويلات الطبية. وتمثل التحديات الاقتصادية، خصوصا في قطاع غزة، واتساع القطاع غير الرسمي، والقصور في إدارة ملف التأمين الصحي من قبل وزارة الصحة الفلسطينية أهم العوامل التي تساهم في انخفاض إيرادات التأمين الصحي.
- وفي ضوء التحديات التي يعاني منها ملف التأمين الصحي، تخلص الدراسة إلى صعوبة تطبيق التأمين الصحي الحكومي على نحو شامل في فلسطين، على المستوى القصير والمتوسط. لكن في المقابل، يمكن إحداث تدخلات من أجل تحسين إيرادات التأمين الصحي الحكومي. من أهمها، في المستوى قصير الأمد، عدم التهاون في تطبيق الإجراءات المتعلقة بفترة سريان التأمين بحسب التعليمات، وزيادة قيمة اشتراكات التأمين الصحي سواء المتعلقة بالخدمات الصحية أو شراء الأدوية على نحو لا يشكل عبئاً على المشتركين. وفي المستوى متوسط الأمد، توصي الدراسة بتعزيز إيرادات التأمين الصحي من خلال زيادة العائدات الضريبية. ويمكن أن يتم ذلك برفع نسبة الضرائب، على نحو محدود، على عدد من السلع الاستهلاكية، ومحاربة التهرب الضريبي وتوسيع القاعد الضريبية أفقيا.
- في إطار سعي الدراسة لاستشراف الأعباء الالية المتعلقة بالتحويلات الطبية خلال العشر سنوات القادمة، يظهر تحليل التنبؤات الى أن عدد التحويلات الطبية سيرتفع، على افتراض عدم وجود تدخل حكومي للحد منها مستقبلا، من حوالي 125 ألف إلى 403 ألف تحويلة وبتكلفة تتراوح ما بين 1,075 مليون شيكل و3,468 مليون شيكل. في المقابل، ستزيد أعداد التحويلات ضمن وجود تدخل حكومي فاعل من حوالي 121 ألف إلى 279 ألف تحويلة، وبتكلفة تتراوح ما بين 1054 مليون شيكل و2651 مليون شيكل لنفس الفترة.
- سعت الدراسة من خلال التحليل المعمق لتكاليف التحويلات وتقييم أداء القطاع الصحي الفلسطيني الى استنتاج عدد من التدخلات لتعزيز توطين الخدمات الطبية والحد من التحويلات نحو الخارج، سواء الى المستشفيات الإسرائيلية او الى المستشفيات في دول الجوار. تؤكد نتائج الدراسة على أن تحقيق هذه الأهداف يعتمد على إجراء إصلاحات في نظام التحويلات ومعالجة النقص في الادوية المرسلة إلى قطاع غزة. كما توصي الدراسة بتوسيع الخدمات الأولية والثانوية في المستشفيات الحكومية وتوجيه التوسع في الخدمات الصحية الثالثية نحو القطاع الخاص والأهلي الفلسطيني على حساب التحويلات نحو المستشفيات الإسرائيلية والمستشفيات في دول الجوار.

- تخلص الدراسة إلى أنه من الصعب وقف جميع التحويلات نهائياً خارج القطاع الصحي الفلسطيني على الأقل في المستوى المتوسط. فتوطين الخدمات الطبية الخاصة بزراعة النخاع–القائم على التبرع، وزراعة القلب، وزراعة الأعضاء المزدوجة يحتاج الى توفير التقنيات ومراكمة خبرات على مدار عدة سنوات. وفي كل الأحوال، يتطلب توسيع نطاق توطين الخدمات الطبية تقديم ضمانات من وزارة الصحة بأن التحويلات المستقبلية سيتم توجيهها نحو القطاع الخاص والأهلي على نحو يضمن جدوى زيادة الاستثمار في الخدمات الصحية الثالثية. كما يتطلب سد النقص في الخبرات والبنى التحتية للتخصصات الطبية المتعلقة بالأمراض الأكثر تحويلاً نحو الخارج.

أهداف الدراسة

بلغ مجموع الانفاق الفعلي على التحويلات الطبية خارج المستشفيات الحكومية الفلسطينية ما يقارب المليار شيكل. يوازي هذا المبلغ حوالي 53% من ميزانية وزارة الصحة، ويشكل عبئا ماليا ثقيلا على كاهل الحكومة الفلسطينية ودافعي الضرائب. تهدف هذه الدراسة الى تقييم أداء القطاع الصحي الفلسطيني على المستوى الكلي من اجل وضع تدخلات لتقليل العبء المالي للتحويلات الطبية وتعزيز توطينها. شمل نطاق الدراسة عدة محاور من أبرزها:

- تحليل مؤشرات الانفاق الكلية للقطاع الصحي الفلسطيني.
- تحليل لأعداد وتوزيع التحويلات الطبية وتكلفتها بالتركيز على أمراض السرطان.
- تقييم موازنة وزارة الصحة الفلسطينية وارتباطها بالعبء المالي للتحويلات الطبية.
- تقييم البنى التحتية، المادية والبشرية، للقطاع الصحي الفلسطيني وسبل تطويره لزيادة توطين الخدمات الطبية.
- تقييم قدرة قطاع التصنيع الدوائي الفلسطيني على تلبية الطلب المحلي.
- تقييم مستوى الرعاية الصحية في فلسطين.
- تقدير الإنفاق على الرعاية الصحية للعشر سنوات القادمة.
- تحديد أولويات توطين الخدمات الطبية.

لتحقيق أهداف الدراسة، تم الاستعانة بمجموعة من البيانات الثانوية، وتضم ما توفر من الحسابات الصحية الوطنية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وبيانات عن التحويلات الطبية وتكاليفها وبيانات موازنة وزارة الصحة من وزارة الصحة الفلسطينية، وبيانات عن مؤشرات الرعاية الصحية في فلسطين والموثقة في المراجع والأدبيات ذات الصلة. كما تم الاستعانة أيضا ببيانات أولية تم جمعها من قبل فريق البحث حول البنى التحتية للقطاع الصحي الفلسطيني في الضفة الغربية وفي قطاع غزة. هذا إضافة الى بيانات أولية تم جمعها من خلال اجراء العديد من المقابلات مع ممثلين عن وزارة الصحة الفلسطينية لسبر غور مسألة التحويلات الطبية.

يجب التنويه الى أن متن الدراسة لا يتناول في تحليله للتحويلات الطبية أعدادها أو تكاليفها للعام 2019 أو ما بعده وذلك لغياب البيانات اللازمة. وبذلك لا تتطرق الدراسة لتبعات قرار الحكومة، الذي اتخذتها في شهر مارس من العام 2019، بإيقاف التحويلات الطبية باتجاه المستشفيات الإسرائيلية وتحويلها الى المستشفيات في الأردن ودول الجوار. الا أن هذا التطور لا يحط من قدر واهمية تحليل واستنتاجات الدراسة والتي تهدف، كما ذكرنا أعلاه، الى تعزيز توطين الخدمات الطبية وتقليل عبئها المالي بغض النظر عن الجهة الخارجية المحول اليها.

1- الإنفاق على القطاع الصحي في فلسطين

يهدف هذا القسم إلى استعراض الإنفاق المرتبط بالقطاع الصحي الفلسطيني والتغير الذي طرأ عليه خلال السنوات السابقة. سيتم التركيز على عدد من المؤشرات، وهي:

1) الإنفاق بحسب أوجه الرعاية الصحية (رعاية أولية ورعاية ثانوية/ثالثية).
2) الإنفاق بحسب المزودين.
3) الإنفاق بحسب التحويلات الطبية.

لدراسة هذه المؤشرات، تم الاستعانة ببيانات الحسابات الصحية الوطنية والصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للفترة ما بين العام 2000 وحتى العام 2017 (أحدث البيانات المنشورة). تم إعداد هذه الحسابات بالاعتماد على نظام الحسابات الصحية الموحد (SHA 2001) والصادر عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، والمكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي (EUROSTAT). توفر الحسابات الصحية بيانات عن التدفقات المالية الخاصة باستهلاك سلع الرعاية الطبية وخدماتها خلال فترة زمنية محددة. كما توفر بيانات عن المصادر والاستخدامات والقنوات لكل مورد من الموارد المالية الخاصة بالقطاع الصحي.[1]

تجدر الإشارة إلى أن منهجية إعداد الحسابات الصحية الفرعية قد تم تعديلها منذ العام 2015 والتي كانت تعد بالاعتماد على "نظام الحسابات الصحية 2000" والصادر عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية. ومع هذا التعديل، يصعب مقارنة التغيرات التي طرأت على جميع الحسابات الفرعية المعدلة قبل وبعد فترة التعديل. إلا أنه يمكن إجراء المقارنات على مستوى الحسابات الصحية الإجمالية كالإنفاق الصحي الكلي، والإنفاق على الرعاية الأولية، والإنفاق بحسب وكلاء (مصادر) التمويل. لذا سيتم عرض ونقاش التغيرات على هذه المؤشرات خلال الفترة كاملة، بينما سيقتصر النقاش حول الحسابات الفرعية على عامي 2016 و2017[2]. لا تشمل البيانات، في كل الأحوال، بيانات الحسابات الصحية الخاصة بالجزء من محافظة القدس والخاضع لسيطرة الاحتلال الإسرائيلي.

1-1 الإنفاق بحسب الحسابات الصحية

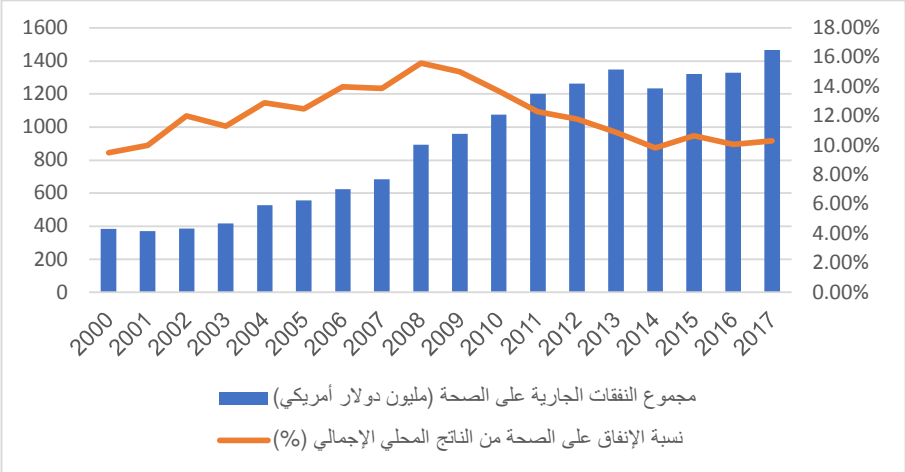
تقسم الحسابات الصحية إلى نفقات جارية، ونفقات رأسمالية (تتعلق بالتكوين الرأسمالي الإجمالي)، ونفقات أخرى مرتبطة بالإنفاق على الصحة. بلغ مجموع النفقات الخاصة بالقطاع الصحي لعام 2017 ما مقداره 1,500.5 مليون دولار، حيث تمثل النفقات الجارية غالبيتها (1,466.7 مليون دولار)، مقابل 26.5 مليون دولار للتكوين الرأسمالي الاجمالي، و7.3 مليون دولار للنفقات الأخرى. ولا تقتصر استنتاجات توزيع النفقات بين النفقات الجارية والرأسمالية هذه على عام 2017، وإنما تشمل باقي السنوات. لذا سيقتصر النقاش فيما يلي على النفقات الجارية.

[1] http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2428.pdf

[2] تم استثناء المؤشرات الخاصة بعام 2015 بسبب تحفظات على دقة البيانات المنشورة.

تشير بيانات الحسابات الصحية إلى أن النفقات الجارية قد زادت بشكل خطي على مدار الفترة ما بين 2000 و2017، حيث ارتفعت منذ عام 2000 من مستوى 384.4 مليون دولار، مقاسا بالأسعار الجارية (أنظر شكل 1-1). لكن هذا الارتفاع لم يواكب التوسع في الاقتصاد الفلسطيني. وللتدليل على ذلك، تم تتبع التغير في نسبة النفقات الجارية إلى الناتج المحلي الإجمالي، مقاسا بالأسعار الجارية. يشير شكل (1-1) إلى أن قيمة هذا المؤشر قد ارتفعت من حوالي 9.5% عام 2000 إلى 15.6% للعام 2008. لكنه عاود الانخفاض خلال السنوات اللاحقة ليصل إلى مستوى 10.3% للعام 2017.

شكل (1-1): مجموع النفقات الجارية على القطاع الصحي (مليون دولار) في فلسطين، 2000-2017



مصدر البيانات: الحسابات الصحية الوطنية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

1-2 الإنفاق الجاري بحسب مؤشرات مختارة من الحسابات الفرعية

1-2-1 توزيع الإنفاق الجاري بحسب نوع الرعاية الصحية

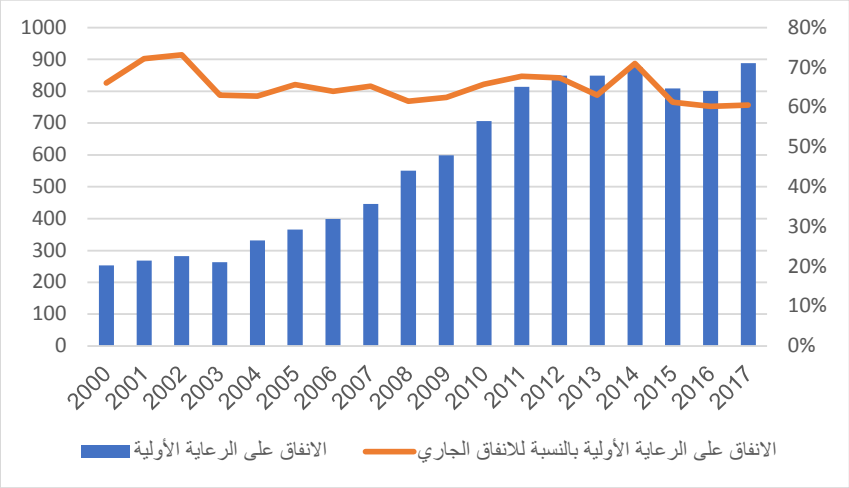
يمكن تقسيم الإنفاق الجاري بحسب نوع الرعاية الصحية إلى نفقات الرعاية الأولية (primary health care)، ونفقات الرعاية الثانوية (secondary health care)، ونفقات الرعاية الثالثية (tertiary health care).[3] يوفر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بيانات الإنفاق على الرعاية الصحية على مستوى الرعاية الأولية وعلى مستوى الرعاية العلاجية المقدمة للمدخلين للمستشفيات، والتي تشمل بشكل أساس الرعاية الثانوية والثالثية والتي تشمل عادة الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين للمستشفيات والعلاجات التخصصية.

تشير البيانات الموثقة في شكل (2-1) إلى أن الإنفاق على الرعاية الأولية قد بلغ 888.333 مليون دولار للعام 2017، حيث يعادل هذا المبلغ حوالي 60% من مجمل الإنفاق الجاري والباقي مخصص للرعاية الثانوية والثالثية. وخلال السنوات

[3] بحسب التعريفات المستخدمة من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني تشمل الرعاية الصحية الأولية الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والاشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة. ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة. تضم الرعاية الصحية الثانوية العلاج من قبل اختصاصي في المستشفى للمريض المحول من الرعاية الأولية او الطوارئ. أما الرعاية الصحية الثالثية فتضم الرعاية الاستشارية المتخصصة والتي تحول عادة من الرعاية الصحية الأولية او الثانوية وتقدم في مركز لديه مرافق للفحوصات والعلاج المتخصص. أنظر http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2428.pdf

السابقة، ازداد مستوى الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية، مقاسا بالأسعار الجارية، من مستوى 253.805 مليون دولار للعام 2000 وتسارع بشكل مضطرد في الفترة التي سبقت عام 2011. كما تشير البيانات إلى أن نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية من الإنفاق الجاري قد تذبذبت ما بين 60% و70% خلال الفترة حتى العام 2014، فيما حافظت على مستوى مستقر نسبياً عند 60% خلال السنوات الثلاث الماضية.

شكل (2-1): مجموع نفقات الرعاية الصحية الأولية (مليون دولار) ونسبتها إلى الإنفاق الجاري في فلسطين، 2000-2017



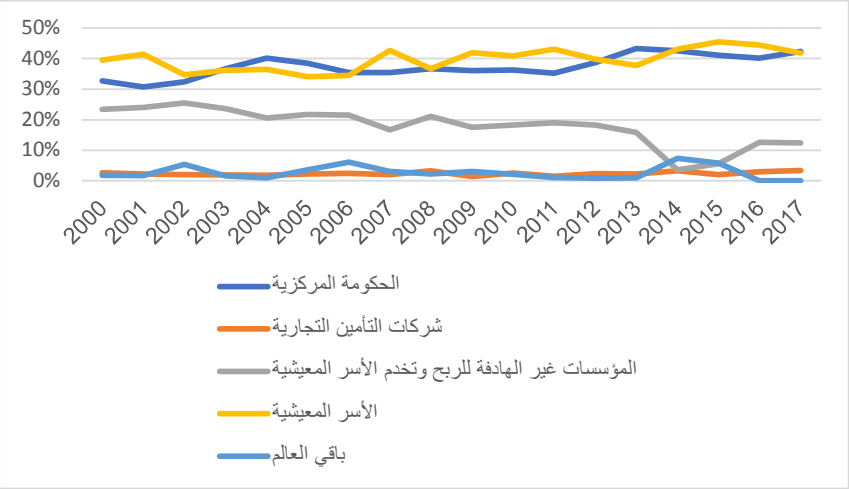
مصدر البيانات: الحسابات الصحية الوطنية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

2-2-1 توزيع الإنفاق بحسب وكلاء التمويل (مصادر التمويل)

يوثق شكل (3-1) توزيع مصادر تمويل الإنفاق على القطاع الصحي، والتي تقسم إلى: الحكومة المركزية، والأسر المعيشية، وشركات التأمين التجاري، والمؤسسات غير الهادفة إلى الربح وتخدم الأسر المعيشية، وباقي العالم. تظهر النتائج أن الحكومة المركزية والأسر المعيشية يشكلان بحصص متقاربة المصدر الأساس للتمويل، حيث يشكل كلاهما أكثر من 80% من مجمل تمويل الإنفاق الصحي. تأتي المؤسسات غير الهادفة للربح في المرتبة الثالثة عند حوالي 12%. في حين لا تزيد حصة قطاع التأمين التجاري عن 4%، والباقي يأتي من مصادر خارجية (باقي العالم). وتشير البيانات إلى أن نسب التوزيع هذه لم تتغير كثيرا عبر السنوات السابقة. لكن يشذ عن هذه القاعدة تمويل المؤسسات غير الهادفة للربح والتي استمرت حصتها في الانخفاض من مستوى 25% في عام 2002.

يتم تأمين التمويل الحكومي (الحكومة المركزية) من ثلاثة مصادر أساسية، تضم: العائدات المحلية الحكومية، والتمويل من مصادر خارجية (أجنبية)، ومساهمة التأمين الاجتماعي. وبشكل التمويل من العائدات الحكومية أهم مصادر التمويل، فقد بلغت حصتها العام 2016 الثلثين، فيما ازدادت في العام 2017 لتتجاوز 70% التمويل الإجمالي وذلك على حساب المصادر الخارجية (أنظر جدول 1-1).

شكل (3-1): التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين بحسب وكلاء التمويل، 2000-2017



مصدر البيانات: الحسابات الصحية الوطنية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

جدول (1-1): أنواع الإيرادات التي تمول الإنفاق الحكومي في فلسطين، 2016 و2017

أنواع التمويل	2016	2017
التمويل من العائدات الحكومية	66%	72%
التمويل التي توزعها الحكومة من مصادر خارجية	27%	18%
مساهمة التأمين الاجتماعي	7%	10%
المجموع	100%	100%

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

1-2-3 توزيع الإنفاق الجاري بحسب المزودين

يوثق جدول (2-1) توزيع الإنفاق الجاري على قطاع الصحة بحسب المزودين والذين يقسمون إلى: المستشفيات، ومقدمي الرعاية الصحية الأولية، ومراكز الصحة الأولية، ومقدمي الخدمات المساندة، ومزودي السلع الطبية، ومقدمي خدمات الطب الوقائي، ومقدمي الخدمات الإدارية والمالية للنظام الصحي والقطاعات الاقتصادية الأخرى، ودول العالم. ويوثق الجدول التصنيفات الفرعية للمزودين. تظهر البيانات أن الإنفاق من قبل المستشفيات يشكل الجزء الأكبر مقارنة بباقي المزودين، لتصل نسبته إلى 36%، يليها مزودي السلع الطبية (26%)، ومقدمي الرعاية الصحية الأولية (13%)، ومراكز الرعاية الصحية الأولية (13%).[4]

[4] يرجى ملاحظة الفرق بين الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية ومقدمي ومراكز الرعاية الصحية الأولية. فالسابق يشمل كما ذكرنا أعلاه بنود متنوعة تشمل مزودي السلع الطبية وغيرها.

وعن توزيع الإنفاق بحسب أنواع المستشفيات، تشير البيانات إلى أن المستشفيات العامة تحوز على 64% من مجمل إنفاق المستشفيات. فيما يتوزع الباقي على المستشفيات الخاصة، يليها وبفارق واسع مستشفيات الصحة النفسية. وضمن إنفاق المستشفيات العامة، تحوز المستشفيات الحكومية على النسبة الأكبر من الإنفاق (75%)، يليها المستشفيات التابعة للقطاع غير الهادف إلى الربح، والقطاع الخاص على التوالي.

جدول (2-1): توزيع الإنفاق الجاري بحسب مزودي الخدمات الطبية في فلسطين، 2016 و2017

السنة	2016	2017	2016 (%)	2017 (%)
المستشفيات	**460,474**	**526,413**	**35%**	**36%**
المستشفيات العامة	323,186	335,517	24%	23%
- مستشفيات حكومية عامة	216,720	252,747	16%	17%
- مستشفيات عامة تابعة للقطاع غير الهادف للربح	60,813	42,693	5%	3%
- مستشفيات عامة قطاع خاص	41,719	36,581	3%	2%
- مستشفيات عامة غير محددة القطاع	3,934	3,496	0%	0%
مستشفيات الصحة النفسية	9,472	10,254	1%	1%
المستشفيات المتخصصة	120,916	173,823	9%	12%
مستشفيات غير مصنفة	6,901	6,820	1%	0%
مرافق الرعاية الصحية طويلة الأمد للمقيمين	**1,559**	**1,109**	**0%**	**0%**
مقدمي الرعاية الصحية الأولية	**162,215**	**191,796**	**12%**	**13%**
ممارسات طبية*	108,895	135,240	8%	9%
عيادات طب الأسنان	50,779	52,543	4%	4%
ممارسين لخدمات الرعاية الصحية الأخرى	2,541	4,014	0%	0%
مراكز الرعاية الصحية الأولية	**203,439**	**194,664**	**15%**	**13%**
مقدمي الخدمات المساندة**	**48,573**	**53,388**	**4%**	**4%**
بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية	**281,751**	**306,867**	**21%**	**21%**
مقدمي خدمات الطب الوقائي	**6,656**	**6,924**	**1%**	**0%**
مقدمي الخدمات الإدارية والمالية للنظام الصحي	**36,676**	**37,420**	**3%**	**3%**
قطاعات الاقتصاد الأخرى	**16,417**	**40,439**	**1%**	**3%**
باقي العالم	**112,299**	**107,682**	**8%**	**7%**
المجموع (ألف شيكل)	**1,330,058**	**1,466,702**	**1,330,058**	**1,466,702**

* تضم الممارسات الطبية عيادات الممارسين للطب العام وعيادات الأطباء المتخصصين (باستثناء ممارسة طب الأسنان) والتي يحمل فيها الممارسون الأطباء درجة دكتور في الطب (وفق التصنيف المعياري الدولي للمهن (ISCO-08) رمز 2210). كما تتضمن هذه المجموعة ممارسة الطب التقليدي المكمل والبديل المعتمد على ثقافة طبية مناسبة.

** تضم هذه الفئة المؤسسات التي تقدم الخدمات المساندة المحددة مباشرة للمرضى ضمن العيادات الخارجية، وذلك بإشراف المهنيين في مجال الصحة، وغير المغطاة بالمعالجة في المستشفيات، أو في مرافق الرعاية التمريضية، أو مقدمي الرعاية الإسعافية، أو مقدمي الرعاية الآخرين. وهي أيضا تشمل مقدمي نقل المرضى والإنقاذ والطوارئ، والمختبرات الطبية والتشخيصية، ومختبرات الأسنان.

يوضح جدول (3-1) توزيع الإنفاق بحسب وكلاء التمويل وأهم مقدمي الرعاية الصحية لعام 2017 و2016. تظهر بيانات العام 2017 أن معظم الإنفاق الحكومي (ثلثيه) يتركز في المستشفيات، يليها مراكز الرعاية الأولية. فيما توزع الأسر الجزء الأكبر من إنفاقها الصحي على شراء السلع الطبية يليها الإنفاق على مقدمي الرعاية الصحية الأولية. وأما نظم وبرامج الإنفاق غير الإلزامي على الرعاية الصحية (وتضم شركات التأمين التجاري والمؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية) فيتركز معظم إنفاقها على المستشفيات ويليها الإنفاق على مراكز الصحة الأولية. كما تشير البيانات بأن توزيع هذه الحصص لم يتغير بشكل ملموس مقارنة بالعام 2016، خصوصا فيما يتعلق بالإنفاق الحكومي وإنفاق الأسر المعيشية.

جدول (3-1): توزيع الإنفاق بحسب وكلاء التمويل وأهم مقدمي الرعاية الصحية لعام 2017

2017							
وكلاء التمويل	**المستشفيات**	**مقدمي الرعاية الصحية الأولية**	**مراكز الرعاية الصحية الأولية**	**بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية**	**أخرى**	**المجموع**	**مجموع الإنفاق**
النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية (الحكومة المركزية)	64%	-	20%	-	16%	100%	621232.4
نظم وبرامج الإنفاق غير الإلزامي على الرعاية الصحية	41%	13%	27%	8%	11%	100%	180833.6
إنفاق الأسر المعيشية	9%	25%	3%	47%	16%	100%	613984.1
باقي العالم	9%	27%	5%	-	59%	100%	50651.4
2016							
النظم والبرامج الحكومية ونظم المساهمة الإلزامية لتمويل الرعاية الصحية	60%		22%	-	18%	100%	533,479.9
نظم وبرامج الإنفاق غير الإلزامي على الرعاية الصحية	48%	7%	31%	6%	9%	100%	168999.5
إنفاق الأسر المعيشية	10%	24%	3%	46%	17%	100%	592001.3
باقي العالم	-	18%	51%	-	30%	100%	35,577.2

مصدر البيانات: الحسابات الصحية الوطنية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

3-1 التحويلات الطبية خارج المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية

يسعى هذا القسم إلى توثيق الإنفاق على التحويلات الطبية الى خارج المستشفيات والمراكز الطبية الحكومية والتغير الذي طرأ عليه. تتيح البيانات مقارنة التغيرات منذ عام 2013. كما يفصل هذا القسم توزيع التحويلات بحسب الجهات المحول لها وطبيعة العلاج، والجنس، والفئة العمرية.

يستند تحليل التكاليف في هذا القسم إلى البيانات المالية المستمدة من فواتير التحويلات الطبية والتي تم الحصول عليها من وزارة الصحة الفلسطينية. ويجب التنويه هنا أن هذه البيانات تختلف عن تلك الموثقة في التقارير السنوية لوزارة الصحة والتي تعكس التكاليف بحسب قائمة أسعار الخدمات الطبية المتفق عليها مع مزودي الخدمات خارج مستشفيات وزارة الصحة. ولا تعكس هذه الأسعار التكاليف الفعلية للخدمات الطبية والخدمات المساندة التي تلقاها المرضى المحولون. ويرجع السبب عادة

إلى أن هؤلاء المرضى قد يتلقوا خدمات صحية خارج نطاق الخدمات المنصوص عليها ضمن تحويلاتهم الطبية. تشير البيانات إلى وجود فروقات كبيرة بين التكاليف الفعلية والتكاليف الموثقة في تقارير الوزارة. فمثلا بلغت التكاليف الفعلية لعام 2016 حوالي 876 مليون شيكل فيما بلغت التكاليف الموثقة في التقارير حوالي 440 مليون شيكل.

1-3-1 تكاليف التحويلات الطبية

بلغ مجموع الإنفاق الفعلي على التحويلات الطبية لعام 2018 ما مقداره 944,669,180م شيكل. وقد بلغت تكلفة التحويلات للمستشفيات ما يعادل 71% من مجمل تكاليف التحويلات. وعلى المستوى المناطقي، بلغت نسبة التحويلات من قطاع غزة 28%، من المجموع الكلي لعدد التحويلات، والتي تشكل 32% من تكلفة التحويلات والباقي للضفة الغربية.

أما عبر السنوات السابقة، فتشير البيانات إلى أن الإنفاق على التحويلات الطبية قد ارتفع من حوالي 579 مليون شيكل العام 2013 إلى 800 مليون شيكل العام 2014 ومن ثم انخفض في السنة اللاحقة وعاود الارتفاع. فيما استقرت ميزانية وزارة الصحة، كما ذكرنا أعلاه عند معدل 1.7 مليار شيكل. أنظر جدول (4-1) والذي يوثق الإنفاق على التحويلات ونسبتها من ميزانية وزارة الصحة للأعوام ما بين 2015 و2018).

جدول (4-1): الإنفاق على التحويلات الطبية بالشيكل، ونسبته من الإنفاق الحكومي والإنفاق الإجمالي على قطاع الصحة، 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
مجموع الإنفاق الفعلي	725,960,840	835,434,816	875,736,972	944,669,180
النسبة من ميزانية وزارة الصحة	%42	%49	%51	%56

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية والحسابات الصحية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

يعرض جدول (5-1) التوزيع النسبي لتكاليف التحويلات بحسب الجهة المحول إليها حتى العام 2017. تظهر البيانات أن مستشفيات الضفة الغربية قد حازت على النسبة الأكبر من التكاليف، تليها المستشفيات الفلسطينية في القدس الشرقية، والمستشفيات الإسرائيلية داخل الخط الأخضر. وأما المستشفيات في قطاع غزة على حصة متدنية لا تتجاوز 5% من مجمل تكاليف التحويلات. ومن اللافت أن حصة المستشفيات في الضفة الغربية قد ارتفعت بشكل تدريجي خلال السنوات السابقة بأكثر من 10 نقاط مئوية، من مستوى 27% إلى 38% بين عام 2013 وعام 2017، ولكنها انخفضت بشكل بسيط (حوالي 3 نقاط مئوية خلال العام 2018). وتأتي هذه الزيادة على حساب حصة المستشفيات الإسرائيلية والتي انخفضت حوالي 13%، من مستوى 41% إلى 28%. ويعود هذا الانخفاض الى تبنى وزارة الصحة سياسات التوطين والترشيد في التحويلات الطبية باتجاه القطاع الصحي الفلسطيني. ومن أبرز هذه الإصلاحات توقيع اتفاقيات شراء خدمة خصوصا مع المستشفيات المحلية وتفعيل دور وحدة المراجعة وتدقيق التحويلات الطبية.

جدول (5-1): التوزيع النسبي لتكاليف التحويلات بحسب الجهة المحولة إليها، 2013-2018

الجهة المحول اليها	2013	2014	2015	2016	2017	2018
قطاع غزة	1.4%	1.2%	1.9%	2.1%	2.6%	4.3%
الضفة الغربية ما عدا القدس الشرقية	27.0%	28.7%	34.4%	36.6%	38.2%	35.0%
القدس الشرقية	30.2%	26.6%	30.8%	34.1%	32.9%	31.7%
المستشفيات الإسرائيلية	41.4%	43.6%	33.0%	27.2%	26.3%	28.4%
أخرى (مصر، تركيا، الأردن)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%
المجموع النسبي	100%	100%	100%	100%	100%	100%
مجموع الإنفاق على التحويلات	579,296,700	800,045,223	725,960,840	835,434,816	875,736,972	959,969,173

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

1-3-2 أعداد التحويلات الطبية

بلغ عدد التحويلات الطبية خارج المستشفيات والمراكز الصحية لوزارة الصحة في عام 2018 ما مجموعه 109,818 تحويلة، حيث استفاد منها حوالي 55,670 مريض، بمعدل يقارب تحويلتين لكل فرد (أنظر جدول 1-6) والذي يوثق أيضا ما توفر من بيانات حول أعداد المرضى المحولين ومعدل عدد التحويلات منذ العام 2015). بلغت حصة التحويلات للذكو (56% والباقي للإناث. وتتوزع هذه التحويلات، بحسب نوع الخدمة ما بين استشارة طبية (32%) ومبيت في المستشفيات (68%).

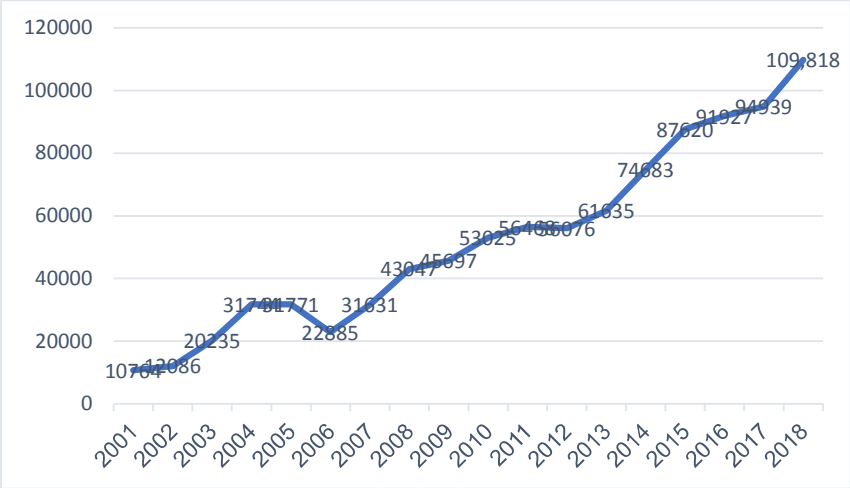
تتيح البيانات الصادرة عن وزارة الصحة تتبع التغيرات على أعداد التحويلات الطبية منذ العام 2001 وحتى العام 2018. يوثق شكل (4-1) التطور على أعداد التحويلات الطبية ويظهر ارتفاعا خطيا فيها، ما عدا الانخفاض في العام 2006. فقد تضاعفت أعداد التحويلات أكثر من عشر مرات بمعدل نمو سنوي بلغ حوالي 12%. ويعزى هذا الارتفاع إلى عدة عوامل من أهمها النمو السكاني السنوي، والذي يقترب من 3%، إضافة إلى القصور في توسيع البنى التحتية للمستشفيات الحكومية، سواء فيما يتعلق بالمصادر البشرية الطبية، والتجهيزات الطبية، والأدوية، وكذلك القصور في إدارة عملية التحويلات (أنظر مزيدا من النقاش في الأسفل).

جدول (6-1): أعداد التحويلات، والمرضى المحولين، ومعدل عدد التحويلات في فلسطين لكل مريض، 2015-2018

السنة	عدد التحويلات	عدد المرضى	معدل عدد التحويلات لكل مريض
2015	87,616	43,773	2
2016	91,962	46,751	1.9
2017	94,961	51,994	1.8
2018	109,818	55,670	1.9

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

شكل (4-1): أعداد التحويلات الطبية في فلسطين، 2001-2018



مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

أما بخصوص التوزيع النسبي لأعداد التحويلات بحسب الجهة الموجهة إليها (أنظر جدول 1-7)، تشير بيانات العام 2018 إلى أن المستشفيات الفلسطينية في القدس قد حازت على الحصة الأكبر، تليها المستشفيات في باقي مناطق الضفة الغربية. وتشكل الجهتان معاً حوالي 75% من مجمل أعداد التحويلات. وأما المستشفيات الإسرائيلية داخل الخط الأخضر فقد استقبلت 17% من التحويلات. إلا أن تكاليف التحويلات إلى المستشفيات الإسرائيلية قد تجاوزت هذه النسبة، كما ذكرنا أعلاه، لتصل إلى 26% من مجمل تكاليف التحويلات. وقد يعزى هذا إلى ارتفاع عام في تكاليف العلاج في تلك المستشفيات مقارنة بغيرها و/أو أن الحالات المحولة، أو جزء منها، تستلزم طرق علاج غير متوفرة إلا فيها وتمتاز بارتفاع تكاليفها. كما يوثق جدول (1-7) التوزيع النسبي لأعداد التحويلات خلال العام 2016 و2017، حيث لا تظهر البيانات اختلافا ملموسا، باستثناء ارتفاع نسبة التحويلات إلى مستشفيات الضفة الغربية العام 2017.

جدول (1-7): التوزيع المئوي لأعداد التحويلات بحسب الجهة المحول إليها، 2016-2018

	2016	2017	2018
القدس الشرقية	43.7%-2	%38.35	%39.39
الضفة الغربية ما عدا القدس الشرقية	%36.69	%39.54	%35.44
إسرائيل	%14.32	%17.13	%16.71
قطاع غزة	%3.29	%3.56	%6.34
الأردن	%0.04	%0.03	%0.03
مصر	%1.94	%1.39	%2.10
المجموع النسبي	%100.00	%100.00	%100.00
مجموع التحويلات	91,294	94,961	109,818

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

يوثق جدول (1-8) التوزيع النسبي للتحويلات بحسب المستشفيات الأكثر استقبالا لها. تظهر أحدث البيانات المتوفرة (حتى العام 2017) أن مستشفى اوغيستا فيكتوريا (المطلع)، ومستشفى المقاصد الخيرية، ومستشفى النجاح الوطني قد حازوا، على التوالي، على أعلى النسب من المجموع الكلي للتحويلات نحو المستشفيات الفلسطينية. وفي المقابل، احتل مستشفى هداسا ومستشفى تل هشومير أعلى نسب التحويلات مقارنة مع المستشفيات الإسرائيلية. وبالمقارنة مع جميع المستشفيات التي يتم التحويل إليها، تأتي مستشفى اوغيستا فيكتوريا في المرتبة الأولى، يليها مستشفى جامعة النجاح الوطني، ومستشفى هداسا.

جدول (8-1): أعداد التحويلات بالنسبة لأهم المستشفيات الفلسطينية والمستشفيات الإسرائيلية للعام 2017

المستشفيات الفلسطينية غير التابعة لوزارة الصحة (الخاصة والأهلية)	الحصة (%)	المستشفيات الإسرائيلية	الحصة (%)
أوغستا فكتوريا (المطلع)- القدس	%24	هداسا- عين كارم	%59
المقاصد- القدس	%19	تل هشومير	%20
النجاح الوطني- نابلس	%16	أسوتا- أشدود	%6
الأهلي- الخليل	%6	المركز الطبي إيخيلوف - سوراسكي	%6
سان جون للعيون- القدس	%5	رمبام- حيفا	%4
المركز العربي لجراحة القلب وأمراض الدم	%3	شعاري تسيديك-القدس	%3
الميزان- الخليل	%3	أخرى	%1
جمعية بيت لحم العربية للتأهيل	%3		
أخرى	%23		
مجموع التحويلات لهذه المستشفيات	73,958	مجموع التحويلات لهذه المستشفيات	16,269

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

وعند تحليل عدد التحويلات الطبية بحسب نوع المرض، تظهر بيانات عام 2018 والموثقة في جدول (9-1) أن الأورام تأتي في المرتبة الأولى، يليها وبفارق كبير أمراض القلب، وأمراض الكلى والمسالك البولية، على التوالي. كما يظهر جدول (1-9) أعداد التحويلات لهذه الأمراض لعام 2017. وعند فحص التغير مقارنة بهذه السنة، تشير البيانات إلى انخفاض أعداد تحويلات أمراض القلب، فيما زادت التحويلات لباقي الأمراض ولكن بوتيرة متباينة.

جدول (9-1): توزيع التحويلات بحسب أكثر 10 أمراض تم تحويلها

المرض	2017	2018
الأورام	20,666	25,834
أمراض القلب	15,057	14,252
أمراض الكلى والمسالك البولية	7,905	9,739
أمراض الدم	4,861	7,360
الجراحة العامة	4,994	7,031
أمراض الأطفال	5,665	6,790
أمراض العيون	6,751	6,371
جراحة العظام	2,196	4,145
الأعصاب وجراحة الأعصاب	2,669	3,434

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

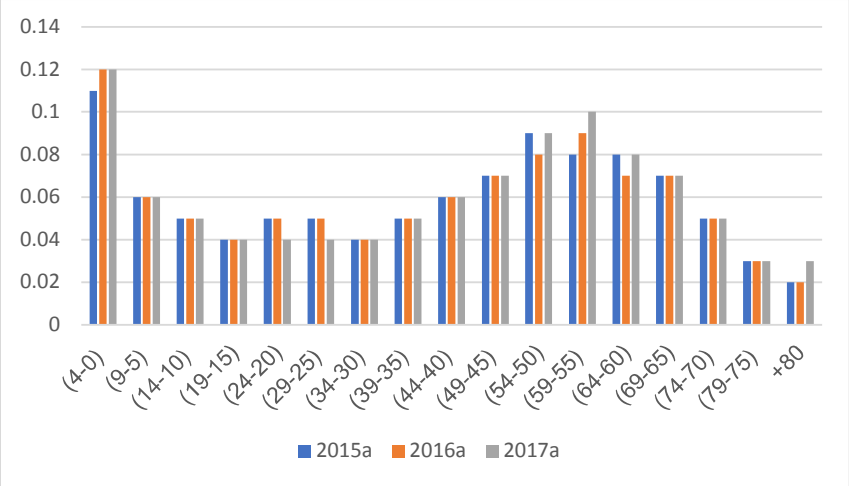
يوثق جدول (10–1) التوزيع التكراري لأعداد التحويلات بحسب معظم أنواع الأمراض والخدمات الطبية والجهة المحول لها. تظهر البيانات أن المستشفيات الإسرائيلية قد حازت على حصة كبيرة من التحويلات الخاصة بأمراض الدم، والجراحة العامة، والأورام، والطب النووي. أما بالنسبة للمستشفيات في القدس الشرقية، تضم الأمراض الأكثر تحويلا إليها الأورام، وأمراض العيون، وأمراض الأطفال. كما تستقبل معظم حالات الجراحة العامة، وأمراض النسائية، والعظام. وفي المقابل، تستقبل باقي مستشفيات الضفة الغربية العدد الأكبر من أمراض القلب والمسالك البولية، وخدمات التصوير الطبي، واختبارات الطبية، وإعادة التأهيل. وأخيرا، يوثق شكل (5–1) أعداد التحويلات بحسب أعمار المحولين خلال السنوات ما بين 2017 و2018، حيث البيانات أن التوزيع غير متماثل. فالنسبة الأكبر من التحويلات تشمل الأطفال حديثي الولادة والرضع وتزداد أيضا للأعمار ما بين عمر 45 و69 سنة.

جدول (10–1) توزيع التحويلات الطبية بحسب أنواع الأمراض والجهة المحول إليها للعام 2017

المرض/ جهة التحويل	الضفة الغربية	القدس الشرقية	إسرائيل	غزة	مصر	الأردن	تركيا	المجموع الكلي
الأورام/ السرطان وأمراض الدم والجهاز اللمفاوي	4043	14495	6814	3	166	6		20,666
أمراض القلب	10,583	1,666	891	1,782	130	5	-	15,057
أمراض الكلى والمسالك البولية	4,559	2,706	383	163	87	7		7,905
أمراض العيون	2,464	3,299	515	359	113	1		6,751
أمراض الأطفال	2,102	2,517	929	86	31	-	-	5,665
أمراض الجهاز الهضمي– الجراحة العامة	1,201	2,497	1,058	81	151	5	1	4,994
التصوير الطبي	2,565	1,558	172	532	4			4,831
الطب النووي	844	2	2,377		114			3,337
التنظير	2,803	502	12	11	2			3,330
الفحوصات المخبرية	1,728	794	566		4			3,092
أمراض الاعصاب وجراحة الدماغ والاعصاب	578	1,220	694	6	168	3		2,669
إعادة التأهيل والمساعدات الفنية	1,537	525	20	213	19			2,314
أمراض النسائية والتوليد	583	1,617	24	1	11	1		2,237
أمراض العظام	599	1,170	239	15	171	2		2,196
العناية المكثفة	821	127	43	49	3	1		1,044
الادوية	38	33	869		1			941
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	126	399	226	73	63			887
علم الأمراض والانسجة	206	466	68		14			754
جراحة الصدر	102	545	76	2	9	2		736
أمراض الغدد	9	179	62	2	5			257
الجراحة تجميلية	12	41	92	1	8			154
جراحة الوجه والفكين	19	45	76		9			149
أمراض الجلد وعمليات أنسجة الجلد	4	12	58	1	7			82
زراعة الأعضاء	17		5		26		4	52
المجموع الكلي	37,543	36,415	16,269	3,380	1,316	33	5	94,961

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

شكل (5-1): توزيع التحويلات الطبية بحسب فئات الأعمار للعام 2017



مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

2- أعداد وخصائص المصابين بأمراض السرطان في الضفة الغربية وتكاليف علاج أمراض السرطان

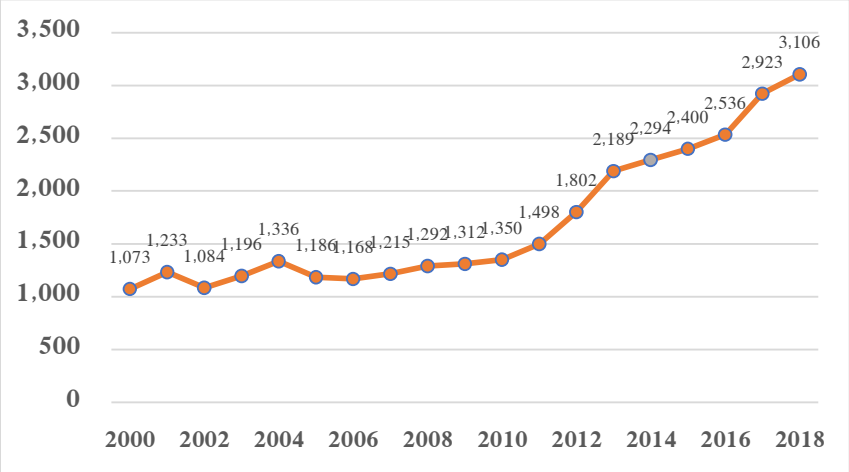
2-1 أعداد وخصائص المصابين بأمراض السرطان في الضفة الغربية

يهدف هذا القسم إلى توثيق أعداد الإصابات بمرض السرطان المبلغ عنها وتوزيعها بحسب أنواع المرض، والأعمار، والأعداد بحسب المحافظات. تم الحصول على هذه البيانات من قبل وزارة الصحة الفلسطينية وتغطي فقط الضفة الغربية. فقد حال الانقسام دون تمكن الوزارة من الحصول على البيانات الخاصة بقطاع غزة. ويجدر التنويه إلى أنّ دقة البيانات المجموعة حول مصابي السرطان قد تحسنت بشكل ملموس خلال العامين الأخيرين. لذا يتوجب الحذر في تفسير التغيرات خلال السنوات السابقة، خصوصاً ما قبل العام 2010.

2-1-1 أعداد حالات الإصابة بالسرطان وتوزيعها الجغرافي

بلغ عدد حالات السرطان المبلغ عنها في الضفة الغربية للعام 2018 نحو 3,106 حالة (ما يعادل نحو 105 حالة مصابة لكل 100 ألف من السكان)، وهذا يشكل ارتفاعا بمقدار 183 حالة مقارنة بالعام 2017. وعلى مدار السنوات السابقة، شهد عدد الحالات المصابة بالسرطان تزايداً مضطرداً خلال الفترة ما بين العام 2000 والعام 2018 بمعدل زيادة بلغ نحو 6.5% سنوياً. يعادل هذا المعدل أكثر من ضعف المعدل السنوي للنمو السكاني. وعلى هذا النسق، بلغ عدد الحالات المصابة بالسرطان في العام 2018 نحو 3 أضعاف الحالات المصابة بالسرطان مقارنة بالعام 2000 (أنظر الشكل 2-1).[5] وتجدر الإشارة إلى أن بيانات معدل الإصابة والموثقة في هذه الدراسة تختلف بشكل طفيف، نتيجة استخدام بيانات سكان منقحة، عما هو موثق في التقرير الصحي السنوي والصادر عن وزارة الصحة.

شكل (2-1): عدد حالات السرطان المبلغ عنها في الضفة الغربية خلال الأعوام 2000-2018

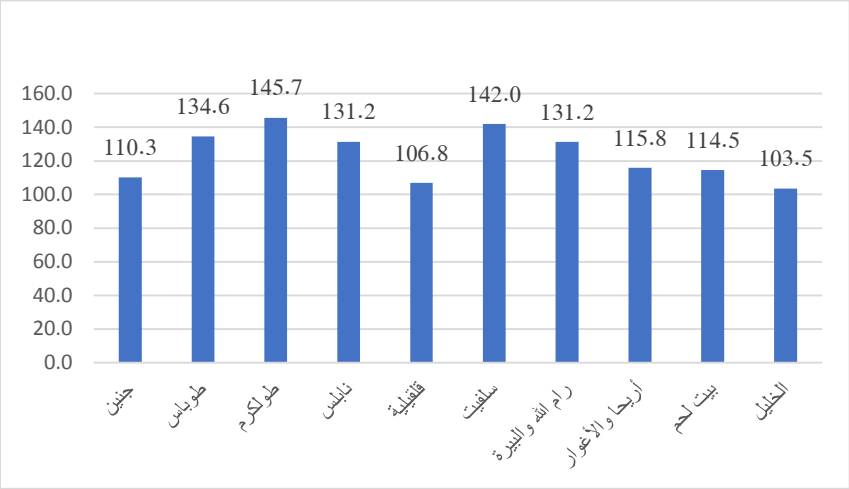


مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

[5] تختلف بيانات معدل الإصابة والموثقة في هذه الدراسة بشكل طفيف، نتيجة استخدام بيانات سكان منقحة، عما هو موثق في التقرير الصحي السنوي والصادر عن وزارة الصحة.

وعلى مستوى المحافظات سجلت طولكرم أعلى معدل لإصابات السرطان في العام 2018 (لكل 100 ألف شخص)، ليصل إلى 146 حالة، تليها محافظة سلفيت بمعدل بلغ نحو 142 حالة، ثم محافظة طوباس بمعدل بلغ نحو 135 حالة (أنظر شكل 2-2). وأما في مدينة القدس، فتشمل الحالات الموثقة على الأفراد الذين لا يحملون الهويات الزرقاء والذين يسكن معظمهم في التجمعات السكانية والقرى المحيطة بالمدينة. بلغ عدد الحالات المبلغ عن اصابتها بالسرطان في هذه المناطق 122 حالة.

شكل (2-2): توزيع حالات السرطان المبلغ عنها على المحافظات في الضفة الغربية بناء على معدل الحدوث لكل 100,000 من السكان في العام 2018



مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

كما تشير بيانات عام 2018 إلى عدم وجود فروقات كبيرة في أعداد المصابين بالسرطان بين الذكور والإناث. إذ بلغ عدد الحالات المبلغ عنها للذكور 1,539 حالة مقابل 1,567 حالة للإناث. وعلى مستوى المحافظات، سجلت سلفيت أعلى مستوى للإصابة بين الذكور ليصل إلى 153 حالة لكل 100 ألف ذكر. أما على صعيد الإناث فلقد سجلت محافظة طولكرم أعلى معدل، حيث وصل إلى 156 حالة لكل 100 ألف أنثى (أنظر جدول 2-1).

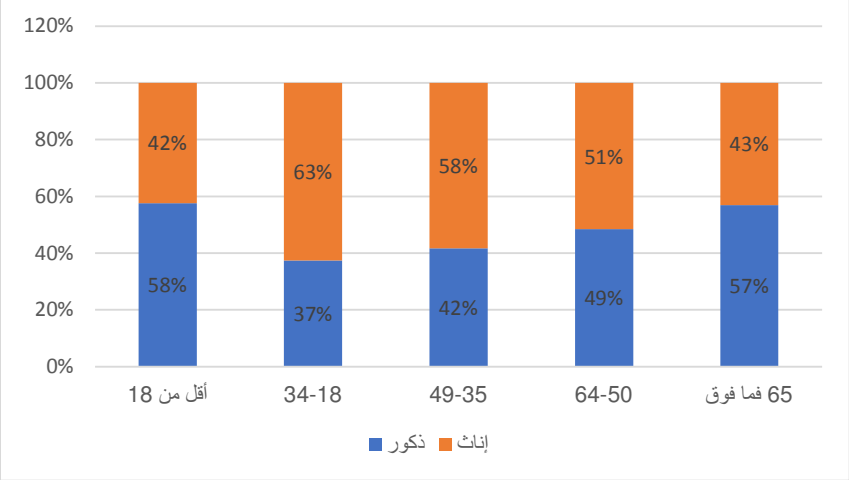
جدول (2-1): أعداد ومعدل الإصابة بأمراض السرطان بحسب الجنس للعام 2018

	إناث		ذكور	
	معدل الإصابة	عدد الإصابات	معدل الإصابة	عدد الإصابات
جنين	108.7	172	111.7	183
طوباس	133.6	41	133.9	43
طولكرم	156.4	147	133.7	130
نابلس	127.4	254	129.9	266
قلقيلية	107.1	59	110.6	64
سلفيت	132.5	50	152.9	60
رام الله والبيرة	142.4	237	120.7	205

	إناث		ذكور	
	معدل الإصابة	عدد الإصابات	معدل الإصابة	عدد الإصابات
أريحا والأغوار	126.9	33	99.3	26
القدس	26.8	56	29.5	66
بيت لحم	114.4	126	112.9	129
الخليل	108.4	392	97.5	367

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

شكل (3-2): التوزيع المئوي لحالات السرطان المبلغ عنها حسب الفئة العمرية والجنس في الضفة الغربية في العام 2018



مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

جدول (2-2): توزيع حالات السرطان المبلغ عنها حسب الفئة العمرية والجنس في الضفة الغربية 2018 (نسبة مئوية)

الفئة العمرية	ذكور	إناث
أقل من 18	%6.4	%4.6
34-18	%6.6	%10.8
49-35	%16.8	%23.1
64-50	%31.5	%32.8
65 فما فوق	%38.7	%28.7
المجموع	%100.0	%100.0

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

ويتفاوت عدد الحالات المصابة بالسرطان بين الذكور والإناث على اختلاف المرحلة العمرية. نلاحظ أنّ نسبة الذكور المصابة بالسرطان للفئة العمرية أقل من 18 عام أعلى من النسبة المناظرة للإناث، وذلك على عكس النسبة للفئة العمرية ما بين 18 و49 سنة. وأما فئة كبار السن (65 عام فما فوق) فنسبة الذكور المصابة بالسرطان أعلى من نسبة الإناث (أنظر الشكل 2-3). وفي نفس السياق، يوثق جدول (2-2) التوزيع المئوي للحالات المصابة بحسب الفئة العمرية والجنس.

تظهر البيانات بعضا من الاختلاف بين الذكور والإناث. إذ تزداد حالات الإصابة بالسرطان للذكور بشكل كبير بعد عمر الخمسين، حيث تبلغ نسبة الإصابات لهذه الفئة العمرية حوالي 70% من مجموع الإصابات الكلي للذكور، فيما بلغت النسبة لنفس الشريحة العمرية من الإناث حوالي 60%.

2-1-2 الإصابات بحسب نوع المرض والجنس

يختلف توزيع السرطانات المبلغ عنها بين الذكور والإناث بحسب نوع المرض. إذ يعتبر سرطان القصبات الهوائية والرئة الأكثر إصابة لدى الذكور، بمعدل بلغ نحو 14 حالة مصابة لكل 100 ألف ذكر، وبنسبة تمثل 13.5% من مجموع الحالات لدى الذكور. ويأتي في المرتبة الثانية وبفارق بسيط سرطان القولون، ويليه سرطان المثانة. وعند الإناث، يتربع سرطان الثدي على رأس القائمة بمعدل 30 حالة لكل 100 ألف أنثى، ويشكل حوالي 28% من مجموع الحالات لدى الإناث. ويأتي في المرتبة الثانية، وبفارق كبير، سرطان القولون بمعدل بلغ 11 حالة مصابة لكل 100 ألف أنثى (أنظر الجدولين 2-3 و2-4 واللذان يوضحان التوزيع النسبي بحسب أنواع السرطان للذكور والإناث، على التوالي).

جدول (3-2): توزيع السرطانات المبلغ عنها في الضفة الغربية للذكور حسب معدل الحدوث في العام 2018

العضو المصاب	معدل الحدوث لكل 100,000 من الذكور*	النسبة المئوية	العضو المصاب	معدل الحدوث لكل 100,000 من الذكور*	النسبة المئوية
القصبة الهوائية، القصبات الهوائية والرئة	13.7	%13.5	البلعوم الأنفي	0.7	%0.6
القولون	13.6	%13.3	الأورام الخبثة (دون تحديد الموقع)	0.7	%0.6
المثانة	8.6	%8.4	الأمعاء الدقيقة	0.5	%0.5
ابيضاض الدَّم أو اللوكيميا	7.8	%7.6	الخلايا الصبغية	0.5	%0.5
البروستات	6.5	%6.4	الثدي	0.5	%0.5
الجلد	5.6	%5.5	ورم الظهارة المتوسطة	0.4	%0.4
الغدد الليمفاوية	5.2	%5.1	المريء	0.3	%0.3
الدماغ والجهاز العصبي	5.0	%4.9	الغدة الزعترية، الغدة الكظرية، الغدد الصماء الأخرى	0.3	%0.3
اضطرابات دموية أخرى	4.7	%4.6	الشرج	0.3	%0.3
المعدة	3.1	%3.0	الأنف والجيوب الأنفية	0.3	%0.3
البنكرياس	3.0	%2.9	القلب	0.2	%0.2
لمفوما هودجكين	2.7	%2.6	العين	0.2	%0.2
الحنجرة	2.5	%2.5	أخرى	0.1	%0.1
الكلى والمسالك البولية	2.4	%2.3			
المايلوما المتعددة	2.1	%2.1			
الكبد	1.9	%1.8			
الخصية	1.7	%1.7			
الغدة الدرقية	1.7	%1.7			
العظم	1.7	%1.6			
الشفة وتجويف الفم	1.6	%1.6			
المرارة	1.2	%1.2			
الأنسجة الرخوة والضامة	1.2	%1.0			

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

جدول (4-2): توزيع السرطانات المبلغ عنها في الضفة الغربية للإناث حسب معدل الحدوث في العام 2018

العضو المصاب	معدل الحدوث لكل 100,000 من الإناث	النسبة المئوية	العضو المصاب	معدل الحدوث لكل 100,000 من الإناث	النسبة المئوية
الثدي	29.9	%27.6	الأمعاء الدقيقة	0.8	%0.8
القولون	10.6	%9.8	الشفة وتجويف الفم	0.8	%0.7
الغدة الدرقية	8.4	%7.7	عنق الرحم	0.6	%0.6
الرحم	6.5	%6.0	الغدة الزعترية، الغدة الكظرية، الغدد الصماء الأخرى	0.5	%0.4
ابيضاض الدَّم أو اللوكيميا	6.3	%5.8	الخلايا الصبغية	0.4	%0.4
الغدد الليمفاوية	4.6	%4.2	البلعوم الأنفي	0.3	%0.3
الجلد	4.1	%3.8	القلب	0.3	%0.3
الدماغ والجهاز العصبي	4.1	%3.8	الحنجرة	0.2	%0.2
اضطرابات دموية أخرى	4.1	%3.8	المريء	0.2	%0.2
المبيض	3.4	%3.1	العين	0.2	%0.2
القصبة الهوائية، القصبات الهوائية والرئة	2.9	%2.7	الفرج	0.2	%0.2
المعدة	2.9	%2.7	الجهاز الهضمي	0.1	%0.1
لمفوماهودجكين	2.8	%2.6	ورم الظهارة المتوسطة	0.1	%0.1
الكلى والمسالك البولية	2.6	%2.4	الأنف والجيوب الأنفية	0.1	%0.1
البنكرياس	1.9	%1.8	الصفاق	0.1	%0.1
المايلوما المتعددة	1.6	%1.5	المهبل	0.1	%0.1
الكبد	1.6	%1.5	قناة فالوب	0.1	%0.1
المثانة	1.2	%1.1			
العظم	1.0	%1.0			
المرارة	1.0	%0.9			
الأنسجة الرخوة والضامة	0.9	%0.8			
الأورام الخبيثة (دون تحديد الموقع)	0.9	%0.8			

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

وأخيراً، يوثق جدول (5-2) توزيع حالات السرطان لعام 2018 بحسب نوع المرض والفئات العمرية. تشير البيانات إلى أن نسبة الإناث المصابات بسرطان الثدي تزداد بعد سن الخامسة والثلاثين. كما تزداد نسبة الإناث المصابات بسرطان الرحم وسرطان الجلد بعد عمر الخمسين والخامسة والستين، على التوالي. وفي المقابل، تزداد نسبة الإصابة لدى الذكور بسرطان القصبة الهوائية والرئة والمثانة والبروستات بعد عمر الخمسين. وتزداد نسبة المصابين بسرطان القولون وسرطان القصبات الهوائية والرئة عند كلا الجنسين بعد عمر 50.

جدول (5-2): التوزيع المئوي لحالات السرطان المبلغ عنها حسب التشخيص والفئة العمرية والجنس في الضفة الغربية في العام 2018

العضو المصاب	أقل من 18 سنة		18-34 سنة		35-49 سنة		50-64 سنة		65 فما فوق		المجموع
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
الثدي	%0.0	%0.0	%0.0	%7.7	%0.5	%35.2	%1.1	%35.5	%0.0	%20.0	%100
القولون	%0.3	%0.3	%0.6	%2.2	%10.0	%6.4	%22.3	%16.4	%24.0	%17.5	%100
القصبة الهوائية، القصبات الهوائية والرئة	%0.8	%0.0	%1.6	%0.4	%7.6	%2.0	%28.9	%3.6	%44.2	%10.8	%100
ابيضاض الدَّم أو اللوكيميا	%12.5	%11.5	%6.7	%4.3	%11.5	%7.2	%13.9	%11.1	%11.5	%9.6	%100
المثانة	%0.0	%0.0	%0.7	%1.4	%9.5	%0.7	%31.1	%4.1	%46.6	%6.1	%100
الغدة الدرقية	%0.0	%0.0	%5.4	%27.9	%8.2	%36.7	%2.7	%14.3	%1.4	%3.4	%100
الجلد	%0.7	%0.7	%2.1	%0.7	%13.1	%2.8	%16.6	%13.1	%26.2	%24.1	%100
الغدد الليمفاوية	%2.1	%0.0	%4.9	%7.6	%14.6	%7.6	%19.4	%13.9	%13.2	%16.7	%100
الدماغ والجهاز العصبي	%14.1	%6.7	%4.4	%7.4	%17.0	%10.4	%9.6	%12.6	%10.4	%7.4	%100
اضطرابات دموية أخرى	%6.2	%3.8	%10.0	%3.8	%10.0	%11.5	%10.8	%10.8	%17.7	%15.4	%100
البروستات	%0.0	%0.0	%0.0	%0.0	%0.0	%0.0	%23.5	%0.0	%76.5	%0.0	%100
الرحم	%0.0	%0.0	%0.0	%3.2	%0.0	%7.4	%0.0	%52.1	%0.0	%37.2	%100

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

2-2 تكاليف علاج أمراض السرطان

يهدف هذا القسم إلى عرض التكاليف المتعلقة بعلاج أمراض السرطان ومقارنتها بحسب المنطقة التي تقدم فيها الخدمات الطبية للعام 2017 (لا يتوفر بيانات على هذا المستوى من التحليل للعام 2018). ينحصر التحليل هنا في مقارنة مجموع تكاليف العلاج للحالات المحولة إلى خارج مستشفيات وزارة الصحة. والسبب يعود إلى غياب بيانات تكاليف العلاج في المستشفيات الحكومية نتيجة الطريقة المتبعة في تسجيل تكاليف العلاج. إذ لا يتم حساب التكاليف بحسب نوع المرض أو بروتوكولات العلاج الخاصة به.

يجدر الانتباه إلى أن بيانات التكاليف المستخدمة في هذا التحليل، تعكس التكلفة المقدرة للتحويلة الواحدة من قبل قسم التحويلات التابع لوزارة الصحة. وفي كثير من الأحيان، لا تعبر هذه التكاليف، كما بيّنا أعلاه، عما يتم إنفاقه فعليا نتيجة اختلاف الخدمات الطبية المقدمة مقارنة بما هو منصوص عليه في وثيقة التحويلة. كما لا تتيح البيانات المتوفرة مقارنة معدل التكاليف بحسب نوع المرض بسبب غياب بيانات ضرورية عن تفاصيل العلاج للتحويلة الواحدة والتي تشكل أساس حساب التكاليف. وعلى هذا الأساس، يعكس تحليل التكاليف الفروقات المحددة في قائمة أسعار الخدمات الطبية بحسب الجهات المحولة اليها كما يلي: المستشفيات الإسرائيلية داخل الخط الأخضر، المستشفيات الفلسطينية في القدس الشرقية، وباقي المستشفيات في الضفة الغربية. يستثني التحليل التحويلات الموجهة نحو الأردن لقلتها وغياب بيانات عنها.

جدول (6-2): توزيع تحويلات أمراض الدم السرطان والفحوصات التصويرية بحسب المستشفيات المحول إليها 2017

علاج أمراض السرطان		زراعة النخاع		تصوير فحوصات الأورام	
المستشفى	عدد التحويلات	المستشفى	عدد التحويلات	المستشفى	عدد التحويلات
أوغستا فكتوريا (المطلع)- القدس	56.40%	تل هشومير	34.64%	مستشفى أسوتا	52.90%
هداسا- عين كارم	16.87%	هداسا- عين كارم	29.41%	هداسا- عين كارم	43.64%
النجاح الوطني- نابلس	15.66%	النجاح الوطني- نابلس	27.45%	تل هشومير	1.01%
تل هشومير	6.58%	المركز الطبي إيخيلوف- سوراسكي	2.61%	شعاري تسيديك-القدس	0.69%
المركز الطبي إيخيلوف – سوراسكي	1.66%	رمبام- حيفا	1.96%	المركز الطبي إيخيلو – سوراسكي	0.27%
رمبام- حيفا	1.41%	أوغستا فكتوريا (المطلع)- القدس	1.31%	أخرى	%1.49
المقاصد- القدس	0.32%	أخرى	%2.62		
أخرى	%1.10				
	%100.00		%100.00		%98.51
مجموع التحويلات	25,257		153		1,879

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

وقبل تناول تحليل التكاليف، سيتم عرض بيانات عن التحويلات الخاصة بأمراض السرطان. يوثق جدول (6-2) التوزيع النسبي لتحويلات علاج أمراض الدم، والسرطان، وزراعة النخاع (Bone Marrow Transplantation) بحسب المستشفيات المحولة إليها. تظهر النتائج أن أكثر من نصف تحويلات علاج الأورام والذي يتضمن العلاج الكيميائي، والإشعاعي، والتدخل الجراحي يتم توجيهها نحو مستشفى المطلع، يليها وبفارق كبير، مستشفى هداسا ومستشفى جامعة النجاح الوطني.

وتشكل التحويلات إلى هذه المستشفيات ما نسبته 90% من مجمل التحويلات. وفي المقابل، يتم توجيه غالبية تحويلات زراعة النخاع نحو المستشفيات الإسرائيلية وعلى رأسها مستشفى تل هشومير. ويعتبر مستشفى النجاح الوطني، المستشفى الفلسطيني الوحيد الذي يقدم هذا النوع من الخدمات الطبية، ولكنها تنحصر في أنواع معينة من زراعة النخاع (انظر مزيدا من النقاش في الأسفل). كما يوثق جدول (2-6) تحويلات تصوير فحوصات الأورام، حيث تظهر البيانات أن جميعها تقريبا توجه إلى المستشفيات الإسرائيلية. إذ يستقبل مستشفى أسوتا أكثر من نصف التحويلات يليه مستشفى هداسا، حيث يستقبل المستشفيان معا حوالي 96% من مجموع الحالات.

يوثق جدول (2-7) التكاليف (مجموعها ومعدلها) المرتبطة بنوعين من علاج السرطان، بحسب ما توفره البيانات، وهما العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي. يتوفر العلاج الكيماوي في جميع المستشفيات الموثقة في هذا التحليل، لكن تقديم العلاج الإشعاعي ينحصر في المستشفيات الإسرائيلية والمستشفيات الفلسطينية في القدس الشرقية. تشير البيانات إلى أن المجموع الكلي لتكاليف العلاج الكيماوي قد بلغت ما يقرب 31 مليون شيكل. كما تشير إلى أن معدل تكلفة العلاج الكيماوي للتحويلة الواحدة كان الأعلى في المستشفيات الإسرائيلية، حوالي 10,500 شيكل مقارنة بحوالي نصف التكلفة في المستشفيات الفلسطينية في القدس الشرقية أو باقي مستشفيات الضفة الغربية. وتنطبق نفس النتيجة على العلاج الإشعاعي، حيث بلغ معدل تكلفته في المستشفيات الإسرائيلية حوالي 17 ألف شيكل بما يشكل ما يقارب 2.8 ضعف معدل التكلفة في مستشفيات القدس الشرقية. وفي المجمل بلغ مجموع تكاليف العلاج الإشعاعي حوالي 11.6 مليون شيكل.

جدول (2-7): تكاليف علاج السرطان الكيماوي والإشعاعي بحسب منطقة التحويل، 2017 (بالشيكل)

	مستشفيات الضفة الغربية			المستشفيات الإسرائيلية			مستشفيات شرقي القدس			المجموع الكلي للتكاليف
	عدد التحويلات	التكاليف	معدل التكاليف	عدد التحويلات	التكاليف	معدل التكاليف	ا عدد التحويلات	التكاليف	معدل التكاليف	
علاج كيماوي	1,936	11,010,800	5,687	48	507,240	10567.5	3,326	19,369,102	5824	30,887,142
علاج إشعاعي				20	338,151	16907.55	1,903	11,278,503	5927	11,616,654

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

تعتبر تكاليف إجراء عمليات زراعة النخاع الأكثر كلفة. فعلى قلة التحويلات الخاصة بها (153 تحويلة لعام 2017)، بلغ مجموع تكاليفها حوالي 30 مليون شيكل، ويماثل تقريبا مجموع تكاليف علاج أمراض السرطان باستخدام العلاج الكيماوي. يبلغ معدل إجراء العملية الواحدة حوالي 183 ألف شيكل. كما بلغت تكاليف تصوير فحوصات الأورام PET SCAN، ما مجموعه حوالي 6 مليون شيكل، بمعدل 3,239 شيكل للتحويلة الواحدة (أنظر جدول 2-8). وعن الفروقات في التكاليف بحسب الجهة المحول اليها، فتظهر البيانات أن معدل تكلفة زراعة النخاع من النوع (autologous) تبلغ في المستشفيات الإسرائيلية حوالي 177 ألف شيكل مقابل حوالي 120 ألف شيكل في مستشفى جامعة النجاح (المستشفى الوحيد الذي يقدم هذا النوع من العلاج. أم زراعة النخاع من النوع (allogenic)، فلا تتم الا في المستشفيات الإسرائيلية ويبلغ معدل تكلفتها حوالي 280 ألف شيكل.

جدول (8-2): مجموع ومعدل التكاليف لتحويلات زراعة النخاع وتصوير فحوصات الأورام، 2017 (بالشيكل)

	مجموع التكاليف	معدل التكاليف للتحويلة الواحدة
زراعة النخاع	27,967,650	182,795.1
تصوير فحوصات الأورام PET SCAN	6,085,673	3,239

مصدر البيانات: وزارة الصحة الفلسطينية.

3- تقييم قدرات القطاع الصحي الفلسطيني: البنى التحتية

يهدف هذا القسم إلى تقييم مدى توفر البنى التحتية لدى القطاع الصحي الفلسطيني والخاصة بالكوادر البشرية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمات الصحية. ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم تصميم استمارة "حصر المرافق الصحية"، والموثقة في ملحق 2، من أجل جمع بيانات عن عدد المستشفيات، وعدد الأسرة، والأقسام الطبية، وخدمات الأشعة، والخدمات الطبية المساندة مثل بنوك الدم والمختبرات. كذلك تتيح الاستمارة جمع بيانات عن الكوادر البشرية وأعدادها وتوزيعها على المستشفيات. ستفيد النتائج الموثقة في هذا القسم في تحديد الفجوات والنواقص المرتبطة بتوسيع نطاق الخدمات الصحية وتوطينها.

تم استهداف جميع المستشفيات الحكومية والأهلية والخاصة (المستشفيات المحلية) في الضفة الغربية وقطاع غزة وعددها 83. وتوزعت هذه المستشفيات على النحو التالي: 29 مستشفى تابع للقطاع الأهلي (17 منها في الضفة الغربية و12 في قطاع غزة)، و30 مستشفى حكومي (14 في الضفة و16 في القطاع)، و20 مستشفى تابع للقطاع الخاص (17 في الضفة و3 في قطاع غزة). تم جمع البيانات من خلال توزيع الاستمارات من قبل فريق من الباحثين الميدانين على هذه المستشفيات، تجاوبت 79 مستشفى منها بمعدل استجابة 95% (92% في الضفة الغربية و100% في قطاع غزة).[6] تم تعبئة الاستمارة من قبل الموظف المختص بحسب الأقسام المختلفة داخل المستشفيات (بيانات الكوادر البشرية من قسم الموارد البشرية، بيانات عدد الأسرة من قبل المدراء أو الموظفين الإداريين). وفي حالة المستشفيات الصغيرة، تم تعبئة كامل الاستمارة من قبل المدير الطبي.

3-1 عدد الأسرة بحسب نوع المستشفى والجغرافيا

بلغ إجمالي عدد الأسرة في المستشفيات المبحوثة 7,758 سريراً، موزعة على 4,574 سرير في الضفة الغربية و3,184 سرير في قطاع غزة. وبالنظر إلى عدد الأسرة لكل 100,000 نسمة على المستوى الوطني وعلى المستوى المناطقي، بلغت هذه النسبة في الضفة الغربية 158.8 سريراً مقابل 168.2 سريراً في قطاع غزة. وقد حققت محافظة بيت لحم أعلى قيمة لهذه النسبة في الضفة الغربية بمعدل 291.2 سرير، يليها محافظة نابلس بمعدل 243 سرير. فيما احتلت محافظتي سلفيت وقلقيلة أقل عدد من الأسرة بالنسبة للسكان في الضفة لتصل إلى 78.2 و77.4 سريراً لكل 100 ألف نسمة، على التوالي. وفي قطاع غزة، سجلت محافظة غزة أعلى قيمة لهذه النسبة بمعدل 233.2 سريراً، فيما سجلت محافظة الوسطى أقل قيمة بمعدل 101.8 سرير لكل 100 ألف نسمة من سكان المدينة (انظر جدول 3-1 أدناه).

[6] هناك أربع مستشفيات في الضفة الغربية لم تشملها العينة، وهم: مستشفى الأونروا (قلقيلية)، الهلال الأحمر للولادة (القدس)، مركز سيرجي كير الجراحي التخصصي (رام الله)، مستشفى ناصر للجراحة العامة والجراحة النسائية والتوليد (الخليل).

جدول 3-1: عدد المستشفيات والأسرة لكل 100,000 نسمة موزعة حسب المحافظات، 2018

المحافظة	عدد السكان	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عدد الأسرة/ 100,000
فلسطين	4,781,248	79	7,758	162.3
الضفة الغربية	2,881,957	48	4,574	158.7
جنين	314,866	4	375	119.1
طوباس والأغوار الشمالية	60,927	1	71	116.5
طولكرم	186,760	2	205	109.8
نابلس	388,321	8	942	242.6
قلقيلية	112,400	1	87	77.4
سلفيت	75,444	1	59	78.2
رام الله والبيرة	328,861	9	761	231.4
أريحا والأغوار	50,002	1	75	150.0
القدس	435,753	6	641	147.1
بيت لحم	217,400	8	633	291.2
الخليل	711,223	7	725	101.9
قطاع غزة	1,899,291	31	3,184	167.6
شمال غزة	368,978	4	446	120.9
غزة	652,597	18	1,516	232.3
محافظة الوسطى	273,200	2	278	101.8
خانيونس	370,638	3	462	124.6
رفح	233,878	4	482	206.1

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3-2 عدد الأسرة في المستشفيات الفلسطينية

3-2-1 عدد الأسرة بحسب الأقسام في المستشفيات

تبين الجداول (3-2) إلى (3-6) عدد الأسرة في مستشفيات الضفة الغربية وقطاع غزة بحسب نوع المستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص) وتصنيفها بحسب الأقسام الرئيسية والفرعية. فعلى المستوى الوطني، شكلت أقسام الباطني والجراحة مجتمعة نحو 42% يليهما قسم النسائية والتوليد بنسبة 14% من إجمالي الأسرة في المستشفيات الفلسطينية. وضمت المستشفيات الحكومية النسبة الأكبر من الأسرة في هذه الأقسام، بواقع 69% من أسرة الباطني و55% من أسرة الجراحة. ويتضح من الجداول ارتفاع اعداد أسرة المستشفيات الحكومية في قطاع غزة، حيث شكلت 72% من إجمالي أسرة المستشفيات في قطاع غزة، بواقع 82% من اجمالي أسرة أقسام الأمراض الباطنية و62% من إجمالي أسرة الجراحة في مستشفيات القطاع. ويترافق ارتفاع مساهمة المستشفيات الحكومية في مجمل الأسرة في قطاع غزة مع انخفاض مساهمة المستشفيات الأهلية والخاصة بالتحديد؛ حيث بلغت مساهمة المستشفيات الخاصة قطاع غزة نحو 6% فقط من إجمالي الأسرة، يتركز أغلبها في أقسام الباطني والجراحة.

يختلف الأمر نسبيا في الضفة الغربية، حيث تزيد مساهمة المستشفيات الأهلية في أسرة المستشفيات بالضفة لتصل بالإجمالي إلى 1,496 سرير (33% من إجمالي الأسرة في الضفة الغربية) مقابل 2,174 سريراً في المستشفيات الحكومية (48% من إجمالي الأسرة في الضفة). وتظهر مساهمة المستشفيات الأهلية بشكل جلي في أقسام الجراحة، وأقسام النسائية والتوليد، وقسم الأطفال، والعلاج الطبيعي والتأهيل. في المقابل، تنخفض حصة المستشفيات الخاصة من إجمالي الأسرة في الضفة الغربية، إلا أن مساهمتها ما زالت أعلى نسبياً من مساهمة المستشفيات الخاصة في قطاع غزة (تساهم بنحو 20% من إجمالي الأسرة في الضفة الغربية).

يبين جدول (2-3) عدد الأسرة في أقسام الباطني في المستشفيات وتصنيفها حسب المنطقة ونوع المستشفى. يتضح من الجدول وجود تباين بين الضفة الغربية وقطاع غزة في عدد الأسرة المخصصة للأمراض المختلفة فعلى سبيل المثال، بلغ عدد الأسرة المخصصة لأمراض الكلى في الضفة الغربية 3 أسرة مقابل 33 سريرا في قطاع غزة، في حين بلغ عدد أسرة الأورام في الضفة 36 سريراً مقابل 78 في قطاع غزة. وينطبق الأمر ذاته على عدد الأسرة في أقسام القسطرة، وأمراض القلب، وأمراض الجهاز الهضمي. يعود السبب في هذه الفجوات إلى قلة اعتماد تصنيف محدد ومخصص للأسرة في المستشفيات؛ حيث تستخدم العديد من المستشفيات نفس الأسرة في مبيت وعلاج عدة أمراض. ويدلل على ذلك ارتفاع عدد الأسرة غير المصنفة في مستشفيات الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة كما يوضح الجدول (2-3).

يبين جدول (3-3) عدد الأسرة في أقسام الجراحة الفرعية حسب المنطقة والملكية، حيث بلغت نسبة الأسرة في أقسام الجراحة العامة نحو 23% من إجمالي أسرة الجراحة، تليها جراحة العظام بنسبة 13%. وتنخفض في المقابل أعداد الأسرة في تخصصات جراحية أخرى مثل جراحة الوجه والفكين، وجراحة قلب الأطفال، والجراحة المجهرية، وجراحة التنظير. وكما في العديد من أقسام الباطني، ينخفض عدد الأسرة المخصصة في العديد من أقسام الجراحة في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة، خاصة في أقسام جراحة الأطفال، وجراحة الأوعية الدموية، وجراحة التنظير. وتجدر الإشارة هنا الى أن 36% من أسرة أقسام الجراحة في فلسطين غير مصنفة الى أقسام جراحية فرعية.

جدول (2-3): عدد أسرة الأقسام في المستشفيات بحسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018

	فلسطين				الضفة الغربية				قطاع غزة			
	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع
الأمراض الباطنية	109	389	55	553	97	132	55	284	12	257	0	269
الأمراض الصدرية	4	0	2	6	0	0	2	2	4	0	0	4
أمراض القلب	34	65	34	133	20	21	34	75	14	44	0	58
أمراض الكلى	4	30	2	36	0	1	2	3	4	29	0	33
وحدة القسطرة	28	21	27	76	10	8	3	21	18	13	24	55
أمراض الأعصاب	3	0	0	3	1	0	0	1	2	0	0	2
الأورام / السرطان	14	81	19	114	14	22	0	36	0	59	19	78
أمراض الجهاز الهضمي	9	0	1	10	0	0	1	1	9	0	0	9
الامراض النفسية	0	188	0	188	0	140	0	140	0	48	0	48
أخرى: العناية المكثفة الباطنية	6	0	0	6	6			6				0
باطني أطفال	0	62	0	62				0		62		62
باطني جراحي	0	20	0	20		20		20				0
أسرة الباطني غير المصنفة	75	157	43	275	52	112	43	207	23	45	0	68
المجموع	**286**	**1013**	**183**	**1482**	**200**	**456**	**140**	**796**	**86**	**557**	**43**	**686**

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

جدول (3-3): عدد أسرة أقسام الجراحة في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018

	فلسطين				الضفة الغربية				قطاع غزة			
	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع
الجراحة العامة	180	216	15	411	122	135	5	262	58	81	10	149
جراحة الأطفال	23	52	3	78	11	9	3	23	12	43	0	55
جراحة القلب والصدر	30	47	6	83	28	28	6	62	2	19	0	21
جراحة قلب الأطفال	2	8	0	10	2	8	0	10	0	0	0	0
جراحة الأوعية الدموية	17	8	9	34	11	0	0	11	6	8	9	23
جراحة الأعصاب	9	22	1	32	7	8	1	16	2	14	0	16
جراحة الوجه والفكين	4	0	1	5	2	0	1	3	2	0	0	2
المسالك البولية	11	30	12	53	3	30	2	35	8	0	10	18
العظام	52	168	12	232	33	103	2	138	19	65	10	94
أنف وأذن وحنجرة ENT	31	45	1	77	9	29	1	39	22	16	0	38
العيون	52	38	2	92	42	2	2	46	10	36	0	46
جراحة التنظير	7	10	1	18	1	4	1	6	6	6	0	12
جراحة مجهرية	3	0	1	4	1	0	1	2	2	0	0	2
أخرى	13	8	0	21	13	8		21				0
أقسام الجراحة غير المصنفة	211	344	104	659	77	111	104	292	134	233	0	367
المجموع	**645**	**996**	**168**	**1809**	**362**	**475**	**129**	**966**	**283**	**521**	**39**	**843**

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

يظهر جدول (3-4) أدناه عدد الأسرة في أقسام الرعاية الخاصة والعناية المكثفة. تضم حاضنات الأطفال أكبر عدد من الأسرة في هذه الأقسام في فلسطين، يليها العناية المكثفة لحديثي الولادة، معظمها في الضفة الغربية. تظهر النتائج أيضا انخفاضا في عدد الأسرة المخصصة للعناية المكثفة الوسطى وللحروق والأسرة المخصصة للعناية الصحية طويلة الأمد لتصل الأخيرة إلى 25 سريرا غالبيتها في المستشفيات الأهلية في الضفة الغربية. ويبين القسم الأخير من جدول (3-4) وجود نحو 304 سرير مخصص للعلاج الطبيعي والتأهيل، 58% منها في الضفة الغربية، حيث تتوزع غالبيتها بين المستشفيات الأهلية والحكومية.

جدول (4-3): عدد أسرة أقسام العناية المكثفة، العناية الخاصة، والعلاج الطبيعي والوظيفي في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018

أقسام العناية المكثفة والرعاية الخاصة	فلسطين				الضفة الغربية				قطاع غزة			
	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع
أقسام الرعاية الخاصة	5	189	0	194	0	40	0	40	5	149	0	154
العناية المكثفة العامة ICU	45	100	42	187	34	65	38	137	11	35	4	50
العناية المكثفة الوسطى IMU	9	21	10	40	0	21	10	31	9	0	0	9
العناية المكثفة للقلب ICCU	9	28	35	72	0	20	27	47	9	8	8	25
العناية المكثفة للأطفال PICU	54	35	0	89	46	8	0	54	8	27	0	35
العناية المكثفة لحديثي الولادة NICU	66	70	98	234	60	34	98	192	6	36	0	42
الحاضنات NICU	69	177	37	283	69	83	37	189	0	94	0	94
الحروق	0	29	0	29	0	21	0	21	0	8	0	8
الرعاية الصحية طويلة الأمد	23	0	2	25	23	0	2	25	0	0	0	0
غرفة العزل	20	26	14	60	13	1	14	28	7	25	0	32
العلاج الطبيعي والوظيفي												
العلاج الطبيعي والتأهيل	188	101	15	304	120	43	12	175	68	58	3	129
العلاج الوظيفي	0	4	0	4	0	4	0	4	0	0	0	0

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

يوثق جدول (5-3) عدد الأسرة في أقسام الأطفال والنسائية، حيث يبين ان مساهمة المستشفيات الحكومية تشكل نحو 55% من إجمالي الأسرة في هذه الأقسام على المستوى الوطني. تزيد هذه النسبة في قطاع غزة (76%) مقارنة مع الضفة الغربية (46%)، والتي ترتفع مساهمة أسرة المستشفيات الأهلية فيها بالنسبة لإجمالي الأسرة مقارنة بقطاع غزة.

جدول (5-3): عدد أسرة أقسام النسائية والأطفال في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018

أقسام النسائية والأطفال	فلسطين				الضفة الغربية				قطاع غزة			
	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع
قسم الأطفال	167	254	43	464	167	212	43	422	0	42	0	42
الأمراض النسائية والولادة	143	422	97	662	100	173	97	370	43	249	0	292
أسرة التوليد	84	157	45	286	57	106	45	208	27	51	0	78
أسرة النسائية والتوليد غير المصنفة	91	20	28	139	53	0	22	75	38	20	6	64

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

يركز الجزء الأخير من تحليل الأسرة على أسرة العلاج اليومي (الذي لا يتطلب مبيتا) كما يوثق جدول (6–3) أدناه. تشكل أسرة الطوارئ والحوادث أكبر نسبة من هذه الأسرة على المستوى الوطني (44%)، تليها أسرة غسيل الكلى (29%)، فيما تشكل أسرة العلاج الكيماوي 10% من إجمالي هذه الأسرة. ويُلاحظ هنا انخفاض عدد الأسرة الخاصة بتفتيت الحصى.

جدول (6–3): عدد أسرة أقسام العلاج اليومي/النهاري في المستشفيات حسب المنطقة والمستشفى (أهلي، وحكومي، وخاص)، 2018

	فلسطين				الضفة الغربية				قطاع غزة			
	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع	أهلي	حكومي	خاص	المجموع
أسرة العلاج اليومي غير مصنفة	21	6	16	43	21	0	0	21	0	6	16	22
العلاج الكيماوي	15	96	10	121	15	59	0	74	0	37	10	47
العلاج بالأشعة (تفتيت حصى)	3	6	2	11	1	1	0	2	2	5	2	9
غسيل الكلى	54	291	2	347	50	173	2	225	4	118	0	122
تفتيت	1	1	1	3	0	1	1	2	1	0	0	1
الثلاسيميا	0	79	0	79	0	37	0	37	0	42	0	42
الطوارئ والحوادث	117	341	65	523	70	120	55	245	47	221	10	278
امراض الدم	18	28	3	49	18	11	0	29	0	17	3	20

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3–2–2 عدد الأسرة بحسب الأمراض الأكثر تحويلا للعلاج خارج المستشفيات الحكومية

سلط هذا القسم الضوء ي على عدد الأسرة في الأقسام التي تضم تخصصات ذات علاقة بأعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة في فلسطين. يهدف هذا التحليل الى تحديد الفجوات في نظام التحويلات الصحية وتحديد التدخلات اللازمة من أجل توطين الخدمات الصحية قدر الإمكان..

تُعتبر أمراض القلب، وجراحة المسالك البولية، وأمراض الكلى، وطب العيون من أبرز الأمراض التي يتم تحويلها إلى المستشفيات المحلية غير التابعة لوزارة الصحة. وعند النظر إلى عدد الأسرة في الأقسام ذات العلاقة بهذه الأمراض في المستشفيات الحكومية (جدول 3–7)، يتبين قلة عددها بشكل ملحوظ بالنسبة إلى إجمالي عدد الأسرة. فمثلاً، بلغ عدد أسرة أقسام القلب في المستشفيات الحكومية في فلسطين (112 سريراً)، مقابل 38 سريرا لأقسام العيون و60 سريرا لأقسام أمراض الكلى والمسالك البولية. وتشكل هذه الأسرة مجتمعة نحو 5% من إجمالي الأسرة في المستشفيات الحكومية، مع العلم بأن نسبة التحويلات للأمراض ذات العلاقة بهذه الأقسام قد بلغت مجتمعة 23% من إجمالي التحويلات.

من ناحية أخرى، تعتبر أمراض الأورام/السرطان، وأمراض الدم، وطب الأعصاب، وجراحة الدماغ والأعصاب من أبرز الأمراض التي يتم تحويلها بنسبة كبيرة إلى خارج المستشفيات الفلسطينية (خاصة إلى المستشفيات الإسرائيلية). ويبرز جدول (3–8) انخفاض عدد الأسرة في الأقسام الخاصة بهذه الأمراض في جميع المستشفيات الفلسطينية (في الضفة الغربية وقطاع غزة)، حيث بلغ إجمالي أسرة الأورام (في أقسام الباطني) 114 سريراً. فيما بلغ عدد أسرة العلاج الكيماوي 121 سريراً. وتشكل أسرة الأورام (في أقسام الباطني) 1.47% من إجمالي أسرة المستشفيات المحلية في فلسطين. كما بلغ عدد أسرة

أمراض الدم 49 سريراً. والتي تشكل فقط 0.63% من إجمالي الأسرة. كما بلغ عدد أسرة أمراض الأعصاب وجراحة الأعصاب 35 سريراً، أي حوالي 0.5% من اجمالي أعداد الأسرة. وبذلك يمكن الاستنتاج من أن ارتفاع شراء الخدمة لهذه الأمراض يترافق مع انخفاض نسبة الأسرة المخصصة لها في جميع المستشفيات الفلسطينية..

جدول (7-3): عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية مصنفة حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018

المرض		النسبة من اجمالي التحويلات (%)	عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية			نسبة الأسرة من اجمالي الأسرة في المستشفيات الحكومية		
			فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الأورام	الأورام (باطني)	23.5	81	22	59	1.8%	1.0%	2.5%
	العلاج الكيماوي		96	59	37	2.1%	2.7%	1.6%
أمراض الكلى والمسالك البولية	أمراض الكلى (باطني)	8.9	30	1	29	0.7%	0.1%	1.3%
	جراحة المسالك البولية		30	30	0	0.7%	1.4%	0.0%
	غسيل الكلى		291	173	118	6.5%	8.0%	5.1%
أمراض القلب	أمراض القلب (باطني)	8.6	65	21	44	1.4%	1.0%	1.9%
	جراحة القلب والصدر		47	28	19	1.0%	1.3%	0.8%
أمراض الدم	أمراض دم	6.7	28	11	17	0.6%	0.5%	0.7%
	تلاسيميا		79	37	42	1.8%	1.7%	1.8%
الجراحة العامة		6.4	216	135	81	4.8%	6.2%	3.5%
أمراض الأطفال	أمراض الأطفال	6.2	254	212	42	5.6%	9.8%	1.8%
	جراحة قلب الأطفال		8	8	0	0.2%	0.4%	0.0%
	جراحة الأطفال		52	9	43	1.2%	0.4%	1.9%
أمراض العيون		5.8	38	2	36	0.8%	0.1%	1.6%
قسطرة القلب		4.4	21	8	13	0.5%	0.4%	0.6%
جراحة العظام		3.8	168	103	65	3.7%	4.7%	2.8%
الأعصاب وجراحة الأعصاب	أمراض الاعصاب (باطني)	3.1	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
	جراحة الاعصاب		22	8	14	0.5%	0.4%	0.6%
المجموع		77.4	1526	867	659	33.9%	39.9%	28.3%
اجمالي الأسرة في المستشفيات الحكومية						4500	2174	2326

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

جدول (8-3): عدد الأسرة في المستشفيات الفلسطينية مصنفة حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018

المرض		عدد الأسرة			نسبة الأسرة من اجمالي الأسرة في المستشفيات الفلسطينية		
		فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الأورام	الأورام (باطني)	114	36	78	1.5%	0.8%	2.5%
	العلاج الكيماوي	121	74	47	1.6%	1.6%	1.5%
أمراض الكلى والمسالك البولية	أمراض الكلى (باطني)	36	3	33	0.5%	0.1%	1.0%
	جراحة المسالك البولية	53	35	18	0.7%	0.8%	0.6%
	غسيل الكلى	347	225	122	4.5%	4.9%	3.8%
أمراض القلب	أمراض القلب (باطني)	133	75	58	1.7%	1.6%	1.8%
	جراحة القلب والصدر	83	62	21	1.1%	1.4%	0.7%
أمراض الدم	أمراض دم	49	29	20	0.6%	0.6%	0.6%
	تلاسيميا	79	37	42	1.0%	0.8%	1.3%
الجراحة العامة		411	262	149	5.3%	5.7%	4.7%
أمراض الأطفال	أمراض الأطفال	464	422	42	6.0%	9.2%	1.3%
	جراحة قلب الأطفال	10	10	0	0.1%	0.2%	0.0%
	جراحة الأطفال	78	23	55	1.0%	0.5%	1.7%
أمراض العيون		92	46	46	1.2%	1.0%	1.4%
قسطرة القلب		76	21	55	1.0%	0.5%	1.7%
جراحة العظام		232	138	94	3.0%	3.0%	3.0%
الأعصاب وجراحة الأعصاب	أمراض الاعصاب (باطني)	3	1	2	0.0%	0.0%	0.1%
	جراحة الاعصاب	32	16	16	0.4%	0.4%	0.5%
المجموع		2413	1515	898	31.1%	33.1%	28.2%
اجمالي الأسرة في المستشفيات المحلية					7758	4574	3184

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

اضافة الى تحليل توزيع الأسرة، يستكشف ما تبقى من هذا القسم توزيع المستشفيات بحسب الأقسام ذات العلاقة بأعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة. يظهر جدول (9-3) أن ثمانية من المستشفيات الفلسطينية تضم أقساماً متخصصة بالأورام وثلاثة عشر مستشفى يضم أقساما خاصة بأمراض الدم. وعلى صعيد المستشفيات الحكومية، فهناك اربعة مستشفيات فقط تضم أقساماً خاصة بالعيون، وعشرة مستشفيات تضم أقساما خاصة بأمراض القلب. أنظر أيضا توزيع الأقسام في المستشفيات الحكومية (جدول 3-10).

جدول (9-3): عدد المستشفيات الفلسطينية التي تضم أقساماً ذات علاقة بأعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018

المرض		عدد المستشفيات التي تضم الأقسام المتخصصة			النسبة من اجمالي المستشفيات		
		فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الأورام	الأورام (باطني)	8	5	3	10.1%	10.4%	9.7%
	العلاج الكيماوي	11	8	3	13.9%	16.7%	9.7%
أمراض الكلى والمسالك البولية	أمراض الكلى (باطني)	15	9	6	19.0%	18.8%	19.4%
	جراحة المسالك البولية	41	29	12	51.9%	60.4%	38.7%
	غسيل الكلى	21	15	6	26.6%	31.3%	19.4%
أمراض القلب	أمراض القلب (باطني)	23	15	8	29.1%	31.3%	25.8%
	جراحة القلب والصدر	15	10	5	19.0%	20.8%	16.1%
أمراض الدم	أمراض دم	13	11	2	16.5%	22.9%	6.5%
	تلاسيميا	9	6	3	11.4%	12.5%	9.7%
الجراحة العامة		51	32	19	64.6%	66.7%	61.3%
أمراض الأطفال	أمراض الأطفال	22	20	2	27.9%	41.7%	6.5%
	جراحة قلب الأطفال	4	3	1	5.1%	6.3%	3.2%
	جراحة الأطفال	29	20	9	36.7%	41.7%	29.0%
أمراض العيون		17	9	8	21.5%	18.8%	25.8%
قسطرة القلب		20	12	8	25.3%	25.0%	25.8%
جراحة العظام		44	29	15	55.7%	60.4%	48.4%
الأعصاب وجراحة الأعصاب	أمراض الاعصاب (باطني)	11	7	4	13.9%	14.6%	12.9%
	جراحة الاعصاب	24	16	8	30.4%	33.3%	25.8%
اجمالي المستشفيات					79	48	31

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

جدول (10-3): عدد المستشفيات الحكومية التي تضم أقساماً ذات علاقة بأعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018

المرض		عدد المستشفيات التي تضم الأقسام المتخصصة			النسبة من إجمالي المستشفيات		
		فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الأورام	الأورام (باطني)	4	2	2	13.3%	14.3%	12.5%
	العلاج الكيماوي	6	4	2	20.0%	28.6%	12.5%
أمراض الكلى والمسالك البولية	أمراض الكلى (باطني)	6	2	4	20.0%	14.3%	25.0%
	جراحة المسالك البولية	16	11	5	53.3%	78.6%	31.3%
	غسيل الكلى	15	10	5	50.0%	71.4%	31.3%
أمراض القلب	أمراض القلب (باطني)	7	2	5	23.3%	14.3%	31.3%
	جراحة القلب والصدر	3	1	2	10.0%	7.1%	12.5%
أمراض الدم	أمراض دم	5	4	1	16.7%	28.6%	6.3%
	تلاسيميا	9	6	3	30.0%	42.9%	18.8%
الجراحة العامة		18	10	8	60.0%	71.4%	50.0%
أمراض الأطفال	أمراض الأطفال	10	8	2	33.3%	57.1%	12.5%
	جراحة قلب الأطفال	1	1	0	3.3%	7.1%	0.0%
	جراحة الأطفال	7	3	4	23.3%	21.4%	25.0%
أمراض العيون		4	2	2	13.3%	14.3%	12.5%
قسطرة القلب		3	1	2	10.0%	7.1%	12.5%
جراحة العظام		18	11	7	60.0%	78.6%	43.8%
الأعصاب وجراحة الأعصاب	أمراض الأعصاب (باطني)	5	2	3	16.7%	14.3%	18.8%
	جراحة الأعصاب	7	3	4	23.3%	21.4%	25.0%
إجمالي المستشفيات					30	14	16

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3-3 الكوادر البشرية

يهدف هذا القسم إلى تحليل الكوادر البشرية العاملة في القطاع الصحي في فلسطين بحسب التخصصات الطبية. ستساهم نتائج هذا التحليل في تقييم كفاية التخصصات، خصوصا للأمراض التي يكثر تحويلها للعلاج خارج المستشفيات الفلسطينية. يوثق التحليل في جزئه الأول توزيع الكوادر الطبية بناء على بيانات تم جمعها ما بين عامي 2014 و2016 ونشرها من قبل المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة. وتشمل هذه البيانات جميع العاملين في القطاع الصحي الحكومي، والغالبية العظمى (أكثر من 90%) من العاملين في الخدمات الطبية العسكرية، والمراكز الصحية التابعة لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا)، وكذلك المستشفيات الأهلية والمستشفيات التابعة للقطاع الخاص. أما الجزء الثاني، فيتضمن وصفاً للكوادر البشرية بناء على البيانات الأولية التي تم جمعها من خلال مسح "حصر المرافق الطبية.

3-3-1 الكوادر الطبية البشرية بناء على بيانات المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة

تشير بيانات التقرير الصادر عن المعهد الفلسطيني للصحة العامة إلى أن عدد العاملين في القطاع الصحي الفلسطيني قد بلغ 36,809 عاملا، حيث يعمل أكثر من نصفهم (56%) في الضفة الغربية. يوثق جدول (3-11) توزيع العاملين بحسب المهن الرئيسية في الضفة الغربية وفي قطاع غزة، حيث بلغت نسبة الأطباء، إلى المجموع الكلي للعاملين في هذا القطاع، حوالي 14% (ويعادل هذا 21% من المجموع الكلي باستثناء الطواقم المساندة–الإداريين). وتبلغ نسبة الممرضات/الممرضين 23% مقابل 3% للقابلات و17% للعاملين في المهن الصحية المساندة. وأما العاملين في قطاع الصيدلة، فبلغت نسبتهم 7% فيما يصنف باقي العاملين كطواقم ادارية مساندة.

جدول (3-11): توزيع العاملين في القطاع الصحي الفلسطيني، 2016

العاملون في القطاع الصحي	العدد	الضفة الغربية (%)	قطاع غزة (%)
أطباء	5,297	% 53	% 47
ممرضات/ممرضين	8,286	% 58	% 42
قابلات	1,024	% 62	% 38
أطباء أسنان	1,1,547	% 72	% 28
صيادلة	2,263	% 60	% 40
مهن صحية مساندة	6,131	% 55	% 45
طواقم ادارية مساندة	12,061	% 52	% 48
المجموع الكلي	36,809	% 56	% 44

مصدر البيانات: المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة.

يمكن استخدام الحدود التي وضعتها منظمة الصحة العالمية للاستدلال على مدى كفاية أعداد هؤلاء العاملين في فلسطين. وتقترح هذه المنظمة أن يكون الحد الأدنى لعدد الأطباء واحد لكل ألف مواطن وأن يكون الحد الأدنى للممرضات/الممرضين والقابلات 3 لكل ألف مواطن. يزيد أعداد الأطباء في فلسطين عن هذا الحد ليصل إلى 1.1 لكل ألف مواطن، بينما تقل أعداد الممرضات/الممرضين والقابلات إلى 1.95 لكل ألف مواطن. إلا أن هذه البيانات الإجمالية (على المستوى الوطني) تخفي فروقاً بين الضفة الغربية وقطاع غزة. تظهر البيانات انخفاضاً في هذه الحدود للضفة الغربية. إذ تنخفض أعداد الأطباء لتصل إلى 0.98 لكل ألف مواطن في الضفة الغربية مقابل 1.3 في قطاع غزة. وكذلك تنخفض أعداد الممرضات/الممرضين والقابلات إلى 1.98 في الضفة الغربية و2.03 في قطاع غزة. وبذلك يمكن الاستنتاج بضرورة زيادة أعداد الأطباء في الضفة الغربية وزيادة أعداد الممرضات/الممرضين والقابلات على مستوى فلسطين.

وللتدليل على مدى وفرة/نقص التخصصات الطبية، سنقوم بمقارنة أعداد الأطباء لكل 100,000 مواطن في فلسطين مع عدد من الدول التي تعمل على تحقيق هدف "التغطية الصحية الشاملة" (Universal Health Coverage) والذي تطمح فلسطين لتحقيقه. وتشمل هذه الدول اليونان، وإيطاليا، وتركيا. تشير البيانات في جدول (3-12) أنه، مقارنة بتلك الدول، تنخفض أعداد الأطباء في فلسطين في جميع التخصصات.[7] ويستثنى منها تخصصات أمراض الجهاز الهضمي، السرطان،

[7] تشمل التخصصات الموثقة في جدول (3.12) تلك التي يتوفر بيانات عنها للمقارنة مع الدول الأخرى (اليونان، وإيطاليا، وتركيا).

والعظام والتي تزيد أعداد الأطباء فيها، لكل 100,000 مواطن، بشكل طفيف مقارنة بتركيا. تدل هذه النتائج على وجود نقص في أعداد الأطباء في مختلف التخصصات. وتبرز تداعيات هذا النقص في القصور في التعامل مع أبرز الأمراض المسببة للوفاة وكذلك توسيع التحويلات الطبية للعلاج خارج المستشفيات الفلسطينية.

جدول (12-3): عدد الاطباء في التخصصات المختلفة لكل 100,000 نسمة في فلسطين والدول المقارنة، 2016

التخصص الطبي	اليونان	ايطاليا	تركيا	فلسطين
أطفال	38	29	9	6.0
أمراض الدم	6	6	0.5	0.5
نسائية وتوليد	32	20	9	8.0
طب نفسى	23	17	5	0.3
باطنى	26	41	16	3.0
أمراض القلب	35	22	5	2.9
أمراض الجهاز الهضمي	9	6	1	1.3
أمراض الجهاز التنفسى	17	6	3	0.8
السرطان	3	7	0.6	0.7
الأعصاب	10	11	4	1.4
جراحة عامة	29	17	8	5.4
عيون	23	12	5	2.7
جراحة أوعية دموية	3	3		1.0
مسالك بولية	17	13	5	3.0
أنف وأذن وحنجرة	15	8	5	3.7
عظام	27	15	5	5.4
جراحة الصدر	4	2	3	0.4
جراحة الأعصاب	4	1	3	1.5
جراحة التجميل	4	5	2	0.7
عناية مكثفة وتخدير	21	22	8	7.1
علم الأمراض	32	3	3	0.4
طب إشعاعى	31	4	8	2.9
أمراض جلدية	13	8	3	1.0
طوارئ	3	9	3	0.4
أمراض جلدية	13	8	3	2

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3-3-2 أعداد الكوادر البشرية[8]

يركز هذا القسم على وصف الكادر الطبي فقط في المستشفيات والتي تم جمع بيانات عنها من خلال استمارة "حصر المرافق الصحية".

[8] يجب التنويه هنا مرة أخرى إلى أن أعداد الكوادر الطبية المستخلصة من تحليل الاستمارة قد لا يعكس العدد الكلي، نظراً لأن العديد منهم قد يعمل في أكثر من مستشفى، بالتالي تكرار تعدادهم.

الكوادر الطبية (الأطباء):

بلغ إجمالي أعداد الأطباء العاملين في مستشفيات فلسطين في 2018 نحو 5,536 طبيباً. ضمت المستشفيات الحكومية نحو 52.3% منهم، حيث يعمل غالبيتهم (97%) بدوام كامل، فيما ضمت المستشفيات الأهلية 30%، والباقي في المستشفيات الخاصة. وعلى عكس الحال في المستشفيات الحكومية، تظهر النتائج ارتفاع نسبة الأطباء في المستشفيات الأهلية والخاصة والذين يعمل معظمهم بعقود جزئية أو "بعقود نسبة" (أنظر جدول 1، و2، و3 في الملحق 1). وعلى مستوى المناطق، تشير النتائج، الموثقة في هذه الجداول، الى تساوي توزيع الأطباء بين الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد وصل عدد الأطباء بدوام كامل في مستشفيات الضفة الغربية إلى نحو 78% من إجمالي أطباء الضفة، فيما بلغت هذه النسبة 74% في قطاع غزة. وتقل هذه النسبة بشكل كبير في المستشفيات الخاصة في قطاع غزة.

جدول (13-3): أعلى عشرة تخصصات طبية من حيث عدد الأطباء في المستشفيات المحلية في فلسطين، 2018

التخصص	عدد الأطباء	النسبة من اجمالي الاطباء
اختصاصي نسائية وتوليد	382	7.2%
اختصاصي أطفال	287	5.4%
أخصائي تخدير	273	5.1%
اختصاصي عظام	260	4.9%
اختصاصي جراحة عامة	257	4.8%
اختصاصي أنف، أذن وحنجرة	175	3.3%
اختصاصي أمراض داخلية (باطني)	145	2.7%
اختصاصي مسالك بولية	143	2.7%
اختصاصي أشعة تشخيصية	138	2.6%
اختصاصي امراض قلب	137	2.6%
المجموع	2197	41.2%

مصدر البيانات: استمارة الدراسة

يبين جدول (13-3) أدناه أعداد الأطباء بحسب التخصصات الطبية العشرة الأكثر شيوعاً، حيث يشكل هؤلاء نحو 41% من إجمالي الكوادر الطبية. تشير البيانات إلى أن أخصائيي النسائية والتوليد يشكلون أعلى نسبة يليهم أخصائيو الأطفال، ثم أخصائيو التخدير وأخصائيو العظام. وتضم القائمة كذلك تخصصات الأنف والأذن والحنجرة، والجراحة العامة، والمسالك البولية، والأشعة التشخيصية.

وعند فحص عدد الأطباء في التخصصات الطبية ذات العلاقة بالأمراض الأكثر تحويلاً إلى خارج مستشفيات وزارة الصحة، يتضح انخفاض عدد ونسبة هؤلاء من العدد الإجمالي كما هو موضح في الجداول (14-3) و(15-3). فعلى سبيل المثال، بلغ عدد أطباء القلب في المستشفيات الحكومية في فلسطين 52 طبيبا، وأطباء العيون 54 طبيباً، وأطباء أمراض الكلى والمسالك البولية 85 طبيباً. يشكل هؤلاء 6.8% من إجمالي الأطباء في المستشفيات الحكومية. يظهر جدول (14-3)

أيضاً بأن إجمالي الأطباء في قطاع غزة من ذوي التخصصات المتعلقة بهذه الأمراض يبلغ نحو ضعف العدد المقابل في الضفة الغربية، مما قد يشير إلى وجود نقص في الكوادر الطبية ذات الصلة في مستشفيات الضفة الغربية الحكومية.

جدول (14-3): عدد الأطباء العاملين في المستشفيات الحكومية مصنفة حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018

المرض	عدد الأطباء			نسبة الاطباء من اجمالي الاطباء الحكوميين		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الأورام	12	7	5	0.4%	0.7%	0.3%
أمراض الكلى والمسالك البولية	85	37	48	3.0%	3.6%	2.7%
أمراض القلب	52	18	34	1.9%	1.8%	1.9%
أمراض الدم	10	6	4	0.4%	0.6%	0.2%
الجراحة العامة	124	48	76	4.4%	4.7%	4.3%
أمراض الأطفال	204	63	141	7.3%	6.1%	8.0%
أمراض العيون	54	6	48	1.9%	0.6%	2.7%
قسطرة القلب	8	6	2	0.3%	0.6%	0.1%
جراحة العظام	127	44	83	4.6%	4.3%	4.7%
الأعصاب وجراحة الأعصاب	60	25	35	2.2%	2.4%	2.0%
المجموع	736	260	476	26.4%	25.3%	27.0%

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

كما يبين جدول (15-3) تدني في عدد الأطباء العاملين في المستشفيات المحلية (الحكومية وغير الحكومية) والمتخصصين في الأمراض الأكثر تحويلا الى خارج المستشفيات الفلسطينية (الحكومية وغير الحكومية) في. فقد بلغ عدد أطباء الأورام في فلسطين 34 طبيباً[9]، فيما بلغ عدد أطباء أمراض الدم 23 طبيباً وعدد أطباء الأعصاب وجراحة الأعصاب140 طبيباً يشكل هؤلاء ما مجموعه 4% من إجمالي الأطباء في المستشفيات المحلية.

وفي المقابل، ترتفع نسبة الأطباء المختصين بأمراض أخرى مثل أمراض الأطفال (7% من الإجمالي)، والجراحة العامة (5%)، وجراحة العظام (5%). ولعل ارتفاع التحويلات في هذه الأمراض يعود إلى انخفاض عدد الأطباء ذوي التخصصات الدقيقة في هذه المجالات. فعلى سبيل المثال، ينخفض عدد الأطباء المختصين في تخصصات طب الأطفال الدقيقة مثل روماتيزم الأطفال، أورام وأمراض دم الأطفال، وأمراض الاستقلاب وراثية.

[9] يرجى ملاحظة أن أعداد الأطباء بحسب التخصصات يزيد عن عددهم بحسب بيانات المعهد الوطني للصحة العامة، والموثق أعلاه، ويعود ذلك كما ذكرنا أعلاه الى وجود تكرار في تعداد الأطباء، فالعديد منهم يعمل في أكثر من مستشفى.

جدول (15-3): عدد الأطباء في المستشفيات المحلية مصنفين حسب أعلى عشرة أمراض من حيث شراء الخدمة خارج مستشفيات وزارة الصحة، 2018

المرض	عدد الاطباء			نسبة الاطباء من الاجمالي		
	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة	فلسطين	الضفة الغربية	قطاع غزة
الأورام	34	24	10	0.6%	0.9%	0.4%
أمراض الكلى والمسالك البولية	194	110	84	3.6%	4.0%	3.3%
أمراض القلب	138	68	70	2.6%	2.5%	2.7%
أمراض الدم	23	16	7	0.4%	0.6%	0.3%
الجراحة العامة	257	133	124	4.8%	4.8%	4.9%
أمراض الأطفال	382	191	191	7.2%	6.9%	7.5%
أمراض العيون	127	51	76	2.4%	1.8%	3.0%
قسطرة القلب	34	26	8	0.6%	0.9%	0.3%
جراحة العظام	260	139	121	4.9%	5.0%	4.7%
الأعصاب وجراحة الأعصاب	140	79	61	2.6%	2.8%	2.4%
المجموع	1589	837	752	29.8%	30.1%	29.4%
اجمالي الاطباء				5336	2779	2557

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3-3-3 الكادر التمريضي

تظهر النتائج أن الممرضين الحاصلين على بكالوريوس تمريض فما فوق والممرضين الحاصلين على دبلوم تمريض متوسط (سنتان) يشكلون النسبة الأكبر (84%) من المجموع الكلي في المستشفيات المحلية، وغالبيتهم يعملون ضمن برنامج دوام كامل. وأما على صعيد توزيع كادر الممرضين بين الضفة الغربية وقطاع غزة، تظهر النتائج أن 63% من الكادر التمريضي في مستشفيات الضفة الغربية. كما تبين أن مستشفيات الضفة الغربية تضم 62% و65% من الممرضين الذين يحملون بكالوريوس تمريض فما فوق، والذين يحملون دبلوم سنتين، على التوالي. فيما تنخفض هذه النسبة إلى 40% بالنسبة للممرضين الذين يحملون دبلوم-3 سنوات. وأما بالنسبة لمساعدي الممرضين، فكلهم تقريبا (97%) يعملون في مستشفيات الضفة الغربية. أنظر جدول (16) و(17) و(18) للتعرف على أعداد الكادر التمريضي على التوالي في فلسطين، وفي الضفة الغربية، وفي قطاع غزة.

جدول (16-3): عدد أعضاء الهيئة التمريضية في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في فلسطين، 2018

الهيئة التمريضية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
بكالوريوس تمريض فما فوق	1250	124	8	2417	17	31	569	70	65
دبلوم تمريض (3 سنوات)	64	20	0	92	0	0	46	3	0
دبلوم متوسط تمريض (سنتين)	414	40	2	1199	2	10	446	13	89
مساعد ممرض	84	0	0	46	0	0	40	0	0
قابلة بكالوريوس	153	19	1	290	12	6	59	7	9
قابلة دبلوم (3 سنوات)	11	0	0	17	0	0	9	4	0
قابلة دبلوم (سنتين)	52	7	2	122	0	0	92	2	7
داية	1	0	0	0	0	0	1	0	0
أخرى				0	3	0	0	0	0
المجموع	2029	210	13	4183	34	47	1262	99	170

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

جدول (17-3): عدد أعضاء الهيئة التمريضية في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في الضفة الغربية، 2018

الهيئة التمريضية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
بكالوريوس تمريض فما فوق	1134	21	3	982	11	5	552	35	65
دبلوم تمريض (3 سنوات)	28	0	0	14	0	0	46	3	0
دبلوم متوسط تمريض (سنتين)	374	0	1	511	0	0	443	13	89
مساعد ممرض	80	0	0	46	0	0	40	0	0
قابلة بكالوريوس	137	3	1	155	12	6	59	2	9
قابلة دبلوم (3 سنوات)	2	0	0	10	0	0	9	4	0
قابلة دبلوم (سنتين)	43	0	2	19	0	0	92	2	7
داية	1	0	0	0	0	0	1	0	0
أخرى					3				
المجموع	1799	24	7	1737	26	11	1242	59	170

جدول (18-3): عدد أعضاء الهيئة التمريضية في المستشفيات الأهلية، الحكومية، الخاصة في قطاع غزة، 2018

الهيئة التمريضية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
بكالوريوس تمريض فما فوق	116	103	5	1435	6	26	17	35	0
دبلوم تمريض (3 سنوات)	36	20	0	78	0	0	0	0	0
دبلوم متوسط تمريض (سنتين)	40	40	1	688	2	10	3	0	0
مساعد ممرض	4	0	0	0	0	0	0	0	0
قابلة بكالوريوس	16	16	0	135	0	0	0	5	0
قابلة دبلوم (3 سنوات)	9	0	0	7	0	0	0	0	0
قابلة دبلوم (سنتين)	9	7	0	103	0	0	0	0	0
داية	0	0	0	0	0	0	0	0	0
أخرى									
المجموع	230	186	6	2446	8	36	20	40	0

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3-3-4 الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الفلسطينية

تبين الجداول (19-3) إلى (21-3) عدد موظفي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الفلسطينية، على التوالي في فلسطين، والضفة الغربية، وفي قطاع غزة.. يشكل فنيو المختبر، وفنيو الأشعة، وفنيو التخدير، والصيادلة على التوالي معظم مقدمي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات المحلية، حيث يشكلون جميعا 71% من العدد الكلي لموظفي الخدمات المساندة في المستشفيات. يظهر جدول (20-3) تباينا في توزيع الممرضين بحسب تخصصاتهم بين الضفة الغربية وقطاع غزة. تشمل مستشفيات الضفة الغربية حوالي 95% من إجمالي مرشدي التغذية (يعمل غالبيتهم في المستشفيات الأهلية)، و78% من المرشدين النفسيين، و93% من أخصائي السمعيات والنطق (بكالوريوس). في حين يعمل 68% من مساعدي فنيي الأشعة (بكالوريوس) في مستشفيات قطاع غزة (غالبيتهم يعملون في المستشفيات الحكومية)، ويتشابه الأمر مع أخصائيي البصريات (بكالوريوس)، وفنيي العلاج الطبيعي (الحاصلين على شهادة دبلوم)؛ إذا يعمل 67% منهم في مستشفيات قطاع غزة وخاصة الحكومية منها.

جدول (19-3): عدد مقدمي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في فلسطين، 2018

الخدمات الطبية المساندة	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
فني مختبر (بكالوريوس فما فوق)	168	30	2	487	11	4	90	7	0
مساعد فني مختبر (دبلوم)	13	1	0	65	0	0	12	0	0
صيدلي	76	11	2	208	5	6	47	4	0
مساعد صيدلي	24	0	0	78	1	0	6	0	0
فني تخدير	54	15	5	232	6	0	40	13	2
أخصائي علاج طبيعي (بكالوريوس)	52	12	3	76	0	1	15	5	0
فني علاج طبيعي (دبلوم)	9	0	0	44	0	0	0	1	0
أخصائي تأهيل (بكالوريوس)	4	0	0	0	0	0	1	0	0
فني تأهيل (دبلوم)	1	0	0	0	0	0	0	0	0
أخصائي سمعيات ونطق (بكالوريوس)	11	1	1	1	0	0	1	0	0
فني سمعيات ونطق (دبلوم)	7	2	0	4	0	0	0	0	0
أخصائي بصريات (بكالوريوس)	10	2	1	28	0	0	3	1	0
فني بصريات (دبلوم)	2	0	0	0	0	0	1	0	0
فني أشعة (بكالوريوس)	86	24	4	305	8	3	52	13	2
مساعد فني أشعة (دبلوم)	8	2	0	79	0	0	2	1	0
فني تخطيط (ECG, EMG, EEG)	15	3	0	8	1	0	2	1	1
فني أسنان	2	2	0	0	0	0	0	1	0
مرشد نفسي	26	0	1	5	0	0	0	0	0
مرشد تغذية	17	3	2	6	0	0	10	0	0
أخرى	75	11	0	73	1	2	6	3	0
المجموع	660	119	21	1699	33	16	288	50	5

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

جدول (20–3): عدد مقدمي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في الضفة الغربية، 2018

الخدمات الطبية المساندة	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
فني مختبر (بكالوريوس فما فوق)	130	5	0	230	3	4	88	2	0
مساعد فني مختبر (دبلوم)	7	0	0	19	0	0	12	0	0
صيدلي	55	2	0	69	1	0	45	1	0
مساعد صيدلي	9	0	0	32	1	0	6	0	0
فني تخدير	40	0	2	102	1	0	36	9	2
أخصائي علاج طبيعي (بكالوريوس)	47	3	2	29	0	1	15	3	0
فني علاج طبيعي (دبلوم)	8	0	0	9	0	0	0	1	0
أخصائي تأهيل (بكالوريوس)	3	0	0	0	0	0	1	0	0
فني تأهيل (دبلوم)	1	0	0	0	0	0	0	0	0
أخصائي سمعيات ونطق (بكالوريوس)	11	1	1	0	0	0	1	0	0
فني سمعيات ونطق (دبلوم)	7	0	0	0	0	0	0	0	0
أخصائي بصريات (بكالوريوس)	7	0	1	3	0	0	3	1	0
فني بصريات (دبلوم)	2	0	0	0	0	0	1	0	0
فني أشعة (بكالوريوس)	73	3	2	142	0	2	52	1	2
مساعد فني أشعة (دبلوم)	6	0	0	21	0	0	2	0	0
فني تخطيط (ECG, EMG, EEG)	13	1	0	2	1	0	2	0	1
فني أسنان	1	0	0	0	0	0	0	0	0
مرشد نفسي	20	0	1	4	0	0	0	0	0
مرشد تغذية	16	3	1	6	0	0	10	0	0
أخرى	75	9	0	10	0	2	6	0	0
المجموع	531	27	10	678	7	9	280	18	5

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

جدول (21-3): عدد مقدمي الخدمات الطبية المساندة في المستشفيات الأهلية، الحكومية، والخاصة في قطاع غزة، 2018

الخدمات الطبية المساندة	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
فني مختبر (بكالوريوس فما فوق)	38	25	2	257	8	0	2	5	0
مساعد فني مختبر (دبلوم)	6	1	0	46	0	0	0	0	0
صيدلي	21	9	2	139	4	6	2	3	0
مساعد صيدلي	15	0	0	46	0	0	0	0	0
فني تخدير	14	15	3	130	5	0	4	4	0
أخصائي علاج طبيعي (بكالوريوس)	5	9	1	47	0	0	0	2	0
فني علاج طبيعي (دبلوم)	1	0	0	35	0	0	0	0	0
أخصائي تأهيل (بكالوريوس)	1	0	0	0	0	0	0	0	0
فني تأهيل (دبلوم)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
أخصائي سمعيات ونطق (بكالوريوس)	0	0	0	1	0	0	0	0	0
فني سمعيات ونطق (دبلوم)	0	2	0	4	0	0	0	0	0
أخصائي بصريات (بكالوريوس)	3	2	0	25	0	0	0	0	0
فني بصريات (دبلوم)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
فني أشعة (بكالوريوس)	13	21	2	163	8	1	0	12	0
مساعد فني أشعة (دبلوم)	2	2	0	58	0	0	0	1	0
فني تخطيط (ECG, EMG, EEG)	2	2	0	6	0	0	0	1	0
فني أسنان	1	2	0	0	0	0	0	1	0
مرشد نفسي	6	0	0	1	0	0	0	0	0
مرشد تغذية	1	0	1	0	0	0	0	0	0
أخرى	0	2	0	63	1	0	0	3	0
المجموع	129	92	11	1021	26	7	8	32	0

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3-3-5 خدمات الأشعة

يبين جدول (22-3) عدد المستشفيات المحلية التي يتوفر فيها خدمات الأشعة بأنواعها. ويتضح من الجدول بأن 89% من المستشفيات في فلسطين تمتلك أجهزة خاصة بالأشعة السينية (88% في الضفة الغربية مقابل 94% في قطاع غزة). كما تمتلك 87% من المستشفيات أجهزة التصوير بالموجات فوق الصوتية (81% من مستشفيات الضفة الغربية مقابل 97% من مستشفيات قطاع غزة). في المقابل، تمتلك أقل من نصف المستشفيات (49%) أجهزة أشعة مقطعية (CT SCAN). وتنخفض نسبة المستشفيات التي تمتلك أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) لتصل إلى 19% بواقع 15 مستشفى في فلسطين، أغلبهم في الضفة الغربية. أما بخصوص خدمات الأشعة الأكثر تطوراً، مثل الأشعة التداخلية، التي تُستخدم لعلاج العديد من الأمراض دون إحداث فتحات جراحية في الجسم، فتوجد في 14 مستشفى في فلسطين.

ومن الجدير ذكره أن هناك عدد قليل من المستشفيات يمتلك خدمات أشعة أخرى، مثل تقنية (PET/CT SCAN) وهي إحدى تقنيات الطب النووي والتي تدمج بين تصوير الأشعة المقطعية وتصوير (PET) والتي تستخدم في الكشف عن أمراض خطيرة مثل أمراض القلب، والدماغ، والسرطان. فهناك ثلاث مستشفيات فقط تمتلك هذه التقنية جميعها في الضفة الغربية، تضم مستشفيين أهليين ومستشفاً خاصاً. وتمتلك ثلاث مستشفيات (اثنين حكوميين في الضفة والثالث أهلي في غزة) تقنية التنظير (Fluoroscopy) والتي تستخدم في حال الاشتباه بسرطان الجهاز الهضمي. كما أن هناك خمس مستشفيات (أربع منها في غزة) يتوفر لديها تقنية (Mammogram) للكشف عن سرطان الثدي.

3-3-6 الخدمات الطبية المساعدة

يشير جدول (22-3) كذلك الى أن غالبية المستشفيات في الضفة الغربية وفي قطاع غزة، خاصة الكبيرة والمتوسطة، يتوفر فيها مختبر طبي، وصيدلية، ومستودع أدوية، وغرفة تعقيم. فيما تمتلك نصف المستشفيات (52% في الضفة الغربية وقطاع غزة) بنوك دم (عادة ما تكون بنوك دم صغيرة، حيث يتم الاعتماد بشكل أساسي على بنك الدم المركزي أو بنوك الدم في المستشفيات الكبيرة). ونلاحظ من الجدول انخفاض عدد المستشفيات التي تضم مختبرات متخصصة مثل مختبرات الوراثة والجينات (5 مستشفيات)، تخطيط الدماغ والأعصاب (16 مستشفى)، ومختبر دراسة إرادية التبول (4 مستشفيات).

جدول (22-3): عدد المستشفيات حسب نوع خدمات الأشعة والخدمات الطبية المساعدة في فلسطين، والضفة الغربية، وقطاع غزة، 2018

الخدمة	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	أهلي	حكومي	خاص	أهلي	حكومي	خاص	أهلي	حكومي	خاص
خدمات الأشعة									
X-Ray	26	28	17	15	13	14	11	15	3
Ultrasound	24	25	20	12	10	17	12	15	3
CT Scan	12	16	11	7	8	9	5	8	2
MRI	4	7	4	3	3	4	1	4	0
الأشعة التداخلية	7	2	5	3	1	4	4	1	1
PET CT SCAN	2	0	1	2	0	1	0	0	0
mobile x-ray	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Fluoroscopy	1	2	0	0	2	0	1	0	0
MAMO GRAM	2	1	2	0	0	1	2	1	1
PANORAMA	2	0	1	0	0	0	2	0	1
OCT/FFA/VF/CCT	1	0	0	0	0	0	1	0	0
MCUG/I.V.U/H.S.G	0	1	0	0	1	0	0	0	0
الخدمات الطبية المساعدة									
بنك الدم	12	21	8	7	11	7	5	10	1
مختبر طبي	26	28	18	15	14	16	11	14	2
مختبر الوراثة والجينات	3	0	2	3	0	1	0	0	1
مختبر تخطيط الدماغ والأعصاب	4	7	5	2	3	4	2	4	1
مختبر دراسة إرادية التبول	2	1	1	1	0	1	1	1	0

الخدمة	فلسطين			الضفة الغربية			قطاع غزة		
	أهلي	حكومي	خاص	أهلي	حكومي	خاص	أهلي	حكومي	خاص
صيدلية	28	29	18	16	14	16	12	15	2
مستودع أدوية	22	26	15	12	12	13	10	14	2
غرفة تعقيم	27	21	17	15	10	15	12	11	2
مختبر القياس النفسي	0	1	0	0	0	0	0	1	0

مصدر البيانات: استمارة الدراسة.

3-4 قدرة قطاع الأدوية الفلسطيني على تلبية الطلب المحلي

يهدف هذا القسم إلى استكشاف مدى قدرة قطاع الصناعات الدوائية الفلسطيني على تلبية الطلب المحلي على الأدوية. ولتحقيق هذا الهدف، سيتم عرض ونقاش بيانات عن قطاع الأدوية الفلسطيني وحصته السوقية مقابل حصة الأدوية المستوردة من السوق الإسرائيلي أو دول أخرى. كما سيتم مناقشة قدرة قطاع الأدوية على توريد الأدوية لوزارة الصحة الفلسطينية وكذلك التحديات التي تواجه هذا القطاع والمرتبطة بإجراءات الاحتلال الإسرائيلي واتفاقية باريس الاقتصادية.

بلغ حجم سوق الأدوية في فلسطين، مقدراً بقيمة المبيعات للعام 2018 حوالي 160 مليون دولار. يحوز قطاع صناعات الأدوية الفلسطيني على حوالي 53% منها والباقي للشركات الأجنبية والإسرائيلية. وقد نمت هذه الحصة خلال السنوات السابقة من مستوى 44% منذ عام 2013. يتكون قطاع الأدوية الفلسطيني من 6 شركات تضم: شركة بير زيت للأدوية، وشركة دار الشفاء لصناعة الأدوية والكيماويات ومواد التجميل، وشركة القدس للمستحضرات الطبية، ومصنع بيت جالا لصناعة الأدوية، وشركة القدس للمستحضرات الطبية، وشركة سما لصناعة الأدوية. وتتركز نشاطات الإنتاج بين شركتين (شركة بير زيت وشركة القدس) حيث تبلغ حصتهما حوالي ثلثي حصة السوق لهذا القطاع (انظر جدول 3-23). وعلى صعيد حصة الأصناف المباعة في السوق الفلسطيني، يبلغ عدد الأدوية التي انتجتها الشركات المحلية في العام 2017 896 صنفا من مجموع الأدوية المسجلة لدى وزارة الصحة الفلسطينية والبالغة 2,399 صنف. وأما عن الأدوية المباعة في القطاع غير الحكومي، فتشكل حصة الشركات المحلية حوالي 60% منها، تليها الشركات الأجنبية (25%)، والإسرائيلية (15%).[10]

جدول (3-23): توزيع الحصص السوقية بحسب شركات الأدوية الفلسطينية

المجموع	شركة سما	شركة بيت جالا	شركة دار الشفاء	شركة القدس	شركة بير زيت	قيمة الأدوية المنتجة محليا
%100	%6	%11	%19	%31	%33	84 مليون دولار

مصدر البيانات: أبو ارجيلة (2019) تطوير تنافسية وزيادة حصة المنتج الوطني في فلسطين: قطاع الأدوية. رام الله: معهد أبحاث السياسات الاقتصاديّة الفلسطينيّ (ماس).

بلغت حصة القطاع الحكومي من مجمل مبيعات الأدوية في السوق الفلسطيني حوالي الثلث. ويتم توريد الأدوية لهذا القطاع من شركات الأدوية الفلسطينية بحصة تصل إلى 38% والباقي من الشركات الأجنبية والإسرائيلية. إلا أن حصة الشركات

[10] أبو ارجيلة، مهند.(2019). تطوير تنافسية وزيادة حصة المنتج الوطني في فلسطين: قطاع الأدوية. رام الله: معهد أبحاث السياسات الاقتصاديّة الفلسطينيّ (ماس).

الفلسطينية قياسا بعدد الوحدات المباعة تصل إلى حوالي 60%.[11] ويرجع هذا التباين إلى تركز الإنتاج في الأدوية الجنيسة (غير المقيدة ببراءة الاختراع) والتي تنتج عادة بتكاليف منخفضة نسبياً. ووفقا لبيانات التسجيل الدوائي لوزارة الصحة الفلسطينية، تغطي هذه الأدوية أمراض الجهاز الهضمي، وأمراض القلب، والجهاز العصبي، والعضلات، والجهاز البولي، والجهاز التنفسي، وأدوية مكافحة العدوى، وأدوية التغذية والتمثيل الغذائي، والجهاز التنفسي، وأدوية الأنف والأذن والحنجرة، والعيون، والأدوية الجلدية، والغدد الصماء، والجهاز الهرموني.

وأما القائمة التي لا تنتجها الشركات المحلية فتتركز في الأدوية ذات الأساس البيولوجي مثل الأنسولين، واللقاحات والمطاعيم، وأدوية السرطان ذات الفعالية القوية (high potent)، والمحاليل، والأدوية الوريدية، والأدوية المستخدمة في زراعة الأعضاء. ويمتاز إنتاج هذا النوع من الأدوية بارتفاع تكلفة إنتاجه، واعتماده على تكنولوجيا متطورة تتطلب استثمارات باهظة، تصل إلى عشرات أو مئات الملايين من الدولارات، تتجاوز قدرات قطاع الصناعات الدوائية الفلسطينية. وحتى لو توفرت الإمكانيات، فإن إنتاج العديد منها يعتمد على وفورات الحجم. الأمر الذي يتطلب التوسع نحو أسواق خارجية إضافة إلى السوق المحلي. لذا تتركز نشاطات الشركات المحلية في المنافسة على تطوير الأدوية الجنيسة بشكل يزيد من فعاليتها ويقلل من تكاليف إنتاجها. وعادة ما تحتدم المنافسة بين الشركات المحلية والتي تنتج عادة أدوية مشابهة.

يواجه قطاع الصناعات الدوائية عدداً من العقبات الناتجة عن القيود التي فرضها الاحتلال الإسرائيلي أو المرتبطة باتفاقية باريس الاقتصادية.[12] أسست هذه الاتفاقية لإقامة غلاف جمركي موحد للسوق الفلسطيني والإسرائيلي، ونصت كذلك على حرية حركة البضائع بين السوقين، ومن ضمنها الأدوية. كما اشترطت أن يتم تطبيق المعايير الإسرائيلية على الأدوية المستوردة إلى السوق الفلسطيني ومن أهمها تسجيلها لدى وزارة الصحة الإسرائيلية. وتسببت هذه الإجراءات بقطع الترابطات التجارية مع المحيط العربي وحدت من استيراد أدوية منخفضة السعر من دول كالصين والهند وشرق أوروبا. وتفرض السلطات الإسرائيلية قيودا على شركات الأدوية الفلسطينية من خلال الحصول على رخصة استيراد لكل شحنة مستوردة من الأدوية وتمنع كذلك استيراد المواد الخام مزدوجة الاستعمال (التي قد يكون لها استخدامات عسكرية). هذا إضافة إلى فرض العوائق اللوجستية والمتعلقة بحجز الشحنات المستوردة بذريعة التفتيش الأمني وفرض التكاليف المصاحبة على المستورد الفلسطيني. وفي المقابل لا تطبق هذه القيود في معظمها على الشركات الإسرائيلية.

كما عمدت سلطات الاحتلال إلى منع عبور الأدوية الفلسطينية نحو المستشفيات الفلسطينية في القدس الشرقية والتي تقدم خدمات طبية لشريحة واسعة من فلسطيني الضفة الغربية من خلال نظام التحويلات الحكومي. الأمر الذي أثر سلبا على الشركات الفلسطينية ومنع مستشفيات القدس الشرقية من الاستفادة من الأسعار المخفضة للأدوية التي تنتجها الشركات الفلسطينية وأجبرها تلقائيا على شراء أدوية إسرائيلية أو أجنبية.

كما أثر الغلاف الجمركي الموحد على ارتفاع أسعار الأدوية المستوردة إلى السوق الفلسطيني. فعادة ما تستخدم شركات الأدوية العالمية سياسات تمييز سعري (price discrimination) عبر الدول. إذ يتم تقسيم الدول إلى مناطق سعرية (price zones) بحسب معطيات اقتصادية واجتماعية وأخرى تتعلق بانتشار الأمراض. فعادة ما تفرض أسعار مرتفعة على الدول

[11] مقابلة مع الرئيس التنفيذي لاتحاد الصناعات الدوائية الفلسطينية.

[12] يعتمد النقاش حول القيود الإسرائيلية على دراسة صدرت عام 2012 عن مؤسسة بيتسيليم الإسرائيلية والتي حملت عنوان:
Captive Economy: The Pharmaceutical Industry and the Israeli Occupation.

الغنية مقارنة بالفقيرة. وتصنف إسرائيل من ضمن التصنيف السعري العالي. وتباعاً، فإن الغلاف الجمركي يضع السوق الفلسطيني ضمن نفس الخانة الإسرائيلية على الرغم من الفروقات الواسعة في الدخل بين الجانبين، مما يرفع أسعار الأدوية المستوردة بشكل لا يتوافق مع المستوى الاقتصادي للفلسطينيين.

خلاصة القول، أن قدرة قطاع الصناعات الدوائية الفلسطيني في تلبية الطلب المحلي على الأدوية محدودة ولا تخرج عن نطاق الأدوية الجنيسة. وفي هذا الإطار، يمكن أن ينافس الأدوية الجنيسة المستوردة عن طريق تحسين الجودة وتخفيض السعر. وسيستمر اعتماد وزارة الصحة والسوق الفلسطيني، على الأقل على المستوى القصير والمتوسط، على الاستيراد لتلبية الطلب على الأدوية المعالجة للأمراض التي يشيع تحويلها خارج مستشفيات وزارة الصحة. فإنتاجها يحتاج إلى استثمارات هائلة يصعب توفيرها ضمن بيئة عدم الاستقرار السياسي الحالي.

وفي إطار تعزيز تنافسية قطاع الأدوية الفلسطيني وتوسيع حصته، نوصي بأن تقوم الحكومة الفلسطينية بتقييد دخول الأدوية الإسرائيلية الجنيسة إلى السوق الفلسطيني من باب المعاملة بالمثل. فمنع الحكومة الإسرائيلية دخول الأدوية الفلسطينية إلى مستشفيات شرق القدس يقوض التنافس العادل مع الأدوية الإسرائيلية المباعة في السوق الفلسطيني. وفي هذا الصدد، نقترح بأن تقوم الحكومة الفلسطينية بفرض قيود غير–جمركية (non-tariff barriers) كي تسمح للشركات الفلسطينية بالتوسع في الأسواق الفلسطينية.

4- مؤشرات القطاع الصحي في فلسطين والدول المقارنة

يستعرض الفصل الحالي أبرز المؤشرات الصحية في فلسطين، ويستكشف من خلال مقارنتها مع مؤشرات دول أخرى من أجل تقييم الأوضاع الصحية فيها. تضم المؤشرات معدلات العمر المتوقع، ونسب الوفيات، وعدد من مؤشرات الإنفاق الصحية، وتغطية الخدمات الصحية. وتضم أيضاً أبرز مؤشرات الصحة الإنجابية وعوامل الخطر المتمثلة باختلالات وزن وطول الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات.

تم اختيار الدول التي سيتم المقارنة معها عن طريق الاستعانة بأحدث البيانات المتاحة لعدد من المعايير، أهمها توفر البيانات، والقرب الجغرافي، وتشابه البيئة الاقتصادية والمؤسساتية. وتضم هذه الدول الأردن، ودول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، والدول ذات الدخل المتوسط المنخفض (low middle income countries) والتي تنتمي إليها فلسطين.[13] وضمت القائمة أيضاً دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) لتمثل الدول الأكثر تقدماً في مجال الرعاية الصحية.

4-1 الوضع الصحي: متوسط العمر ومعدل الوفيات

بلغ عدد سكان فلسطين بحسب بيانات التعداد العام للسكان لعام 2017 حوالي 4.78 مليون نسمة. تشكل الإناث حوالي 49% منهم (ويعادل ذلك 103.6 ذكر لكل 100 أنثى).[14] يقطن 60.3% من إجمالي السكان في الضفة الغربية والباقي في قطاع غزة. وتشير بيانات التعداد إلى أن المجتمع الفلسطيني فتيّ؛ إذ يشكل صغار السن، الذين تتراوح أعمارهم بين 0-14 سنة، حوالي 39% من المجتمع الفلسطيني. فيما يشكل كبار السن، الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة فأكثر، 3.2% من مجمل السكان.

يبين جدول (1-4) العديد من مؤشرات الصحة المتعلقة بمتوسط العمر المتوقع ومعدلات الوفيات في فلسطين وفي الدول المقارنة. يُلاحظ أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة في فلسطين يبلغ حوالي 73.65 سنة،[15] وهو مشابه للمعدل في دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (73.73)، وأقل بشكل طفيف عن العمر المتوقع في الأردن (74.48). كما أنه أعلى بدرجة طفيفة عن العمر المتوقع في العالم (72.23)، فيما ينخفض بشكل ملحوظ (حوالي 6.65 سنوات) عن المعدل في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ويزيد عنه في الدول ذات الدخل المتوسط المنخفض بفارق 5.66 سنة.

جدول (1-4): مؤشرات متوسط العمر المتوقع، 2017

الدولة/المؤشر	السنة	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	فلسطين	العالم
العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)	2017	74.48	67.99	73.73	80.3	73.65	72.23

مصدر البيانات: World Bank Open Data. Last accessed 14/07/2019. https://data.worldbank.org/

[13] تشمل الدول ذات الدخل المنخفض- المتوسط تلك التي يتراوح الدخل القومي الإجمالي للفرد فيها (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي) بين 996- 3,895 دولار أمريكي، وذلك حسب تعريف البنك الدولي للفترة 2018-2019.

[14] المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2018. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017: ملخص النتائج النهائية للتعداد. رام الله - فلسطين.

[15] يشير متوسط العمر المتوقع عند الولادة إلى عدد السنوات التي سيعيشها المواليد الجدد إذا ظلت أنماط الوفيات السائدة وقت ولادتها كما هي طوال حياتها.

4-2 الرعاية الصحية، انتشار الأمراض، والوفيات

أحرزت فلسطين تقدماً ملحوظاً في مجال الرعاية الصحية الوقائية، وذلك على الرغم من الأوضاع السياسية والاقتصادية غير المستقرة فيها. إذ تغطي نسبة التطعيمات الإلزامية ضد الأمراض المعدية مثل الحصبة، واللقاح الثلاثي ما يقارب 100% من الأطفال. وتعد فلسطين من الدول الأقل عرضة لانتشار العديد من الأمراض المعدية والفتاكة مثل الكوليرا والملاريا والسل والإيدز بين سكانها [16] يبين جدول (4-2) معدلات الإصابة المبلغ عنها لمجموعة من الأمراض المعدية لكل 100,000 نسمة في 2018 في فلسطين، وذلك وفقاً للتقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لسنة2018.[17]

جدول (4-2): معدل الاصابة بالأمراض المعدية
في فلسطين لكل 100,000 نسمة، 2018

المرض المعدي	المعدل لكل 100,000 نسمة في 2018
شلل الأطفال والشلل الرخو الحاد (AFP)	2.4
الحصبة	0
السل الرئوي	0.93
الكزاز	0
التهاب الكبد الفيروسي أ	15.7
التهاب الكبد الفيروسي ب	0.68

المصدر: التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام 2018.

وعن معدل الوفيات، يتضح من جدول (4-3) بأن معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في فلسطين (لكل 1,000 ولادة حية) قد بلغ 17.9 و20.9، على التوالي لسنة 2017. وعلى الرغم من أنه أعلى من المعدل في الأردن وأعلى بأضعاف من المعدل في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، إلا أنه أقل من المتوسط لدول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، والدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط. وتعد أمراض الجهاز التنفسي المزمنة وخاصة الالتهاب الرئوي، والإسهال، والعدوى والالتهابات من أبرز أسباب وفيات الأطفال دون الخامسة في العالم. ويمكن الوقاية من هذه الأمراض أو علاجها عند وجود نظام رعاية صحي مناسب وتوفر الخدمات الصحية الأساسية مثل التغذية وإمدادات المياه ومرافق الصرف الصحي.

[16] Source: World Health Organization (WHO), 2016. Palestine Health Profile 2015. World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean.

[17] Source: Ministry of Health (MOH), 2019. Health Annual Report, Palestine 2018. General directorate of health policies and planning, Palestinian health information centre (PHIC).

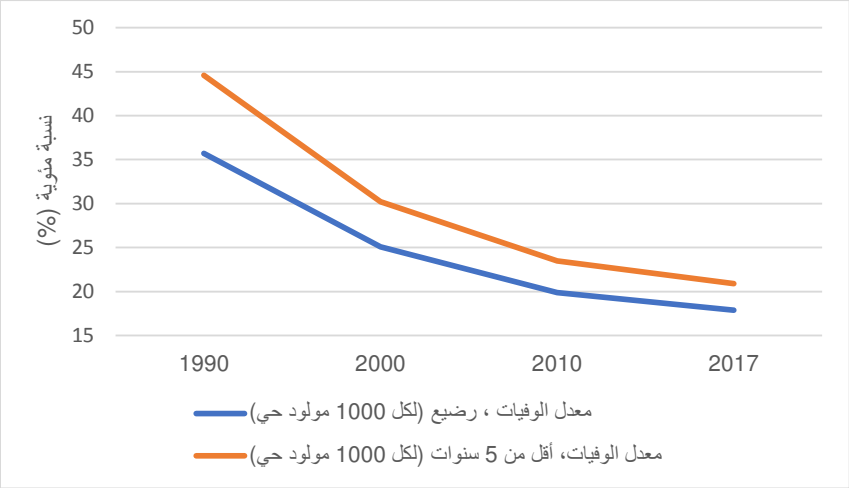
جدول (3-4): معدل الوفيات للعام 2017

الدولة/المؤشر	السنة	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	فلسطين	العالم
معدل الوفيات، رضيع (لكل 1000 مولود حي)	2017	14.6	36.8	19.3	5.7	17.9	29.4
معدل الوفيات، أقل من 5 سنوات (لكل 1000 مولود حي)	2017	17	48.5	23.1	6.68	20.9	39.1
الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية والسرطان والسكري أو أمراض الجهاز التنفسي المزمنة للأعمار بين 30 و70 (%)	2016	19.2	23.21	18.88	12.43	21	18.77

مصدر البيانات: World Bank Open Data. Last accessed 14/07/2019. https://data.worldbank.org/

تشير البيانات أيضا أنه على الرغم من ارتفاع مؤشرات الوفاة مقارنة بالأردن ودول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، إلا أن فلسطين قد أحرزت تقدماً في تخفيض هذا المؤشر على مدار السنوات السابقة. يوضح شكل (1-4) الانخفاض الملموس في معدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة في فلسطين خلال الفترة ما بين عام 1990 و2017. إذ انخفض هذان المؤشران، على التوالي، من معدل 35.1 و39 حالة وفاة عام 1990 إلى المعدل الموثق أعلاه. ويعود هذا الانخفاض (جزئياً) إلى التغطية الشاملة للتطعيمات. وتجدر الإشارة هنا إلى تحقيق فلسطين للغاية الثانية من الهدف الثالث لأهداف التنمية المستدامة 2030، والتي تنص على خفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى أقل من 12 لكل 1000 مولود حي، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى أقل من 25 لكل 1000 مولود حي.

شكل (1-4): معدل وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في فلسطين، 1990-2017



مصدر البيانات: World Bank Open Data. Last accessed 14/07/2019. https://data.worldbank.org/

يوثق جدول (4-4) أهم الأمراض المسببة للوفيات في فلسطين. فمن المتوقع أن يتوفى حوالي 21% من البالغين في فلسطين، قبل سن 70. وتعتبر هذه النسبة مرتفعة على نحو كبير إذا ما قورنت بدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (12.4%). كذلك تعتبر مرتفعة إذا ما قورنت بدول الشرق الأوسط (18.8%) والعالم (18.7%). يبدو أن النجاحات التي حققتها فلسطين في مجال الرعاية الصحية تزداد في مجال السيطرة أو الحد من العديد من الأمراض المعدية، لكنها ما زالت محدودة في الحد من الإصابة بالأمراض غير المعدية (المزمنة). ولعل ذلك نابع بشكل أساسي من تفشي نمط الحياة غير

الصحي بشكل عام مثل اتباع أنظمة غذائية سيئة عالية السكريات والدهون، والاكثار من الأغذية المصنعة، والتدخين، وقلة النشاط البدني. ففي العام 2018، شكلت أربعة من الأمراض المزمنة الرئيسية ما نسبته 67.4% من أسباب الوفيات في فلسطين. وتضم هذه الأمراض: أمراض القلب والأوعية الدموية في المرتبة الأولى، ويليها بالترتيب السرطان (خاصة سرطان الثدي والقولون)، ثم الجلطات الدماغية، ومرض السكري (أنظر جدول 4-4). تستدعي هذه النسبة العالية من حالات الوفاة المرتبطة بهذه الأمراض وضع تدخلات لتعديل نمط الحياة لدى السكان واتباع أنماط حياة صحية.[18]

جدول (4-4): نسبة الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية (المزمنة) في فلسطين، 2018

المرض المزمن	نسبة الوفيات في 2018 (%)
أمراض القلب والأوعية الدموية	31.5
السرطان	15.4
الجلطات الدماغية	13
مرض السكري	7.5

المصدر: التقرير الصحي السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية للعام 2018.

4-3 الصحة الإنجابية

تتعلق الصحة الإنجابية بصحة الأم والطفل قبل وخلال وبعد الإنجاب. وقد تم تصميم عدد من المؤشرات الخاصة بالصحة الإنجابية من أجل قياس جودتها. وتضم هذه المؤشرات معدلات الوفيات بين الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ومدى انتشار الانيميا بين النساء في سن الإنجاب (والتي تؤثر على العملية الإنجابية في وقت لاحق)، وبانتشار وسائل منع الحمل التي تهدف إلى تنظيم الأسرة.

يظهر جدول (4-5) أن معدل وفيات الأمهات في فلسطين قد بلغ في 2015 حوالي 15.7 وفاة لكل 100,000 مولود حي. ويزيد هذا العدد عن المعدل في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ويقل عنه في الأردن ودول الشرق الأوسط. كما يقل كثيراً عن معدل الوفيات في الدول ذات الدخل المتوسط المنخفض ودول العالم بشكل عام. تتسبب عدة عوامل في وفيات الأمهات، ومن أهمها تفاقم المشاكل الصحية أثناء الحمل أو الولادة أو في غضون 42 يوما من انتهاء الحمل. ومن الجدير بالذكر أن معدل وفيات الأمهات في فلسطين قد انخفض بشكل ملحوظ خلال السنوات السابقة من مستوى 24% في 2013. ولعل ذلك يعود إلى توسع نشاطات الرعاية الصحية الأولية والتي تساعد في الكشف المبكر عن الحالات التي من شأنها أن تودي بحياة الأم والجنين قبل وأثناء وبعد الولادة، والمساعدة في السيطرة عليها من خلال الكشف المبكر وتقديم الدعم الطبي الملائم في الوقت المناسب. ففي عام 2016، تلقت جميع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاما رعاية صحية ما قبل الولادة لمرة واحدة على الأقل من قبل أطباء أو ممرضات/قابلات.[19] ويعود شمول هذه الرعاية، بشكل أساسي، إلى مجانية خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل التي تقدمها وزارة الصحة الفلسطينية من خلال مرافق الرعاية الصحية الأولية التابعة لها. يبين جدول (4-5) أيضاً انخفاض نسبة المواليد الذين يولدون بأقل من الوزن الطبيعي في

[18] Source: Ministry of Health (MOH), 2019. Health Annual Report, Palestine 2018. General directorate of health policies and planning, Palestinian health information centre (PHIC).

[19] Source: World Health Organization (WHO), 2016. Palestine Health Profile 2015. World Health Organization Regional Office for Eastern Mediterranean.

فلسطين إلى 5.7% من إجمالي المواليد،[20] وتعد هذه النسبة الأقل إذا ما قورنت بباقي المناطق خاصة دول العالم المتقدم (8.06%) والأردن (13%).

بلغت نسبة النساء ضمن عمر الإنجاب، أي ما بين 15–49 سنة، في فلسطين واللائي يستخدمن الأساليب الحديثة لتنظيم الأسرة 78.5%. وتضاهي هذه النسبة نظيراتها في الدول الأخرى (انظر جدول 4–5). وتكمن أهمية انتشار وسائل منع الحمل في تحسين صحة المرأة والطفل، من خلال الحد من مخاطر وفيات الأمهات، وتحسين صحة وبقاء الطفل من خلال المباعدة بين الولادات، وضمان عدم إنهاك جسد الأم نتيجة للولادات المتقاربة، وما يترتب عليها من حصول الأم وطفلها على العناصر الغذائية اللازمة للبقاء والنمو. علاوة على ذلك، فإن استخدام وسائل منع الحمل (بهدف تنظيم الأسرة) من شأنه أن يحسن من فرص حصول الأطفال على الرعاية الصحية والنفسية والمالية الملائمة بما يحقق التنمية المستدامة للمجتمع.[21]

جدول (5–4): مؤشرات الصحة الإنجابية في فلسطين والدول المقارنة

الدولة/المؤشر	السنة	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض–المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	فلسطين	العالم
معدل وفيات الأمهات (تقدير نموذجي، لكل 100,000 مولود حي)	2015	58.00	260.00	81.00	14.00	15.70	216.00
معدل الوفيات، حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي)	2017	10.10	23.90	12.70	3.70	11.30	18.00
انتشار وسائل منع الحمل (% من النساء بعمر 15–49 سنة)	2014 للأردن، 2016 لفلسطين، و2010 لباقي الدول.	83.8	52.09	57.84	70.52	78.5	62.61
الأطفال من ذوي الوزن المنخفض عند الولادة (% من الولادات)	2016 للأردن وفلسطين و2010 لباقي الدول.	%13.0		%13.06	%8.06	%5.70	%10.60
انتشار فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب (% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهم بين 15–49 سنة)	2016	%34.70	%43.10	%34.23	%17.39	%29.40	%32.80

مصدر البيانات: World Bank Open Data. Last accessed 14/07/2019. https://data.worldbank.org/

يبين المؤشر الأخير في جدول (4–5) النسبة المئوية للنساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة، واللواتي يقل مستوى الهيموجلوبين لديهن عن 120 جم/لتر للنساء غير الحوامل والنساء المرضعات، ويقل عن 110 جم/لتر للحوامل. وتشير هذه النسبة إلى انتشار الأنيميا بين النساء في عمر الإنجاب. ويُلاحظ من الجدول أن النسبة في فلسطين كانت 29% في 2016، وهي أقل من المتوسط في الأردن (35%) ودول الشرق الأوسط وجنوب إفريقيا (34%)، والدول ذات الدخل المنخفض–المتوسط (43%)، إلا أنها أعلى من تلك في دول العالم المتقدم (17%). ولعل انخفاض هذه النسبة في فلسطين مقارنة بغيرها يعود، كما ذكرنا سابقاً، إلى المتابعة المستمرة للمرأة الحامل خلال فترة حملها وتقديم العلاج المناسب لها في مراكز الرعاية الصحية الحكومية المجانية.

[20] تشير هذه النسبة إلى نسبة المواليد الأحياء الذين يقل وزنهم عن 2500 غرام من مجموع المواليد الأحياء خلال نفس الفترة الزمنية.

[21] Source: Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J, 2006. Family planning: the unfinished agenda. Lancet 2006 Nov 18;368(9549):1810-27.

4-4 تغطية الخدمات في القطاع الصحي

يستعرض هذا القسم مؤشرين مختارين لقياس مدى شمولية تغطية الخدمات الصحية في فلسطين. إذ يُبين جدول (6-4) أن جميع الولادات الحية في فلسطين تتم تحت إشراف العاملين المهرة في القطاع الصحي (أطباء وقابلات).[22] تضاهي هذه النسبة تلك الموجودة في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (بنسبة 98.7%) والأردن (99.6). وهي أعلى من النسبة في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (86%)، وباقي العالم (80%)، والدول ذات الدخل المتوسط المنخفض (74.4%).

يمثل عدد الأسرّة لكل 1,000 من السكان مؤشراً آخرا يعكس تغطية الخدمات الصحية. تصل نسبة عدد الأسرة (Inpatient Beds) لكل 1,000 من السكان في فلسطين إلى حوالي ثلث العدد في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية ونصفه مقارنة بدول العالم. كما تتشابه قيمة مؤشر عدد الأسرّة في فلسطين مع تلك الموجودة في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وتزيد بمعدل 1.3 مرة عن قيمتها في الدول ذات الدخل المتوسط المنخفض والأردن.

جدول (6-4): تغطية الخدمات الصحية في فلسطين والدول المقارنة

الدولة/المؤشر	السنة	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض-المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	فلسطين	العالم
الولادات تحت إشراف موظفين صحيين مهرة (% من الإجمالي)	2014 لفلسطين، 2016 للأردن، و2010 لباقي الدول.	%99.60	%74.40	%85.99	%98.67	%100	%80.11
أسرة المستشفيات (لكل 1000 شخص)	2016 لفلسطين و2011 لباقي الدول.	1.80	0.99	1.36	3.78	1.30	2.70

مصدر البيانات: World Bank Open Data. Last accessed 14/07/2019. https://data.worldbank.org/

4-5 عوامل الخطر الصحية

يبين جدول (7-4) أدناه مجموعة من المؤشرات التي تُنبئ بوجود عوامل خطر صحية مستقبلية على حياة الأطفال. وتضم هذه المؤشرات معدل انتشار الوزن الزائد، والتقزم، ونقصان الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة. ويتضح من الجدول بأن 5.3% من هذه الشريحة من الأطفال في فلسطين يعانون من الوزن الزائد، وهذه النسبة متقاربة مع تلك الموجودة في الأردن والعالم، إلا أنها أقل من معدلها في دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مثل لبنان ومصر وليبيا.[23] ويعود سبب زيادة الوزن لدى الأطفال بشكل أساسي إلى اتباع أنظمة غذائية غير صحية مليئة بالدهون المهدرجة والسكريات والأغذية المصنعة. أما على صعيد انتشار التقزم ونقصان الوزن، فيقل المعدل في فلسطين عن نظيره في جميع المناطق المقارنة خاصة في الدول ذات الدخل المتوسط المنخفض.

[22] تشير هذه النسبة إلى نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف عاملين صحيين مهرة خلال فترة زمنية محددة إلى إجمالي عدد المواليد الأحياء في نفس الفترة.

[23] Source: World Health Organization. Regional Health Observatory Data Repository. Last accessed 11/07/2019

جدول (7–4): معدلات انتشار زيادة الوزن، ونقص الوزن، والتقزم في فلسطين والدول المقارنة، 2016

الدولة/المؤشر	السنة	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض–المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	فلسطين	العالم
انتشار زيادة الوزن بالنسبة للطول (% من الأطفال دون سن 5)[24]	2016	%4.4	%3.80	%10.80		%5.3	%5.60
انتشار التقزم، الطول بالنسبة للعمر (% من الأطفال دون سن 5)[25]	2016	%7.7	%32.20	%15.40		%7.4	%22.70
انتشار نقص الوزن، الوزن بالنسبة للعمر (% من الأطفال دون سن 5)[26]	2016	%2.4	%21.60	%5.40		%1.2	%13.80

مصدر البيانات: World Bank Open Data. Last accessed 14/07/2019. https://data.worldbank.org/

4–6 مقارنة الإنفاق الصحي في فلسطين مع دول أخرى

يهدف هذا القسم إلى تقييم أداء القطاع الصحي الفلسطيني من زاوية الإنفاق الصحي والذي يرتبط، بشكل عام بشمول الرعاية الصحية وجودتها. يقارن جدول (8–4) العديد من مؤشرات الإنفاق على القطاع الصحي مع دول أخرى، علما بأن أحدث البيانات المتاحة في هذا الصدد تعود لسنة 2016. بلغت حصة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي في فلسطين حوالي 11%. وتمثل هذه النسبة نصف ما يتم إنفاقه مقارنة بدول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وبقية العالم. إلا أنها تتقارب مع النسبة في الأردن، وتتضاعف بالنسبة للدول ذات الدخل المتوسط المنخفض.

نصت الغاية الثامنة من الهدف الثالث لأجندة التنمية المستدامة 2030 على أهمية تحقيق التغطية الصحية الشاملة (Universal Health Coverage) لجميع السكان بما يشمل تقديم خدمات رعاية صحية ذات فعالية وبجودة مناسبة، وتحمي من المخاطر المالية، وتضمن عدم معاناة الأشخاص من المصاعب المالية نتيجة تسديد ثمن الخدمات الصحية. ويمكن قياس مدى التغطية الصحية الشاملة من خلال مؤشر إنفاق الأسر (Out- of- pocket) والذي يشير إلى المدفوعات التي تُنفقها الأسر مباشرة على الخدمات الصحية التي تتلقاها. يبين جدول (4–8) أدناه؛ أن نسبة إنفاق الأسر في فلسطين تشكل أكثر من ثلث الإنفاق الصحي الكلي. وفيما عدا الدول ذات الدخل المتوسط المنخفض، ترتفع هذه النسبة عن باقي دول المقارنة خصوصا دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية.

جدول (8–4): مؤشرات الإنفاق الصحي مقارنة مع دول أخرى، 2016

الدولة/المؤشر	الأردن	الدول ذات الدخل المنخفض–المتوسط	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية	فلسطين	العالم
الإنفاق الصحي الحكومي المحلي (% من الإنفاق الحكومي	%11.96	%5.50	–	%24.52	%11.0	%21.01
إنفاق الأسر (out of pocket) (% من الإنفاق الصحي الحالي	%27.98	%56.19	%30.08	%13.87	%37.7	%18.56

مصدر البيانات: World Bank Open Data. Last accessed 14/07/2019. https://data.worldbank.org/

[24] تبين هذه النسبة أن الوزن مقابل الطول أعلى من 2+ الانحرافات المعيارية لمعايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0–59 شهراً.
[25] تبين هذه النسبة أن الطول بالنسبة للعمر أقل من 2+ الانحرافات المعيارية لمعايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0–59 شهراً.
[26] تبين هذه النسبة الوزن مقابل العمر أقل من 2+ الانحرافات المعيارية لمعايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0–59 شهراً.

يتضح من المؤشرات الصحية أعلاه بأن فلسطين قد أحرزت تقدماً ملحوظاً على مدى العقدين الماضيين في زيادة متوسط العمر المتوقع لسكانها وتقليل معدلات الوفيات فيها. وتتفوق فلسطين على العديد من الدول المقارنة في ارتفاع متوسط العمر المتوقع وانخفاض معدلات الوفيات، خاصة عند المقارنة مع الدول ذات الدخل المتوسط المنخفض (على الرغم من أنها ما زالت متراجعة بفارق كبير عن الدول المتقدمة في دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية). في المقابل، تراجعت مكانة فلسطين عند المقارنة بينها وبين الدول الأخرى فيما يتعلق بمؤشرات الإنفاق الصحي كنسبة الإنفاق الصحي الحكومي من إجمالي الإنفاق الحكومي. مما قد يدلل على عدم تقديم القطاع الصحي في فلسطين كأولوية على غيره من القطاعات في الحصول على الموارد المالية الكافية واللازمة لتطويره وزيادة شمولية خدماته، وذلك من أجل دعم شريحة الأسر الأقل حظا في الحصول على الخدمات الصحية اللازمة.

تبين النتائج كذلك ارتفاع جودة الصحة الإنجابية في فلسطين بالنسبة للدول الأخرى. ويمكن ملاحظة ذلك من خلال انخفاض نسب وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، وكذلك انخفاض معدل ولادة أطفال دون الوزن الطبيعي عند الولادة. كما تبين انتشار استخدام وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة في فلسطين بشكل يضاهي الدول المتقدمة، مما يقلل من عبء تتابع الولادات وما لها من آثار سلبية على صحة الأم والطفل. ويتضح من مراجعة المؤشرات الصحية التقدم الملحوظ في فلسطين على صعيد تغطية الخدمات الصحية المقدمة وانعكاساتها في انخفاض معدلات الوفيات وزيادة العمر المتوقع للأفراد. إلا أنها في المقابل ما زالت متأخرة فيما يتعلق بالحد من الأمراض غير المعدية، كأمراض القلب والسرطان والسكري، والتي تتسبب بوفاة شريحة واسعة من المواطنين.

5- تقييم تأثير الوضع المالي للقطاع الصحي مع التركيز على نفقات الرعاية الصحية وتحديات الموارد المالية

5-1 الإنفاق على القطاع الصحي: موازنة وزارة الصحة الفلسطينية

بلغت موازنة وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2018 حوالي 1.77 مليار شيكل، حيث شكلت حوالي 11% من موازنة السلطة الفلسطينية. وقد حازت الرواتب على الحصة الأكبر حيث بلغت 48%، يليها العلاج خارج المستشفيات والمراكز الطبية التابعة لوزارة الصحة (التحويلات الطبية) بنسبة 25%، والأدوية ومستهلكاتها بنسبة 18%، والباقي تم توزيعه على النفقات الرأسمالية والتشغيلية الأخرى. وكما أشرنا في القسم الخاص بالإنفاق على القطاع الصحي، فإن الإنفاق الفعلي للتحويلات الطبية يفوق هذه النسبة بأكثر من الضعفين. وعلى الأغلب، يتم تمويل الفارق من خلال الاقتطاع المباشر، من قبل سلطات الاحتلال الإسرائيلية، من عائدات المقاصة عندما يتعلق الأمر بالتحويلات نحو المستشفيات الإسرائيلية أو يتم مراكمته (أو جزء منه) كجزء من المتأخرات على وزارة الصحة الفلسطينية لصالح المستشفيات الفلسطينية.

وعلى مدار السنوات السابقة، تظهر البيانات الموثقة في جدول (1-5) أن إجمالي النفقات للموازنات السابقة، منذ عام 2015، بقي مستقرا حول مستوى 1.7 مليار شيكل، وذلك على الرغم من تزايد احتياجات الإنفاق خلال تلك السنوات (انظر مزيدا من النقاش في الأسفل). كما تشير البيانات أن توزيع النفقات على بنود الموازنة لم يتغير بشكل جذري، حيث حافظ بند الرواتب والأجور على الحصة الأكبر.

وأما على مستوى الإيرادات، تظهر البيانات في جدول (1-5) فروقات واسعة مقارنة بالنفقات. فقد بلغت الإيرادات حوالي 218 مليون شيكل وبنسبة بلغت 12% من إجمالي النفقات للعام 2018. وقد شهد مستوى الإيرادات تحسنا مقارنة بالسنوات السابقة، إذ ارتفعت نسبتها من مستوى 5% العام 2015. وقد شكلت إيرادات الرعاية الصحية الأولية نصف إجمالي الإيرادات للعام 2018، الحصة الأكبر، يليها التأمين الصحي، وايرادات المستشفيات الحكومية والمراكز الإدارية. ومقارنة بالسنوات السابقة، ارتفعت حصة إيرادات الرعاية الصحية الأولية وإيرادات المراكز الإدارية على حساب إيرادات التأمين الصحي والمستشفيات.

بلغت المتأخرات المدورة من السنوات السابقة، حوالي 840 مليون شيكل. وتوزعت بشكل أساس بين التحويلات الطبية، والأدوية، والمستلزمات الطبية، ليشكلا معا 91% من إجمالي المتأخرات والباقي للنفقات الرأسمالية والتشغيلية. ومن اللافت أن مبلغ المتأخرات قد ازداد على نحو كبير من مستوى 543 مليون شيكل للعام 2015، ليصل إلى 956 مليون شيكل في العام 2017 ليشكل نقطة تحول في ارتفاع مبلغ المتأخرات.

جدول (1-5): بنود موازنة وزارة الصحة الفلسطينية، 2015-2018 (شيكل)

	2015	2016	2017	2018
النفقات	1,745,621,000	1,711,900,000	1,726,773,000	1,767,295,225
رواتب	% 47	% 50	% 51	% 48
علاج في الخارج (تحويلات)	% 34.20	% 27	% 25	% 25
أدوية ومستهلكات طبية	% 15	% 16	% 18	% 18
نفقات رأسمالية وتشغيلية أخرى	% 3.80	% 7	% 6	% 9
إيرادات	94,260,282	121,316,838	144,790,729	218,624,185
رعاية صحية أولية	% 45.20	% 46.20	% 41.50	% 50.30
تأمين صحي	% 29.70	% 27.60	% 33	% 26.60
مستشفيات حكومية	% 23.40	% 24.10	% 23.30	% 16.50
مراكز إدارية	% 1.70	% 2.10	% 1.90	% 6.60
متأخرات	542,786,939	604,700,216	955,955,095	839,538,906
تحويلات	% 44.70	% 55	% 54	% 56
أدوية ومستهلكات طبية	% 46	% 41	% 45.50	% 40
نفقات رأسمالية وتشغيلية أخرى	% 9.20	% 4	% 6	% 5

مصدر البيانات: قانون الموازنة العامة، وزارة المالية والتخطيط.

يمكن الاستنتاج من العرض أعلاه عدد من الأمور، من أهمها أن موازنة وزارة الصحة لم تشهد تغيرا يوائم عدداً من التغيرات المجتمعية وعلى رأسها النمو في عدد السكان، أو الحاجة إلى تطوير القطاع الصحي من دون المساس بالخدمات الصحية التي توفرها الوزارة، وفي مقدمتها الرعاية الأولية. هذا إضافة الى التغيرات المتعلقة بأهداف "الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022" التي تبنتها الوزارة في إطار تحسين شمول وجودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين. وللتدليل على هذا الاستنتاج، نعرض في جدول (2-5) مبالغ الاحتياجات التشغيلية والتطويرية لوزارة الصحة ونقارنها مع الأسقف المالية المتوقعة في الموازنات لنفس الفترة بحسب ما تم توثيقه في الإستراتيجية. تظهر البيانات فجوات بين مجموع الاحتياجات الفعلية والموازنة المخصصة، ومن المتوقع أن تزيد الفجوة السنوية من حوالي 347 مليون شيكل إلى 493 مليون شيكل حتى عام 2022، ليبلغ مجموعها خلال هذه الفترة نحو 2.6 مليار شيكل. وتشير البيانات كذلك إلى أن الاحتياجات الفعلية تتركز في النفقات التشغيلية والتي تشكل 96% من المجموع الكلي للاحتياجات الفعلية، علما بأن النفقات التشغيلية يتم تغطيتها عادة من الإنفاق الحكومي المباشر، فيما تغطى النفقات الرأسمالية، بحسب وثيقة الإستراتيجية الوطنية، من الممولين وشركاء التنمية.

جدول (2-5): الاحتياجات الفعلية لوزارة الصحة الفلسطينية والموازنات (الأسقف) المخصصة، بالألف شيكل، 2017-2022

السنة	الاحتياجات التشغيلية الفعلية	الاحتياجات الفعلية الرأسمالية	مجموع الاحتياجات الفعلية	الموازنة المخصصة (المتوقعة)	الفجوة التمويلية
2017	2,013,071	173,994	2,187,065	1,839,753	347,312
2018	2,188,743	91,953	2,280,696	1,892,601	388,095
2019	2,306,512	85,181	2,391,693	1,977,559	414,134
2020	2,575,161	77,280	2,652,441	2,175,336	477,105
2021	2,671,582	75,180	2,746,762	2,256,549	490,213
2022	2,755,200	68,580	2,823,780	2,331,233	492,547
المجموع	14,510,269	572,168	15,082,437	12,473,031	2,609,406

مصدر البيانات: الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017-2022.

ترتبط الفجوات التمويلية وكذلك المتأخرات بانخفاض إيرادات وزارة الصحة الفلسطينية مقارنة بحجم الإنفاق وارتفاع فاتورة التحويلات الطبية. سيتم مناقشة الإشكاليات المسببة لرفع تكاليف الأخيرة في القسم السابع من الدراسة، فيما نركز في هذا القسم على التحديات المرتبطة بانخفاض الإيرادات ومن أهمها تدني عائدات التأمين الصحي. يغطي التأمين الحكومي حوالي 50% من الأفراد في الضفة الغربية و78% من سكان قطاع غزة، بحسب بيانات التعداد السكاني والصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (أنظر جدول (3-5) والذي يوثق التوزيع النسبي للمؤمنين صحيا بحسب جهة التوظيف). ولكن عمليا، يشمل التأمين الحكومي والمجاني جميع سكان قطاع غزة منذ العام 2007. فقد أصدر الرئيس الفلسطيني، محمود عباس، عقب سيطرة حركة حماس عسكريا على قطاع غزة، قراراً بإعفاء جميع سكان قطاع غزة (42% من سكان فلسطين) من جميع الرسوم الحكومية،[27] الأمر الذي يثقل كاهل السلطة الفلسطينية في تمويل نفقات الخدمات الصحية. فبحسب تقرير ديوان الرقابة المالية والإدارية[28]، بلغت حصة قطاع غزة من مجمل الإنفاق على التحويلات لعام 2014 حوالي 23%.

كما يشير تقرير ديوان الرقابة المالية والإدارية إلى وجود عدد من الإشكاليات المتعلقة بالمرجعية القانونية لنظام التأمين الصحي وشروط الاستفادة من التأمين الصحي والتي تساهم في تخفيض إيرادات التأمين الصحي. وعلى رأس هذه الإشكالات فترة الانتظار للاستفادة من التأمين. فمثلا، يشير تقرير ديوان الرقابة المالية والإدارية إلى أن 80% من بعض فئات التأمين، وتضم الاشتراك الجماعي، والنقابات العمالية، والزكاة، ومقاتلي الثورة، قد استفادت من خدمات التأمين خلال اليوم الأول من فترة الانتظار، والتي حددها نظام التأمين الصحي لعام 2006 وعام 2004 بـ 60 يوم، دون سبب طارئ. تشير نسبة السريان المرتفعة هذه إلى استغلال التأمين الحكومي للاستفادة من الخدمات الطبية المكلفة، كالعمليات الجراحية، والتحويلات. وبحسب التقرير فإن عائدات التأمين من هذه الفئة لا تتجاوز 30% من تكاليف التحويلات الخاصة بهم.

[27] ينص القرار الرئاسي الصادر بتاريخ 2007/6/26 على أنه "يعفى كافة المواطنين في المحافظات الجنوبية إعفاءً كاملاً من كافة رسوم الخدمات التي تقدمها وزارات وهيئات ومؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية اعتباراً من تاريخه، بما فيها الخدمات التي تقدم لأول مرة".

[28] أنظر التقرير الربع السنوي الثاني حول إدارة وتنظيم التأمين الصحي في دولة فلسطين، الصادر في تشرين أول 2016.

جدول (3-5): التوزيع النسبي للمؤمنين بحسب طبيعة العمل

	حكومي	وكالة الغوث	خاص	حكومي ووكالة	حكومي وخاص	وكالة وخاص	إسرائيلي	أخرى	المجموع	عدد المؤمنين صحيا
فلسطين	% 40.21	% 18.96	% 2.18	% 36.29	% 0.28	% 0.86	% 0.83	% 0.39	%100	3,458,227
الضفة الغربية	% 55.25	% 20.69	% 4.17	% 15.80	% 0.51	% 1.21	% 1.71	% 0.66	%100	1,669,830
قطاع غزة	% 26.17	% 17.35	% 0.33	% 55.42	% 0.06	% 0.53	% 0.00	% 0.15	%100	1,788,397

مصدر البيانات: التعداد العام للسكان 2017، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

أثار النقص المزمن في إيرادات وزارة الصحة وانخفاض حصة عائدات التأمين من الإيرادات الكلية نقاشاً فلسطينيا معمقا على مدار السنوات السابقة من أجل الخروج بتوصيات تعالج هذه المعضلة. وبالرغم من بروز الكثير من المبادرات والجهود إلا أن الوضع لم يتغير. ويمكن حصر الأسباب في عدة بنود، من أهمها استمرار الاحتلال الإسرائيلي وتشديد قبضته على الاقتصاد الفلسطيني وتكبيل نموه، وعدم فاعلية الإجراءات التي تتخذها الحكومة في التعامل مع تعظيم الإيرادات، وضعف القدرات التقنية والبشرية لإدارة القطاع الصحي بكفاءة، وكذلك طبيعة الاقتصاد الفلسطيني وتوسع القطاع غير المنظم والتهرب الضريبي. سنناقش بعض هذه المسائل لاحقا. وفي إطار السعي نحو تقديم مقترحات لتعزيز العائدات من التأمين الصحي، سنناقش فيما يلي بعض المفاهيم والأسس التي تبنى عليها نظم التأمين الصحي.[29] يمكن تقسيم وظائف نظم التأمين الصحي إلى البنود التالية:

1. توليد الدخل اللازم للإنفاق على تكاليف الرعاية الصحية، والذي يكون مصدره عادة الإيرادات من الضرائب المباشرة وغير المباشرة، والاقتطاعات المباشرة من المؤمنين، وإنفاق الأسر.
2. إدارة إيرادات التأمين الصحي والتي تتعلق بطرق تجميع الموارد المالية وتحويلها للجهات ذات العلاقة (وزارة الصحة ومزودي الخدمات الصحية).
3. شراء الخدمات الطبية وإدارة الإجراءات والسياسات الخاصة بشراء الخدمة الصحية من المزودين.

يرتكز مبدأ التأمين الصحي على تغطية نفقات الخدمات الصحية من خلال آلية الدفع المسبق، ومراكمة اقتطاعات (اشتراكات) التأمين، وتوزيع المخاطر على شرائح المجتمع. ويمكن تقسيم نظم التأمين بشكل عام إلى نظم إلزامية وأخرى اختيارية. وأما النظم الإلزامية فيشرف عليها ويديرها القطاع العام ويتم تمويلها من خلال عوائد الضرائب بشكل غير مباشر (دون وجود ضريبة مخصصة للتأمين) كما هو الحال في كندا، والسويد، والمملكة المتحدة. كما يمكن تمويلها من اقتطاعات إجبارية مخصصة للتأمين الصحي كما هو متبع في ألمانيا، وفرنسا، وتايلاند أو من خلال القطاع الخاص كما في هولندا. وفي المقابل، تدار نظم التأمين الاختيارية عادة من قبل القطاع الخاص والأهلي حيث تقوم المنشآت بالتأمين على موظفيها كجزء من التعاقد الوظيفي.

يعتبر نظام التأمين الصحي الاجتماعي (Social Health Insurance) أحد أشهر نظم التأمين المعتمدة في العديد من الدول النامية ومن ضمنها فلسطين. وبالرغم من تعدد التعاريف الخاصة بهذا النظام الا أنه يضم عموما الخصائص التالية:

[29] يستند التأطير النظري الخاص بنظم التأمين الصحي والوثق في هذا القسم الى دراسة تم أعدادها من قبل البنك الدولي:
World Bank (2014) West Bank and Gaza: Health Policy Report: Reforming Prudently Under Pressure: Health Financing Reform and the Rationalization of Public Sector Health Expenditure.

1. يتم فرضه من قبل الحكومة.
2. يعتمد التمويل فيه على الاقتطاعات الضريبية من الرواتب والاقتطاعات الإلزامية من المواطنين.
3. يغطي خدمات طبية محددة.
4. يفصل في الصلاحيات بين مشتري الخدمات الصحية ومزوديها.

تعتمد فعالية وحظوظ نجاح هذا النظام في تمويل الخدمات الصحية وتعزيز شموليته على توفر عدد من الشروط الاقتصادية والاجتماعية. ومن أهمها أن يتمتع اقتصاد الدولة بنمو اقتصادي جيد ومستدام من أجل توسيع قاعدة التوظيف (تخفيف البطالة) وتحسين دخول الأفراد من أجل ضمان أن يكون الجزء الأكبر من المستفيدين قادراً على تسديد التزامات التأمين سواء من لاقتطاعات المباشرة من الرواتب أو اشتراكات التأمين.

كما تعتمد فعالية هذا النظام على مدى توسع القطاع غير الرسمي؛ فكلما زادت حصة هذا القطاع، قلت قدرة الحكومة على ضبط التهرب الضريبي سواء المتعلق بالتهرب من دفع الضرائب غير المباشرة أو المباشرة ومن ضمنها ضرائب الدخل واقتطاعات الأجور. الأمر الذي يحد من قدرة الحكومة على جمع التمويل اللازم لتغطية نفقات الخدمات الصحية المقدمة من خلال التأمين الصحي، ويحد كذلك من قدرتها على توسيع قاعد المشتركين الملتزمين بتسديد اشتراكاتهم. ويشترط تطبيق النظام الصحي الاجتماعي توفر الخبرات والقدرات اللازمة لإدارته والتي تشمل، كما ذكرنا أعلاه، جوانب متعددة من أهمها إدارة سياسات شراء الخدمات الصحية والرقابة على الإيرادات والتزام المؤمنين بدفع مستحقاتهم واقتطاعات التأمين المثلى (التي تمكن من تغطية تكاليف الرعاية الصحية ولا تشكل عبئاً على كاهل المشتركين). كما يشترط أن تكون الخدمات الصحية المقدمة من خلال التأمين الصحي ذات جودة عالية من أجل تحفيز المواطنين على الانخراط فيه والالتزام بدفع مستحقات التأمين. هذا إضافة إلى توفر تكاتف مجتمعي وتوافق حول مغزى وجوب وجدوى تطبيق نظام التأمين الصحي والذي قد بتضمن تمويل الخدمات الصحية المقدمة للأقل حظاً (الفقراء والعاطلين عن العمل) على حساب الآخرين.

ستقوم فيما يلي بتحليل التحديات التي تواجه تطبيق نظام التأمين الصحي في فلسطين:
تحديات النمو الاقتصادية: بلغ نمو الناتج المحلي الفلسطيني مقوماً بالأسعار الثابتة لعام 2015 خلال الفترة ما بين العام 1999 و2018 حوالي 4%. وعلى المستوى المناطقي، بلغ النمو في الضفة الغربية 5% مقابلْ 2% في قطاع غزة. وتزيد نسبة النمو عن معدل النمو السكاني السنوي في الضفة الغربية بينما تقل عنه في قطاع غزة. فقد بلغت حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي الحقيقي للضفة الغربي 4,188 دولار مقابل 1,431 دولار في قطاع غزة. كما نما هذا المؤشر سنويا بمعدل 2% في الضفة الغربية وانخفض بمعدل 1% في قطاع غزة. وانعكس الركود الاقتصادي في قطاع غزة على مؤشر البطالة ومعدل الأجور. فبحسب بيانات مسوح العمل للعام 2018 والصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بلغ معدل البطالة في قطاع غزة للعام 2018 حوالي 42% مقابل 17% في الضفة الغربية. كما بلغ وسيط الأجور في قطاع غزة 61شيكل وفي الضفة الغربية، باستثناء العاملين في إسرائيل، 100 شيكل. وتزداد فجوة الأجور اتساعا عند مقارنة معدل الأجور في القطاع الخاص حيث بلغ 25 شيكل في قطاع غزة و90 شيكل في الضفة الغربية. وكما هو معلوم، يعزى الركود الاقتصادي في قطاع غزة إلى الانقسام الفلسطيني، والحصار الإسرائيلي المستمر منذ العام ،2015 والحروب المتتالية التي شنتها إسرائيل على مدار السنوات السابقة.

وبمعزل عن تأثير القرار الرئاسي والذي يقضي بإعفاء مواطني قطاع غزة من دفع الرسوم الحكومية ومنها رسوم التأمين الصحي (أي حتى في حال العدول عنه)، يمكن الاستنتاج بأن الركود الاقتصادي في قطاع غزة، وارتفاع مستوى البطالة إلى حدود غير مسبوقة، وانخفاض مستوى الأجور، يضعف من إمكانية تطبيق نظام تأمين صحي مستدام وقادر على تمويل نفقات العلاج في قطاع غزة. وما يزيد الأمر سوءا، استمرار الانقسام الفلسطيني وضعف دور الحكومة الفلسطينية في إدارة القطاع الصحي في قطاع غزة. كل هذا سيزيد حتما، كما هو واقع الأمر، من استنزاف المصادر المالية لتغطية النفقات التي تغطيها خدمات التأمين الصحي الحكومي وخاصة فيما يتعلق بتكاليف التحويلات الطبية.

وبطبيعة الحال، فالأوضاع الاقتصادية في الضفة الغربية أفضل، لكن هيكلية الاقتصاد تشكل تحدياً أمام تطبيق نظام تأمين صحي مستدام في ظل انتشار القطاع غير الرسمي. فبحسب بيانات مسوح العمل الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بلغ عدد العاملين في القطاع غير الرسمي في الضفة الغربية نحو 32%.[30] يدلل حجم القطاع غير الرسمي في الضفة الغربية على عدة مسائل، ومن أهمها انتشار التهرب الضريبي الكامل بسبب عدم تسجيل المنشآت في الدوائر الضريبية. كما ينتشر أيضاً التهرب الضريبي الجزئي لدى معظم المنشآت في القطاع الرسمي (عدم الإفصاح عن كامل المستحقات الضريبية).[31] وتدلل أيضا على ضعف قدرة الحكومة على فرض القوانين والرقابة على السوق. وبالتأكيد، تؤثر هذه التحديات سلبيا على قدرة الحكومة على تعظيم العائدات الضريبية وتعظيم اشتراكات التأمين اللازمة لتمويل الخدمات الطبية التي يقدمها التأمين الصحي الحكومي. كما يحد ضعف الحكومة في تطبيق القوانين من قدرتها على توسيع قاعدة التأمين الصحي (المشتركين الملتزمين بدفع اشتراكاتهم) حال ربط التأمين الصحي باقتطاعات الضريبة من رواتب العاملين.

توفر المتطلبات اللازمة لإدارة التأمين الصحي: تعاني وزارة الصحة الفلسطينية من قصور في إدارة ملف التأمين الصحي. ويمكن الاستدلال على هذا الاستنتاج من خلال التقرير الذي أصدره ديوان الرقابة المالية والإدارية حول إدارة وتنظيم التأمين الصحي في فلسطين والصادر العام 2016. تتمثل أوجه القصور في عدة جوانب من أهمها انخفاض نسبة الإيرادات، كما ذكرنا أعلاه، وضعف القدرة على ضبط بيانات التأمين، وضبط بطاقات التأمين الصادرة، ووجود تضارب في تطبيق أنظمة التأمين الصحي بين النظام الصادر عن قرار مجلس الوزراء رقم (09/56/5م.و/أ.ت) لسنة 2006 وغير المطبق من جهة وبين قرار مجلس الوزراء الملغي رقم 113 لسنة 2004 والذي ما زال معمولا به.

جودة الخدمات الصحية: يمكن الاستناد إلى تقرير مجلس الوزراء[32] الصادر سنة 2018 حول تقييم جودة الخدمات الصحية الحكومية. يفيد التقرير بوجود عدد من التحديات التي تعيق الارتقاء بجودة الخدمات الصحية والتي تؤثر على رضا المواطنين عن القطاع الصحي الحكومي بشكل عام، ومن أهمها:

- نقص الكادر الطبي والإداري، حيث يتقاطع هذا الاستنتاج مع الإحصاءات الموثقة في القسم الثالث من الدراسة.
- تدني مستوى النظافة في بعض المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.
- ضعف القدرة على التخلص من النفايات الصلبة.
- قدم المباني وصعوبة تطويرها.

---

30 بلغت نسبة العاملين في القطاع الرسمي لقطاع غزة حوالي 35%.

31 أنظر دراسة:
Fallah, Belal.(2014). The Pros and Cons of Formalizing Informal MSES in the Palestinian Economy. ERF Working paper No. 893.

32 http://www.palestinecabinet.gov.ps/WebSite/Upload/Documents/StudyAndReports/MOH_SERVICES_2017.pdf

ولا شك أن مسألة تكرار الأخطاء الطبية في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية قد ألقت بظلالها على رضا المواطنين عن جودة الخدمات الطبية المقدمة. وبالرغم من الجهود المبذولة في معالجة هذه المسألة، ما زال علاج هذه المسألة يراوح مكانها.

التأمين الصحي والتضامن المجتمعي: يعتبر التضامن المجتمعي من أهم ما يميز المجتمع الفلسطيني ويمثل أهم أدواته في التعامل مع التحديات الاقتصادية التي تطال المواطنين الأقل حظا وتلك المنبثقة من إجراءات الاحتلال الإسرائيلي. ولكن تبقى المسألة الأساسية في مدى ثقة المواطنين بأن نظام التأمين الصحي المتبع يقدم خدمات طبية بجودة جيدة، ويدار بشفافية وعدالة، ويعكس مصالح جموع الشعب. ويمكن الاستدلال على أهمية هذه المسألة من تجربة قانون الضمان الاجتماعي والاحتجاجات الواسعة التي صاحبت قرار الحكومة بتطبيقه حتى تم إيقافه بقرار رئاسي.

الاستنتاجات والتوصيات

على ضوء هذه التحديات، يمكن الاستنتاج بصعوبة تطبيق التأمين الصحي في فلسطين وتحديثه، على المستوى القصير والمتوسط، وذلك على نحو يضمن شمول تقديم خدمات الرعاية الصحية (universal health coverage) كأحد أهداف الإستراتيجية الصحية الوطنية 2017–2022 والتي تبنتها وزارة الصحة. ولكن في المقابل، يمكن إحداث تدخلات من أجل تحسين إيرادات التأمين الصحي الحكومي. وفيما يلي عدد من المقترحات:

على المستوى قصير الأمد:

- عدم التهاون في تطبيق الإجراءات المتعلقة بفترة سريان التأمين (6 أشهر). سيضمن تحقيق هذا الهدف توسيع قاعدة التأمين الصحي وزيادة الإيرادات. يلزم تطبيق الإجراءات قيام وزارة الصحة بحملة توعية شاملة توضح للمواطنين أهمية هذا القرار.
- زيادة قيمة اشتراكات التأمين الصحي سواء المتعلقة بالخدمات الصحية أو شراء الأدوية على نحو لا يشكل عبئا على المشتركين.

على المستوى متوسط الأمد:

- تعزيز إيرادات التأمين الصحي من خلال زيادة العائدات الضريبية برفع نسبة الضرائب، على نحو محدود، على عدد من السلع الاستهلاكية. يحتاج هذا الأمر إلى إجراء دراسة لتحديد السلع المستهدفة، وتحديد نوع الضريبة بما يتلاءم مع اتفاقية باريس الاقتصادية، ومستوى الزيادة الضريبية المثلى والتي توازن بين تعزيز الإيرادات الضريبية وتقليل الانعكاسات الاقتصادية الناتجة عن هذه الزيادة. لا شك أن هذا الاقتراح قد يواجه تحفظا شعبيا. لكن تخصيص الزيادة الضريبية لتمويل تكاليف الرعاية الصحية قد يسهل من قبول الرأي العام. ولا بد من الإشارة إلى أن فرض الزيادة الضريبية على السلع المستهلكة يعتبر خياراً أفضل من فرضها على ضريبة الدخل أو زيادة الاقتطاعات الضريبية من الرواتب. والسبب يتعلق بعدالة توزيع العبء الضريبي في ظل ارتفاع أعداد العاملين في القطاع غير الرسمي.
- توسيع القاعدة الضريبية أفقيا ومحاربة التهرب الضريبي خصوصا في قطاع المهن التخصصية والتي لا يشترط ترخيصها التسجيل لدى الدوائر الضريبية. ويضم هذا القطاع المهن الطبية والمحاماة على وجه الخصوص. كذلك يمكن توسيع القاعدة الضريبية من خلال توسيع تبني نظم الضرائب ثابتة القيمة (presumptive income tax) ليشمل القطاعات الاقتصادية الأكثر تهربا من الضرائب. راجع دراسة فلاح (2014)[33] والتي توضح التدخلات المطلوبة لمعالجة التهرب الضريبي في فلسطين.

[33] Fallah, B (2014) The Pros and Cons of Formalizing Informal MSEs in the Palestinian Economy. ERF working paper No. 1119

6- التنبؤ بالإنفاق على القطاع الصحي

يتناول هذا القسم تقدير التنبؤات الخاصة بعدد من مؤشرات الإنفاق الصحي للسنوات العشرة القادمة والتي تضم: الإنفاق على التحويلات الطبية، والإنفاق الجاري، وتمويل الإنفاق الصحي بحسب تصنيفاته (حكومي، شركات تأمين، مؤسسات غير هادفة للربح، وأسر معيشية)، والإنفاق على الرعاية الصحية الأولية والثانوية/الثالثية، والإنفاق على الأدوية والمستهلكات الطبية.

يستخدم الباحثون غالبا عدداً من نماذج التنبؤ، مثل نموذج المحاكاة الجزئي (micro-simulation model) أو نموذج Cohort-based model. إلا أن استخدام هذه النماذج مشروط بتوفر بيانات تفصيلية على المستوى الجزئي (micro data) كإنفاق الأفراد على الخدمات الصحية وارتباط ذلك بخصائصهم الديمغرافية كالجنس والعمر والحالة الصحية. كما يشيع استخدام نماذج تعتمد على بيانات كلية (macro level data) مثل نموذج ARIMA والذي يشترط توفر سلسلة زمنية طويلة تغطي ما يقارب 40 نقطة زمنية (سنة في حالتنا). لكن للأسف، لا تتوفر مثل هذه البيانات في الحالة الفلسطينية.

وكبديل عن هذه المنهجيات، ستعتمد الدراسة على البيانات التاريخية وبيانات النمو السكاني والنمو في عدد التحويلات الطبية. تفترض هذه المنهجية أن التغير في مستوى الإنفاق على القطاع الصحي يرتبط بعدد السكان ومعدل نموه السنوي. ولا شك أن الإنفاق على القطاع الصحي يرتبط بمؤشرات أخرى مهمة، كالناتج المحلي الإجمالي والذي يعكس مستوى الدخل وارتباطه مع مستوى الإنفاق. وعلى عكس بيانات السكان، لا تتوفر بيانات مستقبلية عن الناتج المحلي الإجمالي للسنوات اللاحقة لعام 2019 (أو عموما تتوفر التنبؤات لسنة لاحقة واحدة عن السنة الجارية). كما يصعب تنبؤ قيمته نتيجة للصدمات السياسية والاقتصادية التي يتعرض لها الاقتصاد الفلسطيني. فيما يلي سيتم شرح تفاصيل المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة ومن ثم عرض نتائج التنبؤ.

6-1 التنبؤ بالإنفاق على التحويلات الطبية

تعتمد المنهجية التي تم تطبيقها للتنبؤ بالإنفاق على التحويلات الطبية على استخدام بيانات عن تكاليف التحويلات والنمو السنوي لأعدادها بين عامي 2010 و2018 وذلك على افتراض أن التغير المستقبلي في أعداد التحويلات يعتمد على مستواها الحالي والتاريخي. فمثلا، إذا اتخذت أعداد التحويلات منحنا تصاعديا خلال السنوات السابقة، من المتوقع أن تستمر على نفس الوتيرة للسنوات اللاحقة. وتعطي هذه المنهجية وزنا أكبر لبيانات السنة الحالية والسنوات الأخيرة كونها تعكس بشكل أدق ما يمكن أن تؤول إليه الأمور مستقبلا. وفي هذا السياق، تم استخدام الوسط الحسابي المرجح (Weighted Average) والذي يعتمد على الوزن النسبي لكل مشاهدة (observation) من البيانات المستخدمة. وفيما يلي يوثق صف (1) في جدول (1-6) الأوزان المستخدمة.

جدول (1-6): توزيع الأوزان المستخدمة في التنبؤ

السنة	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
الوزن النسبي	0.0018	0.0036	0.00612	0.0125	0.025	0.05	0.1	0.3	0.5

المصدر: حسابات فريق البحث.

لا يتبع تعيين قيم هذه الأوزان منهجية حددتها الأدبيات البحثية، وإنما خضع لتقدير فريق البحث. إذ يمكن استخدام أوزان أخرى متنوعة قد تزيد أو تقلل من تأثير السنة الحالية. وبالتالي فإن نتائج التنبؤ تعتمد على الوزن المستخدم. سيتم مناقشة تأثير هذه المسألة أدناه. كما تعتمد نتائج التنبؤ على التغير في القيم التاريخية للمتغير (أعداد التحويلات في هذه الحالة). فكلما قل التذبذب في هذه القيم قل التباين الناتج عن اختلاف الأوزان. ولحسن الحظ، تظهر البيانات تذبذبا (ارتفاعا وانخفاضا) طفيفا في أعداد التحويلات خلال السنوات السابقة.

وللتنبؤ بتكاليف التحويلات، لا بد في البداية من التنبؤ بأعدادها. سيتم التنبؤ بأعداد التحويلات لكل سنة من خلال حساب المعادلة التالية:

(0.1087+1) × أعداد التحويلات السنوي.....(1)

ويمثل الرقم 0.1087 معدل النمو المرجح لأعداد التحويلات وهو عبارة عن مجموع حاصل ضرب الوزن النسبي لكل سنة بالنمو المئوي لأعداد التحويلات لتلك السنة خلال الفترة ما بين 2010 و2018. وبناء على هذه المعادلة، يمكن تقدير أعداد التحويلات لعام 2019 عن طريق حاصل ضرب القيمة الأولى للمعادلة بأعداد التحويلات للعام 2018. ولتقدير أعداد التحويلات لعام 2020، تم تعديل المعادلة بإضافة أعداد التحويلات المتنبئ بها للعام 2019. وهكذا تم احتساب قيم التنبؤ لكل سنوات الفترة حتى عام 2028.

ولتقدير تكاليف التحويلات، تم حساب معدل التكاليف للتحويلة الواحدة للعام 2018 والذي بلغ 8,602 شيكل. لم يتم الاعتماد على البيانات التاريخية لحساب هذا المعدل على أساس أن تكاليف سنة 2018 هي الأقرب لما يمكن اعتماده في السنوات اللاحقة. كما لا تتيح البيانات أن تأخذ هذه المنهجية بعين الاعتبار الزيادة المستقبلية في أسعار الخدمات الطبية للتحويلات والتي قد تنتج عن التضخم أو التغير في تكنولوجيا الخدمات الطبية. تشير البيانات الموثقة في جدول (2-6) أن أعداد التحويلات سترتفع من حوالي 122 ألف تحويلة وبتكلفة تقدر بـ 1.05 مليار شيكل إلى نحو 308 ألف تحويلة العام 2028 وبتكلفة تقدر بحوالي 2.65 مليار شيكل.

جدول (2-6): أعداد التحويلات الطبية وتكاليفها المتوقعة للسنوات ما بين 2019 و2028

السنة	أعداد التحويلات	تكاليف التحويلات بالشيكل
2018	109,818	944,669,180
2019	121,761	1,047,405,684
2020	135,003	1,161,315,188
2021	149,685	1,287,612,801
2022	165,964	1,427,645,778
2023	184,013	1,582,907,894
2024	204,026	1,755,055,378
2025	226,214	1,945,924,581
2026	250,816	2,157,551,564
2027	278,093	2,392,193,816
2028	308,337	2,652,354,341

المصدر: حسابات فريق البحث.

لا شك أن نتائج هذا التحليل تعتمد، كما ذكرنا أعلاه، على الأوزان المستخدمة. لذا نجد لزاما إعادة هذا التحليل باستخدام أوزان متنوعة لفحص التغير في أعداد التحويلات وتكاليفها. وفي هذا السياق تم تطبيق عشرة سيناريوهات مختلفة من الأوزان (أنظر جدول 6-3)، يعطي نصفها تأثيرا أكبر (أوزان عالية) لأعداد التحويلات عام 2018 (أنظر عمود 1 الى عمود 5) ويعطي النصف الأخر تأثيرا أقل (أوزان منخفضة) (أنظر عمود 6 الى عمود 10). يمكن تفسير هذه الأوزان على النحو التالي: تعبر ا الأوزان العليا عن الزيادة في أعداد التحويلات على نسق مشابه لنسق النمو في عام 2018 ودون أي تدخل حكومي للحد من أعداد التحويلات. وأما الأوزان المنخفضة فتعطي تأثيرا أكبر للسنوات السابقة والتي تنخفض فيها أعداد التحويلات عن العام 2018. ويمكن اعتبار هذه الأوزان انعكاسا للتدخلات الحكومية، التي ترمي، كما ذكرنا أعلاه، إلى زيادة كفاءة الخدمات الطبية وتوسيعها للحد من نمو أعداد التحويلات. ويزداد تأثير التدخلات الحكومية طرديا مع انخفاض الوزن النسبي للعام 2018. ولا بد من الإشارة هنا، أن هذا التمرين لا يأخذ بعين الاعتبار سيناريوهات تعكس تدخلا حكومياً كبيراً يؤدي إلى خفض أعداد التحويلات.

جدول (3-6): التنبؤ بأعداد التحويلات وتكاليفها، مليون شيكل، باستخدام أوزان مختلفة

السنة	سيناريوهات الأوزان									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2010	0.00306	0.00051	0.00078	0.00156	0.00011	0.00117	0.00027	0.00313	0.00156	0.00004
2011	0.00612	0.00103	0.00156	0.00313	0.00034	0.00234	0.00082	0.00625	0.00313	0.00018
2012	0.0125	0.00306	0.00313	0.00625	0.00103	0.00469	0.00247	0.0125	0.00625	0.0007
2013	0.025	0.00612	0.00625	0.0125	0.00309	0.00938	0.00741	0.025	0.0125	0.00281
2014	0.05	0.012	0.0125	0.025	0.00926	0.01875	0.02222	0.05	0.025	0.01125
2015	0.15	0.025	0.025	0.05	0.02778	0.0375	0.06667	0.1	0.05	0.045
2016	0.2	0.05	0.05	0.1	0.08333	0.075	0.2	0.125	0.1	0.18
2017	0.25	0.2	0.1	0.2	0.25	0.15	0.3	0.25	0.2	0.35
2018	0.3	0.7	0.8	0.6	0.6	0.7	0.4	0.4	0.3	0.4
	أعداد التحويلات المتنبئ بها									
2019	121337	123690	125073	123117	122275	124095	120736	121704	117954	120083
2020	134063	139315	142447	138028	136145	140229	132739	134876	126693	131308
2021	148125	156913	162235	154743	151588	158460	145935	149473	136080	143581
2022	163661	176735	184772	173483	168783	179061	160444	165651	146162	157003
2023	180827	199060	210439	194493	187928	202340	176395	183579	156990	171678
2024	199793	224206	239672	218047	209245	228647	193931	203448	168621	187726
2025	220749	252528	272965	244454	232980	258373	213211	225467	181114	205273
2026	243903	284427	310884	274058	259408	291963	234408	249870	194533	224460
2027	269485	320356	354070	307248	288833	329921	257712	276913	208945	245442
2028	297751	360824	403255	344457	321596	372814	283333	306884	224426	268384
	تكاليف التحويلات المتنبئ بها (مليون شيكل)									
2019	1043.74	1063.98	1075.88	1059.06	1051.81	1067.47	1038.57	1046.9	1014.64	1032.96
2020	1153.21	1198.39	1225.33	1187.31	1171.12	1206.25	1141.82	1160.2	1089.82	1129.51
2021	1274.17	1349.77	1395.55	1331.1	1303.96	1363.07	1255.34	1285.77	1170.56	1235.09
2022	1407.81	1520.27	1589.41	1492.3	1451.87	1540.28	1380.14	1424.93	1257.28	1350.54
2023	1555.47	1712.32	1810.2	1673.03	1616.56	1740.53	1517.35	1579.15	1350.43	1476.78
2024	1718.62	1928.62	2061.66	1875.64	1799.93	1966.82	1668.2	1750.06	1450.48	1614.82
2025	1898.89	2172.24	2348.05	2102.79	2004.1	2222.52	1834.04	1939.47	1557.95	1765.76

السنة	سيناريوهات الأوزان									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2026	2098.05	2446.64	2674.22	2357.45	2231.43	2511.47	2016.38	2149.38	1673.37	1930.81
2027	2318.11	2755.71	3045.71	2642.94	2484.54	2837.98	2216.84	2382.01	1797.35	2111.29
2028	2561.25	3103.81	3468.8	2963.02	2766.37	3206.94	2437.23	2639.81	1930.51	2308.64

المصدر: حسابات فريق البحث.

وبناء على هذه الافتراضات، يقارن هذا التحليل بين أعداد التحويلات المتوقعة ضمن سيناريو التدخل الحكومي وسيناريو عدم تدخله. تشير النتائج في جدول (3-6) أن أعداد التحويلات ضمن فترة التنبؤ، ستزيد ضمن عدم وجود تدخل حكومي (أنظر عمود 3) من حوالي 125 ألف إلى 403 ألف تحويلة وبتكلفة تتراوح ما بين 1.075 مليار شيكل و3.5 مليار شيكل وذلك خلال الفترة ما بين عام 2019 و2028. وفي المقابل، ستزيد أعداد التحويلات ضمن وجود تدخل حكومي فاعل (أنظر عمود 1) إلى زيادة أعداد التحويلات من حوالي 121 ألف إلى 279 ألف تحويلة، وبتكلفة تتراوح ما بين 1.054 مليار شيكل و2.65 مليار شيكل لنفس الفترة. تعبر باقي النتائج في جدول (3-6) عن التنبؤات ضمن مستويات مختلفة من التدخل الحكومي.

6-2 التنبؤ بمؤشرات إنفاق الصحة الكلية

6-2-1 الإنفاق الجاري

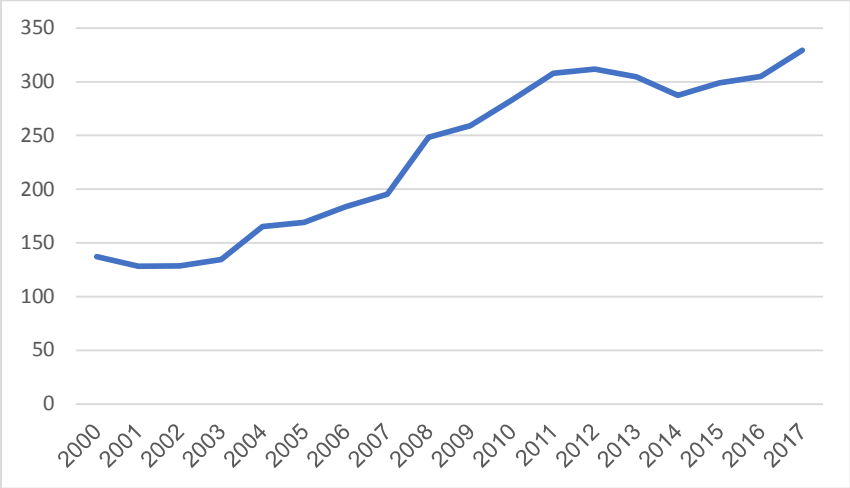
تعتمد منهجية التنبؤ بالإنفاق الجاري على متغيرين: حصة الفرد من الإنفاق الجاري والنمو السكاني. تظهر البيانات أن قيمة المتغير الأول بقيت مستقرة نسبياً عند معدل300 دولار لكل فرد منذ العام 2010 (أنظر شكل 6-1). يسمح هذا الاستقرار خلال كل تلك السنوات بافتراض بقاءه على نفس الحال خلال السنوات القادمة. وعلى هذا الأساس تم استنباط التنبؤ للإنفاق الجاري عن طريق احتساب المعادلة التالية:

الوسط الحسابي المرجح لحصة الفرد × عدد السكان السنوي المتوقع .....(2)

تم الحصول على بيانات التنبؤ لعدد السكان من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني حتى عام 2021. ومن ثم تم استنباط عدد السكان للسنوات اللاحقة حتى عام 2028 عن طريق استخدام نفس وتيرة التغير في النمو السكاني لعام 2021، وذلك بخصم حوالي 0.03% من النمو السكاني لكل سنة. يوثق جدول (4-6) أعداد السكان المتوقعة وكذلك الإنفاق الصحي الجاري منذ عام 2018[34] وحتى عام 2028. وتجدر الإشارة هنا أن استقرار حصة الفرد من الإنفاق الجاري يقلل إلى حد كبير من تأثير استخدام أوزان مختلفة. لذا سيتم استخدام نفس الوزن المطبق في المعادلة رقم (1). تظهر التنبؤات أن الإنفاق الجاري السنوي سيرتفع من 1.5 مليار دولار إلى 1.9 مليار دولار خلال هذه الفترة.

[34] لم يصدر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بعد مؤشرات الحسابات الصحية.

شكل (6-1) حصة الفرد من الإنفاق الجاري، 2000-2017



مصدر البيانات: الحسابات الوطنية الصحية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

6-2-2 الإنفاق الجاري بحسب مصدر التمويل

تقسم مصادر التمويل الخاصة بالإنفاق الجاري، كما بيّن في القسم الأول من هذه الدراسة، إلى الحكومة المركزية، شركات التأمين التجارية، والمؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية، والأسر المعيشية، وباقي العالم. تم التنبؤ بهذه المؤشرات من خلال استنباطها مباشرة من التنبؤات الخاصة بالحساب الجاري. وقد تم ذلك من خلال استخدام المعادلة التالية:

الوسط الحسابي المرجح لحصة مصدر التمويل من الإنفاق الجاري × القيمة المتنبئ بها للإنفاق الجاري.....(2)

وباستخدام نفس الأوزان المطبقة في المعادلة رقم (1)، تم احتساب التنبؤات السنوية الخاصة بمصادر التمويل وتوثيقها في جدول (6-4). تشير التنبؤات إلى أن الإنفاق الحكومي سيرتفع من 627 مليون دولار للعام 2018 إلى حوالي 795 مليون دولار للعام 2028. كما سيرتفع إنفاق الأسر المعيشية من 648 مليون دولار إلى 822 مليون دولار خلال نفس الفترة. أما إنفاق المؤسسات غير الهادفة للربح وشركات التأمين فسيرتفع، على التوالي، من 175 مليون دولار إلى 221 مليون دولار ومن 46 مليون دولار إلى 58 مليون دولار لنفس الفترة.

وبنفس المنهجية تم التنبؤ بالإنفاق على الرعاية الصحية الأولية والرعاية الثانوية/الثالثية باستخدام المعادلة التالية:

الوسط الحسابي المرجح لحصة مصدر نوع الرعاية من الإنفاق الجاري × القيمة المتنبئ بها للإنفاق الجاري.....(3)

تشير التنبؤات الموثقة في جدول (6-5) إلى أن الإنفاق على الرعاية الصحية الأولية سيرتفع من 926 مليون دولار إلى 1,173 مليون دولار خلال نفس الفترة. وفي المقابل سيرتفع الإنفاق على الرعاية الصحية الثانوية/الثالثية من 590 إلى 748 مليون دولار.

جدول (4–6): نتائج التنبؤ بالإنفاق الجاري، مليون دولار، والإنفاق بحسب مصدر التمويل

السنة	عدد السكان	الإنفاق الجاري	الأسر المعيشية	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية	شركات التأمين التجارية	الحكومة المركزية	باقي العالم
2018	4,817	1,516	648	175	46	627	20
2019	4,939	1,555	665	179	47	643	21
2020	5,062	1,593	681	184	48	659	21
2021	5,187	1,633	698	188	50	676	21
2022	5,314	1,673	715	193	51	692	22
2023	5,442	1,713	733	197	52	709	22
2024	5,572	1,754	750	202	53	726	23
2025	5,703	1,795	768	207	54	743	23
2026	5,835	1,837	785	212	56	760	24
2027	5,968	1,879	803	216	57	777	26
2028	6,103	1,921	822	221	58	795	25

المصدر: حسابات فريق البحث.

جدول (5–6): نتائج التنبؤ بالإنفاق الجاري، مليون دولار، والإنفاق بحسب نوع الرعاية

السنة	رعاية أولية	رعاية ثانوية/ثالثية
2018	926	590
2019	950	605
2020	973	620
2021	997	636
2022	1,022	651
2023	1,046	667
2024	1,071	683
2025	1,096	699
2026	1,122	715
2027	1,147	732
2028	1,173	748

المصدر: حسابات فريق البحث.

7- أولويات توطين الخدمات الطبية

يهدف هذا القسم الى تحديد أولويات توطين الخدمات الطبية وربطها fعبء المرض وتوفر المصادر والمهارات. ويشتمل هذا القسم على استكشاف التحديات الخاصة بتوسع أعداد التحويلات وسبل الحد منها.

7-1 عبء المرض

يستخدم مفهوم عبء المرض (Burden of Disease)، والذي تم تطويره في التسعينات من القرن الماضي من قبل باحثين من جامعة هارفرد والبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، لوصف الوفاة والخسارة في صحة الفرد بسبب الأمراض والاصابات وعوامل الخطر التي تؤثر على الصحة.[35] ويمكن قياس عبء المرض بواسطة مؤشرين:

1. عدد سنوات الحياة التي يفقدها الشخص نتيجة الوفاة المبكرة بسبب المرض.
2. عدد سنوات حياة الشخص الذي يعاني من إعاقة بسبب المرض

وفي دراسة لمصلح وآخرون (2016)،[36] قدرت السنوات المفقودة بسبب أمراض مزمنة مختارة بـ 60 سنة لكل 1000 فرد في الضفة الغربية و57 سنة لكل 1000 فرد في قطاع غزة. وقد حاز مرض نقص تروية القلب (تصلب الشرايين)، وارتفاع ضغط الدم في أعلى نسبة من سنوات العمر المفقودة بين الرجال والنساء، يليها السرطان (سرطان الرئة عند الذكور وسرطان الثدي عند الاناث)، ومن ثم أمراض الجهاز التنفسي مع وجود فارق بسيط في التصنيف بين قطاع غزة والضفة الغربية (أنظر جدول 7-1). ولاستنباط هذه الإحصاءات، استندت الدراسة الى بيانات تاريخية تعود الى عام 2010، وهي أحدث بيانات متوفرة. الا أن نتائج الدراسة تتسق مع أحدث الإحصاءات المنشورة عن أكثر الأمراض المسببة للوفاة في فلسطين والصادرة عن وزارة الصحة الفلسطينية (أنظر جدول 7-2). وتتقاطع كذلك، كما بينا في القسم الأول من الدراسة، مع أكثر الأمراض التي يتم تحويلها للعلاج خراج مستشفيات وزارة الصحة.

ومن المهم الإشارة الى أن الدراسة الموثقة أعلاه قد أظهرت أن أعداد الأمراض التي تصيب حديثي الولادة وأمراض الامومة والاصابات والأمراض المعدية تظهر انخفاضا ملموسا. بينما تظهر الامراض غير المعدية ارتفاعا ملحوظا. فالأمراض التي تتعلق بالصحة المعتلة ومعدل الوفاة لدى البالغين، مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والامراض المزمنة قد زادت في الترتيب الخاص بأهم الأمراض المسببة للوفاة خلال العشر سنوات الماضية ما بين سنة 2007- 2017. وفي المقابل، انخفض الترتيب المتعلق بأمراض الاطفال، مثل حالات عدوى الجهاز التنفسي السفلي والاسهال ومضاعفات الوالدة المبكرة.

[35] https://www.who.int/foodsafety/foodborne_disease/Q%26A.pdf

[36] Mosleh, Marwan, Aljeesh, Yousef I.,& Dalal, Koustuv (2016). Burden of chronic disease in the Palestinian healthcare sector using Disability-Adjusted Life Years (DALY), Palestine. Diversity and equality in health and care, Volume: 13, Number: 3, Radcliffe Publishing. http://hdl.handle.net/20.500.12358/26728

جدول (1-7): عبء المرض في فلسطيني وتوزيعه بحسب الأمراض المزمنة

قطاع غزة			الضفة الغربية		
الترتيب	المرض	عبء المرض (لكل 1,000 فرد) %	الترتيب	المرض	عبء المرض (لكل 1,000 فرد) %
1	ارتفاع ضغط الدم	19.4 (34.0)	1	أمراض القلب	21.1 (35.2)
2	أمراض القلب	18.6 (32.6)	2	ارتفاع ضغط الدم	20.4 (34.0)
3	السرطان (الرئة والثدي)	7.7 (13.5)	3	أمراض الجهاز التنفسي	7.3 (12.2)
4	أمراض الجهاز التنفسي	7.2 (12.6)	4	السرطان (الرئة والثدي)	6.32 (10.5)
5	فشل كلوي مزمن	2.2 (4.0)	5	السكري	2.73 (4.5)
6	السكري	1.9 (3.3)	6	فشل كلوي مزمن	2.14 (3.6)
المجموع		57.0 (100)	المجموع		60.0 (100)

مصدر البيانات: Mosleh M., Aljeeseh, Y., and Dalal, K., (2016) "Burden of Chronic Diseases in the Palestinian Healthcare Sector Using Disability -Adjusted Life Years (DALY), Palestine. Diversity and Equality in Health Care

جدول (2-7): أكثر الأمراض تسبب للوفاة في فلسطين للعام 2018

أمراض القلب الوعائية	31.50%
مرض السرطان	15.40%
الجلطات الدماغية	13%
وفيات الأوضاع حواليّ الولادة	10%
مرض السكري	7.50%
الحوادث	4%
الجهاز التنفسي	3.70%
التشوهات الخلقية	3.50%
الفشل الكلوي المزمن	2.90%
أمراض الجهاز الهضمي	2.70%

مصدر البيانات: التقرير الصحي السنوي 2018، وزارة الصحة الفلسطينية.

يتقاطع هذا التحول في طبيعة الأمراض المسببة للوفاة مع أنواع الأمراض الأكثر تحويلا للعلاج خارج مستشفيات وزارة الصحة. الأمر الذي يحتم على صانعي السياسات، وخصوصا في وزارة الصحة على توجيه السياسات، خصوصا في ظل شح الموارد المالية، بما يخدم تخفيف عبء المرض في فلسطين. وفي هذا السياق نوصي بتوطين الخدمات الطبية وتوسيع خدمات الرعاية الثانوية المقدمة في المستشفيات الحكومية وتوسيع نطاق الخدمات الثالثية في المستشفيات الخاصة والأهلية لما لذلك من أهمية في تقليل المخاطر المتعلقة في الافراط في الاعتماد على التحويلات، خصوصا، نحو المستشفيات الإسرائيلية أو للمستشفيات في دول الجوار (أنظر مزيدا من النقاش في الأسفل). فالإغلاقات وقيود الحركة التي يفرضها الاحتلال الإسرائيلي على حركة المرضى الفلسطينيين وعائلاتهم، خصوصا من قطاع غزة، للعلاج في المستشفيات الإسرائيلية

أو حتى المستشفيات الفلسطينية في القدس الشرقية يجعل من توطين الخدمات الصحية بتوسيع نطاق الرعاية الصحية الثانوية والثالثية في المستشفيات الحكومية أو غير الحكومية أمر حيويا لتخفيف وطأة عبء المرض. كما يزيد من عبء المرض مقدار التكاليف المترتبة عليه. فكما بينا أعلاه، تستنزف تكاليف التحويلات ميزانية وزارة الصحة على نحو كبير. وبالتالي، يشكل عبء التكاليف مبررا آخر لتوسيع نطاق الرعاية الصحية الثانوية والثالثية. ولا بد من الإشارة هنا الى أن توطين الخدمات الطبية مشروط بمعالجة التحديات عدد من التحديات، سيتم فيما يلي مناقشة أهمها:

7-2 النقص في الخبرات والبنى التحتية للتخصصات الطبية

يكمن النقص في الخبرات في مسألتين، الأولى تتعلق بالنقص العددي في الكادر الطبي سواء الأطباء أو الطاقم المساند (ممرضون، وفنيو مختبرات، واخصائيو علم الأمراض (pathologists)). أما المسألة الثانية فتتعلق في الافتقار الى المؤهلات المناسبة. ويتركز النقص في التخصصات التي تتعلق بالأمراض الأكثر تحويلا الى خارج مستشفيات وزارة الصحة وخاصة الى المستشفيات الإسرائيلية والمستشفيات في دول الجوار. وتضم هذه الأمراض، كما بينا أعلاه الأورام وأمراض الدم، وجراحة الأعصاب، وأمراض القلب عند الأطفال، جراحة المسالك البولية عند الأطفال، جراحة الأطفال، وأمراض الأنسجة، بالإضافة إلى معظم التخصصات الطبية الفرعية. ويعد نقص المتخصصين هو السبب الرئيسي للتحويلات في الأورام وجراحة الأعصاب وأمراض الكلى وأمراض الكلى الى خارج النظام الصحي الحكومي.

ويتضاعف التحدي الخاص بالنقص في الخبرات نتيجة نقص البنى التحتية وشح المعدات والبنية التحتية أو عدم توفرها عند الحاجة بسبب الأعطال الفنية أو نقص المواد الأولية الخاصة بالتشغيل. وفي بعض الحالات، تكمن المشكلة في عدم وجود طواقم مدربة لتشغيل المعدات الطبية مما يساوي وجودها بعدمه. يعتبر النقص في الخبرات والبنى التحتية والمعدات من أهم العوامل التي تزيد من وتيرة التحويلات الطبية وخاصةً لإجراء فحوصاتPET Scan ، والتصوير بالرنين المغناطيسي، و CT Scans، وأجهزة العناية المركزة لحديثي الولادة، وبعض الفحوصات التشخيصية والمخبرية المتخصصة. لذا يجب أن تولي وزارة الصحة اهتماما خاصا في توفير هذه الأجهزة على نحو كاف وجذب العديد من الأطباء والطواقم الطبية. لكن المعضلة الأساسية في جذب الأطباء تكمن في طبيعة نظام الحوافز في وزارة الصحة (الرواتب والمكافآت) والذي لا يعد منافسا بالمقارنة مع ما يمكن أن يقدمه القطاع الخاص والأهلي. سنتناول هذه المسألة مرة أخرى في النقاش أدناه عند الحديث عن السياسات المطلوبة لتعزيز توطين الخدمات الطبية.

7-3 ارتفاع معدلات إشغال الأسرّة في المستشفيات الحكومية

يحد ارتفاع نسبة اشغال الأسرة في المستشفيات من القدرة الوظيفية للمستشفى من استيعاب مزيد من المرضى وتقديم الخدمة الصحية لهم. ووفقًا للتقرير السنوي لوزارة الصحة للعام 2018، بلغ معدل اشغال الأسرة السنوي للمستشفى 101.5% في الضفة الغربية و95% في قطاع غزة. وقد وصل معدل الاشغال في مستشفى عالية الحكومي، والذي يخدم أكبر محافظة من حيث عدد السكان، 142.1%. بدون شك، يضعف هذا المستوى المرتفع من الاشغال من قدرة المستشفيات الحكومية على التعامل مع الحالات الحرجة والحالات الإضافية ومن ضمنها تلك التي يمكن علاجها، ويزيد كذلك فترة الانتظار الطويل لتلقي الخدمات الطبية وخاصة فيما يتعلق ببعض الجراحات، والتشخيص بالرنين المغناطيسي، والتصوير المقطعي. مما

يضطر إدارة المستشفيات الى تحويل هذه الحالات المستشفيات غير الحكومية. لذا فان توسيع القدرة الاستيعابية يعد ضروريا لضبط أعداد التحويلات الطبية.

7-4 نقص الأدوية واللوازم الطبية الأساسية

يلعب النقص في الأدوية واللوازم الطبية الأساسية لدى المستشفيات الحكومية دورا في زيادة أعداد التحويلات الطبية. وقد عانت مستودعات وزارة الصحة خلال السنوات السابقة من نقص مزمن في الأدوية. الا أن هذه المشكلة قد تم حلها الى حد بعيد في الضفة الغربية حيث وصلت نسبة تغطية الأدوية الأساسية للعام 2018 الى 98%. وفي المقابل، وصلت نسبة التغطية في قطاع غزة الى 50%. ويرجع السبب الى الانقسام الفلسطيني والحصار الإسرائيلي.

7-5 ضعف التنسيق والتواصل في إدارة التحويلات الطبية

يلعب مدى كفاءة وفعالية التواصل بين مستويات التحويل المختلفة (بدء من المستشفى الحكومي المحول الى لجان التحويل المناطقية وصولا الى وحدة شراء الخدمة) والتحقق من صحة المعلومات ودقتها واكتمالها دورا مهما في ضبط التحويلات. الا أن الممارسات المتبعة، والتي تم التعرف عليها من خلال مقابلة طواقم العمل ومراجعة الملفات في وحدة شراء الخدمة، تبين أن طلبات التحويل المقدمة لا يتم ملؤها دائمًا بدقة أو تفتقر إلى بعض المعلومات. وذلك على الرغم من البدء في استخدام نظام معلومات محوسب للتحويلات ومن قبل كافة مستويات التحويل. لذا لا تزال هناك حاجة الى بذل جهود في تحسين نوعية ودقة المعلومات وإنشاء آليات لمعالجة الثغرات وتوفير البيانات والمعلومات دقيقة.

7-6 تأثير أعباء العمل على كفاءة القوى العاملة

تعد وزارة الصحة الفلسطينية الموظف الرئيسي في القطاع الصحي الفلسطيني. اذ يعمل فيها 14,430 موظف بين أطباء واختصاصيين في مجالات طبية مختلفة، وأطباء الأسنان، والصيادلة، والممرضات، والقابلات، والمساعدين الطبيين. ويوزع هؤلاء بنسبة 56% في منشآت ومستشفيات الوزارة في الضفة الغربية و44% في قطاع غزة. الا أن توزيع المتخصصين، وأجهزة التشخيص والعلاج، والأجهزة غير فعال بين مستشفيات وزارة الصحة. فبعض هذه المستشفيات (المركزية منها) لديها أخصائيين يعملون ضمن جداول عمل مكتظة ولائحة انتظار طويلة. بينما يعمل في المستشفيات الأخرى أخصائيون بجداول عمل أقل كثافة وأعباء. يضاف الى ذلك الاستخدام غير الفعال لبعض المعدات، مثل مختبر قسطرة القلب في مجمع فلسطين الطبي أو اجهزة التصوير المقطعي والتصوير المغناطيسي، مما يؤدي إلى تحويلات إلى مرافق خارج وزارة الصحة. لذا فان إعادة توزيع الأخصائيين بشكل يساعد على خلق توازن بين المستشفيات في أعباء عمل الطواقم الطبية.

7-7 القصور في تطبيق التعليمات الخاصة بالتحويلات الطبية

يتمثل ضعف تطبيق التعليمات الخاصة بقرار التحويلات الطبية في عدة أوجه:

- ضعف في تطبيق قواعد واجراءات التحويلات الطبية والمتعلق بإجراءات التحويل، وجهة التحويل، وسقف التغطية. لذا يجب تعزيز التطبيق ومراجعة دورية لمحتوى الإجراءات وقرارات التحويل لحالات مرضية معينة كي تساهم في الوصول الى قواعد أكثر شفافية وعدالة.

- ضعف اساليب وتطبيقات الرقابة المالية والطبية، نظرا الى الكم الهائل من الملفات التي تحتاج الى تقييم ومراجعة ورقابة مالية وطبية. لذا فان الضعف في وجود وحدة خاصة وطواقم لإدارة هذه العملية يسهم في ضياع فرص ثمينة للتوفير وضبط التكلفة.

وفي سياق مراجعة طبيعة الحالات الواجب تحويله، نوصي بمراجعة رزمة الخدمات الممنوحة من خلال نظام التأمين الصحي وبناء اجماع وطني على الاحتياجات الحالية والمستقبلية والمجال المالي المتاح وتكلفة وفعالية تكلفة العلاج.

7-8 نطاق توطين التحويلات الطبية

أظهر تحليل الانفاق في القسم الأول من الدراسة بأن التحويلات الطبية تثقل كاهل ميزانية وزارة الصحة على نحو كبير. حيث بلغت حصة التحويلات أكثر من نصف الميزانية للعام 2018. ويبقى السؤال كيف من الممكن تخفيض نفقة التحويلات وإلى أي مدى يمكن توطين الخدمات الطبية. تعتمد الإجابة بالأساس على العوامل التي أدت لتوسع أعداد التحويلات، وقد أشرنا أعلاه إلى أهمها وتضم:

- عدم كفاية القدرة الاستيعابية في المستشفيات الحكومية
- النقص في الخبرات والبنية التحتية والتخصصات الطبية
- نقص الأدوية واللوازم الطبية الأساسية والمتخصصة
- ضعف التنسيق والتواصل في إدارة التحويلات الطبية
- تأثير أعباء العمل على كفاءة القوى العاملة
- الضعف في تطبيق التعليمات الخاصة بالتحويلات الطبية

يمكن الاستنتاج من خلال التمحيص في هذه القائمة بأن معالجة التحديات يعتمد على الاستمرار في إجراء إصلاحات في نظام التحويلات، خاصة فيما يتعلق بالتدقيق والمراجعة واستخدام نظم التحويل الالكتروني، ومعالجة النقص في الادوية المرسلة إلى قطاع غزة. ونود الإشارة هنا إلى صعوبة تقدير الانخفاض المحتمل في أعداد التحويلات بدقة عند إجراء هذه التدخلات، إلا أنها دون شك ستكون كبيرة. وأما بخصوص تحديات القدرة الاستيعابية ونقص الخبرات والتقنيات، فإن معالجتها تأخذ بعدين. يتعلق الأول بتوسيع الخدمات الصحية الأولية والثانوية التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة، وكذلك توسيع الخدمات المساندة لها. وأما الثاني فيتعلق بتوسيع خدمات الصحة الثالثية والتي ترتبط بالأمراض الأكثر تحويلاً، كالأورام، أمراض القلب، وأمراض الكلى والمسالك البولية. يمكن توسيع نطاق هذه الخدمات في المستشفيات الحكومية لكن يبقى هذا النطاق محدوداً نتيجة التحديات المرتبطة بالقدرة على جذب المهارات المتخصصة والمرتبطة، كما ذكرنا أعلاه، بضعف نظام الحوافز مقارنة بالقطاع الخاص والأهلي. وبالتالي، قد لا يكون توسيع الاستثمار نحو البنية التحتية ذو نفع في ظل شح التخصصات الطبية. يمكن بالتالي الاستنتاج أن السياسة المثلى التي يمكن تطبيقها، في ظل التحديات التي تواجه وزارة الصحة، تكمن في توسيع الخدمات الأولية والثانوية في المستشفيات الحكومية وتوجيه التوسع في الخدمات الصحية الثالثية نحو القطاع الخاص والأهلي الفلسطيني على حساب التحويلات نحو المستشفيات الإسرائيلية والمستشفيات في دول الجوار. وبحسب الإحصاءات الموثقة أعلاه، قطعت وزارة الصحة الفلسطينية شوطا في هذا الإطار. الا ان هناك متسع لتقليل الاعتماد على المستشفيات الإسرائيلية.

ويبقى السؤال: هل يمكن وقف جميع التحويلات نهائياً خارج القطاع الصحي الفلسطيني؟ يعتمد الجواب على مدى التوسع في الخدمات الصحية الثالثية. لقد قطع القطاع الصحي الفلسطيني، من دون شك، شوطاً مهماً في توسيع خدماته كما تشير البيانات الموثقة في الدارسة. ويمكن توسيعها لتشمل معظم التحويلات الطبية التي كانت تجرى خارج نطاق القطاع الصحي الفلسطيني. لكن الأمر يتطلب تقديم ضمانات من وزارة الصحة بأن التحويلات المستقبلية سيتم توجيهها نحو القطاع الخاص والأهلي على نحو يضمن جدوى زيادة الاستثمار في الخدمات الصحية الثالثية. في المقابل، سيبقى طموح توطين جميع التحويلات الطبية صعب المنال على الأقل على المستوى المتوسط. وتشمل هذه التحويلات زراعة النخاع القائم على التبرع، زراعة القلب، وزراعة الأعضاء المزدوجة (multi-organ transplantation) إذ يحتاج هذا النوع من الزراعة إلى توفير التقنيات ومراكمة خبرات على مدار عدة سنوات.

الملاحق

ملحق 1: الجداول

جدول 1: عدد الأطباء في المستشفيات الأهلية، والحكومية، والخاصة في فلسطين، 2018

الهيئة الطبية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
طبيب مقيم (عام)	208	35	3	889	29	6	147	33	0
طبيب مقيم (سنة اولى)	24	0	0	148	1	0	20	1	0
طبيب مقيم (سنة ثانية)	26	0	0	130	0	0	21	0	0
طبيب مقيم (سنة رابعة)	32	7	0	155	0	0	15	0	0
اختصاصي أشعة تشخيصية	22	15	16	51	1	4	17	8	4
اختصاصي جراحة القلب	6	2	3	7	0	1	10	4	1
اختصاصي جراحة الصدر	4	0	1	4	0	1	3	1	3
اختصاصي جلدية وتناسلية	3	4	14	11	0	0	2	5	11
اختصاصي نسائية وتوليد	44	68	29	158	1	4	37	11	30
اختصاصي أمراض داخلية (باطني)	14	9	15	69	0	0	25	4	9
اختصاصي أمراض قلب	15	8	20	47	2	3	15	20	7
اختصاصي أورام	9	4	2	9	1	2	3	1	3
اختصاصي أمراض دم	5	1	1	7	1	2	0	2	4
اختصاصي أمراض صدرية	3	2	9	12	0	1	4	5	3
اختصاصي أمراض جهاز هضمي	8	7	7	20	0	2	7	2	8
اختصاصي أمراض كلى	10	3	7	14	1	2	5	3	5
اختصاصي أطفال	44	17	17	167	0	1	24	12	5
اختصاصي جراحة عامة	31	10	32	121	0	3	25	16	19
اختصاصي جراحة الأوعية الدموية	5	7	3	17	0	2	5	5	2
اختصاصي المسالك البولية	14	9	22	67	0	0	8	15	8
اختصاصي جراحة الوجه والفكين	2	2	11	16	0	1	2	8	5
اختصاصي حروق وتجميل	2	3	7	13	0	1	0	6	3
اختصاصي أعصاب	6	3	17	29	0	0	2	6	5
اختصاصي جراحة دماغ وأعصاب	9	5	8	27	0	4	9	4	6
اختصاصي جراحة أطفال	9	11	16	24	1	2	3	7	4
اختصاصي أنف، أذن وحنجرة	13	13	37	72	0	1	10	17	12
اختصاصي أمراض نفسية	2	1	3	5	1	0	0	2	1
اختصاصي طب وجراحة عيون	29	12	17	54	0	0	4	9	2
اختصاصي عظام	30	13	27	127	0	0	20	24	19
اختصاصي غدد	5	3	7	21	0	1	2	6	1
اختصاصي علم الأنسجة (باثولوجي)	6	0	2	6	0	1	2	1	1
طب شرعي	0	0	0	0	0	0	0	0	0

الهيئة الطبية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
أخصائي تخدير	54	41	24	95	1	3	33	17	5
أخصائي عناية مركزة	9	6	8	30	0	2	7	0	4
طبيب أسنان	10	13	13	3	0	0	2	0	4
أخرى	149	6	0	77	0	1	3	2	0
المجموع	862	340	398	2702	40	51	492	257	194

جدول 2: عدد الأطباء في المستشفيات الأهلية، والحكومية، والخاصة في الضفة الغربية، 2018

الهيئة الطبية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
طبيب مقيم (عام)	151	6	0	273	0	6	147	24	0
طبيب مقيم (سنة اولى)	24	0	0	71	0	0	20	1	0
طبيب مقيم (سنة ثانية)	21	0	0	85	0	0	21	0	0
طبيب مقيم (سنة رابعة)	29	0	0	85	0	0	15	0	0
اختصاصي أشعة تشخيصية	18	11	0	36	1	4	17	7	1
اختصاصي جراحة القلب	6	1	0	5	0	1	10	2	1
اختصاصي جراحة الصدر	3	0	0	0	0	1	3	1	1
اختصاصي جلدية وتناسلية	2	1	1	0	0	0	2	5	9
اختصاصي نسائية وتوليد	33	17	5	45	1	4	37	11	26
اختصاصي أمراض داخلية (باطني)	12	4	4	31	0	0	25	4	8
اختصاصي أمراض قلب	11	7	2	13	2	3	15	8	6
اختصاصي أورام	9	4	0	4	1	2	3	0	1
اختصاصي أمراض دم	5	1	0	3	1	2	0	2	2
اختصاصي أمراض صدرية	3	1	0	1	0	1	4	2	2
اختصاصي أمراض جهاز هضمي	8	3	1	2	0	2	7	2	5
اختصاصي أمراض كلى	9	1	2	5	1	2	5	3	4
اختصاصي أطفال	41	13	2	48	0	1	24	11	3
اختصاصي جراحة عامة	18	3	10	45	0	3	25	13	16
اختصاصي جراحة الأوعية الدموية	4	2	0	3	0	2	5	4	0
اختصاصي المسالك البولية	12	5	4	28	0	0	8	14	6
اختصاصي جراحة الوجه والفكين	2	2	3	4	0	1	2	8	4
اختصاصي حروق وتجميل	2	1	2	2	0	1	0	5	2
اختصاصي أعصاب	5	2	7	10	0	0	2	6	3
اختصاصي جراحة دماغ وأعصاب	8	2	3	11	0	4	9	3	4
اختصاصي جراحة أطفال	7	2	4	10	1	2	3	6	3
اختصاصي أنف، أذن وحنجرة	9	10	7	25	0	1	10	15	9
اختصاصي أمراض نفسية	2	1	1	2	1	0	0	2	0
اختصاصي طب وجراحة عيون	23	3	4	6	0	0	4	9	2
اختصاصي عظام	22	8	8	44	0	0	20	21	16
اختصاصي غدد	3	3	3	0	0	1	2	4	0
اختصاصي علم الأنسجة (باثولوجي)	6	0	0	4	0	1	2	1	1
طب شرعي	0	0	0	0	0	0	0	0	0
أخصائي تخدير	42	10	4	38	1	3	33	15	1
أخصائي عناية مركزة	6	0	0	1	0	2	7	0	0

الهيئة الطبية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
طبيب أسنان	2	0	0	0	0	0	2	0	0
أخرى	149	4	0	27	0	1	3	2	0
المجموع	707	128	77	967	10	51	492	211	136

جدول 3: عدد الأطباء في المستشفيات الأهلية، والحكومية، والخاصة في قطاع غزة، 2018

الهيئة الطبية	اهلي			حكومي			خاص		
	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة	دوام كامل	عقد جزئي	عقد بنسبة
طبيب مقيم (عام)	57	29	3	616	29	0	0	9	0
طبيب مقيم (سنة اولى)	0	0	0	77	1	0	0	0	0
طبيب مقيم (سنة ثانية)	5	0	0	45	0	0	0	0	0
طبيب مقيم (سنة رابعة)	3	7	0	70	0	0	0	0	0
اختصاصي أشعة تشخيصية	4	4	16	15	0	0	0	1	3
اختصاصي جراحة القلب	0	1	3	2	0	0	0	2	0
اختصاصي جراحة الصدر	1	0	1	4	0	0	0	0	2
اختصاصي جلدية وتناسلية	1	3	13	11	0	0	0	0	2
اختصاصي نسائية وتوليد	11	51	24	113	0	0	0	0	4
اختصاصي أمراض داخلية (باطني)	2	5	11	38	0	0	0	0	1
اختصاصي أمراض قلب	4	1	18	34	0	0	0	12	1
اختصاصي أورام	0	0	2	5	0	0	0	1	2
اختصاصي أمراض دم	0	0	1	4	0	0	0	0	2
اختصاصي أمراض صدرية	0	1	9	11	0	0	0	3	1
اختصاصي أمراض جهاز هضمي	0	4	6	18	0	0	0	0	3
اختصاصي أمراض كلى	1	2	5	9	0	0	0	0	1
اختصاصي أطفال	3	4	15	119	0	0	0	1	2
اختصاصي جراحة عامة	13	7	22	76	0	0	0	3	3
اختصاصي جراحة الأوعية الدموية	1	5	3	14	0	0	0	1	2
اختصاصي المسالك البولية	2	4	18	39	0	0	0	1	2
اختصاصي جراحة الوجه والفكين	0	0	8	12	0	0	0	0	1
اختصاصي حروق وتجميل	0	2	5	11	0	0	0	1	1
اختصاصي أعصاب	1	1	10	19	0	0	0	0	2
اختصاصي جراحة دماغ وأعصاب	1	3	5	16	0	0	0	1	2
اختصاصي جراحة أطفال	2	9	12	14	0	0	0	1	1
اختصاصي أنف، أذن وحنجرة	4	3	30	47	0	0	0	2	3
اختصاصي أمراض نفسية	0	0	2	3	0	0	0	0	1
اختصاصي طب وجراحة عيون	6	9	13	48	0	0	0	0	0
اختصاصي عظام	8	5	19	83	0	0	0	3	3
اختصاصي غدد	2	0	4	21	0	0	0	2	1
اختصاصي علم الأنسجة (باثولوجي)	0	0	2	2	0	0	0	0	0
طب شرعي	0	0	0	0	0	0	0	0	0
أخصائي تخدير	12	31	20	57	0	0	0	2	4
أخصائي عناية مركزة	3	6	8	29	0	0	0	0	4
طبيب أسنان	8	13	13	3	0	0	0	0	4
أخرى	0	2	0	50	0	0	0	0	0
المجموع	155	212	321	1735	30	0	0	46	58

ملحق 2: الاستمارة

القسم الأول: بيانات عامة

اسم المستشفى:	رمز المستشفى:	
	رقم الفاكس:	عدد الأسرة المرخصة:
البريد الإلكتروني:	اسم ووظيفة معبئ الاستمارة:	تاريخ تعبئة الاستمارة:

نرجو تعبئة البيانات المتوفرة لديكم عن سنة 2018

القسم الثاني: بيانات الأقسام العلاجية والخدمات العامة في المستشفى:

القسم	متوفر (نعم/لا)	عدد الأسرة (إذا كان الجواب نعم)	نسبة الإشغال*** (occupancy rate)	نواقص إن وجدت (عدد الأسرة)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة عدد الأسرة: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتطوير: مثلا: عدد الأسرة لأمراض الباطني 10 ومتوقع التنفيذ سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
أسرة المبيت الفعلية Inpatient Beds					
أقسام الباطني					
الأمراض الباطنية					
الأمراض الصدرية					
أمراض القلب					
أمراض الكلى					
وحدة القسطرة					
أمراض الأعصاب					
الأورام / السرطان					
أمراض الجهاز الهضمي					
أقسام أخرى					
الأمراض النفسية					

**** نسبة الإشغال: معدل العلاقة بين الأسرة المستخدمة وعدد الأيام التمريضية وطريقة حسابها =

$$\frac{\text{أيام الإقامة}}{\text{مجموع أسرّة المبيت * عدد أيام السنة}} \times 100$$

القسم	متوفر نعم/لا	عدد الأسرة	نسبة الإشغال (occupanc y rate)	نواقص إن وجدت (عدد الأسرة)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة عدد الأسرة: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتطوير: مثلا: عدد الأسرة لأمراض الباطني 10 ومتوقع التنفيذ سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
أسرة المبيت الفعلية Inpatient Beds					
أقسام النسائية والتوليد					
الأمراض النسائية والولادة					
التوليد– أسرة التوليد					

القسم	متوفر نعم/لا	عدد الأسرة	نسبة الإشغال (occupancy rate)	نواقص أن وجدت (عدد الأسرة)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة عدد الأسرة : ما هو العدد والسنة المتوقعة للتطوير: مثلا: عدد الأسرة لأمراض الباطني 10 ومتوقع التنفيذ سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
أسرة المبيت الفعلية Inpatient Beds					
أقسام الجراحة					
الجراحة العامة					
جراحة الأطفال					
جراحة القلب والصدر					
جراحة قلب الأطفال					
جراحة الأوعية الدموية					
جراحة الأعصاب					
جراحة الوجه والفكين					
المسالك البولية					
العظام					
أنف وأذن وحنجرة ENT					
العيون					
جراحة التنظير					
جراحة مجهرية					
أقسام جراحة أخرى					
غرف عمليات					

القسم	متوفر نعم/لا	عدد الأسرة	نسبة الإشغال (occupancy rate)	نواقص أن وجدت (عدد الأسرة)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة عدد الأسرة : ما هو العدد والسنة المتوقعة للتطوير: مثلا: عدد الأسرة لأمراض الباطني 10 ومتوقع التنفيذ سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
أسرة المبيت الفعلية Inpatient Beds					
قسم الأطفال					
أقسام الرعاية الخاصة					
العناية المكثفة العامةICU					
العناية المكثفة الوسطىIMU					
العناية المكثفة للقلبICCU					
العناية المكثفة للأطفالPICU					
العناية المكثفة لحديثي الولادةNICU					
الحاضناتNICU					
الحروق					

القسم	متوفر نعم/لا	عدد الأسرة	نسبة الإشغال (occupancy rate)	نواقص أن وجدت (عدد الأسرة)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة عدد الأسرة: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتطوير: مثلا: عدد الأسرة لأمراض الباطني 10 ومتوقع التنفيذ سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
أسرة المبيت الفعلية Inpatient Beds					
الرعاية الصحية طويلة الأمد					
غرفة العزل					

القسم	متوفر نعم/لا	عدد الأسرة	نسبة الإشغال (occupancy rate)	نواقص أن وجدت (عدد الأسرة)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة عدد الأسرة : ما هو العدد والسنة المتوقعة للتطوير: مثلا: عدد الأسرة لأمراض الباطني 10 ومتوقع التنفيذ سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
أسرة العلاج اليومي Day Care					
العلاج الكيماوي					
العلاج بالأشعة (تفتيت حصى)					
غسيل الكلى					
تفتيت					
الثلاسيميا					
القسطرة					
الطوارئ والحوادث					
أمراض الدم					

خدمات طبية مساندة	متوفر نعم/لا	عدد الأسرة	نسبة الإشغال (occupancy rate)	نواقص إن وجدت (عدد الأسرة)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة عدد الأسرة: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتطوير: مثلا: عدد الأسرة لأمراض الباطني 10 ومتوقع التنفيذ سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
العلاج الطبيعي والتأهيل					
العلاج الوظيفي					

خدمات الأشعة	متوفر	غير متوفر	إن كان غير متوفر هل يعتبر من النواقص؟ (نعم/لا) إذا كان الجواب لا يعني أن الخدمة ليست من ضمن الاختصاص	خطط مستقبلية مقرة للتطوير لإضافة أقسام أو توسيعها (إن وجدت) والسنة المتوقعة: مثلا: متوقع إضافة جهاز X-RAY سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
تصوير بالأشعة السينية X-Ray				
تصوير بالموجات فوق الصوتية Ultrasound				
تصوير طبقي بالأشعة المقطعية CT Scan				
تصوير بالرنين المغناطيسي MRI				
الأشعة التداخلية				
أخرى				

مرافق خدمات مساعدة	متوفر	غير متوفر	إن كان غير متوفر هل يعتبر من النواقص؟ (نعم/لا) إذا كان الجواب لا يعني أن الخدمة ليست من ضمن الاختصاص	خطط مستقبلية مقرة للتطوير لإضافة أقسام أو توسيعها (إن وجد) والسنة المتوقعة: مثلا: متوقع توسيع المختبر سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
بنك الدم				
مختبر طبي				
مختبر الوراثة والجينات				
مختبر تخطيط الدماغ والأعصاب				
مختبر دراسة إرادية التبول				
صيدلية				
مستودع أدوية				
غرفة تعقيم				

ثالثاً: بيانات القوى البشرية:

أولاً:	البند	عدد: دوام كامل (متفرغ)	عدد: دوام جزئي		نواقص (عدد)	نواقص (عدد)	خطط مستقبلية مقرة (إن وجدت) لزيادة القوى البشرية: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتوظيف: مثلا: عدد أطباء القلب المتوقع توظيفهم 2 سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
	الهيئة الطبية		عقد جزئي	عقد بالنسبة	دوام كامل	دوام جزئي	
.1	طبيب مقيم (عام)						
.2	طبيب مقيم (سنة أولى)						
.3	طبيب مقيم (سنة ثانية)						
.4	طبيب مقيم (سنة رابعة)						
.5	طبيب اختصاصي:						
.6	اختصاصي أشعة تشخيصية						
.7	اختصاصي جراحة القلب						
.8	اختصاصي جراحة الصدر						
.9	اختصاصي جلدية وتناسلية						
.10	اختصاصي نسائية وتوليد						
.11	اختصاصي أمراض داخلية (باطني)						
.12	اختصاصي أمراض قلب						
.13	اختصاصي أورام						
.14	اختصاصي أمراض دم						
.15	اختصاصي أمراض صدرية						
.16	اختصاصي أمراض جهاز هضمي						
.17	اختصاصي أمراض كلى						
.18	اختصاصي أطفال						
.19	اختصاصي جراحة عامة						

أولاً:	البند الهيئة الطبية	عدد: دوام كامل (متفرغ)	عدد: دوام جزئي عقد جزئي	عقد بالنسبة	نواقص (عدد) دوام كامل	نواقص (عدد) دوام جزئي	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة القوى البشرية: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتوظيف: مثلا: عدد أطباء القلب المتوقع توظيفهم 2 سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
20.	اختصاصي جراحة الأوعية الدموية						
21.	اختصاصي المسالك البولية						
22.	اختصاصي جراحة الوجه والفكين						
23.	اختصاصي حروق وتجميل						
24.	اختصاصي أعصاب						
25.	اختصاصي جراحة دماغ وأعصاب						
26.	اختصاصي جراحة أطفال						
27.	اختصاصي أنف، أذن وحنجرة						
28.	اختصاصي أمراض نفسية						
29.	اختصاصي طب وجراحة عيون						
30.	اختصاصي عظام						
31.	اختصاصي غدد						
32.	اختصاصي علم الأنسجة (باثولوجي)						
33.	طب شرعي						
34.	أخصائي تخدير						
35.	أخصائي عناية مركزة						
36.	طبيب أسنان						
37.	غير ذلك (حدد)						

ثانيا:	البند الهيئة التمريضية	عدد: دوام كامل (متفرغ)	عدد: دوام جزئي عقد جزئي	عقد بالنسبة	نواقص (عدد) دوام كامل	نواقص (عدد) دوام جزئي	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة القوى البشرية: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتوظيف: مثلا: عدد مساعد ممرض المتوقع توظيفهم 2 سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
1.	بكالوريوس تمريض فما فوق						
2.	دبلوم تمريض (3 سنوات)						
3.	دبلوم متوسط تمريض (سنتين)						
4.	مساعد ممرض						
5.	قابلة بكالوريوس						
6.	قابلة دبلوم (3 سنوات)						
7.	قابلة دبلوم (سنتين)						
8.	داية						

ثالثا:	البند	عدد: دوام كامل (متفرغ)	عدد: دوام جزئي		نواقص (عدد)	نواقص (عدد)	خطط مستقبلية مقرّة (إن وجدت) لزيادة القوى البشرية: ما هو العدد والسنة المتوقعة للتوظيف: مثلا: عدد الصيادلة المتوقع توظيفهم 2 سنة 2020. في حال عدم وجود خطط مقرة لا تجب
	الخدمات الطبية المساندة		عقد جزئي	عقد بالنسبة	دوام كامل	دوام جزئي	
1.	فني مختبر (بكالوريوس فما فوق)						
2.	مساعد فني مختبر (دبلوم)						
3.	صيدلي						
4.	مساعد صيدلي						
5.	فني تخدير						
6.	أخصائي علاج طبيعي (بكالوريوس)						
7.	فني علاج طبيعي (دبلوم)						
8.	أخصائي تأهيل (بكالوريوس)						
9.	فني تأهيل (دبلوم)						
10.	أخصائي سمعيات ونطق (بكالوريوس)						
11.	فني سمعيات ونطق (دبلوم)						
12.	أخصائي بصريات (بكالوريوس)						
13.	فني بصريات (دبلوم)						
14.	فني أشعة (بكالوريوس)						
15.	مساعد فني أشعة (دبلوم)						
16.	فني تخطيط (ECG, EMG, EEG)						
17.	فني أسنان						
18.	مرشد نفسي						
19.	مرشد تغذية						
20.	أخرى (حدد)						

رابعاً: بيانات إحصائية:

البند	2018	البند	2018
مجموع الإدخالات		عدد الولادات الطبيعية	
مجموع الإخراجات		عدد العمليات القيصرية	
مجموع الأيام التمريضية (أيام الإقامة)		عدد العمليات الجراحية الكبرى	
نسبة إشغال الأسرة (%)		عدد العمليات الجراحية الصغرى	
معدل مكوث المريض (يوم)			
مجموع زيارات العيادات الخارجية		عدد إصابات العمل	
مجموع زيارات عيادة الطوارئ		عدد مرضى غسيل الكلى	
عدد حالات أمراض الدم والأورام		عدد جلسات الغسيل الكلوي	

Executive Summary

- This study provides a macro-level assessment of the Palestinian health sector, in order to recommend interventions that reduce the financial burden of medical referrals to hospitals/health centers not operated by the Palestinian Ministry of Health (MoH), as well as enhancing the localization of medical services. The scope of the study covers several pillars, most importantly: analyzing the distribution of healthcare expenditures during the past years; analyzing the structure of medical referrals in terms of type of disease and cost of referral; and analyzing revenues from health sector activities, with a special focus on health insurance. It also provides a gap analysis in order to assess the capacity of the health sector to provide sufficient health services, as well as the capacity of the Palestinian pharmaceuticals' sector to meet local demand.
- In 2018, total actual expenditures on medical referrals amounted to NIS 945 million, covering 110,000 referrals (56% male, 44% female). At a regional level, the percentage of referrals from the Gaza Strip reached 28% of total referrals and 32.3% of total referral costs. In terms of cost allocation by service providers, West Bank hospitals obtained the largest share (35%), followed by Palestinian hospitals in East Jerusalem (32%), then Israeli hospitals (28%). Hospitals in the Gaza Strip had a low share of 5% of the total.
- In 2018, the total number of medical referrals outside MoH hospitals/health centers was 109,818, benefiting about 55,670 patients (approximately two referrals per patient). As for the distribution of referrals by destination, data for 2018 indicates that Palestinian hospitals in Jerusalem received the largest share, followed by hospitals in the rest of the West Bank. Both accounted for about 75% of the total number of referrals, while Israeli hospitals received 17% of referrals.
- In terms of the distribution of referrals by type of disease, cancer ranks first, followed (with a large difference) by heart diseases and kidney/urinary tract diseases respectively. Israeli hospitals account for a large share of referrals for blood diseases, general surgery, tumors and nuclear medicine. Most referrals to East Jerusalem hospitals concern tumors, ophthalmology, pediatrics, general surgery, gynecology and orthopedics. On the other hand, hospitals in other parts of the West Bank received the largest share of referrals for cardiovascular and urinary tract diseases, medical scanning services, medical tests and rehabilitation.
- A capacity assessment of the Palestinian health sector - covering both governmental and non-governmental facilities - indicates that health infrastructure is insufficient, the main factor explaining the relatively large number of referrals to Israeli hospitals. Specifically, the Palestinian health sector lacks human resources, with a small number of beds available for the treatment of diseases typically referred to Israeli hospitals.
- The study shows that the Palestinian pharmaceutical sector's ability to meet local demand is limited to the production of generic drugs. Therefore, the Palestinian health sector will remain dependent, at least in the short and medium terms, on importing medications prescribed for the treatment of diseases commonly referred outside MoH hospitals.
- The study compares the main health indicators in Palestine with other countries, in order to evaluate the quality of local health services. Palestine has made remarkable progress over the past two decades in increasing life expectancy and reducing death rates. However, compared with other countries, Palestine performs poorly in health expenditure, mainly with respect to the government's share of total health expenditures. However, the findings

signal to the high quality of reproductive health services in Palestine. Yet, the health system still lags behind in terms of containing non-communicable diseases, such as heart diseases, cancer and diabetes; the primary causes of death in Palestine.

- The study discusses financial challenges facing the Palestinian government in providing health services, notably in the financial coverage of medical referrals. It shows that the Ministry's allocated budget remained at the same level during the past years - it did not increase with population growth, or with the need to develop quality healthcare services provided by the Ministry, especially primary healthcare. The study indicates that low revenues from governmental health insurance is a major factor in increasing the financial burden of medical referrals. Economic challenges (especially in the Gaza Strip), expansion of the informal sector, and inadequate health insurance management by MoH are the main causes for low health insurance revenues.
- In light of the above (and many other) challenges facing the sector, the study concludes that implementing an inclusive and comprehensive health insurance system in Palestine is difficult to achieve, in both the short and medium terms. On the other hand, there are interventions that can improve the government's health insurance revenues. In the short term, the most important ones are not to be complacent in the application of procedures relating to the validity period of insurance policies as stated in their instructions; and to increase the value of health insurance contributions - whether for health services or the purchase of medicines - in a manner that does not burden subscribers. For the medium term, the study recommends enhancing health insurance revenues by increasing tax revenues. This may be done through raising taxes, on a limited basis, for a selection of consumer goods, fighting tax evasion and expanding the tax-base.
- The study endeavors to explore financial burdens associated with medical referrals that will be incurred during the coming 10 years. Predictions show that the number of referrals is expected to increase - in the absence of government intervention - from about 125,000 to 403,000 referrals. Costs will range from NIS 1,075 million to NIS 3,468 million. On the other hand, if active government interventions are implemented, it is expected that the number of referrals will increase from 121,000 to 279,000, with costs ranging from NIS 1,054 million to NIS 2,651 million over the same period.
- Through an in-depth analysis of the cost of referrals and an assessment of the Palestinian health sector, the study concludes with a number of interventions for enhancing the localization of medical services and reducing referrals abroad, whether to Israeli hospitals or those in neighboring countries. The study stresses that addressing these challenges depends on making reforms to the referral system, and addressing the shortage in medicines sent to the Gaza Strip. The study also recommends expanding primary and secondary health services provided by MoH hospitals, as well as expanding tertiary health services in the private and public sectors, at the expense of referrals to Israeli hospitals or those in neighboring countries.
- The study concludes that it is difficult to permanently stop all referrals outside the Palestinian health sector, at least in the medium term. The localization of medical services for donation-based marrow transplantation, heart transplantation and multi-organ transplantation require the provision of technologies and the accumulation of expertise over several years. In all cases, expanding the localization of medical services requires guarantees from MoH that it will work with the Palestinian private and civil-society sectors, in a manner that enhances the feasibility of investments in tertiary health services, as well as remedying the shortage of expertise and infrastructure for medical specialties related to diseases with the highest referral rates.