

الصحة



الإصلاح الرشيد في وجه الضغوطات: الإصلاحات المالية الصحية وترشيد النفقات الصحية للقطاع العام

التحديات الرئيسية التي تواجه قطاع الصحة

• **ظروف الصراع وسياسات الإغلاق** - لقد كان للصراع الذي نشأ مؤخراً بين إسرائيل وحكومة حماس في غزة إلى جانب السياسات الأمنية الإسرائيلية المستمرة في الضفة الغربية أثراً سلبياً كبيراً على الصحة العامة والحصول على الخدمات الصحية الأساسية. فقد أودى الصراع الذي نشأ في شهر كانون الأول ٢٠٠٨ واستمر حتى كانون الثاني ٢٠٠٩ بحياة المئات وأدى إلى إصابة الآلاف، بالإضافة إلى تقويض وإضعاف قطاعات الماء والصحة والكهرباء، التي هي ضعيفة بالأصل، في قطاع غزة. وقد كانت الإمدادات الصحية شحيحة جداً وغالبا ما كانت المرافق الصحية عاجزة عن معالجة الأمراض خلال الأزمة. وحالت أيضاً نقاط التفشي المنتشرة في الضفة الغربية بشكل مستمر دون الحصول على الخدمات الصحية.

• **إطار مؤسسي مقسم** - إن إدارة القطاع الصحي مقسمة بين مؤسستين مفوضتين في الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد أدى الانقسام الحاصل بين السلطة الوطنية الفلسطينية وحماس إلى وجود وزارتي صحة وتقسيم عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالقضايا التشغيلية وتخطيط الاستثمار والإصلاحات الحكومية في قطاع الصحة.

• **تمويل صحي غير قابل للتنبؤ واعتماد على الجهات المانحة** - إن عدم قابلية التنبؤ بإيرادات موازنة وزارة الصحة يحول دون الاستثمار متوسط الأجل وتخطيط النفقات المتكررة. ونتيجة للانكماش المالي الذي شهدته السنوات الأخيرة، فقد ركزت أولوية النفقات على تغطية فاتورة الرواتب وجزء من النفقات المتكررة بدعم متذبذب من الجهات المانحة لسد العجز. وعلى الأرجح أن تستمر هذه الحالة من عدم القدرة على التنبؤ على المدى القصير إلى المدى المتوسط.

• **كفاءة النفقات الصحية للقطاع العام** - تضمن كفاءة النفقات الصحية للقطاع العام منح اهتمام مستمر من قبل وزارتي المالية والصحة. فقد تضاعفت النفقات المتكررة لوزارة الصحة على الرواتب خلال الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٥ (من ٤٨ مليون إلى ٨٣ مليون دولار أمريكي) وارتفعت نفقات القطاع العام على تحويل الحالات المرضية للمعالجة في الخارج عشرة أضعاف خلال نفس الفترة (من ٦ ملايين إلى ٦٠ مليون دولار أمريكي) مع الأخذ بعين الاعتبار نفقات لجنة المساعدات الإنسانية التابعة لمكتب الرئيس.

يقف تمويل الخدمات الصحية في القطاع العام أمام مفترق طرق خطير في الضفة الغربية وقطاع غزة. فلقد أحدثت حالة الطوارئ في المناطق الفلسطينية منذ العام ٢٠٠٠ اختلالات كبيرة ومتقطعة في تمويل الخدمات الصحية في القطاع العام. وبينما انكمش النمو الاقتصادي والإيرادات المالية خلال الفترة التي تلت عام ٢٠٠٠ بسبب عمليات الإغلاق الاقتصادية المستمرة التي فرضتها إسرائيل، فقد ارتفعت النفقات الصحية في القطاع العام، خاصة بين عامي ٢٠٠٣ - ٢٠٠٥. وقد نجم هذا الارتفاع في النفقات بسبب زيادة وظائف وزارة الصحة وارتفاع مستوى متوسط الرواتب والإنفاق الكبير على المستحضرات الصيدلانية وتحويل الحالات المرضية المتخصصة للمعالجة لدى جهات خاصة وخارجية. فقد ازدادت نفقات وزارة الصحة وحدها من ٩٥ مليون إلى ١٥٧ مليون دولار أمريكي خلال الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠٠٥، وهي زيادة نسبتها ٦٢٪. ومن النفقات الأخرى في القطاع العام نفقات لجنة المساعدات الإنسانية التابعة لمكتب الرئيس. ويعزى جزء من اختلال التوازن المالي أيضاً إلى قرارات السياسة المتعلقة بتصميم برنامج التأمين الصحي الحكومي. فمنذ تأسيسه كبرنامج إضافي مدر للإيرادات لصالح وزارة الصحة، كان هناك فجوة مالية كبيرة بين إيرادات التأمين وتكلفة المنافع التي يقدمها برنامج التأمين الصحي الحكومي. وقد نما هذا الاختلال المالي مع تبني برنامج الأقصى "الحري"، وهو برنامج تأمين تطوعي وضعته السلطة الفلسطينية بعد بداية الانتفاضة الثانية بهدف تحسين الظروف الاجتماعية للعاطلين عن العمل.

إن تقرير السياسة الصحية للبنك الدولي بعنوان "الإصلاح الرشيد في وجه الضغوطات: الإصلاحات المالية الصحية وترشيد النفقات الصحية للقطاع العام" يتناول ويحلل مسائل السياسة هذه المتعلقة بالتمويل الصحي مع التركيز على التقدم بتوصيات لإجراء إصلاحات متوسطة الأجل. ويعتمد التقرير على عمل تحليلي سابق أجراه البنك الدولي حول قطاع الصحة الفلسطيني كما أنه يتماشى مع الأهداف الاستراتيجية لخطة الإصلاح والتنمية الفلسطينية والخطة الصحية الاستراتيجية الوطنية لوزارة الصحة للسنوات ٢٠٠٨-٢٠١٠. وفيما يلي أدناه ملخص بالقضايا والرسائل الرئيسية التي سلط التقرير الضوء عليها. يبدأ الملخص بلمحة عامة عن التحديات الرئيسية التي تواجه قطاع الصحة، ثم يتناول المسائل الرئيسية المتعلقة بإصلاحات التأمين الصحي وإصلاحات الإدارة المالية، وإصلاحات إدارة الموارد البشرية في وزارة الصحة، واستراتيجيات احتواء التكاليف الدوائية، ونفقات القطاع العام على خدمات الرعاية الصحية المتخصصة.

إصلاحات التأمين الصحي

قامت السلطة الوطنية الفلسطينية ووزارة الصحة باتخاذ تدابير تصحيحية للبدء في معالجة الاختلالات المالية ونقاط الضعف الإدارية لبرنامج التأمين الصحي الحكومي. وتم اتخاذ قرارات على مستوى عالي لتوحيد عملية اتخاذ القرار التي تحكم عملية تحويل المرضى المؤمنين إلى الخارج بموجب سلطة وزارة الصحة ودمج التأمين ووحدات التحويل الخارجي ضمن مديرية إدارية واحدة في وزارة الصحة. كما تم اتخاذ قرارات أخرى لتقليل حجم تحويل الحالات المرضية للمعالجة في الخارج ووضع معايير صارمة للتحويل الخارجي بشكل عام. وإلى جانب الخيارات قصيرة الأجل، تفكر السلطة الوطنية الفلسطينية حالياً بإنشاء هيئة تأمين صحي وطنية مستقلة برئاسة وزارة الصحة. ويشير هذا التوجه السياسي إلى نية السلطة الوطنية الفلسطينية اتخاذ ترتيبات تمويل صحية نحو تحقيق تغطية شاملة من خلال تأمين صحي اجتماعي.

يبحث تقرير البنك المتطلبات الأساسية والعوامل المساعدة لنظام تأمين صحي اجتماعي فعال يقوم على دروس مستفادة من الخبرات الدولية. ويراجع التقرير أيضاً مسودة التشريع السابق التي أعدتها وزارة الصحة لإنشاء هيئة تأمين صحي مستقلة ويورد توصيات لتحسين التشريع. ويتم في التقرير بحث ثلاث خيارات متوسطة إلى طويلة الأجل فيما يخص إصلاح التمويل الصحي بما في ذلك الخيار الذي تعكف وزارة الصحة على دراسته حالياً.

أما خيارات الإصلاح الثلاثة فهي:

١. دمج وزارة الصحة كخدمة صحية وطنية متكاملة توفر الموارد وتقديم الخدمات.
٢. الحفاظ على وزارة الصحة كجهة تمويل رئيسية- لكن مع استحداث إصلاحات شرائية أوسع تشمل التعاقد مع منظمات غير حكومية ومزودين من القطاع الخاص.
٣. التحرك باتجاه إنشاء نظام تأمين صحي اجتماعي يقوم على أساس مساهمات إلزامية تديره وكالة تأمين صحي وطنية مستقلة.

• **حماية مالية غير كافية من المرض - إن حوالي ٤٠٪ من إجمالي النفقات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة هي على شكل نفقات عائلية نثرية.** ففي عام ٢٠٠٤، أنفقت الأسر ذات الدخل المتدني ما يقدر بنسبة ٤٠٪ من دخلها الشهري على الخدمات الصحية بينما أنفقت الأسر ذات الدخل المرتفع حوالي ١٥٪. وعندما تكون الدفعات مأساوية وتتجاوز نسبة ٤٠٪ من دخل الأسرة، تغرق الأسر في الفقر. وما بين الأعوام ١٩٩٨ و ٢٠٠٦-٢٠٠٧، ارتفعت وبشكل ملحوظ نسبة الأسر التي تسدد دفعات صحية كبيرة كما ازدادت "حدة" فجوة الفقر المنسوبة إلى الدفعات الصحية (الحد الذي تقع فيه الأسرة تحت خط الفقر بسبب الدفعات الصحية).

• **القيود المفروضة على القدرة الإدارية لوزارة الصحة - تعاني وزارة الصحة من الكثير من القيود المفروضة على قدرتها والتي تؤثر على فاعليتها المؤسسية.** فقد أدت الضغوط المالية الأخيرة التي نجم عنها تأخير في دفع الرواتب، لفترة تراوحت من ست إلى تسع شهور، إلى إضعاف قدرة الوزارة على تحفيز الموظفين واستقطاب موظفين جدد من ذوي الأداء العالي. وتؤثر بيئة الحوافز الضعيفة هذه على الوظائف الإدارية في وزارة الصحة بدءاً من شراء المستلزمات الطبية والأدوية ومعالجة مطالبات المستشفيات إلى إدارة الملتحقين ببرنامج التأمين الصحي الحكومي.

• **العبء المتزايد للأمراض المزمنة - تشكل الأمراض المزمنة والإصابات جزءاً كبيراً على نحو متزايد من عبء الأمراض في الضفة الغربية وقطاع غزة.** فأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وداء السكري هي من بين الأسباب الرئيسية لوفيات وأمراض الشباب في صفوف الفلسطينيين. فقد تسببت أمراض القلب في عام ٢٠٠٤ في أعلى نسبة وفيات بين الشباب حيث بلغ معدل الوفيات ٦٠,٥ لكل ١٠٠,٠٠٠ ذكر و ٤٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ أنثى.



يلخص الجدول أدناه خصائص وحسنات ومساوئ كل خيار من خيارات الإصلاح:

الجدول ١: وصف ملخص لخصائص وحسنات ومساوئ الخيارات

المساوئ	الحسنات	الخصائص	خيارات السياسة
<ul style="list-style-type: none"> - صعوبة إصلاح عملية الموازنة واستحداث دفعات أداء. - خدمات تقتصر على مرافق وزارة الصحة 	<ul style="list-style-type: none"> - سهولة التنفيذ - توفير فرصة وصول شاملة إلى الخدمات الصحية 	<p>تعبئة الموارد:</p> <p>إيرادات ضريبية عامة بشكل رئيسي</p> <p>إدارة المبالغ:</p> <p>وزارة الصحة</p> <p>المشتريات:</p> <p>إصلاح محتمل في عملية الموازنة الداخلية، بما في ذلك استحداث موازنة عالمية ودفعات تعتمد على الأداء داخل وزارة الصحة</p>	<p>خيار السياسة ١:</p> <p>دمج وزارة الصحة كخدمة صحية وطنية متكاملة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - خبرات وقدرات فنية مطلوبة لإدارة العقود 	<ul style="list-style-type: none"> - توفير فرصة وصول شاملة إلى الخدمات الصحية - مزيد من الأدوات لتقديم مشتريات استراتيجية - توسيع خيار المزودين أمام المرضى (منظمات غير حكومية، قطاع خاص). 	<p>تعبئة الموارد:</p> <p>إيرادات ضريبية عامة بشكل رئيسي تكملها دفعات مشتركة ورسوم أخرى</p> <p>إدارة المبالغ:</p> <p>وزارة الصحة</p> <p>المشتريات:</p> <p>التعاقد مع مزودين، طرق دفع بديلة.</p>	<p>خيار السياسة ٢:</p> <p>الحفاظ على وزارة الصحة كجهة تمويل رئيسية لكن مع تعزيز قدرتها الشرائية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - صعوبة توسيع التغطية إذا كان الاقتصاد ضعيفاً والقطاع غير الرسمي كبيراً. - مشاكل وصول محتملة للأعضاء غير المساهمين. - زيادة الإجراءات غير الرسمية في حال ارتفاع معدلات المساهمة. - إمكانية أن يصبح تضخم التكلفة مشكلة في حال ضعف القوة الشرائية. 	<ul style="list-style-type: none"> - إنشاء هيئة تمويل مستقلة ذات مسؤوليات محددة بصورة أفضل. - مكاسب محتملة من خلال مشتريات أفضل. - توسيع خيار المزودين أمام المرضى. 	<p>تعبئة المصادر:</p> <p>نظام مساهمات (ضريبة رواتب، رسوم، دفعات مشتركة) مع إيرادات عامة لمعونات مستهدفة.</p> <p>إدارة المبالغ:</p> <p>الهيئة الوطنية للتأمين الصحي</p> <p>المشتريات:</p> <p>التعاقد مع مزودين، طرق دفع بديلة</p>	<p>خيار السياسة ٣:</p> <p>التحرك باتجاه إنشاء نظام تأمين صحي اجتماعي يقوم على أساس مساهمات إلزامية تديره وكالة تأمين صحي وطنية مستقلة.</p>

يعتبر منهج السياسة الذي تبنته حالياً وزارة الصحة (الخيار ٣) محفوف بالمخاطر نظراً للظروف الطارئة الحالية في شهر حزيران ٢٠٠٩. أما المتطلبات الأساسية والعوامل المساعدة لتطبيق الخيار ٣ بشكل ناجح في الوقت الحاضر فهي قليلة. وكخيار بديل، بإمكان السلطة الوطنية الفلسطينية ووزارة الصحة منح اهتمام أكبر لتطبيق الخيار ٢ على المدى المتوسط كخطوة مؤقتة أثناء المرحلة الانتقالية نحو تحقيق تغطية شاملة من خلال التأمين الاجتماعي. إلا أن قرار تنظيم نظام تمويل صحي بطريقة معينة (تعبئة موارد الرعاية الصحية، وتجميع وإدارة هذه الموارد، واستعمالها لشراء الخدمات الصحية) هو في جوهره خيار اجتماعي يخضع لعوامل سياسية واقتصادية ومؤسسية سائدة في البلد.

٣. **إعادة هندسة نظام الرقابة الداخلية** - إن النظام الحالي للرقابة الداخلية قديم وينطوي على نفقات عمالية كبيرة. ومن شأن إطلاق نظام إدارة مالية جديد في وزارة المالية أن يتيح الفرصة لوزارة الصحة للحصول على دعم مباشر ومحدد من وزارة المالية من أجل: (١) تنفيذ إجراءات رقابة لاكتشاف وتقصي الاحتيال والخدمة الزائدة؛ (٢) إعادة هندسة عمليات الإدارة المالية الرئيسية، مثل تحصيل المساهمات ودفع الحسابات وشراء الخدمات؛ (٣) توسيع نطاق خيارات الدفع المتوفرة للمساهمين.

٤. **وضع جدول حسابات جديد** - لا يدعم جدول الحسابات الحالي التكاليف الدقيقة لخدمات محددة و/أو منافذ توصيل الخدمة. وكجزء من التوجه العام نحو وضع موازنة للبرنامج، فإنه يجب إعادة تصميم جدول حسابات وزارة الصحة لتسهيل إعداد تقارير منتظمة تتماشى مع البرامج المحددة في الموازنة.

٥. **إعداد بيانات مالية شاملة** - إن التقرير المالي السنوي الذي تعده وزارة المالية لا يعتبر سجل كامل بكافة الأصول والالتزامات الصحية. وعلى المدى القصير، يجب أن ينصب تركيز وزارة الصحة على إعداد بيان سنوي قائم على أساس النقد بكافة الإيرادات والمصاريف المخصصة لوزارة الصحة من خلال قانون الموازنة.

يجب توسيع نطاق البيانات المالية على المدى الطويل لتشمل كافة النشاطات المالية المتعلقة بالصحة. ويجب أن يشمل هذا كافة الأصول والالتزامات غير المتداولة مثل المصانع والمعدات والقيمة المستحقة لأي استهلاك لتلك الأصول. ويتعين على وزارة الصحة وضع إجراءات محاسبية لتقييم واستهلاك الأصول. وينبغي تضمين هذه القيم في البيانات المالية السنوية. يجب أن تضم البيانات المالية ميزانية عمومية وبيان التدفقات النقدية وبيان تشغيلي.

إصلاحات إدارة الموارد البشرية في وزارة الصحة

أدت البيئة السياسية والاقتصادية في الضفة الغربية وقطاع غزة خلال الأعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٦ إلى توسع سريع في وظائف القطاع العام، وعلى وجه الخصوص في قطاعات الصحة والتعليم والتنمية الاجتماعية والأمن. ودفع الركود الاقتصادي الحاد والبطالة المتنامية في القطاع الخاص، خاصة خلال الأعوام ٢٠٠١-٢٠٠٣، السلطة الوطنية الفلسطينية إلى توسيع نطاق التوظيف الحكومي. فقد ارتفع إجمالي عدد موظفي وزارة الصحة خلال الأعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٦ من ٧٥٠٠ إلى ١٣٠٥٧ موظف وارتفعت فاتورة الرواتب والأجور الخاصة بالوزارة من ٤٨ مليون في عام ٢٠٠٠ إلى ٨٣ مليون دولار أمريكي في عام ٢٠٠٥. ساهمت هذه الزيادة السريعة في وظائف وزارة الصحة، خاصة بين موظفي الصحة والطب في السنوات الست الأولى بعد ٢٠٠٠، في عكس الاتجاه السائد خلال الفترة ٢٠٠٧-٢٠٠٨ نتيجة سياسات تقليص التوظيف التي فرضتها السلطة الوطنية الفلسطينية.

أطلقت السلطة الوطنية الفلسطينية في عام ٢٠٠٧-٢٠٠٨ إصلاحات إدارية مالية عامة واسعة النطاق بهدف تحسين مسؤولية القطاع العام والرقابة المالية. وتهدف السلطة الوطنية الفلسطينية بموجب نظام إداري مالي معاد هيكلته إلى زيادة صلاحيات ومسؤوليات وزارات معينة (بما في ذلك وزارة الصحة) من خلال تخصيص الأموال لوزارات تنفيذية وفقاً لمخصص معين يوافق عليه البرلمان. ويكون وزير الصحة مفوضاً بصرف الأموال ضمن الحدود التي يفرضها المخصص البرلماني ويكون مسؤولاً عن أداء مسؤولياته من خلال إعداد بيان مالي سنوي. ينبغي إعادة تصميم وتحديث نظام الإدارة المالية الحالي لوزارة الصحة بحيث يتمكن وزير الصحة من الوفاء بهذه المسؤوليات المالية الجديدة حسب الأصول. فالنظام الحالي لا يوفر: (١) أساس موثوق لإعداد تقديرات آجلة؛ (٢) تأكيد معقول حول الانتظام التشريعي لكافة المصاريف؛ (٣) آلية فعالة لدفع الذمم الدائنة في الوقت المحدد؛ (٤) معلومات كاملة ودقيقة عن التكاليف الفعلية للخدمات الصحية.

يوجد خمس خيارات إصلاح مقترحة:

١. **تحويل طويل الأجل للمسؤولية من وزارة المالية إلى وزارة الصحة** - يجب أن ينصب تركيز وزارة الصحة في المدى المتوسط على وضع أنظمة رقابة ملائمة بشأن الالتزام قبل تفويضها بمسؤولية القيام بوظيفتين هامتين هما: (١) دفع الرواتب والأجور و (٢) الرقابة الداخلية وخدمات التدقيق الداخلي.
٢. **إصلاح دورة الموازنة** - كجزء من منهج الحكومة الشامل لتعزيز دورة الموازنة التي تقودها وزارة المالية، يتعين على وزارة الصحة تنفيذ برنامج مراقبة أداء لدعم استحداث دورة موازنة قائمة على أساس برنامج جديد. ويتعين على وزارة المالية تقديم المساعدة والإرشاد للوزارات التنفيذية للمساعدة في وضع هيكل برنامج متفق عليه وأدوات قياس أداء ملائمة ومتطلبات إعداد التقارير.





وأسعار الأدوية المرتفعة نتيجة العوائق التجارية القائمة والأدوية الجديدة باهظة الثمن التي تدخل السوق الفلسطينية. وفيما يلي المسائل الرئيسية لأحتواء تكاليف الأدوية في الضفة الغربية وقطاع غزة:

• **سياسات المشتريات الحالية في القطاع العام - بعيداً عن** الأدوية التي تقدمها الجهات المانحة على شكل منح عينية، يتم شراء جميع الأدوية المتوفرة في القطاع العام عن طريق العطاءات الحكومية. إن إرشادات مشتريات الأدوية تتبع القوانين والأنظمة العامة للسلطة الوطنية الفلسطينية الخاصة بالسلع والخدمات العامة دون الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة المتخصصة للأدوية (مثل ما يتعلق بوضع براءات الاختراع الخاصة بها). لقد دفعت أوضاع المنافسة السوقية الضعيفة وزارة الصحة إلى الشراء من شركات إسرائيلية أو من مصنعين محليين أو موردين محليين بأسعار أعلى من الأسعار التي يمكن الحصول عليها من خلال طرح عطاءات أكثر تنافسية.

• **سياسات الأسعار الحالية في القطاع الخاص - يتم شراء** المنتجات في السوق الخاص بصورة أساسية بواسطة الصيدلانيين مباشرة من الوكلاء أو المصنعين المحليين. وتعتبر أسعار التجزئة للمستحضرات الصيدلانية مرتفعة جداً ويعزى السبب في ارتفاع هذه الأسعار إلى أن قائمة الأسعار على مستوى المصنعين أو المستوردين أو الوكلاء غير خاضعة لرقابة فعالة وإنما يقترحها بالعادة هؤلاء المصنعين أو الوكلاء أو المستوردين. وعادة ما يتمتع الوكلاء بعقود حصرية^١ للأدوية ذات العلامات التجارية المميزة التي يستوردونها، الأمر الذي يضمن لهم وضع احتكار بأرباح تصل ما نسبته ١٠٠٪ وأكثر حيث أن أعلى مبالغ إضافية مسموح بها غير خاضعة للرقابة. ويتم منحهم هذه العقود من قبل كل من وزارة الاقتصاد الوطني ووزارة الصحة.

كجزء من أجندة الإصلاح، تم إقرار قانون الخدمة المدنية الجديد في عام ٢٠٠٥ لتوحيد ممارسات التوظيف في القطاع العام وجعلها أكثر شفافية. وقد ساعدت هذه المبادرة في ترشيد ممارسات التوظيف في مختلف وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية بما في ذلك وزارة الصحة. بإمكان الإصلاحات الإضافية التي تجريها وزارة الصحة نفسها في مجال إدارة وتخطيط الموارد البشرية أن تساعد في ترشيد سياسات التوظيف في وزارة الصحة إضافة إلى ترشيد إجمالي رواتبها وأجورها. وتشمل هذه الإصلاحات ما يلي:

١. دمج وظائف إدارة الموارد البشرية المختلفة في دائرة موارد بشرية جديدة ضمن وزارة الصحة؛
٢. إجراء مجموعة من التحليلات المستفيضة حول الموارد البشرية في وزارة الصحة (تحليل التوزيع، دراسة تحفيز الموظفين) وإعداد خطة شاملة حول تنمية الموارد البشرية؛
٣. تعزيز إجراءات التوظيف الحالية ووضع دليل توظيف جديد لوزارة الصحة؛
٤. إعداد خطة وتقييم للتدريب للفترة من ٢٠١٠ إلى ٢٠١٢؛
٥. اعتماد نظام معلومات جديد لإدارة الموارد البشرية في وزارة الصحة. ويمكن تنفيذ إجراءات الإصلاح هذه خلال سنة مع المساعدة الفنية والمالية اللازمة من مجتمع المانحين.

استراتيجيات احتواء تكاليف الأدوية

ارتفع مجمل الإنفاق على الأدوية في الضفة الغربية وقطاع غزة في السنوات الأخيرة على الرغم من محدودية الموارد المتزايدة في القطاعين العام والخاص. وقد نجم هذا الارتفاع بسبب عدة عوامل منها ازدياد عدد الأدوية المشتراة من قبل الناس وحجم الطلب الكبير من السكان المتنامي عددهم

١ عقود الحصرية هي جزء من عملية تفويض/تسجيل السوق لضمان توفر الأدوية.

مسبقاً في إسرائيل. والأساس المنطقي الذي تعلنه السلطات الإسرائيلية هو أن الأدوية تحتاج إلى التقيد والالتزام بمعايير الصحة العامة الإسرائيلية وتفادي العودة المحتملة للأدوية من الضفة الغربية وقطاع غزة إلى إسرائيل. إن متطلبات التسجيل المسبق المكلفة والمستهلكة للوقت تشكل عائقاً رئيسياً أمام التجارة التنافسية وتحول دون إبداء أي اهتمام في سوق الأدوية الفلسطينية.

- **اتفاقيات التجارة الحالية** – تمثل اتفاقية "بروتوكول باريس" التجارية لعام ١٩٩٣ المبرمة بين إسرائيل ومنظمة التحرير الفلسطينية، بحسب العديد من أصحاب المصالح، أحد العوائق الرئيسية أمام التجارة والمنافسة. فالسلطات الإسرائيلية تعتمد على نصوص محددة ("متطلبات موحدة") في بروتوكول باريس^٢ تشترط تقيد والتزام كافة السلع الدوائية (والمواد الخام المطلوبة للإنتاج) الداخلة للمناطق الفلسطينية بالمعايير الإسرائيلية. ويعني هذا المتطلب أن كافة الأدوية غير المنتجة في إسرائيل وغير الممنوحة عينا بواسطة منظمات دولية مثل الأمم المتحدة يجب تسجيلها

٢

وفيما يلي أهم التوصيات الرئيسية لاحتواء تكاليف الأدوية:

الجدول ٢: الإجراءات الموصى بها لاحتواء تكاليف الأدوية:

التوصيات	الإجراء المقترح	الجدوى	الأثر المالي	بقيادة
(أ) إعداد سياسة وطنية بشأن الأدوية	إعداد سياسة وطنية جديدة بشأن الأدوية	ممكنة	متوسط	وزارة الصحة
(ب) تشجيع الاستعمال الرشيد للأدوية	وضع أداة تشغيلية لتشجيع الاستعمال الرشيد للأدوية، ومراقبة نماذج الوصفات الطبية	ممكنة	متوسط	وزارة الصحة
(ج) تخفيض مستوى أسعار الأدوية	<ul style="list-style-type: none"> إعادة صياغة قانون الأسعار بعد تقييم أهدافه وأثره. تحديد أسعار الشراء بحيث لا تتجاوز أعلى سعر مسجل (معتمد) ومحاولة وضع حد أقصى لأرباح الوكلاء. توحيد إجراءات الموافقة على طلبات الأسعار بواسطة المصنعين/المستوردين (من الممكن زيادة الأسعار على المدى الطويل بعد موافقة اللجنة الفنية فقط). تحسين مفاوضات الأسعار الاستراتيجية البحث عن معلومات موثوق بها حول الأسعار عن طريق تعزيز جمع البيانات، بالتعاون مع اتحاد الصيادلة مثلاً. توجيه الإجراءات نحو المشتريات والسوق الخاص. 	مرتفعة	فوري	وزارة الصحة
(د) تشجيع المنافسة وتعزيز نظام المشتريات	<ul style="list-style-type: none"> زيادة عدد المتقدمين للطلبات في المشتريات عن طريق مخاطبة مقدمي عطاءات أجنبيات لمنتجات متعددة المصادر مباشرةً وضمان تسديد الدفعات لهم في الوقت المحدد. على المدى الطويل: بناء مشتريات إلكترونية. إن تعديل وثائق العطاءات الموحدة الخاصة بالسلع لمعالجة أي متطلب فني أو قانوني يتعلق بشراء أجهزة طبية يجب أن يتم من خلال وثيقة بيانات العطاء، والشروط الخاصة للعقد، والمواصفات الفنية. عدم السماح بعقود حصرية للوكلاء. محاولة تشجيع «الاستيراد الموازي» 	ممكنة	مرتفع	وزارة الصحة وزارة الاقتصاد الوطني وزارة المالية
(هـ) تقليص عوائق التجارة	<ul style="list-style-type: none"> مراجعة بروتوكول باريس والتفسير المقبول لمواده المتعلقة بإمداد الأدوية. إعداد ملف كامل مع توثيق كافة الحالات غير الإيجابية التي تفرض عوائق غير متعلقة بالتعرفة (بمساعدة الصناعة). البدء بمناقشات فعالة مع السلطات الإسرائيلية حول كيفية تسهيل دخول الأدوية. تحسين كفاءة التسجيل. 	عملي، لكن بدعم سياسي قوي	مرتفع	وزارة الاقتصاد الوطني مع اللجنة الاقتصادية المشتركة.
(و) تعديل اللجنة الفنية ولجنتها الفرعية للأسعار	<ul style="list-style-type: none"> ينبغي إعادة تحديد دور وبنية اللجان لتقادي أي تضارب محتمل في المصالح. يجب أن تكون عملية التصويت واضحة. مزيد من الأهمية للدافعين. إشراك خبراء مستقلين في المجال (مستشار قانوني واحد تم ترشيحه مسبقاً) 	مرتفع	مرتبط بمسودة قانون الأسعار	وزارة الصحة بالاشتراك مع وزارة الاقتصاد الوطني وزارة المالية



نفقات القطاع العام على خدمات الرعاية المتخصصة

كجزء من أجندة الإصلاح الخاصة بها، قامت السلطة الوطنية الفلسطينية ووزارة الصحة مؤخراً بالعديد من الإجراءات المباشرة وغير المباشرة لاحتواء وترشيد نفقات القطاع العام هذه على خدمات الرعاية المتخصصة. حيث شملت الإجراءات غير المباشرة جهوداً لتصميم وتنفيذ برامج تعزيز ووقاية صحية جديدة (التوقف عن التدخين، فحص السرطان). أما الإجراءات المباشرة فقد شملت وضع معايير تنظيمية للاستثمارات الرأسمالية في خدمات ومرافق الرعاية المتخصصة؛ والتحرك نحو تعزيز آلية التعاقد الحالية مع المزودين المحليين من خلال وضع عقود نموذجية جديدة وتنفيذ منهج عطاءات قائم على أساس المنافسة. وبسبب القيود المفروضة على القدرات الفنية في وزارة الصحة، فقد عانى تنفيذ هذا المنهج المبتكر من تأخيرات وإعاقات طويلة. وسيكون من المهم لوزارة الصحة خلال السنتين القادمتين ٢٠٠٩-٢٠١٠ أن تعمل على تقييم وتعزيز ودمج وربما توسيع (لتشمل تحويل الحالات المرضية للعلاج في الخارج) آلية التعاقد الجديدة هذه. وبإمكان المساعدات الفنية الخارجية المساهمة في تسهيل وتوجيه هذه العملية.

أسهم التوسع الأخير في نفقات القطاع العام على خدمات الرعاية المتخصصة، كما هو الحال مع الموارد البشرية والأدوية، بصورة كبيرة في الارتفاع الكلي في النفقات الصحية للقطاع العام في الضفة الغربية وقطاع غزة. ووفقاً لوزارة الصحة، تجاوزت حالات تحويل المرضى للعلاج في الخارج ٥٠٠٠ حالة تقريباً في عام ٢٠٠٠. وفي عام ٢٠٠٥، تجاوز هذا الرقم ٣٠٠٠٠ حالة، أي زيادة بنسبة ٥٠٠٪ خلال خمس سنوات. ويعزى السبب في هذا الارتفاع في التحويلات الخارجية بحسب مسؤولي وزارة الصحة إلى عدة عوامل: (١) البيئة العامة خلال الانتفاضة الثانية التي دفعت الحكومة إلى زيادة عدد التحويلات الخارجية (الضائقة الاقتصادية المتفاقمة؛ الضغط النفسي والاجتماعي المتزايد على الأسر الفلسطينية؛ المعدل المرتفع من الإصابات المتعلقة بالصراع)؛ (٢) زيادة في إجمالي عدد المستفيدين من برنامج التأمين الصحي الحكومي حيث شمل البرنامج عدد كبير من المسجلين غير المساهمين؛ و (٣) تفكك آليات الإدارة والرقابة التي تعتمد وتفوض تحويل الحالات المرضية في القطاع العام لخدمات الرعاية المتخصصة.