



المركز الفلسطيني لأبحاث السياسات والدراسات الإستراتيجية - مسارات
The Palestinian Center For Policy Research and Strategic Studies - MASARAT



تحليل سياسات

نحو سياسات لسد ثغرات البنية التحتية الصحية الفلسطينية

إعداد: ضحى حمامة

2 أيلول/سبتمبر 2020

مقدمة

تُقدّم مؤسسات حكومية وأهلية وخاصة الخدمات الصحية التأهيلية والوقائية والعلاجية للفلسطينيين داخل الأراضي المحتلة العام 1967 منذ نشأة السلطة الفلسطينية في العام 1994، بتنظيم قانون الصحة العامة رقم (20) الصادر في العام 2004. وتخصص السلطة جزءًا من مواردها المالية تجاه تطوير القطاع الصحي في بيئة محفوفة بالتحديات السياسية والاقتصادية المحلية والإقليمية، التي تزيد من الحاجة للإنفاق لتحسين جودة الخدمة الإنسانية، إلى أن اقتحمت جائحة "كورونا" أرجاء العالم كاشفة النقاب عن ثغرات عدة في البنية التحتية الصحية الفلسطينية، وعن اهتزاز للجهازية، وغياب للخطط الإستراتيجية لمواجهة الفيروس وتداعياته، رغم ثناء منظمة الصحة العالمية على الأداء الحكومي الأوّلي.

المشكلة

رفعت حالة الطوارئ العالمية والمحلية من مستوى الإنفاق الآني على المنظومة الصحية وإجراءاتها الاحترازية والعلاجية المتخذة لمواجهة فيروس كورونا، إلا أن قطاع الصحة الفلسطيني رغم تسجيله نجاحات بالسيطرة على بعض الأمراض المعدية، ما زال يعاني من ترهلات واختراقات موروثية تتعلق بالعوامل البشرية، كنقص في المهارات وفجواتها، والعوامل المادية كمحدودية المعدات، وشح الروافد الوطنية، وتراكم الديون، والعوامل التنظيمية كسوء الإدارة وهشاشة الرقابة، وأخرى سياساتية كتدني حصة القطاع الصحي من الموازنة السنوية مقارنة مع القطاعات الأخرى.

علاوة على إدارة الأزمة في منطقة بلا سيادة، خاضعة للاحتلال، وتحكمها سلطتان، وسط تردٍ للعلاقات الدبلوماسية الإقليمية والدولية لصالح الاحتلال؛ مما يندر بالانهيار في حال استمرار الأزمة الوبائية أو تصاعدها، وما تخلف من تداعيات على كافة الأصعدة.

الهدف

تهدف الورقة إلى تحديد ثغرات السياسات الصحية المتبعة في مؤسسات القطاع الصحي، وتقديم آليات تتوجه نحو التطوير وسد الثغرات، بما يحقق أسس الكفاءة والعدالة بالحقوق والواجبات، إضافة إلى رفع

مستوى الخدمات الصحية في كبح المخاطر المحدقة، كالأوبئة والكوارث البيئية وغيرها، استناداً إلى تكفل جميع المواثيق المحلية والدولية بحق الفرد في تلقي خدمات صحية كافية ونوعية، كالإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ودستور منظمة الصحة العالمية، وإعلان "ألما-آتا".

"كورونا" تحت المجهر الفلسطيني

انتقلت العدوى بفيروس "كورونا" إلى الفلسطينيين عبر معبر الكرامة، بوابة رفح، والمعابر الفاصلة بين أراضي 67 وأراضي 48. واستفادت الإدارة الفلسطينية نسبياً من توقف المطارات والحركة السياحية بالعالم، للتحكم بأعداد الوافدين عبر معبري الكرامة ورفح، لكن بقي تنقل العمال ثغرة تتعثر بها الإجراءات الوقائية بالتزامن مع كافة المؤشرات الحرجة: الإمكانيات البشرية والمادية، الأزمة المالية، ظروف القدس، ومناطق (ج)، ليشكل العمال في المراحل الأولى نسبة 29.79% ومخالطيهم نسبة 45.48% من توزيع المصابين حسب مصادر الإصابات؛ ما يعني عدم الالتزام بالحجر المنزلي¹، أو الحجر المنزلي السليم، فيما قابلت الحكومة مطالبات حجرهم الإجباري بالرفض، وراهنّت على التزامهم الذاتي تبعاً لأعدادهم الكبيرة التي وصلت إلى 133 ألفاً مع تدني الإمكانيات الصحية والأمنية رغم توظيفها رجل أمن لكل 48 مواطناً.

وبالرهان على الالتزام الذاتي تم إنهاء مرحلة الإغلاق، دون إجراءات تدريجية، حتى عاد المواطنون لروتينهم، ما كان من شأنه أن أعاد انتشار الوباء بالخليل أولاً وسط تخبط صحي وأمني، ثم اتسعت دائرة الانتشار لتشمل بقية المحافظات، وتُرجم ذلك باختلاف نسب مصادر الإصابة عمّا كانت، فشكّل العمال ما نسبته 0.67% واحتلت التنقلات الاجتماعية نسبة 55.84% من توزيع المصابين حسب مصادر الإصابات وفق إحصائية وزارة الصحة²؛ لتعلن وزيرة الصحة فقدان السيطرة وإمكانية تحويل المشافي الحكومية مراكزاً للحجر تبعاً للأزمة المادية، بينما تزامن ذلك مع خرق لحالة الطوارئ باعتماد سلسلة من الترقّيات لأصحاب نفوذ وسط ردود فعل غاضبة، في وقت يتطلب استثمار الطاقات ذات الكفاءة.

أما فلسطينيو الداخل، فواجهوا التمييز العنصري في خدمة إجراء الفحوصات وتلقي العلاج، ولم ينج من ذلك الأسرى، وهم الأكثر تعرضاً لمضاعفات الفيروس في خضم سياسة الإهمال وتدني مستوى الرعاية التغذوية والصحية التي يتلقونها. وفيما يتعلق بأجهزة التنفس، اعتبرت وزارة الصحة أن السيناريو الأسوأ

¹ المرصد الإلكتروني لكوفيد 19، وزارة الصحة الفلسطينية: bit.ly/3e0Hyl7

² المصدر السابق.

يتطلب 800 جهاز على الأقل، بينما المتاح حتى تاريخ كتابة الورقة 350 جهازاً فقط في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.³ وأما المساعدات التمويلية التي وصلت في بداية الأزمة، حظي قطاع غزة بنسبة 23% منها فقط، وفقاً لتقرير نشره مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا)،⁴ ربما ذلك كان أحد إفرازات الانقسام، علمًا أن خطورة انتشار الفيروس في غزة كبيرة نظرًا لارتفاع الكثافة السكانية، وحين اكتشفت عشرات الإصابات بغزة من خارج أماكن العزل، قررت الحكومة في رام الله إرسال وفد لتقييم الاحتياجات الصحية هناك، فإما أن تغطيها كليًا أو جزئيًا بناء على الموارد المتاحة و/أو على المتغيرات السياسية.

وشهد العالم عددًا من الأوبئة قبل انتشار فيروس "كورونا" (Covid-19) في العام 2019، التي أثارت استنفارًا مشابهًا، كوباء الالتهاب الرئوي اللانمطي الحاد (SARS-CoV) في العام 2002، وإنفلونزا الطيور (H5N1) في العام 2003، وإنفلونزا الخنازير (H1N1) في العام 2010، وبناء على الفارق الزمني القصير بين كل منها الذي لم يتجاوز 9 سنوات، ستزيد احتمالية ظهور فيروسات جديدة أو متحورة أو موجات متجددة من فيروس "كورونا" بعد مسافة زمنية ربما لا تتجاوز 10 سنوات، ما يستجدي تجنيد الطاقات للتعامل مع الأزمات الراهنة والقادمة، والتسارع في تطبيق خطة التنمية المستدامة للعام 2030 المعتمدة من قبل كافة أعضاء الأمم المتحدة⁵، والمفترض أن تلتزم فلسطين كعضو في تنفيذ بنودها، مع مراعاة انسجامها مع الخصوصية الفلسطينية والأجندة الوطنية، وذلك يتطلب مراجعة وزارة الصحة للخطة الإستراتيجية التي طرحتها للأعوام (2017-2022) وفق تشخيص أكثر واقعية للواقع الفلسطيني ومستجداته.

تشخيص الواقع الصحي الفلسطيني

أولاً: مؤشرات الديمغرافيا والحالة المرضية (2018)

تزايد عدد الفلسطينيين في الضفة والقطاع خلال الأعوام الأخيرة، حتى وصل في العام 2018 إلى 4 مليون ونصف المليون نسمة موزعين بنسبة 60.2% بالضفة و39.8% بالقطاع، ثم 5 مليون في العام 2019 وبطابع فتي، فقد بلغت نسبة كبار السن (65+) 3.3% فقط.

³ مقابلة مع مي كيلة، وزيرة الصحة الفلسطينية، قناة الحقيقة الدولية، 2020/7/4: bit.ly/2Z7G04g

⁴ حالة الطوارئ الناجمة عن فيروس كوفيد-19: تقرير الحالة الأول، مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (أوتشا)، 2020/3/24: bit.ly/2Xg2r50

⁵ مؤتمر قمة الأمم المتحدة للتنمية في نيويورك، 2015/9/27-25، موقع منظمة الصحة العالمية: bit.ly/2zdDDTr

وأسهم تزايد معدل المواليد وتناقص معدل الوفيات تدريجيًا مع بقاء معدلات الخصوبة مرتفعة في الحفاظ على معدل الزيادة الطبيعية المرتفع للسكان⁶، والدفع نحو تفوق على الاحتلال بالصراع الديمغرافي، رغم بلوغ معدل العمر لدى الفلسطينيين 73.9 عامًا مقابل 82.5 لدى الاحتلال، ربما لصعوبة تلقي الخدمة الصحية.

كذلك قد تتزعزع الثقة بثبات أو تزايد نسبة الزيادة الطبيعية مع التزايد السنوي لحالات الأمراض غير السارية (غير المعدية)، خاصة بعدما احتلت الأمراض المزمنة نسبة 67.4% من أسباب الوفيات، وعلى رأسها أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطان والجلطات الدماغية.⁷ ومعظمها لا يعتمد على الاعتلال العضوي أو الجيني فحسب، بل مرتبط أيضًا بالتغيرات الطارئة على سلوك الحياة الذاتي، كتلافي النشاط البدني والغذاء الصحي، والخارجي كنقص المهارات الطبية، والاضطرابات الاجتماعية، والآثار البيئية كالإشعاعات الكهرومغناطيسية المنبعثة من أبراج الاتصالات، والإشعاعات النووية الصادرة عن مفاعلات الاحتلال التي لم تحظ باهتمام كبير في دراسات وتقارير القطاع الصحي الفلسطيني رغم أهميتها.

وتناولت إستراتيجية منظمة الصحة العالمية التخلص من الأمراض السارية (المعدية)، ما انعكس على برامج وزارة الصحة لمنح اللقاحات؛ فلم تسجل أي حالة جذام أو دفتيريا بفلسطين منذ العام 1982، كما لم تسجل أي حالة لمرض شلل الأطفال منذ العام 1988، كذلك لم تسجل أي حالة لمرض الكلب أو الكوليرا منذ سنوات عدة رغم تفشي هذه الأمراض في دول عدة. ورغم سعي فلسطين للحفاظ على هذا التقدم عبر اتباع سياسة حصول كل طفل على التطعيمات اللازمة له وفق جدول التطعيم الوطني، إلا أنها ما زالت تسجل ارتفاعًا بعدد آخر من الأمراض السارية، كالتهاب الكبد الفيروسي (A)، والحمى المالطية، والتهاب السحايا، وانفلونزا الخنازير (H1N1).⁸

⁶ الإحصاء الفلسطيني يستعرض أوضاع السكان بفلسطين بمناسبة اليوم العالمي للسكان، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2019/7/11: bit.ly/2ybqrhg

⁷ التقرير الصحي السنوي (فلسطين 2018)، وزارة الصحة الفلسطينية، تموز/يوليو 2019: bit.ly/2ZgcUQB

⁸ المصدر السابق.

ثانيًا: الإمكانيات ما بين الوفرة والنقص والفجوة

المرافق الصحية

يقدم القطاع الصحي الحكومي وغير الحكومي خدماته ضمن ثلاثة مستويات: الرعاية الصحية الأولية، وتلبي الاحتياجات من خدمات الطب العام والخاص عبر عيادات الصحة العامة ومختبراتها؛ الرعاية الثانوية، ويقدمها الاختصاصيون بالمشافي عبر التشخيص وتقديم العلاجات؛ الرعاية الثالثة، وتدعى بالاستشارية الهادفة إلى التحقق من دقة التشخيص وتقديم العلاجات المتقدمة.⁹

واتسعت شبكة مراكز الرعاية الصحية الأولية على مر الأعوام في الضفة والقطاع ليصل عددها في العام 2018 إلى 732 مركزًا، تشكل الحكومية منها ما نسبته 63.9%، ويبلغ معدل السكان لكل مركز صحي 6242 مواطنًا.¹⁰ وبالرغم من خدماتها الموسعة إلا أن الزيادة الكمية لم تكن كافية ولم تخدم عملية التثقيف الفردي بعد.

كما يوجد في الضفة والقطاع 82 مشفى بسعة 6440 سريرًا، حيث تدير وزارة الصحة 27 مشفى بسعة 3462 سريرًا، أما البقية فيملكها القطاع الخاص والأهلي ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين والخدمات الطبية العسكرية. ويوضح الجدول الآتي معدل المشافي لكل 100 ألف من السكان ومعدل الأسرة لكل 10 آلاف مواطن بالمحافظات.¹¹

المحافظة	عدد المشافي	عدد الأسرة
بيت لحم	4.1	26.1
رام الله	2.7	16.7
أريحا	2.0	11.1
نابلس	1.8	16.2
قلقيلية	1.8	11.1
طوباس	1.6	7.1

⁹ الحسابات الصحية الفلسطينية (2000-2018)، وزارة الصحة الفلسطينية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2020: bit.ly/2LEle4K

¹⁰ التقرير الصحي السنوي (فلسطين 2018)، مصدر سابق.

¹¹ المصدر السابق.

9.5	1.6	طولكرم
16.2	1.6	القدس
13.2	1.6	غزة
6.5	1.3	سلفيت
9.1	1.3	جنين
9.3	1.1	الخليل

تشير الأرقام أعلاه إلى غياب التوازن في توزيع المشافي والأسرة بين المحافظات، خاصة فيما يتعلق بالتعداد السكاني، وبتحديات العامل الزمني؛ فإن طرأت ظروف تلحق الإصابات بأعداد كبيرة من السكان خلال ذات الوقت، لن تستوعب قدرة المشافي وأسرتها ذلك، خاصة في غزة والخليل لتعداد سكانهما الأكبر؛ ما ينذر بتكدس هائل للحالات غير المستفيدة من الخدمة. ومن جهة أخرى، لم تخصص مشافي ومراكز لعزل المصابين بالأوبئة وحجر مخالطهم كإجراء احترازي من انتشار أي وباء قبل ظهور "كورونا".

أما المختبرات، فتحمل مكانة مهمة كونها تتيح إجراء الفحوصات وتيسير التشخيص، وتصنف إلى مركزية ومتوسطة وطرفية. أما المركزية، فتتمثل في مختبر الصحة العامة المركزي برام الله، ومن مهامه إجراء الفحوص المصلية لبعض الأمراض الفيروسية وفحص الحمض النووي لبعضها، لكن حينما اختزلت وزارة الصحة لهذه الإمكانيات مختبرًا واحدًا فقط، خلقت أزمة في عدد وتوقيت وجودة الفحوصات اللازمة مع بداية انتشار "كورونا".

وفي قطاع آخر، اتبعت وزارة التربية والتعليم نهجًا تشاركيًا واستثماريًا باقتران الصحة بالتعليم نحو تحسين الصحة المجتمعية، وتعتبر عن أهمية ذلك مارغريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية سابقًا، في قولها: "إن التعليم والصحة عنصران يقوي أحدهما الآخر في ظل إطار واحد، فلا يمكن الفصل بينهما في إطار الجهد الذي يُبذل لإخراج الناس من الفقر ومنحهم فرصة لتفجير كامل طاقاتهم البشرية".¹²

فتسعى الوزارة لخلق واقع يتبنى المعارف الصحية في إطار السلوكيات، حيث لوحظ تزايد درجة تحقيق المدارس لمعايير البيئة الصحية المعززة للتعليم من 62.3% في العام 2015 إلى 68.3% في العام 2016

¹² مارغريت تشان، الصحة والتعليم صنوان لا يفترقان (كلمة في مؤتمر القمة المعني بالمرامي الإنمائية للألفية بنويويورك في العام 2010)، منظمة الصحة العالمية،

bit.ly/3cY9gyM :2010/9/20

وإلى 68.4% في العام 2017، ويرصد هذا المؤشر كلاً من إدارة مياه الشرب والمياه العادمة، وإدارة النفايات الصلبة، والمقصف المدرسي، والسلامة العامة.

وتبين النتائج أن محوري المقاصف والنظافة العامة ما زالوا بحاجة لرفع معدليهما، ما يستدعي مراجعة أعداد الأذنة الموزعين على المدارس، والموازنات المخصصة لبناء وتأهيل المقاصف. وتتفاقم المشكلة مع نقص عدد موظفي الصحة المدرسية الميدانيين البالغ عددهم 111 بالنسبة إلى عدد مدارس الضفة البالغ 1845، رغم دورهم الحيوي والمهم الذي يتطلب تكثيف واستمرارية العمل داخل المدرسة الواحدة، خاصة أن أثر التعزيز الصحي يظهر على المدى المتوسط والبعيد لا القريب. ومن جهة أخرى، يفتقر نظام دوام المدارس إلى مساحة برامجية وزمنية كافية تمكن الطلبة من المعارف والسلوكيات الصحية.

الطاقات البشرية

تتفق الدراسات على ثلاث معضلات أساسية تعاني منها الأنظمة الصحية العالمية، ما ينعكس أيضًا على القطاع الصحي الفلسطيني من خلال الآتي:¹³

نقص الشواغر: يستند إلى طبيعة الأنظمة الداخلية للمنظمات الصحية وتفاعلاتها مع الحالة الاقتصادية والسياسية، ومن التخصصات المفتقدة للشواغر هندسة الأجهزة الطبية في ظل حاجة المعدات إلى صيانة وقائية مستمرة.

نقص الكوادر: استمر تزايد النقص في أعداد الكوادر الصحية، خاصة في الدول النامية، وترجع على رأس أسبابه التأسيس الأكاديمي الطبي الطويل نسبيًا منذ مرحلة تعلم المبادئ والمصطلحات الطبية، إلى عام الامتياز، وصولًا إلى مرحلة التخصص. في المقابل، خلقت الثورة العلمية والتكنولوجية في خمسينيات القرن العشرين فارقًا زمنيًا بسيطًا بين إعداد الكوادر الصحية أكاديميًا، الذي يتطلب النظام المرحلي والزمن الكافي، وبين نقل التحديثات المتسارع لسوق التدريب والعمل؛ ما يعرض الخريج المتقدم لوظيفة سريعة التغير

¹³ سمير عبدالله، نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة، معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، 2018:

bit.ly/34UXJz4

لفجوة علمية وتدريبية بين ما تعلمه وما سيعمل به، مسببًا العجز عن أداء متطلبات الوظيفة الذي يحول دون تحقيق النتائج المرجوة، أو ترك الشاغر دون إشغال، بالتالي تزداد البطالة طردًا مع زيادة الشواغر.

ومن مسببات النقص الأخرى النمو الاقتصادي البطيء الذي ينعكس على إمكانيات الأسر التي تعرقل انضمام أبنائها إلى التخصصات الطبية، إذ تعد الأعلى تكلفة. في المقابل، يتوجه الشبان للبحث عن الأجر الأعلى خارج البلاد، فضلًا عما سيلحق بالقوى العاملة من الأمراض أو الحوادث أو كبر السن أو التقاعد أو الوفاة دون توفير البدائل وسط الظروف سابقة الذكر.

وشمل النقص أيضًا الكوادر الصحية ذوا التخصصات الدقيقة، وذلك للافتقار إلى برامج دراسية عليا تتناول العلوم الدقيقة بالجامعات الفلسطينية؛ ما أضعف القدرة على معالجة المواطنين، مؤديًا ذلك إلى تعزيز شراء الخدمة من الخارج. ومن الوظائف التي حملت صفة النقص لعدم توفر المتخصصين لشغلها: أمراض الدم والحساسية والمناعة، والجينات، والطب النووي، والمعالجة الإشعاعية، والعناية الحثيثة، والجراحة الصدرية، في حين تتطلب حالات الإصابة برصاص الاحتلال عددًا كافيًا من الجراحين ومختصي العناية الحثيثة.

توفر كادر غير قادر: يتطلب الكادر الصحي بنية أكاديمية دقيقة مواكبة للتطور وقابلة للتحديث، ومصقولة بالمهارات بأنواعها الحياتية والإدارية والوظيفية والتقنية والبحثية، ومتبلورة بالتدريب والخبرة، لكن مع ندرة التخصصات الفرعية الدقيقة، واتباع أساليب التعليم التقليدية بالتزامن مع تطور سوق العمل، وضعف أسلوب امتحان مزاولة المهنة، وعدم تشغيل الخريجين لمجرد اكتساب الخبرة، والتحوصل في البيئة التعليمية المحلية؛ تم خلق فجوة ما بين مؤهلات الكادر ومتطلبات الشاغر، مما جعله إلى حد ما كادرًا غير قادر، وبات ذلك جليًا في الضفة والقطاع.

فتخلف العضلات الثلاث على العلم من مقدميه ومتلقيه والعمل من أربابه وعامله حقوقًا منقوصة وواجبات معطوبة، ورغم محاولات علاجها، إلا أنها ما زالت عالقة في تداعياتها من إهدار الموارد والطاقات، وعجز الموازنات، وتراجع التوطين مقابل تقدم البطالة والهجرة.

ويضاف إلى ذلك السياسات التطويرية غير الكافية أو المجدية التي يتبعها القطاع الصحي؛ إذ بيّنت البيانات تدني نسبة حصة الفرد من الخدمة، خاصة في حالات الطوارئ. فقد بلغ عدد الكوادر المسجلة بالنقابات

الطبية المختلفة 31,873: 24,432 بالضفة بنسبة 76.7%، و7,441 بغزة بنسبة 23.3%، يتوزعون على وزارة الصحة والمؤسسات الصحية غير الحكومية والخدمات الطبية العسكرية ووكالة الغوث، بلغ تعدادهم حسب التخصص على النحو الآتي:

طبيب	ممرض	صيدلاني	طبيب أسنان	قابلة	فني وإداري مختبر	
7.736	7.879	4.810	3.245	762	626	الضفة الغربية
2.681	3.580	621	222	337	500	قطاع غزة

كما بلغت نسبة كوادر وزارة الصحة 23.1% من مجموع الكوادر الطبية العاملة بالقطاع الصحي، توزعت أعدادهم كالتالي: 2525 طبيبًا بمعدل 5.2 طبيب لكل 10000 نسمة، 1482 طبيبًا عامًا بمعدل 3.1 طبيب لكل 10000 نسمة، 865 طبيبًا مختصًا بمعدل 1.8 لكل 10000 نسمة. فرغم تدني أعداد الكوادر بالنسبة إلى السكان إلا أن سوء التوزيع أيضًا سيد الموقف، حيث تنال الضفة النصيب الأكبر الذي يفيض عن حاجتها في تخصصي الصيدلة وطب الأسنان، في حين لم تؤخذ بالحسبان متطلبات القطاع وما واجهه ويواجهه من حصار وحروب.

ومن الجدير الإشارة إلى النقص الذي لا تلتفت إليه الجهات الرسمية في أعداد أخصائي التغذية الموزعين على المشافي، رغم أهمية دورهم الحيوي والتكميلي لكافة أنواع العلاجات، ورغم تفرغ منظمة الصحة العالمية أخصائي تغذية لكل 100 سرير بالحد الأدنى¹⁴، لكن لم تطبقه المشافي الفلسطينية بعد، إضافة إلى النقص في أعداد مراقبي الصحة والبيئة الموزعين على مديريات الصحة.

وتتحمل وزارة التعليم العالي جزءًا من مسؤولية النقص والفجوة، إذ تقدم الجامعات والكليات الجامعية 41 تخصصًا في العلوم الصحية، حيث ينفذ منها لدرجة الماجستير 14 برنامجًا بالضفة و6 بالقطاع، وبرنامجان مشتركين فقط. أما لدرجة البكالوريوس، فينفذ 15 برنامجًا بالضفة و12 بالقطاع، وبينهما 9 برامج مشتركة¹⁵، مسجلةً تنوعًا لتخصصات البكالوريوس ومحدودية لتخصصات الماجستير، مع فجوة التوزيع ما بين تخصصات الضفة والقطاع كَمَا وَنوعًا.

¹⁴ محمد عبد المنعم شعيب، إدارة المستشفيات: منظور تطبيقي، دار النشر للجامعات، القاهرة، 2014.

¹⁵ الكتاب الإحصائي السنوي (2016/2017) لمؤسسات التعليم العالي الفلسطينية، وزارة التربية والتعليم العالي، 2017: bit.ly/3e3rGhl

وإلى جانب سبب النقص والفجوة في الشواغر والكوادر، تنضم أسباب أخرى تعزز التوجه إلى التحويلات الطبية إلى الخارج، منها نقص المستلزمات الطبية التشخيصية والعلاجية، والافتقار إلى مانحي الأعضاء، وتزعزع الثقة بالإمكانيات الطبية المحلية وبالأنظمة الحكومية، خاصة مع "ضعف نظم الرصد والتقييم والمحاسبة والمساءلة. ففي استطلاع رأي أجراه الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان) في العام 2016، حققت وزارة الصحة المرتبة الثانية من حيث أكثر الوزارات عرضة للفساد بنسبة 14% (17% بالصفة و9% بالقطاع).¹⁶ وتتجلى مظاهر ذلك ضمن المؤشر التالي.

العملية التنظيمية

برزت إشكاليات تنظيمية حالت دون تطور القطاع الصحي ضمن المحاور الآتية:

الإدارة: يظهر ضعف إداري بالقطاع الصحي الحكومي في كل من:

- تحديد وزارة الصحة لمبادئها العامة وأهدافها الساعية لتحقيقها عبر خطتها الإستراتيجية دون مراعاة خصوصية الحالة الفلسطينية، إذ لم تعالج انتهاكات الاحتلال التي تحول دون وصول الخدمات الصحية إلى أماكن يحاول عزلها، كالقدس الشرقية، ومناطق (ج)، وغزة المحاصرة.
- اعتبار مراكز الرعاية الحكومية جهات تنفيذية إجبارية للقرارات التي قد لا تتلاءم مع ظروف الواقع؛ ما يتطلب مشاركة الطاقم الميداني في صنع القرار، كمحاولة الوزارة تحويل المشافي الحكومية إلى مراكز حجر وعلاج لمرضى كورونا دون خلق بديل لحالات الأمراض المزمنة والطارئة.
- ضعف الالتزام بقانون اللوازم العامة وتعليماته وقانون الموازنة العامة.
- عدم القيام بصيانة وقائية دورية للأجهزة الطبية في بعض المشافي، ما يسبب تعطلها وعدم اكتشاف ذلك في الوقت المناسب، بالإضافة إلى وجود أجهزة تجاوز عمرها التشغيلي العمر الافتراضي المحدد لها بما يقارب الثلاثين عامًا.¹⁷

القطاعات غير الحكومية: تعد مشكلة النظام الصحي بنوية، إذ تبنت وزارة الصحة كافة الخدمات دون الشراكة الحقيقية بينها وبين مؤسسات المجتمع المدني الطبية، وحين لجأت إلى القطاع الأهلي والخاص لم

¹⁶ جسر الفجوات: العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان في الواقع الفلسطيني، الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)، 2017: bit.ly/3cP4dkm

¹⁷ التقرير السنوي للعام 2018، ديوان الرقابة المالية والإدارية: bit.ly/2Z0Egd2

تأت بأدوات النجاح. فرغم الاتفاقيات الموقعة بين كل من وزارة الصحة واتحاد المستشفيات (الأهلية والخاصة)، وما صدر عن وزارة الصحة من تصريحات مطمئنة بتكامل العمل بينها وبين اتحاد المستشفيات تجاه تطوير القطاع الصحي بكافة مكوناته، إلا أن الواقع مغاير، حيث برزت أصوات المؤسسات الطبية الخاصة والأهلية مطالبة بمستحققاتها المتراكمة على عاتق وزارة الصحة الناتجة عن شراء الأدوية والتحويلات، إذ كشف اتحاد موردي الأدوية والمستلزمات الطبية عن تراكمات مستحقة على وزارة الصحة بلغت 404 ملايين شيقل حتى مطلع أيلول/سبتمبر 2019، لا سيما بعدما بلغت نسبة التحويلات للقطاع الأهلي والخاص 95%¹⁸ وتعهدت الحكومة برفع نسبة التحويلات في آخر مذكرة تفاهم في آب/أغسطس 2020) مع مشفى المقاصد، على أن يقترض المشفى من البنوك المال اللازم لمواصلة عمله.

فتشير هذه النسبة العالية إلى احتمالات عدة: إما أن القطاع الخاص والأهلي يتمتع بحالة تطور مؤهلة لتقديم معظم الخدمات غير المتوفرة لدى القطاع الحكومي رغم حالة النقص والفجوة في المهارات و/أو يقدم القطاع الخاص والأهلي الخدمة بتكلفة أقل من القطاع الصحي لدى الاحتلال والدول الإقليمية، و/أو تتبع وزارة الصحة شكلاً من أشكال توطين الخدمة بصرف النظر عن التكلفة وباستثمار الجودة المتاحة، لكن نقص حصتها من الموازنة بالتزامن مع تراكم الديون منذ سنوات عدة مع سوء التوزيع قاد إلى التقاعس عن سداد ما عليها من مستحقات؛ مما خلق أزمة ثقة وفاقم من الفجوة وأثر سلبيًا على القطاع الأهلي والخاص، حيث سيفكر الأخير ملياً لإقراض القطاع الحكومي، وإن تعمقت الفجوة أكثر قد تُكثف التحويلات للخارج كما السابق، وما بين هذا وذاك قد ينهار القطاعان، ويُنتهك حق المواطن في الحصول على الخدمة.

التأمين: يعدّ التأمين الصحي وسيلة للإعفاء من دفع بعض أو كل تكلفة الرعاية الصحية في المؤسسات الحكومية مقابل رسوم اشتراك دورية، لكنه بات يؤثر سلبيًا على موازنة وزارة الصحة، إذ إن العائد من اشتراكات التأمين لا يغطي الطلب الذي يرجوه الأفراد لسوء استغلاله عبر المظاهر الآتية¹⁹:

- اضطرار الكثير إلى العلاج في المؤسسات والعيادات الطبية الخاصة غير المغطاة بالتأمين لعدم توفر الخدمة المطلوبة في المؤسسات الحكومية، وبالتالي ما يدفعه المواطن من رسوم دورية للتأمين ليس دائماً من حق الحكومة.

¹⁸ عوض الرجوب، أزمة السلطة تهدد توطين الخدمات الطبية بفلسطين، الجزيرة نت، 2019/10/20: bit.ly/2Z2leTB

¹⁹ جسر الفجوات: العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان في الواقع الفلسطيني، مصدر سابق.

- عدم حصول جميع مشتركي التأمين على الخدمات بكفاءة وجودة عالية دائمًا.
- تعرض حالات الأمراض المزمنة من الفقراء غير المشتركين بالتأمين إلى التأخير في تلقي العلاج بسبب إجراءات وزارة التنمية الاجتماعية لتأمينهم، ما يهدد حالتهم الصحية، خاصة مرضى الكلى.
- افتقار بطاقة التأمين لقائمة الخدمات المشمولة به والمعلومات التوضيحية حول حقوق حامله، ما يضعف من المطالبة بالحقوق في غياب الخدمة اللازمة، ويتيح الفرصة أحياناً لأي طرف متنفذ للاستفادة غير المشروعة.
- إضعاف القرارات الاستثنائية التي تعفي من رسوم التأمين، أو تأمين علاج خارج إطار الخدمات التي يقدمها التأمين من موازنة صندوق التأمين، الأمر الذي ينعكس سلباً على حقوق بقية المنتفعين.

الرقابة: تزيد الإجراءات الرقابية غير الكافية من فرصة حدوث الأخطاء الطبية، حينها يتم اللجوء إلى تشكيل لجان آنية للتحقيق في الحوادث والتي قليلاً ما تدين المذنب، فيما أظهرت الدراسات ارتفاع التكلفة المالية للأخطاء الطبية عالمياً، سواء في معالجة الآثار الطبية الناجمة عن الخطأ، أو في إعادة تأهيل المتضررين منها، أو في التبعات القانونية الناجمة عنها، والتعويضات المالية المترتبة عليها.²⁰

الدواء: يتعرض الحق في الدواء إلى الانتهاك، إذ تؤكد تقارير ديوان الرقابة المالية والإدارية السنوية عدم وجود آلية معتمدة وواضحة لتحديد احتياجات وزارة الصحة من الأدوية والمعتمدة على مدى توفر مخصصات مالية مرصودة لذلك، لا سيما عدم سعي الوزارة للحصول على استقلالية في استيراد الأدوية والبحث عن مصادر أخرى، إذ تبقى خياراتها بين ما هو مسجل من قائمة الأدوية التي يسمح الاحتلال باستيرادها وتوريدها، ما أدى إلى أزمة تراكمية امتدت للعام الحالي.²¹

الفساد: تنتشر الوساطة والمحسوبية في المؤسسات الصحية وفقاً لتقارير ديوان الرقابة وشبكة أمان ضمن أنماط عدة²²، ومنها:

- سوء إدارة الموارد البشرية من حيث تعيين أشخاص دون كفاءة، أو القفز عن أدوار من بانة كفاءتهم خلال الاختبارات، ومن أمثلة ذلك: حدوث ازدواجية مع طلبات المتقدمين من ذوي الاحتياجات

²⁰ المصدر السابق.

²¹ التقرير السنوي للعام 2017، ديوان الرقابة المالية والإدارية: bit.ly/38wYwX5

²² التقرير السنوي للعام 2018، ديوان الرقابة المالية والإدارية، مصدر سابق؛ وجسر الفجوات، مصدر سابق.

الخاصة لوظيفة بوزارة الصحة في العام 2017، حيث تم قبول بعض الطلبات دون وجود تقارير طبية توضح نسبة العجز، كما تم قبول بعض الطلبات بشرط إحضار التقارير الطبية الموضحة لنسبة العجز، في حين استبعدت بعض الطلبات لعدم وجود تقارير طبية موضحة لنسبة العجز، كما رُفض عدد من الطلبات المقدمة إلى الوظيفة دون مبررات واضحة. وكذلك الحال مع تعيين طبيب أسنان، فتم اختيار طببي الأسنان الأول والثالث للتعيين واستثناء صاحب الترتيب الثاني بلا سبب، كما تم اختيار أكثر من متقدم لشغل بعض الوظائف علمًا بأن الإعلان حدد شاغراً واحداً لكل وظيفة.

- انتشار الوساطة والمحسوبية في تلقي العديد من الخدمات الطبية والأدوية والعلاج بالخارج، والحصول على خدمات غير مدرجة في التأمين، لا سيما التعدي على دور الآخرين في الحصول على الخدمة، ما يضر بكافة المنتفعين.
- سوء استخدام الموقع العام من قبل بعض الكوادر الطبية لأغراض المنفعة الشخصية، واستخدام الموارد العامة بما يخدم المرضى القادرين على دفع رسوم العيادات الخاصة.
- تأجيل بعض العمليات الجراحية بإعطاء الدور لشخص آخر دون مسوغ طبي طارئ.
- الحصول على تقارير طبية مخالفة للواقع، كتقارير طبية وهمية لنيل رخصة مركبة، مما يهدد حياة المواطنين، أو لنيل إجازة، مما يضر بالمصلحة العامة.
- بناء علاقة بين بعض الأطباء ومزودي الخدمات من القطاع الخاص كشركات الأدوية والمختبرات ومراكز الأشعة، بحيث يحول الطبيب المرضى لمزود معين مقابل نسبة من الأرباح بغض النظر عن الجودة ودون التعرض لمساءلة.

ثالثاً: الصحة في غمار ثغرات التبعية

الصحة والاقتصاد

يعدّ القطاع الصحي مؤثراً ومتأثراً ضمن المعادلة الاقتصادية والنظام السياسي، فحينما تضطر السلطة إلى شراء الكثير من الخدمات الخارجية ستشكل عبئاً على الموازنة العامة. في المقابل، تؤثر الموازنة العامة على القطاع الصحي برخائها وشدتها، والشاهد على ذلك الأزمة المالية الناجمة عن وقف المساعدات عن وكالة الغوث (الأونروا)، واقتطاع الاحتلال لجزء كبير من أموال المقاصة، الأمر الذي قاد إلى تراجع الإيرادات في

العام 2019 مع تراجع إيرادات المقاصة إلى 7.8 مليار شيقل نزولاً من 8.1 مليار شيقل في العام 2018²³، ما فاقم من الحالة الاقتصادية المتردية، وما أكد أيضًا تبعية الاقتصاد الصحي للاحتلال وفق ما خطه بروتوكول باريس الاقتصادي.

بلغت الموازنة العامة للعام 2018 نحو 5.8 مليار دولار، وبلغت حصة القطاع الصحي منها حوالي مليار و767 مليون شيقل، أي ما نسبته 10.8% فقط، في حين بلغت حصة الأمن 21% وهي الأعلى²⁴، ما يشير إلى خمسة دلائل: سوء إدارة وتوزيع لا ينبني على الأولوية، وبنية حكومية غير مستقرة تتطلب تكثيف الأمن لحفظها، واعتبار الإنفاق الصحي استهلاكًا وليس استثمارًا، وتطبيق النظريات الليبرالية الحديثة التي تعدّ الصحة سلعة؛ وتشكل فجوة كبيرة ما بين الموازنة المقدرة للصحة وبين احتياجاتها من رواتب ونفقات وسداد ديون، ما يقود إلى تضخم العجز الإجمالي العام الذي بلغ في العام 2018 مبلغ 4,584 مليون شيقل²⁵، فتوقعت وزارة الصحة "فجوة تمويلية في النفقات التشغيلية والرأسمالية تبدأ من 347 مليون شيقل في العام 2017 لتصل إلى 492 مليون شيقل في العام 2022 إن لم يتم اتخاذ سياسات مالية من قبل وزارة المالية لإغلاق الفجوة التمويلية في النفقات التشغيلية والرأسمالية"²⁶.

وأكد ذلك مدير عام الشؤون المالية في وزارة الصحة، فاعتبر النفقات التشغيلية غير كافية، حيث توجد فجوة بينها وبين المغلفات المالية (المبالغ المرصودة لتنفيذ الخطط والبرامج والأنشطة الواردة في الخطة الإستراتيجية الوطنية (2017-2022)). وبمراجعة الإستراتيجية يظهر وجود فجوة تمويلية ما بين الأسقف المالية المخصصة لوزارة الصحة من قبل وزارة المالية والتخطيط، وما بين الاحتياج الفعلي تبعًا للخطة²⁷. كما استحوذت الرواتب على النسبة الأكبر من النفقات الجارية للقطاع الصحي التي بلغت 48%، في المقابل ازدادت النفقات الرأسمالية والتشغيلية لتكون نسبتها 9%، وذلك لتزايد تكلفة الرعاية الصحية، كما هو الحال مع نفقات الأدوية والمستهلكات الطبية التي وصلت إلى 18%. أما شراء الخدمة من الخارج فبلغت ما نسبته 25% من النفقات، وساهم هذا البند بنسبة عالية في تشكيل موازنة المتأخرات البالغة حوالي 840

²³ عجز ميزانية فلسطين العامة عند 2.47 مليار شيقل في 2019، موقع الاقتصادي، 2020/1/30: bit.ly/2AEtAXL

²⁴ عبد العزيز الصالحي، حول سياسات وزارة الصحة الفلسطينية: مراجعة في الموازنة والتحويلات الطبية ونقص الأدوية، مرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية،

2019: bit.ly/2Xcj4ib

²⁵ موازنة المواطن للسنة المالية 2018، وزارة المالية والتخطيط، 2018: bit.ly/2zgAiCW

²⁶ الإستراتيجية الصحية الوطنية (2017-2022)، وزارة الصحة الفلسطينية: bit.ly/2TgnRxZ

²⁷ عبد العزيز الصالحي، حول سياسات وزارة الصحة، مصدر سابق.

مليون شيقل التي تخص الديون المدورة من العام 2017 وما قبل، حيث وصل إلى 56%، فيما شكلت الأدوية والمستهلكات الطبية ما نسبته 40%. أما بند النفقات الرأسمالية والتشغيلية الأخرى فقد شكل نسبة 5%²⁸، حيث يستنزف ذلك الموازنة على

حساب النفقات المحلية، وذلك بسبب النقص والفجوة في المهارات والكوادر والشواغر، والحاجة إلى كميات كبيرة من الأدوية، و/أو سوء تنظيم في عملية التوريد، و/أو سوء توزيع على المحتاجين، أو فساد مالي ناجم عن تقاطع مصالح، وسط غياب سياسة واضحة لتوطين الخدمة وضعف الإنتاج الدوائي المحلي.

وبالإشارة إلى شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة، كالمشافي الأهلية والخاصة بالصفة والقطاع، أو مشافي الاحتلال، أو المشافي الإقليمية؛ تشير البيانات إلى أن الأورام أكثر الأمراض التي يتم تحويلها، سواء من حيث العدد أو التكلفة، وفيما يلي توضيح لأعداد وتكلفة التحويلات:²⁹

2016	2017	2018	
91.927	94.939	109.808	عدد التحويلات
4.9%	3.3%	15.7%	نسبة الزيادة عن العام السابق
566.720.980	431.074.755	724.622.913	التكلفة (شيقل)
1.04%	23.9%	68.1%	نسبة الزيادة عن العام السابق

تظهر الأرقام في الجدول أعلاه سلوكًا موجيًا لتكلفة التحويلات، ما بين تصاعد وتراجع، إلا أن أعدادها في زيادة؛ ما يثقل كاهل الموازنة الصحية، وهذا يتناقض مع إستراتيجية الترشيح التي تتبناها الوزارة، ولا يعكس توجهها نحو توطين الخدمة خاصة مع تراكم الديون لصالح القطاع الخاص.

²⁸ التقرير الصحي السنوي (فلسطين 2018)، مصدر سابق.

²⁹ التقرير الصحي السنوي (فلسطين 2016)، وزارة الصحة الفلسطينية، تموز/يوليو 2017: bit.ly/2C4omW6

أما فيما يتعلق بالإيرادات العامة لوزارة الصحة، فتوزعت وفق الجدول التالي الذي يشير إلى تناقص العائد من نظام التأمين الصحي الذي ما زال يحتل المرتبة الثانية، حيث من المفترض أن يحتل الأولى، ما يعيق تطور سلة الخدمات المدرجة في إطار التأمين، فيزيد من معضلة تلقي المواطن خدمات صحية جيدة.

المراكز الإدارية	المشافي الحكومية	التأمين	الرعاية الصحية الأولية	إيرادات عامة (شيقل)	
%1.9	%23.3	%33.3	%41.5	144.790.720	2017
%6.6	%16.5	%26.6	%50.3	218.624.185	2018

الصحة والاحتلال

يعيش القطاع الصحي الفلسطيني حالة استثنائية وسط سياسات الاحتلال المهددة بالمخاطر على صحة الإنسان والبيئة، المتمثلة بأساليبه الممنهجة نحو الإفقار، وتقييد تدفق الأغذية والأدوية، وعرقلة تطبيق الإجراءات الصحية في كافة المناطق الفلسطينية. فتواجه غزة حصارًا إنسانيًا منذ 14 عامًا، علمًا أن الحصار يعدّ عقابًا جماعيًا محرّمًا دوليًا، ونجم عنه تردّد للأوضاع الصحية الاقتصادية، وتقويض للظروف المعيشية، من خلال القيود المفروضة على حركة المواطنين والبضائع، إضافة إلى العجز المزمن في التغذية الكهربائية وإمدادات الوقود، التي خلفت آثارًا وخيمة على المرافق الصحية وشبكات الصرف الصحي.

ويضاف إلى ذلك، النقص والفجوة في الكوادر والشواغر الطبية بسبب حرمان أبناء القطاع من الالتحاق بالمؤسسات الأكاديمية والمهنية في الضفة وإعاقة استقطاب المؤهلين؛ ما يقود إلى طلب التحويلات الطبية الخارجية التي يعرقلها الاحتلال، مسببًا فاجعة بالرفض أو التأجيل.

وفي هذا السياق، تقول مي كيعة، وزيرة الصحة، إن الاحتلال رفض منح تصاريح لتنقل 40% من المرضى المحولين من غزة للعلاج بالضفة وأراضي الداخل خلال العامين الماضيين³⁰، أما من حصلوا على التصاريح فمُنع ذويهم من مرافقتهم، ما اضطرهم إلى اصطحاب كبار سن فيتحملون عبئًا أكبر.

³⁰ الاحتلال يرفض سفر 40% من مرضى غزة المحولين، صحيفة الحدث، 2019/7/11: bit.ly/2ZiqZnt

أما الضفة الغربية، فتسجل اعتداءات الاحتلال المستمرة لفظيًا وجسديًا بحق المسعفين والطواقم الطبية وعرقلة تحركاتهم خرقًا لاتفاقية جنيف الرابعة التي كفلت حماية الطواقم الطبية، إضافة إلى اعتقال الجرحى من داخل سيارات الإسعاف، ومنع تقديم العلاج لهم، بل وضربهم، وتقييد سكان مناطق (ج) من الوصول إلى الخدمات الصحية بسبب اعتداءات المستوطنين والحواجز الإسرائيلية، لا سيما حجب القدس عن تبادل الرعاية الصحية بين المحافظات، ومنع سكانها من الانضمام لمشروع التأمين الصحي بالضفة، وإعاقة التنمية والتوسع في مباني مشافيها لأسباب سياسية، وتقييد تحديث التجهيزات الطبية بالتقنيات المتطورة كالطب النووي.

كما تعاني جميع المناطق من الآثار قصيرة وبعيدة المدى لأسلحة الاحتلال المستخدمة للقتل وللقمع، فعلى سبيل المثال، يتسبب التعرض المكثف للغاز المسيل للدموع بمضاعفات كالإجهاد وزيادة احتمالية الإصابة بالسرطان والوفاة وفقًا للدراسات.³¹

ويضاف إلى ذلك مخاطر المفاعلات النووية، كمفاعل ديمونا وتأثيره الإشعاعي على المناطق الفلسطينية الجنوبية، ورغم هذه الخصوصية التي تتطلب الاهتمام والدراسة والمعالجة، إلا أن تقارير وزارة الصحة السنوية الأخيرة المنشورة لم تتطرق إلى بيانات حول الإصابات الناجمة عن اعتداءات الاحتلال، سواء أكان من الرصاص، أو قنابل الغاز، أو المخلفات، أو أسلحة كيميائية أو إشعاعية، وما نتج عنها من آثار بيولوجية، علمًا أن حالات الإصابة بالسرطان في تزايد.

البدايل المقترحة

البديل الأول: إصلاح الجذور التنظيمية للقطاع الصحي تجاه تحقيق الأهداف الإنمائية الصحية

ويخدم هذا البديل كل من:

- تعديل القانون الأساسي الفلسطيني ليشمل مواد مباشرة مستقلة ذات علاقة بالصحة، لتكون إلزامية تحدد حقوق وواجبات ومسؤوليات كافة الأطراف، وإعادة النظر في قانون الصحة العامة ليواكب مستجدات الاتفاقيات الدولية والظروف الفلسطينية.

³¹ About Tear Gas, War Resisters League: bit.ly/2ymp5R6

- بناء هيكلية جديدة لوزارة الصحة تتضمن أربعة مستويات متداخلة ومتزامنة، لكل منها ذراع تشريعي وذراع تنفيذي بكافة الطاقات المادية والبشرية الإدارية والميدانية، على أن يتخصص المستوى الأول بالتعامل مع الأحداث الطارئة، ويعالج الثاني الأحداث اليومية الروتينية، ويتخصص الثالث بالتطوير والاستشراف، فيما يقيم الرابع المستويات الثلاثة عن بعد.
- مراجعة خطة وزارة الصحة الإستراتيجية للأعوام (2017-2022) لجعلها أكثر انسجامًا مع الواقع الفلسطيني ومستجداته، بحيث توزع الأولوية ما بين سداد الديون والأعمال التطويرية قريبة وبعيدة المدى.
- تجسير العمل التكاملي بين مؤسسات القطاع الصحي الحكومي وغير الحكومي من جهة، وبين المؤسسات الصحية وغير الصحية من جهة أخرى، انطلاقًا من مساهمة بقية المؤسسات بلورة الصحة المجتمعية، كالقطاع الأكاديمي والزراعي والصناعي.
- رفع الجاهزية المسبقة للحالات الطارئة عبر إعداد خطط تواجه كل المتغيرات من الأكثر إلى الأقل احتمالًا، كإنشاء مراكز عزل مجهزة خاصة للحالات الوبائية، وتحديد آلية لفصل مشافي الأمراض الخطرة كالسرطان وعيادات الكلى خلال انتشار الأوبئة، وتحضير مراكز مؤهلة لعلاج مصابي الحروب. ويدعم ذلك استثمار خريجي التخصصات الصحية العاطلين عن العمل بتدريبهم، لفيكونوا مؤهلين للخدمة خلال الطوارئ.
- استعادة مناعة النزاهة في إدارة القطاع الصحي عبر الشفافية بالتوظيف، والتحويلات، وتطبيق القوانين الواقية من وقوع الأخطاء المهنية، بما فيها الطبية، والداعية للمحاسبة عند وقوعها، بما يضمن العدالة بين المدين والمدان، إضافة إلى تفعيل الرقابة على السلوكيات من رأس الهرم إلى قاعدته، والتحقق الجدي بالشكاوي المتعلقة بانتهاك الحق في الصحة لضمان العدالة والجودة واستعادة ثقة المواطن.
- اعتماد مشروع توسيع التأمين الإجباري الشامل وإعفاء غير المقتدرين بالتعاون مع وزارة الشؤون الاجتماعية، وتوسيع سلة الخدمات المغطاة بالتأمين وإعلام المؤمنين عنها.
- التوطين الفعلي للخدمة الصحية عبر دعم تطوير المنتج الدوائي المحلي والاعتماد عليه، ودعم المؤسسات الأكاديمية ومراكز البحوث العلمية، بما يرفع من مستوى الكوادر، ويسد النقص فترتفع نسبة التحويلات إلى المؤسسات الوطنية.
- تخصيص وحدة في وزارة الصحة لمتابعة ظروف غزة وآليات التخفيف من آثار حصارها.

- تطوير نظام إدارة الموارد البشرية الصحية، واتباع عملية تقييم وتقويم الأداء باستمرار لمعالجة أوجه القصور وتقليل الانحرافات.
- إعادة توزيع الرواتب والأجور بما يحقق العدالة ويحسن الأداء، لا سيما التحفيز لتقديم الأفضل عبر المسابقات والمنح والتدريبات التطويرية من أجل ضبط هجرة الطاقات.

البديل الثاني: تطوير البنية التحتية الأكاديمية والمهنية تجاه إنتاج واعين صحيين وكوادر طبية محترفة

ويخدم هذا البديل كل من:

- اتباع نهج "المدرسة ككل" بالمدارس، الذي يتجاوز التعلم والتعليم داخل الصف، ليشمل جميع جوانب حياة المدرسة، ومنها تعزيز الصحة³²، وإعادة النظر في هيكلية النظام الزمني للدوام المدرسي ليشمل تنفيذ التوعية الصحية المنهجية وغير المنهجية.
- رفع موازنة الإدارة العامة للصحة المدرسية التطويرية ورفدها بالمشاريع الممولة ذات التأثير المستمر، وسد حاجة المدارس من موظفي الصحة المدرسية الميدانيين، إلى جانب طرح الإدارة العامة للأبنية المدرسية ضمن خططها إنشاء عيادة صحية مجهزة لكل مدرسة إن أمكن بما يتناسب مع معايير الصحة المدرسية.
- تضمين المواضيع البيولوجية والبيئية التوعوية وآليات الوقاية والإسعاف الأولي لكافة المتغيرات المرضية والعسكرية والكوارث البيئية في المناهج.
- ربط القبول بالتخصصات الطبية بمتطلبات السوق وتشديد شروطه برفقة ضبط التعليم الموازي، بما يضمن عدم تدني جودة الخريجين.
- إدراج الصحة العامة ضمن المساقات الإلزامية بالخطط الدراسية كافة في الجامعات والكليات الجامعية لاستمرار التثقيف الصحي ضمن معادلة الصحة الوطنية، وتعليم طلبة التخصصات الطبية المهارات

³² Achieving Health Promoting Schools, International Union for Health Promotion and Education (IUHPE): bit.ly/2LKM3EK

- الحياتية واللغوية والإدارية، إلى جانب المهارات الفنية والتقنية المتعلقة بالتخصص، وإقرار مادة توعوية في جميع الكليات الطبية والصحية حول مواطن الفساد المحتمل وقوعه في القطاع الصحي.
- تأهيل كليات الدراسات العليا لاعتماد تخصصات طبية دقيقة وتوجيه الطلبة للالتحاق بها، بصحبة تطوير مراكز الأبحاث البيولوجية والجيولوجية التابعة للجامعات بالموارد والمعدات.
- تمديد فترة التدريب العملي الجامعي بالتزامن مع التطور التقني في سوق العمل، واعتماد عام امتياز واختبار كفاءته بدلاً من الاقتصار على الامتحان الكتابي لمزاولة المهن الصحية المساندة.
- طرح برنامج وطني شامل لتطوير إمكانات الجامعات والكليات الجامعية بغزة كمنحها الموارد اللازمة، وتفعيل الشراكة والتشبيك مع جامعات الضفة لتبادل المعارف والخبرات ومحاولة سد الفجوات، وتقييم الدارسين والمدرسين والخطط الدراسية ومقارنتها مع تطورات السوق بشكل دوري للارتقاء بجودة الخريجين وتلبية الحاجات.
- تنظيم ملتقيات ومؤتمرات صحية وطنية ودولية دورية تناقش أحدث الأوراق العلمية وتستثمر العاطلين عن العمل لتطوير العملية البحثية، وعقد تدريبات دورية للخريجين وابتعاث المتميزين عبر برامج التبادل مع الجامعات الخارجية لاكتساب المهارات وزيادة فرص الاحتكاك بذوي الخبرة.
- تطوير المرافق الصحية عبر بناء وتوسعة المشافي وأقسامها، وزيادة سعتها من الأسرة وتوزيعها بعدالة بين المناطق وفق التوزيع السكاني، ودعم انتشار وتطوير مصانع أدوية ومستلزمات طبية وطنية، وتحديث الأبنية والأجهزة الطبية لمواكبة التقدم العلمي والتقني، ودعم المنشآت الصحية لتطبيق معايير الأنظمة العالمية: نظام تحليل المخاطر ونقاط التحكم الحرجة (HACCP)، ونظام إدارة الجودة (ISO)، ونظام ممارسات التصنيع الجيد (GMP)، إضافة إلى زيادة أعداد المختبرات المتقدمة.
- سد الاحتياجات المستقبلية المحددة بناء على المؤشرات التي تستخدمها منظمة الصحة العالمية، وبناء على الإستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة للفترة (2017-2022) ومنها: اعتماد زيادة معدل الأطباء البشريين من 21.7 في العام 2015 إلى 25 لكل عشرة آلاف مواطن بحلول العام 2022، وبذات النحو: زيادة عدد الممرضين من 20.1 إلى 24، وزيادة عدد القابلات من 2.2 إلى 3، وزيادة عدد الصيادلة من 9.7 إلى 11، وزيادة عدد أطباء الأسنان من 5.7 إلى 7، ومنح الأولوية لغزة بالوصول إلى الأرقام المستهدفة، إضافة إلى رفع نسبة أخصائي التغذية لكل سرير، وفتح شواغر لمهندسي الأجهزة الطبية ومراقبي الصحة والبيئة.

- تعزيز الخدمات الصحية عبر تطوير برامج إدارة الأمراض غير السارية والكشف المبكر عنها، وتمكين الطب الوقائي، لا سيما نشر التثقيف الصحي المؤسسي والإعلامي ليشمل كافة فئات المجتمع، وتخفيض أسعار الخدمات الصحية ضمن التغطية الصحية الشاملة.
- المواكبة التقنية عبر تطوير الأنظمة المحوسبة لتيسير تقديم الخدمة في أقل وقت ممكن، وعقد شركات ما بين القطاع الصحي والمنشآت التكنولوجية لتزويد القطاع بأجهزة وتحديثات تقلل من الاعتماد على الطاقات البشرية خلال انتشار الأوبئة.
- إعادة تأهيل مستودعات الأدوية ومتابعتها المستمرة، إلى جانب تشديد الرقابة على عطاءات الأدوية، وتيسير عمليات توريدها بما يضمن التطابق مع المواصفات من حيث المصدر، والصلاحية، والجودة، والتسعيرة ... إلخ، لتصل في الوقت المحدد.

البديل الثالث: مواءمة الاقتصاد الصحي مع الصمود السياسي

ويخدم هذا البديل كل من:

- استقطاب المنظمات الدولية والدول المانحة لدعم استدامة تطوير القطاع الصحي.
- استثمار الإيرادات والمنح عبر إعادة توزيع موازنة وزارة الصحة بما يضمن رفق كل من بنودها وفق احتياجه، وعلى رأسها سداد الفواتير المتركمة.
- إنشاء صندوق تنموي لتمويل القطاع الصحي من الحكومة والقطاع الخاص والمؤسسات الأهلية، ويكون مراقبًا عبر لجنة مشكلة من كافة القطاعات.
- رفع حصة القطاع الصحي من الموازنة العامة والتوزيع العادل لنفقاته.
- تجنب التجاذبات السياسية الداخلية، بل التمهيد للوحدة من خلال المبادرة بوحدة صحية تخدم كافة القطاعات الصحية بالصفة والقطاع.
- ابتكار سبل التحرر من ارتباط الاقتصاد الصحي باقتصاد الاحتلال تدريجيًا.
- توظيف الدبلوماسية الرقمية الصحية في مواجهة الاحتلال عبر رصد وتوثيق اعتداءاته، وتزويد العالم بها، إلى جانب الاستمرار في مطالبة المجتمع الدولي باتخاذ العقوبات ضده لإمعانه في انتهاك القوانين والأعراف الدولية.
- إنشاء وحدة خاصة لإجراء البحوث الطبية العسكرية للتمكن من علاج آثار أسلحة الاحتلال.

ترى الورقة أن البدائل الثلاثة تشكل في مجملها أعمدة للقطاع الصحي، وتلقي بظلالها على مسارات تحقيق أهدافها بسلوك تكاملي ينهض بالصحة الفردية والمجتمعية، ويعزز ثقة المواطن بالقطاعات الصحية وخدماتها العادلة ومساعيها للتطور؛ ما يخلق لديه وازعًا ذاتيًا بصون صحته وصحة الآخرين دون الحاجة إلى تدخلات مكلفة نحو ضبط ذلك.