



معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)

## المنتدى التشاوري حول الحماية الاجتماعية الشاملة في فلسطين

اللقاء التشاوري الثالث

# الطريق إلى التغطية الصحية الشاملة في دولة فلسطين ونظام التأمين الصحي المطلوب

إعداد:

الدكتور فتحي أبو مُغلي

2021

على ضوء آثار الصدمة الاقتصادية-الاجتماعية لجائحة كوفيد-19، وما أسفر عنها من إعادة التفكير عالمياً في كيفية توظيف الموارد العامة في تأمين احتياجات وحقوق جميع المواطنين الاجتماعية، يطلق المعهد خلال الفترة بين تشرين الثاني 2020 وحتى آذار 2021، هذا المنتدى التشاوري، بغية جمع مختلف الفئات الاجتماعية والاقتصادية المعنية في حوار يهدف إلى استيعاب الدروس حول أهمية تأسيس أنظمة وقوانين تضمن صحة المواطنين وحماية المستضعفين، ورعاية كبار السن، وتعويض العاطلين عن العمل، والنظر إليها كركائز حتمية لسيادة القانون والحفظ على التماسك الاجتماعي والسلم الأهلي وتعزيز صمود المواطن الفلسطيني، ولخلق رأي عام مساند لتلك الرؤية الأساسية. وسيتم ذلك من خلال خمس جلسات تشاورية تستند كل منها إلى أبحاث علمية حول مختلف جوانب هذا الملف الحيوي.



## المحتويات

2	تعريفات ومفاهيم
3	الملخص التنفيذي
1	1- الخلفية
3	1-1 الوضع الديموغرافي
3	1-2 النظام الصحي الفلسطيني
5	1-3 الخدمات الصحية المتاحة
6	1-4 القوى البشرية العاملة في القطاع الصحي
6	1-5 التحديات التي تعيق الارتقاء بالخدمات الصحية في فلسطين
7	2- الأمن الدوائي
7	3- التغطية الصحية الشاملة
8	4- الإنفاق الحالي على الصحة
10	5- التأمين الصحي
10	6- تمويل خدمات الرعاية الصحية
12	7- ما هو نموذج التأمين الصحي الذين يناسب فلسطين؟
13	8- الخلاصة
14	9- التوصيات
17	المراجع

## تعريفات ومفاهيم

1. النظام الصحي: المجموع الكلي لمؤسسات وفعاليات الدولة ومواردها البشرية وإمكانياته الفنية المتاحة والموظفة لتقديم الخدمات الصحية التي تلبي حاجات المواطن. النظام الصحي الجيد هو النظام القادر على تقديم خدمات صحية شاملة للسكان كافة، بكلفة معقولة ونوعية جيدة، ويلبي حاجات الناس ويحقق العدالة والمساواة بين جميع السكان، مع إمكانية الوصول إلى الخدمات نفسها وبشكل مستدام.
2. التأمين الصحي: التأمين الصحي ليس هدفاً بحد ذاته، إنما هو وسيلة لتوفير التمويل اللازم لعلاج المرضى ضمن مفهوم تجميع المخاطر أو الضرائب أو كليهما، بحيث لا تؤدي الحاجة إلى الوصول للخدمة الصحية إلى إفقار الفرد المريض أو أسرته، كما يؤمن إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية عالية الجودة وبشكل مستدام.
3. التغطية الصحية الشاملة: تعني أن يحصل جميع الأفراد والمجتمعات على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية جراء ذلك. وهي تشمل المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، ابتداءً من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة.
4. تمويل النظام الصحي: من أجل الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة بخدمات عالية الجودة ومستدامة، لا بد من وجود التمويل الذي لا بد أن يتم من خلال نظام تجميع المخاطر (الدفع المسبق/تأمين صحي إلزامي) ومن مصادر أخرى، ومنها بعض النظم الضريبية الخاصة.
5. المدفوعات من جيب المواطن: هي المبالغ المالية التي تدفعها الأسرة أو الفرد لقاء تلقيه الخدمات الصحية؛ سواء من القطاع العام أو الخاص، ولا يتم ردها من قبل طرف ثالث؛ مثل هيئة أو شركة التأمين الصحي.
6. الرعاية الصحية الأولية<sup>1</sup>: هي نهج للصحة يشمل كل المجتمع، ويتمحور حول احتياجات وأولويات الأفراد
- والأسر والمجتمعات المحلية. وتتناول الصحة والرفاهية بجوانبهما البدنية والنفسية والاجتماعية الشاملة والمتراصة، جوهرها هو توفير الرعاية للشخص ككل فيما يخص الاحتياجات الصحية طوال الحياة، ولا تقتصر على مجموعة من الأمراض المحددة. وتضمن الرعاية الصحية الأولية حصول الأشخاص على رعاية شاملة، تتراوح بين الإرشاد والوقاية إلى العلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة كأقرب ما يمكن إلى بيئة الناس اليومية.
7. الرعاية الصحية الثانوية: هي العلاج المقدم للمريض من قبل اختصاصي في المستشفى.
8. الرعاية الصحية الثالثية: هي الرعاية الاستشارية المتخصصة التي تحوّل عادة من الرعاية الصحية الأولية أو الثانوية، وتقدم في مراكز صحية أو مستشفيات لديها مرافق وكوادر متخصصة في التشخيص والعلاج المتخصص.
9. طب الأسرة: طب الأسرة أو طب العائلة هو تخصص طبي يوفر خدمات الرعاية الصحية الشاملة للناس في جميع الأعمار. ويتضمن تقديم الرعاية الصحية الأولية لأفراد الأسرة، ويقدم استشارة مبدئية لجميع الأمراض التي تصيب جميع أعضاء الجسم.
10. الوصول إلى الخدمة الصحية: يعني قدرة المواطن على الحصول على الخدمة الصحية التي يحتاجها؛ سواء من خلال توفرها في منطقتة الجغرافية، أو ضمن مسافة معقولة عن موقع سكنه. وتتضمن، أيضاً، إمكانية تحمل تكلفة الخدمة أو توفر تغطية تأمينية، أو من خلال الوعي بوجود الخدمة التي يحتاجها.
11. أهداف التنمية المستدامة: اعتمدت جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في العام 2015 أهداف التنمية المستدامة (SDGs)، التي تُعرف أيضاً باسم الأهداف العالمية، باعتبارها دعوة عالمية للعمل على إنهاء الفقر، وحماية الكوكب، وضمان تمتع جميع الناس بالسلام والازدهار بحلول العام 2030.

<sup>1</sup> منظمة الصحة العالمية.

## الملخص التنفيذي

إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة من القطاع الحكومي، وبناء شراكة حقيقية مع القطاع الصحي غير الحكومي، وتطوير نظام شراء الخدمة وفق معايير تضمن الجودة للخدمة المقدمة، والسعر المناسب، والعدالة في الوصول لهذه الخدمات للجميع، ما سينتج عنه إيقاف تحويل المرضى إلى خارج البلاد أو التقليل منه.

يعتمد بناء نظام تأمين صحي إلزامي شامل على مبدأ تقاسم المخاطر، وسيساهم بتمتع كل مواطن بالقدرة على الوصول إلى خدمات صحية عالية الجودة، دون زيادة العبء المالي عليه.

أصبح من الضروري أن تقوم الحكومة، وبأسرع وقت، بتشكيل لجنة وطنية لإعداد مشروع قانون للتأمين الصحي يتناغم من حيث المضمون مع أجندة السياسات الوطنية 2017-2022 التي تبنتها الحكومة كالتزام وطني تجاه دعوة الأمم المتحدة لحكومات ودول العالم كافة، إلى تبني خطط التنمية المستدامة للعام 2030. كما يتوجب على اللجنة المشكلة تقديم خطة عمل متكاملة تشتمل على احتياجات تطبيق هذا القانون من تمويل، وبنى تحتية، وأجهزة، وكوادر صحية، ووضع خطة عمل تنفيذية، وحسابات لكلفة الاحتياجات كافة، وفق جدول زمني محدد.

تعزيزاً للجهود الحثيثة التي تسعى إليها المؤسسات الوطنية الرسمية والأهلية كافة، من أجل حث الحكومة على تبني نظام تأمين صحي، يضمن حق جميع المواطنين في الوصول إلى خدمات صحية جيدة بعدالة ومساواة، ضمن مفهوم التغطية الصحية الشاملة، وإعمال مبدأ الحق في الصحة، ووفق ما التزمت به دولة فلسطين على مدى العقدين السابقين من قرارات أممية ذات علاقة، تأتي هذه الورقة التي أعدها معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس)، ليضع لبنة إضافية لاستكمال الجهود المبذولة لبناء البنى التحتية اللازمة، وإيجاد النموذج الأمثل الذي يتوافق مع الواقع الفلسطيني والإمكانات المتاحة لنظام تأمين صحي إلزامي عصري، يحقق التغطية الصحية الشاملة بعدالة ومساواة، وفق مفهوم أن الصحة حق للجميع. واستندت الورقة في إعدادها إلى مراجعة الأدبيات والتقارير الصادرة عن مؤسسات بحثية وقانونية محلية ودولية تُعنى بالنظم الصحية وجودة الخدمات الصحية وعدالة توزيعها.

ولتحقيق هذا الهدف، لا بد من العمل على بناء نظام تأمين صحي إلزامي يؤدي إلى توفير التغطية الصحية الشاملة للمواطنين كافة، بخدمات صحية عالية الجودة، وبكلفة معقولة لا تتسبب في إفقار الأسر محدودة الدخل.

إن تحقيق مبدأ التغطية الصحية الشاملة يقتضي توفير التمويل اللازم وتعزيز الموازنات المرصودة للصحة، إضافة

## 1. الخلفية

1. تسريع وتيرة التقدم المُحرز صوب تحقيق التغطية الصحية الشاملة، مع التركيز على الفقراء والمستضعفين والمهمشين من الأفراد والجماعات.
2. تمويل قطاع الصحة.
3. إقامة نظم صحية مستدامة وقادرة على الصمود تركز على الناس.
4. تعزيز قدرات القوى العاملة الصحية.
5. أهمية الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية وتعزيزها.

على الصعيد الفلسطيني، فقد استلمت السلطة الوطنية الفلسطينية من الاحتلال العام 1994، نظاماً صحياً هراً ومدمراً، ولا يوفر الحد الأدنى من الخدمات الصحية المطلوبة في مستويات الرعاية كافة؛ الأولية أو الثانوية أو الثالثة. وكانت جميع الجراحات والإجراءات الطبية المتخصصة تتحول إلى داخل الخط الأخضر.

على الرغم من أن القانون الأساسي الفلسطيني لم يؤكد على الصحة كحق، وإنما كخدمة يتوجب على وزارة الصحة توفيرها للمواطنين، كما جاء لاحقاً في قانون الصحة العامة؛ فقد عملت السلطة الوطنية على وضع وتنفيذ خطط استراتيجية متتالية منذ العام 1994 لتطوير الخدمات الصحية التي عبّرت خلالها أيضاً عن التزام السلطة الوطنية الفلسطينية بالمواثيق الدولية حول ضمان الحق في الصحة للسكان، مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي لحقوق المدنية والسياسية، وكذلك دستور منظمة الصحة العالمية التي تؤكد على أن الصحة حق إنساني.

كما جاء في قانون الصحة العامة رقم 20 للعام 2004، والساري المفعول، الذي يشير في مادته الثانية -الفقرة الخامسة، إلى التزام الوزارة (وزارة الصحة) بتوفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانيات المتوفرة، كما تؤكد المادة الرابعة من القانون على التزام الوزارة بإعطاء الأولوية لرعاية صحة المرأة والطفل، واعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية الإنمائية للسلطة الوطنية الفلسطينية.

تنبؤاً الصحة مكانةً محوريةً في الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة (ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار) وغاياته الثلاث عشرة. كما أن أهداف التنمية المستدامة العالمية الأخرى تكاد جميعها ترتبط بالصحة، أو تسهم في الصحة إسهاماً غير مباشر، مثل أهداف القضاء على الفقر، والحد من أوجه انعدام المساواة، وضمان حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، وتحقيق المساواة بين الجنسين، وتنمية الاقتصادات، وحماية البيئة، والتشجيع على إقامة مجتمعات مسالمة لا يُهمش فيها أحد.

لقد حلت أهداف التنمية المستدامة محل الأهداف الإنمائية للألفية، وهي تضم 17 هدفاً و169 غاية وافقت على تحقيقها بحلول العام 2030 جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة. وتمثل الأهداف جدولاً تحويلياً جديداً للأعمال العالمية، تهدف إلى تحسين الأحوال الاقتصادية والاجتماعية والبيئية للسكان وللكوكب، من خلال تعزيز الشراكات ونشر السلام والازدهار.

لقد وضعت منظمة الصحة العالمية أدوات لقياس التقدم الفطري في مجال تحقيق الغايات الخاصة بتلك الأهداف، حيث تم إدراج التغطية الصحية الشاملة كأحد مرامي الهدف من أجل تعزيز التقدم في هذا المجال، وتوسيع نطاق الحماية من المخاطر المالية التي تركز على الفئات الضعيفة المهمشة من السكان.

في اجتماع هيئتها العامة المنعقدة في دورتها الثانية والسبعين التي عقدت في شهر أيار/مايو 2019، أصدرت منظمة الصحة العالمية قراراً خاصاً بالتغطية الصحية الشاملة، طالبت من خلاله الدول الأعضاء بضرورة:

## 1-1 الوضع الديموغرافي<sup>2</sup>

## 1-2 النظام الصحي الفلسطيني<sup>3</sup>

في العام 2019، بلغ عدد السكان في دولة فلسطين حسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 4,976,684 نسمة، منهم نحو 2.53 مليون من الذكور، مقابل 2.44 مليون من الإناث، في حين بلغ عدد سكان الضفة الفلسطينية حوالي 2.98 مليون نسمة، بنسبة 60.0% من إجمالي السكان، منهم 1.52 مليون من الذكور، مقابل 1.46 مليون من الإناث، كما بلغ عدد سكان قطاع غزة حوالي 1.98 مليون نسمة، بنسبة 40.0% من إجمالي السكان، منهم حوالي 1.00 مليون من الذكور، مقابل 981 ألفاً من الإناث.

بلغت نسبة اللاجئين في الضفة الفلسطينية 26.0% من سكان الضفة، بينما بلغت نسبة اللاجئين في قطاع غزة 64.0% من سكان القطاع، وبالتالي فإن 41.2% من سكان دولة فلسطين من اللاجئين.

قدرت نسبة السكان ممن هم دون سن الخامسة عشرة بـ 38.4% من مجمل السكان، بواقع 36.4% في الضفة، و 41.5% في قطاع غزة، كما بلغت نسبة الأفراد الذين يزيد عمرهم على 65 سنة العام 2019، 3.3% من السكان (3.6% في الضفة، و 2.8% في قطاع غزة).

بلغ معدل الزيادة الطبيعية للسكان للعام 2019 في دولة فلسطين 2.5% (2.2% في الضفة، و 2.9% في قطاع غزة). كما بلغ معدل الخصوبة الكلية في دولة فلسطين 4.1 مولود، بمعدل 4.5 في قطاع غزة، و 3.7 في الضفة.

بلغ توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة في العام 2019 في دولة فلسطين 74.0 سنة؛ بواقع 72.9 سنة للذكور، و 75 سنة للإناث.

يتميز النظام الصحي الفلسطيني بتعدد مقدمي الخدمات الصحية، إضافة إلى وزارة الصحة التي تعتبر المقدم الرئيس للخدمات الصحية بمختلف أشكالها ومستوياتها، تقدم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين خدمات صحية للاجئين الفلسطينيين داخل المخيمات الموجودة في كل من الضفة وقطاع غزة. كما يشارك عدد من المؤسسات الأهلية غير الحكومية وغير الربحية في تقديم خدمات صحية أولية وثانوية وثالثية، إضافة إلى مساهمة الخدمات الطبية العسكرية في تقديم الخدمات الصحية للعسكريين، ويشارك الهلال الأحمر الفلسطيني؛ وهو مؤسسة غير حكومية تتبع إدارياً لمنظمة التحرير الفلسطينية، في تقديم خدمات الإسعاف، إضافة إلى إدارة عدد من عيادات الرعاية الصحية الأولية ومراكز التأهيل. يلعب القطاع الخاص الريحي دوراً مهماً في توفير الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها للمواطنين، وهذا القطاع آخذ في النمو السريع في السنوات الأخيرة.

تسلمت وزارة الصحة الفلسطينية صلاحيات إدارة الشؤون الصحية، بداية في غزة وأريحا بتاريخ 17 أيار 1994، وفي باقي مناطق الضفة الغربية مع نهاية العام نفسه، حيث قامت بإجراء دراسة تقييمية للمرافق الصحية الموجودة؛ سواء أكان ذلك على مستوى الرعاية الصحية الأولية أو الثانوية. وقد تم تقديم الدعم الفني لمثل هذه الدراسات من قبل منظمات أممية؛ مثل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، ومنظمة الصحة العالمية، وبعض الدول المانحة مثل إيطاليا.

قبل استلام وزارة الصحة لمهامها، تم وضع أول خطة للصحة العام 1994 بإشراف المجلس الصحي الفلسطيني، الذي ضم كوادر الهلال الأحمر الفلسطيني وكفاءات صحية، بدعم من جهات دولية مختلفة. تبع ذلك وضع

<sup>2</sup> الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني.

<sup>3</sup> فتحي أبو مغلي. 2018. نحو نظام تأمين صحي شامل، رام الله: الائتلاف من أجل النزاهة والشفافية - "أمان".

الخطة الاستراتيجية للأعوام 1999-2003 من قبل وزارة الصحة، وبمشاركة واسعة من منظمات المجتمع المدني، وبدعم فني ومالي من البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية.

أدى تنفيذ هذه الخطط إلى تطوير كبير في جودة الخدمات، ورفع كفاءة العاملين، وتحسين شبكة الخدمات الحكومية، بينما أخذت الخدمات التي تقدمها المنظمات الأهلية، وبخاصة في مجال الرعاية الصحية الأولية، بالتقلص نتيجة انحسار التمويل لصالح زيادة تمويل المؤسسة الصحية الرسمية؛ أي وزارة الصحة.

شكلت انطلاقة الانتفاضة الثانية العام 2000 وما تلاها من اجتياح عسكري إسرائيلي لمناطق السيطرة الفلسطينية تراجعاً واضحاً في قدرة المواطنين على الوصول إلى الخدمات الصحية. كما أدى إقامة جدار الفصل إلى عزل العديد من القرى والتجمعات السكانية التي أصبحت غير قادرة على الوصول للخدمات الصحية، وأدت الأحداث وما تبعها من حالة عدم استقرار أمني واجتماعي، إلى عدم القدرة على تنفيذ الجزء الأكبر من مشاريع وأنشطة الخطة الاستراتيجية 1999-2003.

في حزيران العام 2007، سيطرت حركة "حماس" على قطاع غزة، وتبع ذلك انقسام عميق في الصف الفلسطيني أثر بشكل كبير على حياة الناس، وعلى العلاقات الفلسطينية مع دول العالم. وقد اشتد الحصار على قطاع غزة الذي أصبح يُحكّم بشكل مطلق من قبل "حماس"، ولم يعد للسلطة الوطنية أي تأثير على الوضع هناك، وانحسر دورها في دفع فواتير الرواتب والتزامات أخرى كالكهرباء، والوقود والأدوية، واعتماد التحويلات العلاجية للخارج. وأصبح قطاع غزة يعيش على المساعدات الإغاثية، وتوقفت المشاريع التنموية.

أما الوضع في الضفة الغربية فعلى عكس قطاع غزة، بدأ يشهد تحسناً واضحاً، حيث استطاعت الحكومة وضع خطط تطويرية لمختلف القطاعات التي لاقت تجاوباً جيداً من قبل الجهات المانحة، ما ساهم، بشكل كبير، في تحسين الوضع المعيشي للمواطنين، وتدني معدلات البطالة، وتحسن كبير في مستوى الخدمات الصحية. واستمر تحسن الأداء الاقتصادي في الضفة الغربية بشكل مستمر حتى أواسط العام 2010.

الاستقرار النسبي الذي تمتعت به الضفة الغربية شجع على البدء في وضع خطط تنموية، وبخاصة في القطاع الصحي (الخطة الاستراتيجية للصحة 2008-2010، والخطة الاستراتيجية 2011-2013، وصولاً إلى خطة وزارة الصحة الحالية 2017-2022)، والعمل على استصدار قوانين ساهمت في تطوير الخدمات، وخاصة الخدمات الاجتماعية، فإنجاز مشروع قانون التأمين الصحي الإلزامي الذي لم يرَ النور لاعتبارات مختلفة أهمها:

- عدم اعتباره قانوناً يحمل صفة الاستعجال بسبب غياب المجلس التشريعي ولوجود اعتراضات<sup>4</sup> عليه تتعلق بكيفية التعامل مع اللاجئين ومسؤوليات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا) تجاه تقديم الخدمات الصحية للاجئين المسجلين لديها في محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة.
- لم يعالج المشروع، بشكل واضح، قضية إعفاء مواطني قطاع غزة من الرسوم والضرائب<sup>5</sup>، كون القانون تعامل مع قضية الانقسام كقضية مؤقتة بكل ما ترتب عليها من التزامات وحقوق.
- لم يعالج مشروع القانون تغطية الرسوم المترتبة على الأسرى المحررين، حيث نص قانون الأسرى والمحررين<sup>6</sup> على "أن كل أسير محرر أمضى في

<sup>4</sup> مراجعة قانونية لمشروع قانون التأمين الصحي الوطني/ الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان "ديوان المظالم"/ رام الله - آب 2009

<sup>5</sup> صدر رئيس السلطة الوطنية الفلسطينية بتاريخ 2007/6/26 مرسوماً يحمل رقم (18) لسنة 2007، قرر فيه إعفاء سكان قطاع غزة من الضرائب والرسوم المالية واجبة النفاذ بحكم منظومة التشريعات الوطنية.

<sup>6</sup> قانون الأسرى والمحررين رقم (19) لسنة (2004) في المادة (5)



سجون الاحتلال مدة لا تقل عن خمس سنوات، وكل أسيرة أمضت مدة لا تقل عن ثلاث سنوات، يتم إعفاؤه من رسوم التأمين الصحي"، ولم يحدد القانون الجهة التي ستتحمل كلفة التغطية التأمينية لهذه الفئة من المواطنين.

### 1-3 الخدمات الصحية المتاحة<sup>7</sup>

#### 1-3-1 الرعاية الصحية الأولية

تقسم هذه المراكز الصحية في البلاد إلى: مراكز صحية من المستوى الأول، والثاني، والثالث، والرابع؛ وتبعاً لذلك يختلف حجم الكادر الطبي في كل مركز صحي كما يختلف مستوى الخدمات الطبية التي تقدمها.

- بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في فلسطين<sup>8</sup> 749 مركزاً، منها 475 مركزاً تابعاً لوزارة الصحة، و65 مركزاً تابعاً لوكالة الغوث (الأونروا)، و192 مركزاً صحياً تابعاً لمنظمات أهلية غير حكومية، و17 مركزاً صحياً تابعاً للخدمات الطبية العسكرية.

- بلغ معدل عدد السكان لكل مركز صحي في فلسطين 5,984 مواطناً، وبلغ هذا المعدل في الضفة الغربية 4,408 مواطنين لكل مركز صحي، وفي قطاع غزة 11,725 مواطناً لكل مركز صحي.

- ارتفع عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في فلسطين من 203 مراكز في نهاية العام 1994، إلى 475 مركزاً في العام 2019، بزيادة بلغت 134%.

- تقدم مراكز الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة؛ إضافة إلى خدمات الطب العام، مجموعة من الخدمات الصحية، بما فيها خدمات تنظيم الأسرة؛ وخدمات طبية تخصصية، وخدمات صحة الفم والأسنان؛ والخدمات المخبرية؛ وخدمة الحمل الخطر، وخدمة تصوير الثدي الشعاعي، وخدمات الأشعة من خلال العديد من مراكز

الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية.

- العيادات المتنقلة: تعتبر العيادات المتنقلة جزءاً من نظام الرعاية الصحية الأولية. وتهدف إلى توفير الخدمات الصحية للمناطق النائية والمعزولة وللتجمعات السكانية البدوية، وبخاصة في المناطق المسماة (ج) التي يمنع الاحتلال بناء عيادات فيها. تشغل وزارة الصحة وبعض مقدمي الخدمات الصحية الآخرين هذه العيادات المتنقلة، بعضها مملوك للمؤسسة المقدمة للخدمة، والبعض الآخر مستأجر؛ ذلك أن وزارة الصحة لا تملك مركبات خاصة لتقديم الخدمة للتجمعات السكانية المعزولة والمهمشة، إنما تقوم بالتعاقد مع شركات النقل لتوفير مركبات لنقل الطاقم الطبي المتنقل إلى موقع تقديم الخدمة وفق برنامج محدد، بأيام محددة لكل تجمع سكاني، ومن خلال الفريق الطبي المؤلف من طبيب وممرض وقابلة، مزودين بالأجهزة الطبية الخفيفة والمطاعيم اللازمة لتلك المناطق، حيث تقوم كل عيادة متنقلة بتوفير زيارة واحدة لكل تجمع سكاني أسبوعياً.

#### 1-3-2 الرعاية الصحية الثانوية والثالثية

بلغ عدد المستشفيات العاملة في فلسطين العام 2019 أربعة وثمانين (84) مستشفى، يعمل 52 منها في الضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية، وتشكل ما نسبته 61.9% من مجمل المستشفيات العاملة في فلسطين، والباقي 32 مستشفى تعمل في محافظات قطاع غزة. كما يبلغ إجمالي عدد أسرة المستشفيات، بما في ذلك أسرة مستشفيات الأمراض النفسية والعصبية وأسرة مستشفيات القدس الشرقية 6435 سريراً؛ أي بمعدل 12.9 سرير لكل 10.000 نسمة من السكان.

- تدير وزارة الصحة المستشفيات الحكومية البالغ عددها 28 مستشفى وعدد أسرتها 3531 سريراً، وتشكل 54.9% من إجمالي عدد الأسرة العاملة في البلاد.

<sup>8</sup> المصدر السابق.

<sup>7</sup> التقرير الصحي السنوي 2019/ وزارة الصحة

تم إطلاق المرصد الوطني الفلسطيني للموارد البشرية الصحية<sup>9</sup> من قبل المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة سنة 2019، حيث تم الإعلان عن الدراسة المسحية التي تمت من أجل بناء المرصد، والتي بينت أنه يوجد في فلسطين 5297 طبيباً/ة، و8286 ممرضاً/ة، و1024 قابلة، و1547 طبيباً/ة أسنان، و2463 صيدلانياً/ة، و6131 من العاملين في المهن الطبية المساندة، و12061 من الموظفين الإداريين في قطاع الصحة. وقد شملت النتائج المعروضة توزيع هذه الكوادر بناءً على مكان العمل، والمحافظة، والسن، والجنس.

من هذه المستشفيات الحكومية، هناك 15 مستشفى في الضفة الغربية بعدد أسرة 1749 سريراً، و13 مستشفى في قطاع غزة بعدد أسرة 1782 سريراً.

- يبلغ عدد المستشفيات غير الحكومية، أي المستشفيات الأهلية والخاصة بما في ذلك مستشفيات القدس الشرقية 56 مستشفى، بسعة 2821 سريراً، يملك القطاع الخاص 16 مستشفى منها، بسعة إجمالية 536 سريراً، بينما تدير المؤسسات الأهلية 36 مستشفى بسعة 2061 سريراً. وتدير وكالة غوث وتشغيل اللاجئين مستشفى في قلقيلية بسعة 62 سريراً.

#### 1-5 التحديات التي تعيق الارتقاء بالخدمات الصحية في فلسطين<sup>10</sup>

فيما يلي أبرز التحديات التي تعيق الارتقاء بجودة الخدمات الصحية:

- النقص الكبير في الكادر الطبي والإداري، وصعوبة المتابعة المباشرة في بعض المديريات من قبل مدير المديرية نتيجة انفصال مبنى الإدارة عن عيادات تقديم الخدمة الطبية للمواطنين (طوباس، الخليل، شمال الخليل، جنوب الخليل، ويطا).
- تدني مستوى النظافة العامة.
- تواجه أقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية ضغطاً كبيراً نتيجة نسبة الإقبال العالية عليها لعدم كفاية التخصصات الطبية في مديريات الصحة، كما لوحظ أن المناطق المهمشة والحدودية ومناطق (ج) لا تتلقى الخدمات الصحية بشكل مناسب.
- المشاكل المتعلقة بآلية التخلص من النفايات الصلبة، مع العلم أنها من أخطر مسببات التلوث البيئي، وتعتبر هذه المشكلة من أهم المشاكل البيئية على مستوى الوطن.

#### 1-4 القوى البشرية العاملة في القطاع الصحي

وفق تقرير وزارة الصحة الفلسطينية للعام 2017، فقد بلغ عدد الكوادر الصحية المسجلة لدى النقابات الصحية المختلفة في فلسطين 29,479 كادراً، منهم 22,201 كادراً في الضفة الغربية؛ أي بنسبة 75.3%، و7278 كادراً صحياً في قطاع غزة؛ أي بنسبة 24.7% من مجموع الكوادر الصحية العاملة في فلسطين. يجب التنويه، هنا، إلى أن هذه الأرقام غير دقيقة للكوادر الصحية العاملة في فلسطين، بل تعكس الكوادر الصحية المسجلة في النقابات الصحية المهنية، ومن المؤكد أن أعداداً كبيرة منهم تعمل خارج البلاد، وبخاصة في دول الخليج العربي، كما أن البيانات الإحصائية الواردة من قطاع غزة والمنشورة في تقرير إحصائي مشابه للتقرير التي تصدره وزارة الصحة في السلطة الوطنية الفلسطينية، يشير إلى أن إجمالي القوى العاملة في القطاع الصحي في قطاع غزة يبلغ 13,180، موزعين على القطاعات الصحية التالية: وزارة الصحة 9,536، مؤسسات غير حكومية 2,963، خدمات طبية 681.

<sup>10</sup> تقرير متابعة التقييم الخاص بالمستشفيات الحكومية ومديريات الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية 2017-2018، الصادر عن دائرة جودة الخدمات الحكومية.

<sup>9</sup> المرصد الوطني الفلسطيني للموارد البشرية الصحية، المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة، 2019.

يحتاج قطاع التصنيع الدوائي إلى دعم أكبر من الحكومة، وبخاصة من حيث إعطائه الأولوية في الترخيص والتسجيل. كما يحتاج إلى الحماية عند مشاركته في العطاءات الحكومية، بحيث لا يدخل في منافسة مع أدوية مستوردة ما دام يلتزم بمعايير الجودة، ويقدم السعر المناسب. كما لا بد من تشجيع مصانع الأدوية المحلية على تنويع منتجاتها، بحيث تغطي طيفاً أوسع من الأدوية بدل التنافس على الأصناف نفسها.

### 3- التغطية الصحية الشاملة

نعتد هنا تعريف منظمة الصحة العالمية بأن التغطية الصحية الشاملة<sup>11</sup> هي المحصلة المرغوبة لأداء النظام الصحي، التي يتلقى من خلالها جميع المحتاجين للخدمات الصحية ما يحتاجونه دون تحمل أعباء مالية غير ضرورية.

لكفالة تمتع الجميع بالصحة والعافية البدنية والعقلية وزيادة العمر المتوقع لدى الولادة، لا بد من توفير التغطية الصحية والرعاية الصحية الجيدة للجميع، وأن لا يُحرَم أحد من ذلك كما يجب الإسراع من وتيرة التقدم المحرز في خفض عدد وفيات المواليد والأطفال والأمهات بوضع حد لجميع تلك الوفيات التي يمكن تفاديها قبل حلول العام 2030.

منظمة الصحة العالمية، بدورها، تبنت الوثيقة الأممية واعتمدت خلال اجتماع جمعية الصحة العالمية التاسع والستين،<sup>12</sup> في شهر أيار/مايو 2016، بالقرار (ج ص ع 69-11)، ما يتعلق منها بشأن الصحة. ووفق هذا القرار (ج ص ع 69 - 11)، فإن منظمة الصحة العالمية تحت الدول الأعضاء على ضرورة الالتزام بتعزيز العمل الشامل على المستوى الوطني والإقليمي والعالمي؛ بغية تحقيق أهداف وغايات خطة التنمية المستدامة للعام 2030، والمتعلقة بالصحة، وأن تعطي أولوية لتعزيز النظم الصحية،

- بعض المباني المستخدمة كمراكز صحية ومستشفيات قديمة، ولا يمكن التوسع بها أفقياً أو عمودياً. هذا إضافة إلى مشاكل خاصة ببعض المراكز والمستشفيات التي تستدعي تدخلات فورية.

- إن تناقض وتعارض كثير من الأرقام بين المراجع المختلفة يستدعي تعزيز الجهد المبذول من المرصد وتغذيته من قبل كافة الجهات ذات العلاقة (وزارة الصحة والقطاع الخاص الريحي وغير الريحي والنقابات المهنية) بكافة البيانات المتاحة لديها ضمن شراكة حقيقية تعكس الاهتمام العام في معرفة الموارد البشرية المتاحة في الحقل الصحي واحتياجاتها من حيث الكم والكيف، من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

### 2- الأمن الدوائي

يعتبر الأمن الدوائي أحد المكونات الرئيسية للنظام الصحي حتى يحقق أهدافه بضمان حق المواطن في الوصول إلى الخدمة الصحية بمكوناتها كافة، وصولاً إلى الدواء الجيد والأمن وبكلفة معقولة، وأن يتوافر دائماً دون انقطاع. ولضمان ذلك، لا بد من تعزيز الصناعة الدوائية المحلية التي تشرف وزارة الصحة على جودتها ضمن المعايير الدولية المعتمدة لجودة تصنيع الدواء.

في فلسطين ينمو قطاع الصناعة الدوائية بتسارع من حيث الحجم والجودة، كما يساهم هذا القطاع بتشغيل ما يقارب 2000 من الأيدي العاملة في مصانع الأدوية بشكل مباشر. حتى بداية 2021، فإن عدد مصانع الأدوية البشرية المرخصة هو 9 مصانع، منها 6 في الضفة الغربية، و3 في قطاع غزة، إضافة إلى 3 مصانع مكملات غذائية وعشبية.

<sup>12</sup> قرار ج ص ع 69 - 11 بعنوان تعزيز الوظائف الأساسية للصحة العمومية دعماً لبلوغ التغطية الصحية الشاملة.

<sup>11</sup> تقرير رصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة على المستويين القطري والعالمي، صادر عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، أيار 2014.

تركز على ضرورة توفير خدمات الرعاية الصحية الشاملة للجميع. كما جاء في الأجندة أن الرعاية الصحية تشكل مشروعاً مشتركاً يجمع ما بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا)، وينبغي زيادة نطاق التركيز، في سياق التطلع نحو المستقبل، على نوعية وإدارة خدمات الرعاية الصحية، وتأمين الحصول عليها وتحديثها والقدرة على تحمل تكاليفها. هذا إلى جانب مراجعة نظام التأمين الصحي العام، والنهوض بخدمات الرعاية الصحية الوقائية، وإدارة الأمراض المزمنة، وصحة الأسرة والصحة العقلية.

#### 4- الإنفاق الحالي على الصحة

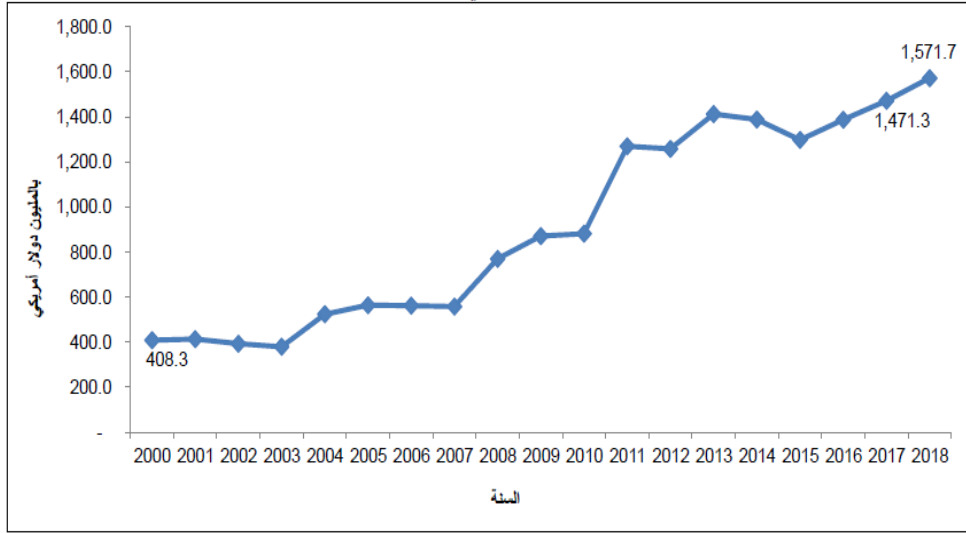
في شهر آذار 2020، أصدر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بالتعاون مع وزارة الصحة، تقريراً حول الحسابات الصحية الفلسطينية للأعوام 2000-2018. ويشير التقرير إلى أن مجموع النفقات الجارية على الصحة للعام 2018، بلغت 1,571.7 مليون دولار أمريكي، بارتفاع نسبته 6.8% مقارنة مع العام 2017 التي بلغت 1,471.3 مليون دولار أمريكي. الشكل التالي يبين أن الإنفاق على الصحة في تصاعد مستمر سنوياً خلال العقد الأخير.

#### الإنفاق الجاري على الصحة في فلسطين (2000-2018)

بما في ذلك توفير قوى عاملة صحية مدربة بشكل كافٍ، ومنحها المكافآت الكافية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحفاظ عليها، فيما يعرف بالإتاحة الشاملة للجيد من الخدمات التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية والمطفة، بما في ذلك إتاحة الأدوية واللقاحات الأساسية المأمونة والفعالة والجيدة والميسورة التكلفة للجميع، وضمان الحماية من الإنفاق المباشر على الصحة، مع التركيز، بصفة خاصة، على الشرائح الفقيرة والسريعة التأثر والمهمشة من السكان، باعتبارها عناصر أساسية لتحقيق خطة التنمية المستدامة للعام 2030.

التزاماً بقرارات الأمم المتحدة حول تحقيق أهداف خطة التنمية المستدامة، قامت الحكومة الفلسطينية في شهر كانون الأول العام 2016 بإطلاق أجندة السياسات الوطنية 2017-2022 لتشكل برنامج عمل وطنياً من أجل الإنسان وتحقيق الحرية والازدهار، وتأمين الخدمات الأساسية ذات الجودة لأبناء الشعب كافة دون تمييز، وأينما تواجدوا، وضمان تعزيز مقومات صمودهم، لا سيما في المناطق المسماة (ج)، والقدس الشرقية عاصمة دولة فلسطين المستقلة، وقطاع غزة. وجاء ترتيب الصحة ضمن الأولوية التاسعة في الأجندة،<sup>13</sup> التي تنص على أن السياسة الحكومية

<sup>13</sup> أجندة السياسات الوطنية 2017-2022، الأولوية التاسعة، ص 42.



حيث بلغ الناتج الإجمالي المحلي العام 2018، 16,276.6 مليون دولار، كما بلغ 16,127.6 مليون دولار العام 2017.

وبلغ نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة خلال العام 2018 ما قيمته 344 دولاراً أمريكياً، بينما بلغ نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة العام 2017 ما قيمته 330.3 دولار أمريكي.

### إيرادات القطاع الصحي

بلغت إيرادات وزارة الصحة للعام 2016، كما جاء في التقرير الصحي السنوي للعام نفسه، ما قيمته 121,316,838 شيكلاً، موزعة كنسب حسب مصدر الإيراد (إيرادات مراكز الرعاية الصحية الأولية 46.2%، إيرادات تأمين صحي 27.6%، إيرادات المستشفيات 24.1%، إيرادات المراكز الإدارية 2.1%). وجاء في التقرير الصحي السنوي للعام 2018، أن مجموع الأسر المستفيدة من التأمين الصحي الحكومي بلغ 350,917 ألف أسرة، منها 77,090 أسرة مؤمنة تأميناً إلزامياً، و فقط 2679 أسرة مؤمنة طوعياً في التأمين الصحي الحكومي، وهناك 93,483 مؤمنين ضمن عقود جماعية (موظفو بلديات ومؤسسات خاصة، هذا إضافة إلى عمال داخل الخط الأخضر، والبالغين 65,627 شخصاً، كما أن هناك 49,726 أسرة مشمولة بالتأمين الصحي الحكومي من خلال وزارة الشؤون الاجتماعية، و 23,764 أسرة من أسر الأسرى والمحربين، إضافة إلى 38,764 أسرة مؤمنة تأميناً مجانياً. وبلغت

شكل الإنفاق الحكومي من مجمل الإنفاق الجاري على الصحة للعام 2018 ما نسبته 44.8% مقارنة بنحو 42.7% للعام 2017، بينما شكل إنفاق الأسر على الصحة (من جيب المواطن) العام 2018 ما نسبته 39.5% من إجمالي الإنفاق على الصحة، مقارنة بما أنفقه المواطن العام 2017 الذي بلغ 41.7% من إجمالي الإنفاق على الصحة، بينما ساهمت برامج التمويل الأخرى (مثل وكالة الغوث- الأونروا) وبرامج التأمين الصحي الخاص بما نسبته 13.3% للعام 2018، و 12.2% للعام 2017 من إجمالي الإنفاق على الصحة، بينما ساهم باقي العالم بما نسبته 2.4% العام 2018، و 3.4% العام 2017.

ويعتبر إنفاق الأسر أو الأفراد على الصحة مرتفعاً بشكل يؤدي، في كثير من الأحيان، إلى إفقار الأسر أو دفعها إلى الاستدانة أو الإحجام عن طلب الخدمات الصحية، وبالتالي فقدانها الحق في الصحة.

يشير تقرير الحسابات الوطنية للصحة إلى أن إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي بلغت نسبته 9.8% خلال العام 2018، بينما في العام 2017 بلغت نسبته 9.3%، حيث بلغ مجموع النفقات الجارية على الصحة 1.571.1 مليون دولار في العام 2018، مقارنة مع 1.471.3 مليون دولار العام 2017،

عائدات التأمين الصحي العام 2018 ما قيمته 236,881.069 شيكلاً.

## 5- التأمين الصحي<sup>15</sup>

يعتبر توفير التأمين الصحي للمواطنين في أي بلد من أهم مكونات نظم الحماية الاجتماعية، ويعتبر نظام التأمين المبني وفق مبدأ تجميع المخاطر من أفضل أشكال التأمين. هذا يتطلب جمع مخاطر الإصابة بالمرض التي تصيب المجتمع أو مجموعة معينة، وتقاسمها بين أفراد المجتمع، وذلك عبر جمع الأموال اللازمة لعلاج هذه المخاطرة المجمعة من مكونات المجتمع كافة، أسراً وأفراداً، ثم تخصيصها لمعالجة الأفراد حسب حاجتهم للعلاج بشكل يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية التي يتعرض لها المؤمن عليهم. هذا النظام يحتاج إلى دعم حكومي من خلال نظام ضريبي قد يفرض على بعض السلع الكمالية لتغطية احتياجات خدمات الصحة العامة والتطوير، وتحسين جودة الخدمات، وهو يفضل على نظام التأمين الصحي المعتمد فقط في تمويله على الضرائب، وبخاصة لدى الدول محدودة الدخل، حيث تساهم مشاركة المجتمع في تخفيف الأعباء عن الحكومة، وتساهم في تطبيق نظام التكافل الاجتماعي.

يهدف التأمين الصحي، أيضاً، إلى تحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة من خلال توفير مصادر مالية ثابتة ومستمرة، والحث عن مزيد من التنوع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية.

إن إلزامية التأمين الصحي للجميع ضرورة أساسية لبناء نظام صحي عادل، يقدم خدمات صحية للجميع؛ أي يوفر تغطية صحية شاملة بخدمات صحية جيدة ومستدامة، وبكلفة معقولة للسكان كافة دون تمييز، ودون تحميل الأسر كلفاً عالية قد تؤدي إلى إفقارها.

يتبين من الأرقام السابقة أن حجم الإيرادات المتحققة لوزارة الصحة هامشية ومدنية جداً مقارنة بحجم الإنفاق، ولا تعكس قدرة نظام التأمين الصحي الحالي على دعم قدرة وزارة الصحة على تحقيق الأهداف الطموحة لأجندة السياسات الوطنية 2017-2022، التي جاء فيها أن الأولوية التاسعة لهذه الأجندة هي توفير رعاية صحية شاملة ذات جودة عالية ومتاحة للجميع والارتقاء بصحة المواطن ورفاهيته،<sup>14</sup> علماً أن عائدات التأمين الصحي وأي موارد أخرى لوزارة الصحة، تودع مباشرة في خزانة الدولة، ولا تؤخذ بعين الاعتبار لدى وضع الميزانية السنوية لوزارة الصحة، وبالتالي فليس له أي اعتبار في وضع السياسات التطويرية لوزارة الصحة.

إن ميزانية وزارة الصحة ومواردها من التأمين الصحي، لا تعكس قدرة نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي على الاستدامة، وإمكانية تطوير جودة الخدمات وتعزيزها من حيث الكم والتخصصات، الشيء الذي سيعزز استمرار الحاجة إلى تحويلات المرضى للعلاج خارج البلاد، التي كانت ولا تزال تشكل نزفاً كبيراً لميزانيات وزارة الصحة المتدنية أصلاً.

إن توطئ الخدمات الصحية يستدعي توفير ما يستوجب الارتقاء بالبنى التحتية للمؤسسات الصحية، وتطوير برامج التعليم الصحي المستمر، وتطوير الكفاءات الطبية، أو استقطاب الكفاءات الطبية الفلسطينية المهاجرة، وذلك يتطلب رصد ميزانيات كبيرة لا تتناسب وما هو مرصود حالياً، بل لا بد من رصد موازنات كافية للصحة لا تقل عن 12-15% من الناتج الإجمالي المحلي، من أجل تعزيز قدرة وزارة الصحة على تحقيق البرامج الصحية اللازمة والمرتبطة أساساً بالتنمية المستدامة.

<sup>15</sup> نحو نظام تأمين صحي شامل"، ورقة استقصائية للاكتلاف من أجل النزاهة والمساءلة - "أمان"، 2018.

<sup>14</sup> أجندة السياسات الوطنية 2017-2022، كانون الأول 2016.

- إن الوصول إلى الهدف المنشود وبناء هذا النظام الجيد، يتطلب مشاركة مجتمعية واسعة في حوار وطني تشارك فيه كافة المؤسسات الصحية والمؤسسات المعنية بتوفير خدمات صحية شاملة وعادلة وذات جودة عالية للناس، من أجل وضع قانون تأمين صحي إلزامي، ينظم العلاقة بين كافة مقدمي الخدمات الصحية في القطاعات المختلفة الحكومية، والأهلية، والأممية، والقطاع الخاص.

## 6- تمويل خدمات الرعاية الصحية

فيما يلي أبرز النماذج والأنظمة المتبعة لتوفير التمويل اللازم لتغطية تكاليف الرعاية الصحية للمواطنين:

- النظام الذي يعتمد على الضرائب لتمويل الخدمات الصحية المقدمة. وهنا تتحقق لجميع المواطنين الاستفادة من الخدمات الصحية، وتكون التغطية الصحية شاملة. وهذا النموذج تتبناه بعض الدول التي توجد لديها موارد كبيرة من مصادر مختلفة مثل الغاز، والبترو، والمعادن، أو الصناعة والتصدير.
  - النظام المعتمد على تجميع مساهمات الرعاية الصحية من جميع المواطنين، سواء أكانوا موظفين حكوميين أم يعملون في القطاع الخاص أم في القطاعات غير النظامية، وتجمع الأموال في صندوق أو صناديق، ولا يمكن تحقيق التغطية الشاملة عن طريق هذا النظام التمويلي، إلا إذا قام جميع السكان بدفع ما عليهم من مساهمات بشكل إلزامي، وتحدد المساهمات وفق قدرة كل فرد على الدفع، وفي هذا النظام تقوم الحكومة بدفع مساهمات الأشخاص غير القادرين على سداد مساهماتهم.
  - نظام تمويل الخدمات الصحية المختلط، الذي يعتمد في تمويله على مساهمات المواطنين، والذي يتم دعمه من خلال ضرائب معينة، ويوفر كلفة الخدمات الصحية اللازمة للمواطنين كافة، بمن فيهم الفئات غير القادرة على دفع مساهماتها.
- في الحالة الفلسطينية، هناك نظام تأمين صحي إلزامي فقط لموظفي الحكومة وللعمال داخل الخط الأخضر، واختياري لباقي المواطنين، كما أن وكالة غوث وتشغيل اللاجئين "الأونروا"، تغطي اللاجئين الفلسطينيين المسجلين لديها بحزمة من خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية، وتحصل هذه الوكالة على التمويل اللازم لخدماتها من خلال منح ومساعدات دولية، هذا إضافة إلى شركات التأمين الخاصة التي تشتري خدمات صحية للمشاركين والمنتفعين من خدماتها من مؤسسات القطاع غير الحكومي، بينما يمول باقي المواطنين شراء الخدمات الصحية التي يحتاجونها من جيوبهم.
- جاء نظام التأمين الصحي المعمول به حالياً رقم 113 للعام 2004، كخطوة إصلاحية من أجل تحديد سلة الخدمات الصحية المقدمة وقائمة الأدوية الأساسية المعتمدة، ومن أجل توضيح العديد من الأمور المتعلقة بكيفية الاشتراك في التأمين الصحي والاستفادة من خدماته؛ سواء المتاحة لدى المرافق الصحية الحكومية، أو من خلال شراء الخدمة من القطاع غير الحكومي لصالح المنتفعين من التأمين الصحي الحكومي.
- لقد واجه نظام التأمين الصحي المعمول به ضمن هذا النظام، العديد من التحديات التي أثرت على جودة الخدمات المقدمة، وسهولة الوصول إليها، وعادلة الاستفادة منها، ومن أهم هذه التحديات والصعوبات:<sup>16</sup>
- عائدات التأمين الصحي لم تغط، في أفضل الظروف، أكثر من 10% من كلفة الخدمات المقدمة، وذلك بسبب عدم إلزامية التأمين الصحي، وبالتالي محدودية الاشتراك الطوعي في النظام.

<sup>16</sup> المصدر السابق.



ذلك أنه يتم جمع الأموال المخصصة للرعاية الصحية عن طريق الدفع المسبق، وإدارتها بطريقة تضمن تحمّل جميع الأفراد تكاليف الرعاية الصحية في حال الإصابة بالمرض، بدلاً من أن يتحمّل كل فرد تلك التكاليف على حدة.

كثير من الدول لديها نماذج ناجحة في مجال التأمين الصحي، يمكن على سبيل المثال الاستفادة من نماذج فرنسا، أو بريطانيا أو كندا أو السويد وغيرها، ولكن لا يوجد نموذج لدولة ما يناسب دولة أخرى، إذ لا بد من إعداد برنامج خاص يناسب كل دولة، وذلك بحسب تعداد السكان، وبحسب النظام الصحي المعمول به في الدولة، ولا بد من مراعاة الجانب السياسي والاقتصادي والاجتماعي كذلك.

إن نظام التأمين الصحي الناجح، يجب أن يعتمد على مبادئ استراتيجية أساسية:

- ضمان توفر تمويل كافٍ للخدمات كافة، التي يحتاجها المواطنون، وبجودة مقبولة، ضمن معايير واضحة للجودة.
- إلزاميته للجميع وفق قاعدة التكافل الاجتماعي.
- عمومية التغطية، حيث يغطي النظام المخاطر والتعويضات كافة.
- تغطية الحكومة لمساهمات الفئات غير القادرة على الدفع.
- فرض ضرائب على بعض السلع الكمالية لتلبية احتياجات تمويل نظام التأمين الصحي، وتطوير البنى التحتية اللازمة للنظام الصحي.
- تعزيز التعاون بين القطاعين الحكومي والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات، وتمويل الخدمات الصحية.

إن النموذج الأمثل، من وجهة نظرنا، لفلسطين، هو التأمين الصحي الاجتماعي، الذي يعتمد تجميع المخاطر، إضافة إلى مساهمة الحكومة ضمن نظام ضريبي على سلع كمالية، أو قد تسبب ضرراً على الصحة كالدخان والوقود، وهذا النظام معمول به حالياً في فلسطين، ولكن بشكل مشوه وغير

- وجود فئات عديدة معفاة بقرارات وقوانين من رسوم التأمين الصحي دون توضيح آلية تعويض النظام الصحي أو صندوق التأمين الصحي عن هذه الحالات.
- إن وزارة الصحة هي نفسها التي تدير التأمين الصحي، وفي الوقت نفسه هي نفسها التي تقدم الخدمات الصحية الأساسية للمؤمنين، وبالتالي فإن أي عجز في ميزانيات وزارة الصحة، أو أي خلل في سياساتها، كان ينعكس سلباً على جودة الخدمات المقدمة والوصول إليها.
- إن شراء الخدمات (التحويلات) من القطاع الأهلي والخاص، أو من خارج البلاد، عملية مكلفة، لم تكن مقيدة بأي ضوابط واضحة، وكانت، في كثير من الأحيان، مرتبطة بضغوط سياسية أو مجتمعية.
- إن الانقسام المستمر منذ ثلاثة عشر عاماً، وقرار إعفاء مواطني غزة من الرسوم، قد أثر على قدرات النظام على ضبط الإنفاق، وفي الوقت نفسه حرّمه من عائدات مهمة.
- تحديد الحد الأدنى بـ 40 شيكلاً شهرياً، والحد الأقصى بـ 75 شيكلاً شهرياً، وبأسعار أخرى مثبتة ضمن اتفاقيات بين بعض الجهات ووزارة الصحة ينفي عن هذا النظام صفة تجميع المخاطر، والتكافل الاجتماعي المرغوب، ويتنافى مع نتائج أي دراسة موضوعية حول كلفة الخدمات المقدمة ضمن سلة خدمات التأمين الصحي المعتمدة وفق النظام نفسه المعمول به.

## 7- ما هو نموذج التأمين الصحي الذي يناسب فلسطين؟

كما ذكرنا، تختلف النهج المتبعة إزاء توفير الحماية الصحية الاجتماعية، وبالتالي التغطية الصحية الشاملة، باختلاف البلدان، غير أنّ القاسم المشترك بين جميع البلدان في هذا المجال، كما ذكرنا سابقاً، هو نظام تجميع المخاطر. ويمكن ذلك النظام المواطنين كافة، كل حسب إمكاناته، من تقاسم مخاطر الإصابة بالمرض، واللجوء إلى رعاية مكلفة. ويعني



الفلستينيين داخل الخط الأخضر، تبع ذلك السماح للبلديات وللمؤسسات الخاصة بالالتحاق الطوعي بالتأمين الصحي الحكومي وفق عقود ورسوم محددة مسبقاً، بعد ذلك سمح للأفراد والأسر الانضمام طوعاً لنظام التأمين الصحي وبشكل فردي، من خلال دفع الأقساط المطلوبة. لكن، بسبب عدم متابعة التزام المنتسبين طوعاً بالاستمرار بدفع الرسوم المقررة، واقتصار الاشتراك ودفع الرسوم عند الحاجة للخدمة الطبية فقط، أدى ذلك إلى سوء استخدام نظام التأمين الصحي، والتوسع السخي في سلة الخدمات المقدمة، كما تم فتح الباب على مصراعيه للعلاج خارج مؤسسات وزارة الصحة وخارج البلاد، الأمر الذي أدى إلى نتائج سلبية، بل مدمرة لنظام التأمين الصحي القائم، بحيث أن عائداته لا تتجاوز 10% من التزاماته.

كما إن الخلط بين إنفاق التأمين الصحي على المنتسبين والمنتفعين وبين ميزانية وزارة الصحة وأوجه إنفاقها المختلفة، وإلحاق كل هذه الميزانيات بوزارة المالية دون التقيد في كثير من الأحيان بالميزانيات المقررة، أو في بنودها المحددة، خلق نوعاً من الفوضى والضبابية في تحديد المسؤوليات والمرجعيات في ظل عدم وجود نظام محاسبي قادر على متابعة تنفيذ ميزانية مستقلة للتأمين الصحي، أو أخرى لوزارة الصحة.

إضافة إلى ما سبق، فقد أُعطي الحق لوزير الصحة ولوكيل الوزارة وأحياناً كثيرة لمكتب رئيس الدولة صلاحية التحويل مباشرة إلى خارج مرافق وزارة الصحة، الأمر الذي ضاعف الفوضى الموجودة في النظام، إذا كان من الممكن أن يسمى ما هو قائم نظاماً بعد كل التجاوزات والانحرافات التي اعترته.

كل ذلك أدى إلى أن يصبح نظام التأمين الصحي مفتقراً للعدالة والمساواة، فالموظف الحكومي يقتطع من راتبه نسبة المساهمة في نظام التأمين الصحي إلزاماً، وبمبلغ مقطوع لا يتناسب مع مستوى الدخل، وفي الوقت نفسه فإن كافة العاملين في القطاعات الأخرى يتمكنون من الحصول على

منضبط وغير إلزامي، وبالتالي فإن ما نحتاجه اليوم هو مراجعة النظام الموجود، وتحويله إلى قانون تأمين صحي إلزامي، وتكليف إدارة كفؤة مستقلة لإدارته وفق نظام المؤسسات والهيئات الحكومية، بحيث تتولى هذه الهيئة وضع الأنظمة التفصيلية اللازمة، ومعايير الخدمات المطلوبة من حيث الجودة والكلفة وأسعار الشراء، وتتولى بعد ذلك إدارة هذا الصندوق وشراء الخدمة للمواطنين كافة؛ سواء أكانوا مشتركين أم منتفعين، كما يجب أن تقوم هذه الهيئة أو المؤسسة بعمل التعاقدات المناسبة مع مقدمي الخدمات المختلفين، حكوميين، أو قطاع خاص، أو أهلي، وعقد اتفاقيات تعاون مع المؤسسات الممولة مثل الأونروا وغيرها لتنظيم العلاقة ومنع الازدواجية.

في الوقت نفسه تتحمل الحكومة كلفة تقديم الخدمات الأساسية الواردة في قانون الصحة العامة رقم 20 للعام 2004، وهي خدمات الصحة العامة، والطب الوقائي، وصحة البيئة.

إن المنطلق في اقتراح هذا النموذج يعود لأسباب عدة، من أهمها: إن هذا النموذج متبع جزئياً في نظام التأمين الصحي الحالي الذي هو إلزامي للموظف الحكومي، واختياري لباقي المواطنين والمقيمين في البلاد، إضافة إلى أن إلزامية التأمين ستحقق العدالة بين المواطنين كافة تجاه هذا النظام الاجتماعي الذي يوفر الحق في الصحة بأقل أعباء مادية على الأسر وبدون أن يرهق موازنات الدولة أو يجعلها عالة على المنح والمساعدات الأجنبية، إضافة إلى توفير التمويل الذاتي اللازم لتنمية وتطوير البنى الصحية التحتية، والنهوض بجودة الخدمات الصحية المقدمة، وتطوير القوى البشرية العاملة في القطاع الصحي.

## 8- الخلاصة

تدرجت السلطة الوطنية الفلسطينية في اعتماد نظم للتأمين الصحي عبر العقدين السابقين، فقد قامت، بداية، بإنشاء نظام التأمين الصحي الإلزامي للموظفين الحكوميين وللعمال

تغطية كلفة علاجهم عند دفع رسوم التأمين لمرة واحدة لا تزيد على سنة واحدة أو بوجود واسطة ما، ويحصلون على خدمات طبية موازية لما يحصل عليه من خدمات مريض مضى على التزامه بالنظام ودفع ما عليه من مستحقات لمدة قد تصل إلى ثلاثين عاماً، وربما يحصل غير المشترك إلزامياً بالتأمين الصحي على خدمات طبية أسرع وأفضل، إذا كان يملك واسطة اجتماعية أو سياسية أو فصائلية مناسبة.

لقد أدى عدم إلزامية التأمين الصحي للجميع، وإساءة استعمال النظام الحالي من قبل عدم الملتزمين بالنظام قانوناً، إلى انفلاش كبير في الإنفاق الصحي وفي سلة الخدمات، وتوسع في آليات التحويل إلى خارج مرافق وزارة الصحة وإلى خارج البلاد، بدون ضوابط، وعدم وجود عدالة في توزيع الخدمات الصحية المتاحة، وإلى عجز متواصل ومتكرر في ميزانيات وزارة الصحة، وتكبيها بديون متراكمة تجعل قدرتها التفاوضية على شراء الخدمات ضعيفة، إن لم تكن معدومة، كما تجعل قدرتها على رصد موازنات للتطوير والارتقاء بجودة الخدمات معدومة.

لقد تم قبل أكثر من عام، وبناء على قرار من مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 2019/5/27، تشكيل لجنة صحية وطنية حددت أهداف تشكيلها بمراجعة المنظومة الصحية الحالية، وتقديم التوصيات التطويرية المحددة مع التركيز على العناصر الأساسية التالية: (1) منظومة التأمين الصحي. (2) بروتوكولات التحويلات الطبية. (3) توطين الخدمات الصحية. وقد عقدت اللجنة الوطنية اجتماعات عدة بعد تقسيمها إلى أربع لجان فرعية هي: (1) لجنة التغطية الصحية الشاملة والتأمين الصحي. (2) لجنة جودة الخدمات الصحية. (3) لجنة التحويلات الطبية وشراء الخدمة. (4) لجنة الإسعاف والطوارئ. وقدمت اللجان الفرعية تقاريرها التي تم دمجها في تقرير مشترك قدم مع خطة تنفيذية إلى معالي وزيرة الصحة التي رفعت، بدورها، إلى مجلس الوزراء لمناقشته، واتخاذ القرارات اللازمة. في الوقت نفسه، تمت استضافة وفد من منظمة الصحة العالمية قام بتقديم ورقة

حلل فيها عناصر نظام التأمين الصحي الحالي. بعد ذلك تم عقد ورشة عمل مشتركة قدمت فيها ورقة اللجنة الوطنية وورقة منظمة الصحة العالمية، ودار نقاش تم من خلاله التوافق على مبادئ أساسية عدة، أهمها إلزامية التأمين الصحي، وضرورة وجود هيئة أو مؤسسة لإدارة تمويل مؤسسة التأمين الصحي، وضرورة أن يكون التمويل من اشتراكات المواطنين وفق مبدأ تجميع المخاطر، ومن ضرائب حكومية. بعد ورشة العمل، تم عقد لقاء في مكتب دولة رئيس الوزراء وبحضوره، حيث تم اطلاعه على ما تم التوصل إليه، ومنذ ذلك الحين، وحتى هذا التاريخ، لم يتم اتخاذ إجراءات عملية على الأرض لتنفيذ أو وضع آليات لتنفيذ ما تم التوافق عليه، بمعنى آخر صدور قرارات من مجلس الوزراء على إقرار ما تم الاتفاق عليه، وبعدها صدور مرسوم بشأن التأمين الصحي الإلزامي.

## 9- التوصيات

من أجل التقدم في إنجاز التغطية الصحية الشاملة، وتوفير التمويل اللازم، وإنجاز نظام التأمين الصحي الإلزامي المطلوب، فإننا نقترح ضرورة تشكيل هيئة وطنية للصحة من الخبرات الوطنية كافة، تقوم بوضع الدراسات والخطط التنفيذية للنهوض بالقطاع الصحي، بما يشمل التأمين الصحي، والتحويلات الطبية، وجاهزية المستشفيات والمرافق الصحية الحكومية، لضمان تقديم أفضل الخدمات الصحية، وفق معايير مهنية معروفة للجمهور، ولزيادة فعالية الأداء الطبي والمالي للجهاز.

وتحديداً، فإن من مهام الهيئة الوطنية للصحة المقترحة إنجاز التالي:

1. مراجعة الدراسة التي أعدها الفريق الوطني المشكل وفق قرار مجلس الوزراء بتاريخ 2019/5/27.
2. إنجاز مسودة لقانون التأمين الصحي كأساس لإصدار قانون التأمين الصحي الإلزامي، ووضع الآليات اللازمة لإلزام الجميع بالحصول على تغطية تأمينية

10. إعداد دراسة حول احتياجات دوام العيادات الحكومية ومراكزها الصحية لفترتين على الأقل في بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية المتقدمة (المستويان الثالث والرابع) بدل نظام الفترة الواحدة المعمول به حالياً.
11. تحديد احتياجات اعتماد نظام طبيب الأسرة في العيادات والمراكز الصحية كافة، لتخفيف الضغط على عيادات الاختصاص، وتخفيف الهدر في المال، وتعزيز العلاقة بين الطبيب في أي منطقة والأسر التابعة له. إن اعتماد نظام طبيب الأسرة يقتضي تدريب الأطباء والكوادر التمريضية على مفهوم طب الأسرة، والواجبات التي يفرضها هذا التوجه، وتطوير مهارات هذه الكوادر في العديد من المهارات؛ مثل رعاية الأم والطفل، ومتابعة الحمل وما بعد الولادة، والتوعية والتعامل مع الأمراض المزمنة مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم، والفحص المبكر للسرطان، وغيرها من الأمراض.
12. تحديد احتياجات تحسين ظروف العمل في مراكز وأقسام الطوارئ في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية من حيث التجهيز والكوادر البشرية العاملة.
13. تحديد احتياجات وشكل برامج التعليم الطبي المستمر، ووضع ضوابط ومعايير لإعادة الترخيص لذوي الاختصاص، وبخاصة للأطباء.
14. وضع تصور لتطبيق إلزامية التفريغ للعاملين في القطاع الصحي الحكومي، واحتياجات توفير البدالات المالية اللازمة كبدل للتفريغ الكامل، حيث إن التفريغ يعتبر شرطاً للارتقاء بجودة الخدمات المقدمة للمواطنين.
15. العمل على وضع خطة لتعزيز الثقة بالنظام الصحي الفلسطيني.
- كما استنتجت دراسة أعدها المعهد العام 2020، بأن هناك بعض المتطلبات السياساتية الاقتصادية الإضافية لإنجاح عملية بناء نظام تأمين صحي مستدام، منها:
- تعتمد فعالية وحظوظ نجاح نظام التأمين الصحي على أن يتمتع اقتصاد الدولة بنمو اقتصادي جيد ومستدام، مناسبة، بما في ذلك القطاع غير الرسمي، والحالات الاجتماعية، والعاطلون عن العمل، والمسنون والمسنات.
3. متابعة إنشاء مؤسسة للتأمين الصحي الوطني، مستقلة إدارياً ومالياً، تتولى إدارة أموال التأمين الصحي، وكل تمويل متاح، كما تقوم بشراء الخدمات الصحية المطلوبة من المراكز الصحية والمستشفيات الحكومية وغير الحكومية.
4. وضع صيغ للشراكات أو التعاقدات مع ممولي الخدمات الصحية، ومثالهم وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا).
5. تطوير آليات للاستثمار أكثر في القطاع الصحي، وتطوير المؤسسات الصحية القائمة، وإعادة تأهيلها بما يتناسب مع الحق في الحصول على خدمات صحية جيدة.
6. إجراء دراسات حول كلف الخدمات وتسعيرها لغايات الشراء، والحفاظ على أموال المؤسسة.
7. تقييم قدرة النظام الصحي الفلسطيني على تقديم الخدمات الصحية كافة، ضمن مفهوم توطين الخدمات.
8. إجراء دراسة لتوزيع مراكز الخدمات الصحية؛ سواء للرعاية الصحية الأولية والصحة العامة أو الرعاية الصحية الثانوية والثالثية (المستشفيات العامة والمتخصصة) في المحافظات كافة، وتقييم قدرة المواطنين على الوصول الآمن والسلس لهذه المراكز وفق المعايير الدولية المتوافق عليها، وكذلك تقييم قدرة وكفاءة هذه المراكز على تقديم خدمات عالية الجودة.
9. إجراء دراسات أكثر شمولية للقوى البشرية العاملة في القطاع الصحي الحكومي وغير الحكومي، وتوزيع هذه الكوادر جغرافياً ووفق احتياجات كل منطقة وتجمع سكاني، علماً أن المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة قد قام، مؤخراً، بإطلاق المرصد الفلسطيني للقوى البشرية العاملة في القطاع الصحي الذي من الممكن أن يشكل أداة جيدة قابلة للتطور، للتعرف على القوى البشرية وتوزيعها الجغرافي وكفاءتها وكفايتها.

- من خلال توسيع قاعدة التوظيف (تخفيف البطالة) وتحسين دخول الأفراد من أجل ضمان أن يكون الجزء الأكبر من المستفيدين قادراً على تسديد التزامات التأمين؛ سواء من الاقطاعات المباشرة من الرواتب، أو اشتراكات التأمين.
- ضرورة إحكام الحكومة السيطرة على الحد من توسع القطاع غير الرسمي؛ فكلما زاد انتشار هذا القطاع، قلت قدرة الحكومة على جمع التمويل اللازم لتغطية نفقات الخدمات الصحية المقدمة من خلال التأمين الصحي، ويحد كذلك من قدرتها على توسيع قاعدة المشتركين الملتزمين بتسديد اشتراكاتهم.
- عدم التهاون في تطبيق الإجراءات المتعلقة بفترة سريان التأمين (6 أشهر)، ما سيضمن توسيع قاعدة التأمين الصحي وزيادة الإيرادات. يلزم تطبيق الإجراءات قيام وزارة الصحة بحملة توعية شاملة توضح للمواطنين أهمية هذا القرار.
- زيادة قيمة اشتراكات التأمين الصحي سواء المتعلقة بالخدمات الصحية أو شراء الأدوية على نحو لا يشكل عبئاً على المشتركين.
- تعزيز إيرادات التأمين الصحي من خلال زيادة العائدات الضريبية برفع نسبة الضرائب، على نحو محدود، على عدد من السلع الاستهلاكية. يحتاج هذا الأمر إلى إجراء دراسة لتحديد السلع المستهدفة، وتحديد نوع الضريبة بما يتلاءم مع اتفاقية باريس الاقتصادية، ومستوى الزيادة الضريبية المثلّي التي توازن بين تعزيز الإيرادات الضريبية وتقليل الانعكاسات الاقتصادية الناتجة عن هذه الزيادة. ولا بد من الإشارة إلى أن فرض الزيادة الضريبية على السلع المستهلكة يعتبر خياراً أفضل من فرضها على ضريبة الدخل، أو زيادة الاقطاعات الضريبية من الرواتب. والسبب يتعلق بعدالة توزيع العبء الضريبي في ظل ارتفاع أعداد العاملين في القطاع غير الرسمي.

## المراجع

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. النتائج الأولية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2017.
2. الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان "ديوان المظالم". "مراجعة قانونية لمشروع قانون التأمين الصحي الوطني"، رام الله، آب 2009.
3. قانون الأسرى والمحربين رقم (19) لسنة (2004).
4. وزارة الصحة/مركز المعلومات الصحية الفلسطيني. التقرير الصحي السنوي للعام 2019، رام الله، حزيران 2020.
5. تقرير متابعة التقييم الخاص بالمستشفيات الحكومية ومديريات الرعاية الصحية الأولية في المحافظات الشمالية 2017-2018 الصادر عن دائرة جودة الخدمات الحكومية.
6. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ووزارة الصحة الفلسطينية. الحسابات الصحية الفلسطينية 2000-2018، 2020.
7. أجندة السياسات الوطنية 2017-2022، كانون الأول 2016.
8. منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي. تقرير رصد التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة على المستويين القطري والعالمي، أيار 2014.
9. فتحي أبو مغلي. نحو نظام تأمين صحي شامل 2018. رام الله: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة-أمان".
10. قانون الموازنة العامة للعام 2018.
11. [www.who.int](http://www.who.int)
12. [www.moh.ps](http://www.moh.ps)
13. تقرير التنمية البشرية 2016.
14. الوقائع الفلسطينية، عدد ممتاز، آذار/مارس 2003.
15. ميثاق الشراكة الصحية العالمي للتقدم نحو التغطية الصحية الشاملة (UHC 2030):  
(Global compact for progress towards universal health coverage)
16. قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004.
17. المرصد الوطني الفلسطيني للموارد البشرية الصحية، المعهد الوطني الفلسطيني للصحة العامة.