الخصخصة في القطاع الصحي وتأثيراتها على الوصول العادل للصحة

لجان العمل الصحي

2019

الفهرس	.....	2
شكر وتقدير	.....	4
مصطلحات الدراسة	.....	5
ملخص الدراسة	.....	7
مقدمة الدراسة	.....	10
الفصل الأول: الصحة والخصخصة	.....	12
مشكلة الدراسة وأسئلتها وأهدافها	.....	13
منهجية الدراسة	.....	15
الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان	.....	19
مشاركة القطاع الخاص في التنمية	.....	22
التنمية في ظل الاحتلال	.....	25
واقع الخدمات الصحية الفلسطينية	.....	29
الفصل الثاني: الخصخصة ومبرراتها	.....	**34**
مفهوم الخصخصة	.....	35
أسباب التوجه نحو الخصخصة	.....	37
عوامل تنامي دور القطاع الخاص	.....	41
دور الدول المانحة في التنمية	.....	42
دور التأمين الصحي في تغطية الخدمات	.....	44
تجارب دولية في الخصخصة	.....	46

التقارير والدراسات السابقة 51

الفصل الثالث: جمع البيانات والنتائج **61**

مفهوم الخصخصة ومظاهرها 62

عوامل التوجه نحو الخصخصة 69

إدعاءات تطبيق الخصخصة 73

الإطار القانوني الناظم للخصخصة 74

تأثير الخصخصة على استدامة الخدمات 75

تطور الخدمات الصحية في القطاع العام 79

توجهات لتطوير النظام الصحي 82

مناقشة النتائج والاستنتاجات والتوصيات 90

المراجع 103

شكر وتقدير

تتقدم مؤسسة لجان العمل الصحي بالشكر الجزيل للدكتور إيهاب شكري، والأستاذة منال عدوي على دورهما في إعداد الدراسة والإشراف عليها، وكذلك الشكر لجميع الكوادر الصحية من إداريين وأطباء وخبراء صحيين، الذين كرسوا وقتاً ثميناً لمقابلة أعضاء فريق البحث والإجابة عن أسئلتهم في المقابلات الفردية وفي مجموعات النقاش البؤرية المثمرة، حيث كان دورهم فاعلاً في توفير البيانات الضرورية لإنجاز هذه الدراسة الهامة. كما نتقدم بالشكر والامتنان لمراجعي الدراسة وجميع الخبراء الذين شاركوا في نقاشها في الورشة الخاصة لاستعراض النتائج الأولية، حيث كان لملاحظاتهم أثراً كبيراً في تدقيق بعض النتائج وتصويب التوصيات، وختاماً نشكر المؤسسة الداعمة لتنفيذ هذه الدراسة واهتمامها المتواصل في مجال الدراسات التي تساهم في التأثير في الرأي العام وصناع القرار في فلسطين.

تنويه: تستهدف لغة الخطاب المستخدمة في هذه الدراسة المشاركات من الإناث والمشاركين من الذكور على حد سواء وللتبسيط استخدمت لغة المذكر.

مصطلحات الدراسة

الخصخصة: تعرفها الجمعية العامة للأمم المتحدة على أنها تحويل جميع أو قدر كبير من مجمل مصالح الحكومة في أحد الأصول المتعلقة بالمرافق العامة أو بأية قطاع آخر إلى القطاع الخاص[1]، ويعرفها البنك الدولي على أنها: زيادة مشاركة القطاع الخاص في إدارة ملكية الأنشطة والأصول التي تسيطر عليها الحكومة أو تمتلكها[2]، حيث تحول الأصول والخدمات من القطاع العام إلى القطاع الخاص كإحدى وسائل التنمية التي تهدف إلى رفع كفاءة أداء المشروعات وتعزيز المنافسة وقوى السوق وتحسين المركز المالي للدولة وتخفيف أعباء الموازنة العامة للدولة. وتعرف لأغراض هذه الدراسة – بناء على نتائجها–على أنها تخلي الحكومة عن تقديم بعض الخدمات الصحية في مرافقها لصالح تقديمها من قبل القطاع الخاص وتتحمل الحكومة نفقات كبيرة لتحويل الحاصلين فقط على التأمين الصحي لتلقي الخدمات من مؤسسات خاصة وغير حكومية.

القطاع العام: قطاع يعمل على تقديم خدمات أساسية مطلوبة لضمان النظام العام، ويصعب تسويقها للأفراد مقابل أثمان، كالدفاع والأمن الداخلي والعدالة، وتمولها الموازنة العامة للدولة وتؤمن إيراداتها بالدرجة الأولى من الضرائب المفروضة على الشعب للمساهمة في تحمل نفقات الخدمات العامة.

القطاع الخاص: المؤسسات والشركات والأفراد الذين يقدمون خدمات صحية علاجية بهدف الربح. ويعرف على أنه عنصر أساسي ومنظم في النشاط الاقتصادي يكتسي ملكية خاصة، وتتم

[1] الجمعية العامة للأمم المتحدة.2018. تقرير المقرر الخاص المعني بالفقر المدقع وحقوق الإنسان. تم الوصول بتاريخ 2019/12/12 عبر الرابط:https://undocs.org/pdf?symbol=ar/A/73/396

[2] عزيز، وفاء. 2017. التحليل الاقتصادي لاستثمار رأس المال البشري وسياسة الخصخصة. مجلة دراسات محاسبية ومالية. المجلد 12، العدد 38

فيه عمليات الانتاج بناء على نظام السوق والمنافسة، وتحدد فيه المبادرة الخاصة وتحمل مخاطر القرارات التي تتخذ بمعزل عن قرارات القطاع العام[3].

الوصول العادل للصحة: إمكانية وصول جميع المواطنين للخدمات الصحية المناسبة دون الاضطرار لدفع تكاليف إضافية، وهذا يعني وصول جميع المواطنين لأفضل مستوى صحي ممكن وفق الموارد المتاحة، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسهيل وصولهم للخدمات الصحية، وتتصف الخدمات العادلة بمواصفات منها: الكفاءة، والجودة، والفاعلية، والموثوقية، والاستدامة، والمراعاة للاحتياجات، والأمان، والتغطية، والمرونة، وتحقق رضا المستفيدين، ومراعاة الثقافة السائدة. ويتطلب الوصول العادل تسهيل الحصول على الخدمات جغرافياً، وتوفر القدرة المادية للوصول، وجودة خدمات ضمن الامكانيات المتاحة، وعدالة في التوزيع.

التغطية الصحية الشاملة: إمكانية حصول جميع الناس على الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية، والتي تكون على درجة كافية من الجودة بما يضمن فاعليتها دون مواجهة ضائقة مادية، ويتمثل جوهر التغطية الصحية الشاملة في وجود نظم صحية قوية وقادرة على الصمود ومحورها الناس.[4] وتعرف على أنها الوصول لخدمات صحية أساسية يتم تغطيتها من قبل تأمين صحي وطني شامل.

[3] عودة، رشيد. 2013. القطاع الخاص الفلسطيني ودوره في التنمية في الفترة(1995-2011). رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الأزهر.

[4] منظمة الصحة العالمية .2018. القطاع الخاص، والتغطية الصحية الشاملة.
https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم الخصخصة في القطاع الصحي الفلسطيني ومظاهرها، والعوامل التي تؤثر في خصخصة الخدمات الصحية، وتأثير الخصخصة على الوصول العادل لجميع المواطنين لخدمات صحية ذات جودة عالية. واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي لدراسة ظاهرة الخصخصة في القطاع الصحي من خلال تحليل التقارير والدراسات المحلية والدولية، وتنفيذ مقابلات فردية مع مختصين وخبراء في مجال الصحة، وعقد لقاءات نقاش مركزة في عدة مواقع مع العاملين في الميدان الصحي، حيث تم مقابلة 15 مختص وطبيب وأكاديمي وناشط حقوقي من عدة مؤسسات، وتم لقاء قرابة 45 عاملة وعامل صحي في ثلاثة مواقع في قلقيلية ونابلس والخليل، وتم مراجعة أكثر من 30 دراسة وتقرير محلي ودولي متعلق بالخصخصة في القطاع الصحي.

تشير النتائج إلى وجود توجه عام لدى الحكومات الفلسطينية بخصخصة بعض خدمات القطاع الصحي، من خلال تشجيع القطاع الخاص على بناء المزيد من المستشفيات وافتتاح مزيد من المختبرات والمراكز الصحية وتقديم الخدمات الحديثة المرتبطة بالتكنولوجيا، ويظهر من تعريف المشاركين للخصخصة أن هذه التوجه يأتي على حساب التخلي عن تقديم خدمات أساسية نوعية في القطاع الحكومي، والانسحاب التدريجي من تركيز الموارد الحكومية وتأهيل الكادر، ويأتي هذا الاجراء في ظل إفتراض ومدعاة بأن الخدمات الخاصة أكثر جدوى من الخدمات العامة، وأن الاستثمار على المدى البعيد في القطاع الخاص يقلل من التكاليف الصحية، وباتت المنافسة هي السمة الظاهرة في التعامل بين القطاعات الصحية المختلفة، وهذا التنافس يؤثر على نوعية الخدمات، وفرص الوصول العادل والآمن لجميع الفئات، فالفقراء وذوي الإعاقة وكبار السن والمرضى المزمنين والنساء هم أكثر الفئات المتضررة من التوجه نحو الخصخصة، وتوجد

ملامح عامة تشير لوجود فجوات في جودة الخدمة في جميع القطاعات الحكومية والأهلية والخاصة، وبينت الدراسة أن تطوير القطاع الخاص يحتاج لمنظومة قانونية تضبط الأداء، وتسهم في تحسين الخدمات في القطاع الحكومي كأولوية، وكضرورة لازمة لتطوير بقية القطاعات.

توصي الدراسة بضرورة توفير البيئة القانونية والمعايير الناظمة والرقابة الضرورية لمتابعة التحويلات وآليات العمل مع القطاع الخاص، والاستثمار في توفير الرعاية الأولية والثانوية الأساسية وتجويدها في المراكز والمستشفيات الحكومية، وتوفير الاختصاصات الضرورية بأعداد تناسب الطلب المتزايد على الخدمات، واقرار السياسات التي تضمن تقليل الآثار الضارة للخصخصة ولتمكين جميع المواطنين من الوصول العادل لخدمات صحية ذات جودة عالية.

الكلمات المفتاحية: الخصخصة، القطاع الصحي العام، القطاع الخاص، الوصول العادل، التغطية الصحية الشاملة.

Summary of the study

The study intend to identify the concept of Privatization in the Palestinian health sector and its manifestations, find out the factors that affect the privatization of health services, and assess the impact of privatization on the equitable access of all citizens to high quality health services.

The study used the descriptive approach to study the phenomenon of privatization in the health sector through analysis of local and international reports and studies, where more than 30 studies and reports related to privatization in the health sector were reviewed. Conduct a 15 semi-structured interviews with specialists and experts in the field of health services, construct a three focus group discussions in different locations of the West Bank, as approximately 45 health workers were involved in deep discussions in terms of the study questions in three locations in Qalqilya, Nablus and Hebron.

The results indicate that there is a *general tendency* among Palestinian governments to privatize the health sector, by encouraging the private sector to build more hospitals, opening more laboratories and health centers, and providing modern services related to technology. It is clear from the participants' definition of privatization that this approach comes at the expense of abandoning the provision of quality services in the government sector, and the gradual withdrawal from the concentration of government resources and rehabilitation of cadres, and this action comes in light of the assumption that private services are more effective than public services, and that long-term investment in the private sector reduces health costs.

Competition has become a visible feature in dealing between different health sectors that affects the quality of services, and opportunities for fair and safe access to all groups, especially the poor, the disabled, the elderly, patients with chronic diseases, and women are the most affected by the trend towards privatization. Participants assured a general feature of low quality of health services in different sectors (governmental, non governmental & private), while the development of the private sector needs a legal system to control performance, and contribute to improving services in the government sector as a priority, and as a necessity to develop the rest of the sectors.

The study recommends the necessity of providing the legal environment and the needed regulatory standards and supervision to follow up transfers and mechanisms of work in the private sector, investing in providing primary and secondary care and improving it in thee governmental centers and hospitals, providing the needed specialties in numbers that fulfil the increasing demand for services, and approving a universal health coverage insurance system that enable all citizens to have equitable access to quality health services.

Keywords: privatization, public health sector, private sector, equitable access, universal health coverage

مقدمة الدراسة

تأتي هذه الدراسة في ظل تنامي دور القطاع الخاص في تقديم مزيد من الخدمات الصحية في فلسطين، من خلال إنشاء العديد من المستشفيات والمراكز الصحية التخصصية، وتزايد عدد المختبرات الطبية المزودة بالأجهزة الحديثة وتنامي حجم الصناعات الدوائية، في ظل الدعوات المستمرة من المهتمين بتطوير القطاع الخاص وتشجيع الحكومة للاستثمار في تطوير الخدمات الصحية، حيث تشير تقارير وزارة الصحة إلى أن نسبة المستشفيات الحكومية من بين جميع المستشفيات العاملة في فلسطين تصل 33% فقط أي أن أغلبية المستشفيات تمتلكها مؤسسات أهلية وخاصة، ومع أن الوزارة تمتلك تقريباً نصف عدد الأسرة المخصصة للمرضى إلا أن حجم شراء الخدمة من خارج مرافق وزارة الصحة يتزايد باستمرار ويشكل 56% من نفقات وزارة الصحة التشغيلية لعام 2018[5].

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، وهذا الحق ضروري ولازم للتمتع ببقية حقوق الإنسان الأخرى مثل التعليم والعمل وغيرها، ويحق لكل إنسان التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه ويفضي إلى العيش بكرامة[6]، وتقوم الدول بإعمال الحق في الصحة من خلال التزاماتها بتنفيذ عدة استراتيجيات منها: صياغة التشريعات والسياسات الصحية، وبناء المؤسسات الصحية، وتأهيل العاملات والعاملين في القطاع الصحي، وتأمين خدمات علاجية نوعية عادلة، واعداد التعليمات والأنظمة اللازمة للاستفادة القصوى من الموارد المتوفرة كنظام التأمين الصحي، وأنظمة التحويل، والشراكة مع القطاع الخاص والمؤسسات الأهلية والدولية.

[5] وزارة الصحة. 2019 . مركز المعلومات الصحي الفلسطينين. التقرير الصحي السنوي-2018

[6] العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1966. المادة 12. https://www.unicef.org/arabic/crc/files/cescr_arabic.pdf

يبدو أن توفير القطاع العام لمجمل الخدمات الاجتماعية يحتاج لمصادر كبيرة، وخاصة في الظروف غير المستقرة من ثبات السياسات وتوفر الموارد، وحين يرافق هذه الوضع إدارة ومساءلة متدنية، ودعوات متواصلة من المؤسسات الدولية المانحة لتطوير الأداء، يكون توجه الحكومة العام نحو تشجيع الخصخصة للتقليل من عبئ توفير هذه الخدمات بالجودة المطلوبة[7].

ولمعرفة مدى تأثير الخصخصة على جودة الخدمات الصحية وقدرة المواطنين للوصول العادل لهذه الخدمات قامت جمعية لجان العمل الصحي بتنفيذ هذه الدراسة لتحقيق للمساهمة في تشكيل رأي عام ضاغط للتأثير في القوانين والسياسات التي تعزز من الحق في الوصول للخدمات والسلع والمرافق الصحية وتعزيز ممارسة مفهوم التغطية الصحية الشاملة في المرافق والسلع والخدمات الصحية العمومية في فلسطين.

[7] الجمعية العامة للأمم المتحدة. 2018. تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها. تم الوصول بتاريخ 2019/10/3 عبر الرابط: https://undocs.org/pdf?symbol=ar/A/73/396

الفصل الأول: الصحة والخصخصة

يتضمن هذا الفصل مشكلة الدراسة وأسئلتها والمنهجية، ومضمون الحق في الصحة، ووصف لأهم المبادئ والسياسات والأحكام التشريعية الخاصة بالخصخصة، وتأثير التبعية الاقتصادية والاجتماعية على مدخلات ومخرجات النظام الصحي الفلسطيني، والأوضاع الإقتصادية والمعيشية للمواطن الفلسطيني تحت الاحتلال، وبعض مؤشرات القطاع الصحي الفلسطيني.

الصحة قضية اجتماعية واقتصادية وسياسية وهي فوق كل شيء حق أساسي من حقوق الإنسان، وتعتبر اللامساواة والفقر والاستغلال والاضطهاد والعنف أسباباً جذرية لاعتلال الصحة والوفيات بين الفئات الفقيرة والمهمشة، لذا فالصحة للجميع تعني أنه لا بد من تحدي مصالح جبارة، ولا بد من تغيير جوهري في الأولويات السياسية والاقتصادية.

من ميثاق الشعوب
حركة صحة الشعوب

مشكلة الدراسة وأسئلتها

مشكلة الدراسة

تمر فلسطين في ظروف سياسية واقتصادية واجتماعية صعبة مع استمرار سيطرة الاحتلال الإسرائيلي على الأرض الفلسطينية ومواردها الطبيعية ومعابرها مع العالم الخارجي، وتتزايد صعوبة هذه الإجراءات بقرصنة العائدات الضريبية التي تجبيها من الشعب الفلسطيني، وتدخلها في سياسة الممولين وتأثيرهم على تقليص الدعم المقدم للمؤسسات الفلسطينية، مما يؤثر سلباً على إمكانية تأمين الإلتزامات والخدمات الأساسية.

يتسم الاقتصاد الفلسطيني بأنه اقتصاد خدماتي، تابع، واستهلاكي، حيث زاد الاستهلاك والاستيراد على حساب الانتاج والتصدير، وتقلصت القاعدة الانتاجية الفلسطينية المتمثلة في قطاعات هامة كالزراعة والصناعة وغيرها، والقادرة على خلق مداخيل متجددة، وايجاد اتجاه مضطرد للتحول نحو القطاعات الخدماتية، وتناقص القدرة على إيجاد فرص عمل جديدة، في ظل اعتماد الدستور الفلسطيني نهج اقتصاد السوق الحر تحت ظروف غير مواتية بسبب استمرار الاحتلال وتحكمه في الموارد والمعابر[8].

تحاول الحكومات الفلسطينية المتعاقبة تمويل الخدمات الاجتماعية الضرورية كالصحة، والتعليم، وغيرها، لأن هذه الخدمات لها قيم حقيقية وفوائد تفوق السعر الذي يحدده السوق، حيث أن التعليم النوعي والرعاية الصحية الأولية أدوات فاعلة في تجنب إنتشار المراضة ولذا فهي أدوات للتقليل من هدر الموارد في الانتقال للمستويات الأخرى من الرعاية الطبية، الأمر الذي يحتاج

[8] صوراني، غازي. 2011. الاقتصاد الفلسطيني، الأوضاع الاقتصادية في الضفة الغربية وقطاع غزة. تم الوصول بتاريخ 2019/11/11 عبر الرابط: http: www.ahewar.org/debate/files/62140.doc

ضمانات واجراءات حثيثة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، والوصول العادل لجميع فئات المجتمع من خلال توفر الخدمات الطبية لجميع الفئات وخاصة ذوي الدخل المحدود والفقراء وذوي الإعاقة، سيما وأن هذه الخدمات تعد حقاً أساسياً من حقوق الإنسان الذي تنص عليه المواثيق الدولية، والحكومات ملزمة بتوفير هذه الخدمات لمواطنيها.

ومع اهتمام الحكومات الفلسطينية المتعاقبة على توفير الخدمات الصحية ألا أن الملاحظ وجود نقص في الكوادر الصحية حيث يتوفر 1.1 طبيب فقط / 1000 نسمه وهي نسبة متدنية وفق متطلبات منظمة الصحة العالمية، ويوجد نقص في العديد من التخصصات وخاصة طب علم الأورام، والطب النفسي، وطب أمراض الدم، وجراحة الأوعية الدموية، وطب الطوارىء ووحدة العناية المركزة، وطب الأمراض العصبية، وطب حديثي الولادة وجراحة الأطفال[9].

ويلاحظ تزايد نسبة مساهمة الأسر المعيشية من الانفاق على الصحة بحيث أصبح المؤمنين صحياً وغير المؤمنين مضطرين لدفع تكاليف إضافية في ظل وجود فجوات في الخدمات الحكومية تتمثل في غياب إلزامية التأمين الصحي وقلة الكوادر المتخصصة ونقص التجهيزات والأدوية، وفي ظل تزايد عدد المراكز والمستشفيات الخاصة في الآونة الأخيرة في فلسطين[10]، وحجم الاستثمار الخاص في التشخيصات الطبية وتوريد الأجهزة والمعدات والأدوية، وتضخم فاتورة شراء العلاجات الصحية من خارج مرافق وزارة الصحة في ظل دعوات المؤسسات الأهلية لترشيد التحويلات، والدعوة لتطوير متوازن للخدمات الصحية في كافة القطاعات، ولفحص مدى صلاحية هذه الإجراءات لا بد من إعداد دراسة توضح مفهوم وحدود الخصخصة في القطاع الصحي، والتعرف على مظاهرها وتأثيراتها على تمتع المواطنين بالحق في الوصول والحصول على الرعاية والحماية الصحية العادلة.

[9] المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة.2019. مسح القوى العاملة الصحية الفلسطينية

[10] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني، ووزارة الصحة الفلسطينية.2019. الحسابات الصحية الفلسطينية -2017، رام الله-فلسطين

أسئلة الدراسة

تحاول هذه الدراسة فهم الجوانب المتعلقة بقضايا الخصخصة وتعريفها من قبل المشاركين ومظاهرها في القطاع الصحي الفلسطيني، وآثارها على الوصول العادل للخدمات الصحية، والخروج بتوصيات تساعد في تحسين السياسات الصحية الهادفة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والعادلة.

تبحث الدراسة في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مفهوم الخصخصة من وجهة نظر المشاركات والمشاركين في الدراسة؟ وما مظاهرها؟
2. ما العوامل التي تدفع الدولة للجوء إلى الخصخصة؟
3. ما الأهداف المتوخاة من تطبيق الخصخصة في القطاع الصحي؟
4. هل يوجد إطار قانوني وتشريعي ناظم لعملية الخصخصة؟
5. ما تأثيرات الخصخصة على استدامة تقديم الخدمات الصحية؟
6. كيف ستؤثر الخصخصة على الفئات المهمشة؟ وهل يمكن أن تحد من وصولهم وحصولهم على الخدمات الصحية بعدالة؟
7. كيف يمكن تطوير العلاقة بين القطاع العام والخاص؟
8. هل يمكن صياغة سياسات أو توجهات عامة تضمن الوصول العادل للخدمات الصحية وانفاذ الحق في الصحة؟

منهجية الدراسة

تستخدم الدراسة المنهج الوصفي لفهم أعمق لمضمون ظاهرة الخصخصة وتحليل أبعادها وتأثيراتها في النظام الصحي، وتركز على تقنيات البحث الكيفي الذي يفحص الظاهرة من خلال

المقابلة الفردية للعاملات والعاملين الصحيين والمختصين والمختصات في المجال، وتشكيل مجموعات نقاش بؤرية من الجنسين، وهنا تكون المشاركة في الحوار والنقاش جزء أصيل من العمل البحثي للوصول لمضامين موثوقة، حيث يستخدم التحليل الاستقرائي الذي يستدل من الجزئيات الملاحظة لمبادئ عامة واستنتاجات ذات دلالة. وتتضمن المنهجية الإجراءات البحثية الآتية:

1. دراسة الوثائق المتعلقة بالخصخصة من قوانين وتشريعات وسياسات وتقارير وتنفيذ تحليل وفق معايير محددة منها: الجودة، والعدالة، ورضا المستهدفين، وتوازن المصالح، وتحقيق التنمية، وغيرها. حيث تم مراجعة أكثر من 30 تقرير ودراسة محلية ودولية.
2. إجراء مقابلات فردية مع الكوادر الصحية المستهدفة في وزارة الصحة وغيرها من المؤسسات الصحية والأكاديميين، وتم الوصول لعدد 15 من المختصين والمختصات وأصحاب الخبرات في مجال تطوير السياسات الصحية ومن العاملين والعاملات في كافة القطاعات الصحية. ونفذت مقابلات معمقة لمدة (40–120) دقيقة، وتناولت أسئلة الدراسة بمزيد من التوضيح والتوسع. والجدول المرفق رقم (7) يبين قائمة المشاركين في المقابلات الفردية.
3. إدارة وتنفيذ نقاش جماعي مع عدد من المهتمين والمهتمات والمختصين والمختصات في المجال الصحي، حيث نفذت ثلاث لقاءات بؤرية استمرت كل منها مدة 3 ساعات وبمتوسط 15 مشاركة ومشارك في كل منها في ثلاث محافظات: قلقيلية ونابلس والخليل، وشارك العاملين الصحيين من أطباء وممرضين وإداريين وعاملي صحة مجتمع من عدة مؤسسات صحية أهلية وخاصة ووكالة ومجموعات ناشطة شبابية وحقوقية، وتناولت الورش محاور أساسية تتعلق بالخصخصة، ومنها مدى الاستفادة من الخدمات الصحية الحكومية، وجودتها، وآلية الاستفادة من التحويلات، والمعيقات التي تواجههم في مجال عملهم، وطبيعة العلاقة بين القطاعات المختلفة، وتأثير نمو دور القطاع الخاص على عدالة الوصول للخدمات وغيرها من المحاور التي شملتها أسئلة الدراسة. والجدول المرفق رقم (8) يبين قائمة المشاركين والمشاركات في المجموعات البؤرية.

4. إجراء زيارات ميدانية لعدد من المؤسسات الصحية للإطلاع عن كثب عن آلية التحويل وحجمها ونوعيتها وتكلفتها.

الفئات المستهدفة:

العاملين والعاملات في القطاع الصحي العام والخاص والأهلي، ومنهم: مدراء مستشفيات، مدراء برامج، أطباء، إحصائيين، أكاديميين، باحثين، عاملي صحة مجتمعيين، وكان عدد المشاركات من الإناث 32 وعدد المشاركين من الذكور 28.

الأدوات البحثية:

تم استخدام المقابلات الفردية شبة المنتظمة وأيضاً المجموعات البؤرية ويتضمن كل منهما عدد من الأسئلة البحثية المتعلقة بمفهوم الخصخصة ومظاهرها، وأبعادها وتأثيراتها على توفير الخدمة العادلة للمواطنين، وتجارب المشاركين في الاستفادة من الخدمات الصحية، واقتراحات المشاركات والمشاركين لتطوير مقترحات تقلل تنظم العمل الصحي بين القطاعات المختلفة، وتم اعتماد عدة مبادئ لتحليل الوثائق تتضمن مفاهيم الخصصة وتأثيراتها على الوصول العادل للخدمات الصحية، ودراسة التوجهات الدولية نحو الخصخصة ضمن معايير أساسية يجب تضمينها في السياسات الصحية منها: العدالة، والإلتزام بالحقوق، والوضوح، والشفافية، والملاءمة، والفاعلية، والكفاءة، ومراعاة السياق المحلي وحاجات المستهدفين وغيرها.

حدود الدراسة:

1. الحدود المكانية للبحث: المحافظات الشمالية في الضفة الغربية.
2. الحدود الزمانية للبحث: 15 /2019/9-2019/12/20.
3. إمكانية الوصول للمستهدفين في القطاع الحكومي والخاص.

القيم التي توجه البحث: يلتزم الباحث بالقيم الأساسية الآتية:

- سرية المعلومات وخصوصية المبحوثين، وسلامة الإجراءات، والحصول على الموافقة المبدئية على الإدلاء بأية بيانات، والحرص على الشفافية والمصداقية والموثوقية.
- الوصول العادل لجميع الفئات المستهدفة بالبحث قدر الإمكان.
- استخدام المشاركة البحثية مع عدد من الزملاء لمزيد من الموثوقية والمصداقية في النتائج.
- الاستدلال في حدوده المعقولة بالاستناد لأدلة كافية وملاحظات مستفيضة.
- صراحة الباحث وموافقة المشارك وتوفر حرية الانسحاب.
- الموضوعية والابتعاد عن التحيز.

تحليل البيانات:

تتضمن عملية تحليل البيانات النوعية عملية استقرائية تبدأ بتنظيم البيانات في فئات والتعرف على العلاقات بينها، وتطوير عناوين لهذه البيانات، ومن ثم الوصول لأفكار ومبادئ عامة. وهي عملية دائرية مستمرة تتكامل مع بقية البيانات الناتجة عن البحث عن طريق الاكتشاف المتواصل خلال الدراسة للتعرف على البيانات الأولية، وتصنيفها، وتقييم درجة الثقة بالبيانات وتوزيعها في العناوين المختلفة، والتوصل لبناء أفكار عامة ومفاهيم أساسية، ويتم العودة باستمرار لتقييم النتائج في ضوء البيانات الناتجة عن المقابلات لإغناء البحث، وهو بحث ديناميكي مرن قابل للتطوير والتعديل في ضوء المدخلات المستقبلية.

وسيتم في العناوين القادمة من هذا الفصل توضيح منطلقات الدراسة التي تؤكد على مفهوم الحق في الصحة، ومدى مساهمة القطاع الخاص في التنمية، والتنمية وعلاقتها بمظاهر الخصخصة، والتنمية تحت الاحتلال، وواقع الخدمات الصحية وحجم الإنفاق على الصحة، وحجم التحويلات

للعلاج خارج مرافق وزارة الصحة، وغيرها من المفاهيم التي ترتبط بموضوع الخصخصة في القطاع الصحي.

الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان

يؤكد دستور منظمة الصحة العالمية على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان[11]، وشمل الحق في الصحة، أربعة عناصر هي: التوافر، وامكانية الوصول، والمقبولية، والجودة. ويفرض الحق في الصحة ثلاثة أنواع من الالتزامات هي: الاحترام: ويفضي لعدم التدخل في التمتع بالحق في الصحة؛ والحماية: ويتطلب ضمان أن لا تقوم أطراف ثالثة (جهات أخرى) بإعاقة التمتع بالحق في الصحة؛ والأداء الجيد: ويحتاج لاتخاذ خطوات إيجابية لإعمال الحق في الصحة، ويشمل الحق في الصحة "محتوى أساسي" يتعلّق بالمستوى الأساسي الأدنى لتوفير الحق في الصحة عبر برامج الرعاية الصحية الأوّلية الأساسية، وتوفير القدر الأدنى من الأغذية الأساسية والأطعمة المغذية، والاهتمام بوسائل الإصحاح، وتوفير المياه النقية والصالحة للشرب، وتوفير الأدوية الأساسية.

ويقر العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1966 في المادة 12 بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغة، وعلى الدول الأطراف في العهد اتخاذ تدابير كافية لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق[12]. وتنص المادة رقم 2 من قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم 20 لسنة 2004 على مهام وزارة الصحة، ومنها: تقديم الخدمات الصحية الحكومية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية، وإنشاء المؤسسات الصحية اللازمة لذلك، وترخيص المؤسسات الصحية غير الحكومية ومراقبتها، وترخيص مزاولة المهن الطبية والمهن الطبية المساعدة

[11] منظمة الصحة العالمية. 2019. حقائق رئيسية. تم الوصول بتاريخ: 2019/10/7 عبر الرابط:
https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

[12] العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. تم الوصول بتاريخ: 2019/10/7 عبر الرابط:
https://www.arij.org/files/arijadmin/international_conventions/cescr_arabic.pdf

ومراقبتها، ولذا فالمطلوب رصد تطور النظام الصحي الفلسطيني ومبدأ المساواة فيه، من خلال مؤشرات القدرة على الوصول إلى الخدمات الصحية، والقدرة على تحمل تكاليفها في إطار من التضامن والمشاركة المجتمعية لتحقيق العدالة للجميع [13].

تجمع الخدمات العامة كالرعاية الصحية بين كونها حقاً اجتماعياً واقتصادياً للمواطنين من ناحية، وبين كونها ذات أثر بالغ على سجل التنمية من جانب آخر، وهو ما يجعل منها مسألة حقوقية قانونية واقتصادية وسياسية في الوقت ذاته، وساعدت هذه الأبعاد المتعددة العديد من الدول إلى وضع ضمانات الرعاية الصحية ومؤسساتها وسياساتها على رأس الأولويات، ونجحت العديد من الدول من إدخال تعديلات على حياة الغالبية العظمى من السكان من خلال تقليل نسبة المراضة، وخفض نسبة وفيات الأطفال والأمهات، ورفع متوسط العمر المتوقع للسكان من خلال أنظمة صحية تتميز بالكفاءة والفاعلية والإنصاف[14].

تحت ضغط إصلاح النظام الصحي بتأثير سياسات البنك الدولي أصبحت النظم الصحية ذات القاعدة الخدماتية العريضة والمدعومة من الدولة محل تهديد من تيار التحرير الاقتصادي المتصاعد، وقد ترتب على ذلك خفض الإنفاق العام على الخدمات الصحية، وإدخال القطاع الخاص كشريك عامل بسياسة الربح الخالص، ليساعد في تقديم الخدمات من جهة، ويستفيد من زيادة العرض لتشجيع السوق من جهة أخرى[15]. وسميت هذه التغييرات عدة مسميات تدرجت بداية بالإصلاح Reform، ثم تحرير القطاعات Liberalization، والخصخصة Privatization، التي لم تحقق أهدافها في الوصول العادل للخدمات، وأثرت بالتحديد على جودة الخدمة الصحية ودرجة توفرها، وخاصة للفئات المهمشة من ذوي الإعاقة والأطفال والنساء وكبار السن والفقراء الأشد حاجة للخدمات الصحية، وتنامى إهدار الموارد لتحقيق مزيد من الأرباح، وخاصة في مجال استهلاك الأدوية والأجهزة الطبية، وآلية توزيعها على غير مستحقيها، مما ساعد في قلة وصول الفئات المهمشة للخدمات الصحية الأساسية، والذي أدى لانتكاسات في الأنظمة الصحية وانتشار الأمراض المعدية كما حدث نتيجة خصخصة المستشفيات العامة

[13] قانون الصحة العامة الفلسطيني. تم الوصول بتاريخ2019/10/7 عبر الرابط:
http://www.mne.gov.ps/MneModules/laws/laws60.pdf

[14] جاو، هوانجوين؛ ولن، ففيان.2008. الإصلاح الصحي في الصين: بين هوية القطاع العام وسلوكيات القطاع الخاص. ترجمة: د. علاء غنام. منشورات المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

[15] P. Den Exter. 2008. International Health law. Solidarity and Justice in Health Care, Apeldon, Antwepen:Maklu

في الصين، وتداعيات هذه السياسة على تقلص جهود التوعية والتعزيز الصحي في الأرياف والتي أدت إلى إنتشار مرض " السارس SARS" في الصين عام 2003[16].

ويرى فريق البحث أن التنمية الحقيقية تتطلب الاستثمار في قطاعات انتاجية، وليس خدماتية فقط، توفر موارد كافية لدعم برامج التنمية الإنسانية كالتعليم والتدريب المهني والرعاية الصحية والاجتماعية، وهذا يتطلب تدخل الدولة بشكل قوي لتوفير السياسات الناظمة، وإحداث تغييرات في هيكلية المؤسسات، وتطوير القدرات للكوادر الصحية وتوفير التقنيات الضرورية. والشراكة مع القطاع الخاص لا تعني بالضرورة التخلص من التزامات الدولة نحو مواطنيها في الرعاية الصحية، واخلاء الساحة للقطاع الخاص ليتحكم في المقدرات المخصصة للفئات المهمشة والأشد فقراً في المجتمع، بل يتطلب أن يكون الدور المركزي للدولة في التمويل والمراقبة والمتابعة وتصويب التدخلات سواء كانت أهلية أو خاصة بصفتها القانونية كجهة ناظمة ومشرفة على تقديم الخدمات.

ويؤكد فريق البحث على أن الخدمات الصحية ليست سلعة بالمعنى الحرفي للسوق، وانما أداة للتنمية لأنها باعثة ضرورية لإعداد قوة قادرة على العمل والانتاج، لذا هي أداة رافعة للاستثمار والاقتصاد إن أحسن إدارتها، من خلال الخطط المبنية على الاحتياجات الواقعية، والكوادر المؤهلة والبيئات الداعمة. إن انسحاب الدولة التدريجي من تقديم كافة الخدمات الصحية الأساسية، وتراجع النظرة الحقوقية للخدمات العامة والنظر لها كسلع يمكن أن يقدمها القطاع الخاص باعتبارات الربح والقدرة على الدفع من جيب المواطن الرازخ تحت الاحتلال، ودون اعتبار لمبادئ العدالة والمساواة والشراكة والتعاون، سيؤثر بالضرورة على المستويات المعيشية للشعب الفلسطيني وقدرته على مواجهة الاحتلال.

[16] جاو، هوانجوين؛ ولين، ففيان.2008. الإصلاح الصحي في الصين: بين هوية القطاع العام وسلوكيات القطاع الخاص. ترجمة: د. علاء غنام. منشورات المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

مشاركة القطاع الخاص في التنمية

تقود العالم سياسة اقتصادية ليبرالية تقترح أن سبيل تحقيق الرفاه الإنساني هو تحرير الحريات والمهارات الفردية الخاصة بالعمل، في سياق إطار مؤسسي يتسم بحقوق الملكية الخاصة والأسواق الحرة والتجارة الحرة، ويشمل خصخصة العديد من المؤسسات العامة وانسحاب الدولة التدريجي من رعاية الخدمات الاجتماعية، وظهرت هذه المقاربة في بريطانيا وتبنتها الولايات المتحدة واستراليا وغيرها، ويتم العمل على تمريرها للعديد من دول العالم عن طريق سياسات التكيف الهيكلي التي فرضها صندوق النقد الدولي والبنك الدولي، وعن طريق اتفاقيات التجارة الحرة[17].

ومع أن هذه المقاربة الاقتصادية تستطيع توفير بعض الأرباح المادية، إلا أنها فشلت في تحقيق الاحتياجات الأساسية للجميع وأثرت سلباً على المساواة والعدالة لجميع السكان، وتزايدت الفجوات بين الدول، وبين الفئات السكانية المختلفة داخل الدولة الواحدة، وتركزت الموارد والقدرة المادية بيد عدد قليل من السكان، ومع استمرار هذه السياسات الاقتصادية ستؤدي إلى افقار أغلبية السكان واستلاب مقومات حياتهم الأساسية.

من وجهة نظر فريق البحث فإن الخطاب النيوليبرالي الذي يحمل الفقراء مسؤولية فقرهم، ويروج للحرية التي تعزز المساواة بين الناس، ما هو إلا مجرد شعارات زائفة، حيث يحاول الخطاب

[17] الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. 2016. تقرير تحليلي: السياسات الاقتصادية وأنشطة حقوق الإنسان الخاصة بأعضاء الشبكة والشركاء. https://www.escr-net.org/sites/default/files/ephr-analysis-report_arabic.pdf

الجديد تقليل الدور الحكومي في ضمان النمو الاقتصادي ودعم الخدمات، ويروج لنزع الضوابط لصالح النخبة صاحبة الامتيازات والقدرات المادية، وتقليص الضرائب وحجم الانفاق العام ويتجنب المساءلة، ويدعو باستمرار لخصخصة السلع والخدمات الحكومية، ويروج لأسواق عمل مرنة لتحويل الخدمات الأساسية لسلع قابلة للتحكم والبيع، والتحول من المنحى الحقوقي لمنحى القدرة على الدفع.

وينظر لأنظمة العمل القانونية والمعايير البيئية والإلتزام بحقوق الإنسان كمعوقات للأسواق الحرة، ويطلب من الحكومات تقديم تنازلات وامتيازات تفضيلية تؤدي لتحقيق الأرباح، ورغم تزايد الانتاج والابتكارات التكنولوجية إلا أن البطالة في تزايد، والفقر في تزايد، والفجوة بين الفقراء والأغنياء في تزايد، مما يؤدي لانعدام المساواة وظهور الأزمات الاقتصادية والكوارث البيئية، وتنامي هجرة الكوادر المؤهلة، وبروز ظواهر التطرف وممارسة العنف والاضطرابات الاجتماعية. إن نظام تقوده الأرباح الخاصة لا المصلحة العامة، وتدعمه السياسات الحكومية، والتلاعب الإعلامي بالرأي العام لتضليله، سيؤدي لمصادرة قوة الدولة في الحفاظ على مواردها وفي إدارة الخدمات الأساسية كالتعليم والصحة والأمن التي تعد المقومات الأساسية لسيادة الدولة، ولذا تثير الخصخصة لقطاع الصحة القلق من حدوث انتهاكات لحقوق الإنسان وخاصة ما يتعلق بالحصول على الخدمات وتوفرها وجودتها، وعدم مقدرة مؤسسات الدولة على محاسبة شركات تحركها دوافع الربح لا مقاربة حقوق الإنسان[18].

ويرى فريق البحث أن المقاربة الخدماتية المطلوبة تقوم على أساس حقوق الإنسان، وحقهم في الحصول على خدمات نوعية تلتزم الدولة بتقديمها لمواطنيها، وهذا يتطلب مشاركة العديد من المؤسسات في تشكيل إطار مناهض لسياسات الخصخصة في القطاعات المختلفة، ولمناوئة التوجهات الحالية التي تسعى لزيادة سيطرة الأغنياء على موارد الفقراء، وتوحد الجهود والتشبيك بين المؤسسات المناهضة لمواجهة استيلاء الشركات على مؤسسات الدولة وعمليات صناعة القرار، وتحدي التدخلات التي تهمش الصوت المناهض، والإصرار على الحقوق لا الأهداف التي تدعو لتحقيق الأرباح فقط.

[18] حركة صحة الشعوب. ميثاق الشعوب من أجل الصحة. مؤتمر ألما- آتا عام 1978

إن النموذج البديل يقر بأحقية الحياة الكريمة للجميع، ويقر بقدسية الحياة والحفاظ على البيئة والطبيعة ومواردها للأجيال القادمة، ويقر بضرورة مشاركة المواطنين في اتخاذ القرارات الواعية، وبأحقية جميع الناس من الوصول لمصادر المعلومات الصحيحة، والمشاركة في توفير برامج تركز على العدالة في توزيع الموارد، والعدالة الاجتماعية والسياسية والبيئية، حيث تكون خاضعة لمحاسبة الناس ومستجيبة لاحتياجاتهم وتطلعاتهم[19].

ولذا بات على الدول مسؤولية أساسية تتمثل في تصميم السياسات الملائمة، وتخصيص الموارد الكافية لكفالة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وعلى الدول الأعضاء في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ضمان عدم التمييز وضمان المساواة، وعليها اتخاذ خطوات باستخدام أقصى ما تسمح به مواردها المتاحة من أجل التمتع الفعلي والتدريجي بالحقوق المنصوص عليها، وتصر لجنة الأمم المتحدة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على ضرورة أن تقوم الدول الأعضاء، حتى في أوقات وجود قيود شديدة على الموارد، بحماية الفئات المجتمعية الأكثر عرضة للخطر والتهميش، عن طريق اعتماد برامج قليلة التكلفة نسبياً تغطي الأغلبية الساحقة من المواطنين تغطية عادلة، وشاملة، وذات جودة عالية[20].

التنمية في مواجهة الخصخصة

تأثرت الدول النامية برياح التغيير القادمة من هيكلة اقتصادات السوق الحر، التي توجهها سياسات البنك الدولي ومنظمة التجارة العالمية الداعية لمزيد من تدخل القطاع الخاص في امتلاك بعض القطاعات العامة بهدف تقليل من مديونية الدول، عبر اتباع سياسات اقتصادية تركز على الإصلاحات الهيكلية في اقتصادها بعدة أوجه كترشيد الإنفاق وتحرير الاقتصاد واعتماد آلية السوق وإصلاح الإدارة الاقتصادية والنظم القانونية والتوجه نحو الخصخصة، ويبدو أن هذه المؤسسات تسعى بالدرجة الأولى لتحقيق الأرباح، فتحولت الخصخصة في كثير من

---

[19] لجنة الأمم المتحدة الاقتصادية لأوروبا. 2014. حمياتك بيئتك: الأمر بيدك. تم الوصول بتاريخ 2019/9/10 عبر الرابط: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/pp/Publications/IG_Arabic_Light.pdf

[20] العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية والاجتماعية والثقافية. اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 أ(د-21) بتاريخ 1966/12/16 . تم الوصول للمادة بتاريخ 2019/9/13 عبر الرابط: https://www.arij.org/files/arijadmin/international_conventions/cescr_arabic.pdf

الحالات إلى وسيلة لإثراء بعض المتنفذين للاستيلاء على الموارد الوطنية لتحقيق زيادة في الانتاج وتحقيق التنمية المنشودة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية[21].

تهدف التنمية بأبعادها المختلفة إلى تحقيق مخرجات عديدة منها زيادة الدخل القومي وتمكين المواطنين وتحقيق الرفاه الاجتماعي والعدالة الاجتماعية، ولذا فهي عملية ديناميكية مستمرة ومتصاعدة تعبر عن تلبية الاحتياجات المتجددة، التي يتم دراستها والتخطيط لتنفيذها بشكل واعٍ، ضمن أهداف استراتيجية بعيدة المدى، وفي سبيل تحقيق هذه الأهداف تجري تعديلات في هيكلية الإطار الاقتصادي والسياسي والاجتماعي لبلوغ المجتمع غاياته، ويتطلب تحقيق التنمية تطوير للقوى المنتجة والموارد وأدوات العمل والعلاقات التي تربط المدخلات بالعمليات، وتطوير الأفكار والأنظمة الناظمة والبيئة القانونية والمحاسبية لضمان الاتفاق على مخرجات تحسن من جودة الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية السائدة[22].

ولذا فالتنمية مفهوم حضاري محوره الإنسان وكرامته وجودة حياته، ويعتمد على المشاركة الواعية، وبذل الجهود من الجميع وفق أقصى طاقة ممكنة، والعمل على استثمار إمكانيات المجتمع المادية والبشرية والطبيعية والفكرية المتاحة لتحقيق المنفعة القصوى بأقل جهود ممكنة، وحري بالقول أن التنمية بالمفهوم العصري تعني خفض مستويات الفقر والبطالة والفجوة في توزيع الموارد بين السكان لتحقيق السلم الأهلي وديمومة العمل والنمو الاقتصادي، وتتطلب التنمية الاقتصادية توفر رأسمال بحجم مناسب للاستثمار في قطاعات تدر دخلاً كافياً، وتحتاج لخبرة الأيدي العاملة المؤهلة القادرة على التخطيط والتنفيذ والتقييم، وتستلزم إيجاد سوق رحبة توفر تبادل أكبر للسلع والخدمات، وتحتاج كذلك لمدخلات كالمصادر الأولية وعلاقات التشبيك والتنسيق والمواءمة بين كافة العناصر[23].

وتتطلب التنمية الاجتماعية خلق ظروف مشجعة سياسية ونفسية واجتماعية لتشجيع الاستثمار، وهذا يحتاج لقوانين وتشريعات عصرية ناظمة تكفل حقوق جميع الأطراف، ولذا فالمساءلة

---

[21] الفياض، عباس. 2010. الخصخصة وتأثيراتها على الاقتصاد العراقي. رسالة دكتوراه. اشراف الاستاذ الدكتور صباح الإمامي

تقرير التنمية الإنسانية العربية. 2002. توظيف القدرات الإنسانية. تم الوصول بتاريخ 2019/9/16 عبر الرابط:

[22] https://www.un.org/ar/esa/ahdr/pdf/ahdr02/ch6.pdf

[23] فاكية، سقني. 2010. التنمية الإنسانية المستدامة وحقوق الإنسان. رسالة ماجستير بإشراف الاستاذ الدكتور مويسي بلعيد. جامعة فرحات عباس. تم الوصول بتاريخ: 2019/10/6 عبر الرابط: https://www.univ-setif2.dz/images/PDF/magister/MD3.pdf

عنصر حاضر في كافة جوانب عملية التنمية، وشعور الجميع بالأمن والأمان والثقة بقدرات مؤسسات الدولة على ضبط كافة مدخلات وعمليات ومخرجات التنمية[24].

ينبغي أن تكون التنمية عملية مجتمعية واعية ودائمة، حيث سببت تناقضات الإيديولوجيا والارهاصات السياسية تأخر التنمية في العديد من الدول النامية، وأخرت وجود فلسفة اقتصادية واجتماعية واضحة وجامعة، وتفاقمت مشاكل القطاع العام لقصوره عن بلوغ الأهداف لأسباب تتعلق بالإدارة واتباع طرق تقليدية في تسيير الكوادر البشرية، وتعقيدات بيروقراطية وتدخلات غير مبررة تعيق الاستقلالية والابتكار، وارتفاع الترهل الإداري وفقدان الانتماء وزيادة البطالة المقنعة، فعدد الطواقم الإدارية في النظام الصحي كبير لا يتناسب وحجم الطواقم الفنية بشكل يثير الاستغراب، فهذه الاختلالات الهيكلية في مستوى التوازنات الداخلية والخارجية أدى إلى اخفاق القطاع الحكومي في تحقيق التنمية[25]. ويرى فريق البحث أن غياب جهود حقيقية للتنمية يترك المجال لمن يمتلك الأموال بانتهاز فرص تشجع الخصخصة في كافة القطاعات، وخاصة في ظل غياب الأدوات الرقابية والتشريعية الضابطة للأنشطة الاقتصادية والصحية المختلفة.

التنمية تحت الاحتلال

بذلت جهود عديدة في تحسين الوضع الاقتصادي والاجتماعي للشعب الفلسطيني طيلة العقود الثلاثة الماضية، وصيغت العديد من خطط التنمية، وأنشئت آلاف المشاريع وانفقت مليارات الدولارات منذ توقيع اتفاقية أوسلو[26]، ولا زالت مؤشرات التنمية في تراجع كبير، حيث تشير تقارير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن البطالة في تزايد مستمر، حيث يشير مسح القوى العاملة أن معدل البطالة يصل 30.2% في فلسطين (49.1% في غزة مقابل 18.3% في الضفة) وتتزايد البطالة بين فئة الشباب الخريجيين لتصل 50%[27].

---

[24] جبار عبد، مليحة. 2014. دور الدولة في التنمية الاقتصادية ومبررات الخصخصة في الاقتصاديات النامية. مجلة المثنى للعلوم الإدارية والاقتصادية. المجلد(4)، العدد (9)، ص ص: 74-99

[25] ساحي، فوزية. الخوصصة عواملها، أسبابها، أهدافها، وآثارها في الجزائر. مجلة الحكمة للدراسات الاجتماعية. عدد2017، اصدار 12، ص ص: 68 -82. الجزائر

[26] حداد ، توفيق. 2017. أثر المساعدات الأجنبية على تجزئة الفلسطينيين. متابعة الدعم الدولي– فلسطين

[27] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2018. مسح القوى العاملة للربع الأول 2018. فلسطين www.pcbs.gov.ps

ويلاحظ أيضاً أن نسبة الفقر في تزايد كبير بين السكان الفلسطينيين حيث يعيش 29.2% من السكان في فلسطين دون خط الفقر الوطني المحدد لعام 2017 ، وتتزايد نسبة الفقر بين السكان في قطاع غزة لتصل أكثر من 53%، وغالبية الفقراء يعملون في وظائف مؤقته وبأجر غير منتظم. ويرى فريق البحث أن اتفاقية أوسلو للسلام بين دولة الاحتلال ومنظمة التحرير، واتفاقية باريس الاقتصادية، كبلت السوق الفلسطينية بإرث ثقيل من سياسات احتلالية للسيطرة على الموارد الفلسطينية، والتحكم في المعابر، وقرصنة عوائد الضرائب، والسيطرة على معظم أراضي الضفة الغربية، وفي ظل غياب آفاق التسوية لحل الدولتين لا بد من تفكير جديد في طبيعة التنمية المنشوده.

ويرى فريق البحث أن التنمية بأبعادها المختلفة هي مسؤولية الدولة، ويترتب عليها بناء قاعدة اقتصادية انتاجية وعلمية ثقافية ومؤسسات عصرية، مع البدء بتحرير القيود التي فرضت عليها من قبل مؤسسات الاحتلال والشركات الرأسمالية التي تريد ارتهان الاقتصاد الفلسطيني الهش بمنظومة العولمة الساحقة، ولا يمكن الاستمرار بالإنبهار بالعولمة الرأسمالية، وسياسات السوق الحر الزائفة، في ظل الاحتكار الذي تسيطر عليه دولة الاحتلال، ولا يمكن الارتهان للمساعدات والتسهيلات القادمة من التمويل الموجه بقوانين السوق التي تسببت في خسارات كبيرة لعديد الدول. ويؤكد الفريق على ضرورة العمل على التوحيد بين النضال التحرري والمشروع التنموي في آن واحد، والتخلص من وهم المبادرات والحلول المؤقته، فلا يوجد أية آفاق لحلول متوقعة في ظل الخلل القائم في موازين القوى، وفي ظل استمرار استيطان الأراضي الفلسطينية، واستمرار الضغط على الفلسطينيين للقبول بحلول غير عملية وغير واقعية.

في ظل هذه المعطيات، تستطيع الدولة أن تقوم بدور هام استثماري في قطاعات انتاجية عديدة بالاستناد للاستثمارات الفلسطينية وعوائد الضرائب حيث يمتلك الشعب الفلسطيني إمكانيات كبيرة تؤهله لبناء قاعدة أساسية للإنفكاك عن الاحتلال ومؤسساته، حيث تستطيع أن تقلل من التكلفة العالية لبعض القطاعات غير المنتجه، والاستثمار في قطاعات انتاجية حقيقية مثل الزراعة والصناعة والتكنولوجيا والتعليم والصحة وغيرها وتستطيع الدولة أن تحسن من جودة التعليم والخدمات الصحية، وأن ترفع من موازنة الزراعة، والبحث العلمي، واتاحة الفرصة للقطاع الخاص الوطني من المشاركة الرصينة على أسس علمية واقعية تستند لتحليل معمق

للاحتياجات، وتحديد فرص للاستثمار تمكن الشباب من المشاركة في التنمية. إن خطط التنمية غير المدروسة والتي تشكل في مجملها شعارات ولا تفضي لنتاجات واضحة تسبب الاحباط واليأس من وجود حلول واقعية، وتشجع على هجرة الطاقات والكوادر المؤهلة، والتي هي جزء من الموارد الأساسية لأية نهضة محتملة لدى الشعب الفلسطيني، الذي يمتلك طاقات كبيرة وامكانيات رائعة، تحتاج لمن يمتلك الانتماء والرغبة الحقيقية في تحقيق النجاحات.

يجب تشجيع المشاركة بين جميع القطاعات والسعي نحو توفير منتجات صحية محلية ذات جودة عالية وبأسعار تنافسية، توفر التدفقات الضريبية القادرة على توفير فرص جديدة للاستثمار وتوفير فرص تشغيلية كبيرة للحد من البطالة، وهذا يتطلب جهود متواصلة لمقاطعة المنتجات غير الوطنية وشراء الخدمات من الخارج، والوقوف على الاحتياجات الضرورية وايجاد بدائل ممكنة، ويجب مشاركة الدولة في كافة المشاريع لضمان الجودة وللحفاظ على الحقوق ضمن مبادئ أساسية تضمن التعاون والمشاركة وتحقيق العدالة. إن النظام الاقتصادي الذي يقوم على اقتصاد السوق الحر، ويكبل المواطنين بقروض وفوائد بنكية بعيدة المدى لتأمين الاحتياجات الأساسية في الحصول على مساكن أو فرصة للتعليم والزواج وغيرها، ويتيح المجال لنمو الخصخصة في ظل فجوات القوانين والتشريعات الناظمة سيؤثر على قدرة المواطنين للوصول العادل لمجمل الخدمات وأهمها الخدمات الصحية.

واقع الخدمات الصحية الفلسطينية

حجم المرافق الصحية

تشير تقديرات الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني أن عدد سكان فلسطين المقدر لعام 2018 يبلغ 4.854 مليون نسمه (60.2% يسكنون في المحافظات الشمالية، 49.1% إناث، 42.2% لاجئون)، وتبلغ فئة الأطفال (0–14 سنة) نسبة 38.7%، في حين يمثل كبار السن ممن تزيد أعمارهم عن 65 سنة نسبة قليلة 3.3%. وهذه النسب تبين أن المجتمع الفلسطيني مجتمع فتي يحتاج لرعاية صحية وقائية وبرامج تتطلب جهود كبيرة لاستدامة الخدمات.

تقدم الخدمات الصحية العلاجية للسكان وفق ثلاثة مستويات: المستوى الأول ويمثل مراكز الرعاية الأولية، والمستوي الثاني ويمثل المستشفيات العامة، والثالث يمثل بعض المستشفيات العامة والتخصصية، وتقدم خدمات الرعاية الصحية من قبل مراكز وزارة الصحة، والمنظمات غير الحكومية أو الأهلية، ووكالة الغوث، والخدمات الطبية العسكرية، والجدول رقم (1) يبين توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين وفق جهات الإشراف المختلفة.

جدول 1 . مراكز الرعاية الصحية الأولية حسب الجهة المشرفة.

الجهة المشرفة	عدد المراكز	النسبة
وزارة الصحة (حكومة)	468	%63.9
مؤسسات غير حكومية	182	%24.9

وكالة الغوث	65	%8.9
الخدمات الطبية العسكرية	17	%2.3
المجموع	732	

المصدر: تقرير مركز المعلومات الفلسطيني، وزارة الصحة– فلسطين 2018

يغطي كل مركز بالمتوسط 6242 نسمة، وتقدم هذه المراكز خدمات الطب العام، وتنظيم الأسرة، والطب التخصصي، وصحة الفم والأسنان، والفحوصات المخبرية والاشعاعية؛ ويلاحظ أن مجمل هذه الخدمات يتوزع على عدد قليل من هذه المراكز ولا يغطي جميع التجمعات السكانية.

ويلاحظ من الجدول1 أعلاه أن القطاع الخاص لا يستثمر في مراكز الرعاية الصحية الأولية التي تقدم الخدمات الوقائية والتشخيصية الأولية، بل يركز على الفحوصات الاستكمالية والعلاجات التخصصية وتوزيع السلع الطبية والأدوية التي تدر الأرباح العالية؛ وتقدم الرعاية الصحية الثانية والثالثة في المستشفيات البالغ عددها 82 مستشفى، والجدول رقم (2) يبين توزيع هذه المستشفيات وفق الجهة المشرفة.

جدول2. توزيع المستشفيات وفق الجهة المشرفة في فلسطين.

الجهة المشرفة	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	النسبة
وزارة الصحة (حكومة)	27	3462	%53.8
مؤسسات غير حكومية	35	2141	%33.2
القطاع الخاص	17	631	%9.8
وكالة الغوث	1	63	%1
الخدمات الطبية العسكرية	2	143	%2.2
المجموع	82	6440	

المصدر: تقرير مركز المعلومات الفلسطيني، وزارة الصحة–فلسطين 2018

ويلاحظ من الجدول2 أعلاه أن وزارة الصحة الفلسطينية هي مقدم أساسي لخدمات الرعاية الصحية الثانوية، حيث تقدم هذه المستشفيات خدمات الجراحة العامة، وعلاج الأمراض الباطنية، وطب الأطفال، وعلاج الأمراض النفسية وغيرها، في حين أن خدمات التأهيل والعلاج الطبيعي تقدم من قبل المؤسسات الأهلية غير الحكومية فقط.

وتتداخل الخدمات من الدرجة الثانية مع خدمات الدرجة الثالثة في عديد المستشفيات وفق درجة التخصص، حيث توجد مستشفيات عامة تقدم عدة خدمات بمستويات مختلفة وتبلغ نسبتها 55.8%، في حين أن المستشفيات التخصصية تصل نسبتها 19.2%، ومستشفيات الولاده 19.2%، في حين أن مراكز التأهيل والعلاج الطبيعي تصل نسبتها 5.8%. ويلاحظ من هذه النسب توزع الخدمات بين قطاعات مختلفة حكومية وأهلية وخاصة بالإضافة للمراكز التابعة لوكالة الغوث التي تقدم خدمات الرعاية الأولية للاجئين. وتتولى وزارة الصحة نسبة كبيرة من تقديم الخدمات الصحية، حيث تصل نسبة إشغال الأسرة في المستشفيات 101.5%، وتقدم خدمة العيادات الخارجية لقرابة 1.22 مليون مريض سنوياً، ولكن هذه الأرقام لا تعطي دلالات عن جودة الخدمات في ظل ضغط الطلب على الخدمات، وتدني موازنات التطوير الصحي.

الإنفاق على الخدمات الصحية الفلسطينية

يبلغ حجم الإنفاق على الصحة في فلسطين وفق احصائيات عام 2017 قرابة 1.466 مليار دولار أمريكي[28]، تسهم الحكومة ونظم تمويل الرعاية الصحية المساهمة ما نسبته 33% من حجم الإنفاق، في حين يبلغ مساهمة الأسر المعيشية النسبة الأكبر والبالغة 45.5% من حجم النفقات على الصحة، وهي نسبة كبيرة ومقلقة وفق توصيات منظمة الصحة العالمية، في حين تسهم مؤسسات خارجية "باقي العالم" ما نسبته 15.2% من حجم الإنفاق، والنسب المتبقية للمؤسسات غير الهادفة للربح[29]، وتستحوذ الرعاية العلاجية القسط الأكبر من الانفاق على الخدمات الصحية حيث تصل نسبتها 71.7% من حجم الانفاق الكلي، والجزء الأقل يذهب للانفاق على خدمات الرعاية الوقائية والمساندة[30].

أنفق المجتمع الفلسطيني عام 2016 ما قيمته 260 مليون دولار على خدمات البيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية بنسبة 18.3% من إجمالي الانفاق على الصحة، وهذه الأرقام والنسب تدلل على أن المواطن الفلسطيني يتحمل قسم كبير من فاتورة العلاج في العيادات والمستشفيات الخاصة، ومع ذلك تبقى الرعاية الطبية من أقل السلع التي ينفق عليها المجتمع

[28] نسبة الانفاق على الصحة من الناتج المحلي الاجمالي لعام 2016 تصل 10.7% في حين كانت تمثل 12.8% عام 2011

[29] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2018. وزارة الصحة الفلسطينية: الحسابات الصحية الفلسطينية-2016 www.pcbs.gov.ps

[30] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2017.

الفلسطيني إذا ما قورنت بسلع أخرى، حيث تنفق الأسرة الفلسطينية المكونة من 6 أشخاص قرابة 350 دينار أردني على الطعام شهرياً، وتنفق أكثر من 110 دينار على النقل، وتنفق بالمتوسط 70 دينار على التدخين، و60 دينار على الاتصالات، في حين تنفق على الرعاية الصحية 50 دينار فقط [31]، والقسم الأكبر من الانفاق على الصحة يذهب للعلاج وشراء السلع الطبية[32].

التحويلات للعلاج خارج مرافق وزارة الصحة

بلغ عدد التحويلات لشراء خدمات استشارية وعلاجية من خارج مرافق وزارة الصحة ما مجموعه 109818 تحويلة عام 2018 بزيادة قدرها 15.7% عن عام 2017، حيث بلغت الكلفة الإجمالية للتحويلات مبلغ 725 مليون شيكل وبزيادة مقدارها 68% عن العام 2017، وهذه نسبة كبيرة من موازنة نفقات وزارة الصحة[33]. توزعت هذه التحويلات إلى استشارات طبية بنسبة 31.8%، ومبيت خارجي بنسبة 68.2%. وتم شراء الخدمات الصحية من مستشفيات أهلية وخاصة في القدس والضفة وغزة وفق النسب التالية على التوالي (38.4%، 30.1%، 5.7%) واشترت بنسب قليلة من الأردن ومصر وتركيا، أما نسبة الشراء من المستشفيات الإسرائيلية فكانت 25%. وعلى الرغم من تباطؤ الناتج المحلي الإجمالي في عام 2018 وارتفاع نسب البطالة، إلا أن مجمل الخدمات ومنها الصحية زادت لتشكل ما نسبته 61.7% من الناتج المحلي الاجمالي، في حين أن قطاعات انتاجية حيوية مثل الزراعة والصناعة والإنشاءات لم تتجاوز مجتمعة نسبة 21%[34]. وهذا الارتفاع الحاد وغير المبرر في الأموال التي تنفق على الخدمات والتحويلات الطبية يؤثر على قدرة المراكز والمستشفيات الحكومية من تقديم خدمات نوعية وتوفير الأدوية والأدوات المساندة للمرضى، ومن الاحتفاظ بالكوادر المؤهلة[35].

---

[31] بالاستناد لتقرير مسح إنفاق واستهلاك الأسرة لعام 2011 وتقارير ارتفاع أسعار السلع الاستهلاكية لعام 2018.

[32] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2017. التوزيع النسبي للإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين2017

[33] وزارة الصحة الفلسطينية.2019. مركز المعلومات الصحية الفلسطيني: التقرير الصحي السنوي-فلسطين 2018 . وتوجد تقديرات أخرى تفيد أن التكلفة الحقيقية تزيد عن هذا الرقم.

[34] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني.2019. أداء الاقتصاد الفلسطيني خلال عام 2018. قاعدة بيانات الجهاز www.pcps.org.ps

[35] لاحظ التقرير الصادر عن الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان. 2008. عن واقع الحق في الصحة في فلسطين

حالة مستشفى الخليل (عالية) الحكومي

يخدم المستشفى قرابة 800000 نسمة، ويعاني من اكتظاظ شديد لدرجة يتم فيها إدخال 2-3 أطفال على سرير واحد، ويعاني من نقص الأجهزة، وأطباء الاختصاص، والأدوية، ويتم في ظل هذه الظروف تحويل عدد كبير من المرضى للمستشفيات الخاصة.

تقول سيده لها تجربه مع والدتها: تحول مشكله الاكتظاظ دون أخذ الخدمه في الوقت المناسب، حيث انتظرنا 4 ساعات في قسم الطوارئ بدون أن نجد حتى كرسي لتجلس عليه والدتي، التي كانت تعاني من جلطة دماغية، وبعد إدخالها إلى القسم لم نجد لها سرير، وآثرنا بعد طول انتظار لتحويلها على حسابنا الشخصي إلى المستشفى الأهلي، ولتلقي علاج بتكلفه تزيد عن 4000 شيكل ولم تمكث سوى يومين فقط في المستشفى.

مجموعة النقاش في الخليل بتاريخ 2019/10/15

ترتفع فاتورة شراء الخدمات الصحية سنوياً لأسباب عديدة منها: زيادة عدد المرضى وخاصة مرضى القلب والسرطان والأمراض المزمنة الأخرى، وبسبب التطور في تقنية العلاجات والأدوية الحديثة المكلفة، وللتغير الحاصل على تشخيص المريض بسبب الانتظار الطويل قبل تلقي العلاج، ولاختلاف الأسعار بين الموردين، ولغياب الرقابة على أداء المستشفيات الخاصة التي تحاول الاستفادة من مكوث المريض لأطول فترة ممكنة.

مقابلة فردية مع مدير في وزارة الصحة

الفصل الثاني: الخصخصة ومبرراتها

يتناول هذا الفصل مفهوم الخصخصة، ومظاهرها، ومبرراتها في عدد من الأنظمة الصحية، وعرض تجارب لعدة دول في مجال خصخصة القطاع الصحي والمؤشرات الصحية المرتبطة بمضامين الخصخصة، وعرض لدراسات عدة تناولت آثار الخصخصة على استدامة الخدمات الصحية.

واعلم أن السلطان لا ينمي ماله ولا يدر موجوده إلا الجباية، وإدرارها إنما يكون بالعدل في أهل الأموال، والنظر لهم بذلك، فبذلك تنبسط آمالهم وتنشرح صدورهم للأخذ في تثمير الأموال وتنميتها .. فإن الرعايا إذا قعدوا عن تثمير أموالهم بالفلاحة والتجارة نقصت وتلاشت بالنفقات وكان فيها تلاف أحوالهم[36].

إبن خلدون 1377م

[36] نشأت، محمد.2019. رائد علم الاقتصاد.. إبن خلدون. وكالة الصحافة العربية (ناشرون). مصر . تم الوصول بتاريخ: 2019/10/7 عبر الرابط: https://books.google.ps/books?id=6imLDwAAQBAJ&pg=PT166&lpg=PT166&dq

مفهوم الخصخصة

يعود استخدام مصطلح الخصخصة (Privatization) إلى أواخر السبعينات وأوائل الثمانينات من القرن الماضي وكان أول استخدام له في القاموس عام 1983، واستخدم أكثر في الجانب الاقتصادي كجزء من عملية الإصلاحيات الهيكلية للقطاع العام بهدف رفع معدل النمو الاقتصادي، من خلال تخفيض الأعباء عن كاهل القطاع العام بسبب تردي الانتاجية في المؤسسات العامة، وتحويلها لمؤسسات خاصة أكثر كفاءة تلتزم بنسبة معينة من الضرائب والمساهمات المجتمعية لدعم الموازنة العامة[37].

تعني الخصخصة بالأساس نقل ملكية المؤسسات العامة من القطاع العام إلى القطاع الخاص من خلال آليات السوق الحرة واعتماد النهج الليبرالي الاقتصادي، وتوجد عدة أساليب للخصخصة فمنها ما يحول ملكية إحدى المؤسسات كلياً للقطاع الخاص، ومنها ما يحول إدارة المؤسسة فقط ويبقي على الملكية للدولة، ومنها ما يشكل نوع من الشراكة بحيث يتدخل القطاع الخاص في إدارة المؤسسات العامة وفق اتفاقيات واضحة، وتهدف أساليب الخصصة بشكل عام لمعالجة الأزمات الاقتصادية من خلال برامج للتثبيت الاقتصادي والتكيف الهيكلي عن طريق تصويب أداء المؤسسات العامة بهدف تقليل النفقات وزيادة الإيرادات[38].

وتظهر المفاهيم الجديدة للخصخصة لوجود فلسفات وأنماط متباينة تسعى لتلبية حاجات المجتمع عبر نوعين من المؤسسات في الغالب: مؤسسات القطاع العام ومؤسسات القطاع الخاص، وهما

[37] عويضة، هيثم. 2003. الخصخصة في الاقتصاد الفلسطيني(دراسة تطبيقية في المؤسسات الفلسطينية). دراسة ماجستير منشورة، بإشراف الاستاذ الدكتور عبد الفتاح أبو شكر. تم الوصول بتاريخ 2019/10/20 عبر الرابط:
https://scholar.najah.edu/sites/default/files/all-

[38] عبدالله، عبد الرحيم. 2016. اصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية. عدد 24 مجلد 2، ص ص 62-82

ينتميان إلى نظامين اقتصاديين متمايزين، نظام اشتراكي قائم على العدالة والملكية الجماعية لوسائل الانتاج، ونظام رأسمالي قائم على الربح والملكية الفردية، والتحول من القطاع العام للقطاع الخاص هو تحول سياسي أثر على معظم دول العالم بما فيها الدول الاشتراكية مثل روسيا والصين[39]. والحال في فلسطين يختلف قليلاً لوجود قطاع هام إلى جانب القطاعين الحكومي والخاص، وهو قطاع لا يهدف للربح ولا يتلقى دعم دائم من الموازنة، وهي المؤسسات الأهلية والخيرية والوكالة التي كان لها دور تاريخي فاعل في خدمة المواطنين وتقديم خدمات نوعية، ولا زالت تقدم خدمات متطورة في المجال الصحي. ويظهر التباين بين التوجهين العام والخاص في مدى السيطرة على حرية الأفراد ومدى سيطرة الدولة لمنع نزوع الأفراد نحو الاحتكار، والجدول رقم (3) يبين أهم الفروقات بين القطاعين.

جدول3. الفروقات المفترضة بين القطاعين العام والخاص

القطاع العام	القطاع الخاص
تقديم خدمات أساسية ملزمة بالقانون	تقديم خدمات لتحقيق الأرباح
سيطرة المؤسسة الحكومية	سيطرة رأس المال
جمود في اتخاذ القرارات	حرية ذاتية ومرونة كافية
التزام حرفي بالأنظمة	موجهات عامة وفق مقتضيات المصلحة
تبعية للمركز الإداري	استقلالية تؤطرها أنظمة
يتحكم المواطنين بالخدمات	أفراد يتحكمون بالخدمات
توجه للمنفعة الاجتماعية	توجه ليبرالي رأسمالي

ويبدو أن وصفة أحادية لا يمكنها بذاتها تطوير حاجة المجتمعات، ويجب العمل على تحقيق التوازن بين كافة القطاعات، فالتوجه نحو مشاركة القطاع الخاص يتطلب قطاع عام قوي وقواعد انتاجية فاعلة لضمان تحقيق التوازن بين القطاعات المختلفة ومراعاة النظريات الاقتصادية الحداثية والكلاسيكية والمجتمعية[40].

[39] ساحي، فوزية. الخوصصة عواملها، أسبابها، أهدافها، وآثارها في الجزائر. مجلة الحكمة للدراسات الاجتماعية. عدد2017، اصدار 12، ص ص: 68-82. الجزائر

[40] المهدي، أحمد؛ وحميدي، يوسف. 2015. أهمية الخصخصة وآفاق التحول إلى القطاع الخاص. المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية. المجلد 49، العدد 3

بعض المعاني الدالة على الخصخصة:

توجد العديد من المعاني الدالة على الخصخصة[41]، ومنها:

- بيع أصول مملوكة للدولة للقطاع الخاص وابتعاد الحكومة عن أي تدخل في عمل المنشأة المخصخصة.
- السماح للقطاع الخاص بتزويد المجتمع بسلع وخدمات يجب أن تقدمها الدولة مثل الاتصالات والمياه والكهرباء وغيرها.
- تغيير الإدارة من القطاع العام إلى القطاع الخاص في بعض القطاعات كإدارة مستشفيات مملوكة للدولة.

مما سبق نلاحظ أن جوهر الخصخصة يكمن في إعادة نقل الملكية من الدولة إلى الأفراد وبذلك تؤول السلطات التي كانت في يد الدولة إلى يد القطاع الخاص، وفي السياق الفلسطيني توجد أمثلة على التوجهات نحو الخصخصة مثل تخصيص الماء والكهرباء والاتصالات حيث لا تدير الحكومة هذه القطاعات، وفي المجال الصحي يسمح للقطاع الخاص بتقديم خدمات أساسية عديدة باسعار مضاعفة لا تناسب امكانيات معظم المواطنين، حيث لا يوجد تأمين صحي إلزامي يغطي سلة خدمات عادلة للجميع، وتفتقر الخدمات الحكومية لوجود نواقص مثل توفر الكادر المتخصص وتوفر التجهيزات والأدوية ويتم توفيرها لبعض المستفيدين من التأمين الصحي عبر القطاع الخاص الذي يتنامى دوره بشكل متسارع على حساب الخدمات الحكومية.

متطلبات الشراكة مع القطاع الخاص

تشير معظم الأدبيات إلى أن الشراكة مع القطاع الخاص تتطلب استقرار الأوضاع الاقتصادية في الدولة لتمكين الحكومة من تأمين الخدمات الأساسية كالرعاية الأولية والإصحاح والبنية التحتية للمرافق، ولتوفير الثقة اللازمة بتحول آمن للخدمات لمقدميها الجدد وضمان حقوق المستهلكين، وتحتاج الثقة أيضاً إطار قانوني ناظم لعملية الخصخصة، يوفر هامش الشفافية والمساءلة والوضوح التام لكافة المعنيين، وينبغي على الحكومة أن تقوم بالإشراف الكامل على

[41] الشاذلي، عبد الرحيم. 2015. إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية. المجلد 24، العدد 2

ضمان الشراكة وتنفيذ إجراءات المتابعة والمحاسبة الدورية، ويلاحظ حضور الدولة الفاعل في تنظيم عمليات التحول للخدمات العامة حيث لا توجد تجربة اقتصادية سواء في حالة الدول المتقدمة حالياً أو الدول النامية لم تعتمد على تدخل الدولة لمعالجة فشل الأسواق، وتعزيز الكفاءة الاقتصادية واحترام اعتبارات توزيع الدخل والضمان الاجتماعي[42].

تحتاج الدولة إلى ضمانات كافية تمكنها من مواجهة أية أزمات أو طوارئ تحدث نتيجة تخلي القطاع الخاص عن مسؤولياته، وبالتالي تعويض الخاسر والفاقد من رأس المال والكوادر المسرحة، ولذا يفضل اتخاذ تدابير كافية قبل الشروع في عملية الخصخصة كتوسيع شبكات الأمان والضمان الاجتماعي وصناديق التعويضات[43]. وتتطلب إجراءات الخصخصة توعية المواطنين وتهيئة الرأي العام بالشكل الذي يمكنه من المشاركة في الخصخصة أو في تقبل تبعياتها، وتتحقق الشفافية بوجود سوق مالية فاعلة قادرة على توفير الأموال الكافية بطريقة ميسرة تمكن كافة شرائح المجتمع من الاكتتاب واستملاك جزء من القطاعات المحولة للقطاع الخاص، وتوفر ضمانات كافية برسم الدولة لتحقيق الثقة والأمان من تحقق نمو متزايد في الأسهم لمزيد من الانتاجية وتحقيق الأرباح التي تعود كخدمات يستفيد منها الجميع، ولضمان التوزيع العادل للفرص ولحقوق الفئات المهمشة من الفقراء وذوي الإعاقة وكبار السن، ولخلق إجماع عام مؤيد لعملية مستمرة وديناميكية تؤدي إلى توازن في المصالح بين كافة شرائح المجتمع[44].

ولا شك أن القطاع الصحي يحتاج لتدابير تضمن إعمال الحق في الصحة، وتتطلب ضوابط لا تؤثر على حق الجميع في الوصول العادل لخدمات ذات جودة عالية، فالقطاع الخاص يكمل دور القطاع الحكومي، ويوفر الخدمات التخصصية المطلوبة لاستمرار تطور الخدمات وشموليتها.

تأثير الخصخصة على جودة الخدمات

[42] المعهد العربي للتخطيط بالكويت.2008. إخفاق آلية الأسواق وتدخل الدولة. العدد69. تم الوصول بتاريخ 2019/10/7 عبر الرابط: http://www.arab-api.org/images/publication/pdfs/48/48_develop_bridge69.pdf

[43] المهدي، أحمد؛ وحميدي، يوسف. 2015. أهمية الخصخصة وآفاق التحول إلى القطاع الخاص. المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية. مجلد49، العدد3.

[44] نفس المرجع السابق

تعتمد برامج الإصلاح على العديد من الافتراضات لعل من أهمها الاعتماد على آلية السوق لتخصيص الموارد والخدمات، إلا أن التجارب تشير إلى أن هذا التوجه قد رافقه الفشل المرتبط بآلية عمل الأسواق الهادفة للاحتكار، ومنها ما هو مرتبط بغياب المؤسسات الحاكمة الناظمة للعمل كالرقابة والضريبة والقضاء وقوانين محاربة الفساد والاحتكار، ولذلك توجد حاجة دائمة لدور حكومي رشيد في ضبط آليات السوق من خلال صياغة إطار ناظم يعتمد على التعاون والتشارك بين القطاعات لدعم القدرات التنافسية للاقتصاد بالشكل الذي يقلل الآثار الاجتماعية السلبية[45].

تبدو الفوائد المفترضة لخصخصة الخدمات الاجتماعية محيرة في ظل غياب أدلة قاطعة على الفعالية ومعايير الجودة في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام، وثمة أدلة كثيرة على إخفاقات السوق في ما يتعلق بهما، ومما يضاعف من تعقيد المشكلة، القدرة التنظيمية المحدودة للدولة في متابعة السوق، حيث يعد الإفراط في العلاج في البلدان النامية مشكلة رئيسية يعاني منها قطاع الرعاية الصحية الخاصة؛ ففي البرازيل مثلاً، تشيع عمليات الولادة القيصرية في القطاع الخاص أكثر مما هي في القطاع العام، لأن أجر الأطباء في العمليات الجراحية أعلى من أجرهم للولادات الطبيعية؛ وفي مدينة مومباي الهندية، يجري الأطباء فحوصات وإحالات غير ضرورية للمرضى لأنهم يحصلون على حصة من أرباح التحويل؛ ويبلغ الإنفاق على العقاقير ما بين 30 و50 بالمئة من مخصصات الرعاية الصحية في البلدان الفقيرة، بالمقارنة مع 15 بالمئة في البلدان الغنية، كما يضطر المرضى العاجزون عن تحمل كلفة الخدمات الطبية التخصصية إلى اللجوء إلى الصيدليات التي لا تلتزم غالباً بتنظيمات الوصفات الطبية، وتستهلك العقاقير وأجور الاستشارات الطبية أكثر من نصف الإنفاق الصحي الشخصي، ونحو ثلاثة أرباع الإنفاق على مرضى المستشفيات[46]. وفي فلسطين تفوق نسبة الولادات القيصرية في المستشفيات الخاصة مثيلاتها في المستشفيات الحكومية، حيث تشير التقارير الصادرة عن وزارة الصحة أن نسبة الولادات القيصرية لعام 2017 تصل 24% من مجمل كافة الولادات، وتتزايد في بعض

[45] المعهد العربي للتخطيط بالكويت.2008. إخفاق آلية الأسواق وتدخل الدولة

[46] تقرير التنمية البشري للعام 2003. الفصل الخامس: التمويل الخاص وتوفير الرعاية الصحية والتعليم والمياه

المستشفيات الخاصة لتصل إلى 68% من مجمل الولادات، وهذا التزايد يفسر لأسباب ربحية وليست طبية[47].

مبررات الخصخصة

توجد العديد من المبررات والدواعي لمناصري الخصخصة[48] ومنها:

- تحسين الكفاءة الانتاجية باستخدام أمثل للموارد والكوادر المؤهلة، وتعظيم العائد من القوى العاملة المدربة بأقل جهد ووقت وتكلفة، ويرجع كثيرون تدني كفاءة الأداء في المؤسسات العامة لغموض وضبابية الأهداف والإجراءات، واستنزاف الموارد التي لا تحقق الأرباح الكافية، واساءة استخدام المدخلات لكون مؤسسات القطاع العام خارج المساءلة وتتمتع بالحماية من أية منافسة.
- احتكار القطاع العام للخدمات في الوقت الذي لا يسعى لتلبية متطلبات الجوده، وأن السلع التي يقدمها لا ترتقي لمستوى كلفتها الحقيقية لوجود تدني في الأداء والانتماء.
- إتاحة الفرصة للقطاع الخاص للمشاركة في استدامة النمو الاقتصادي، وخلق قنوات جديدة للاستثمار للحد من الفجوة المتزايدة بين حجم الطلب والجودة المطلوبة وبين عدم مقدرة القطاع العام على تلبية هذه المطالب، وتحويل الأموال المكتنزة إلى مشاريع انتاجية يستفيد منها الجميع.

[47] شبكة راية الإعلامية. إرتفاع عمليات الولادة القيصرية في فلسطين.. الأسباب والمخاطر. تم الوصول بتاريخ: 2019/21/20 عبر الرابط: https://www.raya.fm/news/1057177.html

[48] عبد الله، عبدالرحيم. 2015. إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية. المجلد 24، العدد 2.

- التقليل من المديونية العامة والحاجة للاقتراض المتواصل من الخارج، وفي ذات الوقت توفير حصيلة كافية من ضرائب القطاع الخاص المستثمر توفر قدراً من موازنة الدولة لبقية القطاعات.
- تحقيق التوازن في ميزان المدفوعات، فيزيد قدرة القطاعات المختلفة على التصدير، ويقلل من الاستيراد للاعتماد على الذات في توفير السلع الاستهلاكية المطلوبة للمستهلك المحلي وبالتالي تقل الفجوة بين الصادرات والواردات.
- رفع مستوى الخدمات المقدمة من خلال تطوير الأفكار والمبادرات، وتحقيق مزيد من الحرية الشخصية والدافعية للعمل والانتاج، والقضاء على السلبية وتحقيق الانضباط في السلوك في كافة مجالات العمل، وتقضي على المشكلات الاجتماعية مثل الفساد والمحسوبية، والرشوة والتغاضي عن المحاسبة.
- تحويل الطبقات المهمشة إلى مساهمة في الإنتاج، وتصبح عضواً فاعلاً في النشاط الاقتصادي، ومالكة للمشاريع ومساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية.
- تحد الخصخصة من الفساد الإداري الذي يتزايد بضعف النمو الاقتصادي، وغياب الآليات القادرة على مكافحة الفساد، وتساعد على تحسين الكفاءة الإدارية بأقل الأعداد من العاملين[49].

العوامل التي أدت إلى تنامي دور القطاع الخاص في فلسطين

توجد عدة عوامل دفعت إلى تنامي دور القطاع الخاص في الاستثمار في الخدمات الصحية[50]، وحثت على خصخصة الخدمات العلاجية بالتحديد ومنها:

1. قلة الموارد الحكومية: استلمت السلطة الفلسطينية قطاع الخدمات الصحية عام 1995 بوضع متردي لا يقل عن أوضاع أفقر الدول النامية، حيث لم تقم إسرائيل خلال سيطرتها على الإدارة المدنية من إنشاء أية مستشفيات أو مراكز صحية، وتركت المرافق القليلة التي

[49] عبد الله، عبدالرحيم. 2015. إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية. المجلد 24، العدد 2.

[50] المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية (أمان). 2015. دعوة لإعادة النظر في سياسات الخصخصة ومنح الامتياز. آفاق برلمانية. مجلد 19، عدد1، رام الله-فلسطين.

بنيت زمن الحكم الأردني بحاجة للعديد من الإضافات كالتوسعة والصيانة والتجهيزات، والكوادر المؤهلة. وفي ظل غياب الموارد المالية لم تستطع السلطة تمويل استثمارات كبرى في البنية التحتية دون اللجوء إلى القطاع الخاص للحصول على عائدات ضريبية كافية لتأمين الدعم المالي لإنشاء المرافق الخدمية وتشغيلها، وفي ظل مجتمع عانى سنوات من الاحتلال والبطش والفقر لم يستطع دفع تكاليف الخدمات العلاجية ذات الجودة العالية، فالمبالغ التي تحصل من خلال التأمين الصحي والرسوم وغيرها ذات مردود قليل ولا تفي بالاحتياجات التطويرية اللازمة[51].

2. نقص في جودة الخدمات: ضعف الموارد المادية يؤدي لافتقار الكوادر المؤهلة والتجهيزات المناسبة مما يؤدي لضغط شديد على الخدمات، فنسبة تشغيل أسرة المستشفيات تفوق طاقتها القصوى، فالسبب الرئيسي لاختيار القطاع الخاص كبديل لتلقي الخدمة هو ضعف الكادر القادر على التشخيص الصحيح وتقديم العلاج المناسب، عوضاً على أن خبرة المتلقين للخدمات الحكومية لا تترك انطباعات صحية في غالب الأحيان، فسوء التشخيص، وانتشار الأخطاء الطبية، والضغط على تلقي خدمة قليلة المستوى، والافتقار للتجهيزات والأدوية يؤدي بالمواطنين للبحث عن خيارات بديلة يوفرها القطاع الخاص أو الأهلي[52].
3. الضغط لتحرير الاقتصاد: مطالبة المانحين لترشيد النفقات واتاحة الفرصة لمشاركة القطاع الخاص في التنمية، وزيادة العرض من أجل تشغيل الأيدي العاملة وتوفير العوائد التي تساعد على تطوير الأداء، فتحرير الاقتصاد سياسة معتمدة لدى البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ومنظمة التجارة العالمية من أجل النمو الاقتصادي، حيث تشجع الاتفاقية العامة التي أعدتها منظمة التجارة العالمية على دخول القطاع الخاص للاستثمار في مجال الخدمات الاجتماعية.
4. هجرة الكوادر الطبية: تعاني المستشفيات الحكومية من هجرة الكوادر المؤهلة حيث أن نظام الخدمة المدنية لم يفلح في الاحتفاظ بالكوادر المتميزة والمتخصصة، وفي سبيل البحث عن فرص أفضل تم استقطاب وهجرة عدد كبير من الكوادر للقطاع الخاص المحلي والدولي.

[51] نفس المرجع السابق

[52] المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية (أمان). 2015. دعوة لإعادة النظر في سياسات الخصخصة ومنح الامتياز. آفاق برلمانية. مجلد 19، عدد1، رام الله-فلسطين.

دور الدول المانحة في تشجيع الخصخصة في فلسطين

شجع المانحون تزويد السلطة الفلسطينية بالتبرعات في كافة المجالات دون وجود آلية ناظمة ورقابة فاعلة، واستغل الاحتلال الإشكاليات المرافقة للخصخصة للإساءة للسلطة وابتزازها في عمليات التفاوض حول قضايا الصراع الأساسية.

وادعت أن السبب في تأخر الوصول لاتفاقيات نهائية هو عدم جاهزية الطرف الفلسطيني لاستلام المؤسسات، وذلك للتغطية على ممارساتها الاحتلالية واستمرار مصادرة الأراضي لصالح المستوطنات، واستغلت دولة الاحتلال عمليات التعاقد مع المؤسسات الفلسطينية من الباطن، وغياب آليات للمتابعة لتوسيع نطاق التهرب الضريبي، وقامت بتزييف الفواتير الضريبية مما أدى إلى نقص حاد في أموال المقاصة التي تغذي ميزانية السلطة[53].

غياب الرقابة والخبرة والكفاءة في معالجة الإجراءات الإسرائيلية والحاجة الماسة لأية مبالغ مالية لتسيير الخدمات دفع السلطة اللجوء لنوع من الخصخصة في بعض القطاعات، وتسليم الأصول لشركات يديرها مستثمرون لهم نفوذ كبير في السلطة وعلى تواصل مع الجهات الإسرائيلية، وأصبحوا يمتلكون شركات احتكارية، ووظفت دولة الاحتلال هذه الاحتكارات لخدمة أغراضها الأمنية ومصالحها السياسية عبر التعاون مع أصحاب الامتيازات، واستفادت من عدم وجود ضوابط من إبقاء النظام المالي الفلسطيني تحت سيطرتها[54].

هدف التمويل الدولي والمانحين هو ديمومة العملية السياسية والمفاوضات، ولم تهدف إلى دعم صمود الناس أو إلى تعزيز الحوكمة الرشيدة إلا كشعارات تم استغلالها لإضعاف مكانة الحكومة الفلسطينية، وخصص المانحون أموالهم لمشاريع إغاثية وليست إنمائية ودون رقابة فاعلة ومساءلة على آلية صرف الأموال، وساد الهدر العام والمبالغة في النفقات، وفضل المانحون أن يكون للمتنفذين في السلطة دور في الحياة الاقتصادية لدعم الاستقرار دون النظر للاستخدام الأفضل لمعايير الحوكمة ومتطلبات الخصخصة، وعاني النظام المالي الفلسطيني من عجز دائم في الموازنة، وزيادة في النفقات الجارية، وسيادة قطاع الخدمات على قطاع الانتاج، واخفاق في

---

[53] نفس المرجع السابق

[54] آفاق برلمانية. 2015. دعوة لإعادة النظر في سياسات الخصخصة ومنح الامتياز. تم الوصول بتاريخ 2019/12/22 عبر الرابط: http://www.al-ayyam.ps/files/server/Appendixes/Afaq/Afaq_28-04-2015.pdf

أداء المؤسسات وتحويلها إلى طابعها المهني المتخصص، ورغم الدعم الدولي للسلطة الذي بلغ عشرات مليارات الدولارات لم تكن مجدية في صياغة مؤسسات فاعلة، واستفادت دولة الاحتلال من فوضى التعاملات المالية بجعل أراضي السلطة خصبة للاستغلال والارتباط الاقتصادي لإحكام السيطرة على القرار الفلسطيني[55].

دور التأمين الصحي في تغطية الخدمات الصحية في فلسطين

تضمنت المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر في عام 1949 على ضرورة اتخاذ الدول تدابير لضمان تمتع جميع المواطنين بمستوى مناسب من العناية الطبية، وترى منظمة الصحة العالمية أن التأمين الصحي ليس إلا وسيلة لتغطية تكاليف الرعاية الصحية.

يشترك في التأمين الصحي قرابة 79% من السكان في فلسطين، ومنهم 32% يشتركون في التأمين الحكومي، وينظم عمل التأمين الصحي في فلسطين نظام تم صياغته عام 2006 يتسم بالضعف، حيث الايرادات أقل بكثير من المصروفات، ولا يغطي كافة الشرائح بعدالة وشمولية، ويسمح للبعض بدخول التأمين بمبالغ قليلة ولفترات ظرفية تمكنه من الاستفادة القصوى بمبالغ كبيرة من الخدمة كعمليات جراحية، ثم ينقطع عن الاشتراك في التأمين[56].

تقوم فكرة التأمين الصحي الحكومي على مبدأ التكافل الاجتماعي لتأمين خدمات مناسبة للمشتركين، في حين يقوم التأمين الصحي الخاص على فكرة حرية الدفع لتلقي خدمات متميزة، وحرية أكثر لمراكز متخصصة من تلك التي يوفرها التأمين الحكومي، ويركز على مبدأ المرابحة وحساب المخاطر ضمن علاقة تعاقدية ينتفع من خلالها المؤمن من سلة خدمات محدودة بسقف مالي محدد، وهذا الأمر لا ينسجم مع الأمن الاجتماعي الذي يفترض أن يوفره نظام التأمين

[55] المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية (أمان). 2015. دعوة لإعادة النظر في سياسات الخصخصة ومنح الامتياز. آفاق برلمانية. مجلد 19، عدد1، رام الله-فلسطين.

[56] الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2019. أوضاع السكان في فلسطين بمناسبة اليوم العالمي للسكان. رام الله، فلسطين. www.pcbs.gov.ps

الحكومي لعام 2006 والذي ينص على حق المواطن في الحصول على الخدمات الصحية النوعية.

يوجد في فلسطين عدة أنظمة للتأمين الصحي: الأول حكومي وهو ملزم لكافة موظفي القطاع العام، وتخصم رسومه من رواتبهم وتشوبه عدة ملاحظات كونه لا يفي بكافة الاحتياجات وفق الجودة المطلوبة، ويتصف بوجود فجوات منها التمييز وغياب العدالة وتحكم الواسطة. أما الثاني فهو التأمين الصحي الخاص الذي توفره شركات تأمين عادية غير مختصة بالتأمين الصحي، فكل شركة تعرض عقدها الخاص وشروطها الخاصة بالتأمين ضمن سقف مالي محدد للتغطية، كما أنها ترفض تقديم خدمات للمحتاجين من المسنين ومن يعاني من أمراض مزمنة، عدا عن أن خدماتها لا تغطي كافة جوانب الحق في الصحة، الأمر الذي يجعل من التأمين الخاص مشروعاً ربحياً على حساب صحة المواطنين. وهناك التأمين الصحي الذي تشرف عليه وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الذي يقدم خدمات صحية أساسية في عيادات وكالة الغوث ولا تقدم خدمات الرعاية الثانوية والثالثية إلا في مشفى وحيد في قلقيلية يفتقر للكثير من الموارد.

(نظام التأمين سيئ وفاشل وفاسد ولا يراعي الأولويات وغير عادل وغير قابل للاستدامة ويعاني من محدودية الموارد، يستطيع شخص لديه واسطة، ولم يشارك في التأمين مسبقاً، أن ينتسب ويدفع اشتراك بسيط ليتم تغطية تكلفة عملية قلب مفتوح أو زراعة أعضاء، وهذا يخالف فلسفة التأمين التي تقوم على الالتزام الدائم لتحقيق مبدأ العدالة في التوزيع). من إفادات المشاركين في المجموعات البؤرية في قلقيلية

ويرى الباحث ضرورة صياغة تأمين صحي عادل يضمن مشاركة جميع المواطنين، ويوفر الاحتياجات الأساسية للجميع وفق قدرات المجتمع الممكنة، حيث توجد تجارب دولية ناجحة للتأمين الصحي تغطي كافة المواطنين بسلة خدمات متكاملة، ويستطيع المؤمن التوجه للمراكز الصحية التي يريد مقابل تكلفة إضافية يتكبدها للحصول على حرية اختياره للمراكز التي تقدم خدمات تخصصية ذات جودة أفضل.

يلزم لتطوير دور التأمين الصحي الحكومي والخاص في فلسطين إطار قانوني ينظم عمل أنظمة التأمين المقدمة، وأن تتوفر هيئة مستقلة للتأمين الصحي تتمتع باستقلالية مالية وإدارية تقوم

بتنظيم عمل كافة الصناديق الاجتماعية للتأمين الصحي، وتعمل على تعزيز الموارد المالية لصندوق التأمين الوطني الإلزامي الذي يضمن مشاركة عادلة لجميع المواطنين من خلال مصادر جديدة غير الاشتراكات كالضرائب والتبرعات وأموال الزكاة وغيرها، بحيث يستطيع تغطية كافة الشرائح بخدمات عالية الجودة[57].

ويمكن لهيئة مستقلة تشرف على إدارة صندوق وطني للتأمين الصحي الشامل والملزم للجميع أن يكون أحد أدوات مجابهة الخصخصة والحد من تأثيراتها السلبية، بحيث يشمل جميع المواطنين وتكون المساهمة فيه متساوية للجميع وبشكل مدروس لا يؤدي إلى عبء اقتصادي على جيوب المواطنين، الأمر الذي سيؤدي للعدالة من جهة، وينعكس إيجاباً على الدخل القومي الفلسطيني من جهة أخرى والتمكن من تقديم الخدمات الأساسية للجميع، الأمر الذي يساهم في توطين العلاج من جهة، وفي توسيع سلة الخدمات المقدمة تدريجياً من جهة أخرى[58].

تجارب دولية في خصخصة القطاع الصحي

تشهد الأنظمة الصحية عبر العديد من دول العالم تغيرات سريعة، وتحديات جديدة بسبب تزايد عدد السكان وتغير تركيبتهم ونمط حياتهم، ونشوء أمراض جديدة، وتقنيات طبية عديدة مقترنة بارتفاع تكاليف تقديم الرعاية الصحية، ولذا فشلت بعض النظم الصحية في توفير الخدمات الأساسية وباتت تبحث عن مصادر لتمويل الرعاية الصحية ومنها مشاركة القطاع الخاص[59].

تجربة دول أمريكا اللاتينية

اعتمدت دول أميركا اللاتينية في تسعينيات القرن الماضي على صناديق الضمان الاجتماعي العامة لتأمين الخدمات الصحية من خلال شركات تأمين صحي أجنبية، وطبقت نظام جديد يقوم على التأمين الطبي المدفوع مسبقاً بأقساط متساوية، ويتحكم بتكاليف إضافية لأجور الأطباء المشاركين في النظام ضمن قيود على حرية الاختيار، وأنفقت المزيد من الأموال لتغطية

[57] الهيئة الفلسطينية لحقوق المواطن. 2007. نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية. رام الله، فلسطين

[58] مؤسسة أمان الفلسطينية. التأمين الصحي في فلسطين. تم الوصول بتاريخ 2019/12/20 عبر الرابط: https://www.aman-palestine.org/media-center/6315.html

[59] منظمة الصحة العالمية.2015. ملف النظام الصحي في فلسطين. تم الوصول بتاريخ: 2019/10/2 عبر الرابط: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18926.pdf?ua=1

التكاليف الإدارية وعائدات المستثمرين، مما خفض من إمكانية حصول الفئات المهمشة على الخدمات، وقلل من الإنفاق على خدمات العيادات الطبية، وآثر المرضى الحصول الرعاية من العيادات العامة بسبب ارتفاع الرسوم الثابتة التي يجب دفعها للنظام الجديد لدى كل زيارة أو خدمة أو معاملة، وتطالب المستشفيات العامة في الأرجنتين والبرازيل بتعويضات من صناديق الضمان الاجتماعي ومن شركات التأمين الصحية، كما تطالب بالرسوم الثابتة من المضمونين، ولكي يتلقى المرضى الفقراء العناية الصحية المجانية من المؤسسات العامة، يتوجب عليهم الخضوع لتحقيقات مطولة عن مداخيلهم مع معدلات رفض تتراوح بين 30 و40 بالمئة في بعض المستشفيات. ولأن مؤسسات نظام الرعاية الجديد يجتذب إليه المرضى الأحسن حالاً على الصعيد الصحي، فإن المرضى الأسوأ حالاً ينقلون إلى القطاع العام، ويقلل هذا النظام ذو الطبقتين من فعالية التحمل المشترك للأوضاع الصحية[60].

تجربة الصين

طبقت في الصين في الفترة من عام 1997 حتى عام 2006 دورة إصلاحية للقطاع الصحي في محاولة لدمج ومقاربة التخطيط المركزي مع آليات السوق، حيث بات على المستشفيات التي تحولت لشركات أن تعتمد على ذاتها في تمويل النفقات، وتركزت سياسات وزارة الصحة على إجراءات محاسبية لتقليل المساهمة في التمويل، وسمحت هذه السياسات إدخال ممارسات القطاع الخاص الطبي بحيث اعتمد تسعير الخدمات على التكلفة الحقيقية غير المدعومة من الدولة، ونفذ نظام التعاقد على الخدمات، والأنشطة التجارية الموازية لتعويض نقص التمويل، وفي ظل هذه السياسات المرتكزة لاسترداد التكاليف وتحقيق أرباح من تقديم الخدمات، تمكن مقدمو الخدمة من تحصيل حوافز مادية مجزية من خلال الرسوم والدفع مقابل الخدمة، وساد تقديم الخدمات غير الضرورية لتعظيم الأرباح الشخصية وأرباح الشركات، وقد دعم مقدمو الخدمة أجندة الاستدامة بزيادة رسوم استخدام الخدمات، واختاروا الأدوية المستوردة والأغلى ثمناً، والتكنولوجيا الأحدث التي تتطلب رسوماً أكبر على كاهل المواطنين.

[60] تقرير التنمية البشرية للعام.2003. التمويل الخاص وتوفير الرعاية الصحية والتعليم والمياه

أدى هذا الخلل في تمويل النظام الصحي إلى تولد منافسة ضارة بين المؤسسات الصحية، فشعار"هوية قطاع عام وسلوك قطاع خاص" شجع تعظيم الأرباح والتخلي عن المعايير الأخلاقية ومبادئ الرعاية الصحية المجتمعية، وحفز رفع الطلب على الخدمات غير الضرورية واجراءات التشخيص غير الضرورية، الأمر الذي أضر بجودة الخدمات المقدمة في ظل القدرات والكفاءة المحدودة لقوة العمل الطبية، وزيادة في هدر المال العام، وزادت لذلك تكلفة الخدمات وأسعار الأدوية، وتنامت ظاهرة العنف بين المرضى والأطباء بسبب تدني رضى الجمهور عن معايير تقديم الخدمة.

بات عدم الإنصاف بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية ملحوظاً، حيث بلغ متوسط الانفاق الصحي للفرد في المناطق الفقيرة أقل من نصف المتوسط القومي، وارتفع عدد المستشفيات في المدن على حساب مراكز الرعاية الصحية الأولية، وتأثرت قدرة الفقراء على الوصول للخدمات الصحية وخاصة النساء، وانتشرت الأمراض الوبائية بسبب تدهور خدمات الصحة العامة والتثقيف الصحي والرقابة الصحية والإجراءات الوقائية في المناطق النائية، وتسببت هذه الإجراءات في التحول من التركيز على الخدمات الوقائية إلى الخدمات العلاجية والتزايد في مبيعات العقاقير الطبية، وفي ظل محدودية الحصول على الخدمات، وغزارة انتاج الأدوية في سوق غير منظمة، كانت النتيجة استعمال لاعقلاني عرض المرضى إلى مخاطر علاج غير فعال وأعراض جانبية سلبية.

تجربة الأردن

يدور في الأردن حوار ممتد حول فاعلية الخصخصة في النظام الصحي، حيث يخشى معارضي الخصخصة من استيلاء القطاع الخاص على النظام الصحي الأردني والتأثير على وصول الفئات المهمشة للخدمات، إذ يقدم القطاع العام خدماته لمعظم المواطنين ومستوى الأداء في هذا القطاع جيد، ويوفر الدعم لفئة محدودة من الفقراء الذين يحصلون على بطاقات تأمين صحي مجانية بعد دراسة وافية لحالتهم الاجتماعية، وفي القطاع الصحي العام أخطاء يمكن علاجها وإصلاحها بدراستها ووضع الخطط الكفيلة لذلك وليس بالخصخصة، أي تسليم هذا المرفق الاجتماعي الوطني العام إلى مستثمرين همهم الأول الربح، وعلى القطاع الطبي الخاص أن يحل

مشاكله أولاً قبل أن يطرح نفسه منقذاً للقطاع الصحي العام، وعليه أن يتوسع في مشاريع التأمين الصحي الخاصة حتى تنخفض الكلفة، وتوزع فيه التعاقدات على أكبر عدد من الأطباء الجدد والعاطلين عن العمل ولا تبقى هذه التعاقدات محصورة في كبار الأطباء، ويوصي المشاركون في الحوار إلى خصخصة رأس المال وخصخصة الإدارة، أي أن تستمر الحكومة بدعم هذا القطاع عن طريق بناء المستشفيات وتجهيزها بأحسن الأجهزة، وترك إدارتها الفنية والمالية والإدارية للقطاع الخاص، وصياغة مشروع تأمين صحي شامل بحيث لا تتخلى الحكومة بأي شكل من الأشكال وتحت أي ظرف من الظروف عن مسؤوليتها بتحمل نفقات الفاتورة العلاجية كاملة أو مدعومة لفئة من الناس[61]. وفي سياق تشجيع الحكومة على الخصخصة بين تقرير للبنك الدولي أن على الحكومة العمل الحثيث لتحقيق استدامة عالية من النمو في كافة القطاعات لاستيعاب عدد أكبر من الأيدي العاملة، وإجراء تحسينات كبيرة في مناخ الأعمال والدعوة لإصلاحات هيكلية ولإطلاق العنان لإمكانيات استثمارات القطاع الخاص والتجارة (الحرة) والابتكار وزيادة الإنتاجية، وتوسيع قاعدة صادرات البلد الصغيرة. وبالتالي فمن الأولويات القصوى منح المستثمرين، محليين وأجانب على السواء، الثقة في أنهم سيواجهون بيئة تنظيمية مستقرة ومدارة بفعالية طوال دورة حياة استثماراتهم وأن هذه البيئة يتم تنفيذها وإنفاذها بالطريقة ذاتها مع الجميع، وهناك حاجة إلى وثبات مهمة لتحسين اللوائح التنظيمية للشركات، وسيكون من الأهمية بمكان تعزيز الحوار بين الحكومة والقطاع الخاص[62].

تجربة لبنان

أثبتت عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص في لبنان فشلها وهدرها للأموال العامة، واللجوء للتحايل من قبل الدولة لإخفاء عجزها في إدارة القطاع العام بعقود شراكة مع القطاع الخاص[63]، فالقطاع الخاص ليس حلاً لفشل الدولة، فإحالة العقود على مؤسسات محددة ولسنوات طويلة

[61] مجلة البيان. 2000. مناظرة بين مؤيدين ومعارضين لخصخصة القطاع الصحي في الأردن. تم الوصول بتاريخ 2019/9/22 عبر الرابط: https://www.albayan.ae/one-world/

[62] البنك الدولي. 2016. المملكة الأردنية الهاشمية: تشجيع إنهاء الفقر وتعزيز الرخاء المشترك. الدراسة التشخيصية عن الأردن.

[63] من مقترحات الحكومة اللبنانية لإنهاء الاحتجاجات على تردي الأوضاع الاقتصادية الدعوة لخصخصة قطاع الاتصالات والكهرباء وغيرها. أنظر حزمة اصلاحات مقترحة للحكومة على موقع عربي 21 . https://arabi21.com بتاريخ 29 /2019/10

يترتب عليها احتكارات عديدة، وأبرز المستفيدين من هذه الاجراءات هي المصارف التي تضغط من أجل تسييل جزء من الودائع المتراكمة عبر منحها لشركات القطاع الخاص لقاء فوائد عالية بدلاً من توظيفها في سندات الخزينة، ويعد المواطن اللبناني المتضرر الأكبر نتيجة انعكاس هذه العقود على أسعار الخدمات حيث الفوائد على القروض عالية وهامش ربح القطاع الخاص أكبر من هامش ربح الدولة[64].

تجربة الكويت

صدر قانون للخصخصة في الكويت عام 2010 بهدف تحقيق التنمية الاقتصادية وزيادة كفاءة وجودة الخدمات المختلفة، واشترط حماية مصالح المستهلكين من حيث مستوى الأسعار وجودة السلع والخدمات والحفاظ على البيئة وضمان عدم تضارب المصالح، ووفقاً للقانون تمتلك الدولة حصة لا تزيد عن 20% من قيمة الشركات المخصخصة، وتخصص نسبة 40% للإكتتاب العام للمواطنين، ونسبة 5% للعاملين الكويتيين للمساهمة في الشركة، والنسبة المتبقية 35% تعرض للمزاد العلني للشركات المساهمة المدرجة في سوق المال المحلي، وتتاح للشركات الأجنبية المشاركة وفق قرارات المجلس الأعلى للتخصيص، وقد استثنى القانون من التخصيص كل من شركات النفط والغاز وقطاعي التعليم والصحة[65].

التجربة الفلسطينية

الخصخصة في القطاع العام الفلسطيني كانت مفروضة من الخارج عبر اتفاقيات موقعة بين منظمة التحرير وسلطات الإحتلال الإسرائيلي بعد توقيع اتفاقية أوسلو، وتقوم هذه الخصخصة على الاحتكار لا المنافسة بفعل تدخل جهات خارجية، وأثرت على نزاهة المنافسة في السوق الفلسطينية، في الوقت الذي يجب فيه على الحكومة تحفيز المساهمة الشفافة والعادلة من خلال إصلاح الهيكل الإداري والمالي والتسويق لوحدات القطاع العام وإيجاد مجال للمنافسة بعيداً عن الاحتكار؛ ويبدو أن الخصخصة في وضعها الحالي ليست حلاً، وانما مشكلة تضاف لعديد المشكلات التي تعيق تطور الاقتصاد الفلسطيني وتطوقه مثل قلة الموارد، وتردي القدرة التشغيلية

---

[64] عقيقي، فيفيان. 2017. الشراكة مع القطاع الخاص: الدولة تخفي مديونيتها والمصارف تحكم قبضتها. جريدة الأخبار. تم الوصول بتاريخ 2019/9/12 عبر الرابط: https://al-akhbar.com/Community/236601

[65] معهد الدراسات المصرفية.2011. الخصخصة. نشرة توعوية يصدرها المعهد تحت عنوان: إضاءات، العدد 6

للقطاعات الانتاجية، وسيطرة الاحتلال على المصادر والمعابر، وتضخم الجهاز الإداري الحكومي، واستخدام التوظيف للتخفيف من عبء البطالة وليس أداة للانتاج[66].

التقارير والدراسات ذات العلاقة بالخصخصة

تم مراجعة على الأقل 30 تقرير ودراسة محلية ودولية لها علاقة بالخصخصة بشكل عام، وبالخصخصة في القطاع الصحي بشكل خاص، واختير منها 15 وثيقة وروعي في اختيارها وثاقة الصلة بموضوع البحث، وحداثة الدراسة، ودرجة المواءمة مع أهداف البحث العلمي، وسيتم استعراضها من الأقدم للأحدث.

1) دراسة عويضة

هدفت الدراسة التعرف على العوامل التي تدفع الحكومة الفلسطينية للتوجه إلى الخصخصة، والتعرف على معوقات التنفيذ، واستخدمت المقابلات في تنفيذ الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن الخصخصة تحقق بعض الأهداف الاقتصادية والإدارية حيث تقلل من العجز في ميزان المدفوعات وحجم الانفاق العام، ولكنها لم تسهم في تحقق الرفاه الاجتماعي، وخفض معدلات البطالة، ومعالجة مشكلة الفقر، وتحقيق العدالة في التوزيع. وتوصلت الدراسة إلى توصيات منها: توفير بيئة سياسية وقانونية واقتصادية مستقرة تتصف بحرية المبادرة الاقتصادية وسيادة القانون، وتطوير الأسواق المالية باعتبارها أداة رقابية مهمة على أداء المؤسسات، والتدرج والانتقائية في إتمام سياسات تطبيق الخصخصة، وتشكيل هيئة مستقلة للخصخصة لديها الصلاحيات الواسعة ولدى أعضائها الخبرة والاستقلالية، والقيام بتحديد الإيجابيات والسلبيات

[66] شعبان، عبد الحميد. 2015. خصخصة القطاع العام في فلسطين بين الاحتكار والتنمية المستدامة: قراءة في النظريات والتداعيات الاقتصادية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية

لحالات الخصخصة وإجراء دراسات ومقارنات لتجارب الدول التي انتهجت سياسية الخصخصة[67].

2) دراسة روابده

يعتمد نظام الرعاية الصحية في الأردن على افتراضات تاريخية وآيديولوجية وسياسية مختلفة، وتبحث الدراسة في الافتراضات التي توصف الأزمات والمشاكل التي يتعرض لها النظام الصحي في الأردن والإصلاحات المقترحة، وتتركز المناقشة على تحليل أنماط توفير الرعاية الصحية في القطاعات المختلفة العامة والأهلية والخاصة، وتبحث دور السوق في التأثير في الممارسات السائدة، وخاصة فيما يتعلق بدور الأطباء والكادر الصحي ودرجة تأثيرهم على الوصول للخدمات الصحية وكثافة هذه الخدمات وتكلفتها وجودتها. تم اختيار عينة تمثيلية من 22 مستشفى و400 طبيب بشكل عشوائي من العاصمة عمان، وبينت النتائج إلى وجود مشاكل وأعطال هيكلية ومالية وتنظيمية تؤثر على جودة الخدمات في النظام الصحي الأردني، وتشير النتائج إلى ضرورة الحفاظ على الثقة بين الطبيب والمواطن، وتمتين الروح المعنوية للكادر الصحي، وزيادة دافعية الأطباء لتقديم خدمات ذات جودة فعالة من حيث التكلفة والتي تعكس حاجة المواطنين، وبالتالي تقليل الاحتقان واحتواء التكاليف والأداء غير الملائم[68].

3) دراسة مطرية وخوري

تبين الدراسة التي نفذت من خلال المقابلات مع عدد من أصحاب العلاقة بالقطاع الصحي أنه يمكن تقديم الرعاية الصحية بتنسيق وتكامل بين القطاع العام والقطاعين الأهلي والخاص ضمن ترتيبات واضحة، وبمشاركة نشطة من القطاع الخاص في جميع المجالات الاقتصادية؛ ويعتقد

---

[67] عويضة، هيثم. 2003. الخصخصة في الاقتصاد الفلسطيني: دراسة تطبيقية في المؤسسات الفلسطينية. دراسة ماجستير منشورة. جامعة النجاح الوطنية. تم الوصول بتاريخ 2019/9/22 عبر الرابط: https://scholar.najah.edu/sites/default/files/all-

[68] روابده، علي. 2005. مبادرة الخصخصة المتكاملة لنظام الرعاية الصحية الأردني. مؤتمر الشراكة الحادي عشر بين القطاعين العام والخاص. رومانيا. تم الوصول بتاريخ2019/10/2 عبر الرابط:
https://www.researchgate.net/publication/313854567_

أن القطاع الخاص لديه القدرة على تولي دور رائد في توفير الرعاية الصحية ضمن هيكل منافسة فعال بحيث يتم التأكد بطريقة تعزز القدرة التنافسية للقطاع الخاص، وتوجد العديد من الآراء السلبية ضد بعض أشكال المنافسة؛ في حين يطمح صانعو السياسة إلى تحديد أكثر أشكال المنافسة كفاءة، ويمكن تعريف القدرة التنافسية بأنها قدرة المؤسسة على المنافسة وتقديم سلع وخدمات عالية الجودة بأسعار منخفضة، وطبيعة المنافسة التي تعتبر مقبولة للأرض الفلسطينية المحتلة هي ما يعرف باسم "المنافسة القائمة على القيمة" وليس على تخفيض التكلفة والجودة، وتوصي الدراسة بتقييم احتياجات الرعاية الصحية من أجل تحديد الثغرات وتوقعات احتياجات الرعاية الصحية في المستقبل، وتقييم دور شركات التأمين الصحي، والاتجاهات الديموغرافية التي تؤثر على ظروف الطلب في الرعاية الصحية؛ وصياغة رؤية استراتيجية وطنية تحدد هيكل نظام الرعاية الصحية اللازمة لفلسطين بمشاركة فاعلة من جميع مقدمي الرعاية الصحية، كأساس لتوجيه جميع سياسات الرعاية الصحية التي تستند إلى تقييم الاحتياجات وتقوم بتحديد دور كل صاحب مصلحة والمسؤوليات؛ وإعادة بناء الهيكل المالي لوزارة الصحة وتمكينها من شراء الخدمات الصحية بكفاءة؛ وإعادة بناء خطط التأمين الصحي لضمان تغطية الرعاية الصحية الشاملة من خلال دراسة بحثية متعمقة للسماح بالوصول الكامل إلى خدمات الرعاية الصحية[69].

4) دراسة العون وصمادي

تبحث الدراسة إلى أي مدى تتمسك المستشفيات الخاصة الأردنية بأخلاقيات الرعاية الطبية، وإلى أي مدى يتمسك الأطباء الأردنيون بأخلاقياتهم. تضمنت طرق البحث مقابلات مع 30 طبيبًا من مستشفيات خاصة وعشرة مقابلات مع أطباء من القطاع العام وخمس مقابلات غير رسمية مع المرضى. كشفت النتائج أنه على الرغم من التزام أخصائي الصحة في المستشفيات الخاصة بمرضاهم، إلا أنهم يهددون معاييرهم المهنية لإرضاء أصحابها. وأشار الأطباء إلى أن المستشفيات الخاصة تهتم أكثر بالنظر في تكلفة الرعاية الطبية واتخاذ القرارات نيابة عن

[69] مطرية، عوض؛ وخوري، فيليب. 2008. السياسات العامة لتشجيع استثمار القطاع الخاص في الرعاية الصحية الثالثية في فلسطين. معهد السياسات الإقتصادية الفلسطيني (ماس). تم الوصول بتاريخ 2019/10/2 عبر الرابط:
https://library.palestineeconomy.ps/public/files/server/20152501101814-1.pdf

المرضى لزيادة الأرباح؛ وتتجنب رعاية المرضى المسنين وغير القادرين مالياً؛ وتحرص على قبول المرضى المحظوظين والمتمكنين من الناحية المالية؛ وترحب بالأمراض قصيرة الأجل من أجل الربح[70].

5) دراسة الفدرالية الكندية

تظهر الدراسة أن نسبة الإنفاق الحكومي الكندي على الصحة من مجمل الانفاق العام على الصحة قرابة 70%، وهي نسبة تقل عن المتوسط العام لدول منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي OECD، وتظهر الدراسة أن الإدعاء بأن تحويل الخدمات للقطاع الخاص سيقلل من الضغط على القطاع الحكومي هو إدعاء غير صحيح، حيث أن القطاع الخاص يتجنب علاج الكثير من الحالات ومنها الحالات الخطرة والمعقدة، وتتركز جهود القطاع الخاص على الحالات البسيطة التي يتوفر لها تأمينات صحية موثوقة.

ويشير التقرير إلى أن الرعاية الطبية الخاصة أكثر كلفة وأقل كفاءة عند مقارنتها بالرعاية الطبية الحكومية، حيث أن وقت الانتظار لجراحة العيون في المستشفيات الخاصة تتجاوز بالضعف مثيلاتها في المستشفيات الحكومية، وبين التقرير أن الشراكة مع القطاع الخاص بحاجة لدراسات اكتوارية نافذه، حيث قدرت تكاليف إنشاء مركز أوتوا للصحة النفسية بمبلغ 95 مليون دولار ليستوعب 284 سرير، ولكن حدث ما يخالف التوقعات حيث افتتح بعد طول انتظار بتكلفة تجاوزت 146 مليون دولار وليستوعب 146 سرير فقط، أي أن تكلفة العلاج في القطاع الخاص هي ضعف التكلفة في القطاع الحكومي على أقل تقدير[71].

6) دراسة ساعاتي

هدفت الدراسة إلى التعرف على أهمية تبني الحكومة السعودية لمفهوم الخصخصة بتحويل ملكية المستشفيات العامة إلى القطاع الخاص، وأثر ذلك على تحسين جودة الخدمات الصحية ومدى

---

[70] العون، سالم؛ وصمادي، زياد. 2011. تسويق الرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة في الأردن: الأخلاقيات مقابل الربح. المجلة الدولية للبحوث السلوكية والرعاية الصحية. المجلد 2(24)، ص ص 362-374. تم الوصول بتاريخ 2019/10/2 عبر الرابط: https://www.researchgate.net/publication/315481074_

[71] الفدرالية الكندية لاتحادات التمريض. 2011. الخصخصة تؤذي النظام الصحي العام . www.nursesunions.ca

التخفيف الحاصل على موازنة وزارة الصحة. وتم توزيع استبانات على عينة ملائمة مكونة من 400 مشارك من المرضى والمراجعين والعاملين الصحيين، وبينت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين تبني الحكومة لمفهوم الخصخصة وتحسين جودة الخدمات الطبية المقدمة، وأوصت الدراسة بضرورة تبني مفهوم الخصخصة بشكل جزئي أو كلي من أجل تحقيق الأهداف المنشودة[72].

7) دراسة رحمان

تبين هذه الدراسة العوامل التي ساهمت في تطوير قطاع الرعاية الصحية الخاص في بنغلاديش، حيث تم تسهيل نموها من خلال إدراج تطوير الرعاية الصحية الخاصة في سياسات التخطيط، والتشجيع الرمزي من قبل المسؤولين الحكوميين، ورعاية الدولة من خلال التعليم والتدريب الطبي للكادر الطبي من القطاع الخاص، ومن خلال السماح لأطباء القطاع العام بممارسة مهام إضافية في القطاع الخاص، وتوفير المنح لتدريب أطباء القطاع الخاص، مع تزايد الإعانات والأموال للاستثمار في القطاع الخاص. كما تم خلق فرص للتوسع من خلال مجموعة من المشاكل في نظام الرعاية الصحية العامة الحكومية، بما في ذلك عدم القدرة على توفير الخدمات، والموارد المحدودة، وضعف الإدراك وسوء جودة الخدمات، ونقص الموظفين، والتغيب عن العمل، والفساد، وسوء التخطيط والإدارة؛ ورغم حجم الدعم المقدم للقطاع الخاص فإنه يعاني من عدة مشاكل بنيوية، حيث يفتقر إلى البنية التحتية الضرورية والأفراد والموظفين الثابتين والمؤهلين، مع وجود ملامح لظروف الخدمة السيئة والجودة الرديئة والمعايير السيئة. وقامت الحكومة بسن مرسوم لتنظيم الرعاية الصحية الخاصة، لكن الأدلة تشير إلى أن الممارسات التنظيمية غير فعالة نتيجة لمشاكل التصميم التشريعي والمعلومات والتنفيذ، وكذلك التناقضات

[72] ساعاتي، عبد الإله. 2012. خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى والمراجعين. مجلة الأبحاث الاقتصادية لجامعة البليدة. العدد 7 http://univ-blida2.dz/revues/revues/f_SECG/r_RE/r_RE_07.pdf

الداخلية والخارجية داخل النظام التنظيمي، وتدلل نتائج الدراسة أن وجود بعض المبادئ التوجيهية للسياسة ضروري لضمان المخرجات الإيجابية من قطاع الرعاية الصحية الخاص[73].

8) دراسة عبدالله

هدفت الدراسة إلى تعريف مفهوم الخصخصة وبيان المنهجية الملائمة لتطبيقها، وتقييم تجربة إصلاح القطاع العام في السودان عبر تفعيل دور القطاع الخاص، وبينت النتائج أن الخصخصة تعني نقل ملكية الممتلكات العامة من الحكومة إلى كيانات مملوكة للقطاع الخاص، وتوصلت الدراسة إلى أن أغلب المؤسسات التي تم بيعها للقطاع الخاص قد أضعفت اقتصاد الدولة وساهمت في ثراء القطاع الخاص، وبينت أن تطبيق الخصخصة بدون رؤية متكاملة واضحة الأهداف أثر سلباً على القطاع الصناعي والزراعي وقطاع الخدمات والأعمال[74].

9) دراسة عزيز

تبين الدراسة أن نظرية رأس المال البشري تعتمد على الاستثمار في التعليم والبحث العلمي الذي يرفع الانتاجية، حيث يعد التعليم العنصر الأول والأهم والمؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في تكوين رأس المال البشري. ويستند تطوير التعليم على أساسات البرمجة والتخطيط والبحث في سياقات وطنية في الجوانب الكمية والنوعية ولكافة مستويات التعليم، وفي جدية تقييم التعليم وتأثيره في النمو الاقتصادي واستخدام المقارنات عبر فترات زمنية مختلفة، وللتحول من القطاع العام إلى القطاع الخاص يتطلب رفع كفاءة الكوادر البشرية لتحسين المركز المالي للدولة من جهة وتعزيز المنافسة وقوى السوق من جهة ثانية، وهذا يحتاج لتقييم عام للقطاعات المختلفة، والنظر باستمرار للمصلحة العامة والحاجات الأساسية التي تدعم اقتصاد الدولة. إن ضمور رأس المال وحجم القاعدة الانتاجية، والانجرار السريع نحو برامج الخصخصة، ينعكس سلباً على

---

[73] رحمان، رضوان. 2014. الدولة ، قطاع الرعاية الصحية الخاص واللوائح في بنغلاديش. تم الوصول بتاريخ 2019/10/1 عبر الرابط: https://www.researchgate.net/publication/261687656

[74] عبدالله، عبد الرحيم. 2016. إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص " دراسة تحليلية لتقييم تجربة الخصخصة في السودان". مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية. العدد (24)، رقم (2):ص ص 62-82

تطوير فرص كافية للعاطلين عن العمل مما يضطرهم للعمل في فرص هامشية لا تحقق التنمية المطلوبة[75].

10) دراسة طاهر

تؤكد على أن حماية حق العمل مبدأ أساسي لا يتحقق إلا بتدخل الدولة وفرضه في مجالات العمل المفتوحة، وهذا يحتاج لدور الدولة في امتلاك وسائل الانتاج والامكانيات الاقتصاديه التي تمكنها من السيطرة على فرص العمل وأرباب العمل في القطاع الخاص، وتأمين حق العمل لا يمكن أن يتم بتخلي الدولة عن القطاعات الحيوية ولا يمكن أن يتحقق في ظل نظام لا تمتلك فيه الدولة الوسائل الكافية لرسم سياسة شغل فعالة، ولا يمكن لها ضبط مخطط لاستيعاب كل من هم في سن العمل. إن سلطة العمل الخاص لا تقيدها الاعتبارات الإنسانية والقواعد الأخلاقية للإبقاء على العاملين أو تطوير فرص لهم بل كثيراً ما يعمد للاستغناء عن العاملين لتحقيق نسب عالية من الأرباح. إن اتباع سياسة الخوصصة دون دراسة وتخطيط يعرض المجتمعات إلى أزمات اقتصادية واجتماعية ونسب بطالة عالية وتعريض العمال للبطالة المقنعة في القطاع العام، والإحالة على التقاعد المبكر للكوادر المؤهلة قبل بلوغ السن القانونية[76].

11) دراسة مبارك

الخوصصة ليست العصا السحرية التي تحل كافة مشاكل الدول النامية، وإنما هي جزء من كل ينبغي أن يواكبها تغيير جذري في بيئة الأعمال، أي تحسين كفاءة المؤسسة والإطار القانوني في الدولة وتحسين الأداء السياسي، وتحسين أداء المؤسسات المالية وانضباط الأسواق.

عملية الخوصصة عملية صعبة لها متطلبات كثيرة تتحول فيها المؤسسات التقليدية إلى مؤسسات ديناميكية يرافقه تحول سياسي نحو الحرية والديمقراطية، وتحولات اجتماعية في العادات والتقاليد ونمط الاستهلاك، والإلتزام بالأداء المهني العالي مع وجود أدوات فاعلة

[75] عزيز، وفاء. 2017. التحليل الاقتصادي لاستثمار رأس المال البشري وسياسة الخصخصة. مجلة دراسات محاسبية ومالية. المجلد 12، العدد 38

[76] طاهر، قرين.2016. الخوصصة بين الضرورة الاقتصادية وحق العمل. مجلة العلوم الإنسانية.عدد46، مجلد ب. ص ص 129-141. جامعة الأخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

للمساءلة ومنع السياسي من أن يفعل ما يريد على حساب الآخرين، ومراعاة ضوابط تجعل كل فرد يعرف حقوقه وواجباته في إطار قانوني فعال[77].

12) دراسة حداد

تبين الدراسة حجم المساعدات الدولية للشعب الفلسطيني بعد اتفاقية أوسلو في الفترة 1993-2014، حيث تم تخصيص أكثر من 30 مليار دولار من الممولين لمشاريع وجهات مختلفة وبصورة عشوائية، فأثر التمويل سلباً على الجوانب السياسية والاقتصادية والاجتماعية حيث زاد هذا التمويل من التجزئة والانقسام في المجتمع الفلسطيني، وظهرت تباينات في مستوى دخل الأفراد، وتركزت الثروة في يد مجموعة قليلة من الأفراد، حيث سمحت أجندات الممولين باستخدام المال لتحقيق أهداف تكريس الانقسامات الجغرافية ونشوء طبقات جديدة من الانقسامات الاجتماعية والسياسية والثقافية، وأثرت ظروف التجزئة والانقسام على قدرة المواطنين للوصول للأراضي الزراعية والمياة والخدمات الصحية، واستمرار التجزئة كعمليات مستمرة وطويلة الأمد سيهدد النسيج المجتمعي الفلسطيني والوجود السياسي والاجتماعي للفلسطينيين[78].

13) دراسة سمير عبدالله

تناولت الدراسة المهارات الصحية لدى الكوادر الصحية في فلسطين، واستخدم الباحث تقنيات البحث الكيفي الذي يستند لتحليل الوثائق والمقابلات، وتبين نتائج الدراسة وجود نقص في عدد الكوادر الصحية وأطباء الأسنان والصيادلة، ونتيجة لذلك تعتمد وزارة الصحة على شراء الخدمات الصحية الثانوية والمتقدمة من الخارج الذي يستنزف موازنة وزارة الصحة، وأدى هذا الإجراء إلى هجرة الكوادر المتخصصة تحت تأثير ضغط العمل واستقطاب مغري من القطاع الخاص، مما قلل من كفاءة الخدمات الحكومية، وتوصي الدراسة بضرورة الاستثمار في تطوير الكوادر الحكومية لتحقيق توطين الخدمات الصحية في فلسطين[79].

---

[77] مبارك، شيماء. 2016. استراتيجية الخوصصة في المؤسسة الجزائرية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. عدد26

[78] حداد ، توفيق. 2017. أثر المساعدات الأجنبية على تجزئة الفلسطينيين. متابعة الدعم الدولي- فلسطين

[79] عبدالله، سمير. 2018. نقص وفجوة المهارات في القطاع الصحي في الأرض الفلسطينية المحتلة. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني(ماس)

14) ورقة منظمة الصحة العالمية

تبحث منظمة الصحة العالمية المساهمة المحتملة للقطاع الخاص في النهوض بالتغطية الصحية الشاملة في إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وتعني التغطية الشاملة إمكانية كل شخص الحصول على الخدمات الصحية بجودة كافية دون أن يعاني من ضائقة مادية، وتنظر لأهمية الاستعانة بالقطاع الخاص في البلدان التي يكون فيها حجم الانفاق الصحي منخفضاً وفي البلدان التي تعاني من ظروف الطوارئ لتوسيع نطاق التغطية بالخدمات، وبين الرصد الشامل للخدمات الصحية الأساسية لعام 2017 وجود قصور يستطيع القطاع الخاص تغطيته من خلال خيارات الشراء الاستراتيجي وترتيبات الدفع المسبق. وتقترح الورقة إطار عمل للمشاركة الفاعلة بين القطاعين العام والخاص، من خلال الاستناد لمعلومات بحثية أساسية عن القطاعين، لتحديد استراتيجيات واضحة وآليات محددة تكفل تقديم خدمات ذات جودة عالية، وتعزيز الإنصاف، وتوفير التكاليف المالية اللازمة، ومع تجدد الزخم العالمي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 في سياق خطة التنمية المستدامة، توجد حاجة ملحة إلى إقامة شراكات فعالة مع القطاع الصحي الخاص لن تستطيع الحكومات من دونها تحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة، وسيساعد هذا الإطار على تحقيق أربعة أهداف: توسيع نطاق الوصول العادل إلى الخدمات الصحية، وإنشاء هيئة صحية وطنية معنية بالتغطية الصحية الشاملة بمشاركة القطاع الخاص، وضمان تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال معايير متفق عليها، وتعزيز هدف الحماية المالية من خلال الشراء الاستراتيجي من القطاع الصحي الخاص[80].

ملخص الدراسات والتقارير

تناولت معظم الدراسات موضوعات الخصخصة بشكل عام في مختلف القطاعات وبشكل خاص القطاع الصحي، وضمن مفاهيم الخصخصة المتعارف عليها دولياً، وتوصلت إلى أن

[80] منظمة الصحة العالمية (WHO)، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. 2018. المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة. تم الوصول بتاريخ 2019/9/21 عبر الرابط:
http://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_8_20545_AR.pdf

الخصخصة لها فوائد في الجوانب المالية والإدارية فقط وفي القطاعات التي لا تشكل خدمات أساسية كالصحة، ولا تعود بفوائد على التنمية والرفاه الاجتماعي وتعزيز الأوضاع الاجتماعية والصحية، وهذا يتطلب فعالية حكومية في تنظيم وضبط عمليات التحول للقطاع الخاص، وتهيئة بيئة استثمارية عادلة تتيح حرية المشاركة للمجتمع وتمنع الاحتكار.

وتبيّن الدراسات أثر خصخصة الخدمات الصحية على تدني الأداء الصحي بشكل عام، لأسباب منها هجرة الكوادر من القطاع الحكومي للقطاع الخاص، وضعف الموارد الحكومية وفرص التطوير للقطاع العام، الأمر الذي يؤدي لتدني الخدمات الحكومية للفئات الأكثر تهميشاً في المجتمع والتي لا تستطيع الوصول لخدمات القطاع الخاص، وبينت الدراسات التأثير السلبي لنظريات السوق الليبرالي الداعي إلى الخصخصة على القضايا الصحية في العديد من دول العالم.

استفادت هذه الدراسة من تجارب الدول المختلفة في التوجه نحو الخصخصة ومن تأثيراتها على الوصول العادل للفئات المهمشة، ومن طبيعة البحث الخاص بموضوع يؤثر في السياسات العامة، حيث تتناول هذه الدراسة بشكل محدد موضوع الخصخصة في القطاع الصحي الفلسطيني وتأثيره على الوصول العادل لخدمات صحية نوعية، وتبحث تأثيرات الخصخصة في سياق مختلف بسبب استمرار الاحتلال للأراضي الفلسطينية وسيطرته على مداخيل العمليات الاقتصادية، وتنظر بمزيد من العمق على مفاهيم ومضامين الخصخصة من خلال البحث النوعي مع الجهات ذات العلاقة وتحليل نتائج التقارير والدراسات المتعلقة بأداء النظام الصحي الفلسطيني.

الفصل الثالث: جمع البيانات

ونتائج المقابلات الفردية ومجموعات النقاش البؤرية

يتضمن هذه الفصل نتائج اللقاءات الفردية مع المشاركات والمشاركين في الدراسة، ونتائج نقاش المجموعات البؤرية مع العاملات والعاملين الصحيين، وما يمكن استنتاجه من مضامين حول الخصخصة والتغييرات المطلوبة في النظام الصحي لجعله أكثر استجابة بمتطلبات العدالة والحماية الاجتماعية، ومدى تحقيق هذه السياسة لمبادئ الرعاية الصحية، وأهداف التنمية المستدامة، واقتراح توصيات وآليات تمكن من فعاليات الضغط والمناصرة مع الجهات المعنية، ويتناول الإجابة على الأسئلة البحثية التي تناولتها الدراسة.

نحن نشهد أزمة إنسانية عميقة. نحن نواجه عواقب الرأسمالية، والاستعمار، والتفرد، واستنزاف الموارد، والتنافسية الفائقة، وتراكم رأس المال المستشري وجميعها ستؤدي إلى تدمير سريع للظروف التي تولد وتدعم الحياة.

مؤسسة روزا لوكسمبرغ

مفهوم الخصخصة ومظاهرها في القطاع الصحي الفلسطيني

مفهوم الخصخصة

يوجد شبه إجماع لدى المشاركين والمشاركات في الدراسة أن الخصخصة، **تعني التوجه الحكومي نحو التخلي عن بعض الخدمات الصحية الأساسية لصالح القطاع الخاص**، على الرغم من أنه لا يوجد إقرار رسمي يعترف بوجود الخصخصة، وتقوم الحكومة بدفع ثمن الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص لنسبة من الحاصلين على التأمين الصحي وبأسعار مضاعفة.

ومن المشاركين من يرى أن الخصخصة هي **تخلي الحكومة عن التزاماتها** اتجاه إنفاذ الحق في الصحة، وإطلاق العنان للقطاع الخاص للتحكم في الخدمات المتعلقة بالصحة، من خلال تشجيع فرص إندماج القطاع الخاص في الخدمات الصحية الحكومية وليس في إطار شراكة محددة الأدوار بل لتكريس توجهات وإجراءات يكون للقطاع الخاص نفوذ كبير على القطاع العام وتختلط الأدوار والمسؤوليات في إطار ما يعرف بالخصخصة. ويظهر من أقوال المشاركين أن التوجه العام هو نحو شراء الخدمات من القطاع الخاص على حساب تطوير هذه الخدمات في القطاع الحكومي.

(يوجد نقص في الأجهزة، ، ونقص في التشخيص، ونقص في الأدوية، واكتظاظ في المرضى، ومعاملة صعبة، .. وهذه الفجوات تقلل من ثقة المواطن في الخدمات الحكومية وتدفعه للتوجه نحو القطاع الخاص)– مشارك في

المجموعات البؤرية من نابلس

(ما جدوى شراء خدمات من القطاع الخاص على حساب القطاع الأهلي والحكومي؟ في الوقت الذي يتم فيه تحويل شراء الخدمات من مستشفيات القدس لصالح المستشفيات الخاصة في الضفة الغربية، وتحويل الكوادر المدربة من القطاع العام للعمل في القطاع الخاص)[81] – مشارك في المقابلات الفردية من المختصين

ويرى بعض المشاركين أن تعريف الخصخصة يتطلب مسوغ قانوني يحدد إطار الخدمات التي يجب خصخصتها، أو أن تكون هناك أدلة دامغة كسياسة مصرح بها، وأن ما تقوم به وزارة الصحة لا يعدو كونه شراء خدمات لا تستطيع تقديمها في الوقت الحاضر وقد تتطور القدرات الحكومية مستقبلاً لتقديمها متى توفرت الظروف المناسبة والامكانيات. ويرى آخرون أن دخول القطاع الخاص على الخدمات العامة الأساسية من خلال علاقات نفوذ أثرت على قدرة القطاع الحكومي في تقديم خدمات عادلة، وتؤدي إلى اتخاذ قرارات قد تتضارب مع مصالح القطاع الخاص، حيث يستطيع القطاع الخاص إبطال القوانين التي تتعارض مع مصالحة مثل قانون الشركات وقانون الضمان الاجتماعي وغيرها، ويمتد تأثير القطاع الخاص لإحباط أية تدخلات تعزز الخدمات الصحية في القطاع الأهلي والحكومي. ويبدو أن الطابع العام لدى المشاركين هو الاقرار بوجود توجه عام لدى الحكومة في تقديم الخدمات الصحية من خلال القطاع الخاص مع إمكانية مساهمة الأفراد بمدى القدرة على الدفع، وليس كتوجه حقوقي يكفل للجميع حق الحصول على الخدمة بغض النظر عن القدرة المادية، حيث يتكلف المريض رسوم إضافية لبعض الخدمات العلاجية في المستشفيات الحكومية كالفحوصات والأدوية والأشعة وغيرها، ويتكلف مساهمة تفوق قدرة معظم الحاصلين على التأمين الصحي عند تحويله للقطاع الخاص. والجدول (4) يبين أهم الفقرات الدالة على تعريف الخصخصة في النظام الصحي الفلسطيني وتكرار هذه المؤشرات لدى المشاركين في الدراسة.

جدول4 . فقرات تعريف الخصخصة في النظام الصحي الفلسطيني وتكراراتها من قبل العاملين الميدانيين.2019

فقرات تعريف الخصخصة	التكرار
تخلي الحكومة عن بعض الخدمات الأساسية	///////////////
الانسحاب من مسؤولية تقديم بعض الخدمات العامة	//////////

[81] من أقوال المشاركين في اللقاءات الفردية بتاريخ 2019/10/19

سيطرة القطاع الخاص على بعض الخدمات الصحية	////
تراجع دور الحكومة في تأمين الخدمات الصحية الأساسية	/////////
الانسحاب من الدور المطلوب والتخلي عن المسؤولية	///
إندماج القطاع الخاص في الخدمات الصحية الحكومية	///
شراء خدمات صحية أساسية من خارج مرافق وزارة الصحة	//////////
مساهمة المواطن في دفع تكاليف إضافية للحصول على الخدمات الحكومية	////
الشراكة مع القطاع الخاص	///////
تقنين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين	////
هجرة الكوادر المؤهلة من القطاع الحكومي	////////
تحويل ملكية القطاع العام للقطاع الخاص	///////
نقل صلاحيات من الدولة للقطاع الخاص	///
قصور في أداء وزارة الصحة	//
تحويل جزء من الخدمات العامة للقطاع الخاص وفق قانون الخصخصة	////
تفويض للقيام أو لإدارة ممتلكات أو الحصول على امتياز لموارد وخدمات عامة	//
استخدام الواسطة لتحويل المريض للقطاع الخاص	/////

ويظهر من الجدول السابق أن غالبية المشاركين تميل لتعريف الخصخصة في إطار تخلي الحكومة عن تقديم بعض الخدمات المنصوص عليها في القانون الأساسي.

(تخلت الحكومة عن دورها في الحفاظ على موارد سيادية تمكنها من الصمود في وجه قطع المخصصات الضريبية)[82] *(يوجد توجه عام نحو تحويل الخدمات الصحية للقطاع الخاص). (كيف ننتقل لخصخصة القطاع الصحي ونحن لا نقوم بواجبنا الصحيح كقطاع حكومي، نحن فقط ننسحب من الدور المطلوب منا لنحمل تبعاته للمواطن ونتخلى عن مسؤوليتنا ونحملها للآخرين).*

مشاركات من مجموعات النقاش البؤرية في نابلس والخليل

وقسم آخر من المشاركين وخاصة الخبراء في مجال الصحة لا يقرون بوجود خصخصة في النظام الصحي، ويفيدون بأن وزارة الصحة تقوم بشراء الخدمات للمشاركين بالتأمين الصحي،

[82] أقوال المشاركين في مجموعات النقاش البؤرية، نابلس، بتاريخ 2019/10/9 ، مقر جمعية تنظيم وحماية الأسرة

وأن سبب ضعف الخدمات الصحية الحكومية لا يعدو كونه قصور في الأداء وهذا له عدة أسباب ومنها تاريخي حيث استلمت السلطة بنية تحتية ضعيفة من الاحتلال، حيث لم يتم طيلة فترة الاحتلال تطوير أي مستشفى من تلك التي أنشئت زمن الحكم الأردني، وهناك أسباب أخرى إدارية تتعلق بغياب الرؤية والآليات منذ استلام السلطة للانفكاك عن الخدمات الإسرائيلية.

(لا توجد خصخصة مطلقة في النظام الصحي الفلسطيني، حيث لا توجد سياسة مقرة أو اعتراف رسمي، وتقوم الوزارة تحت ضغط الحاجة بشراء الخدمات لمستحقيها من المنتسبين للتأمين الصحي فقط).

مقابلة فردية مع مختص في مجال الحقوق الصحية

الخصخصة مقابل الشراكة مع القطاع الخاص

يتنامي لدى وزارة الصحة توجه نحو الشراكة مع القطاع الخاص على أساس أن النظام الصحي الفلسطيني هو منظومة متكاملة يجب أن تكون موحدة، فقلة الموارد والكوادر المؤهلة لشعب تحت الاحتلال يستدعي الاستفادة بأقصى قدر ممكن مما هو متاح، وهذا لا يتم إلا من خلال شراكة بين كافة القطاعات الحكومية والأهلية والخاصة والوكالة، والحد من ازدواجية وتفتيت الخدمات بين القطاعات المختلفة.

يوجد فرق كبير بين الخصخصة والشراكة مع القطاع الخاص، حيث أن الشراكة الحقيقية لها متطلبات وشروط وتعود بالمنفعة على الجميع على حد سواء، أما الخصخصة بالمفهوم والمضمون السائد حالياً والذي أفاد به المشاركين والمشاركات في الدراسة وتلك المتعارف عليها لدى المؤسسات الحقوقية والدولية والواردة في الدراسات، فإنها ستؤثر سلباً على جودة واستدامة تقديم الخدمات، وسوف تحول الناس إلى فئتين، فئة غنية ومحدودة قادرة على الدفع والحصول على خدمات نوعية، وفئة فقيرة وتشكل غالبية؛ لا تملك مقومات الوصول للخدمات، وهذا التوجه يتنافى مع الحق في الحصول على الصحة وتحقيق مبدأ العدالة الاجتماعية، وهنا يجب التأكيد على ضمان حصول جميع فئات الناس على الحقوق الصحية والرعاية الأولية بغض النظر عن المستوى المعيشي والاقتصادي.

(يوجد إمعان لدى وزارة الصحة في توسيع دورها لتقوم بتقديم كافة الخدمات الصحية، وهذا لا يمكن أن يتحقق لعدم توفر الكوادر الصحية الكافية والمؤهلة.. كل وزير جديد يأتي بتوجه لفتح مستشفى جديد .. المستشفيات

ليست مجرد مباني.. تحتاج لكوادر وتجهيزات وقدرات مادية لتشغيلها).

مشاركة من المقابلات الفردية مع مختص في الادارة الصحية

يوجد فرق بين مفهوم الخصخصة والشراكة مع القطاع الخاص، والجدول رقم (5) يبين أهم الفروقات بين مفهومي الخصخصة والشراكة مع القطاع الصحي الخاص من وجهة نظر المشاركين والمشاركات في الدراسة.

جدول5. الفروقات بين مفهومي الخصخصة والشراكة مع القطاع الخاص من وجهة نظر المشاركين

الخصخصة	**الشراكة مع القطاع الخاص**
توجه نحو السوق	توجه نحو المجتمع
التركيز على الجانب المادي والأرباح	التركيز على الجانب الإنساني
تخلي عن حقوق المواطنين	الحفاظ على حقوق الجميع
تضارب المصالح	تكامل المصالح
غياب العدالة الاجتماعية	تحقيق أفضل للعدالة الاجتماعية
أدوار غير واضحة	أدوار محددة وواضحة
استغلال الحق العام	الحفاظ على الحق العام
غياب دور رقابي حكومي	دور رقابي حكومي فاعل
اندماج العام بالخاص	الحفاظ على مسافة كافية بين القطاعات
مساهمة الحكومة قليلة	مساهمة الحكومة كبيرة
تعاقد من الباطن غير واضح	تعاقد شفاف وواضح ضمن عطاءات
سيطرة الخاص على العام	سيطرة الحكومة على جميع القطاعات
الأفراد مسؤولين عن صحتهم	الدولة مسؤولة عن صحة المواطنين

مظاهر الخصخصة

بينت نتائج المقابلات إفادات لعدد من المشاركات والمشاركين تشير لوجود عدة مظاهر تدلل على انتشار ظاهرة الخصخصة في النظام الصحي الفلسطيني ومنها:

1. إرتفاع قيمة التحويلات لشراء خدمات صحية من خارج مرافق وزارة الصحة، ومع أن الحكومة توفرها للمؤمنين صحياً، إلا أن تكلفة الخدمة في القطاع الخاص يفوق مثيلاتها في القطاع الحكومي ويأتي على حساب تطوير الخدمات الحكومية والقدرة على تأمينها لغير المؤمنين من الفئات الفقيرة والمهمشة.
2. تنامي دور القطاع الخاص في تقديم خدمات أساسية يفترض أن يقدمها القطاع الحكومي لجميع المواطنين، من خلال إنشاء عدد أكبر من المستشفيات والمراكز الصحية والمختبرات الخاصة، في ظل نقص مصادر التمويل لتطوير الخدمات في القطاع الحكومي، وتحويل قسم كبير من الموازنة المخصصة للصحة لصالح القطاع الخاص.
3. مساهمة المواطن المؤمن بمبالغ كبيرة في تلقي الخدمة من القطاع الحكومي والقطاع الخاص، حيث يتكلف المواطن رسوم إضافية وأثمان باهظة لتأمين فحوصات وأدوية لا تتوفر في مرافق القطاع العام.
4. قلة توفر الأدوية والفحوصات اللازمة للمؤمنين في القطاع الحكومي، ويحتاج أي مريض لفحوصات استكمالية خارج مرافق وزارة الصحة، وقسم كبير يضطر لشراء الأدوية الأساسية.
5. يقدم التأمين الصحي رزمة خدمات لا تفي باحتياجات المريض، وخاصة التأمين الخاص الذي لا يغطي علاج عمليات القلب وعلاج أمراض الدم وغيرها من المشاكل الصحية المنتشرة في المجتمع الفلسطيني.
6. تدني ثقة المواطنين بالخدمات الصحية التي تقدم في القطاع العام، ويميل معظم الناس للإعتقاد بأن الخدمة الصحية أجود في القطاع الخاص.
7. تعطل الأجهزة الضرورية للتشخيص في العديد من المراكز والمستشفيات الحكومية.
8. قصور في التخطيط الاستراتيجي لتطوير الكادر المتخصص والمرافق والتجهيزات اللازمة.

(تكمن مظاهر الخصخصة في شراء خدمات لعلاج أمراض مستعصية، وتزايد حجم شراء الفحوصات

المخبرية الاستكمالية بأسعار عالية لا يستطيع المواطن تحملها، بالإضافة لشراء الأدوية التي يجب توفيرها ضمن قائمة الأدوية الأساسية المغطاة في التأمين الصحي).

مشاركة من طبيب مختص ضمن المقابلات الفردية

(يوجد قصور في التخطيط لدى الوزارة. هذه الامكانيات الكبيرة التي صرفت على التحويلات للعلاج في الخارج كان بالإمكان الاستفادة بجزء منها لتطوير الكادر وتوفير الاحتياجات).

مشاركة من المقابلات البؤرية في قلقيلية

9. نقص في تخصصات عديدة في المستشفيات الحكومية تجبر المواطنين وخاصة كبار السن التوجه نحو القطاع الخاص.
10. تباطؤ في تقديم الخدمات الصحية أو زيادة وقت الانتظار لتلقي الخدمات يدفع المواطنين التوجه نحو القطاع الخاص.

(تنتظر لقراءة نتيجة الفحص أحياناً أربعة أيام، فما بالك في عمليات جراحية يحتاج بعضها الانتظار لمدة سنة، في ذات الوقت يقوم نفس الأخصائي بإجراء الفحص واصدار التقرير فوراً في عيادته الخاصة، هذا التلكؤ والمماطلة في تقديم الخدمة في وقتها يدفعك نحو التوجه للقطاع الخاص).

مشاركة من المجموعات البؤرية في الخليل

11. وجود تفاهمات مسبقة بين الحكومة والقطاع الخاص لتوفير خدمات متطورة في مجال التشخيص والعلاج.
12. عمل قسم كبير من الكادر الطبي الحكومي في القطاع الخاص، بحيث يتم التوجه للعيادة الخاصة لتسريع الحصول على الخدمات الحكومية التي تتطلب الانتظار لفترات طويلة[83].

(رئيس قسم القسطرة هو نفسه من يقرر التحويل وهو بذاته يقوم بإجراء العمليات في المستشفيات الخاصة).(يتوجه طبيب الحكومة خلال دوامه لإجراء عملية لمريض يحمل تأمين صحي حكومي في المستشفى الخاص).(أتحدى وجود طبيب واحد في القطاع الحكومي لا يعمل في القطاع الخاص). (توظف إمكانيات القطاع الحكومي لخدمة القطاع الخاص).

(معظم المواطنين الذين يجرون عمليات جراحية في القطاع الخاص لديهم تأمين صحي حكومي).

من أقوال المشاركين في المجموعات البؤرية في الخليل ونابلس وقلقيلية

[83] يرى قسم من المشاركين أن ازدواجية العمل بين القطاع الخاص والحكومي يعد نوع من تضارب المصالح الذي يتنافى مع أخلاقيات المهنة.

ويرى فريق البحث أن مجمل هذه المظاهر يدلل على وجود توجهات ضمنية نحو خصخصة الخدمات الصحية الحكومية، أو وجود نهج لا توجد أية جهود فاعلة حقيقية لتغييره، ووضع ضوابط وشروط تنظم العمل الصحي بعيداً عن الرغبة في النظر للخدمات الصحية كسلع استهلاكية قابلة للمزايدة من أجل تحقيق الأرباح.

العوامل التي قد تدفع الحكومة الفلسطينية للتوجه نحو الخصخصة

يرى معظم المشاركين والمشاركات بأنه توجد عدة أسباب قد تدفع الحكومة للتوجه نحو خصخصة بعض الخدمات الصحية منها: وجود فجوات في نوعية الخدمات الصحية، وضعف الموارد المالية، وضغوطات المانحين، والإقبال الكبير على الخدمات الصحية، وتدني ثقة المواطنين بجودة الخدمات الحكومية، ووجود نوع من تضارب المصالح للعاملين في القطاع الحكومي. ويمكن تبويبها كما أفاد المشاركون في الدراسة في عدة عوامل فنية واقتصادية وسياسية واجتماعية وثقافية وصحية.

أولاً: العوامل الفنية

تلجأ الحكومة لتنفيذ الخدمات الصحية من خلال القطاع الخاص لأسباب فنية منها:

- وجود فجوات أو نقص في مستوى جودة الخدمات الصحية في القطاع الحكومي والبحث عن مستويات أفضل في القطاع الخاص، ويعود النقص لأسباب منها: قلة الموارد المادية اللازمة للتطوير، ونقص التجهيزات والفحوصات والمختصين، وضغط العمل بسبب الاكتظاظ، وانعدام الثقة بالطاقم الطبي وفق ما أشار له المشاركين في الدراسة.
- تطور تنفيذ الخدمات الصحية في القطاع الخاص، وتطور الإدارة الفنية لهذه الخدمات بآليات جديدة غير بيروقراطية بحيث يتم إنجازها بكفاءة أعلى في أقل وقت وبأقل جهد وتكلفة.

- التطور التكنولوجي الكبير في مجال الخدمات الطبية يضغط على الحكومة للسعي نحو توفير هذه الأدوات التي يستطيع القطاع الخاص توفيرها بعيداً عن التقليدية السائدة في القطاع العام.
- قلة الأجهزة التشخيصية والمختصين لدى القطاع الحكومي تدفع نحو تحويل قسم كبير من الفحوصات لتنفيذها في مراكز خاصة.

(يمكن التخفيف من الأعداد الكبيرة من المرضى في المستشفيات الحكومية بتحويلهم للقطاع الخاص، بحيث يقل العبء وضغط العمل على طاقم القطاع العام، ويستفيد القطاع الخاص ويحصل المريض على خدمة نوعية في الوقت المناسب والمكان المناسب من طاقم مؤهل).

مشاركة فردية من عامل صحي في وزارة الصحة

(لماذا نذهب للمستشفى الحكومي ؟ ماذا سيقدمون لنا.. سوى أدوية مسكنة بأسعار أعلى من السوق!)

المشاركين في المجموعات البؤرية في نابلس

ثانياً: عوامل إقتصادية

أفاد المشاركون في الدراسة بوجود عدة عوامل مرتبطة بضعف الوضع الاقتصادي تدعو للتوجه نحو الخصخصة، ومنها:

- نقص في الموازنة العامة والحاجة لأموال من أجل تغطية النفقات العامة، والحاجة لتطوير المرافق الحكومية والتجهيزات وتطوير الكادر الطبي.
- تردي الوضع الاقتصادي الفلسطيني، فالنظام الاقتصادي غير منتج وتابع ويعتمد على عائدات ضريبية يتم التحكم بها من الطرف الإسرائيلي.
- ارتباط المساعدات الدولية الداعمة لقطاع الخدمات الصحية بتطور الوضع السياسي، حيث تقلص حجم تمويل المستشفيات في القدس وغيرها من المؤسسات الصحية الفلسطينية.
- إرتفاع تكلفة العلاجات الصحية بتطوير تكنولوجيا التشخيص والأدوية.

ثالثاً: عوامل سياسية وضغوطات دولية

يرى معظم المشاركون في الدراسة بأن الحكومة الفلسطينية تتعرض لضغوطات عديدة تمنع عنها مصادر التمويل منها:

- ضغوطات سياسية لموقفها الرافض للرضوخ لإملاءات سلطات الاحتلال الإسرائيلي والحكومات الغربية وما يسمى صفقة القرن لتسوية الصراع الفلسطيني الإسرائيلي.
- ضغوطات من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي لإعادة جدولة ديونها وتغيير سياساتها وأولوياتها، والدعوة المتواصلة لمشاركة القطاع الخاص في تقديم الخدمات الأساسية لتقليل فاتورة الإنفاق الحكومي، بحيث يقوم القطاع الخاص بإدارة وامتلاك مستشفيات ومراكز صحية متخصصة، وهذه توجهات عالمية مرتبطة بسياسات السوق.
- تشجيع منظمة الصحة العالمية لمشاركة القطاع الخاص في التنمية وتدعو للاستثمار في القطاع الصحي.

(الأساس احترام حقوق الناس في الصحة وهذا الأساس من مسؤولية الدولة، والتوجه نحو الخصخصة هو توجه ليبرالي مدعوم من البنك الدولي بهدف نزع الغطاء عن الحماية الاجتماعية للفئات المحتاجة، واعطاء الفرصة لتعويم الخدمات الصحية وتركها لمجال المنافسة، والسماح للقطاع الخاص للنمو والاستثمار في المجال الصحي، حيث تراجع دور الحكومة في تأمين الخدمات الأساسية).

مشاركة من مختص في الصحة/ المقابلات الفردية

(يعارض البنك الدولي السياسة المبنية على الإنصاف والعدالة الاجتماعية التي تسعى لتوفير احتياجات جميع المواطنين من الأدوية، بحيث يدعو باستمرار لتحويل القطاعات العامة لقطاع خاص). مشاركة من مختص في مجال الحقوق الصحية في المقابلات الفردية

- وجود بعض الأفراد لديهم تفاهمات مع القطاع الخاص، وهدفهم الحفاظ على مصالحهم والحد من إعمال وتنفيذ أية تشريعات تنظم العلاقة مع القطاع الخاص.

(تم اقتراح قانون الشركات منذ عام 1998 لتنظيم عمل القطاع الخاص وتم مراجعته وتعديله عدة مرات ولم يقر لغاية الآن، لأنه يحد من نفوذ القطاع الخاص ويحافظ على مصلحة المواطنين).

(يوجد عدد من المسؤولين لديهم توجهات ليبرالية تدعم التوجه الرأسمالي الفردي على حساب الرفاه المجتمعي، وهي فئة متنفذه تحاول فرض أجندات لا يمكن أن تنجح في سياق بلد تحت الاحتلال).

مشاركة من طبيب اختصاصي/ المقابلات الفردية

(توجد سمسرة من قبل الاحتلال الاسرائيلي لشراء الخدمات من المستشفيات الإسرائيلية وبالمقابل لا بد من وجود سمسرة من قبل الطرف الفلسطيني لتسهيل ذلك).

مقابلة فردية مع مستشار في الحقوق الصحية

ثالثاً: عوامل اجتماعية وثقافية

يؤكد قسم كبير من المشاركين في المجموعات البؤرية أن الناس تفضل الخدمات المقدمة في القطاع الخاص، لاعتقاد عام بتدني جودة خدمات القطاع الحكومي حيث تعد بيئة طاردة لتوجه الناس للخدمات لعدة أسباب منها: تدني الثقة بالكادر الطبي وبجودة الخدمات، والاكتظاظ، والتعامل الفوقي والسلوكيات الخاطئة التي يمارسها بعض العاملين مع المرضى.

(يوجد اعتقاد عام بتدني جودة الخدمات الحكومية، مع أن الطبيب الذي يقوم بإجراء العملية في القطاع الخاص هو نفسه من يجريها في القطاع الحكومي، لكن الناس تحتاج أحياناً لخدمات فندقية أفضل وخصوصية أكثر يوفرها القطاع الخاص).

مقابلة فردية مع مختصة في مجال الصحة

(التقليل من المركزية نحو مشاركة القطاع الخاص يقلل من النفوذ والفساد في القطاعات المختلفة، وتصبح لدى مؤسسات الدولة القدرة العالية والجرأة في مساءلة المؤسسات على أدائها).

مقابلة فردية مع أكاديمي مختص في الصحة العامة

(القدرة على الرقابة على القطاع الخاص من قبل الحكومة أجرأ وأكثر فاعلية من المراقبة على الحكومة، وتتعزز النزاهة عندما يكون هناك فصل بين الأدوار المراقبة والمنفذة).

مقابلة فردية مع مختص في مجال الإدارة الصحية

(تزايد نسبة الاعتداءات على الطواقم الطبية لانعدام ثقة الناس بالخدمة الطبية، ولوجود قناعات تترسخ لديهم بفوقية الكادر الطبي وعدم رغبته في معالجة الناس في القطاع الحكومي).

من المشاركين في المجموعات البؤرية في نابلس

رابعاً: عوامل صحية

تجمع المشاركات والمشاركين في الدراسة على تعرض الشعب الفلسطيني المستمر لضغوطات يومية من ممارسات الاحتلال تسبب له أضرار صحية ونفسية جسيمة، مما يزيد من حجم الإقبال على تلقي الخدمات الصحية الحكومية، فالضغط على الخدمات، وتأجيل كبير في المواعيد لإجراء العمليات، يتطلب من الحكومة اتخاذ إجراءات طارئة لتحويل عدد من المرضى للقطاع

الأهلي والخاص، وسوء توزيع الخدمات يؤدي إلى نقص الخدمات الصحية في بعض التجمعات السكانية مما يدفع باتجاه التحويلات الصحية نحو القطاع الأهلي والخاص.

> *(الشعب الفلسطيني يتعرض منذ عقود لعنف الاحتلال، وهذا يؤثر على صحته النفسية والجسدية والاجتماعية والعقلية، ويزيد من عدد المتقدمين للخدمات الصحية).*
>
> مختص في الصحة العامة

إدعاءات التوجه نحو الخصخصة في القطاع الصحي

أفاد المشاركون والمشاركات في الدراسة أن هناك بعض الأهداف يمكن تحقيقها من التوجه نحو الخصخصة، منها:

1. تسهم في تعزيز الموارد المادية لخزينة الدولة، وتطلق جهود القطاع الخاص للانتاج وتحقيق الأرباح.
2. تتيح المجال لتطوير الخدمات الصحية من خلال الاستثمار بالكوادر المتخصصة وامتلاك التكنولوجيا الحديثة والمرونة في استحداث آليات جديدة في الخدمة الصحية.
3. تؤدي لزيادة فرص العمل وتقلل من نسب الفقر من خلال إطلاق طاقات القطاع الخاص للابتكار.

ويرى فريق البحث أن هذه الإدعاءات هي مجرد افتراضات لا ترقى لتحقيق أهداف واقعية، فمنذ استلام السلطة مقاليد الحكم وتوليها مسؤولية إدارة القطاعات الخدماتية، قامت بخصخصة العديد من القطاعات مثل الكهرباء والماء والاتصالات، ولم تقم بتوفير المصادر الكافية لتطوير القطاع الصحي، بل قامت بشراء الخدمات لعدد من المؤمنين فقط، وتركت عدد كبير من الفقراء دون تغطية صحية مناسبة، ومع بروز هذا التوجه الواضح نحو الخصخصة إلا أن الوضع الاقتصادي للشعب الفلسطيني لم يتحسن، (ويلاحظ أن التأثير الأكبر يعود فقط على المستثمرين في القطاع الخاص من حيث زيادة الأرباح وزيادة الإقبال على الخدمات حيث يتنامى بوتيرة كبيرة، وهذا التطور لا ينعكس على العاملين في القطاع الخاص الذين يعانون من تدني الأجور والاستغلال والتسرب الكبير وعقود عمل غير منصفة لا تحقق الأمان الوظيفي، ومعظم الموظفين يتلقون رواتب أقل من القطاع الحكومي في ظل بيئة عمل ضاغطة غير مريحة)[84].

الإطار القانوني والتشريعي الناظم لعملية الخصخصة في القطاع الصحي

يوجد عقد اجتماعي أساسي بين الدولة والمواطن بموجبها يتلقى خدمات صحية مقابل التزام المواطن بدفع الضرائب والجمارك والرسوم المترتبه عليه وفق القانون الأساسي الفلسطيني.

(ينظم القانون خدمات التأمين الاجتماعي والصحي .. وتكفل السلطة الوطنية خدمات التعليم والتأمين الصحي والاجتماعي..)[85].

أفرد قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004 بضع مواد لتنظيم العلاقة مع القطاع الصحي الخاص، فالمادة (47) تسمح بإنشاء أية مؤسسة صحية بعد الحصول على الترخيص،

[84] مقابلة فردية مع مختص في مجال الحقوق الصحية، رام الله، بتاريخ 2019/10/18

[85] القانون الأساسي الفلسطيني. مادة 22. تم الوصول بتاريخ 2019/10/18 عبر الرابط: https://www.bal.ps/law/basic_law.pdf

والمادة(52) تجبر كل مؤسسة صحية الإعلان عن تكلفة الخدمة الصحية وعليها تبليغ الوزارة بذلك[86].

ويفيد المشاركون في الدراسة أن تنظيم العمل مع القطاع الخاص يتم عبر قرارات تصدر عن مجلس الوزراء أو الوزير، حيث لا توجد قوانين أو أنظمة تضبط حدود الخصخصة (لا توجد في الواقع حدود لما يمكن خصخصته)[87] وتحتاج وزارة الصحة لإنشاء نظام يضبط العلاقة مع القطاع الخاص وفق معايير عادلة وقوانين ناظمة للعمل، بحيث يتحمل الجميع أعباء توفير الخدمات الصحية. لا يوجد قانون للخصخصة أو للتعامل مع الشركات والقطاع الخاص، وانما بضع قرارات توجه العمل مع القطاع الخاص، وتستطيع الحكومة أن تتفاوض مع القطاع الخاص لصياغة نظام تأمين صحي وطني شامل، وفق أنظمة ولوائح تتيح لجميع الناس مزيد من الخيارات للحصول على الخدمة المناسبة.

(تستطيع الحكومة إذا أصبح لديها توجهات وسياسات واضحة، وكادر يؤمن بفكرة المساواة وتحقيق العدالة وحقوق الإنسان من تنظيم العمل مع القطاع الخاص).

مشاركة من المقابلات الفردية مع مدير مشفى أهلي

يؤكد المشاركون على أن طبيعة الاقتصاد الفلسطيني الخدماتي والمكبل يتيح المجال للقطاع الخاص التحكم في الخدمات الصحية، وينقاد لسياسات السوق واتفاقيات التجارة الدولية وإطلاق السوق الحرة القائمة على الربح في جميع الخدمات بغض النظر عن مدى تحقيق الإنصاف.

(تكلفة العملية الجراحية في مستشفى ما يختلف عن آخر، ومع أن الوزارة تتدخل في ترخيص هذه المؤسسات ضمن المواصفات المطلوبة، إلا أنها لا تتدخل في حجم الاستثمارات والاتفاق على تحديد الأسعار).

مقابلة فردية مع مدير مؤسسة أهلية

تأثير الخصخصة على تطور الخدمات الصحية

[86] قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004. تم الوصول بتاريخ2019/10/5 عبر الرابط: http://www.jma.ps/wp-content/uploads/2016/10

[87] الجمعية العامة للأمم المتحدة.2018. الفقر المدقع وحقوق الإنسان.

يرى المشاركون في الدراسة أنه قد توجد تأثيرات للخصخصة على تطور الخدمات الصحية وفق الآتي:

- يسهم القطاع الخاص في حركة تطوير الخدمات من خلال توفير مستشفيات وتجهيزات حديثة، ولكن في ظل الظروف الاقتصادية الصعبة وانتشار الفقر والبطالة، والفجوة الكبيرة في مستويات المعيشة بين المحافظات المختلفة، فالسؤال المشروع من سيستخدم هذه المرافق وتلك التجهيزات، وهل يستفيد من هذه المنشآت إلا فئة قليلة قادرة على الدفع، وهذا التوجه يضرب صميم العدالة الاجتماعية التي تنادي بحق الناس للوصول إلى خدمات صحية ذات جودة عالية في الوقت المناسب والمكان المناسب ومن قبل كوادر طبية مؤهلة ومناسبة للتعامل مع المريض.
- اتخذت قرارات أثرت على الحق بالصحة لأسباب سياسية ومنها شمولية التأمين الصحي في قطاع غزة لجميع المواطنين، واعفاء بعض الفئات من دفع تكاليف الخدمات، وهذا الإجراء قد يؤثر سلباً على إعمال الحق في الصحة، وتقديم الخدمات الصحية الجيدة للجميع بشكل عادل وبمساواة وبتكافؤ الفرص وبتحمل متساوٍ للأعباء الصحية الذي يقوم على مبدأ مشاركة الجميع وفق القدرات والحصول على الخدمات وفق الاحتياج.
- يوجد خلل في الحصول على الخدمات والتحويلات حيث تلعب الواسطة دور كبير في تحديد المستفيدين.

(تكمن المشكلة في إدارة رشيدة للكم الكبير من أموال الموازنة المخصص للصحة، وفي كيفية الاستفادة العادلة من هذه الأموال .. فكل من له القدرة على الوصول إلى مراكز اتخاذ القرار يستطيع الحصول على امتيازات أكثر من الفئات المهمشة).

مشاركة من المجموعات البؤرية في الخليل ونابلس

تأثير الخصخصة على الفئات المهمشة

تؤكد المشاركات والمشاركون في الدراسة أن الفقراء وذوي الإعاقة وكبار السن يتأثرون سلباً من التوجه نحو الخصخصة بعدة أوجه، منها:

- **الحرمان من الوصول العادل للخدمات:** تؤثر الخصخصة على قدرة الفئات المهمشة الوصول العادل للخدمات الصحية، فمن تتوفر لديه فرصة أو إمكانية للاستفادة من القطاع الخاص يستفيد من خدمات أفضل من تلك المتوفرة في القطاع الحكومي، ويضطر الفقراء أو من يمتلكون التأمين الصحي إلى تحمل معاناة تدني الخدمات، والانتظار فترات طويلة للحصول على فحص أشعة أو عملية جراحية أو قسطرة قلبية، ولذا فالمريض الفقير لا يأخذ الخدمة في موعدها المناسب، ويضطر كبار السن لدفع تكاليف إضافية في العيادات الخاصة لعدم توفر خدمات مناسبة لهم ولنقص الأدوية المخصصة للأمراض المزمنة.

(الخصخصة في الوضع الفلسطيني غير مقبولة وغير محتملة لأن معظم الشعب الفلسطيني لا يستطيع الوصول للقطاع الخاص بسبب تردي الوضع الاقتصادي ووجود نسب كبيرة من الفقراء واللاجئين وذوي الاعاقة وكبار السن).

(تؤدي الخصخصة بشكل عام إلى إغناء الأغنياء وافقار الفقراء).

(الفقير يموت على سرير مستشفى حكومي تنقصه التجهيزات والغني أو الواصل يعالج في مستشفى خاص).

مشاركة من المجموعات البؤرية في الخليل وقلقيلية

- تدني الثقة في الخدمات الحكومية: على الرغم من بعض التطورات في خدمات القطاع الحكومي على البنية التحتية وتجهيزات المستشفيات وإدارة الكوادر إلا أنه لم يتمكنوا من العمل على ذهنية المواطن وتغيير نظرته للتوجه للقطاع الحكومي.

(من يمتلك مال أو تأمين يذهب للقطاع الخاص وليس للقطاع الحكومي، وهذ لا يعني أن جودة القطاع الخاص أفضل، ولكن يحصل المريض على خدمة أسرع وخصوصية أكثر وتعامل أفضل وخدمات فندقية أحسن، أما الفقراء فقط هم من يتوجهون للقطاع الحكومي).

مقابلة فردية مع مدير مؤسسة صحية

- **ضرب مفهوم العدالة الاجتماعية:** لا يوجد توافق بين فكرة الحصول على مرابح عالية وفكرة العدالة الاجتماعية، إذا أردنا تحقيق العدالة لا بد من السيطرة على القطاع الخاص من خلال تنظيم علاقته بالقطاع العام، وإجراء مراقبة على الأداء، وادماجه ضمن هيئة مستقلة في إطار تأمين صحي وطني شامل، بحيث يكون للحكومة الحق في تحويل المرضى للقطاع الخاص ضمن معايير النزاهة والشفافية، واذا تمت هذه الاجراءات

تستطيع وزارة الصحة أن تضبط أكثر القطاع الخاص من خلال تحديد الأسعار والمواصفات للإجراءات الطبية.

- غياب آليات المساءلة الحقيقية عن جودة الخدمات، ومنع تنفيذ قضاءات جزائية لوجود تضارب للمصالح بين القطاعات المختلفة.

> *(الحرص على وجود مسافة كافية بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص لحماية حقوق المواطنين، من يحاسب القطاع الخاص إن أخطأ وهو مندمج في القطاع الحكومي، فالمطلوب وجود شراكة بمفهوم تكاملي وليس تضاربي، بحيث يكون لكل طرف دور محدد لا يختلطان أو يندمجان، بحيث تكون لكل طرف مسؤولية يستطيع المواطن مساءلة كل طرف عن واجباته).*
>
> مقابلة فردية مع مختص في الحقوق الصحية

سلبيات وإيجابيات الخصخصة

أكد معظم المشاركون في الدراسة على أن الخصخصة تكون ضارة في حالة إطلاق العنان للقطاع الخاص للسيطرة على الخدمات الصحية، ويصبح التعامل مع الخدمات الصحية كاستثمار هدفه الربح يعتمد القدرة على الدفع على حساب الحق في الحصول على الخدمة، وتتضرر فئات عديدة لا تتمكن من الوصول لخدمات ذات جودة عالية في الوقت المناسب.

وأفاد عدد من المشاركين في الدراسة بأن نتاجات الخصخصة قد تكون إيجابية إذا قامت الحكومة بتنظيم خدمات القطاع الصحي، وتحديد مسؤوليات وواجبات كافة القطاعات، وتضع القطاع الخاص ضمن خطة لاستخدام خدمات تكون متاحة لجميع الناس ضمن إطار تأمين صحي إلزامي شامل ووطني، وهنا تصبح العلاقة هي تكامل للخدمات بين القطاعات المختلفة، بحيث يستطيع كل قطاع تطوير ذاته، ويصبح القطاع الخاص جزء من النظام الصحي الفلسطيني، بحيث تكون علاقة الجمهور مع القطاع الخاص من خلال وزارة الصحة. والجدول رقم (6) يحدد أهم الايجابيات والسلبيات للخصخصة التي ذكرها المشاركون في الدراسة.

جدول6. إيجابيات وسلبيات الخصخصة من وجهة نظر العاملين الصحيين، 2019

الإيجابيات	السلبيات
جزء من النظام الصحي الفلسطيني ضمن شراكة صحيحة	سيطرة القطاع الخاص على بعض الخدمات الأساسية
قدرات كبيرة لتطوير نوعية الخدمات الصحية	التمييز في الحصول على الخدمة بناء على القدرة على الدفع
يمكن الاستفادة من طاقات القطاع الخاص، ليكون جزء من التنمية	توجه الفئات الأكثر فقراً لخدمات أقل جودة
وجود كادر مؤهل قادر على التشخيص والعلاج	نقص الكوادر المؤهلة القادرة على التشخيص والعلاج وفق بروتوكولات عالمية
مرونة في استحداث آليات وتقنيات علاجية متطورة	تقليل ثقة المواطن بجودة الخدمات الحكومية
حل لمشاكل مزمنة في القطاع الحكومي	انتشار "ثقافة التسول" لاستجداء الحقوق الصحية
	لا يقدم الحق بالصحة بشكل عادل
	هجرة الكوادر الصحية من القطاع الحكومي
	انتفاء مبدأ العدالة في توزيع الخدمات
	التنافس السلبي يقلل من الثقة بالخدمات

نوعية الخدمات التي تقدم في القطاع الصحي الخاص

يرى فريق من المشاركين أن الخدمات التي يقدمها القطاع الخاص هي خدمات ذات جودة عالية، وهي أفضل من الخدمات الموجودة في القطاع العام، ويرى آخرون أن جودة الخدمات في القطاع الخاص ليست بمستوى الخدمات الحكومية حيث توجد أخطاء طبية أو تجاوزات تتعلق بالقدرة على تسديد المستحقات المادية.

(القطاع الخاص بحاجة إلى متابعة.. أنه قطاع مادي هدفه الربح.. ويرفض استقبال أي مريض قبل التوجه لقسم المحاسبة.. ويعبر المواطنون عن غضبهم عن أداء القطاع الخاص بالتخريب .. وهي ردة فعل غير محمودة ومرفوضة).(الخدمات في القطاع الخاص ليست أفضل من الحكومة فالكادر الطبي العامل في الخاص هو ذاته العامل في المستشفيات الحكومية).

من أقوال المشاركين في المجموعات البؤرية في نابلس وقلقيلية

ويرى فريق آخر أن نوعية الخدمات في القطاع الخاص تتأثر بجودة ونوعية الخدمات في القطاع الحكومي، وعند تدني مستوى الخدمة في القطاع الحكومي تكون الخدمات متدنية في القطاع الخاص، أي أن مستوى المناخ العام من تحسن وتطوير يؤثر على كافة القطاعات.

تطوير الخدمات الصحية في القطاع العام

أفاد المشاركون في الدراسة على أنه يمكن تطوير الخدمات الصحية الحكومية من خلال:

- تعزيز الثقة بالقطاع الحكومي والحفاظ على مستوى مقبول من الخدمات الأساسية في القطاع الحكومي عبر زيادة الموارد المخصصة للتطوير، ويؤكد عدد من المشاركين على وجود تغيرات إيجابية في تقديم الخدمات الصحية، حيث أنه إذا توفرت إدارة سليمة، ومتابعة وتقييم مستمران.
- استحداث أقسام جديدة، وتوفير الكادر المؤهل وتزويدها بالتجهيزات الضرورية، والأدوية الأساسية التي تلبي احتياجات الأعداد المتزايدة من المرضى بدل التحويل إلى القطاع الخاص بما يعود بالنفع الاقتصادي على القطاع العام.
- توفير الأموال الإضافية التي تدفع للقطاع الخاص، حيث يوجد فارق كبير في تكلفة العلاج المقدم في القطاع الخاص بالمقارنة مع القطاع العام تصل إلى ضعفين وثلاثة أضعاف[88]، والحاجة ملحة لتوفير هذه الأموال واستثمارها في القطاع العام ليتسنى للقطاع العام تطوير المرافق وتقديم خدمات أفضل.
- تغيير مفهوم الإشراف عند الموظف الحكومي، حيث يوجد فهم خاطئ للمفهوم، وهدفه ليس تصيد أخطاء وانما الارتقاء بالأداء للأفضل من خلال المراقبة والمتابعة والتقييم المستمر وتوجيه العمل وتصويب الأمور، وبالرغم من الظروف الصعبة في القطاع العام إلا أنه يتميز بوجود نسبة من الموظفين المهنيين والريادين ويتمتعوا بجانب إنساني عالي.
- توعية المواطن بوجود وقت انتظار لتلقي الخدمة، وأن هناك خدمات لا بأس في تأجيلها ليتسنى للطاقم عمل الأولويات لبقية المنتفعين، ويجب توعية المواطن وتهيئته أنه لا يمكن الحصول على كافة الخدمات بطريقة فورية من مبدأ " كن فيكون".

[88] في تصريح لمدير المختبرات في وزارة الصحة: (ينتظر المريض 30 يوم للحصول على نتيجة فحص للسرطان في المستشفيات الإسرائيلية، حيث أصبح بالإمكان توفيرها محلياً خلال أسبوعين وبتكلفة أقل بعشرة أضعاف عن تكلفة شرائها من الخارج). الموقع الالكتروني لوزارة الصحة الفلسطينية. تم الوصول بتاريخ 2019/10/22 عبر الرابط: www.site.moh.ps

- توعية المواطنين بضرورة التعامل السليم مع مرافق المستشفيات وخاصة قسم الطوارىء، وفي حالة إدخال مريض إلى قسم الطوارىء يجب احترام خصوصية المكان، واعطاء الطاقم الصحي حرية العمل، والامتناع عن إدخال كل مرافقي المريض للقسم.
- التقليل من التنافس غير المهني بين الزملاء، وهذا ينزع الاحترام المتبادل والثقة بينهم ومع المنتفعين ومقدمي الخدمات، ويقوم بعض الأطباء بإصدار أحكام خاطئة بحق زملائهم والإدعاء بخطأ القرارات والأدوية التي تم وصفها، وهذا يؤثر على مصداقية العمل الطبي وثقة المواطنين، ويدفعهم للتوجه نحو عدة أطباء للتأكد من جودة التشخيص. إن التنافس السلبي يؤثر على جودة الخدمات في كافة القطاعات ويرهق كاهل المواطنين في دفع تكاليف إضافية مقابل فحوصات وأدوية بديلة يتم رفضها بقرار من طبيب معالج لا يحترم زميله في المهنة.
- دعوة الأطباء في القطاع الحكومي للمطالبة بتوفير الأجهزة وزيادة عدد الكادر الصحي والاحتجاج على ضغط العمل المتمثل في معاينة عدد كبير من المرضى.
- تدريب الكادر الصحي على مهارات الاتصال والتواصل والتعاطف مع المرضى وحل المشكلات وتقبل النقد وتفريغ الضغوط لتطوير العلاقة مع المرضى.

(لا يتمتع فريق القطاع الصحي العام بمهارات الاتصال والتواصل ولا يستجيبوا لأي انتقاد لصالح تغيير الممارسات السائدة). من أقوال المشاركين في المجموعات البؤرية

- تطوير البحث العلمي بحيث تستند القرارات والسياسات وأية إجراءات لنتاجات الدراسة والأبحاث العلمية، وتشجيع الكادر الصحي على انتاج أبحاث علمية تؤدي لتطوير الخدمات الصحية.

(تحققت تطورات في المؤشرات الصحية بسبب تطبيق مفاهيم الرعاية الأولية، حيث أصبح العديد من المؤشرات الصحية جيد بالمقارنة مع الدول المحيطة مثل نسب المراضة ووفيات الأطفال وبرامج رعاية الأمراض المزمنة، وهذه الانجازات تحققت بفعل التركيز على الأطراف وليس المركز، وللاهتمام بالرعاية الأولية وليس الثانوية والثالثية في المستشفيات).

(تعزيز برامج الرعاية الأولية من خلال إعتماد برنامج صحة العائلة الذي يستطيع معالجة 90% من الحالات وبالتالي الحد من التحويلات للمستشفيات وتقليل الهدر في الموارد)

مختص في مجال الصحة العامة

- اعتماد نظام طب العائلة، وتدريب الأطباء والممرضين لتمكينهم من التعامل مع معظم الحالات في مراكز الرعاية الأولية والحد من التحويلات للمستشفيات.
- تطوير خدمات الرعاية كالفحوصات والأشعة والرعاية اليومية في مناطق توزيع عادلة يسهل الوصول إليها، وضمن دراسة لعناقيد سكانية متجاورة يمكنها الاستفادة من مركز رعاية محوري، والاستفادة من مختبرات الجامعات والمؤسسات الأهلية لتجويد التشخيصات.
- توفير الأجهزة اللازمة والكافية لإجراء الفحوصات والتشخيص الدقيق مع توفير كادر مؤهل وقادر على الاستجابة في الوقت المناسب.

(هل يعقل أن يتم التصوير في مستشفى حكومي ويتم قراءة التقرير في مركز خاص على حساب المواطن، لماذا لا يوجد طبيب مختص أو فني مختص)

(ما فائدة التقرير بعد أسبوع من إجراء الصورة، ونضطر أحياناً للذهاب إلى نفس المختص في مركزه الخاص للتكلف بعمل صورة والحصول على تقرير فوري)

المصدر: مجموعة بؤرية في قلقيلية

توجهات مقترحة من المشاركين والمشاركات لتطوير النظام الصحي والحد من التوجه نحو الخصخصة

برزت من المقابلات الفردية مع المختصين ومجموعات النقاش البؤرية عدد من التوجهات التي قد تفضي لتطوير النظام الصحي والحد من التوجه نحو الخصخصة، ومنها:

أولاً) تنظيم التحويلات الصحية: تفيد التقارير أن حجم التحويلات الصحية لشراء الخدمة كبير[89]، ويفيد المشاركون بعدم رضاهم عن حجم التحويلات أو الآلية المتبعة، حيث أن كثير من التحويلات الصحية غير مبررة سواء للجهة المحول إليها أو لطبيعة العلاج المستهدف.

(مشكلة ارتفاع فاتورة التحويلات لشراء خدمات صحية من الخارج: يوجد إدعاء دائم أنها مشكلة كبيرة، ويوجد إدعاء دائم بوجود محاولات للحل، والواضح في هذا الأمر:1) لا توجد إرادة حقيقية للحل، 2) كثير من

[89] حجم التحويلات لشراء الخدمة عام 2018 يفوق مليار شيكل (56% من نفقات وزارة الصحة)، تقرير وزارة الصحة السنوي لعام 2018.

الأشخاص يضعون عوائق أمام حلها، 3) تتعامل الحكومة بازدواجية المعايير مع المؤسسات الخارجية، حيث تدفع لبعض المشافي مباشرة، وتتباطئ في الدفع لبعضها الآخر).

مقابلة فردية مع مختص في مجال الصحة

بناء على ما تقدم يتطلب الأمر العمل على مراجعة قرارات التحويل وتطويرها لنظام واضح للتحويلات الصحية وفق معايير وأسس عادلة يشارك فيه صياغتها ممثلين عن كافة القطاعات والمؤسسات الحقوقية والمدنية، بحيث لا تبقى الأمور دون ضبط ومساءلة، ويمكن أن نبني فكرة توطين الخدمة الصحية لقطاع شمولي حكومي وأهلي ووكالة وخاص يوفر للجميع رزمة أساسية من الخدمات الصحية بكرامة واحترام.

ويرى عدد كبير من المشاركين في المقابلات الفردية أنه يمكن تنظيم العمل مع القطاع الخاص بتشكيل هيئة التأمين الوطني المستقلة، والتي تضم جميع أنواع التأمين في جسم واحد له مجلس إداري موحد، وتكون المشاركة في التأمين إلزامية لجميع المواطنين بحيث تراعي رسوم المشاركة تدرج مستويات الدخل بنسب محددة، ويخصص صندوق وطني واحد للتأمين الصحي الشامل يتم رفده من خلال الرسوم التي يدفعها الموظفين وغير الموظفين ضمن آلية ناظمة وواضحة، ومن خلال رسوم الضرائب التي تجبيها الحكومة.

(نريد توليفه جديدة تتناسب مع واقعنا، لدينا قطاع عام لا تتوفر له مصادر كافية وقطاع خاص يرنو للأرباح، يجب أن تكون لدينا صيغة عمل مشتركة تحقق مصالح الجميع، بحيث تضبط الحكومة عقال القطاع الخاص، وتحد من استغلال الأموال العامة التي يجب أن يحسن استثمارها وانفاقها بما يوفر أفضل الخدمات الصحية).

مقابلة فردية مع أكاديمي مختص في الصحة العامة

(إنشاء تأمين صحي وطني شامل يأخذ بعين الاعتبار حرية اختيار الناس لخدمات صحية متساوية من كل الأطراف ضمن مواصفات واضحة ومحددة، ويكون دور وزارة الصحة المراقبة على تنفيذ هذا النظام وليس إدارته، وإعداد دليل إجرائي واضح للمؤسسات الصحية لضمان الالتزام بمعايير الجودة الأساسية، وضمان حماية الأسر الفقيرة وخاصة الأشخاص ذوي الإعاقة، بحيث يسهم الجميع في حصالة وطنية جامعة تحقق التكافل الاجتماعي).

مقابلة فردية مع مدير مؤسسة صحية

ويرى فريق البحث أن مصلحة الشعب الفلسطيني تكون عبر شراكة حقيقية بين القطاعات المختلفة الحكومي والخاص والأهلي والوكالة، بحيث لا يقوم القطاع الخاص بتقديم ذات

الخدمات التي يقدمها القطاع الحكومي أو الأهلي وأن يتم توزيعها قطاعياً وجغرافياً وسكانياً بطريقة منظمة، ويوجه القطاع الخاص لتقديم خدمات علاجية تخصصية وقضايا الندرة مع تحديد سقف لرسوم العلاج والإقامة تتلاءم مع الوضع الاقتصادي الفلسطيني.

وبناء على مشاركات المستهدفين في الدراسة ونتاجات المقابلات الفردية والمجموعات البؤرية التي أفضت لضرورة وجود جسم أو هيئة مستقلة لإدارة تأمين صحي إلزامي ضمن المواصفات التالية :

1. جسم مستقل لتنظيم العلاقة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص والقطاع الأهلي يوفر استدامة وضمانة لانتظام تشغيل كافة مرافق النظام الصحي وقطاعاته.
2. يستطيع تقدير تكلفة الخدمات في القطاع الخاص والأهلي بما يناسب الوضع الفلسطيني وما يعانيه من بطالة وفقر وقلة رواتب وتوتر متواصل، بحيث يكون هامش الفروقات في تسعيرة الخدمات معقولاً بين المستشفيات.
3. نظام شفاف وموارد كافية تأتي لصندوق وطني من مساهمات الأعضاء ومن إلزامية الدفع وفق آليات واضحة.
4. تستطيع خلق حالة من الوعي المجتمعي بأهمية تغذية الصندوق من خلال الإلتزام بالاشتراكات، والضرائب العامة، والتبرعات والمنح، وغيرها من المصادر الوطنية.
5. تقوم بإشراف الحكومة على توفير البيئة القانونية الناظمة لعمل الصندوق، ووضع معايير وآليات المتابعة لتأمين حق الناس بالعلاج سواء من مستشفياتها أو من القطاع الخاص.
6. تشكيل نموذج تنموي تكون أركانه المواطن والحكومة والقطاع الخاص والقطاع الأهلي، بحيث تكون الدولة حاضرة في الإشراف العام والمتابعة لضمان وصول جميع المواطنين لخدمات ذات جودة عالية وتحقيق العدالة الاجتماعية وتعزيز التغطية الصحية الشاملة للسكان.

ثانياً) تطوير ثقافة انتاجية تقلل من الاعتماد على القطاع الخاص: يشير المشاركون في الدراسة إلى انتشار ثقافة الاستهلاك التي تستسهل شراء الخدمات من القطاع الخاص، في وقت نحن أحوج فيه لاستنهاض الطاقات وتشكيل ثقافة انتاجية جديدة من أهم ملامحها:

- تعزيز القدرات الذاتية للإكتفاء والانعتاق من الاعتماد على الآخرين، وتعتمد على الانتاجية المحلية، ومشاركة الجميع، و(مناهضة الاستغلال في ظل فشل الاتفاقيات والحلول السياسية، والرهانات على المحتل لتمكين الناس من العيش بكرامة)[90].
- خلق أدوات جديدة تمكننا من الصمود والثبات والتحدي والتكافل وتعزز النسيج المجتمعي، وهذا الطموح يحتاج لتوحيد الجهود والعمل المتواصل والأداء الجيد، وصياغة قوانين وأنظمة ضابطة للعمل والمساءلة، وتتبلور الثقافة الجديدة بأكثر من شكل واتجاه من الممارسة والعمل المجد والتعلم المستمر.

(الثقافة الجديدة لا يمكن أن تتحقق بشكل طوعي، وانما تحتاج لضوابط وحزم وجرأة في الطرح)
(رغم الصعوبات فإن الوضع التنموي في فلسطين لا بد من أن يتطور، لا بد من تكوين بديل وطني يستفيد من جسامة التضحيات والهدر الكبير للموارد، لا نريد هداسا جديدة في رام الله أو نابلس، هذا النظام بحاجة لمراجعة شاملة من الجذور)
مقابلة فردية مع مختصين أكاديميين في مجال الصحة

- تجسيد شراكة حقيقية بين القطاعات المختلفة ضرورة لتطوير المنتجات وتشغيل الشباب وزيادة العائدات المالية، بحيث تكون لدى الجميع ثقافة البحث والتطوير العلمي وأن تصبح شرطاً لازماً لترخيص المؤسسات حتى لا نبقى في دائرة الاستهلاك، وتوفير آليات للمتابعة والمساءلة لمعرفة مدى التطور الحاصل في الانتاج.
- تقديم دعم نفسي اجتماعي للمجتمع الفلسطيني للتقليل من آثار ضغوطات الحياة والظروف المعيشية الصعبة تحت الاحتلال وفي المناطق المختلفة، وخاصة لفئات الشباب الأكثر عرضة للضغط والتمييز بسبب ضيق الأفق وارتفاع نسبة البطالة، ويعيش حالة تناقض بسبب تغير ثقافة الصمود والتحدي وما يرافقها من تحولات لثقافة الاستهلاك والسوق والتنازل عن قيم العونة وتماسك الأسرة.
- توفر القناعة بإمكانية الصمود والتحدي من أجل تغيير الظروف والواقع المعاش وتعزيز بقاء الفلسطيني في أرضه، والمشاركة في إطار تنموي واضح المعالم يعزز المبادرات الإيجابية والخدمات النوعية، ويجب أن يكون التوجه مبني على أساس حقوقي كفلته الشرائع والمواثيق

[90] مقابلة فردية مع مختص في الإدارة الصحية والصحة العامة. تمت بتاريخ 2019/9/15

والعهود الدولية، ويتحتم الاستثمار في جميع الطاقات المتوفرة فعلياً وليس شكلياً لخدمة الإنسان الفلسطيني.

ثالثاً) تعزيز مفهوم الرعاية الصحية الأولية: تعديل توجه النظام الصحي لتصبح غاية مقدمي الخدمات الصحية رضى المريض واحترام كرامته وحقوقه، والحق في الحصول على الرعاية الصحية بمفهومها الواسع بحيث تكون في متناول جميع أبناء الشعب الفلسطيني، وتعزيز مفهوم الحق في الرعاية الصحية الأولية في إطار خدمات شاملة كبرامج طب العائلة، وتدريب الكادر الصحي، وتعزيز مشاركة المؤسسات الأهلية، وتحشيد جهود مختلف القطاعات، وربط الجهود بمحددات الصحة المختلفة وعدم الاقتصار فقط على ثقافة العلاج في المستشفيات لأن نجاح التدخلات الصحية لا يعود لبناء مزيد من المستشفيات أو الاستثمار في التكنولوجيا الطبية والمرافق الصحية الفندقية.

رابعاً) تعزيز الثقة بالذات وبالمؤسسات الفلسطينية: تعد العوامل الداخلية المؤثرة على تماسك النسيج المجتمعي بين أبناء الشعب الفلسطيني أهم من العوامل الخارجية، وتتطلب التحاور والاتفاق على أهداف محددة من أجل النهوض لمواجهة العوامل الخارجية، فالثقة مفقودة لدى المجتمع الفلسطيني وخاصة بالمسؤول وبالمؤسسة، ويجب إعادة غرز الثقة بالنفس أولاً، وبالآخرين ثانياً، وبقدرتنا الجمعية وبقدرة الشعب الفلسطيني على الصمود والتحدي والابتكار ثالثاً.

(كيف يمكن للقطاع الخاص أن يحقق الجودة وهو لا يهتم بالبحث العلمي، ولا يهمه التطوير، ويهتم فقط بالربح وبالكاد يهتم بالمواطن، وكيف ننتقل للخصخصة ونحن لا نملك مقومات أساسية تتطلبها الخصخصة، فالخصخصة في أوروبا كانت نتاج تطور القطاعات العامة ولم تكن نتيجة تردي وضع المؤسسات العامة، نحتاج لأسس ومعايير وشروط واضحة للانتقال لعملية الخصخصة بحيث تحقق الجودة والعدالة المطلوبة للجميع)

مقابلة فردية مع مختص في مجال الصحة

توجيه المساهمات المجتمعية للقطاع الخاص نحو الحاجات الصحية الأساسية لتمكين الناس وتثبيت صمودهم، فالمساهمة المجتمعية الزائفة في رعاية الاحتفالات والمؤتمرات هي نزف لموارد الدولة في أوجه صرف غير حقيقية، أنه الهروب إلى الأمام من مساءلة الناس عن دور المؤسسات الحقيقي الرافد للتنمية الصحية.

خامساً) تطوير أداء الموظفين: تطوير الأداء المهني للموظفين وخاصة في القطاع الحكومي يوفر قاعدة لتحسين جودة الخدمات في كافة القطاعات، فالإدارة الصحيحة والإشراف المهني يعزز ثقافة الانتماء للمؤسسة وينعكس بدوره على المناخ العام السائد، ومن نتائجه: خدمات ذات جودة عالية، تعاون واضح بين الموظفين، التزام بالمواصفات والمعايير، التقليل من تسرب الموظفين والحد من هجرة الكفاءات، ولذا يجب أن تسهم الحكومة بالحد الأدنى من دعم القطاعات المختلفة حتى تتمكن من تنفيذ اجراءات المتابعة والمساءلة.

ويجب التقليل من تضخم الموظفين والبطالة المقنعة في الهياكل الإدارية البيروقراطية والتي هي جزء غير منتج وتستنزف الموازنة العامة، وتحويل عدد منهم لتقديم الخدمات في المناطق التي تحتاج لكوادر بشرية مؤهلة، والعمل على متابعة الأداء وضبط انتاج الموظفين، ولا يمكن التقليل من الترهل الوظيفي بالهروب للقطاع الخاص، فلا يعني توكيل مهمات للقطاع الخاص إعفاء الحكومة من مسؤوليتها عن متابعة جودة الخدمة في القطاع الخاص، إن مسؤولية العقد الاجتماعي بين المواطن والدولة يحتم على الدولة متابعة القطاع الخاص، وحتى بعد التحويل تبقى الحكومة مسؤولة حصرياً عن حماية المواطن.

(مسؤولية الدولة تقديم أفضل ما تستطيع للمواطن بكرامة واحترام، ولا يمكن لها أن تتنصل من مسؤوليتها عن إنفاذ الحق في الصحة ضمن سلة خدمات عادلة) – مقابلة فردية مع مختص في مجال الحقوق الصحية

سادساً) تعزيز دور المؤسسات الدولية المناهضة للاحتكار: تدعو منظمة الصحة العالمية لتعزيز الشراكة بين القطاعات الصحية المختلفة، وتؤيد سياسة الخدمات المبنية على الحقوق وخاصة التغطية الصحية الشاملة Universal Health Coverage للحد من التوجه نحو خصخصة القطاع العام، وإعطاء أولوية قصوى لدور القطاع العام في العمل كمظلة مشرفة للنظام الصحي بشراكة كافة الأطراف، وتدعو منظمة الصحة لشراكة متوازنة بين القطاعات

تضمن حماية الفئات المهمشة من جانب وتضمن تحقيق الأرباح من جانب آخر شريطة الابتعاد عن الاستغلال والاحتكار.

ويرى فريق البحث أن هذه التوجهات من شأنها أن تؤسس لنهج بناء نظام صحي فاعل ومستدام يستند للشراكة الحقيقية بين قطاعات وطنية مختلفة تسعى لتثبيت المواطنين في ظل الإجراءات الإحتلالية الهادفة لضعف مناعة الشعب الفلسطيني الصحية، وللتقليل من كفاءة النظام الصحي الفلسطيني. والفقرة الآتية توضح متطلبات تحقيق الشراكة بين القطاعات الصحية المختلفة.

متطلبات الإنتقال السليم نحو الشراكة مع القطاع الخاص

يرى قسم كبير من المشاركين أن التحول نحو شراكة حقيقية مع القطاع الخاص يتطلب توفر العديد من الشروط، منها:

1. تعزيز الخدمات الحكومية الأساسية وتوفير المرافق والتجهيزات الضرورية، وتطوير دور الكادر الحكومي.

> *(امتلاك الموظف لهوية واضحة تعبر عن دوره ودور المؤسسة التي ينتمي إليها وتصبح محط اعتزاز واحترام من المواطنين، فقبل الانتقال للخارج علينا تحسين وضعنا الداخلي).*
>
> مقابلة فردية مع طبيب مختص

2. الاهتمام بتطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية في مراكز الرعاية الأولية المنتشرة في كافة المحافظات للحد من التحويلات، وللتقليل من الاكتظاظ في المستشفيات.

(الاستثمار في المراكز المجتمعية وتطوير الخدمات الأساسية قبل تحويل الناس للرعاية الطبية في المستشفيات، لماذا يوجد نقص في الكوادر المؤهلة في الميدان التي من دورها الحد من المراضة والإصابات ومعالجة المشكلات في وقت مبكر قبل استفحال المرض ويصبح علاجه مكلفاً)

مشاركة في المجموعات البؤرية في نابلس

3. التحويل للقطاع الخاص يتم بوجود حالات طارئة وحاجات ملحة تفوق قدرات القطاع العام، ووجود ضغط واكتظاظ على الخدمات لا يمكن الاستمرار في تأجيلها.
4. العمل على توفير معايير وأدلة ناظمة للعمل مع القطاع الخاص.

(القطاع الخاص لا يهتم إلا بالربح، وللوقوف على مصلحة الناس لضمان الجودة لا بد من وجود قوانين وأنظمة تحكم العمل، نريد أن نضمن البعد الإنساني الوطني بتقديم خدمات نوعية بشكل منصف).

مشاركة من مجموعة بؤرية في الخليل

5. وجود ضوابط محددة لما يمكن خصخصته من خدمات القطاع الصحي.

(توفر ضوابط لدور القطاع الخاص، وفي ذات الوقت توفر آليات للتشجيع على الابتكار والانتاج وتقديم خدمات استكمالية جديدة، وليس فقط منافسة القطاع العام على ذات الخدمات وبذات الجودة، فالقطاع الخاص لا يختلف في ثقافته عن القطاع العام، فذات الممارسات السلبية تنتقل عدواها من القطاع العام للقطاع الخاص).

مختص في مجال الصحة العامة

6. ترشيد الاستهلاك وتعزيز موارد وزارة الصحة، وتوظيف الموارد المالية بشكل حكيم ورشيد بحيث يستفيد جميع المواطنين من الخدمات الصحية بشكل عادل ومتكافئ الفرص.

(التوزيع العادل للموازنة يطور الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بزيادة مساحة المرافق وعدد الكوادر المؤهلة والمختصة وتوفير التجهيزات اللازمة والأدوية الضرورية).

مختص من المؤسسات الصحية الأهلية

7. الاستثمار في الكوادر الفلسطينية المتخصصة حول العالم، وأن تتاح لهم فرصة المشاركة في بناء نظام صحي وطني متطور.
8. الإرتقاء بأداء القطاع العام، **فنجاح القطاع العام ضرورة لازمة لتطور القطاع الخاص،** وتدني أداء القطاع العام سيؤدي بالضرورة لتدني الأداء في القطاع الخاص، وكلاهما يتغيران بوتيرة متوازية.

> *(التعليم والصحة والضمان الاجتماعي مصلحة وطنية، والمحافظة على الإنسان أولوية قصوى من خلال تأمين صحي شامل وعيادة محترمة وتعليم نوعي محترم وضمان اجتماعي لائق لتمكينه من الصمود).(لن يوقف اندفاع المحتل إلا الجهود الحثيثة والأداء المتميز والعمل المجد عبر خطط واضحة .. نريد بناء مؤسسات فاعلة ..).* مشاركة من مجموعة بؤرية في نابلس

مناقشة نتائج الدراسة

تناولت الدراسة قضايا الخصخصة في القطاع الصحي من حيث تعريفها ومظاهرها وتأثيراتها على الوصول العادل للخدمات الصحية، وبينت النتائج التي أجمع عليها المشاركون **وجود توجه نحو الخصخصة** يتمثل في العديد من القضايا، ومنها: نقص أو فجوات في الخدمات الصحية الحكومية، وتدني مستوى ثقة المواطن بجودة الخدمات الحكومية، وتفضيل المواطنين للقطاع الخاص في الحصول على الخدمات، ووجود مصالح متبادلة بين العاملين في القطاع الطبي الحكومي والقطاع الخاص، حيث (يندر وجود كوادر حكومية لا تمارس أعمالاً لدى القطاع الخاص)[91] وفق إفادات معظم المشاركين في الدراسة.

[91] مقابلة مع مدير مستشفى مختص في مجال الصحة العامة والمجتمعية. تمت بتاريخ 2019/10/14

ورغم أن سياسة الخصخصة غير معلنة أو محددة بقانون إلا أن التوجهات تشير بشكل واضح أن ممارسات القطاع الصحي الحكومي تشجع التوجه نحو الخصخصة، كسياسة ضمنية يشوبها عدة مظاهر منها: ارتفاع كلفة التحويل للخارج، وقلة الاستثمار في تطوير الخدمات والمرافق الحكومية، وتصريحات المسؤولين المشجعة للاستثمار في القطاع الصحي، وسلوك الكادر الطبي الذي يشجع التوجه نحو القطاع الخاص، ورغم مرور ربع قرن على استلام وزارة الصحة لصلاحيات تقديم الخدمات للمواطنين لا زالت سياسة شراء الخدمات من الخارج هي السائدة، والتي من المفترض أن تكون مؤقتة أو استثنائية حتى تتمكن الوزارة من تأمين تقديم معظم الخدمات، وهذا النهج يدلل على أن وتيرة إصلاح القطاع الحكومي غير متناسبة مع الاحتياجات الصحية المتزايدة، والاستثمار في تطوير المرافق الصحية لا زال بحده الأدنى وبنسب ضئيلة من مجموع الاستثمارات في القطاعات الحكومية المختلفة، وتعتمد هذه الاستثمارات على تبرعات الأهالي ومساهمات الممولين لقضايا ملحة وطارئة وليس ضمن خطة تطوير استراتيجية شاملة.

وبالرغم من الجهود المبذولة لتطوير القطاع الحكومي إلا أنه لم يحقق تغطيه صحية شاملة ولم يطور خدماته بحيث يخفض من التحويلات الطبية للخارج، ووجود عديد التحديات التي تواجه القطاع الأهلي، فالقطاع الخاص ينشط بقوة ويبحث بذكاء عن سد الفجوات، ولا يجهد نفسه بتقديم خدمات متميزة، بل يتوافق مع أوضاع السوق على نحو تجاري، فالخدمات لا تقدم وفق معايير ضابطة، وتم مؤخراً إغلاق مستشفى خاص لأنه لا يتفق مع المعايير المعتمدة، كما ارتكبت بعض المستشفيات والعيادات الخاصة أخطاء طبية ناتجة عن توجهها نحو زيادة العبئ لتعظيم الأرباح وتقليل التكلفة على حساب نوعية الخدمة المقدمة.

توجد عدة عوامل بنيوية في النظام الصحي الفلسطيني أدت إلى بعض المظاهر التي تدلل على وجود نزوع أو توجه نحو الخصخصة، منها وجود فجوات في مستويات التخطيط والإدارة لتطوير مرافق وزارة الصحة للحد من الاعتماد على القطاع الخاص، وعدم وجود رقابة ومتابعة حقيقية لمستويات الإنفاق على التحويلات للقطاع الخاص، ووجود تنافسية غير حميدة بين القطاعات الصحية المختلفة، وغياب المساهمات المجتمعية والأهلية التي اعتادها المواطن. فتحويل فكر الناس من التوجه المجتمعي الجمعي للتوجه الفردي يؤثر على أداء كافة المؤسسات[92]، وفي ذات

[92] توجد قرارات صادرة عن مجلس الوزراء تضع مسؤولية التحويلة الطبية على الطبيب المختص ومدير المشفى وتقرير لجنة طبية في دائرة المشتريات تجتمع بشكل

الوقت يبدو أن القطاع الأهلي يعاني من أزمات عديدة منها مادية وقلة توفر الموارد، ومن أزمة التعاون مع القطاع الحكومي في وجود إشتراطات غير منطقية لترخيص العمل، ومن اشتراطات سياسية للممولين، حيث أن هذا القطاع كان له دور حاسم في تقديم الخدمات الصحية وفي تعزيز صحة المواطنين لمواجهة الاحتلال قبل إنشاء السلطة الفلسطينية ووزارة الصحة، وتظهر على السطح بين حين وآخر أزمات تتعلق باستدامة الخدمات في هذه المستشفيات كما حدث في مستشفى المطلع مؤخراً. وكان لزاماً على وزارة الصحة للخلاص من التبعية مع المستشفيات الاسرائيلية أن تتبنى استراتيجية جدية لتطوير الخدمات الصحية الحكومية في الرعاية الأولية، وأن تسعى لتطوير الخدمات الأخرى من خلال القطاع الأهلي كمستشفيات القدس غير الربحية، وصياغة شراكة حقيقية مع القطاع الخاص لتوطين الخدمات الصحية داخل فلسطين.

ومن العوامل المؤثرة على التوجه نحو الخصخصة (وجود اعتماد على المواطن لدفع بدل الخدمات الصحية في ظل غياب إلزامية التأمين، ووجود مصالح مبطنة يحاول النظام تلافيها والحد منها)[93]، وهذا النهج يتعارض مع التوجه الاجتماعي للصحة ومسؤولية الدولة المباشرة على تحقيق وإعمال الحق في الصحة، ويتأثر بهذا النهج عدد من الأطباء الذين يسعون للمزاوجة في أعمالهم بين القطاع الخاص والقطاع الحكومي.

وتبين الدراسة وجود اختلالات في عمل الكادر الطبي الحكومي، ومع أن العديد منهم يؤدي أدواراً مهنية إيجابية ويشاد بها، إلا أن البعض الآخر يستغل منصبه الحكومي لتعزيز علاقته ومصالحه في القطاع الخاص، ويؤثر هذا النهج على قدرة الفئات المهمشة للوصول للخدمات الصحية، فتقديم مواطن قادر على الوصول لمصدر قرار في التحويلات يعني بالضرورة تأخير آخرين عن حقهم في خدمات يطول انتظارها، وبالتالي تأخير علاجهم وما يترتب على هذا التأخير من مضاعفات سلبية على صحتهم.

تظهر الدراسة وجود بعض الجوانب السلبية في التعامل بين المريض والطبيب، ومع أن ضغط العمل وتدخل مرافقي المريض غير المبرر يشوش العمل، إلا أن على الطبيب مسؤولية كبيرة للتصرف بحكمة، وهذا يتطلب تدريب الكادر الطبي للتعامل مع الضغوط وحل المشكلات وحسن

دوري، لمزيد من الإطلاع يمكن مراجعة الموقع الالكتروني: www. Palestinecabinet.gov.ps

[93] مقابلة فردية مع مختص في مجال الخدمات الصحية. تمت بتاريخ 2019/10/20

التعامل مع المرضى، وفي ذات الوقت على المواطن أن يقدر الجهد الذي يبذله الكادر الطبي، وأن يتروى كي يحصل على الخدمة في وقتها. وفي ذات الوقت فإن للعامل الصحي قدرات محدوده، فهو يحتاج لوقت كافٍ للراحة والاستشارة، والحوار والتعلم، ويؤثر ضغط العمل في عدة مواقع لساعات طويلة على كفاءتهم وجودة الخدمات التي يقدمون، فمعظمهم يقومون بأدوار متباينة في أنظمة إدارية مختلفة، ويتعرضون لضغط نفسي كبير بسبب التنقلات والتسريبات الكثيرة ، ولذا فاحتمالية الوقوع في الأخطاء الطبية تكون عالية، حيث أثبتت الدراسات أن مقابل كل 38% زيادة في تسرب الكوادر الطبية توجد احتمالية لزيادة الأخطاء الطبية بنسبة 10%[94].

ولكي تكون الشراكة مع القطاع الخاص ناجحة، يفترض أن يكون مشتري الخدمة قادراً على الدفع أو مؤمناً صحياً، ويفترض أيضاً أن يكون مستوى الدخل قادراً على مجاراة حاجة القطاع الخاص ونزعته لتحقيق الأرباح، وهذا غير متوفر في مجتمع استطاع بعد مساومات طويلة وصعبة مع القطاع الخاص أن يصل إلى حد أدنى للأجور، ودون وجود ضرائب تصاعدية، الأمر الذي أدى إلى انخفاض متوسط الأجور مع الحفاظ على ارتفاع أسعار الخدمات الصحية وغيرها. فالوضع الإقتصادي والاجتماعي في فلسطين لا ينسجم والتوجهات الجديدة نحو السوق، حيث يشير تقرير المقرر الخاص المعني بالفقر المدقع وحقوق الإنسان إلى أن الخصخصة تعرض كحل تقني لإدارة الموارد والحد من حالات العجز المالي، ولكنها في الحقيقة جزء لا يتجزأ من فلسفة اقتصادية واجتماعية للحكم، وتقوم الجهات الفاعلة الدولية كالبنك الدولي حالياً بالترويج لها بقوة دون مراعاة ما يترتب عليها من آثار أو عواقب في مجال حقوق الإنسان، وتتجاهل الهيئات المعنية بحقوق الإنسان هذه الظاهرة وتفترض أن تعديل الإجراءات الحالية قد يوفر استجابة كافية، غير أن الخصخصة غالباً ما تنطوي على القضاء المنهجي على سبل حماية حقوق الإنسان، وعلى زيادة تهميش مصالح ذوي الدخول المنخفضة، وأولئك الذين يعيشون تحت خط الفقر، ومن الواضح أن آليات المساءلة القائمة في مجال حقوق الإنسان غير كافية للتعامل مع التحديات التي تطرحها الخصخصة المنتشرة على نطاق واسع، ويتعين على الجهات المناصرة لحقوق الإنسان إعادة النظر بشكل جذري في النهج الذي تتبعه[95].

---

[94] الفدرالية الكندية لاتحادات التمريض. 2011. الخصخصة تؤذي النظام الصحي العام . www.nursesunions.ca

[95] الجمعية العامة للأمم المتحدة. 2018. تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها. تم الوصول بتاريخ 2019/10/3 عبر الرابط: https://undocs.org/pdf 6

إن ذلك كله يدفع نحو تصعيد النضال الاجتماعي الديمقراطي تحت شعار "الصحة العادلة للجميع"، وهذا يتطلب بناء مجموعات الضغط والتحشيد لإصلاح النظام القائم وبناء نظام صحي عصري يمنح الحق في الحصول على الرعاية الصحية اللائقة بشكل عادل ومتوازن، إلى جانب السعي نحو إعادة تطوير مرافق القطاع الصحي العام من جديد، لتقديم حد أدنى من الاحتياجات الأساسية للمواطن بطريقة تعزز الكرامة والاحترام والنوعية الجيدة، وعلى الحكومة أن لا تنظر للقطاع الأهلي كمنافس لها في تقدم الخدمات، وإنما جزء أصيل وراسخ من المنظومة الصحية والتي يجب دعمها وتطويرها[96].

يحتاج صانعوا القرار على جميع المستويات إلى تقييم التباين في أداء النظام الصحي وتحديد العوامل التي تؤثر عليه وتوضيح السياسات التي تحقق نتائج أفضل في مجموعة متنوعة من الإجراءات كالحصول على معلومات قابلة للمقارنة تؤثر في نوعية السياسات التي تحسن الأداء، وعلى العوامل الرئيسية التي تفسر تباين الأداء، وتحديد الأسس العلمية للسياسة الصحية ويتم تحقيق ذلك من خلال عدة وظائف وثيقة الارتباط: وظيفة وصفية توفر قاعدة بيانات يسهل الوصول إليها ويتم تحديثها باستمرار، ووظيفة تحليلية تستخلص الدروس من النجاح والفشل والتي يمكن أن تساعد صناع السياسات في صياغة الاستراتيجيات، ووظيفة تشخيصية ملزمة حول مضمون الاستراتيجيات وتوصيات لصانع القرار، ووظيفة رصدية تركز على الجوانب التي يمكن تحسينها، ووظيفة بناء القدرات التي تهدف إلى تطوير الشراكات وتبادل المعرفة والخبرات[97].

يقوم القطاع الخاص بدور هام وناجع وحيوي في إسناد الخدمات الصحية، ويجب الحفاظ على بقاء هذا الزخم في سياق منظم يحافظ على حقوق الجميع دون تغليب قطاع على آخر ودون التنصل من المسؤولية، ويتميز القطاع الخاص بقدرته على تحرير القرارات الإدارية من سيطرة الأجهزة الحكومية وبذلك تتوفر مرونة أكبر في العمل وعدم التقيد بقيود بيروقراطية، ويمكن بقاء

---

[96] تعاني مستشفيات القدس من نقص في الأدوية لوجود ديون كبيرة على الحكومة، وبات مستشفى المطلع غير قادر على توفير أدوية مرضى السرطان واستقبال مرضى جدد. وكالة معا الاخبارية . http://www.maannews.net

[97] منظمة الصحة العالمية.2006. ملف النظام الصحي في فلسطين. تم الوصول بتاريخ: 2019/10/2 عبر الرابط: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17306e/s17306e.pdf

دور الدولة قوياً وحيادياً في ظل الخصخصة من خلال سن تشريعات وتنظيم هيكل عام للنشاط الاقتصادي في الدولة، ومنع تقاطع العام مع الخاص في المصالح والأدوار، فالخصخصة دون رقابة تؤدي إلى الاحتكار والاستغلال والسيطرة على الموارد الوطنية، لذا لا بد من الدراسة الجيدة قبل التحول للقطاع الخاص ووضع شروط وضوابط حكومية فاعلة[98]. وتؤكد استراتيجية تحسين الصحة على الحاجة لتوطيد الشراكة وتعزيز التكامل في الخدمات الصحية بين القطاع العام والخاص، من خلال فتح باب الاستثمار للقطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية، لتقليل العبء الاقتصادي على وزارة الصحة، ولضمان تحسين خيارات المواطنين بين المؤسسات العلاجية الحكومية والأهلية، وتتطلب الاستدامة في تقديم الخدمات الصحية تكثيف الجهود لإيجاد أنظمة بديلة وجاذبة ومؤدية للاستدامة والتنافسية، وزيادة الترابط والتكامل بين مختلف القطاعات الحكومية والأهلية والخاصة لمواجهة الزيادة في الطلب على الخدمات الصحية المتخصصة[99]. ويكون دور وزارة الصحة هو تنظيم العمل في النظام الصحي الفلسطيني، وإجراء رقابة على أداء عمل كافة القطاعات لضمان الوصول العادل، وتحسين الجودة، والتقليل من الأخطاء الطبية، وترخيص المنشآت الصحية، ومتابعة المؤشرات الصحية ومدى فاعلية كل قطاع.

إن الاستمرار في سياسة تسليع الخدمات الصحية يقف بشكل متناقض مع حقوق المواطنين للحصول على الرعاية الصحية، ويفرض نوع من التنافس بين العامليين في الصحة ويستثني عدد كبير من الناس الأكثر حاجة للخدمات، والصراع من أجل الصحة هو صراع سياسي يحدد نمط سلوك المؤسسات لحماية المجتمعات، حيث تم إضعاف التماسك الاجتماعي من خلال التجزئة وتقاسم المهام لدفع الأفراد نحو البحث عن طرق فردية لحل مشاكلهم[100]، بعيداً عن الهم الجمعي التعاوني، وهذا النهج لا يمكّن الناس من الحصول على حقوقهم، وخاصة من يعيش في ظروف ضاغطة مزدوجة من الاحتلال ومن التوجه الليبرالي نحو السوق، وبات الشعب الفلسطيني يشعر

[98] المهدي، أحمد؛ وحميدي، يوسف. 2015. أهمية الخصخصة وآفاق التحول إلى القطاع الخاص. المؤسسة العربية للإستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية

[99] وزارة الصحة. 2018. استراتيجية تحسين الصحة 2014-2018. تم الوصول بتاريخ 2019/10/2 عبر الرابط: https://www.moh.gov.bh/Content/Files/Health_Improvement_Strategy_2015-2018_Arabic.pdf

[100] Sengupta, A;Bodini,C;Franco,S. 2018. The Struggle for Health: An Emancipatory approach in the era of neoliberal Globalization. Rosa Luxemburg Stiftung. www.rosalux.eu

بضيق وتوتر شديدين، والنفس البشرية تسعى للوصول إلى وضع أفضل، ولذا لا خيار لديه سوى العمل والضغط من أجل تحسين أوضاعه الصحية والمعيشية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع تقرير الاتحاد الفدرالي الكندي للتمريض **الذي أكد على أن الخصخصة تؤذي النظام الصحي الكندي**، حيث يتجنب القطاع الخاص علاج الحالات الصعبة والطارئة ويستسهل الحالات البسيطة والمغطاة بالتأمين الخاص، وعندما تحدث مضاعفات يتم تحويل المرضى للقطاع الحكومي لتجنب النتائج السلبية، ويضطر القطاع الحكومي لتحمل تكلفة الحالات المعقدة والخطيرة، بالإضافة لقدرة القطاع الخاص على تفريغ المستشفيات الحكومية من الكادر المتخصص واستقطاب الكوادر المؤهلة[101].

تشير نتائج الدراسة إلى ضرورة الإهتمام بتطوير الخدمات القاعدية للناس والتوجه نحو اللامركزية في تقديم الرعاية الأولية والخدمات الصحية الأساسية كنافذة أولى للتقليل من الحاجة للوصول للخدمات الصحية الثانوية والثالثية، حيث أثبت التطور في ملف الأمراض المزمنة وما نتج عنه من تطور لعمر المريض وتقليل المضاعفات وتوفر العلاجات كنتاجات أساسية للاهتمام بالرعاية الأولية، ولم تكن لتتحقق بتأثير خدمات المستشفيات وإنما بتأثير العيادات المنتشرة لمراكز الصحة الأولية التي سهلت الوصول الآمن للجميع ووفرت التشخيصات والعلاجات والمتابعات الضرورية، وهذا الاهتمام يتطلب إرادة مجتمعية تكون حاضرة كأساس للتغيير كنموذج صحي فاعل، فالمشاركة المجتمعية وعدالة توزيع الخدمات هي أساس الجودة والاستدامة، فالإرادة السياسية وخلق حالة من الوعي المجتمعي واستنهاض الطاقات كفيل بتغيير الأحوال، وكلفة مواجهة الإشكاليات والمبادرة والإرادة الصلبة أقل من كلفة الانتظار على أمل أن تحدث معجزات أو أن يأتينا حل من الخارج.

لا نريد أن نشغل أنفسنا بالماضي وبسياسات الحكومات السابقة نريد أن نشغل أنفسنا بالحاضر، والواقع الذي يستند لخبرات الناس وطموحاتهم وتضحياتهم وقدراتهم، ويحتاج الناس لوقت حتى يقتنعوا بجدوى التغييرات، ولكن يمكن إعادة هندستهم بسهولة نحو الممارسات الصحية الصحيحة إن تحققت انجازات حقيقية واقعية، فالناس تحتاج لتلمس بوادر نجاح، ولديها أمل وتتوق للتخلص من الفساد والترهل، وهي مصرة فلا خيار لها سوى البقاء على هذه الأرض، لذا لا بد من تثبيت

[101] الفدرالية الكندية لاتحادات التمريض.2011. الخصخصة تؤذي النظام الصحي العام . www.nursesunions.ca

الناس وتأمين قوتهم وصحتهم، **وأن لا نمكن الآخرين من أموال الفقراء بذريعة زيادة الأرباح الذي يتناقض مع سياق التحرر والخلاص من الاحتلال.**

(عندما ينتهج النظام الصحي أسس الحق في الصحة وعدالة التوزيع ومحاربة الفساد والترهل وتعزيز المشاركة والمساءلة المجتمعية كلها عوامل تعيد بناء النظام الصحي، حيث يعيش الشعب الفلسطيني في ظل احتلال يضيق عليه باستمرار، فالأسعار غالية وتفوق مثيلاتها في دول الجوار رغم أن الرواتب متدنية والبطالة ونسب الفقر عالية، والسؤال المنطقي: لماذا يتحمل المواطن الفلسطيني تكلفة خدمات صحية عالية؟ ولماذا يطلب من المواطن تحمل تكلفة الخدمات في القطاع الخاص؟ لماذا لا يتحمل الجميع التكلفة وفق قدراته؟ ولماذا لا نعيش ضمن الموارد المتاحة والامكانيات المتوفرة لنا بدلاً من الاستجداء المتواصل لتوفير خدمات فندقية في مستشفياتنا؟! فالمواطن الفلسطيني لا يتوقع أن تقوم وزارة الصحة بدور وزارة في دولة مستقلة لديها إمكانيات كبيرة، ولكن تتوقع من الحكومة أن توفر الظروف التي يستطيع الجميع تحمل تبعات الوضع السائد، وأن تقدم خدمات بجودة معقولة في نطاق قدراتها وامكانياتها)[102].

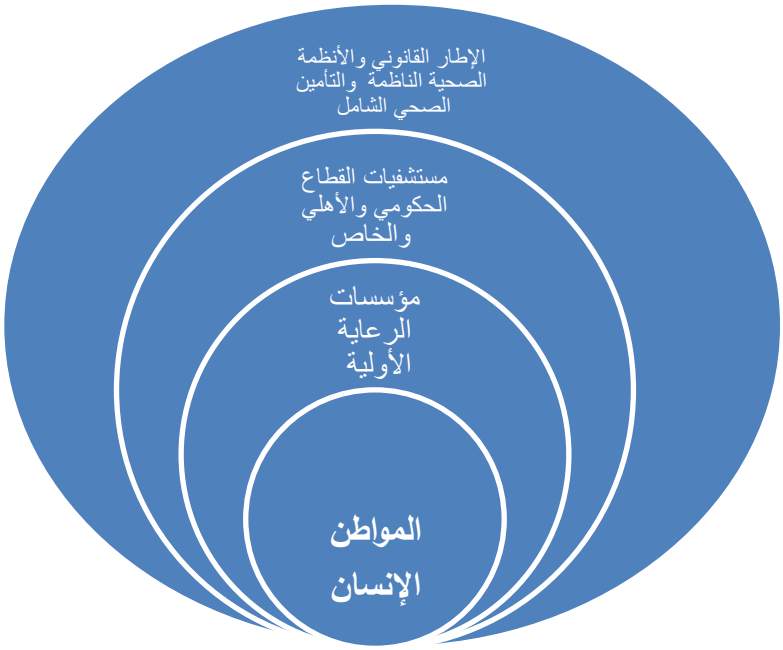
وتزداد تبعية الاقتصاد الفلسطيني للاقتصاد الاسرائيلي، ولذا فالنظام الصحي يعاني من استمرار هذه التبعية، وللحد منها يجب البدء بتثبيت نظام تأمين صحي شامل وإلزامي يشارك فيه الجميع، ونحن كشعب مهدد باستمرار ومعرض للإنتهاكات الاسرائيلية والتوتر الدائم وبتنا بأمس الحاجة لنظام عادل يوفر خدمات تمكّن الفلسطيني من الصمود في مواجهة الاحتلال.

وبينت الدراسة أهمية وجود تأمين صحي شامل وإلزامي يتحمل الجميع تبعاته، ولتحقيق هذه الهدف يجب توعية كافة المواطنين بأهميته للتمكن من تغطية الاحتياجات الصحية الأساسية، وأن تعاد للخدمة الصحية الحكومية دورها، وأن تبنى الثقة بقدرة القطاع الصحي من جديد، فكلما زادت الثقة زاد التزام المواطن بدفع ما عليه من رسوم للتأمين، وعلى الحكومة أن تسعى لإيجاد صندوق وطني شامل للرعاية الصحية بحيث يسهم الجميع وفق قدراته، ويكون ضمن إطار قانوني ونظام شفاف وعادل وملزم لجميع الفئات، بحيث يسهم كل فرد وفق دخله، ويكون بنسب متدرجة تحدد من خلال دراسة اكتوارية واضحة تضمن مشاركة القطاعات المختلفة، من أجل

[102] مشاركة من المقابلات الفردية لأحد المختصين في مجال الحقوق الصحية. تمت المقابلة بتاريخ 2019/10/2.

تنوع الخدمات والخيارات وتوفير مناخ للتنافس الإيجابي بين القطاعات لتحسين مستوى الجودة، وتقليل التكلفة وضمان حصول المواطن على أفضل خدمة صحية ممكنة.

والشكل الآتي يوضح إطار للعلاقة التشاركية بين مختلف القطاعات الصحية.



دليل يؤطر للعلاقة التشاركية بين القطاعات المختلفة في إطار قانوني ناظم للتأمين الصحي الشامل

استنتاجات عامة

تشير نتائج الدراسة إلى وجود توجه نحو الخصخصة بمفهوم تخلي الحكومة عن دورها في تقديم بعض الخدمات الصحية وتحديداً الخدمات الثانوية، ورغم أنها تشتريها للمؤمنين صحياً إلا أن تكلفة تقديمها من القطاع الخاص تفوق أضعاف تكلفة تقديمها من القطاع الحكومي، وهذا يقلل من توفر المصادر اللازمة لتقديم خدمات للجميع ويؤثر على قدرة جميع المواطنين للوصول العادل للخدمات، وخاصة الفئات الفقيرة غير المشمولة بأية تأمين صحي، والخصخصة بهذا المضمون لا يمكن أن تضمن حق المواطن في الوصول العادل وتؤثر سلباً على مقدرات الناس،

ورغم الجهود التي تبذلها وزارة الصحة لتحسين الخدمات إلا أنها ليست بالمستوى الذي يحد من إجراءات الخصخصة التي تتنامي بعدة مظاهر وبشكل غير معلن رسمياً، وهذا بدوره سيؤثر على ضمات توفير التغطية الصحية الشاملة للسكان على أساس عادل، وفي ذات الوقت تكبيدهم أموال إضافية للدفع على الخدمات الصحية الأساسية.

تضغط الخصخصة على الفقراء والفئات المهمشة، فالوصول للخدمات النوعية أصبح مرتبط بالقدرة على الدفع من جيوب المواطنين، وحتى الخدمات الحكومية المغطاة بشكل أو بآخر باتت تتطلب مساهمات كبيرة من المشاركين في التأمين الصحي، فكل إجراء أو كشف أو صورة تتطلب دفع رسوم إضافية، وعند الحصول على التحويلة الطبية يتطلب مساهمة إضافية وكثير من العلاجات غير متوفرة يضطر المواطن لشرائها من جيبه الخاص.

وتؤثر الخصخصة سلباً على جودة الخدمات، حيث أن من أهم معايير الجودة هي الوصول الآمن للخدمات، وفي ظل تزايد نسب الفقر والبطالة وارتفاع تكلفة العلاج في المؤسسات الخاصة، وتسرب الكوادر المؤهلة من المستشفيات الحكومية، وتزايد اكتظاظ المرضى على عدد قليل من الكوادر الصحية، حيث يسبب لها ضغط العمل توتراً دائماً قد يضطرها للوقوع في الأخطاء الطبية وحدوث مشاكل التواصل مع المرضى تحت إلحاح تلقي الخدمات الطارئة.

تؤدي الخصخصة لسيطرة أصحاب الأموال على القطاع الصحي، وغض الطرف من قبل الحكومة على آليات الاستثمار الصحيح في تطوير المستشفيات ومراكز التشخيص وتوفير التكنولوجيا المناسبة والتدريب الكافي للكوادر الحكومية، يؤدي لنمو القطاع الخاص الهادف للربح فقط تحت شعارات واهية منها توطين الخدمة أو الاستغناء عن الآخرين، وهنا يصبح البديل ملزماً كأهون الشرور، ويضطر المواطن الرضوخ للاحتكارات الجديدة.

غياب التشريعات والقوانين الناظمة للعلاقة بين القطاع الخاص والقطاع العام أدى إلى تمكن عدد من المتنفذين في المراكز العليا للتخلي عن بعض الخدمات المقدمة في القطاع العام لصالح القطاع الخاص، وهذا يتم بصورة مقصودة لتحقيق أكبر قدر من الأرباح على حساب حق المواطنين في خدمات صحية ذات جودة عالية.

تؤذي الخصخصة القطاع الصحي الحكومي، حيث تستنزف القسم الأكبر من موازنة وزارة الصحة، التي يجب استثمارها في تطوير المرافق الحكومية وتأهيل الكوادر، وتعمل على ترحيل الكوادر المؤهلة من القطاع الحكومي عبر التحويلات الطبية للقطاعات الأخرى داخل البلد وخارجها.

تؤثر الخصخصة سلباً على الوصول العادل للخدمات، حيث يستفيد الأغنياء والقادرين على الوصول لمتخذي القرار على فرص أفضل للعلاج من الفقراء والمهمشين، ولذا فإن الفجوة بين الفئات المختلفة في المؤشرات تتزايد مع استمرار التوجه نحو الخصخصة، فمرضى السرطان وأصحاب الأمراض الوراثية يموتون لنقص العلاج، وكبار السن يعانون من مضاعفات سلبية لعدم انتظام العلاج ولضعف الوصول للخدمات المناسبة لعلاج مشاكل العيون والمسالك البولية وهشاشة العظام والكسور والأمراض المزمنة وغيرها، والشراكة الحقيقية بين كافة القطاعات هي ضمانة استدامة الخدمات الصحية لشعب يناضل للتحرر، ويمكن تغطية الخدمات من خلال نظام تأمين يشارك فيه الجميع.

توصيات عامة

- العمل على تطوير وعي الناس وانطباعات المواطنين اتجاه الخدمات الحكومية، وزيادة الثقة بالخدمات الصحية الحكومية من خلال فتح قنوات للحوار والنقاش أساسه الاحترام والشفافية والحفاظ على الكرامة الإنسانية.
- الحفاظ على مسافة كافية بين أدوار العاملين في القطاع الحكومي والقطاع الخاص ومنع تضارب المصالح الذي يتعارض مع مدونة قواعد السلوك المهني، وتمكين الجهات القانونية والحقوقية من المساءلة عن قصور الأداء.
- إعطاء الأولوية لتعزيز صحة الناس بأقل التكاليف لتمكينهم من الصمود والثبات لمواجهة التحديات التي يفرضها استمرار الاحتلال للأرض الفلسطينية.
- توعية المواطنين بحقوقهم الصحية، وبالخدمات المتوفرة لهم، وبضرورة الضغط الدائم على صانع القرار للاستمرار في تحسين جودة الخدمات في القطاع الحكومي.

- تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية في مراكز الرعاية الأولية، للحد من نسب التحويل للمستشفيات، وتطوير المرافق الحكومية وتوفير الكوادر المؤهلة للحد من الإكتظاظ الكبير، وزيادة عدد ساعات الدوام لأطباء الاختصاص لتمكينهم من تقديم الخدمات للمحتاجين من المرضى في الوقت المناسب.
- تحقيق العدالة الاجتماعية في توفير الخدمات الصحية يتطلب تحمل جميع فئات الشعب لتبعيات توفر هذه الخدمات من خلال العمل على إعداد نظام تأمين صحي شامل والزامي.
- إيجاد تشريعات أو قوانين تحدد طبيعة العلاقة مع القطاع الخاص وتحدد دورة في تقديم الخدمات الصحية.
- ضرورة استقصاء رأي المواطنين المستفيدين من الخدمات للوصول لفهم أعمق عن ظروف الخصخصة وتأثيراتها للوصول العادل الخدمات.

جدول7. المشاركون في المقابلات الفردية

الرقم	الإسم	المؤسسة
1	د. هشام درويش	الجامعة العربية الأمريكية
2	د. أميرة الهندي	وزارة الصحة
3	د. محمد العبوشي	الاغاثة الطبية
4	د. باسم الهاشم	لجان العمل الصحي
5	أ. شذى عوده	لجان العمل الصحي

6	أ. محمد سعيد	وزارة التربية والتعليم
7	د. بشار الكرمي	مختبرات مديكير
9	د. عزمي الشعيبي	الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة–أمان
10	د. ممدوح العكر	مركز مسارات
11	د. فتحي أبو مغلي	وزير الصحة الأسبق–المستشفى الاستشاري
12	د. عبد اللطيف الحسيني	معهد الصحة العامة والمجتمعية
13	د. ريتا جقمان	معهد الصحة العامة والمجتمعية
14	أ. سوزان طوطح	الصحة المدرسية
15	د. سليمان برقاوي	نقابة الأطباء

جدول8. المشاركون في مجموعات النقاش المركزة

المكان	التاريخ	المشاركين
نابلس جمعية تنظيم وحماية الأسرة	2019/10/9	تيسير اشتيوي، تهاني القيسي ، مصطفى جودة منار حجاوي ، د. عبيدة قمحية ، سامي دغلس رائدة الزاغة ، عبد الرازق غزال، منال عدوي، د. أحمد
قلقيلية مركز اشراقة التابع للجان العمل	2019/10/14	حنان كامل، ريما سكر، سلسبيل رياش، أحمد محمود أيوب ، زينة زياد، نزال محمد ، لطفي حسنين، آدم داوود ، يوسف مازن يوسف، ميساء علي، فداء عبد

		اللطيف، ليالي سوالمة، فهيمة أحمد، نسرين يوسف نبريص
الخليل مركز لجان العمل الصحي	2019/10/15	بلال الملاح ، د . قيس نعمان دعنا، سعاد عبد الوهاب جابر ، ليندا الرجبي ، روان القواسمة، خولة دنديس، رائدة الرجبي، أمل باقة، نسرين ابو صبح، حنان عويضات، سهى أبو نصير ، فهد ابو سيف د.عدلات محمود، فاطمة عبد الله مهنا، عهود ظاهر

المراجع

وزارة الصحة الفلسطينية.2019. مركز المعلومات الصحية الفلسطيني: *التقرير الصحي السنوي- فلسطين 2018*.

منظمة الصحة العالمية. 2019. *حقائق رئيسية*. تم الوصول بتاريخ: 2019/10/7 عبر الرابط: https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health

الجمعية العامة للأمم المتحدة. 2018. *تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها*. تم الوصول بتاريخ 2019/10/3 عبر الرابط:https://undocs.org/pdf?symbol=ar/A/73/396

عزيز، وفاء. 2017. *التحليل الاقتصادي لاستثمار رأس المال البشري وسياسة الخصخصة*. مجلة دراسات محاسبية ومالية. المجلد 12، العدد 38.

قانون الصحة العامة الفلسطيني. تم الوصول بتاريخ2019/10/7 عبر الرابط: http://www.mne.gov.ps/MneModules/laws/laws60.pdf

جاو، هوانجوين؛ ولن، ففيان.2008. *الإصلاح الصحي في الصين: بين هوية القطاع العام وسلوكيات القطاع الخاص*. ترجمة: د. علاء غنام. منشورات المبادرة المصرية للحقوق الشخصية.

الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. 2016. *تقرير: السياسات الاقتصادية وأنشطة حقوق الإنسان الخاصة بأعضاء الشبكة والشركاء*. https://www.escr-net.org/sites/default/files/ephr-analysis-report_arabic.pdf

حركة صحة الشعوب. *ميثاق الشعوب من أجل الصحة*. مؤتمر ألما- آتا عام 1978

العهد الدولي الخاص بالحقوق الإقتصادية والاجتماعية والثقافية. اعتمد بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 أ(د-21) بتاريخ 1966/12/16 . تم الوصول للمادة بتاريخ 2019/9/13 عبر الرابط: https://www.arij.org/files/arijadmin/international_conventions/cescr_arabic.pdf

جبار عبد، مليحة. 2014. *دور الدولة في التنمية الاقتصادية ومبررات الخصخصة في الاقتصاديات النامية*. مجلة المثنى للعلوم الإدارية والاقتصادية. المجلد(4)، العدد (9)، ص ص: 74-99

ساحي، فوزية. *الخوصصة عواملها، أسبابها، أهدافها، وآثارها في الجزائر. مجلة الحكمة للدراسات الاجتماعية*. عدد2017، اصدار 12، ص ص: 68 -82. الجزائر

الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني.2019. *أداء الاقتصاد الفلسطيني خلال عام 2018*. قاعدة بيانات الجهاز www.pcps.org.ps

الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2018. *مسح القوى العاملة للربع الأول 2018. فلسطين*
www.pcbs.gov.ps

الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2018. *وزارة الصحة الفلسطينية: الحسابات الصحية الفلسطينية-2016*
www.pcbs.gov.ps

نشأت، محمد.2019. *رائد علم الاقتصاد.. ابن خلدون*. وكالة الصحافة العربية (ناشرون). مصر . تم الوصول بتاريخ: 2019/10/7 عبر الرابط:
https://books.google.ps/books?id=6imLDwAAQBAJ&pg=PT166&lpg=PT166&dq

عبدالله، عبد الرحيم. 2016. *اصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية*. عدد 24 مجلد 2، ص ص 62-82 .

المهدي، أحمد؛ وحميدي، يوسف. 2015. *أهمية الخصخصة وآفاق التحول إلى القطاع الخاص. المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية*. المجلد 49، العدد 3.

الشاذلي، عبد الرحيم. 2015. *إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية*. المجلد 24، العدد 2.

المعهد العربي للتخطيط بالكويت.2008. *إخفاق آلية الأسواق وتدخل الدولة*. العدد69. تم الوصول بتاريخ 2019/10/7 عبر الرابط: http://www.arab-
api.org/images/publication/pdfs/48/48_develop_bridge69.pdf

تقرير التنمية البشري للعام 2003. الفصل الخامس: التمويل الخاص وتوفير الرعاية الصحية والتعليم والمياه، تم الوصول بتاريخ 2019/10/16 عبر الرابط:
https://www.un.org/ar/esa/hdr/pdf/hdr03/chapter5.pdf

المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية (أمان). 2015. *دعوة لإعادة النظر في سياسات الخصخصة ومنح الامتياز*. آفاق برلمانية. مجلد 19، عدد1، رام الله- فلسطين.

الجهاز المركزي للاحصاء الفلسطيني. 2019. *أوضاع السكان في فلسطين بمناسبة اليوم العالمي للسكان*. رام الله، فلسطين. www.pcbs.gov.ps

الهيئة الفلسطينية لحقوق المواطن. 2007. *نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الفلسطينية*. رام الله، فلسطين.

منظمة الصحة العالمية.2015. *ملف النظام الصحي في فلسطين*. تم الوصول بتاريخ: 2019/10/2 عبر الرابط: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18926.pdf?ua=1

شعبان، عبد الحميد. 2015. *خصخصة القطاع العام في فلسطين بين الاحتكار والتنمية المستدامة: قراءة في النظريات والتداعيات الاقتصادية*. مجلة جامعة القدس المفتوحة للبحوث الإدارية والاقتصادية.

عويضة، هيثم. 2003. *الخصخصة في الاقتصاد الفلسطيني: دراسة تطبيقية في المؤسسات الفلسطينية*. دراسة ماجستير منشورة. جامعة النجاح الوطنية.

مطرية، عوض؛ وخوري، فيليب. 2008. *السياسات العامة لتشجيع استثمار القطاع الخاص في الرعاية الصحية الثالثية في فلسطين*. معهد السياسات الإقتصادية الفلسطيني (ماس). تم الوصول بتاريخ 2019/10/2 عبر الرابط: https://library.palestineeconomy.ps/public/files/server/20152501101814-1.pdf

عبدالله، عبد الرحيم. 2016. *إصلاح القطاع العام وتفعيل الدور التنموي للقطاع الخاص " دراسة تحليلية لتقييم تجربة الخصخصة في السودان"*. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية. العدد (24)، رقم (2):ص ص 62-82.

ساعاتي، عبد الإله. 2012. *خصخصة مستشفيات القطاع العام وأثرها على تحسين جودة الخدمات الطبية من وجهة نظر العاملين والمرضى والمراجعين*. مجلة الأبحاث الاقتصادية لجامعة البليدة. العدد 7 http://univ-blida2.dz/revues/revues/f_SECG/r_RE/r_RE_07.pdf

طاهر، قرين.2016. *الخوصصة بين الضرورة الاقتصادية وحق العمل. مجلة العلوم الإنسانية*.عدد46، مجلد ب. ص ص 129-141. جامعة الأخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر.

مبارك، شيماء. 2016. *استراتيجية الخوصصة في المؤسسة الجزائرية*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. عدد26.

منظمة الصحة العالمية (WHO)، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط. 2018. *المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة*. تم الوصول بتاريخ 2019/9/21 عبر الرابط: http://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_8_20545_AR.pdf

رحمان، رضوان. 2014. *الدولة، قطاع الرعاية الصحية الخاص واللوائح في بنغلاديش*. تم الوصول بتاريخ 2019/10/1 عبر الرابط: https://www.researchgate.net/publication/261687656_

العون، سالم؛ وصمادي، زياد. 2011. *تسويق الرعاية الصحية في المستشفيات الخاصة في الأردن: الأخلاقيات مقابل الربح. المجلة الدولية للبحوث السلوكية والرعاية الصحية*. المجلد 2(24)، ص ص 362-374.

روابده، علي. 2005. *مبادرة الخصخصة المتكاملة لنظام الرعاية الصحية الأردني. مؤتمر الشراكة الحادي عشر بين القطاعين العام والخاص*. رومانيا. تم الوصول بتاريخ2019/10/2 عبر الرابط:
https://www.researchgate.net/publication

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

حداد ، توفيق. 2017. *أثر المساعدات الأجنبية على تجزئة الفلسطينيين*. متابعة الدعم الدولي– فلسطين القانون الأساسي الفلسطيني. مادة 22. تم الوصول بتاريخ 2019/10/18 عبر الرابط:
https://www.bal.ps/law/basic_law.pdf

قانون الصحة العامة الفلسطيني رقم (20) لسنة 2004. تم الوصول بتاريخ2019/10/5 عبر الرابط:
http://www.jma.ps/wp-content/uploads/2016/10

الفدرالية الكندية لاتحادات التمريض. 2011. *الخصخصة تؤذي النظام الصحي العام*.
www.nursesunions.ca

الجمعية العامة للأمم المتحدة. 2018. *تعزيز حقوق الإنسان وحمايتها*. تم الوصول بتاريخ 2019/10/3 عبر الرابط:https://undocs.org/pdf 6

المهدي، أحمد؛ وحميدي، يوسف. 2015. *أهمية الخصخصة وآفاق التحول إلى القطاع الخاص*. المؤسسة العربية للإستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية.

وزارة الصحة. 2018. *استراتيجية تحسين الصحة 2014-2018*. تم الوصول بتاريخ 2019/10/2 عبر الرابط: https://www.moh.gov.bh/Content/Files/Health_Improvement_Strategy_2015-2018_Arabic.pdf