

نموذج رقم (1)

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

تصميم الكفاءة الحاسوبية لنظام إلكتروني إحصائي في قطاع غزة

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

#### DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification

Student's name:

اسم الطالب: محمود سليم عبد الكريم النجار

Signature:

التوقيع: 

Date:

التاريخ: 2015 - 4 - 18



الجامعة الإسلامية - غزة  
برنامج الماجستير  
كلية التجارة  
قسم المحاسبة والتمويل

## تقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة

Evaluation of the Financial Efficiency of Governmental  
Health Insurance System in Gaza Strip

### إعداد:

الباحث: محمود سليم عبد الكريم النجار

### إشراف:

الأستاذ الدكتور: سالم عبد الله حلس

"قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في المحاسبة والتمويل"

March - 2015



## نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ محمود سليم عبدالكريم النجار لنيل درجة الماجستير في كلية التجارة/ قسم المحاسبة والتمويل وموضوعها:

### تقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم الثلاثاء 04 جمادى الآخر 1436 هـ، الموافق 2015/03/24م الساعة الثانية مساءً بمبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

أ.د. سالم عبد الله حلس	مشرفاً ورئيساً	
أ.د. حمدي شحادة زعرب	مناقشاً داخلياً	
د. جميل حسن النجار	مناقشاً خارجياً	

وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التجارة/ قسم المحاسبة والتمويل.

واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق ،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي و للدراسات العليا

د. فؤاد علي العاجز



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالَتْ رَبِّ أَنَّى يَكُونُ لِي وَلِئِمٍّ بِمَسْئِنِي بِشَرِّ قَالٍ كَمَا كَلَّمَ اللَّهُ بَلْقَ

مَا بِشَرِّ إِكَّا قَضِيٍّ أَمْرًا فَإِنَّمَا يَقُولُ إِلَيْهِ كُنْ فَيَكُونُ (47) وَبِعِلْمِهِ

الْكِتَابِ وَالْحِكْمَةِ وَالنُّورِ وَالْإِنجِيلِ (48) وَرَسُولًا إِلَيْهِ بَنِي إِسْرَائِيلَ أَنَّى

قَالَ لَكُمْ يَا إِبْرَاهِيمُ إِنِّي أَخْلَقْتُ لَكُمْ مِنَ الْبَشَرِ الْكَلْبَ الْكَلْبُ

فَأَنْفَعُ فَبَلِّغْ فَبَلِّغْ كَلْبًا بِأَنَّ اللَّهَ وَاللَّهُ وَالْحِكْمَةُ وَالْإِبْرَاهِيمُ وَالْحَبِيبُ الْمَوْجِدُ

بِأَنَّ اللَّهَ وَاللَّهُ وَالْحِكْمَةُ وَالْإِبْرَاهِيمُ وَالْحَبِيبُ الْمَوْجِدُ

لِلَّيْلِ لَكُمْ إِنْ كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ (49) (آل عمران)

## الإهداء

إلى الشهداء الذين تركوا من خلفهم ذرية ضعافا وسبقونا إلى الرحمن،

إلى الجرحى الذين سبقتهم أجزاءً من أجسادهم إلى الجنان،

إلى أسرانا البواسل في سجون الاحتلال،

إلى كل الضعفاء والشيوخ والأطفال والمبتلين بأمراض هذا الزمان،

إلى الأغنياء وكل ذي مال أو قرار أو سلطان،

إلى والدي ونزوجتي وإخواني وأخواتي وأبنائي وبناتي،

إلى أقاربي وأصدقائي ونرملائي وجيرانني.

الباحث

# الشكر والتقدير

التمت لك أن نجانبنا بالمثل والصلوة والسلام،

ثم التمت لك الخفي فنياً لنا سبل العلم والمعرفة والإسلام،

ثم التمت لك الخفي سحر لنا أسباب النجاة، وفياً في طريق كل من،

المشرف المباشر أ. ط. سالم الحاس، الخفي أتمتته مدني واستفدت منه كثيراً،

المشرفين على البحث والعلين والعلين، الذين استفدت من ملاحظاتهم،

الجامعة الإسلامية والملازمين الذين تعلمت على أيديهم،

وزادة الصلوة التي أتمتت فيها العبرة،

كل من ساعدني بكلمة أو معلومة أو فكرة أو نصيحة،

فإنهم لك جميعاً خير الجنه.

الباحث

## ملخص الدراسة

تُعد الصحة من الحقوق الأساسية التي كفلتها جميع الشرائع والقوانين للإنسان، ويُعد تمويل وتنظيم القطاع الصحي من أهم القضايا لأي حكومة، وتعجز معظم الحكومات في الوصول إلى نظام ذي كفاءة مالية تجارية لوجود شرائح كبيرة غير قادرة على الدفع، وفي قطاع غزة فاقم من الوضع الصحي سوءاً زيادة عدد الإصابات والشرائح غير القادرة على الدفع بسبب العدوان الإسرائيلي المتكرر والحصار المستمر منذ عام 2007م. وتهدف الدراسة لتقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة. وتتمثل منهجية الدراسة في عرض ووصف وتحليل وتفسير تقارير وزارة الصحة الفلسطينية ذات العلاقة وخاصة الإيرادات والمصروفات لسلسلة زمنية وتحديد أهم بنود الإيرادات والمصروفات وإيجاد النسب والعلاقات أفقياً ورأسياً باستخدام برنامج اكسل. وقد أظهرت نتائج الدراسة لعام 2013م أن إيرادات الوزارة تشكل 5% من مجمل النفقات تقريباً، ونسبة إيراد التأمين الصحي 34% من مجمل إيرادات الوزارة، وتوظف الوزارة 65% من وظائف القطاع الصحي مما جعل بند الرواتب يشكل 39% من النفقات، وبلغت التبرعات 86 مليون شيكل، وتشكل التسديدات 51% من المطالبات بينما نسبة الإعفاءات 12%، ويشكل مجموع (الرواتب والأجور، العلاج بالخارج، الأدوية) 88% من المدفوعات الفعلية للوزارة، وتبين وجود فجوة كبيرة بين الموازنة المعتمدة للنفقات والأوامر المالية والمدفوعات الفعلية، وأن وكالة الغوث لا تقوم بدورها في القطاع الصحي بما يتناسب مع نسبة اللاجئين. وبلغت نسبة الإنفاق على الصحة في فلسطين 15% من الناتج المحلي تقريباً. ويعتمد التأمين الصحي في تمويله بصورة أساسية على اشتراكات موظفي الحكومة. ويحدد النظام قيمة قسط التأمين الصحي وسلطة الخدمات الصحية ونسبة مساهمة المؤمن في تكاليف العلاجات المختلفة. وبلغت إعفاءات التأمين الصحي 85 مليون شيكل بينما بلغت إيراداته 10 مليون شيكل (2% من النفقات تقريباً). ومن خلال مناقشة النتائج يتبين أن نظام التأمين الصحي الحكومي لا يتمتع بكفاءة مالية، وأن إنخفاض معدل الأطباء المتخصصين والأجهزة الطبية الحديثة في المؤسسات الصحية الحكومية قد يكون سبباً في ارتفاع تكاليف الأدوية والعلاج بالخارج. وتوصي الدراسة بأنه على وزارة الصحة وأصحاب القرار العمل على تحسين جودة الخدمات الصحية وخفض التكاليف لأدنى حد ممكن، ورفع مستوي الإيرادات والتمويل الخارجي لنتناسب مع حجم النفقات اللازمة، من خلال الإجراءات الفنية والإدارية والمالية والرقابية، للوصول لمستوى كفاءة مالية لنظام التأمين الصحي الحكومي يجعله قادراً على مواجهة التحديات الحالية والمستقبلية. وتقييم وتعديل النظام سنوياً، والاستفادة من تجارب الدول الناجحة والخبراء في المجال الصحي.

الكلمات المفتاحية: تقييم الكفاءة المالية، نظام التأمين الصحي الحكومي، قطاع غزة.

## Abstract

Health is considered as one of the basic human rights which is guaranteed by all religions and laws, also financing and organizing the health sector is considered one of the most important issues for any government, as most governments fail to reach to a system with a commercial financial efficiency due to the presence of large segments who are unable to pay, in Gaza Strip the health status has been worsened because of the increased number of casualties and other segments who are unable to pay because of the frequent Israeli aggression, and continuous blockade since 2007. **This study aims to** evaluate the financial efficiency of the governmental health insurance system in Gaza Strip. **The methodology** of the study represents the presentation, description, analysis and the interpretation of the related Palestinian MOH reports especially the revenues and expenditures of a time series and identifies the most important revenue and expenditure items and finding proportions and relationships horizontally and vertically using the Excel program. **The results** of the study have revealed that the ministry revenue accounts form almost approximately 5% of the total expenditure, and the percentage of the health insurance revenue is 34% of the total ministry revenue, the ministry employs 65% of the functions of the health sector, making the item of salaries constitute 39% of expenses, the amount of donations constituted 86 million NIS, the reimbursements constituted 51% of the claims, while the proportion of exemptions formed 12%, and the sum of (salaries and wages, treatment abroad, drugs) forms 88% of the actual payments to the ministry, showing a large gap between the approved budget expenditures and financial orders and actual payments, and that UNRWA is not doing its role in the health sector in line with the proportion of the refugees. And the proportion of spending on health in Palestine reached almost 15% of GDP. Health insurance funds substantially depend on the contributions of government employees. The system determines the value of the health insurance premiums and a basket of health services and the contribution of the people insured in the costs of various treatments. The amount of health insurance exemptions constituted 85 million NIS, while the amount of revenues formed 10 million NIS (almost 2% of the expenses). Through **the discussion of the results** they showed that the government health insurance system does not have the financial efficiency, and low rate of specialized doctors and modern medical devices in government health institutions could be the reason for the high cost of medicines and treatment abroad. **The study recommends** that the MOH and decision-makers need to improve the quality of health services and reduce costs to the minimum, and raise the level of revenues and external funding to match the size of the necessary expenses, through technical, administrative, financial and regulatory measures, to reach the level of financial efficiency of the system of government health insurance to be able to face current and future challenges. And evaluate and modify the system each year, and benefit from the experience of successful countries and experts in the field of health.

---

**Key words:** Evaluation of the Financial Efficiency, the Government Health Insurance System, Gaza Strip.



# الفهرست

ب.....	الإهداء
ت.....	الشكر والتقدير
ث.....	ملخص الدراسة
ج.....	Abstract
ر.....	قائمة الجداول:
ش.....	قائمة الأشكال البيانية والرسوم التوضيحية:
ص.....	قائمة الاختصارات:
1.....	<b>الفصل الأول: الإطار العام للدراسة</b>
2.....	1.1 مقدمة:
3.....	1.2 مشكلة الدراسة:
4.....	1.3 فرضيات الدراسة:
4.....	1.4 أهداف الدراسة:
5.....	1.5 أهمية الدراسة:
6.....	1.6 منهجية الدراسة:
6.....	1.7 متغيرات الدراسة:
6.....	1.8 الدراسات السابقة:
11.....	1.9 التعليق على الدراسات السابقة:
12.....	<b>الفصل الثاني: الكفاءة المالية وطرق قياسها</b>
13.....	2.1 مقدمة:
13.....	2.2 تعريف الكفاءة المالية:
13.....	2.2.1 تعريف الكفاءة:
14.....	2.2.2 الفرق بين الكفاءة والفاعلية:
15.....	2.2.3 الفرق بين الكفاءة والإنتاجية:
15.....	2.2.4 أنواع الكفاءة:
16.....	2.2.4.1 الكفاءة الانتاجية:
17.....	2.2.4.2 الكفاءة الهيكلية:
17.....	2.2.4.3 كفاءة تخصيص الموارد:
17.....	2.2.4.4 الكفاءة التشغيلية (كفاءة إكس):
18.....	2.2.4.5 الكفاءة النسبية:
18.....	2.3 طرق قياس الكفاءة:

18.....	2.3.1 الطرق التقليدية (التحليل المالي):
19.....	2.3.1.1 أساليب التحليل المالي:
20.....	2.3.1.2 أدوات التحليل المالي:
20.....	2.3.1.2.1 العائد على حقوق الملكية نموذج متكامل لتقييم الأداء:
21.....	2.3.1.2.2 نموذج القيمة الاقتصادية المضافة:
22.....	2.3.2 الطرق الكمية لقياس الكفاءة:
22.....	2.3.2.1 طريقة تحليل البيانات المغلفة (Data Envelopment Analysis):
23.....	2.3.2.2 طريقة حد التكلفة العشوائية (Stochastic Cost Frontier Analysis):
23.....	2.3.2.3 طريقة الحد السميك (Thick Frontier Analysis):
23.....	2.3.2.4 طريقة التوزيع الحر (Distribution Free Analysis):
24.....	<b>2.4 التحليل الإقتصادي الصحي:</b>
24.....	2.4.1 الإقتراضات الخاصة بالرعاية الصحية:
24.....	2.4.2 منافع علم اقتصاديات الصحة:
25.....	2.5 أساليب تقييم الكفاءة في القطاع الصحي:
27.....	<b>الفصل الثالث: التأمين الصحي الحكومي الفلسطيني</b>
28.....	<b>3.1 مقدمة:</b>
28.....	<b>3.2 أنماط النظم الصحية:</b>
30.....	<b>3.3 فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات العلاقة:</b>
31.....	<b>3.4 الجهود والأفكار والتطبيقات الحديثة:</b>
32.....	3.4.1 جهود مسار التغطية الصحية الشاملة:
33.....	3.4.2 فكرة المشتريات الإستراتيجية للمحافظة على التقدم:
33.....	3.4.3 فكرة التحول من البرنامج إلى النظام:
33.....	3.4.4 فكرة تخصيص التأمين الصحي (الخصخصة):
34.....	3.4.5 تجربة استراليا (برنامجي دعم حكوميين):
35.....	3.4.6 فكرة تطبيق برامج استعادة التكلفة:
36.....	3.4.7 فكرة الصناديق الحكومية والإجتماعية للتأمين الصحي:
37.....	3.4.8 فكرة ابتكار وتطوير حلول مستدامة لنظم تمويل الرعاية الصحية:
37.....	<b>3.5 الإستراتيجيات الحالية لوزارة الصحة الفلسطينية:</b>
37.....	3.5.1 الأهداف الاستراتيجية:
38.....	3.5.2 ادارة وتنمية النظام الصحي الوطني:
38.....	3.5.3 تمويل الرعاية الصحية والإدارة المالية:
38.....	3.5.4 إستدامة التمويل الصحي:
39.....	3.5.5 فعالية المعونات:
39.....	3.5.6 واجبات الإدارة الصحية:

40	3.5.7 المخاطر على التنفيذ الناجح للاستراتيجية:
40	3.5.8 ربط الموازنة بالخطة الإستراتيجية الوطنية الصحية وبرامجها:
40	3.5.9 تطبيق نظام تأمين صحي إلزامي:
44	3.6 مراحل تطور التأمين الصحي (في فلسطين):
44	3.7 خدمات التأمين الصحي في فلسطين:
44	3.7.1 مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في فلسطين:
45	3.7.2 تحديات تواجه النظام الصحي:
45	3.7.3 الإطار القانوني للنظام الصحي الحكومي:
45	3.7.4 قانون الصحة العامة:
46	3.7.5 نظام التأمين الصحي الحكومي:
46	3.7.5.1 مظاهر الفساد في القطاع الصحي الفلسطيني:
48	3.7.5.2 العوامل المولدة للفساد في القطاع الصحي الحكومي:
48	3.7.5.2.1 بنية التأمين الصحي الحكومي:
48	3.7.5.2.2 ضعف الشفافية وآليات المحاسبة:
49	3.7.5.2.3 فقر الموارد والضغط الكبير على موارد الجهاز الصحي الحكومي:
49	3.7.6 إجراءات تساعد في تحسين الوضع القائم:
50	3.8 أنواع التأمين الصحي الفلسطيني:
52	3.9 التأمين الصحي في قطاع غزة:
52	3.9.1 وحدة التأمين الصحي في قطاع غزة:
53	3.9.2 أقطار التأمين والمساهمة والخدمات:
53	3.9.2.1 مساهمة المشترك في التأمينات المتعلقة بالنظام الرسمي:
55	3.9.2.2 مساهمة الوزارة في تغطية تكاليف العلاج:
56	3.9.2.3 تخفيض رسوم التأمين لفئات محددة:
56	3.9.2.4 ملف تأمين العمال:
56	3.9.2.5 مصادر التمويل وأوجه الإنفاق لصندوق التأمين الصحي الحكومي:
58	3.9.3 أهداف وحدة التأمين الصحي:
58	3.9.4 أهمية التأمين الصحي:
58	3.9.5 التأمين الصحي الخاص في قطاع غزة:
58	3.9.6 صعوبات وتحديات نظام التأمين الصحي الحكومي:
59	3.9.7 إنجازات وحدة التأمين الصحي:
59	3.9.8 العائلات المؤمنة بالتأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة:
59	3.9.8.1 نسب العائلات المؤمنة الإجمالي:
60	3.9.8.2 مقارنة إجمالي العائلات المؤمنة نهاية 2012، 2013 حسب نوع التأمين:
61	3.9.8.3 العدد التراكمي لبطاقات التأمين المجاني حتى نهاية العام 2013:
62	3.9.8.4 عدد العائلات المؤمنة خلال العام 2013 حسب النظام:
63	3.9.8.5 نسب العائلات المؤمنة خلال العام 2013 حسب نوع التأمين:

63.....	3.9.8.6 مقارنة عدد العائلات الجديدة المؤمنة عام 2013 حسب النظام بعام 2012:
65.....	<b>الفصل الرابع: تحليل إيرادات ومصروفات التأمين الصحي الحكومي</b>
66.....	4.1 مقدمة:
66.....	4.2 عدد السكان الفلسطينيين والمؤشرات المرتبطة بها:
71.....	4.3 المستشفيات في قطاع غزة، 2012:
73.....	4.3.1 الأشعة التشخيصية:
75.....	4.4 مؤشرات المرضى المدخلين لأقسام المبيت في مستشفيات وزارة الصحة:
76.....	4.5 مؤشرات الخدمات المقدمة للمرضى غير المدخلين في المستشفيات:
76.....	4.6 القوى العاملة في القطاع الصحي:
76.....	4.6.1 احصائيات القوى العاملة:
77.....	4.6.2 مؤشرات القوى العاملة:
80.....	4.6.3 مؤشرات القوى العاملة في عيادات وزارة الصحة:
81.....	4.7 إيرادات ونفقات وزارة الصحة في قطاع غزة:
82.....	4.7.1 قيم البنود الرئيسية لإيرادات ونفقات - قطاع غزة 2013:
83.....	4.7.2 الإيرادات النقدية قطاع غزة:
83.....	4.7.2.1 الإيرادات النقدية العامة للوزارة لعام 2013م:
86.....	4.7.2.2 الإيرادات النقدية للإدارة العامة للرعاية الأولية:
88.....	4.7.2.3 الإيرادات النقدية للمستشفيات:
91.....	4.7.2.3.1 إيرادات مستشفيات قطاع غزة حسب الخدمة:
92.....	4.7.2.4 تحليل البنود المالية لإيرادات مراكز وعيادات الرعاية الأولية لعام 2013م:
93.....	4.7.2.5 إيرادات التأمين الصحي:
95.....	4.7.2.6 الإيرادات النقدية الأخرى لوزارة الصحة الفلسطينية قطاع غزة:
96.....	4.7.2.7 ديون وزارة الصحة للعام 2013م قطاع غزة:
97.....	4.7.2.8 التبرعات لصالح وزارة الصحة قطاع غزة 2013م:
97.....	4.7.3 الإنفاق الصحي:
99.....	4.7.3.1 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة:
106.....	4.7.3.2 النفقات التشغيلية لوزارة الصحة قطاع غزة للعام 2013م:
111.....	4.7.3.3 نفقات الإدارة العامة للصيدلة من الأدوية والمهمات المستهلكة 2013م:
112.....	4.7.3.4 نفقات الإدارة العامة للمختبرات على المستشفيات والرعاية أخرى 2013:
113.....	4.7.3.5 النفقات الرأسمالية لوزارة الصحة قطاع غزة للعام 2013م:
114.....	4.7.4 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية لوزارة الصحة (2011-2013):
116.....	4.7.5 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م:
120.....	4.7.6 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:
124.....	4.7.7 المنصرف من المخازن "أدوية ومهمات مستهلكة ومختبرات" قطاع غزة 2013م:

- 127..... 4.7.8 إعفاءات التأمين الصحي: .....
- 128..... 4.7.9 مقارنة الإيرادات والنفقات الصحية للسنوات (2011-2013): .....
- 134..... **الفصل الخامس: النتائج والتوصيات** .....
- 135..... **النتائج والتوصيات:** .....
- 135..... أولاً: النتائج: .....
- 137..... ثانياً: التوصيات: .....
- 139..... **قائمة المراجع:** .....
- 139..... أولاً: المراجع العربية: .....
- 143..... ثانياً: المراجع الأجنبية: .....
- 144..... ثالثاً: مواقع الشبكة العنكبوتية (الانترنت): .....
- 146..... **الملاحق** .....
- ملحق رقم (1) التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مزودي الخدمات الصحية ووظائف الرعاية الصحية لعامي 2009، 2010 بالأسعار الجارية: (بعد المعالجة)..... 147
- ملحق رقم (2) التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مصادر التمويل ووظائف الرعاية الصحية لعامي 2009، 2010 بالأسعار الجارية: (بعد المعالجة)..... 148
- ملحق رقم (3) توزيع إيرادات المستشفيات حسب الخدمة: .....
- ملحق رقم (4) الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:..... 149
- ملحق رقم (5) الفرق بين الموازنة المعتمدة وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:..... 149
- ملحق رقم (6) الفرق بين الأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:..... 150
- ملحق رقم (7) النسب بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2013م:..... 150
- ملحق رقم (8) توزيع الإيرادات على الخدمة المقدمة لكل مركز من مراكز وعيادات الرعاية الأولية عام 2013م:..... 151
- ملحق رقم (9) خارطة الانتشار المكاني للمستشفيات في قطاع غزة: .....
- ملحق رقم (10) خارطة الانتشار المكاني للمراكز الصحية في قطاع غزة: .....
- ملحق رقم (11) خارطة توزيع أعداد المواليد حسب المحافظة في قطاع غزة (2012-2013):..... 154
- ملحق رقم (12) خارطة توزيع أعداد السكان حسب المحافظة في قطاع غزة 2013:..... 155

#### قائمة الجداول:

- جدول 1 مكاتب وفروع وحدة التأمين الصحي بقطاع غزة: .....
- جدول 2 نسبة التغير في إجمالي عدد العائلات المؤمنة حسب نوع التأمين (2012، 2013): .....
- جدول 3 العدد التراكمي لبطاقات التأمين المجاني حتى نهاية العام 2013: .....
- جدول 4 مقارنة عدد العائلات الجديدة المؤمنة حسب النظام خلال عام 2012، 2013: .....
- جدول 5 عدد السكان الفلسطينيين في العالم حسب دولة الإقامة: .....

- جدول 6 توزيع السكان في محافظات قطاع غزة 2013:..... 68
- جدول 7 مؤشرات المستشفيات والأسرة للسكان في قطاع غزة 2013:..... 68
- جدول 8 معدل توزيع المستشفيات، والأسرة لمحافظة قطاع غزة 2013:..... 69
- جدول 9 فروقات توزيع معدل المستشفيات والأسرة عن المتوسط لمحافظة قطاع غزة 2013:..... 69
- جدول 10 مؤشرات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة:..... 70
- جدول 11 مؤشرات صحة المرأة للسكان في قطاع غزة:..... 70
- جدول 12 معدل توزيع المستشفيات، والأسرة لمحافظة قطاع غزة 2012:..... 72
- جدول 13 فرق توزيع معدل المستشفيات والأسرة عن المتوسط المرجح، لمحافظة قطاع غزة 2012:..... 72
- جدول 14 المؤشرات الخاصة بمستشفيات وزارة الصحة، فلسطين، للأعوام (2009-2012):..... 73
- جدول 15 المعادلات الخطية وقيمة R<sup>2</sup> للمؤشرات الخاصة بمستشفيات وزارة الصحة، فلسطين، (2009-2012):..... 73
- جدول 16 أعلى عشر أمراض من حيث عدد حالات شراء الخدمة والتكلفة بالشيك، فلسطين، 2012:..... 74
- جدول 17 توزيع الولادات حسب نوع الولادة في مستشفيات وزارة الصحة، 2012:..... 76
- جدول 18 توزيع القوى العاملة في القطاع الصحي حسب جهة العمل والتخصص، 2013:..... 77
- جدول 19 معدل القوى العاملة في القطاع الصحي حسب التخصص بالنسبة للسكان والأسرة 2013:..... 77
- جدول 20 توزيع تخصصات القوى العاملة بوزارة الصحة حسب جهة العمل والتخصص 2013:..... 78
- جدول 21 مؤشرات القوى العاملة في مستشفيات وزارة الصحة:..... 79
- جدول 22 فرق مؤشرات القوى العاملة بين مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة 2013:..... 80
- جدول 23 معدل القوى العاملة في عيادات وزارة الصحة حسب التخصص بالنسبة للسكان:..... 80
- جدول 24 مؤشرات عامة في الأراضي الفلسطينية لعامي 2009، 2010:..... 81
- جدول 25 قيم البنود الرئيسية لإيرادات ونفقات - قطاع غزة 2013:..... 82
- جدول 26 توزيع إجمالي إيرادات وزارة الصحة لعام (2011، 2012، 2013):..... 83
- جدول 27 معادلات خط الإنحدار وقيم R<sup>2</sup> لمقارنة القيم مع النسبة لكل مصدر إيراد (2011-2013):..... 84
- جدول 28 ملخص علاقة بنود إجمالي إيرادات وزارة الصحة مع الزمن (2011-2013):..... 85
- جدول 29 إيرادات الإدارة العامة للرعاية الأولية:..... 86
- جدول 30 معادلات خط الإنحدار وقيم R<sup>2</sup> لمقارنة القيم مع النسبة من المساهمة لكل إيراد رعاية أولية (2011-2013):..... 86
- جدول 31 ملخص علاقة بنود إيرادات الإدارة العامة للرعاية الأولية مع الزمن:..... 86
- جدول 32 توزيع إيرادات الرعاية الصحية الأولية حسب الخدمات:..... 87
- جدول 33 معادلات خط الإنحدار وقيم R<sup>2</sup> لمقارنة القيم مع النسب لإيراد الرعاية الأولية حسب الخدمات:..... 88
- جدول 34 ملخص علاقة بنود إيرادات الرعاية الصحية الأولية حسب الخدمات مع الزمن:..... 88
- جدول 35 توزيع إيرادات المستشفيات حسب المستشفى مقارن مع عامي 2011، 2012:..... 89
- جدول 36 معادلات خط الإنحدار وقيم R<sup>2</sup> لمقارنة القيم مع النسب لإيراد المستشفيات حسب المستشفى:..... 89
- جدول 37 ملخص علاقة بنود إيرادات المستشفيات حسب المستشفى مع الزمن (2011-2013):..... 90
- جدول 38 توزيع إيرادات المستشفيات حسب الخدمة:..... 91
- جدول 39 العلاقة بين نسبة الإيرادات ونسبة القوى العاملة للمستشفيات الحكومية بقطاع غزة:..... 92
- جدول 40 إيرادات التأمين الصحي الربعية قطاع غزة 2013:..... 93
- جدول 41 توزيع الإيرادات النقدية الأخرى لوزارة الصحة (2011-2013) قطاع غزة:..... 95
- جدول 42 معادلات خط الإنحدار وقيم R<sup>2</sup> للإيرادات النقدية الأخرى لوزارة الصحة (2011-2013):..... 95
- جدول 43 الديون غير المسددة لوزارة الصحة خلال العام 2013م قطاع غزة:..... 96

- جدول 44 نسب التسديدات والغير مسدد والإعفاءات من المطالبات 2013:.....96
- جدول 45 التبرعات لصالح وزارة الصحة قطاع غزة لعام 2013 بالشيكال:.....97
- جدول 46 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مصادر التمويل (2009، 2010):.....99
- جدول 47 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* حسب مزودي الخدمات الصحية (2009، 2010):.....100
- جدول 48 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* حسب وظائف الرعاية الصحية (2009، 2010):.....101
- جدول 49 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مزودي الخدمات الصحية ومصادر التمويل (2009، 2010) بالأسعار الجارية:.....102
- جدول 50 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مزودي الخدمات الصحية ووظائف الرعاية الصحية (2009، 2010) بالأسعار الجارية:.....104
- جدول 51 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مصادر التمويل ووظائف الرعاية الصحية (2009، 2010) بالأسعار الجارية:.....105
- جدول 52 ملخص لأكثر ثلاث قيم جوهرية من بنود الأبعاد الثلاثة للإنفاق الصحي (2009، 2010):.....106
- جدول 53 توزيع المدفوعات الفعلية لوزارة الصحة حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية (2011-2013):.....106
- جدول 54 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  للمدفوعات الفعلية لوزارة الصحة حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية (2011-2013) مقارنة القيم بالنسب:.....108
- جدول 55 ملخص علاقة المدفوعات الفعلية لوزارة الصحة حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية مع الزمن (2011-2013):.....109
- جدول 56 المنصرف من الأدوية إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى:.....111
- جدول 57 المنصرف من المهمات الطبية إلى المستشفيات والرعاية الأولية وأخرى:.....112
- جدول 58 المنصرف من المختبرات إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى:.....112
- جدول 59 النفقات الرأسمالية لوزارة الصحة للعام 2013 بالشيكال:.....113
- جدول 60 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  للموازنة المعتمدة (2011-2013):.....114
- جدول 61 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  للأوامر المالية (2011-2013):.....115
- جدول 62 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  للفرق بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية (2011-2013):.....115
- جدول 63 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2012م:.....116
- جدول 64 الفرق بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م:.....118
- جدول 65 تحليل النسب للموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2012م:.....119
- جدول 66 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:.....120
- جدول 67 الفرق بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:.....122
- جدول 68 تحليل النسب للموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2013م:.....123
- جدول 69 المنصرف من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات كلاً من مخازنها 2013م:.....124
- جدول 70 المنصرف من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات وعلاقته بالموازنة المعتمدة لكل بند، قطاع غزة 2013م:.....125
- جدول 71 جدول لمقارنة الإيرادات والمصروفات للسنوات (2011-2013): قطاع غزة.....128
- جدول 72 مقارنة معادلة خط الإنحدار وقيمة  $R^2$  للإيرادات والمصروفات (2011-2013): قطاع غزة.....130

## قائمة الأشكال البيانية والرسوم التوضيحية:

- شكل رقم 1 تقنية الموازنة بين الكفاءة والفاعلية: 15.....
- شكل رقم 2 عملية بناء القدرات المنظمة: 39.....
- شكل رقم 3 مصادر تمويل التأمين الصحي الحكومي: 56.....
- شكل رقم 4 أوجه الإنفاق على التأمين الصحي الحكومي: 57.....
- شكل رقم 5 نسب العائلات المؤمنة الإجمالي حتى نهاية عام 2013 حسب نظام التأمين: 59.....
- شكل رقم 6 نسب العائلات المؤمنة الإجمالي حتى نهاية عام 2013 حسب نوع التأمين: 60.....
- شكل رقم 7 عدد العائلات المؤمنة خلال الفترة (2007-2013) حسب النظام: 62.....
- شكل رقم 8 معادلة خط الانحدار وقيمة  $R^2$  لعدد العائلات المؤمنة (2007-2013) حسب النظام: 62.....
- شكل رقم 9 نسب العائلات المؤمنة خلال العام 2013 حسب نوع التأمين: 63.....
- شكل رقم 10 معدل المستشفيات، ومعدل الأسرة للسكان، حسب المحافظة، 2012: 71.....
- شكل رقم 11 نسب البنود الرئيسية: 82.....
- شكل رقم 12 توزيع نسبة الإيرادات العامة لوزارة الصحة (%): 83.....
- شكل رقم 13 البنود المالية لإيرادات مراكز وعيادات الرعاية الأولية خلال العام 2013م: 92.....
- شكل رقم 14 نسب إيرادات التأمين الصحي الربعية للعام 2013م قطاع غزة: 94.....
- شكل رقم 15 إيرادات التأمين الصحي (2008 – 2013) قطاع غزة (بالمليون شيكل): 94.....
- شكل رقم 16 معادلة خط الانحدار وقيمة  $R^2$  لإيرادات التأمين الصحي (2008 – 2013) قطاع غزة (بالمليون شيكل): 95.....
- شكل رقم 17 الإتجاه العام للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية للأعوام (2000-2010): 97.....
- شكل رقم 18 الإنفاق الصحي والنتائج المحلي ونسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي والأسعار الجارية في الأراضي الفلسطينية للأعوام (2000-2010): 98.....
- شكل رقم 19 نسب المنصرف من الأدوية إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى: 111.....
- شكل رقم 20 المنصرف من المهمات الطبية إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى: 112.....
- شكل رقم 21 المنصرف من المختبرات إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى: 113.....
- شكل رقم 22 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م: 117.....
- شكل رقم 23 الفرق بين الموازنة المعتمدة وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م: 118.....
- شكل رقم 24 الفرق بين الأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م: 119.....
- شكل رقم 25 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م: 121.....
- شكل رقم 26 نسب المنصرف من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات 2013م: 125.....
- شكل رقم 27 نسب المنصرف من الأدوية حسب المخزن، قطاع غزة 2013م: 125.....
- شكل رقم 28 نسب المنصرف من المهمات المستهلكة حسب المخزن، قطاع غزة 2013م: 126.....
- شكل رقم 29 نسب المنصرف من المختبرات حسب المخزن، قطاع غزة 2013م: 126.....
- شكل رقم 30 إعفاءات وزارة الصحة عن أقساط التأمين الصحي (2008 – 2013) (بالمليون شيكل): 127.....
- شكل رقم 31 معادلة خط الانحدار وقيمة  $R^2$  لإعفاءات وزارة الصحة عن أقساط التأمين (2008-2013) بالمليون شيكل: 127.....



قائمة الاختصارات:

المعنى باللغة الانجليزية	المعنى	الاختصار
Data Envelopment Analysis	تحليل البيانات المغلفة	DEA
Economic Value Added	القيمة الاقتصادية المضافة	EVA
Financial Lever Might	قدرة الرافعة المالية	FLM
Gross Domestic Product	الناتج المحلي الإجمالي	GDP
Internal Classification of Health Accounting	نظام الحسابات الصحية الوطنية عام 2000	ICHA
Ministry of Health	وزارة الصحة الفلسطينية	MOH
New Israel Shekel	عملة الشيكل الاسرائيلي	NIS
Net Operational Profit After Tax	الربح التشغيلي الصافي بعد الضريبة	NOPAT
Organization Economic Cooperation & Development	منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية	OECD
Pharmaceutical Benefits Scheme	نظام الإعانات الصيدلانية	PBS
Palestinian Health Information Center	مركز المعلومات الصحية الفلسطيني	PHIC
Profit Margin	هامش الربح	PM
Return on Assets	مؤشر العائد على الأصول	ROA
Return on Equity	العائد على حقوق الملكية "تموج دوبونت المعدل"	ROE
Stochastic Cost Frontier Analysis	تحليل حد التكلفة العشوائية	SFA
System of Nationality Accounting	نظام الحسابات القومية 93	SNA 93
Total Assets Turnover	معدل دوران الأصول "منفعة الأصول"	TAT
Thick Frontier Analysis	تحليل الحد السميك	TFA
United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees	منظمة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين	UNRWA

# **الفصل الأول: الإطار العام للدراسة**

## 1.1 مقدمة:

تواجه المنظمات الحكومية جملة من التغيرات والتحديات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والتقنية والثقافية، مما يحتم على هذه المنظمات مواجهة هذه التحديات من خلال اتخاذ الترتيبات اللازمة الآخذة بمفاهيم الإدارة الحديثة التي تمكنها من تحقيق أهدافها بكفاءة وفاعلية. ويصاحب هذه التغيرات والتحديات المطالبة بتجديد أساليب الإدارة العامة، وتبني إستراتيجيات ومداخل مختلفة ترفع من مستوى أداء الأجهزة الحكومية الخدمية من خلال التعامل الإيجابي مع التحديات والتحولات البيئية، وترشيد الإنفاق، وسرعة الإنجاز، وتبسيط الإجراءات، ذلك الأمر الذي يتناسب مع المدخل الشمولي للتطوير الإداري من خلال استثمار مواردها بكفاءة والتحسين المستمر لجودة خدماتها وزيادة رضا عملائها. وفي ظل هذه التغيرات والتحولات تظهر الحاجة إلى قياس الأداء المؤسسي لهذه المنظمات بصورة دورية بهدف رفع مستواها وتحسينها. وتشير إحدى الدراسات إلى أن تحسين الأداء وتجديد وتطوير المنظمة لم يعد أمراً اختيارياً تلجأ إليه الإدارة أو تتصرف عنه باختيارها، ولكن أصبح ضرورة لبقائها (السلمي، 2001م). وتواجه المنظمات الحكومية الخدمية والتي من بينها القطاعات الصحية في العديد من البلدان في الوقت الحاضر قيوداً كبيرة على الموارد المخصصة لها، ومن ثم ينبغي على هذه المنظمات استثمار مواردها بكفاءة وفاعلية لتلبية إحتياجات المستفيدين المتغيرة والمتزايدة. ويقتضي الإستخدام الأمثل لهذه الموارد توافر البيانات الواضحة والدقيقة حول تدفق الموارد وأثرها في نوعية الخدمات الصحية وأدائها (ريز وباركر، 1995، ص5).

ولتطوير نظام التمويل الصحي والإدارة المالية تسعى وزارة الصحة الفلسطينية إلى بناء نظام تأمين صحي شامل متكامل يساهم في تحسين وتطوير الوضع الصحي الفلسطيني وذلك من خلال تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية. (وزارة الصحة، 2012).

ومن الملاحظ في التقارير التي تصدرها وزارة الصحة وما تتكبد من تكاليف عالية على الخدمات الصحية من جهة، وآراء المواطنين الذين يتلقون الخدمة الصحية من جهة أخرى وجود فجوة بين المواطنين والوزارة فالمواطنون يشكون غالباً من نظام التأمين الصحي، هذه الفجوة تمثل مشكلة قد يكون سببها خلل في الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة، وهي بحاجة إلى إيضاح وتفسير وتعديل، للوصول إلى مستوى كفاءة مالية أفضل من الحالية، بما يحقق العدالة في توزيع التكاليف على منلقي الخدمة، وتحديد دور الدولة والمواطن في تمويل القطاع الصحي، باستخدام الأساليب الحديثة في قياس الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي.

لذا تسعى هذه الدراسة إلى تقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة، من خلال تحليل النظام بالطرق الحديثة، للتوصل إلى رؤية واضحة عن الوضع القائم والوصول إلى التوصيات اللازمة لتحسينه، علماً نصل إلى نظام يحظى بقبول متلقى الخدمة وفي متطلبات تمويل القطاع الصحي الحكومي.

## 1.2 مشكلة الدراسة:

يُعد التأمين الصحي أهم فروع التأمين الاجتماعي، حيث يعنى بخطر المرض وهو خطر واسع الانتشار ويصيب الإنسان بصورة عامة بغض النظر عن كونه من العاملين أو من غير العاملين، وعلى الرغم من أن الدولة مسؤولة عن تقديم العلاج بصورة مجانية، استناداً إلى حقوق المواطنة، إلا أن ارتفاع تكلفة العلاج يجعل الدولة غير قادرة على توفيره بصورة شاملة عبر مستشفياتها ومراكزها العلاجية. والتأمين الصحي كمنظومة شأنه شأن التأمين الاجتماعي يقوم على نظرية الأعداد الكبيرة في الاشتراك وفسلفة التكافل الاجتماعي في تحمل نفقاته، واعتماده على التمويل الذاتي من اشتراكات المشتركين، مقابل تقديم الخدمات الصحية لهم ولعائلاتهم (نصر، 2007: ص7).

وتعمل معظم الحكومات على تقييم أداء أجهزتها الخدمية سواء أكان ذلك بالتأكد من أن الخدمات المقدمة قد وصلت فعلياً إلى محتاجيها، وأن معظم المستفيدين قد تلقوا الخدمات الضرورية بحالة وسعر مناسبين، إضافة إلى ذلك حاجة الحكومات لمعرفة إذا كانت سياساتهم حيال أداء هذه الخدمات فعالة ويتم تطبيقها بكفاءة أم لا. وحيث إن الخدمات الصحية تقدم لأفراد المجتمع من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، فإن تقييم أداء هذه المراكز والمستشفيات يعد من الضروريات اللازمة للتعرف على مواطن الضعف فيها والعمل على تحسين جودة الخدمات مقارنة بالرسوم المدفوعة من خلال الاشتراك في نظام التأمين الصحي الحكومي.

ويحتل قطاع الخدمات الصحية في فلسطين عامة وفي قطاع غزة خاصة موقعاً مهماً وضرورياً بين باقي القطاعات الخدمية الأخرى نظراً للأهمية التي تفرضها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع لاتصالها المباشر بصحة أفراد المجتمع وحياتهم. ويعد توفير الرعاية الصحية أحد الخدمات التي تحظى بعناية كبيرة من الحكومة الفلسطينية انطلاقاً من أهمية تحسين الحالة الصحية للفرد والجماعة، لما لذلك من أهمية في دعم مسيرة التنمية والاصلاح. وعلى الرغم من الجهود الحثيثة لتطوير القطاع الصحي، إلا أن معظم الدلائل والدراسات تشير إلى أنه لا يزال بعيداً عن تحقيق تطلعات القائمين عليه والمجتمع بشكل عام لتدني مستويات الأداء فيه. لذلك لن

تتحقق فعالية هذا القطاع إلا بتجديد الاهتمام به وتطوير أدائه وتعزيز إمكاناته، وتحديث الآليات التي يعمل بها.

وحيث إن نظام التأمين الصحي يتلقى واردات من الفئات المختلفة ويدفع مقابل ذلك قيمة الخدمات التي تتلقاها تلك الفئات، فهل يحظى هذا النظام بكفاءة مالية؟ وإن كان كذلك، فلماذا يعاني القطاع الصحي من ضعف؟ ولماذا يعزف المواطنون عن هذا النظام ويذهبون للعيادات والمستشفيات الخاصة؟ لعل وجود ثغرة أو أكثر في كفاءة النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي أدت لظهور هذه الفجوة وهذا الخلل، وتعالج هذه الدراسة تحليل النظام وتقييم كفاءته لتحديد الثغرات ومواطن الضعف والخلل، ومن ثم وضع التوصيات اللازمة لعلاجها.

وبالتالي فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما مستوى الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة؟ وما أهم الاقتراحات التي من شأنها معالجة أوجه القصور في هذا النظام؟

ومنه يمكن طرح التساؤلات التالية:

هل بنود الإيرادات أم بنود النفقات أم كلاهما يؤثر على كفاءة النظام؟ وهل يوجد عوامل أخرى تؤثر على كفاءة النظام؟ وما هي أهم البنود التي تؤثر على كفاءة النظام؟ وما هي التوصيات اللازمة لتحسين الوضع الحالي؟ وهل يوجد مستوى كفاءة أمثل يمكن القياس عليه؟

### 1.3 فرضيات الدراسة:

- يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مستوى الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة، وبين الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي الأمثل.
- يوجد عنصر أو أكثر في إيرادات النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي تؤثر على الكفاءة المالية.
- يوجد عنصر أو أكثر في نفقات النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي تؤثر على الكفاءة المالية.

### 1.4 أهداف الدراسة:

يهدف هذا البحث إلى استخدام الأساليب والمؤشرات اللازمة والمناسبة لتحليل النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة وتقييم الكفاءة المالية للنظام، وذلك للإسهام في تحديد ما يلي:

- مواطن القوة في نظام التأمين الصحي الحكومي والتي تؤثر إيجاباً على الكفاءة المالية للنظام.
- مواطن الضعف في نظام التأمين الصحي الحكومي والتي تؤثر سلباً على الكفاءة المالية للنظام.
- التعديلات اللازمة للقيم والنسب والمؤشرات، التي تؤدي إلى رفع مستوى الكفاءة المالية للنظام.

## 1.5 أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تناولته فالخدمات الصحية تحظى باهتمام الدول والجماعات والمؤسسات والأفراد وهذا ينطبق على جميع فئات المجتمع الفلسطيني سواء مقدم الخدمة أو متلقي الخدمة، وإن التأمين الصحي جزء لا يتجزأ من منظومة التشريعات الصحية في فلسطين، يستقي أهميته من كونه أحد أهم آليات إيصال خدمة الرعاية الصحية، ووسيلة رئيسة في تغطية تكاليف الرعاية الصحية، وبالتالي فإن إصلاح التشريعات الصحية يرتبط بجودة وفاعلية نظم التأمين الصحي الموجودة.

والتأمين الصحي اليوم يمكن أن يسهم في رفع الكفاءة والجودة في قطاع الطب والعلاج، ويمكن أن يوفر رؤوس أموال للمستشفيات والبرامج الصحية وشراء الأجهزة ودعم الأبحاث وتقديم أجور عالية لاستقطاب الكوادر الصحية والفنية الماهرة، كما هو واضح من تجارب الدول الصناعية المتقدمة التي سبقتنا طبيياً وبعده مراحل، ويعود سبب ذلك إلى دخولهم سوق وصناعة التأمين الصحي مبكراً منذ القرون الوسطى. (نصر، 2007م:8)

من هنا تأتي أهمية البحث عن بدائل وأنظمة للتأمين الصحي الحكومي تتمتع بكفاءة مالية وتتناسب مع الوضع الاقتصادي والسياسي الراهن للوصول إلى إرضاء فئات المجتمع المختلفة وتوزيع التكاليف بعدالة بنظرة اقتصادية مع عدم إغفال تغطية الجوانب الإنسانية لبعض الفئات غير القادرة على الدفع.

وحيث إن الدراسات السابقة ركزت بعضها على التكاليف فقط، وبعضها على جودة الخدمة، وبعضها على مشفى واحد فقط، فنتبع أهمية هذه الدراسة من نظرتها الشمولية لنظام التأمين الصحي الحكومي وتقييم كفاءته وتحليل عناصره أفقياً ورأسياً بالقيم والنسب والمؤشرات اللازمة لتحديد عناصر القوة والضعف فيه، اعتماداً على التقارير الرسمية الواقعية لسلسلة زمنية وخاصة الثلاث سنوات الأخيرة (2011، 2012، 2013).

## 1.6 منهجية الدراسة:

أولاً: المنهج المستخدم:

تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لواقع التقارير الفعلية، والاستنباطي من خلال ربط التقارير المختلفة ومؤشراتها ونسبها للاستفادة منها في وضع التوصيات اللازمة لتحسين الكفاءة المالية.

ثانياً: طرق جمع البيانات وأساليب تحليلها:

- أسلوب الدراسة المكتبية: من خلال الاطلاع على المراجع والدراسات والدوريات والشبكة العنكبوتية (الانترنت) المتعلقة بموضوع البحث لتغطية الجانب النظري.
- أسلوب الدراسة التطبيقية: من خلال تطبيق أساليب كمية ومؤشرات حديثة للتعرف على الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي باستخدام السلاسل الزمنية لمدخلات ومخرجات وتقارير هذا النظام.

وتم الاعتماد هنا على البيانات والتقارير المالية لعدة سنوات وبخاصة (2011، 2012، 2013)، والتي تشمل الإيرادات والمصروفات والتقارير الخاصة بالتأمين الصحي الحكومي.

## 1.7 متغيرات الدراسة:

- المتغيرات المستقلة: بنود الإيرادات والمصروفات لنظام التأمين الصحي الحكومي.
- المتغير التابع: الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي

## 1.8 الدراسات السابقة:

1. (الهبيل، 2013م) بعنوان: "قياس الكفاءة المصرفية باستخدام نموذج حد التكلفة العشوائية SFA - دراسة تطبيقية على المصارف العاملة في فلسطين":

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تمتع المصارف المحلية الفلسطينية بالكفاءة المصرفية، وقد استخدمت منهج التحليل القياسي بتحليل نموذج حد التكلفة العشوائية SFA كنموذج كمي، حيث قدرت دالة التكاليف اللوغاريتمية المتسامية بهدف قياس مرونة الإحلال، ومرونة الطلب السعرية لمدخلات المصارف، ووفورات الحجم والنطاق، واستخدمت برنامج Frontier4.1 لقياس الكفاءة التشغيلية لعينة الدراسة المكونة من سبعة مصارف، وجمعت بيانات متغيرات الدراسة من التقارير السنوية للمصارف للفترة (2006 - 2011). وخلصت الدراسة إلى أن عينة المصارف تتمتع بالكفاءة من حيث إمكانية الإحلال بين المدخلات، بينما لا تتمتع بالقدرة على التحكم في التكاليف (حققت مرونة طلب سعرية في رأس المال النقدي، بينما لم تحققها في كل من العمل ورأس المال الثابت)، كما أنه لم تحقق وفورات حجم ولا وفورات نطاق، أما نتائج

الكفاءة التشغيلية أظهرت تحقق مستوى جيد من الكفاءة التقنية، لكنها تعاني من ضعف الكفاءة التخصصية وبالتالي كفاءة التكاليف.

وأوصت الدراسة بالعمل على رفع كفاءة المصارف الفلسطينية المحلية من خلال:

- الإرتقاء بكفاءة العنصر البشري، وتحديث المصارف.
- دراسة امكانية اندماج المصارف لتقوية مراكزها المالية.
- تقديم خدمات مصرفية مستحدثة، والمزج بين المدخلات بشكل أفضل.

2. (ابو بكر، 2010م) بعنوان: "تمودج كمي لمحددات الكفاءة المالية في التأمين على الحياة:

دراسة تطبيقية على شركات التأمين المصرية":

هدفت إلى دراسة العوامل المؤثرة على الكفاءة المالية في التأمين على الحياة باستخدام التحليل الاحصائي لتقييم الأداء المالي في شركات التأمين، مع محاولة ايجاد التأثير النهائي للمتغيرات المستخدمة في التحليل على الكفاءة المالية، وعمل بعض المقارنات بين شركات التأمين (القطاع العام، القطاع الخاص) اعتماداً على بيانات الشركات العاملة في السوق المصري، واعتمدت الدراسة على أسلوب التحليل العاملي وأسلوب الانحدار المتعدد، حيث الربحية (تابع) وعناصر قائمة الإيرادات والمصروفات (متغيرات مستقلة). وقد كانت أهم نتائج الدراسة ما يلي:

- معظم الشركات تحقق عجز، وقد إنعكس ذلك على القطاع العام والخاص والسوق ككل.
- يوجد حاجة ماسة لدراسة العوامل المؤثرة على الكفاءة المالية في شركات التأمين باستخدام الأساليب الإحصائية لقلّة الدراسات، وضرورة إيجاد نماذج ملائمة لتقييم الأداء المالي.
- أهم أسباب العجز: معدلات العمولات، وتكاليف الإنتاج، والمصروفات الإدارية والعمومية.
- أظهر التحليل العاملي للمتغيرات المؤثرة على الكفاءة المالية: أن متغيرات الجانب الدائن وضعت في مجموعة واحدة ففسرت نسبة عالية من التباين في القطاع العام والخاص والإجمالي، وذلك ينطبق على الجانب المدين.
- يوجد عوامل تؤثر على الكفاءة المالية (الربحية) في شركات التأمين على الحياة للقطاع العام ولا تؤثر عليها في القطاع الخاص، مثل: العمولات وتكاليف الإنتاج، والمصروفات الإدارية والعمومية، والمخصصات غير الفنية.
- يوجد عوامل تؤثر على الكفاءة المالية (الربحية) في شركات التأمين على الحياة للقطاع العام والقطاع الخاص، وتتمثل في الأقساط المكتسبة، التعويضات التحميلية، صافي الدخل من الاستثمار، عمولات إعادة التأمين الصادر.

3. (ابو بكر، 2010م) بعنوان: "تمودج رياضي لتقدير اشتراكات نظام التأمينات الاجتماعية

في مصر في ظل معدل العائد على الاستثمار والتضخم":



هدفت الدراسة إلى استخدام نموذج رياضي لتقدير اشتراكات تأمين الشيخوخة والعجز والوفاء في ظل معدلات مختلفة من العائد على الاستثمار والتضخم.

وتوصلت الدراسة إلى أهمية معدل العائد على استثمار أموال التأمينات الإجتماعية وتأثيره في كل من الاشتراكات والمزايا الممنوحة، ففي ظل الإستثمار الجيد لأموال التأمينات الإجتماعية قد يكون هناك حافز لتخفيض معدل الإشتراكات أو زيادة المزايا الممنوحة أو الإثنين معاً دون زيادة الأعباء على الموازنة العامة للدولة، وحصرت الدراسة أساليب تمويل نظم التأمينات الإجتماعية في أسلوبين هما: (أسلوب الموازنة، وأسلوب التمويل الكامل)، وأفادت أن نظام التأمينات الإجتماعية المصري يتبع أسلوب التمويل الكامل.

كما قسمت نظم التأمينات الإجتماعية وفقاً للأساس المستخدم في تحديد الإشتراكات والمزايا إلى قسمين أساسيين هما: (نظم الإشتراكات المحددة، نظم المزايا المحددة)، وأفادت أنها في مصر تتبع النظام الأول حيث يتم تقدير المزايا التأمينية وفقاً لإشتراكات يتم تحديدها وتحصيلها مسبقاً. وخلصت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- تقوم نظم التأمينات الإجتماعية بدور هام في تحقيق التنمية الإقتصادية والإجتماعية، وأموال هذه النظم هي حقوق للمؤمن عليهم والمستفيدين منها، ويجب ألا يمول بها العجز الحكومي.
- إشتراكات نظام التأمينات الإجتماعية في مصر مرتفعة نسبياً مقارنة ببعض الدول الأخرى، وهذا يتطلب إعادة النظر في نسبة الإشتراكات، وهذا لا يتأتى إلا من خلال الإستثمار الجيد.
- التوازن المالي لنظام التأمينات الإجتماعية يتطلب توافر شرطين مهمين معاً وهما:
  - أن تكون نسبة الإشتراكات المحصلة من البداية هي النسبة الصحيحة اللازمة لتمويل النظام.
  - أن يتحقق من استثمار هذه الإشتراكات عائد حقيقي يطابق العائد الفني المفترض تحقيقه من هذه الإشتراكات المجمعة على المدى الطويل.
- عائد الإستثمار مصدر تمويل يفوق في الأهمية النسبية الإشتراكات.
- في ظل إتجاه العالم نحو خصخصة نظام التأمينات الإجتماعية بشكل جزئي أو كلي، يجب إيجاد أسلوب أو نظام لتحديد إشتراكات نظام التأمينات الإجتماعية.
- أظهر النموذج الرياضي المستخدم أن العلاقة طردية بين معدل الإشتراكات ومعدل التضخم، وعكسية بين معدل الإشتراكات ومعدل العائد على الإستثمار.

#### 4. (الاحمدي، 2009م) بعنوان: "تقييم كفاءة أداء مراكز الرعاية الصحية الأولية في مناطق المملكة العربية السعودية":

هدفت الدراسة إلى استخدام الأساليب الكمية في تقويم الكفاءة الإنتاجية لمراكز الرعاية الأولية في المناطق والمحافظات الرئيسية بالمملكة العربية السعودية، للإسهام في تحديد مستوى كفاءة كل منطقة، وتحديد الكمية المطلوب تخفيضها من المدخلات أو زيادتها في المخرجات،

وتم تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات بالاعتماد على البيانات في الكتاب الإحصائي الصحي السنوي الصادر 2007م/1428هـ، وقد أوصت الدراسة بما يلي:

- إعادة توزيع فائض المدخلات في مراكز الكفاءة المنخفضة على مراكز الكفاءة المرتفعة أو الاستفادة منه في زيادة الإنتاجية وتحسين الأداء.
- مقارنة مستويات (المدخلات/ المخرجات) للمركز غير الكفاء مع مستويات (المدخلات/ المخرجات) للمركز الكفاء، وعمل دراسات تحليلية مقارنة للعمليات الإدارية الداخلية.
- تطبيق قياس الأداء المقترح بصفة دورية لإبراز الأداء المقارن بين المراكز وعبر السنوات.
- توجد مؤثرات خارجية تؤثر على الكفاءة لا يمكن التحكم بها، مثل موقع المركز وطبيعة المدينة والواسطة والمحسوبية.
- إجراء تطبيقات على أسلوب تحليل مغلف البيانات في قطاعات حكومية أخرى، لفائدته في معرفة مصادر وكميات عدم الكفاءة النسبية في القطاعات ذات الارتباط بالجمهور.

#### 5. (الرواشدة، 2007م) بعنوان: "محددات تضخم تكاليف الخدمة الصحية، دراسة ميدانية":

هدفت الدراسة إلى التعرف على أسباب تضخم تكاليف الخدمة الصحية من خلال معرفة مدى تأثير كل من الإجراءات غير الضرورية، والإقامة والإدخالات غير الضرورية، واستخدام الموارد المتاحة من قبل طاقم المستشفى، وتأثير الوعي الصحي، واستخدام التكنولوجيا الطبية على تضخم تكاليف الخدمة الصحية. وخلصت الدراسة إلى وجود علاقة طردية قوية بين كل من الإجراءات غير الضرورية، والإقامات غير الضرورية، واستخدام الموارد المتاحة، والوعي الصحي، على تضخم تكاليف الخدمة الصحية. وأوصت بالحد من الإجراءات غير الضرورية، وزيادة معدل الإشغال في المستشفيات، والرقابة على الموارد، وزيادة التوعية الصحية.

#### 6. (الأعرج، 2006م) بعنوان: "منهج تطبيقي لقياس مؤشرات السيولة والربحية وارتباطها بكفاءة الأداء المالي لشركات المقاولات الفلسطينية بالمقارنة مع المؤشرات الصناعية الدولية":

أجريت هذه الدراسة على شركات المقاولات الفلسطينية بقطاع غزة، واستخرجت مؤشرات السيولة والربحية لشركات المقاولات الفلسطينية، ومن ثم إجراء المعالجات الإحصائية عليها من اختبارات كولومجروف سمرنوف إلى معامل ارتباط بيرسون إلى دلالة الفروق بين المؤشرات الفلسطينية والدولية. وأثبتت وجود ارتباط بين مؤشرات السيولة مقارنة بالمؤشرات الصناعية الدولية، وكفاءة الأداء المالي لشركات المقاولات الفلسطينية، كما أثبتته مؤشرات الربحية، كما

أثبتت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات السيولة والربحية لشركات المقاولات الفلسطينية والمؤشرات الصناعية الدولية. وأوصت الدراسة بالتوصيات العامة التالية:

- ضرورة مراعاة شركات المقاولات الفلسطينية التصنيف السليم للنفقات.
  - إعداد قوائم مالية ختامية كاملة.
  - تضمين القوائم الختامية درجة أكبر من التفاصيل لتسهيل استخراج المؤشرات المالية.
  - ضرورة استخدام التحليل المالي للقوائم المالية وتقويم الأداء المالي أولاً بأول.
- كما أوصت فيما يتعلق بالمؤشرات بالتالي:
- السيولة: (التوازن في الاحتفاظ بالأصول بين خطر الإغلاق وفرص الاستثمار، استثمار السيولة النقدية الزائدة، والاحتفاظ بكمية سيولة نقدية تكفي لتغطية الالتزامات في وقتها).
  - الربحية: (مراعاة تفصيل البنود وخاصة قائمة الدخل، مراعاة تصنيف التكاليف، مراعاة التوازن بين النفقات والإيرادات، تقييم الإستثمارات بصورة مستمرة، تحسين معدل العائد على الإستثمار).

#### 7. (Maynard، 2005م) بعنوان: "تحديات السياسات الصحية في أوروبا":

- دارت الدراسة حول كيفية وضع الخطط الصحية وتأثيرها على التكلفة الصحية على الرغم من عدم كفاءة الخدمة المقدمة، وتمثلت الأسباب في الآتي:
- السياسات والخطط الصحية قصيرة الأمد، وليست على أساس علمي دقيق وواضح، وعدم وجود دراسات لفحص النتائج.
  - عدم وضع سياسة موحدة، واستخدام طرق علاجية غير فاعلة مدة طويلة دون السعي لتطويرها، وعدم متابعة السيرة المرضية وتحديثها.
- خلصت الدراسة أن الأسباب السابقة مجتمعة تؤدي إلى رفع التكلفة الصحية، وبالتالي سيحصل عليها المقنندر ويحرم منها الفقير.

#### 8. (ابو السعود، 2004) بعنوان: " ترشيد الإنفاق الحكومي لنظام التأمين الصحي لرفع كفاءة وفعالية النظام (دراسة تطبيقية، ج.م.ع )":

تعرضت هذه الدراسة إلى نظام التأمين الصحي الذي شهد اختلالاً في إقتصادياته خلال فترة الدراسة منذ بداية تبني سياسة الإصلاح الإقتصادي عام 1991/1992 وحتى السنة المالية 2001/2002 تمثل في عجز بلغ 1635 مليون جنيه، وقد أدى هذا الخلل الذي تمثل في فجوة مالية بين إيراداته ونفقاته إلى المساهمة في انخفاض مستوى الخدمة المقدمة للمرضى وانعكس ذلك على عدم رضاء المنتفعين بالخدمة، وعدم رضاء مقدمي الخدمة أنفسهم من انخفاض مستوى الأجور التي يتقاضونها. وتهدف الدراسة إلى إعادة التوازن المالي لنظام التأمين الصحي

لرفع كفاءته وفاعليته للحصول على مستوى خدمات صحية جيدة لأفراد القوى العاملة عن طريق دراسة مكونات الفجوة المالية من خلال تحليل الاتجاه العام لبندود إيرادات وبنود نفقات نظام التأمين الصحي، وكذلك تحديد المتغيرات المستقلة المفسرة للفجوة المالية بين إيرادات ونفقات نظام التأمين الصحي، ودراسة سلوك الفجوة المالية لنظام التأمين الصحي وقياس العلاقة بين المتغيرات المفسرة لها بعضها ببعض كمتغيرات مستقلة وتأثيرها على الفجوة المالية كمتغير تابع، وأخيراً التحقق من وجود خطط واضحة لإدارة الإنفاق على نظام التأمين الصحي خلال فترة الدراسة.

### 1.9 التعليق على الدراسات السابقة:

تناولت الدراسات السابقة أهمية التحليل المالي وبناء النماذج الرياضية لاتخاذ القرارات الإستثمارية والتشغيلية وتقييم الكفاءة المالية للنظم المالية في الشركات التجارية وشركات التأمين الإجتماعية، وقد استخدمت أساليب مختلفة حسب طبيعة مجتمع الدراسة، كما أن هناك دراسات أخرى تحدثت عن الأنظمة الصحية بشكل جزئي مثل التكاليف فقط وعلى مشفى واحد أو اثنين فقط، وهذا له أهميته.

ولكن هذه الدراسة تعني بتحليل النظام وتقييم الكفاءة المالية لبندود النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة من خلال المؤشرات الحديثة التي تتناسب مع طبيعة النظام، حيث أن مجتمع الدراسة المستخدم في هذه الدراسة لم يتطرق له بحث قبل ذلك، كما أن مدخل تحليل وتقييم الكفاءة المالية لهذا المجتمع لم يتطرق له بحث، ولعل هذه الدراسة تكون خطوة جيدة بنظرة شمولية في طريق الإصلاح والتنمية الصحية والتي تسهم بدورها في التنمية الإقتصادية والإجتماعية

# **الفصل الثاني: الكفاءة المالية وطرق قياسها**

## 2.1 مقدمة:

يؤدي الخلل في اقتصاديات التأمين الصحي والذي يتمثل في الفجوة المالية بين إيراداته ونفقاته إلى المساهمة في انخفاض مستوى الخدمة المقدمة للمرضى، وإن إعادة التوازن المالي لنظام التأمين الصحي يرفع كفاءته وفاعليته للحصول على مستوى خدمات صحية جيدة لأفراد القوى العاملة عن طريق دراسة مكونات الفجوة المالية من خلال تحليل الاتجاه العام لبنود إيرادات وبنود نفقات نظام التأمين الصحي، وتحديد المتغيرات المستقلة المفسرة للفجوة المالية بين إيرادات ونفقات نظام التأمين الصحي، ودراسة سلوك الفجوة المالية لنظام التأمين الصحي وقياس العلاقة بين المتغيرات المفسرة لها بعضها وبعض كمتغيرات مستقلة وتأثيرها على الفجوة المالية كمتغير تابع. ويشير مفهوم الأداء في عمومه إلى ذلك الفعل الذي يقود إلى إنجاز الأعمال كما يجب أن تنجز والذي يتصف بالشمولية والإستمرار، ومن ثم فهو بهذا المعنى يُعد المحدد لنجاح المؤسسة وبقائها في أسواقها المستهدفة، كما يعكس في الوقت نفسه مدى قدرة المؤسسة على التكيف مع بيئتها، أو فشلها في تحقيق التأقلم المطلوب، كما تجدر الإشارة إلى أن مفهوم الأداء يقترن بمصطلحين مهمين، هما الكفاءة والفاعلية (الداوي، 2010، ص217).

## 2.2 تعريف الكفاءة المالية:

### 2.2.1 تعريف الكفاءة:

1. "إنجاز الكثير بأقل ما يمكن، أي العمل على تقليل الموارد المستخدمة، سواء أكانت هذه الموارد بشرية أم مادية أم مالية، كذلك العمل على تقليل الهدر والعطل في الطاقة الإنتاجية" (قريشي، 2006، ص8).
2. "الكيفية المثلى في استخدام الموارد لإنتاج شيء ما" (Shone,1981).
3. "قدرة مردودية المؤسسة" (الداوي، 2010، ص220).
4. "معيار الرشد في استخدام الموارد البشرية والمادية والمالية وخاصة أن البيئة تتصف بقلة الموارد المتاحة لذلك لا بد من اعتماد هذا الأسلوب في التوجه نحو تحقيق الأداء الأمثل في استخدام الموارد المتوفرة" (معراج، 2011، ص4).
5. "استغلال الطاقات الإنتاجية على مستوى المؤسسة، وتوجيه الموارد الإقتصادية المتاحة نحو تحقيق أكبر قدر ممكن من العوائد بأقل قدر ممكن من الهدر، أي التحكم الناجح في إمكانيات المؤسسة المادية والمالية والبشرية، بما يضمن أداء أفضل في ظل المحيط الإقتصادي والإجتماعي والسياسي الذي تنشط فيه (خالص، 2010، ص388).

6. "الإستخدام الأمثل للموارد المؤسساتية بأقل تكلفة ممكنة دون حصول أي هدر يذكر" (بلوط، 2005، ص41).

7. "القدرة على تحقيق أقصى المخرجات من مدخلات محدودة، أو القدرة على تحقيق الحجم نفسه باستخدام أدنى قدر من المدخلات" (الحسيني، 2000، ص227).

8. "تعبير عن مدى نجاح المنشأة في حسن استخدام الموارد المستخدمة (المدخلات) لغرض تعظيم المخرجات المستهدفة" (حسين وعبدالحميد، 2010، ص163).

"الكفاءة صفة ملازمة لكيفية استخدام المؤسسة لمدخلاتها من الموارد مقارنة بمخرجاتها، حيث ينبغي أن يكون هناك استثمار عقلاني رشيد، أي القيام بعملية مزج عوامل الإنتاج بأقل تكلفة ممكنة. أي العمل على تحقيق الندية في الشيء أو العمل المراد إنجازَه" (الداوي، 2010، ص220).

وقد نظر (قريشي، 2006، ص9) للكفاءة من مدخلين أو جانبين.

**جانب المخرجات:** حيث تعبر الكفاءة عن مقياس للمقارنة بين المخرجات الفعلية والمخرجات القصوى الممكن تحقيقها من مدخلات محددة.

**جانب المدخلات:** حيث تعبر الكفاءة عن مقياس للمقارنة بين المدخلات الفعلية والمدخلات الدنيا التي يمكن إنتاج مستوى من المخرجات.

واعتبر (الداوي، 1999، ص4) أن المدخلين السابقين يعبران عن مقياس للكفاءة التقنية الذي يهمل الأهداف السلوكية للمؤسسة، كما استنتج أن عملية الإنتاج تعتبر غير كفوة لو أنها تطلبت استعمال كمية أكبر من المدخلات مقارنة بكمية أقل من المدخلات لإنتاج نفس الكمية من الناتج، وهنا ينبغي الإشارة إلى الكفاءة في المؤسسة تتأثر بحجم مدخلاتها، بالإضافة إلى عوامل أخرى أهمها المحيط، وجودة تنظيمها ... إلخ.

وبالنظر إلى التعريفات السابقة للكفاءة يمكن استخلاص التعريف التالي: "ادارة المؤسسة لمواردها بحكمة واستثمار الطاقة القصوى للحصول على الإنتاجية المستهدفة، دون إغفال العوامل المحيطة"

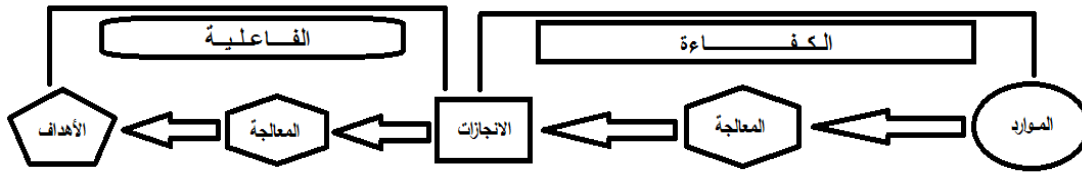
## 2.2.2 الفرق بين الكفاءة والفاعلية:

✓ الفاعلية هي الدرجة التي تتحقق من خلال الأهداف المرسومة لأية مؤسسة سواء أكانت تقدم سلعاً أم خدمات وسواء أكانت مخرجاتها مرئية أم غير مرئية، من خلال تحويل مدخلاتها بكفاءة إلى مخرجات مرغوب فيها ( فهمي، 2009، ص251).

✓ الفاعلية تعبير عن مدى العلاقة بين المستهدف من الأعمال وما نفذ فعلياً منها وفيما إذا نجحت المنشأة في إدارة مواردها (حسين وعبد الحميد، 2010، ص163).

ويُعد مفهوم الكفاءة ملازماً لمفهوم الفاعلية، ولكن لا يجب أن يستخدم بالتبادل. فقد تكون المنظمة فعالة ولكنها ليست كفؤة أي أنها تحقق أهدافها ولكن بخسارة، وعدم كفاءة المنظمة يؤثر سلباً على فاعليتها، ويمكن أن تعرف الكفاءة بأنها "إنجاز العمل بشكل صحيح" بينما الفاعلية هي "إنجاز العمل أو الشيء الصحيح" فالمفهومين يكمل كل منهما الآخر. ويمكن القول أن مصطلحي الكفاءة والفاعلية ليسا بالضرورة بديلين لشيء واحد فالكفاءة لا يمكن تحديدها أو تقريرها إلا إذا تم التحديد الدقيق لأهداف النظام والقيود التي تخضع لها هذه الأهداف (قريشي، 2006، ص23).

شكر رقم 1 تقنية الموازنة بين الكفاءة والفاعلية:



المصدر: (الفرحان، 2012). (معالجة الباحث)

### 2.2.3 الفرق بين الكفاءة والإنتاجية:

المفهوم العام للإنتاجية ينطلق من العلاقة بين الإنتاج وكمية العمل المستخدم في إنتاجه. فالإنتاجية قد تعني العلاقة بين المخرجات من السلع والخدمات والمدخلات من مواد وعمل، أو قد يكون معناها قياس مدى نجاح المنظمات في إنجاز مهامها المنشودة وقد تعني للبعض مؤشراً من مؤشرات الكفاءة والفاعلية (أيوب وآخرون، 2011، ص174). ومن خلال هذا التعريف يمكن إشتقاق مجموعة من المؤشرات التي تعبر عن الإنتاجية الجزئية لكل عنصر من عناصر المدخلات كإنتاجية رأس المال وإنتاجية العمل وغيرها من العناصر، في حين أن الكفاءة تهتم بطريقة أو كيفية استغلال الموارد بهدف تحقيق أقصى مستوى ممكن من المخرجات من هذه المواد (قريشي، 2006، ص19).

### 2.2.4 أنواع الكفاءة:

هناك ثلاثة أنواع رئيسية من الكفاءة وهي (الهبيل، 2013):

1. الكفاءة الاقتصادية للمؤسسة أو المشروع.
2. الكفاءة الهيكلية للصناعة.



3. كفاءة تخصيص الموارد للاقتصاد ككل.

بالإضافة إلى مفاهيم أخرى للكفاءة مثل: "كفاءة إكس" و " الكفاءة النسبية" وغيرها.

#### 2.2.4.1 الكفاءة الإنتاجية:

تتحقق الكفاءة الإنتاجية باستخدام الموارد المتاحة للحصول على أقصى إنتاج ممكن بطريقة ملائمة يراعى فيها تقليل التكاليف وتحقيق رغبات المستهلكين (رايس وفاطمة الزهراء، 2009، ص61)، الكفاءة الإنتاجية هي محصلة الكفاءة التقنية والكفاءة السعرية أو ما يعرف بكفاءة التكلفة (قريشي، 2006، ص10).

يُعد مفهوم الكفاءة التقنية أكثر المفاهيم شيوعاً للكفاءة، والذي يقصد به: "تحويل المدخلات المادية إلى مخرجات بأفضل أداء ممكن"، أي أن المنشأة تستخدم أقل ما يمكن من عناصر الإنتاج لتعطي مستوى محدداً من الإنتاج أو أنها تعطي أعلى إنتاج دون زيادة في عناصر الإنتاج (حسين وعبد الحميد، 2010، ص163). وعرفت الكفاءة أيضاً بأنها: "إنتاج أقصى كمية ممكنة من المخرجات نتيجة استخدام كمية معينة من المدخلات، أو تحقيق أقصى إنتاج ممكن من عوامل الإنتاج المتاحة" (Bo Carlsson, 1982, P467). تتصرف الكفاءة التقنية في مجمل تعريفاتها كما ورد سابقاً لأحد الإتجاهين التاليين أو كلاهما وهما:

1. الزيادة الممكنة في الناتج باستخدام مجموعة محددة من المدخلات.
  2. الإنخفاض الممكن في المدخلات لكمية محددة من الناتج.
- تعد المنشأة أكثر كفاءة تقنية من غيرها إذا استطاعت إنتاج مستوى أعلى من الإنتاج بنفس مستوى تكاليف الإنتاج ( أونور، 2011، ص6).
- تعرف الكفاءة السعرية بأنها: "إنتاج كمية معينة من المخرجات بأقل تكلفة ممكنة لمدخلات الإنتاج" (Yot Amornkitvikai, 2011, P126).

ويفسر مفهوم الكفاءة الإنتاجية بمدى تطابق المخرجات الفعلية مع القياسية أو المتوقعة لأن الكفاءة تعني الاستخدام الأمثل للمدخلات والإنتفاع بها لإنجاز الأهداف أو أنها تمثل أمثل إستعمال لعناصر الإنتاج بهدف الحصول على أقصى نفع من تلك العناصر الداخلة في العملية الإنتاجية (معراج، 2011، ص4).

ويعرف ستجلر الكفاءة الإنتاجية أو الكفاءة الاقتصادية بأنها: "علاقة بين المدخلات والمخرجات، وتقاس بالنسبة التالية: (المخرجات الفعلية / المخرجات القصوى من الموارد المتاحة)". ويرى بأن الكفاءة المثلى تتحقق عندما تكون النسبة تساوي الواحد ويتحقق ذلك عندما يتساوى الناتج الحدي لعوامل الإنتاج بتكلفة كل عامل (Stigler, 1960, P102).

#### 2.2.4.2 الكفاءة الهيكلية:

ويهدف هذا النوع من الكفاءة إلى قياس مدى استمرار تطور الصناعة وتحسينها بالإعتماد على أفضل مؤسساتها (قريشي، 2006، ص14).

وتقاس الكفاءة الهيكلية لصناعة ما بحساب المعدل المرجح أو المعدل الموزون للكفاءة التقنية للمؤسسات التي تشكل الصناعة، ويكون الترجيح بمعامل الكمية لكل مؤسسة داخل الصناعة، والذي يمثل الكمية المنتجة للمؤسسة إلى الكمية المنتجة للصناعة، وعليه تكون الكفاءة الهيكلية للصناعة هي محصلة الكفاءة التقنية للمؤسسات مضروبة في معاملاتها الكمية على عدد مؤسساتها (Farrell, 1957, P258).

بينما يرى فورسند وهجلمارسون أن حساب الكفاءة الهيكلية للصناعة يتم بأخذ المتوسط الحسابي للمدخلات والمخرجات بدلاً من المعدل المرجح، الذي قد يكون كفاء من الناحية التقنية ولكنه ليس كفاء من الناحية الاقتصادية، وذلك اعتماداً على فرضية عدم تجانس دوال الإنتاج للمؤسسات داخل الصناعة (Forsund & Hjalmarsson, 1979, P47) وقد أثمرت دراستهما سنة 1978 عن نوعين أو مقياسين للكفاءة الهيكلية للصناعة هما: (الكفاءة الهيكلية التقنية - الكفاءة الهيكلية للحجم) حيث تقيس الأولى: مستوى الإدخار في المدخلات، وتقيس الثانية: مستوى الزيادة في الإنتاج وذلك بالنسبة للمؤسسة وللصناعة (قريشي، 2006، ص15).

#### 2.2.4.3 كفاءة تخصيص الموارد:

يرى معظم الباحثين أن اللاكفاءة في تخصيص الموارد ينتج عنها خسارة في رفاهية المجتمع، غير أن أدلة الدراسات التطبيقية تبين أن الخسارة في الرفاه الاجتماعي الناتجة عن عدم تخصيص الكفاء للموارد تمثل أقل من 1% من الناتج الوطني الإجمالي، بالنسبة للولايات المتحدة الأمريكية، ويعتمد في تحليل كفاءة تخصيص الموارد على عملية تقدير الخسارة الاجتماعية عن طريق مقارنة حالة الإحتكار التام بحالة المنافسة التامة. وذلك من أجل قياس فائض المستهلك وفائض المنتج الناتج عن التحول من حالة الإحتكار إلى حالة المنافسة التامة (Leibenstein, 1966, P394-395).

#### 2.2.4.4 الكفاءة التشغيلية (كفاءة إكس):

كفاءة إكس هي مقياس إضافي لتخصيص الموارد على مستوى المؤسسة وعلى مستوى الصناعة وعلى مستوى الإقتصاد ككل، وقد تم اقتراحها من طرف الإقتصادي (Leibenstein) سنة 1966، والفرضية التي اعتمدها هي:

"لا الأفراد ولا المؤسسات ولا الصناعات هي منتجة كما ينبغي" (Leibenstein, 1966, P203-211). ويرى أنه في ظل وجود نظام حوافز قوي سيحرص العمال والموظفون على

تحقيق مستوى إنتاجي قريب من المستوى الأمثل، وفي ظل ظروف أخرى (محفزات أكثر) قد ينتجون أكثر من المستوى الأمثل. ويرى أن كفاءة إكس مثل كفاءة تخصيص الموارد تعود إلى الفرق بين الكفاءة القصوى لاستخدام الموارد والاستخدام الحقيقي (الفعلي) للموارد، وهو ما يمثل درجة كفاءة إكس وبشكل عام فإن الكثير من الدراسات تثبت وجود كفاءة إكس وأنها خاصية مميزة للقطاع العام (قريشي، 2006، ص17).

#### 2.2.4.5 الكفاءة النسبية:

هي مقارنة درجة الكفاءة بين المؤسسات داخل الصناعة الواحدة، وتتم هذه العملية في ظل فرضية توحيد العملية الإنتاجية للمؤسسات أو للمؤسسات محل الدراسة بمقارنة نفس النسبة في استخدام مراحل الإنتاج (قريشي، 2006، ص18). وتعرف بأنها: "معدل مجموع المخرجات الموزونة إلى مجموع المدخلات الموزونة" (الشعبي، 2004، ص3).

#### 2.3 طرق قياس الكفاءة:

إن فكرة قياس كفاءة الأداء مرتبطة بالأداء الإقتصادي ومدى تطوره وتنظيمه، حيث يشكل الركائز الأساسية لها ويحدد درجة رفاهيتها وتحضرها من خلال التراكمات المادية لها، وهذه الحقيقة أثبتتها تجارب المنظمات في الدول المتقدمة في هذا المجال، لذا سارعت الدول النامية ومنظماتها بتبني هذا المبدأ الإقتصادي بغية تحقيق معدلات أعلى للنمو في المستويات الإنتاجية والعائد وزيادة نسب الإنفاق من الطاقة الإنتاجية المتاحة، على الرغم من معاناة هذه الدول من ندرة رأس المال، وتدني المستوى الفني والنوعي للموارد البشرية وضعف تعاملها وتكييف التكنولوجيا في عملياتها الإنتاجية (آل آدم واللوزي، 2005، ص199). وإن التعرف على المتغيرات والمؤشرات المالية التي تؤثر في كفاءة الأداء لشركات التأمين هو الخطوة الأساسية لحوكمتها (إبراهيم، 2007، ص 191) وتنقسم طرق قياس الكفاءة إلى قسمين: (طرق تقليدية - طرق كمية).

#### 2.3.1 الطرق التقليدية (التحليل المالي):

يُعد التحليل المالي مدخلاً كلاسيكياً لتقييم أداء المؤسسات الإقتصادية ولا زال يكتسب أهمية كبيرة لدى الإقتصاديين والمدراء الماليين والمحاسبين (شاهين، 2006، ص22). وعرفه آخرون بأنه: "عملية تفسير للقوائم المالية المنشورة وفهمها في ضوء الإدراك التام لكيفية إعدادها" (زيود وآخرون، 2005، ص151). وعده (هندي، 2014، ص29): "أداة للكشف عن مواطن القوة ومواطن الضعف في المركز المالي وفي السياسات المختلفة التي تؤثر على الربحية"، والكشف عن مواطن القوة يتيح للإدارة فرصة استثمارها وتنميتها، والكشف عن

مواطن الضعف فيتيح لها فرصة التعرف على أسبابها ومحاولة القضاء عليها مبكراً حتى لا تعوق الخطط المستقبلية.

### 2.3.1.1 أساليب التحليل المالي:

يُعد التحليل المالي من الأدوات المهمة في منشآت الأعمال، ويتم أساساً لأجل التخطيط والرقابة، ويتضمن دراسة تفصيلية للبيانات الواردة في الكشوفات المالية ودراسة نتائج الأعمال أو الأداء المالي لتفسيره وتحديد مكامن الضعف والقوة في السياسات المالية المتبعة.

إن أدوات التحليل المالي شأنها شأن أي شيء آخر تعاني من بعض نقاط الضعف، وحتى يحقق التحليل المالي الغرض المرجو منه، فإن الأمر يقتضي إحاطة المحلل بتلك النقاط بما قد يتيح له فرصة ابتكار وسائل وأساليب للتغلب عليها، أو على الأقل تجعله مدركاً للمدى الذي يمكن أن يذهب إليه في اعتماده على تلك الأدوات في استخلاص النتائج (هندي، 2014، ص105) وهناك العديد من أدوات التحليل المالي في مقدمتها التحليل باستخدام أسلوب القوائم، وأسلوب التحليل باستخدام النسب المالية (هندي، 2014، ص29)، ويتم ذلك بأسلوبين:

1. **التحليل الأفقي:** إن أهمية التحليل المالي الأفقي بالنسبة للقائمين على التحليل تكمن في مساعدتهم على دراسة سلسلة زمنية متتابعة للقوائم المالية، وبيان اتجاه كل بند منها بالزيادة أو النقصان ثم تفسير أسباب ذلك للاستفادة منها في اتخاذ القرار المناسب (شاهين، 2006، ص24)، وتُعد القوائم المالية المستخرجة من قائمة الدخل والميزانية العمومية أدوات ملائمة لإعطاء فكرة مبدئية عن ربحية الشركة ومصادر واستخدامات أموالها (هندي، 2014، ص57).

2. **التحليل الرأسي:** ويقوم على أساس دراسة العلاقة بين البنود المالية المختلفة بالقائمة المالية عن فترة زمنية محددة، أو في تاريخ إعداد القائمة، بهدف تحديد الوزن النسبي لكل بند من بنود القائمة بالقياس إلى مجموع هذه القائمة، وكذا بالقياس إلى باقي البنود، أي قياس العلاقة النسبية للمفردات في قائمة واحدة (بوعبدلي وعبدالرازق، 2001، ص109)، ويمكن من خلالها التوصل إلى النتائج التي ترشد المحلل المالي وتساعد في تكوين رأيه الخاص، إذا ما قورنت المؤسسة بمنشأة مماثلة تعمل بنفس النشاط وبنفس التاريخ، أو إذا قورنت الشركة بنفسها في سنين أخرى (الراوي، 2003، ص324). إن سمة الجمود التي يتصف بها التحليل الرأسي تقل بتحليل قوائم مالية لسنين بالإضافة إلى اللجوء إلى الأسلوب الآخر وهو التحليل الأفقي جنباً إلى جنب مع التحليل الرأسي (آل علي، 2002، ص110).

## 2.3.1.2 أدوات التحليل المالي:

تُعد النسب المالية من أكثر أدوات التحليل المالي شيوعاً، ويساعد التحليل المالي في الكشف عن مواطن القوة والضعف التي تعاني منها المنشأة (هندي، 2014، ص99)، ومن أهم أدوات التحليل المالي العائد على حقوق الملكية ومقياس القيمة الاقتصادية المضافة.

### 2.3.1.2.1 العائد على حقوق الملكية نموذج متكامل لتقييم الأداء:

تم الإعتماد على نموذج دوبونت المعدل لحساب العائد على حقوق الملكية (ROE) لقياس الأداء بشكل عام (Gitman & Zutter, 2010, P75-77)، ويوضح هذا النموذج الأثر المزدوج للكفاءة في إدارة التكاليف، وإنتاجية الأصول على ربحية الأصول أو ما يعرف بمؤشر العائد على الأصول (ROA)، كما يبين قدرة الرافعة المالية (FLM) على رفع العائد على حقوق الملكية (ROE) إلى مستوى أعلى من العائد على الأصول (عنانزة وعثمان، 2010، ص4). ويتحدد مؤشر العائد على الأصول (ROA) بمؤشرين هما (Gitman & Zutter, 2010, P89):

1. هامش الربح: (PM) الذي يدل على الكفاءة في إدارة ومراقبة التكاليف، فكلما ارتفع هذا المؤشر كلما دل على كفاءة وقدرة على التحكم في تكاليف المؤسسة.
2. معدل دوران الأصول: (TAT) ويسمى منفعة الأصول، حيث يدل هذا المؤشر على الإستثمار أو الإستعمال الأفضل للأصول، ويمثل إنتاجية الأصول. فكلما ارتفع هذا المؤشر كلما دل على جودة الأصول.

ويُقاس العائد على الأصول وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{العائد على الأصول} = \text{هامش الربح} \times \text{معدل دوران الأصول.}$$

ويُقاس هامش الربح وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{هامش الربح} = \text{صافي الدخل} \div \text{إجمالي الإيرادات.}$$

ويُقاس معدل دوران الأصول وفقاً للمعادلة التالية:

$$\text{معدل دوران الأصول} = \text{صافي الإيرادات} \div \text{إجمالي الأصول.}$$

وعليه فإن:

$$\text{العائد على الأصول} = (\text{صافي الدخل} \div \text{إجمالي الإيرادات}) \times (\text{إجمالي الإيرادات} \div \text{إجمالي الأصول}).$$

وبالإختصار تصبح المعادلة كالتالي:

$$\text{العائد على الأصول} = \text{صافي الدخل} \div \text{إجمالي الأصول.}$$

هذه الصيغة تركز على مصدر الأداء الأفضل أو الأداء السيء، فمثلاً إذا حققت مؤسسة ما عائداً على الأصول مرتفعاً فيكون سببه أنها أكثر كفاءة في التحكم ومراقبة التكاليف وهو ما

يعكسه مؤشر هامش الربح المرتفع، أو باستخدام أفضل للأصول وهو ما يعكسه مؤشر منفعة الأصول أو إنتاجية الأصول أو عن طريق التحسن في كلا المجالين، وبالمقابل فإن الأداء الضعيف قد يعود لجانب منهما أو لكليهما (قريشي، 2006، ص99)، الخطوة الثانية لنموذج دوبونت هي توضيح العلاقة بين العائد على الأصول والعائد على حقوق الملكية.

ويُقاس معدل العائد على حقوق الملكية بالمعادلة التالية (Gitman & Zutter, 2010, P89):

$$ROE = ROA \times FLM$$

مؤشر الرافعة المالية (FLM) = إجمالي الأصول ÷ حقوق الملكية

ويمكن حساب العائد على حقوق الملكية وفقاً للمعادلة التالية:

العائد على حقوق الملكية = (صافي الدخل ÷ إجمالي الأصول) × (إجمالي الأصول ÷ حقوق الملكية)  
ومنها نستنتج المعادلة التالية:

$$ROE = TAT \times PM \times FLM$$

ويمتاز هذا النموذج بالمرونة إذ أنه يمكن من تحليل كل مؤشر إلى مؤشرات جزئية تعكس مجالات القرار بشكل تفصيلي، إضافةً إلى أنها تعمل على ربط العلاقة ما بين العائد والمخاطرة كما هو الحال بالنسبة لمؤشر الرافعة المالية، فإذا ما حققت مؤسسة ما عائداً على حقوق الملكية مرتفعاً فيمكن أن يكون سبب هذا الارتفاع يرجع إلى العائد على الأصول أو إلى الرافعة المالية أو كليهما، فإن كان السبب الرافعة المالية فإن هذا يعطي مؤشراً للإدارة إلى ذلك المستوى من المخاطر المرتبطة بتحقيق هذا المستوى من العائد، أما إذا كان السبب يعود إلى العائد على الأصول، فإن هذا يعطي مؤشراً للإدارة إلى ذلك المستوى من الكفاءة التشغيلية (عنانزة وعثمان، 2010، ص4).

ويرجع شيوع استخدام معدل العائد على الإستثمار معياراً لقياس الأداء إلى أنه من أكثر النسب المالية شمولاً، إذ أنه محصلة لجميع بنود الأصول وجميع بنود قائمة الدخل، غير أن ما يلاحظ على هذا المعدل هو تجاهله لبنود الخصوم التي تُعد الإطار الذي يعكس هيكل رأس المال (هندي، 2014، ص112-114).

### 2.3.1.2.2 نموذج القيمة الاقتصادية المضافة:

عرف بأنه: "مقياس للإنجاز المالي لتقدير الربح الحقيقي حيث ارتبط بتعظيم ثروة المساهمين على مدى الوقت، وهو الفرق بين صافي الربح التشغيلي المعدل بعد الضرائب وتكلفة رأس المال المملوك والمقترض" (Jiambalov, 2007, P470).

وعرفه (هندي، 2014، ص482): "الفرق بين صافي ربح التشغيل بعد الضريبة، وتكلفة الأموال المحسوبة على أساس المتوسط المرجح بالأوزان لتكلفة كافة مصادر التمويل".  
وتقاس القيمة الاقتصادية المضافة وفقاً للمعادلة التالية (هندي، 2014، ص482-483):

القيمة الاقتصادية المضافة (EVA) = صافي ربح التشغيل بعد الضريبة - تكلفة الأموال).

أو القيمة الاقتصادية المضافة = (معدل العائد على رأس المال المستثمر - المتوسط المرجح لتكلفة الأموال) × رأس المال المستثمر.

إن استخدام مدخل القيمة الاقتصادية المضافة لتقييم الإقتراحات الإستثمارية، ينتهي بنفس النتيجة التي ينتهي إليها أسلوب صافي القيمة الحالية (هندي، 2014، ص485).  
وقد استخدم (مصطفى، 2006، ص16) متوسط عائد الإستثمار وكذلك درجة مخاطرة محفظة الإستثمار، لتقويم أداء النشاط الإستثماري لقطاع تأمينات الحياة بالسوق المصرية قبل وبعد الإنضمام لإتفاقية الجات.

### 2.3.2 الطرق الكمية لقياس الكفاءة:

يمكن التمييز بين نوعين من الطرق الكمية لقياس الكفاءة، طريقة تعتمد على البرمجة الخطية كنموذج غير معلمي، وتقوم أساساً على إفتراض عدم وجود أخطاء عشوائية عند القياس، ومن أهم طرقها طريقة تحليل البيانات المغلفة (Data Envelopment Analysis)، وطريقة تعتمد على التقدير الإحصائي كنموذج معلمي ومن بين طرقها طريقة حد التكلفة العشوائية (Stochastic Cost Frontier Analysis) وطريقة الحد السميك (Thick Frontier Analysis) وطريقة التوزيع الحر (Distribution Free Analysis) (رايس وفاطمة الزهراء، 2009، ص62). وفيما يأتي سيتم شرح وتوضيح هذه الطرق.

#### 2.3.2.1 طريقة تحليل البيانات المغلفة (Data Envelopment Analysis):

يمكن أن تقسم إلى مقياسين هما:

مقياس الكفاءة التقنية الصافي (Pure Technical Efficiency) ومقياس كفاءة الحجم (Scale Efficiency) (Stephen & Athanasios, 1996, P496-500)

وتتميز هذه الطريقة بعدم حاجتها إلى تحديد صريح لدالة الإنتاج، وقدرتها في الكشف عن علاقات مخفية ومن ثم مصادر انعدام أو ضعف الكفاءة (عبد مولاه، 2011، ص4)، وتمثل الطريقة المناسبة لعمل تحليل الكفاءة عندما تكون هناك مدخلات ومخرجات متعددة تم قياسها بوحدات مختلفة، ويمثل هذا المقياس أداة قوية للمؤسسات الإنتاجية أو الخدمية، وتم استخدامه في جميع قطاعات الإقتصاد المختلفة (معراج، 2011، ص5)، ولكنها في المقابل لا تسمح بأي أخطاء في البيانات، رغم أن كل البيانات في الواقع تخضع لخطأ القياس، لذلك تعد هذه الطريقة غير واقعية (رايس وفاطمة الزهراء، 2009، ص63).

### 2.3.2.2 طريقة حد التكلفة العشوائية (Stochastic Cost Frontier Analysis):

تعتمد هذه الطريقة على تقنيات الإنحدار لتقدير دالة التكاليف الكلية كمتغير تابع لمتغيرات مستقلة عدة، تتضمن مستويات المخرجات وأسعار المدخلات (Tannenwald, 1995, P44). وتشكل التكلفة الكلية المتوقعة الحد الذي يمثل أفضل تطبيق، وعليه فإن المصروف الذي تكلفته الحالية تساوي تكلفته المتوقعة سيمثل أفضل تطبيق، وبالتالي يوصف المصروف باللكفاءة إذا كانت تكلفته الحالية أعلى من تكلفته المتوقعة، في حين أن الفرق بين التكلفة الحالية والمتوقعة يسمى بحد الإضطراب العشوائي، ويشمل عنصرين هما: الأخطاء الناتجة عن الكفاءة  $X$  وتكون موزعة توزيعاً نصف طبيعي، والأخطاء العشوائية للإنحدار التي تتوزع توزيعاً طبيعياً (رايس وفاطمة الزهراء، 2009، ص63).

وتقاس كفاءة  $X$  النسبية للمصروف عن طريق درجة اختلاف التكلفة الحالية عن قيمتها المتوقعة، مع افتراض أن التكلفة الحالية للمصروف لا يمكن أن تكون أقل من قيمتها المتوقعة (قريشي، 2006، ص106).

### 2.3.2.3 طريقة الحد السميك (Thick Frontier Analysis):

طورت هذه الطريقة من طرف (Berger and Humphrey) سنة 1991م، وتستمد عناصرها من الطريقتين السابقتين (SFA) و (DEA)، فهي تتبنى فرضية أن إنحرافات التكلفة الكلية الحالية عن المتوقعة مرتبطة بالأخطاء العشوائية ومرتبطة أيضاً بكفاءة إكس، وهو ما يتوافق وطريقة حد التكلفة العشوائية، وتفترض أن أفضل تطبيق يظهر من خلال عينات فرعية، وعلى وجه التحديد تفترض هذه الطريقة أنه في المتوسط، المصارف التي تتمتع نسبياً بمتوسط تكلفة منخفض تشكل معياراً للكفاءة التشغيلية والتي من خلالها يمكن قياس الكفاءة للمصارف الأخرى (Tannenwald, 1995, P45).

وترجع طريقة TFA الإنحرافات وأخطاء القياس إلى الخطأ العشوائي فقط أو الحظ بدلاً من إنحراف الكفاءة (قريشي، 2006، ص108)، ومن أبرز عيوب هذه الطريقة أن نتائجها شديدة الحساسية لاختيار عدد الشرائح الربعية من العينة. وبالإضافة إلى ذلك قد تنشأ مشاكل الاقتصاد القياسي (Kiyota, 2009, P6).

### 2.3.2.4 طريقة التوزيع الحر (Distribution Free Analysis):

تقوم هذه الطريقة بحساب نقاط الكفاءة بأن تخصص نموذجاً دالياً للحد، وتفترض وجود فروق في الكفاءة عبر الزمن بين المصارف (الكور والفيومي، 2007، ص257).

تطبق هذه الطريقة عندما تتوافر البيانات والمعطيات لأكثر من سنة، وتفترض أن اللاكفاءة مستقرة عبر الزمن، في حين أن الأخطاء العشوائية تتوسط عبر الفترة نفسها، وبما أن



الإضطراب العشوائي يكون من عنصرين هما: اللاكفاءة والخطأ العشوائي، فإن متوسط الإضطراب العشوائي لمجموعة من السنوات يعد مقياس اللاكفاءة عبر كل سنوات الفترة (رايس وفاطمة الزهراء، 2009، ص64).

## 2.4 التحليل الإقتصادي الصحي:

لا يستطيع التحليل الإقتصادي معالجة كل ما يهم المهنيين الصحيين وعامة الناس بالنسبة للرعاية الصحية - فالمشكلات المختلفة تتطلب تدريباً وخبرة تحليلية مختلفة - أما ما يلائم التحليل الإقتصادي بصفة خاصة فهي المشكلات المتعلقة بقضايا الندرة، ومن هذه الناحية يمكن لعلم الإقتصاد توضيح الإختيارات الأفضل للمجتمع عندما تكون موارده المتاحة غير كافية لتحقيق كل رغباته، فالموارد المتاحة دائماً غير كافية في كل المجتمعات وذلك لشدة المنافسة عليها بين إستخداماتها المختلفة كالتعليم والرعاية الصحية ... الخ.

### 2.4.1 الإفتراضات الخاصة بالرعاية الصحية:

هناك عدة افتراضات خاصة بالرعاية الصحية تجعلها مختلفة عن الصناعات الأخرى (faculty.ksu.edu.sa) منها:

- شح المعلومات لدى المستهلكين فالمستهلك للخدمات الصحية لا يعرف مشكلته الصحية ولا كيفية معالجتها.
  - عدم التأكد من النفقات الطبية التي قد يتكبدها المريض أو الحكومة.
  - عدم التأكد من نتيجة العلاج.
  - الدور المزدوج للطبيب كوكيل عن المريض وكعارض للخدمة، فهو يمثل الطلب والعرض في آن واحد.
  - وجود عدد كبير من المنشآت الطبية غير الربحية وتحدد أسعار خدماتها على أساس التكلفة فقط.
  - قيود الدخول في المهن الطبية وفي الأعمال التي يقوم بها مختلف المهنيين الصحيين.
  - رغبة المجتمع في حصول كل أفراد على الحد الأدنى من الرعاية الصحية.
- بالرغم من أن بعض هذه الإفتراضات توجد في قطاعات وصناعات أخرى، إلا أن وجودها مجتمعة في الرعاية الصحية تجعل منها قطاعاً متفرداً وصناعة قائمة بذاتها.

### 2.4.2 منافع علم اقتصاديات الصحة:

- يفيد علم إقتصاديات الصحة قطاع الخدمات الصحية من عدة جوانب (faculty.ksu.edu.sa) هي:
- يقدم خلفية يمكن من خلالها تحليل القضايا والمشكلات الخاصة بقطاع الخدمات الطبية.

- يمكن من تقييم آثار التشريعات والأنظمة الصحية على جانبي العرض والطلب في الأسواق الخاصة بالرعاية الصحية المرتبطة ببعضها، وهي:
  - سوق الخدمات الصحية النهائي.
  - سوق المرافق الصحية.
  - سوق القوى العاملة الصحية.
  - سوق التعليم الصحي بكل مستوياته وأنواعه.
- يمكن استخدام علم الاقتصاد في النواحي التقليدية كالتنبؤ والتخطيط المطلوبين في أي قطاع أو صناعة.
- يقدم علم الاقتصاد معايير لتقييم السياسات الصحية المختلفة لتحقيق الكفاءة والعدالة في الرعاية الصحية.
- يحدد علم الاقتصاد التكاليف والمنافع لمختلف الاختيارات في قطاع الرعاية الصحية.

## 2.5 أساليب تقييم الكفاءة في القطاع الصحي:

بعد قياس الكفاءة في قطاعات مثل الصناعة والزراعة والتجارة أمراً سهلاً، نظراً لسهولة تحويل المدخلات والمخرجات إلى قيم نقدية ومن ثم يمكن حساب ما يعرف بالكفاءة الفنية. أما في قطاع الخدمات فإنه يصعب قياس الكفاءة الفنية بالسهولة نفسها لصعوبة قياس المدخلات والمخرجات نقدياً، فضلاً عن اختلاف المخرجات عن المدخلات في طبيعتها ونوعيتها - كما هو الحال على سبيل المثال في قطاع التعليم - فبينما أن المدخلات هي المدرسون والإداريون والفنيون والميزانية، فإن المخرجات تكون طلاباً تم تخريجهم وطلاباً ما زالوا يدرسون وبعض المخرجات الكيفية - وبالإضافة إلى التباين بين المدخلات والمخرجات نجد أن العلاقة بينهما غير واضحة وغير محددة (باهرمرز، 1996م).

وعلى الرغم من الاهتمام الكبير بقياس الأداء في مجال الخدمات الصحية، إلا أنه من أهم التحديات التي تواجه الباحثين في هذا المجال هو تحديد الطريقة الأكثر ملاءمة للقياس وتحديد مؤشرات الأداء المناسبة لقياس جوانب جودة الرعاية الصحية المختلفة (Sheldon, 1998, p46).

وتستخدم مؤشرات الأداء بدرجة قليلة في الدول التي تعتمد على القطاع الحكومي في تقديم الخدمات الصحية؛ نظراً لقصور أنظمة المعلومات فيها، واختلاف مصادر التمويل، ومن ثم ضعف الحافز لقياس الأداء، وقد بدأ هذا الأمر في التغيير في السنوات القليلة الماضية في

الكثير من الدول ليعكس تزايد المطالبة والإهتمام بأداء المنظمات الحكومية وبخاصة المنظمات الصحية (Sheldon, 1998:p46).

كما سعى العديد من الباحثين إلى تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية، إلا أن معظم الدراسات السابقة في هذا المجال اعتمدت على استقصاء لآراء المستفيدين، أو استقصاء آراء مقدمي الخدمة حول تقييمهم لجودة الخدمات التي تقدمها، دون الخوض في القياس الفعلي لكفاءة أداء هذه المراكز وتقييم جودة هذه الخدمات.

ولقياس الكفاءة المالية في قطاع التأمين لا بد من استخدام مؤشرات للأداء والإنتاجية والربحية (ابو بكر، 2010، ص 196).

إلا أن هذه الأساليب والمؤشرات محدودة في قياس كفاءة مؤسسات الخدمات الصحية، وبخاصة عندما تمتد الدراسة إلى معرفة مؤسسات الخدمات الصحية التي لا تعمل بكفاءة، والرغبة في معرفة الأسباب، والتعرف على الكميات المثلثة من المدخلات والمخرجات التي تتحقق عندها، الكفاءة النسبية. بالإضافة إلى أن طبيعة التفاعل بين المدخلات والمخرجات بعضها البعض في قطاع الخدمات (مثل قطاع الصحة) هي علاقة معقدة، وغير واضحة.

# **الفصل الثالث: التأمين الصحي الحكومي الفلسطيني**

### 3.1 مقدمة:

يمثل التأمين الصحي أهمية بالنسبة لقطاع الخدمات الصحية فهو يسعى لتقديم رعاية صحية متكاملة للمواطنين من خلال عدة أساليب (faculty.ksu.edu.sa):

1. تقديم رعاية صحية قادرة غير مشروطة بقدرة المواطن المادية بحيث تشمل هذه الرعاية المواطنين جميعاً، وبشكل تدريجي مخطط.
2. تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي لجميع المؤمن عليهم للحصول على حق الرعاية الصحية التأمينية بسهولة.
3. العمل على تطوير أساليب الرعاية الصحية.
4. إضافة إمكانيات علاجية حديثة وفق معدلات علمية محددة سلفاً.

ويقوم التأمين بصفة عامة بدور فعال في دفع عجلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية (ابو بكر، 2010، ص 245). ويساهم التأمين في محاربة الفقر، حيث أنه يجنب الفرد العوز والحاجة (عبد ربه، 1997/1996، ص 112). ويُعد التأمين الصحي من أهم أنواع التأمين التي تقدمها شركات التأمين الإسلامية (ملحم، 2012، ص 309).

وإن عقد التأمين في فروع التأمين المختلفة لا يعكس العلاقة الحقيقية بين المؤمن والمؤمن له (شاكر، 2007، ص 633). وتُعد مشكلة تحديد السعر في التأمين من المشاكل المعقدة نظراً لأن أسعار التأمين لا تخضع لقوانين العرض والطلب التي تتحكم في أسعار السلع والخدمات الأخرى (البلقيني، 2009، ص 111). وتظهر أهمية التحليل المالي للتأمين للحكم على مدى سلامة المركز المالي والتنبؤ بمدى قدرتها على الوفاء بالتزاماتها (ابراهيم، 2007، ص 149). وهناك حاجة ماسة لدراسة العوامل المؤثرة على الكفاءة المالية في شركات التأمين باستخدام الأساليب الإحصائية (ابو بكر، 2010، ص 246).

### 3.2 أنماط النظم الصحية:

إن توفير تغطية شاملة هو قضية نبيلة وربما كانت أحد أهم أعمدة القطاع الصحي؛ والطريقة التي تستطيع بها دولة ما تطبيق تغطية شاملة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالطريقة التي تمول بها نظامها الصحي وتغطية تأمينها الصحي. وهناك ما يقارب 200 دولة مسجلة لدى منظمة الأمم المتحدة اليوم، لكل واحدة منها ترتيباتها الخاصة لتوفير الرعاية الصحية لمواطنيها. إلا أن لمعظم تلك الأنظمة اختلافاتها الخاصة، وتودر حول أربعة أنماط (ar.strescom.org) هي:

الأول: في النظام الصحي الوطني البريطاني (نموذج بيفريدج، على إثم مصممه) توفر الرعاية الصحية وتمول عن طريق الحكومة من خلال الضرائب، مثل قوات الشرطة على سبيل المثال.

ففي بريطانيا لا تحصل أبداً على فاتورة طبيب. وتميل تلك الأنظمة لأن تكون متدنية التكلفة بالنسبة للفرد الواحد، نظراً لأن الحكومة، بوصفها المنفق الوحيد، تراقب ما يفعله الأطباء وما يطلبون من أتعاب.

**الثاني:** نموذج بسمارك (بسمارك الذي ابتدع دولة الرفاهية جزءاً من خطة توحيد ألمانيا في القرن التاسع عشر). يستخدم هذا النموذج نظام تأمين يستفيد من صندوق يموله أصحاب العمل والعاملين عن طريق خصم نسبة من الرواتب. ولهذا النظام بعض أوجه الشبه مع نموذج الولايات المتحدة باستثناء أن خطط التأمين الصحي في نموذج بسمارك تغطي الجميع ولا تحقق ربحاً. ووفق هذا النظام تنتهي البلد لأن تكون نموذجاً متعدد المشاركين بالدفع ومتعدد الصناديق. ونموذج بسمارك متبع في ألمانيا وفرنسا وبلجيكا وهولندا واليابان وسويسرا وإلى حد ما في أميركا اللاتينية.

**الثالث:** في نموذج نظام التأمين الصحي الوطني عناصر من نظامي بيفريدج وبسمارك. فهو يستخدم المزودين من القطاع الخاص مثل نموذج بسمارك، لكن الدفعات تأتي من مسدد واحد (الحكومة) من خلال برنامج تأمين تديره ويساهم فيه جميع المواطنين (نموذج بيفريدج). ويميل نظام المسدد الواحد لأن تكون له قدرة سوقية كبيرة على التفاوض للحصول على أسعار أقل؛ على سبيل المثال، تفاوض النظام الكندي للحصول على أسعار متدنية للغاية من شركات صناعة الأدوية. كما تراقب خطط التأمين الصحي الوطنية التكاليف عن طريق تحديد الخدمات الطبية التي تغطي تكلفتها، أو بجعل المرضى ينتظرون للحصول على العلاج.

**الرابع:** لدى الدول الصناعية المتقدمة فقط (وعددها حوالي 40 دولة في العالم من أصل 200) أنظمة تأمين صحي توفر الرعاية لمواطنيها. بيد أن معظم الدول الأخرى تعاني من سوء التنظيم وهي أفقر من أن تستطيع توفير مثل هذا النوع من الرعاية. فالقاعدة الأساسية في مثل هذه الدول هي حصول الأغنياء على الرعاية الصحية، أما الفقراء فيبقون على مرضهم أو يموتون.

**ويمكن إضافة نموذج خامس من التغطية التأمينية هي مزيج وخليط من جميع أنظمة الرعاية الصحية المذكورة سابقاً تجمع في نظام للرعاية الصحية مماثل لما هو معمول به اليوم في الولايات المتحدة أو في الواقع مجموعة الأنظمة المعمول بها في بلد واحد.**

وفي قطاع غزة كونه جزء من فلسطين يُعد التأمين الصحي حالة فريدة نظراً للظروف الخاصة بسبب الاحتلال الاسرائيلي وما ترتب عليه من ظهور فئات خاصة مثل: أهالي الشهداء

والجرحى والأسرى وغيرها، وكذلك من حيث جهات التمويل مثل: وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين، وسيتم الحديث عن نظام التأمين الصحي الفلسطيني بالتفصيل في نهاية هذا الفصل.

### 3.3 فوائد التأمين الصحي للأطراف ذات العلاقة:

إن التأمين الصحي فيه الحل للعديد من العضلات الصحية كما أن فيه فائدة لكافة الأطراف ابتداءً بالمواطن المؤمن عليه، مروراً بجهات العمل وانتهاءً بمقدمي الخدمات (الصحية والتأمينية) ويمكن تلخيص فائدة كل طرف في ما يلي (www.misyemen.com):

أولاً: المؤمن عليه (سواء أكان موظفاً أم عاملاً أم طالباً أم غير ذلك):

- أصبح المرض يشكل همماً لما يرافقه من أعباء مالية ينوء بحملها الأغلبية العظمى من المواطنين، وبدون التأمين الصحي فالخيارات المتاحة لمن ابتلي بمرض إما الصبر على المرض أو اللجوء لبيع الممتلكات أو الاستدانة أو اللجوء لممارسات غير أخلاقية.
- التأمين الصحي يكفل أعلى حد ممكن من العدل والمساواة في تلقي الخدمات الصحية، فبطاقة التأمين الصحي يحملها مدير الشركة كما يحملها أبسط الموظفين.
- يكفل التأمين الصحي الإطمئنان الاجتماعي لدى الموظفين، كما يعزز ويوثق العلاقة بين الموظف وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج عنه بالأقساط التي يدفعونها بجوار ما تدفع عنهم جهة العمل.
- عند تطبيق التأمين الصحي فإن الموظف يتمكن من الحصول على حقوقه بالمعالجة السليمة المنصفة، فالمعالجة سترتبط بوجود المرض أو عدمه.

ثانياً: فوائد التأمين الصحي لجهات العمل (سواء أكانت جهات حكومية أم خاصة أم مختلطة):

- رفع الإنتاجية من خلال المحافظة على صحة الموظفين والحد من الخسائر الناجمة عن الإنقطاع عن العمل بسبب المرض.
- تحقيق الرضا الوظيفي لدى الموظفين وتعزيز ارتباطهم بجهة عملهم.
- تطبيق التأمين الصحي يساعد جهات العمل على أن تؤدي التزامها نحو العاملين بشكل عادل ومنصف بعيداً عن أية محاباة وانتقائية، حيث إن القيادات الإدارية يصعب عليها أحياناً التفريق بين الصادقين والكاذبين في ادعائهم للمرض، مما يؤدي إلى صرف مخصصات لبعض المدعين دون وجه حق بدافع الشفقة.
- يوفر للمدراء وقتهم الثمين ويدخره للأمور الإدارية المتعلقة بمهامهم.
- بعض جهات العمل تصرف مبالغ محدودة سنوية أو شهرية لمنتسبيها لكنها تواجه مشكلة عند حدوث حالة مرضية كبيرة لأحد الموظفين أو العمال، وقد يلجأون للجمع من كافة

العاملين أو محاولة البحث عن دعم من الزكاة أو غيرها، بينما عند وجود التأمين الصحي ستنتفي الحاجة إلى كل ذلك.

**ثالثاً: فوائد التأمين الصحي لمقدمي الخدمات الصحية (سواء أكانت مستشفيات أم أطباء أم صيدليات أم مراكز تشخيصية):**

- زيادة عدد المرضى، حيث يحدث تدفق كبير للمرضى لأن الجميع يصبحون قادرين على مراجعة مقدمي الخدمات الصحية بأسعار زهيدة أو مجاناً أحياناً تحت مظلة التأمين الصحي.
- يكونون مطمئنين لأن الجهات المؤمنة قادرة على دفع أية تكاليف مهما ارتفعت، طالما أنها ضمن الشروط التعاقدية.
- يصبحوا قادرين على تقديم الخدمات الصحية كما يجب أن تقدم، ضمن المعايير الفنية المعروفة دون أن يستوقفهم الوضع المادي للمريض ودون تأثر بتذبذب الوضع الإقتصادي من مريض لآخر، وأحياناً عند المريض نفسه.
- أنظمة التأمين الصحي الحديثة تؤدي إلى رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة، كما تولد التنافس بين مقدمي الخدمات الصحية، لأن هذه الأنظمة تعطي المريض كامل الحرية في اختيار الطبيب والمستشفى الذي يريد، مما يعني أن جموع المرضى المؤمن عليهم سوف يتوافدون على المستشفيات ذات الخدمات الأفضل وفي هذا تحفيز لمقدمي الخدمات الصحية أن يبقوا في الصدارة كي لا يتجاوزهم الآخرون.

**رابعاً: المكاسب الوطنية المتحققة من خلال التأمين الصحي:**

- زيادة إنتاجية الموارد البشرية، وزيادة معدل النمو الإقتصادي.
- تنامي وتطور القطاع الصحي (العام والخاص) لتنافسهم في استقطاب المؤمنين صحياً.
- الحد من استنزاف النقد الأجنبي الناتج عن نفقات العلاج في الخارج، مما يؤدي إلى مزيد من النمو الإقتصادي.
- تشجيع المستثمرين في مزيد من الإستثمارات الصحية الكبرى وبالتالي المزيد من النمو والتنمية للوطن.

### **3.4 الجهود والأفكار والتطبيقات الحديثة:**

تقدم النظريات وخبرة البلد دروساً مهمة تتعلق بالاتجاهات الواعدة والمآزق الواجب تجنبها. ويتطلب تأويل تجربة إصلاح التمويل الصحي النفاذ لما دون العناوين شائعة الإستخدام مثل "النظم الممولة ضريبياً" أو "التأمين الصحي الاجتماعي"، أو حتى ببساطة "التأمين الصحي" (Spaan, 2012). كما يظهر في البيئة المتزايدة فيما يتعلق بالإصلاحات التي تزيد الإتاحة



والحماية المالية لكنها تمول بصورة رئيسية من عوائد الضريبة العامة (مثل كيرغيزستان، المكسيك، رواندا، تايلاند). ويتطلب تعلم دروس ذات معنى من تجارب الإصلاح الإبداعية فهماً أعمق لطريقة تغيير البلدان لموارد تمويلها، وترتيبات تحريك الأموال، وطرق المشتريات، والسياسات الخاصة بالمنافع ومشاركة المريض في التكلفة، ويمكن عرض مجموعة من الجهود والأفكار والتطبيقات الحديثة للإطلاع والاستفادة منها وهي كالتالي:

### 3.4.1 جهود مسار التغطية الصحية الشاملة:

لاحظت منظمة الصحة العالمية أنه لا يوجد مسار مفضل وحيد لإصلاح ترتيبات التمويل الصحي لتحريك النظم نحو التغطية الصحية الشاملة، أي تحسين إتاحة الخدمات الضرورية الفعالة مع حماية المستخدمين من الإفلاس المالي في نفس الوقت. (The world health report, 2010)، وقد زادت المخاوف بأن بعض الإصلاحات، والتي تنفذ غالباً باسم توسيع التغطية، قد تؤدي فعلاً إلى إنقاص العدالة (Gwatkin, 2011).

والإعتماد السائد أن التمويل الإلزامي أو العام أساسي لتحقيق التغطية الشاملة، فلم يستطع أي بلد الوصول إلى تغطية شاملة للسكان اعتماداً بصورة أساسية على مشاركات طوعية في مخططات التأمين، فالإكراه، مع تقديم العون للفقراء، حالة ضرورية لتحقيق الشمولية (Fuchs, 1996). بينما يمكن للتمويل العام أن يأتي من عوائد حكومية عامة أو مشاركات إلزامية، فإن العوائد الحكومية العامة أساسية من أجل تغطية صحية شاملة. حتى إن الحكومة الألمانية تضخ عوائد عامة في النظام للتأكد من أنها تغطي غير القادرين على المشاركة. أما بالنسبة للبلدان الأفقر، فإن بنية الاقتصاد، مع مشاركة كبيرة من السكان خارج التوظيف الأجروري، يجعل من الصعب فرض ضرائب الدخل أو ضرائب الرواتب على معظم المواطنين. وتتطلب أهداف التغطية الصحية الشاملة ترتيبات مالية تعيد توزيع الموارد مسبقاً الدفع إلى أفراد يحتاجون للخدمة الصحية كثيراً (Frenk, 1995).

وفي معظم البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل التي ابتدأت إصلاحات مالية مع برنامج تأمين صحي للطبقة العاملة الرسمية فقط، ويتركز الإنتباه والموارد على مجموعات هي في الأصل مستفيدة وجيدة التنظيم (Svedoff, 2004). أما بالنسبة للبلدان التي لم تنفذ برنامج القطاع الرسمي بعد فتوجد بدائل، حيث ابتدأت رواندا نظام "التأمين الصحي مجتمعي الأساس" بالقيام أولاً بتقديم العون الكامل للفقراء المعروفين من العوائد العامة، ومن ثم إستكمال مشاركات من بقية المجتمع إلى نفس الأموال والاستمرار بتقديم العون إلى كامل النظام عبر تخصيص الميزانية للرواتب والبنية التحتية (Makaka, 2012). أما كيرغيزستان وجمهورية

مولدوفا فقد صممتا نظاماً شاملاً من بداية الإصلاح فيهما بتكوين أموال موحدة للقطاع الرسمي (من المشاركات) وبقية السكان (من العوائد العامة) (Kutzin, 2009). وفي مراجعة نشرت حديثاً، فإن أفكاراً مشتركة بين 9 بلدان أفريقية وآسيوية عملت على تطور ثابت نحو التغطية الصحية الشاملة باستعمال العوائد الضريبية لتمديد التغطية وتقوية أموال الخطر (Lagomarsino, 2012).

### **3.4.2 فكرة المشتريات الإستراتيجية للمحافظة على التقدم:**

إن أداة التمويل الصحي الرئيسية التي تعزز الكفاءة في استخدام الأموال هي المشتريات، وبصورة أكثر تحديداً المشتريات الإستراتيجية. وهكذا يكون تطوير المهارات والنظم الضرورية لذلك جوهر تقوية نظم التمويل الصحية الوطنية، لأنه يتطلب استخداماً مستمراً وتحليلاً للمعطيات المتولدة بالنظام، وهو ما يمكن البلدان من ملائمة نظمها حسب تغير الظروف (Fretheim, 2012). النقطة المهمة تقوية ترتيبات المشتريات ضمن نظام مالي صحي وطني، وليس مشاريع مستقلة أو تدخلات محدودة الزمن.

### **3.4.3 فكرة التحول من البرنامج إلى النظام:**

في مراجعة منهجية نشرها سبان ومساعدوه، وجد أن أغلب مخططات التأمين الصحي تحسن استخدام الخدمة الصحية وتقدم الحماية المالية لأعضائها (Lagomarsino, 2012).

ويمكن أن نطرح هنا السؤال الذي طرحه (Kutzin) وهو: ما هي التأثيرات التي يمكن لبرنامج ما أن يؤثر بها على أهداف التغطية الصحية الشاملة حسب شروط النظام الصحي والسكان ككل؟ (Kutzin, 2001). قد تشارك البرامج في هذه الأهداف، أو قد تقلل من شأنها. أما بوجود وحدة صحيحة من التحليل لكامل السكان وإطار مفاهيمي واضح، يمكن أخذ دروس مناسبة من تجارب البلدان لأن بعضها فاعل وبعضها غير فاعل في الإصلاح المالي الصحي، فلا توجد وصفة بسيطة أو برنامج عمل، لكنها مقاربات.

### **3.4.4 فكرة تخصيص التأمين الصحي (الخصخصة):**

تعاني الخدمات الصحية اختناقات واضحة وتدنياً في مستواها بسبب النمو الكبير في عدد السكان الذي لم يواكبه نمو مماثل في تلك الخدمات، فهناك على سبيل المثال، 2.22 طبيب لكل ألف ساكن في قطر، و2.02 طبيب في الإمارات، و3.37 طبيب في فرنسا، بينما لا يتجاوز العدد في السعودية 1.37 طبيب. وبسبب الإكتظاظ الذي تعانيه المستشفيات الحكومية يضطر المواطن في أحيان كثيرة إلى اللجوء إلى المستوصفات والمستشفيات الخاصة للحصول على الخدمات الصحية الأولية والثانوية، مما يتقل كاهله بتكاليف لا تتناسب، في معظم الأحيان، مع

مستوى دخله (السلطان، 2007). وقد أوصت دراسة (ابو بكر، 2010، ص 180) في ظل إتجاه معظم دول العالم إلى خصخصة نظام التأمينات سواء أكان بشكل كلي أم جزئي فإنه يجب إيجاد أسلوب أو نظام لتحديد قيمة الإشتراك، وقد أظهر النموذج الرياضي وجود علاقة طردية بين معدل الإشتراكات ومعدل التضخم، وعكسية بين معدل الإشتراكات ومعدل العائد على الإستثمار.

إن تخصيص جميع المستشفيات الحكومية، يترتب عليه تدهور محتمل في الخدمات الصحية وارتفاع في تكاليفها، بصورة تجعل من غير الممكن وفاء الوزارة بتعهداتها بتحمل كامل تكلفة التأمين الطبي للمواطنين، ويصبح المواطن الذي لا يقدر على تحمل تكاليف علاجه في مستشفى خاص بالتالي دون أدنى خدمة صحية، مما يتطلب البحث عن حلول أكثر عملية ومناسبة، لا يترتب عليها اتخاذ خطوات تحمل الكثير من المخاطرة. وأحد الخيارات هو وضع تنظيم مماثل لنظام الخدمات الصحية في أستراليا، الذي يعد واحداً من أنجح برامج الخدمات الصحية الممولة من قبل الدولة في العالم، في الوقت نفسه الذي يسمح فيه بقيام القطاع الخاص بدور مهم في تقديم الخدمات الصحية (السلطان، 2007).

### **3.4.5 تجربة استراليا (برنامجي دعم حكوميين):**

تقدم الخدمات الصحية في استراليا من خلال برنامجي دعم حكوميين (السلطان، 2007):  
**البرنامج الأول:** لتقديم خدمات العلاج ويسمى مديكير Medicare، يتم من خلاله تأمين العلاج المجاني لمواطني استراليا في المستشفيات العامة وتحمل معظم تكاليف علاجهم في العيادات والمستشفيات الخاصة.

**والبرنامج الثاني:** هو نظام الإعانات الصيدلانية ( Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)، الذي تقوم بموجبه الحكومة الاسترالية بتحمل معظم تكاليف الأدوية التي يحتاج إليها المريض، سواء أكانت الوصفة الطبية صادرة من مشفى حكومي أم خاص.

برنامج مديكير بدأ تطبيقه عام 1975، وتقوم فكرته على تعويض مقدمي الخدمة الصحية في القطاع الخاص عن الخدمات التي يقدمونها للمستفيدين من البرنامج على أساس رسم محدد سلفاً لكل نوع من أنواع الخدمات الصحية، ويمكن إجمال أهم مكونات البرنامج في التالي:  
1. يتحمل البرنامج تكلفة مراجعة عيادات الأطباء العامين في العيادات الخاصة، و85% من تكلفة مراجعة الأطباء الإستشاريين، والباقي يتحمله التأمين الصحي الخاص بالمستفيد أو المستفيد نفسه.

2. يتحمل البرنامج كامل تكلفة العلاج في المستشفيات الحكومية، التي تشكل معظم المستشفيات، وفيها ثلاثة أرباع الأسرة الطبية في أستراليا، ويحق لكل أسترالي العلاج في هذه المستشفيات مجاناً.

3. يتحمل البرنامج 75% من تكاليف العلاج والتنويم في المستشفيات الخاصة، وما زاد على ذلك يتحمله التأمين الطبي الخاص بالمستفيد أو المستفيد نفسه.

- أما بالنسبة لنظام الإعانات الصيدلانية PBS فتعود بدايته لعام 1948، وتقوم فكرته على:
- ✓ تقديم الحكومة الأسترالية دعماً كبيراً لأسعار الأدوية، فبعد الاتفاق بين الحكومة وموردي الأدوية على سعر دواء معين، يوضع الدواء في قائمة الأدوية المدعومة، بالتالي لا يدفع المواطن إلا جزءاً يسيراً من ثمنه وتتحمل الدولة باقي التكلفة.
  - ✓ يحدد النظام سقفاً أعلى لما يتحمله المواطن من تكلفة كل فاتورة دواء، حيث حدد هذا السقف بمبلغ 4.9 دولار استرالي لمحدودي الدخل ومستفيدي الضمان الاجتماعي ومن في حكمهم، ولسواهم حدد السقف بمبلغ 30.7 دولار استرالي.
  - ✓ وضع النظام حدين أعلىين لإجمالي تكلفة الدواء التي يمكن أن يتحملها المواطن سنوياً، أحدهما لمحدودي الدخل والآخر لغيرهم، وفي حال الوصول إلى الحد الأعلى يصبح الدواء بقية العام مجاناً لمحدودي الدخل، ولغيرهم ينخفض الحد الأعلى لقيمة فاتورة الدواء إلى 4.9 دولار استرالي بدلاً من 30.7 دولار استرالي.

تبلغ التكلفة السنوية لنظام الإعانات الصيدلانية على الحكومة الأسترالية حالياً نحو خمسة مليارات دولار ويتحمل المستفيدون نحو 900 مليون دولار استرالي، ما يعني أن الحكومة الأسترالية تتحمل نحو 85% من تكلفة الدواء عن المواطن الأسترالي.

هذا التنظيم الشامل مكن الحكومة الأسترالية من تقديم خدمات صحية راقية مجانية أو بتكلفة متدنية، وأتاح للقطاع الخاص لعب دور مهم في تقديم الخدمات الصحية، وفق أسلوب يشجع هذا القطاع على التنافس لرفع جودة الخدمة وخفض تكلفتها على المواطن، وله نجاح وشعبية كبيرة بين الأستراليين.

### 3.4.6 فكرة تطبيق برامج استعادة التكلفة:

برامج استعادة التكلفة Cost Recovery أسلوب رائع لإدارة الخدمات الحكومية، وحقق نجاحاً هائلاً في العديد من الدول المتقدمة مثل: كندا وأستراليا ونيوزيلندا، وبموجبها يبقى القطاع الحكومي المقدم للخدمة العامة جهازاً حكومياً غير مخصص، لكنه يدار ويشغل وفق معايير مماثلة لتلك المطبقة في القطاع الخاص (السلطان، 2007). وتقوم فكرتها على مبدأ أن أي جهاز

حكومي يمكنه تحديد المستفيدين من خدماته بدقة، ويستطيع فرض رسوم على خدماته يتحملها المستفيد، ما يمكنه من استعادة التكاليف بشكل كامل أو جزئي، بشرط إدارته وتشغيله وفق أساليب تجارية تهدف إلى خفض نفقاته وزيادة إيراداته ورفع كفاءته الإنتاجية.

وأهم خصائص برامج استعادة التكلفة أن الجهاز الحكومي الخاضع لبرنامج استعادة التكلفة يحظر عليه أن يقوم بتحصيل إيرادات تفوق تكاليف خدماته، ويلزم في حال زيادة إيراداته عن مصروفاته أن يقوم بتخفيض رسومه لتغطي مصروفاته كحد أقصى. ولضمان رفع كفاءة الجهاز المدار وفق برنامج استعادة التكلفة، فإنه ملزم بأن تتم مراجعة مصروفاته، ليس فقط من قبل الأجهزة الرقابية في الدولة، وإنما أيضاً من قبل الجهات والأشخاص المستفيدين المحتملين الرسوم التي يفرضها مقابل خدماته، ولهذه الجهات كامل الحق في الاعتراض على أي مصروفات يرون أنها غير ضرورية أو مبالغ فيها، واقتراح الوسائل التي يمكن للجهاز من خلالها الحد من تكاليفه، وبالتالي تخفيض رسوم خدماته.

وهنا يمكن أن تبدأ وزارة الصحة بخطوة أولية بتحويل جميع المستشفيات التابعة لها إلى برامج استعادة التكلفة، بحيث يكون كل مستشفى أو مجموعة مستشفيات في منطقة إدارية معينة وحدة استعادة تكلفة منفصلة، تدار باستقلالية عن الوزارة وفق ضوابط صارمة تهدف إلى خفض تكاليفها، وتحقيق اعتماد متزايد على إيراداتها الذاتية. وكما هو متبع في المستشفيات الأسترالية الحكومية، أن يتاح للمواطن الخيار في أن يعالج في المستشفى الحكومي "كونه مريضاً عاماً" يحصل على الخدمة مجاناً، أو أن يعالج "كونه مريضاً خاصاً" تتحمل شركة التأمين الصحي، أو هو شخصياً، تكاليف علاجه، ما يتيح له الحصول على خدمات متميزة، كتسريع جدولة العمليات الجراحية غير المستعجلة، أو الحصول على غرفة تنويم خاصة ونحو ذلك من خدمات. وفي البداية يُحدد سقف متدن لنسبة التكلفة التي تتم استعادتها من خلال الإيرادات الذاتية للمستشفى، 10% مثلاً، ثم تزداد تدريجياً، ما يضطر المشفى إلى خفض تكاليفه ورفع إيراداته ليحقق الهدف المطلوب. وتكون الجهات الرقابية في الدولة، بما فيها وزارة الصحة، وكل من يستفيد من خدماتها ويتحمل تكاليفها، مطالبة بمراقبة أدائها وضمان تقديم خدماتها بأقل تكلفة وأعلى كفاءة ممكنة.

### **3.4.7 فكرة الصناديق الحكومية والاجتماعية للتأمين الصحي:**

يرى إستشاري الإدارة الصحية والمشرف العام على الضمان الصحي في وزارة الصحة بالسعودية الدكتور رضا خليل، أن التجارب العالمية الناجحة في التأمين الصحي على المواطنين كانت على شكل صناديق حكومية واجتماعية أو خليط بين الاثنين، بحيث تؤدي هذه الصناديق

دور الوسيط بين المؤمن عليه ومقدم الخدمة سواء أكان من القطاع الحكومي أم الخاص، شرط أن لا تهدف إلى الربح، وإنما تعمل على أسس اقتصادية ومهنية بعيداً عن البيروقراطية الإدارية (www.aslaqa.com).

### **3.4.8 فكرة ابتكار وتطوير حلول مستدامة لنظم تمويل الرعاية الصحية:**

في مؤتمر التأمين الصحي "آفاق وخيارات" بمركز الرياض الدولي للمؤتمرات والمعارض برعاية وزير الصحة الدكتور عبدالله الربيعه. تم استعراض واقع وخصائص النظام الصحي السعودي والرؤية المستقبلية لوزارة الصحة، وهدف المؤتمر إلى تقديم مفاهيم علمية لتوفير الرعاية الصحية المبنية على الحقائق، وكذا تبادل المعرفة والتجارب المحلية والعالمية للتأمين والخدمات الصحية، إضافة إلى ابتكار وتطوير حلول مستدامة لنظم تمويل الرعاية الصحية في المملكة، بمشاركة عدد كبير من المختصين والمهتمين بالشأن الصحي، إضافة إلى 12 متحدثاً من دول أوروبا وأميركا وجنوب أفريقيا، وتم استعراض تجارب كندا والولايات المتحدة الأميركية وبريطانيا وفرنسا وألمانيا في التأمين الصحي. وناقش الخبراء والمختصون في مجال التأمين الصحي التعاوني خلال جلسات المؤتمر تجارب التأمين الصحي الوطنية والإقليمية والدولية، بمشاركة مختصين في مجال التأمين من الكفاءات الصحية الحكومية والأهلية والجامعات السعودية والمجلس الإستشاري العالمي لوزارة الصحة، ووكيل وزارة الصحة بجمهورية ألمانيا الاتحادية ستيفان، وخبراء من البنك الدولي. اليوم الأول من المؤتمر لمناقشة الرعاية الصحية وتمويلها في المملكة، إذ تتضمن الجلسات مقدمة عن أنظمة الرعاية الصحية ونماذج التمويل العالمية، إضافة إلى تاريخ التأمين الصحي في المملكة ونماذج وأدائه، واستعراض أثر التأمين على المؤشرات الرئيسية مثل الجودة والتكلفة وإرضاء المرضى، وبحث التحديات والفرص المتاحة للتأمين الصحي في المملكة (www.aslaqa.com).

### **3.5 الإستراتيجيات الحالية لوزارة الصحة الفلسطينية:**

حددت وزارة الصحة الفلسطينية عام 2010 الإستراتيجية الوطنية للصحة (2011-2013)، نعرض منها ما يلي:

#### **3.5.1 الأهداف الاستراتيجية:**

تحدد الاستراتيجية اتجاه سير العمل لتحقيق الأهداف التالية (وزارة الصحة، 2010):

1. تعزيز التخطيط والإدارة والتمويل المستدام للإستخدام الأمثل للإمكانيات المتاحة.
2. تعزيز أنماط الحياة الصحية وتحسين إدارة الأمراض المزمنة.

3. ضمان الحصول على خدمات صحية ذات نوعية جيدة للجميع خاصة الفقراء والفئات الضعيفة والعاطلين عن العمل.

4. تعزيز التمويل والإدارة المالية من أجل الإستدامة والشفافية.

5. تعزيز الشراكة والتكامل بين القطاعين العام والخاص.

### **3.5.2 ادارة وتنمية النظام الصحي الوطني:**

ترى وزارة الصحة أن الإدارة السليمة شرط أساس لنجاحها توفير خدمات صحية تتميز بالعدالة والجودة والإستدامة. ومن أهم قواعد التنمية هي الإدارة السليمة والقيادة الحكيمة والمساءلة والشفافية، وعلى طريق بناء الدولة تطور الوزارة قدراتها على أداء الوظائف المنوطة بها ووضع وتنفيذ السياسات وتطوير وتطبيق القوانين واللوائح التنظيمية السليمة والتأكد من أن الخدمات الصحية وفعاليات الصحة العامة تفي باحتياجات المواطنين. كما يتم بناء وتطوير هيكل تنظيمي أكثر مرونة لتحقيق الإصلاحات المطلوبة. وتشدد الوزارة على الحاجة إلى إدارة رشيدة في المرافق الصحية وخصوصاً المستشفيات، لتحسين جودة الخدمات والقضاء على الترهل وتقليل التكاليف. وتدعم الوزارة مبدأ اللامركزية في العمل لتحسين الأداء ورفع كفاءة الخدمات.

### **3.5.3 تمويل الرعاية الصحية والإدارة المالية:**

تعمل السلطة الفلسطينية على ضمان حصول المواطنين على خدمات صحية نوعية وبأسعار معقولة من خلال برنامج التأمين الصحي الوطني. وتعمل وزارة الصحة بالتعاون الوثيق مع وزارة العمل ووزارة الشؤون الإجتماعية لضمان حصول العاطلين عن العمل والفقراء الذين لا يستطيعون دفع تكاليف العلاج على كل الخدمات الصحية التي يغطيها التأمين الصحي. كما تعمل وزارة الصحة على إدارة الموارد المالية واستخدامها بطريقة فاعلة. من خلال تطوير إستراتيجية مالية سليمة وترشيد الإنفاق. إضافة إلى سياسة تمويلية تعتمد على الأولويات المستندة على الأدلة والقرائن. حيث تقوم الوزارة بالتعاون مع وزارة المالية ووزارة التخطيط والتنمية الإدارية وشركاء التنمية على ضمان شفافية الإدارة المالية. وبناء عليه تتوقع الوزارة أن تكون آلية تمويل القطاع الصحي على شكل تمويل للاستراتيجية الصحية الوطنية من خلال مبدأ دعم القطاعات و/أو دعم مباشر للموازنة.

### **3.5.4 إستدامة التمويل الصحي:**

وفقاً لاستراتيجية وزارة الصحة (2011-2013) تتم استدامة التمويل الصحي من خلال:

- ✓ دمج الموازنة والتخطيط.
- ✓ وجود نظام إدارة مالية فاعل ومفيد.

- ✓ نظام مالي شامل ومستدام للقطاع الصحي.
- ✓ وجود صندوق للتأمين الصحي يعمل وفق مبادئ العدالة والتغطية الشاملة.

### 3.5.5 فعالية المعونات:

- وفقاً لرؤية وزارة الصحة تتم فعالية المعونات من خلال:
- ✓ الدعم للقطاع الصحي يتماشى والإستراتيجية الصحية الوطنية.
- ✓ الشفافية في نمط وقيمة المعونات.
- ✓ التنسيق ما بين وزارة الصحة ووزارة التخطيط والتنمية الإدارية.
- ✓ الشراكة ما بين القطاع العام والخاص.
- ✓ مذكرات تفاهم بين وزارة الصحة ومقدمي الخدمات الصحية الرئيسيين.

### شعر رقم 2 عملية بناء القدرات المنظمة:

هرم النتائج الصحية في فلسطين  
 مأخوذ من بوتر "س" و برو "ر" 2004: عملية بناء القدرات المنظمة: "جدول الحاجات"



(وزارة الصحة، 2010)

### 3.5.6 واجبات الإدارة الصحية:

- وفقاً لاستراتيجية وزارة الصحة (2011-2013) أهم واجبات الإدارة الصحية ما يلي:
- ✓ استخدام الموارد المالية، خاصة إدارة التكاليف الجارية لرفع مستوى الخدمات والتدريب والتوظيف وبرامج الحوافز والبنية التحتية والتجهيزات.
- ✓ تحسين إدارة الموارد البشرية.
- ✓ تحقيق اللامركزية في الإدارة بتبني آلية تمويل متكاملة، واستخدام الإجراءات الحكومية لتعديل نظام الحوافز المرتبط بقانون الخدمة المدنية، مع تنفيذ القوانين واللوائح الإدارية ونظم الرقابة والمتابعة والتقييم.



### 3.5.7 المخاطر على التنفيذ الناجح للاستراتيجية:

ويمكن تلخيصها فيما يلي (وزارة الصحة، 2010):

- ✓ عدم وجود اتفاق سياسي والتصعيد المستمر للممارسات الاحتلالية.
- ✓ ضعف نمو الاقتصاد الوطني، مما يؤدي إلى نقص في تمويل القطاع الصحي.
- ✓ انقطاع الدعم لإستراتيجية التنمية من وكالات دولية.
- ✓ عدم التزام الجهات المعنية بالخطة الإستراتيجية.
- ✓ مقاومة التغيير والإصلاح داخل القطاع الصحي.
- ✓ ضعف الإهتمام بقضية المساواة والعدالة في تقديم الخدمات الصحية والحصول عليها.

### 3.5.8 ربط الموازنة بالخطة الإستراتيجية الوطنية الصحية وبرامجها:

قامت وزارة الصحة بتقديم مشروع الموازنة السنوية لعام 2009 وللمرة الأولى بناء على الخطة الإستراتيجية الوطنية الصحية وبرامجها، وتقود وزارتا التخطيط والمالية عملية ربط موازنات الوزارات بعمليات التخطيط لديها، ولم يسبق لوزارة الصحة ربط موازنتها بالبرامج والخطة الموضوعية، وعليه فقد كان اقتراح الموازنة للعام (2009-2010) تقديرياً لا يستند إلى معلومات دقيقة، وسيستمر فريق تطوير الموازنة في وزارة الصحة بالعمل من أجل تطوير آليات وضع الموازنة من خلال تقديرات أدق لربط التكاليف بالبرامج، وهذا يعني أن بيانات الموازنة للسنوات المقبلة سوف تعكس الإحتياجات الفعلية لوزارة الصحة وبرامجها مع مراعاة نظام الحسابات الوطنية الصحية. وتعمل وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة المالية لتنظيم آلية عملية إدارة الموازنة، لتمكين الوزارة من تحسين أدائها وربط برامجها بالموازنات المخصصة لها (وزارة الصحة، 2010).

### 3.5.9 تطبيق نظام تأمين صحي إلزامي:

تسعى وزارة الصحة جاهدة ومنذ عدة سنوات إلى التخلص من الثقافة التي كانت سائدة في المجتمع فيما يتعلق بنظام التأمين الصحي ومستحقه مجاناً، وتخفيض نسبة التحويلات العلاجية للخارج، وكذلك التخلص من التأمين الصحي المجاني وبخاصة للعاطلين عن العمل داخل الخط الأخضر والطلاب وغيرهم على أن يساهم هؤلاء بمبلغ رمزي يدفعه المؤمن شهرياً ليتمتع بسلة الخدمات الطبية التي تقدمها وزارة الصحة لكل المؤمن الملتزمين بالدفع الشهري، وتعكف الوزارة على إصدار بطاقة تأمين صحي إلكترونية تشمل: الملف الطبي لكل مؤمن صحياً وتبين التزامه بالدفع الشهري والأدوية التي يتلقاها المؤمن وكل ذلك يمكن الطبيب من الإطلاع على كافة تفاصيل المريض كما وترکز الوزارة على تطوير نظام التأمين الصحي

السابق لكي يصبح نظاماً مبنياً على أساس علمي واقتصادي يساير أحدث النظم العالمية والتي تتناسب ظروف شعبنا الإقتصادية والإجتماعية (مسالمة، 2013).

إن عدم ثبات أعداد المؤمنين صحياً والمتزايد بشكل يحول دون قدرة الوزارة على تحديد احتياجاتها من الأدوية واللوازم الطبية الأخرى، وبموجب نظام التأمين الصحي الحكومي الحالي هنالك بعض الخدمات الصحية التي لا يشملها التأمين الصحي للمؤمنين في ذات الوقت هنالك خدمات صحية حكومية تقدم لجميع فئات المجتمع سواء أكانوا مؤمنين أم غير مؤمنين صحياً، (مسالمة، 2013). علماً بأن التأمين الصحي الشامل إلزامي للموظف العمومي وفقاً لنظام التأمين الصحي لسنة 2006 المادة الرابعة بغض النظر عن إن كان ينتمي لنظام تأمين آخر أم لا.

إن فلسطين وبفضل التقدم العلمي والمؤسساتي الذي حصل فيها خلال الأعوام السابقة والذي يمكن استنتاجه من مؤشرات صحية عديدة ترتقي إلى تلك في الدول المتقدمة مثل: نسبة التطعيم الأساسي الذي يصل إلى 100%، ونسبة التغطية بخدمات رعاية الأم الحامل التي تصل إلى 98%، والولادات في المستشفيات الحكومية التي تصل إلى 96%، إلى آخره من المؤشرات التي تدل أن فلسطين وبفضل جميع العاملين في القطاع الصحي قد تجاوزت مستوى الدول النامية، وعلى الرغم من ذلك فإنه مما لا يخفى على أحد أن واقع الخدمات الصحية لا يرتقي إلى المستوى المطلوب الذي يتناسب مع حجم الإستثمار وطبيعة تكوين هذا النظام بخاصة عند النظر إلى مجموعة من المعطيات التي ترتبط بنجاعة نظام إدارة الخدمات الصحية على المستوى الوطني والمحلي من حيث التالي (الشعار، 2012):

1. **الكلفة:** يشكل الإنفاق على الصحة في فلسطين الأعلى في الدول العربية من حيث نسبة هذا الإنفاق من الناتج المحلي العام حيث يبلغ 15% أي تقريباً ضعف النسب الموجودة في دول الجوار بما فيها إسرائيل وعلى الرغم من أن نسبة أو حجم الإنفاق ليست بالضرورة علامة سلبية بشكل عام، إلا أنه وبالنظر إلى مستوى الفاقد في الخدمات هو عالٍ جداً بسبب ازدواجية الخدمات إضافة إلى أن المخرجات الصحية لا تتناسب مع حجم الإنفاق المذكور من حيث الجودة والسلامة وثقة الجمهور بهذه الخدمات.

2. **التغطية:** على الرغم من أن الوصول إلى مركز صحي مؤهل لتلقي الخدمات الصحية بشكل عام هي قضية في متناول الجميع وبفترة زمنية لا تتجاوز عشرين دقيقة للمستشفى و12 دقيقة لمركز الرعاية الصحية الأولية. إن قضية التغطية وتحديداً جانب العدالة منها يصيب الأقر من فئات المجتمع الذين يفتقرون إلى الموارد الكافية لتغطية تكاليف العلاج بخاصة عند تعذر اللجوء

إلى مؤسسات الدعم وغياب الموارد لدى مقدمي الخدمات مما يؤدي إلى مستوى عالٍ من الحرمان والإجحاف بحق الكثير من الأبرياء المعوزين.

**3. الأحقية:** إن الحق في الصحة والرعاية الصحية هو أحد أهم الحقوق التي ضمنها القانون الإنساني. وإن الترجمة العملية لهذا الحق يأتي من خلال الحق بالتأمين الصحي الشامل والإلزامي الذي يضع جميع أفراد المجتمع بالتساوي عند النظر إلى احتياجاتهم من الرعاية الصحية الجيدة ولا يكون ذلك حكراً على الفئة المقتدرة من الناس.

**4. الجودة والسلامة:** إن قضية ضمان الجودة والسلامة عملية متكاملة تستوجب بناء الأراضية البرمجية التي تركز إلى سياسة تقديم السلة الأساسية للخدمات، ومتابعة الأداء وقياس الأثر بطريقة علمية. إن الكثير من المؤشرات والأحداث التي تشير إلى خلل في نظام تقديم الخدمة مثل وفيات الأمهات والأطفال إضافة إلى المستوى العالي من المضاعفات المصاحبة للأمراض المزمنة، كل ذلك يتناقض بشكل كبير مع مستوى العاملين الصحيين والتجهيز الذي يتمتع به النظام الصحي في بلد مثل فلسطين.

**5. التكامل بين مقدمي الخدمات:** إن تعدد مقدمي الخدمات في فلسطين هو من الظواهر الصحية التي أفرزها الوضع السياسي قبل السلطة واستمر بعدها. ولقد أدى هذا التعدد إلى تأسيس شبكة كثيفة من نقاط تقديم الخدمات الصحية المختلفة وجعل إمكانية الوصول للخدمات ميسراً. بوجود وزارة الصحة مقدماً أساسياً ومظلة برمجية مسؤولة ومساعدة عن تقديم الخدمات. ويوجد العديد من الأمثلة الإيجابية التي تعكس ضرورة وإمكانية التكامل بين القطاعات وبخاصة عند الإتفاق على السلة الأساسية للخدمات والبناء على الكفاءات الغنية المتواجدة في القطاع الصحي. وتشمل خطة التأمين الصحي العديد من الخدمات المرتبطة بالأمراض المزمنة والسرطان، الأمراض الوبائية والصحة العامة بما ينسجم مع قانون الصحة العامة إضافة إلى الإستثناءات المرتبطة بوضع إنساني أو مؤسستي.

إن نسبة التغطية والإنفاق الواسعة ضمن التأمين الصحي الحكومي الحالي والتي يرافقها مستوى متدن من المساهمة الفعلية للمستفيدين يؤدي إلى تراكم العجز في ميزانية المقدم الرئيس للخدمات دون الحصول على مخرجات حقيقية تتعلق بالجودة، والسلامة والتوزيع العادل للخدمات المقدمة جغرافياً واجتماعياً، وإن قانون التأمين الصحي الإلزامي الشامل يهدف إلى وضع حلول منهجية لقضايا الحقوق الصحية المتساوية، وضمان التفاعل البناء بين مقدمي الخدمات المختلفة وربط ذلك بمعايير ضمان الجودة والسلامة للمنتفعين. أما على الصعيد الخاص، وحيث أن وزارة الشؤون الإجتماعية قد استطاعت بناء هيكل ممنهج لرصد توزيع

الفقر والتعامل مع هذه الظاهرة بطريقة متكاملة تشمل الآثار الاجتماعية والصحية للظاهرة وربط ذلك بعملية التنمية وليس الإحسان، وهذا النظام يأتي منسجماً وممهداً لبناء أوسع للضمان الاجتماعي في المجتمع ويأتي التأمين الصحي الشامل والإلزامي جزءاً عضوياً ومهماً بخاصة عند التطرق إلى الإحتياجات الصحية للفئات الأكثر فقراً وتهميشاً (الشعار، 2012).

### معيقات تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل والإلزامي:

أولاً: تعدد الأدوار: في الوقت الذي شكل تعدد القطاعات المقدمة للخدمات الصحية ظاهرة مهمة، فإنه الآن يشكل المحور والرصيد الأساسي الذي يمكن أن يرتكز عليه نظام رعاية صحية متكاملة يحترم الإحتياجات الصحية وبنفس الوقت يستفيد من الخبرات المتركمة والميزات المؤسساتية لدى القطاعات المختلفة. وعلى وجه التحديد، فإن نظام التأمين الصحي المقترح يعتمد على المؤسسات التالية في عملية التكامل (الشعار، 2012):

1. وكالة الغوث: تميزت وكالة الغوث في تقديم سلة خدمات رعاية صحية واضحة المعالم والمحتوى على مدى عقود طويلة، ونرى أن الوكالة تعاني من تقليص ملحوظ للموارد المالية المتاحة لها مما يدفعها في بعض الأحيان إلى تقليص بعض الخدمات الأساسية. إن منهجية العمل في مؤسسات وكالة الغوث ومستوى الجودة تشكل صمام أمان لفئة تقترب من 50% من المجتمع في الضفة الغربية وقطاع غزة. ونظراً لتداخل خدمات الوكالة مع خدمات وزارة الصحة في العديد من المواقع والخدمات، فإن وجود آلية للتكامل وتوزيع الأدوار بين وزارة الصحة والوكالة ضمن نظام التأمين الصحي الشامل سوف يساعد الطرفين على القيام بدورهما بشكل متناغم ومتكامل.

2. المؤسسات غير الحكومية: لقد جاء ارتباط مؤسسات العمل الصحي الأهلية القوي بالمجتمعات المهمشة والبعيدة ليشكل نمط ونوعية الخدمات المقدمة والتي بمعظمها تتركز في خدمات الرعاية الصحية الأولية والتعزيز الصحي بمفهومه المجتمعي الواسع. وعلى الرغم من نشوء شبكة مراكز خدماتية واسعة ضمن هذا القطاع إلا أن العمل هنا تركز بحجمه وجوهره على العمل مع المجتمعات وضمن برامج مبنية على المجتمع مثل: برامج الصحة المدرسية والأمراض المزمنة وصحة المرأة. وإن التحديد البرامجي للدور المكمل لهذه المؤسسات كفيل بوضع نموذج تعاون يؤدي إلى تقوية دور المؤسسات الأهلية والوزارة على حد سواء.

3. القطاع الخاص: يشكل القطاع الخاص رافداً أساسياً وقوياً استطاع أن يسد العديد من الثغرات الخدماتية بخاصة في مجالات طبية عالية التخصص. وقد أثبتت التجربة أن القطاع الصحي الخاص هو قطاع على مستوى عالٍ من المهنية والإنتماء الوطني بخاصة أثناء

الأزمات. وتشكل آلية العمل مع القطاع الخاص إحدى أهم القضايا التي يجب أن تعالج بمستوى عالٍ من المهنية والحرص بخاصة فيما يتعلق بالمعايير والإعتماد.

**ثانياً: الضرورة:** إن طرح قضية قانون التأمين الصحي الشامل من أهم القضايا الإجتماعية إلحاحاً بخاصة إن وجود تأمين بهذا الشكل سوف يشكل آلية لحل العديد من القضايا التي تعيق الوصول إلى نظام صحي عالي الكفاءة والجودة. أضف إلى ذلك أن الحصول على الرعاية الصحية في مجتمع يعاني من تراكم مشاكل بيئية وديموغرافية كبيرة تشكل هماً يومياً لكل مواطن فلسطيني. وللوصول إلى دولة مؤسسات ولكي ينعم كل أبناء شعبنا بالفرصة العادلة لرعاية صحية تحفظ حياته وكرامته (الشعار، 2012).

### **3.6 مراحل تطور التأمين الصحي (في فلسطين):**

يمكن عرض مراحل تطوير نظام التأمين الصحي في النقاط الرئيسية التالية:

1. تم تأسيس نظام للتأمين الصحي الحكومي عام 1978م حيث كان يجمع بين نظامين أحدهما في الضفة والآخر في غزة، وكان الإشتراك فيه إلزامي لموظفي الإدارة المدنية والحالات المسجلة في وزارة الشؤون الإجتماعية، أما بالنسبة للأفراد فالإشتراك فيه طوعي.
2. صدر أول نظام للتأمين الصحي الحكومي في عهد السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1995م حيث اعتمد في أهم موارده على الإشتراك الإلزامي لموظفي السلطة الوطنية الفلسطينية والإشتراك الإختياري لباقي أفراد المجتمع، واعتمد على الخدمات المقدمة داخل المستشفيات والمراكز الحكومية للمشاركين والمنتفعين وعلاج غير القادرين مجاناً.
3. تم تعديل هذا النظام عام 2000م.
4. عدل هذا النظام عام 2004م حيث كانت أبرز معالمه إمكانية تقديم الخدمات العلاجية خارج مستشفيات وزارة الصحة.
5. تم تعديل النظام عام 2006م.

### **3.7 خدمات التأمين الصحي في فلسطين:**

#### **3.7.1 مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في فلسطين:**

يتركز نشاط القطاع الصحي الحكومي في مجال الخدمات الصحية الوقائية وفي مجال الرعاية الصحية الأولية، وفي مجال المستشفيات العامة، ويشارك القطاع الحكومي في هذا المجال قطاعي الأونروا والمنظمات غير الحكومية. بينما يتركز نشاط القطاع الخاص في الطب العلاجي، فمعظم منشآت القطاع الخاص عيادات طب عام أو اختصاص، أو طب أسنان،

بالإضافة إلى عدد من الأنشطة الطبية المساعدة، ومستشفيات الإختصاص (شليبي ولدودة، 2007).

### **3.7.2 تحديات تواجه النظام الصحي:**

هناك تحديات تواجه هذا النظام الصحي، من أهمها (شليبي ولدودة، 2007):

- أ. الزيادة المضطربة في الطلب على خدمات وزارة الصحة، سواء أكانت الخدمات المقدمة من المؤسسات الصحية الحكومية، أم من خلال نظام التحويل للعلاج بالخارج.
- ب. ارتهان تطور، بل واستمرار الخدمات الطبية، بما فيها الرئيسية بتوفر الدعم الخارجي. وهذا يضع علامة استفهام على استدامة هذه الخدمات، ويضع على عاتق الجهات المعنية مهمة التفكير بصورة استراتيجية في هذه المسألة، بما في ذلك إحداث تغيير جذري في النظام الصحي، وتعزيز درجة الإعتماد على الذات في تمويل البرامج المهمة.
- ج. استمرار التركيز على خدمات الطوارئ يضعف إمكانية تطوير الخدمات الصحية الأساسية وبالتالي ضعف إمكانية متابعتها وتحسين نجاعتها.
- د. تراجع الأداء الإقتصادي والصحي بسبب الفقر ففي تقرير المحددات الصحية بقطاع غزة 2010م لمركز المعلومات الصحية الفلسطينية تبين أن نسبة الفقر 38%، ونسبة الفقر المدقع 23%، أما نسبة البطالة 37.8%. وأدى الحصار الصهيوني إلى نقص مستمر وخطير في المواد الأساسية الذي نتج عنه حدوث أمراض تغذوية مزمنة، واستخدام العدو الصهيوني أنواعاً من الأسلحة التي لها تأثير على صحة الإنسان منها غاز الفسفور واليورانيوم التي تحدث تهتكات في العظام وتؤثر على الأجنة وتسبب مرض السرطان.

### **3.7.3 الإطار القانوني للنظام الصحي الحكومي:**

ينظم قانون الصحة العامة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن الفلسطيني، وكذلك من خلال نظام التأمين الصحي والتحويل للخارج المقر من قبل مجلس الوزراء رقم 113 للعام 2004. بالإضافة إلى التعليمات المشتقة منهما والخاصة بمختلف الخدمات الصحية المقدمة. وسيتم استعراض الجوانب ذات العلاقة بالخدمات الصحية المقدمة في إطار التأمين الصحي الحكومي.

### **3.7.4 قانون الصحة العامة:**

ينص قانون الصحة العامة الفلسطيني للعام 2004 على توفير التأمين الصحي للسكان ضمن الإمكانيات المتوفرة. وكذلك يدعو الوزارة إلى إعطاء الأولوية في نشاطها إلى صحة المرأة والطفل، واعتبار ذلك جزءاً لا يتجزأ من الإستراتيجية الإنمائية للسلطة الوطنية الفلسطينية. وتقوم الوزارة بوضع برامج التطعيم الوقائي وتنفيذها مجاناً.

### 3.7.5 نظام التأمين الصحي الحكومي:

يقوم التأمين الصحي الحكومي في فلسطين على حق المواطنين في الحصول على الخدمات الصحية وفقاً للنظام، وواجب المواطنين التكافل في تغطية تكاليف الخدمات الصحية. أما من حيث الفئات التي يغطيها التأمين فهي تشمل الفئات التالية (شليبي ولدودة، 2007):

- فئة اشتراكها في التأمين الصحي إجباري، حيث يُعد موظفو القطاع الحكومي مؤمناً عليهم تلقائياً مقابل أقساط التأمين الشهرية التي تخصم من رواتبهم.
- يحق للأطفال حتى ثلاث سنوات الاستفادة من خدمات المؤسسات الصحية الحكومية بغض النظر عن تأمين أسرهم.
- الذين يتعرضون لإصابات أثناء فعاليات مدرسية ومراكز التدريب المهني الرسمية والمؤسسات الحكومية الأخرى.
- فئة من المؤمنین يستفيدون من خدمات التأمين الصحي كونه جزء من سلة الخدمات التي تقدمها لهم وزارات ومؤسسات حكومية أخرى، مثل: الأسر التي تتلقى مساعدات من وزارة الشؤون الإجتماعية، وأسرة الشهداء والأسرى.
- فئة اشتراكها في التأمين الصحي اختياريًا، سواء أكان من خلال اشتراك فردي أم ضمن إشتراكات جماعية (مؤسسات)، ونسبة هذه الفئة قليلة من إجمالي المؤمنین صحياً.

ويعتمد التأمين الصحي في تمويله على إشتراكات موظفي الحكومة بصورة أساسية، حيث يسمح النظام الحالي باستفادة المريض من خدمات التأمين الصحي عند حاجته لها، وبالتالي لا يميل الأفراد إلى الإشتراك الإختياري في هذا التأمين إلا عند الحاجة. وتتضمن سلة الخدمات الصحية التي يشملها النظام مجموعة من الخدمات الصحية التي يجري تقديمها في مؤسسات الوزارة الصحية، وأخرى يتم شراؤها من مؤسسات صحية أخرى في فلسطين أو خارجها، ويحدد النظام كذلك نسب مساهمة المؤمن المالية في تكاليف العلاجات المختلفة، وقيمة أقساط الإشتراك في التأمين الصحي.

#### 3.7.5.1 مظاهر الفساد في القطاع الصحي الفلسطيني:

تعددت مظاهر الفساد في الجهاز الصحي الحكومي التي كشفت عنها المقابلات (شليبي ولدودة، 2007). وقد جرى تمييزها في مجموعات وفقاً للتصنيف الوارد في ندوة الفساد والحكم الصالح في العالم العربي (الشعبي، 2004)، والتي أشارت إلى أن ظاهرة الفساد في فلسطين تتجلى بمجموعة من السلوكيات التي يقوم بها بعض من يتولون المناصب العامة، وبالرغم من التشابه أحياناً والتداخل فيما بينها إلا انه يمكن إجمالها فيما يلي:

- الرشوة: أي الحصول على أموال أو أية منافع أخرى من أجل تنفيذ عمل أو الإمتناع عن تنفيذه مخالفةً للأصول.
- المحسوبية: أي تنفيذ أعمال لصالح فرد أو جهة ينتمي لها الشخص مثل حزب أو عائلة أو منطقة...إلخ، دون أن يكونوا مستحقين لها.
- المحاباة: أي تفضيل جهة على أخرى في الخدمة بغير حق للحصول على مصالح معينة.
- الوساطة: أي التدخل لصالح فرد ما، أو جماعة دون الإلتزام بأصول العمل والكفاءة اللازمة مثل: تعيين شخص في منصب معين لأسباب تتعلق بالقرابة أو الإلتزام الحزبي رغم كونه غير كفؤ أو مستحق.
- نهب المال العام: أي الحصول على أموال الدولة والتصرف بها من غير وجه حق تحت مسميات مختلفة.
- الإبتزاز: أي الحصول على أموال من طرف معين في المجتمع مقابل تنفيذ مصالح مرتبطة بوظيفة الشخص المتصف بالفساد.

وقد أظهر العمل الميداني أنه بالنسبة لفلسطين لا توجد رشوة أو ابتزاز، بينما الشكل الأكثر شيوعاً هو المحسوبية، ومن المفيد التذكير في هذا المجال أن أشكال الفساد المختلفة لا تمس في العادة، في حق الحالات المرضية ذات الأولوية من الإستفادة من الخدمات اللازمة، وفيما يلي نماذج من الفساد في القطاع الصحي الفلسطيني الحكومي (شلبي ولداودة، 2007):

1. **المحسوبية:** الطريقة الشائعة التي يلجأ إليها المواطن للحصول على هذه الخدمة هي اللجوء إلى أحد المسؤولين، وتيسير حصولهم على التوقيعات والتحويلات اللازمة. وتكاد تكون هذه الطريقة متاحة لمعظم المواطنين.
2. **المحاباة:** أظهرت المقابلات ممارسات تدرج تحت هذا النمط من الفساد، وفي العادة يمارس هذا النوع لصالح كبار المسؤولين. فهناك بعض الخدمات العلاجية غير المتوفرة في سلة التأمين الصحي، ولكنها يتم تغطيتها من خلال التأمين الصحي نتيجة تجاوزات لكبار المسؤولين في السلطة الوطنية. وتوجد استثناءات تم إعطاؤها لكبار المسؤولين من حيث الإستفادة من التأمين الصحي.
3. **الوساطة:** وهذه تتقاطع مع الشكلين السابقين، حيث يجري التدخل لصالح البعض بهدف حصولهم على الخدمات الصحية بما يتعارض مع النظام، أو تسريع دورهم في الحصول على العلاج. مثلاً: يتم التدخل من قبل كبار المسؤولين لتجاوز الإجراءات والنظام في حالات معينة بهدف تحويل بعض الحالات التي يتوفر لها علاج في الداخل.



4. **نهب المال العام:** ويقتصر هذا النوع من الفساد على بعض كبار المسؤولين في المستشفيات، بما فيهم أطباء ويتم ذلك في العادة من خلال استغلال عملهم في المستشفى لتغذية عياداتهم الخاصة بالزبائن، أو استخدام مرافق المستشفى لصالح زبائن عياداتهم. فأحياناً يطلب الطبيب من المريض مراجعته في عيادته الخاصة، ويوجد انطباع لدى المرضى أن زيارة الطبيب في عيادته الخاصة يوفر علاجاً أفضل لهم، ويسهل لهم الحصول على خدمات المستشفى. وفي الوقت نفسه يقوم الطبيب باستغلال مرافق المستشفى، بخاصة غرفة العمليات، لإجراء عمليات لزبائنه دون انتظار الدور.

### **3.7.5.2 العوامل المولدة للفساد في القطاع الصحي الحكومي:**

من خلال العمل الميداني، ومن خلال مراجعة الأنظمة والتعليمات الناظمة لعمل القطاع الصحي الحكومي، يمكن تلخيص العوامل المولدة للفساد، أو التي تزيد من احتمالات ممارسته فيما يلي (شلبي ولداودة، 2007):

#### **3.7.5.2.1 بنية التأمين الصحي الحكومي:**

يجمع نظام التأمين الصحي الحكومي في الضفة الغربية وقطاع غزة ما بين نظامين، أحدهما إلزامي والآخر طوعي. وإن الجمع بين مقدم الخدمة ومتابعها في ظل إلزامية التأمين الصحي بالنسبة لموظفي القطاع العام يفقد هذا النظام قابلية المسائلة عن نوعية خدماته أو ضمان النزاهة والمساواة بين المواطنين في الإستفادة من هذه الخدمات، كذلك يفقدها حوافز تطوير النظام، أو السعي إلى توسيع دائرة المشتركين فيه، خاصة وأن إدارة التأمين الصحي الحكومي لا تراعي المعايير الإقتصادية، وهي خاسرة باستمرار نتيجة معاناتها من مشكلة الإختيار العكسي، أي يقوم المواطن بالإشتراك في التأمين الصحي الحكومي عندما يحتاج إلى العلاج. ويفتح نظام التأمين الصحي الحالي الباب واسعاً أمام كسر النظام من خلال تدخلات المسؤولين أو من خلال الإستثناءات التي يسمح بها النظام نفسه.

#### **3.7.5.2.2 ضعف الشفافية وآليات المحاسبة:**

يرتبط هذا العامل ببنية وهيكلية التأمين الصحي الحكومي بصورة رئيسية، فمن يقوم بمتابعة ومساءلة الوزارة عن خدماتها هي الوزارة نفسها. وبترافق ذلك مع ضعف في أنظمة العمل والمعايير التي تشكل مرجعية لمحاسبة الوزارة عن تقديم خدماتها بصورة نزيهة من جهة، ومن جهة أخرى لا يتاح لأعضاء التأمين الصحي الإطلاع على آلية تقديم الخدمة والإستفادة منها، فلا توجد بيانات ملائمة، ولا توجد سياسة نشر واضحة للمعلومات. ومن ذلك أن المرضى إذا لم يجدوا الدواء في صيدلية المركز الصحي أو المستشفى يقومون بشرائها على حسابهم الخاص، رغم أن عقد التأمين الصحي يلزم مؤسسة التأمين الصحي تقديمه لهم.

### 3.7.5.2.3 فقر الموارد والضغط الكبير على موارد الجهاز الصحي الحكومي:

تعاني وزارة الصحة من شح في مواردها، وفي الوقت نفسه يزداد الطلب على خدماتها، وهذا يعني زيادة التنافس على هذه الخدمات، وقد أشار أحد المسؤولين إلى أن 40% من ميزانية وزارة الصحة يأتي من داخل الوزارة، وتشكل رسوم التأمين الصحي نسبة كبيرة من ميزانية الوزارة، ويتم تحويل هذه الأموال لوزارة المالية والتي بدورها تدخل ضمن الميزانية المحددة للوزارة ويتم صرفها بشكل غير منتظم، مما يعيق عملية التخطيط في الوزارة. كذلك يوجد نقص في كافة المستلزمات الطبية والأدوية، مما يؤدي إلى خلل في عملية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين وبشكل ضغطاً على هذه الخدمات خاصة بعد تأمين انتفاضة الأقصى الذي أدى إلى زيادة عدد المستفيدين من الخدمات الصحية الحكومية، بدون زيادة متزامنة في الكادر الوظيفي والمرافق والأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية.

### 3.7.6 إجراءات تساعد في تحسين الوضع القائم:

- قدم (شليبي ولدودة، 2007) عدداً من الإجراءات تساعد في تحسين الوضع القائم وتشمل:
- ✓ إعادة بناء مؤسسة التأمين الصحي والعلاج في الخارج، وتعزيز الشفافية والمحاسبة فيها.
  - ✓ إعادة تشكيلها على أنها مؤسسة عامة لها إدارتها الخاصة المستقلة، والتي تجمع الجهات ذات العلاقة: الحكومة، القطاعين الخاص والأهلي، والمستفيدين، وخبراء مستقلين في هذا المجال، ولها استقلالها المالي، وهذا يعني الفصل بين مقدم الخدمة والجهة المشرفة عليها.
  - ✓ تشريع قانون بالزامية التأمين الصحي، والبدء في المرحلة الأولى بموظفي القطاع العام، والمنظمات الأهلية، والشركات الكبيرة والمتوسطة، وهذا يسمح بإدارة التأمين الصحي على أسس اقتصادية سليمة، فيسمح بتجميع موارد كبيرة يمكن استثمارها اقتصادياً، وتسمح بديمومة هذا النظام والتغلب على مشكلة الإختيار العكسي (التأمين عند المرض فقط).
  - ✓ قيام مؤسسة التأمين الصحي بتحديد سلة خدماتها، وشراء هذه الخدمات من القطاع الحكومي أو القطاع الخاص والأهلي، أو من خارج فلسطين وفق تسعيرة خاصة لكل خدمة، بحيث يتاح المجال أمام المستفيد لتحديد الجهة التي تقدم له الخدمة، ويدفع فرق سعر هذه الخدمة.
  - ✓ إيجاد حلول لتمويل تأمين الأسر الفقيرة، من خلال وزارة الشؤون الإجتماعية أو المؤسسات الخيرية المختلفة.
  - ✓ إيجاد اتفاقيات مع الجهات المختلفة المؤهلة لتقديم الخدمة، سواء أكانت مؤسسات صحية حكومية، أم أهلية أم خاصة، ويكون واضحاً لجمهور أعضاء التأمين شروط الاستفادة من هذه الخدمات في المؤسسات المختلفة.

✓ إيجاد أنظمة وتعليمات واضحة تحدد حقوق وواجبات المؤمنين، وسياسة واضحة لنشر البيانات، وآليات محددة للمحاسبة، وتعليمات واضحة لسلوك الموظفين تراعي اختلاف تخصصاتهم، بما فيها تحديد معايير واضحة ومكتوبة ومعلنة لتحديد الإستثناءات في تقديم خدمات التأمين الصحي للحالات الإنسانية الطارئة، لمنع التجاوز باسم الحالات الإنسانية.

✓ تنويع شراء الخدمة بالترافق مع تسعيرة محددة للخدمات الصحية لمعالجة مشكلتين يعاني منها التأمين الصحي، وهما: ضعف التمويل وتسجيله خسائر متراكمة، وعزوف المواطنين عن الإشتراك في التأمين الصحي الحكومي.

هكذا يسمح النظام بتقديم الخدمة لجميع المؤمنين ضمن مقاييس مقبولة، ويشجع رغبة البعض في التميز من خلال اختيار الجهة التي سيتلقى الخدمة منها، وفي الوقت نفسه يولد هذا النظام حالة تنافسية بين المؤسسات الصحية المختلفة.

هذه الاجراءات المقترحة جديرة بالاهتمام ودراسة إمكانية تطبيقها في الوقت الحالي، ويمكن ملاحظة أن بعضها تم تنفيذها فعلاً خلال السنوات السابقة.

### 3.8 أنواع التأمين الصحي الفلسطيني:

يشتمل التأمين الصحي الحكومي على نظامين من التأمينات:

1. النظام الرسمي (حسب النظام): يتمثل في كل من التأمين الإلزامي، والإختياري، والشؤون الإجتماعية، والإشتراك الجماعي، وأسر الشهداء والجرحى، وغيرها.

✓ التأمين الإلزامي:

ينطبق على موظفي القطاع الحكومي المؤمن عليهم تلقائياً مقابل أقساط التأمين الشهرية التي تخصم من رواتبهم بغض النظر عن التزامهم بتأمينات أخرى، حيث يستقطع 5% من الراتب الأساسي لموظفي القطاع الحكومي ومن في حكمهم بحد أدنى لا يقل عن 50 شيكل وحد أعلى لا يزيد عن 75 شيكل، وبالإضافة إلى استثناء المتقاعدين الذين يتقاضون راتباً من هيئة التأمين والمعاشات من الحد الأدنى.

✓ التأمين الإختياري:

هو تأمين إختياري (طوعي) يدفعه المشتركون على أساس فردي 5% من قيمة الراتب الإجمالي بحد أدنى 50 شيكل و بحد أعلى 75 شيكل.

✓ تأمين وزارة الشؤون الإجتماعية:

الحالة الإجتماعية المؤمن عليها: الحالة المدرجة على قائمة الحالات الإجتماعية في وزارة الشؤون الإجتماعية والمنظمة إلى نظام التأمين الصحي على نفقة وزارة الشؤون الإجتماعية،

ويقوم هذا النظام على تولى وزارة الشؤون الاجتماعية بدفع 50 شيكلاً عن كل مؤمن من قبلها لوزارة الصحة.

### ✓ التأمين بعقد جماعي:

تتقاضى وزارة الصحة من البلديات والشركات والجمعيات والمؤسسات الأهلية وذلك عبر عقد جماعي يتم خلاله خصم 5% من الراتب الإجمالي لكل موظف مقابل الإشتراك في التأمين الصحي على أن يكون الحد الأدنى 50 شيكلاً و الحد الأعلى 75 شيكلاً علماً أنه تم استثناء البلديات بقرار من مجلس الوزراء ليتم التعامل معهم كموظفي الحكومة و تخصم قيمة إشتراكات موظفيهم من خلال مستحقاتهم في وزارة المالية.

2. النظام المجاني وبرسوم مخفضة: يشمل تأمين العمال، وتأمين مجاني حسب قرار الوزير،

وتأمين كبار السن، وتأمين حالات اجتماعية ... وغيرها، أبرزها ما يلي:

- ✓ تأمين كبار السن (فوق الستين) الذي ليس له دخل أو موظف أو له سجل تجاري أو موظف متقاعد والأرامل والمطلقات يأخذ تأمين مجاني لمدة سنة كاملة.
- ✓ المؤسسات الخاصة التي تعنى بالمرضى وتشمل: قرية الأيتام (للأطفال) والمرضى المنتسبين لجمعية الحق في الحياة وجمعية المعاقين حركياً ومركز شمس للأطفال ومرضى التلاسيميا.

✓ أصحاب البيوت المجرفة والأراضي المدمرة.

✓ الأسرى والمحروون العاطلون عن العمل.

✓ الورش المقصوفة والمدمرة كلياً.

✓ جمعية رعاية المعاقين وكافة الإعاقات سواء أكانت بصرية أم سمعية أم عقلية.

✓ الرواتب المقطوعة والمتدنية (أقل من 500 شيكلاً).

✓ تأمين للخريجين العاطلين عن العمل لسنة 2011 فقط.

✓ تأمين انتفاضة الأقصى مجاني الذي يمنح للعمال العاطلين عن العمل والذي وصل في عام 2011 إلى 90000 أسرة (تسعون ألف أسرة).

علماً بأن التقرير الصحي السنوي لعام 2012 (صفحة 100) صنف أنواع التأمين الصحي

في خمسة أنواع رئيسية كالتالي:

✓ التأمين الإجباري (Compulsory):

✓ التأمين الطوعي (Voluntary):

✓ تأمين العاملون داخل الخط الأخضر (Workers in Israel):

✓ تأمين العقود (Group /Contracts):

✓ تأمين الشؤون الاجتماعية (Social Welfare):

### 3.9 التأمين الصحي في قطاع غزة:

يجمع نظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة ما بين نظامين، أحدهما إلزامي والآخر إختياري (طوعي) ويوجد تأمينات متعلقة بالنظام الرسمي مثل التأمينات الحكومية والتأمينات الإختيارية والإشتراكات الجماعية وغير ذلك. وقسم آخر يهتم بالتأمينات المجانية وبرسوم مخفضة التي تمنحها الوزارة إلى بعض الفئات من المجتمع نتيجة الوضع الراهن للعلاج فقط داخل مراكز وزارة الصحة. وأولت وزارة الصحة خلال السنوات الخمس الأخيرة اهتماماً غير مسبوق بنظام التأمين الصحي، حيث تم إعفاء الآلاف من العمال وكبار السن والأرامل والمطلقات فضلاً عن الأسرى المحررين من رسوم التأمين الصحي، وقد وصلت قيمة الإعفاءات خلال عام 2011م ما يزيد على 71.436.885 شيكل، كما قامت الوزارة بتطوير نظام التأمين الصحي من أجل توفير الخدمة الصحية المتميزة لجميع المواطنين على قدم المساواة، وذلك بتوفير الرعاية الصحية في مستواها الأول (Primary Health Care) والثاني (Secondary Health Care) على أعلى مستوى فني مع المساهمة في توفير الرعاية الصحية في مستواها الثالث (Tertiary Health Care) في مؤسسات وزارة الصحة أو خارجها، وإيماناً من الوزارة أن تطوير نظام التأمين الصحي يعد بمثابة مدخلاً أساسياً لتحقيق العدالة في إتاحة الرعاية الصحية العاجلة والكاملة لكل فرد في المجتمع، حرصت الوزارة على تطبيق نظام التأمين الصحي ليشمل كافة فئات المجتمع، وتبذل الحكومة جهداً بتوجيه الإستثمارات اللازمة إلى القطاع الصحي والتوسع في مظلة التأمين الصحي لتغطية جميع فئات الشعب.

#### 3.9.1 وحدة التأمين الصحي في قطاع غزة:

وحدة التأمين الصحي هي إدارة خدماتية تعنى بتقديم خدمات الاشتراك في نظام التأمين الصحي للجمهور والتي يسمح من خلالها تلقي الخدمات الصحية للمرضى في المستشفيات ومراكز وزارة الصحة ويتعلق جزء كبير من عملها في الجانب المالي. وتعتبر وحدة التأمين الصحي من الوحدات المساندة في وزارة الصحة حيث تقوم على تقديم خدمة التأمين الصحي للمواطنين من خلال نظام معتمد ومقر من جهات الاختصاص، وتتبع وحدة التأمين الصحي حسب الهيكلية المعتمدة لوكيل الوزارة. وتبرز أهمية الوحدة في حجم الخدمة التي تقدمها حيث أنها تخدم جميع فئات المجتمع وحجم الإيراد المحصل مقابل تقديم هذه الخدمة. وتنقسم وحدة التأمين الصحي إلى دائرتين هما: دائرة التأمين الصحي المركزية، ودائرة مكاتب فروع التأمين الصحي حيث تقدم الوحدة خدماتها عبر تسعة مكاتب فرعية موزعة على معظم مناطق قطاع غزة بالإضافة إلى المقر الرئيسي للوحدة والتي بدورها تقوم بتوفير الخدمة للمواطنين حسب منطقة السكن.

## جدول 1 مكاتب وفروع وحدة التأمين الصحي بقطاع غزة:

الرقم	المكتب	المكان
1.	المكتب الرئيسي	فندق الأمل شارع عمر المختار باتجاه الغرب.
2.	فرع الرمال	عيادة الرمال.
3.	فرع الصوراني	عيادة الصوراني.
4.	فرع الشيخ رضوان	عيادة الشيخ رضوان.
5.	فرع الوسطى	عيادة النصيرات.
6.	فرع جباليا	عيادة شهداء جباليا.
7.	فرع بيت لاهيا وبيت حانون	عيادة بيت لاهيا.
8.	فرع خان يونس	بندر خان يونس.
9.	فرع بني سهيلا	عيادة بني سهيلا.
10.	فرع رفح	عيادة رفح المركزية.

### 3.9.2 أقساط التأمين والمساهمة والخدمات:

قسط التأمين الشهري: مبلغ تقرره وزارة الصحة مقابل الاستفادة من سلة الخدمات الصحية.

مساهمة المواطن في العلاج والخدمات الصحية: المبلغ الواجب على المريض دفعه عند تلقي الخدمات الصحية حسب اللوائح المعمول بها.

الخدمات الصحية للمؤمنين: يتم تقديم مجموعة من الخدمات الصحية للمؤمنين وتشمل: خدمات عامة من وزارة الصحة، وخدمات مباشرة من المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة، وخدمات من مؤسسات غير تابعة للوزارة سواء داخل فلسطين أو خارج فلسطين.

الخدمات الصحية التي تُشترى من خارج الوزارة:

1. تكون هذه الخدمات معفاة من الدفع جزئياً.
2. يجوز للوزير أو من يخوله حق الإعفاء بعد إجراء البحث الإجتماعي.
3. لا تشمل هذه الخدمات... الأجهزة التعويضية واللوازم الطبية المساعدة كالأطراف الصناعية والنظارات والعدسات اللاصقة وأجهزة السمع وعمليات التجميل.... إلخ.

#### 3.9.2.1 مساهمة المشترك في التأمينات المتعلقة بالنظام الرسمي:

حسب نظام التأمين الصحي الرسمي نسبة المساهمة 5% من دخل الفرد في المجتمع بحد أدنى 50 شيكل وحد أقصى 75 شيكل ، باستثناء المتقاعدين من الحد الأدنى، والحد الأدنى

للموظف الحكومي 40 شيكل، يضاف 5 شيكل عن كل مُرافق يُسمح بإضافته في تأمين المؤمن، والقسط الشهري لنقابات العمال 50 شيكل شهرياً ما عدا رسوم الإضافات للمرافقين.

حيث تشمل التأمينات بالنظام الرسمي ما يلي:

1. التأمين الإلزامي الذي يقتطع من المشترك في هذا النوع من التأمين مبلغاً يتناسب مع دخل وعدد أفراد الأسرة، ويتراوح بين "50-75" شيكل شهرياً ويقتطع من المواطنين الحكوميين والمتقاعدين "5%" من الراتب الأساسي أو التقاعدي.
2. تم تخفيض رسوم التأمين الصحي إلى 10 شيكل للموظفين المتقاعدين والذين لا يتقاضون راتباً تقاعدياً ومتقاعدي الجمعيات والمؤسسات.
3. تأمين فردي اختياري "طوعي"، يدفع المشتركون في التأمين الصحي على أساس فردي 5% من قيمة الراتب.
4. تأمين الضمان الإجتماعي الذي يقوم على تولى وزارة الشؤون الاجتماعية تغطية نفقات التأمين الصحي عن الأسر الميسورة حسب الأنظمة المعمول بها.
5. تأمين أسر الشهداء والجرحى ويقوم هذا النظام على تولى مؤسسة رعاية أسر الشهداء والأسرى ورعاية الجرحى تغطية نفقات التأمين الصحي عنهم.
6. التأمين بعقد جماعي بحيث تتقاضى وزارة الصحة من المؤسسات الأخرى وشركات القطاع الخاص والمنظمات الأهلية مقابل الإشتراك في التأمين الصحي 5% من الراتب الأساسي.
7. قيمة قسط الإشتراك الشهري للأبوين أو أحدهما دون سن الستين بموجب تقرير عجز طبي (10 شيكل) عن كل منهما، أعزب (50 شيكل)، طالب جامعي أعزب (20 شيكل)، رسم اشتراك (60 شيكل)، رسم بدل تالف أو ضائع لبطاقة التأمين الصحي (30 شيكل).
8. يحصل من مراجعي دوائر الصحة العامة والعيادات الخارجية عند تلقي الخدمات الصحية مساهمة نقدية كما يلي: **الدواء:** 3 شيكل عن كل وحدة دواء في العيادات الخارجية، 1 شيكل عن كل وحدة دواء للأطفال دون سن 3 سنوات، **الأشعة:** 2 شيكل عن كل فيلم يتم تصويره بالأشعة العادية، 51 شيكل عن كل جزء يتم تصويره بالأشعة (C.T.) داخل مراكز وزارة الصحة، ويضاف 18 شيكل في حال استخدام المادة الملونة، 9 شيكل عن الإيكو، 6 شيكل عن الألتراساوند. **المختبر:** 1 شيكل عن كل فحص مخبري يتم طلبه ويشمل ذلك الفحوصات الروتينية (بول، براز، C.B.C، E.S.R، Hemoglohin)، 6 شيكل عن كل فحص زراعة (Culture)، 12 شيكل عن فحص (Pathology).

### 3.9.2.2 مساهمة الوزارة في تغطية تكاليف العلاج:

تساهم الوزارة بتغطية ما يلي:

- ✓ 95% من تكاليف علاج أصحاب التأمينات الإجبارية، والشئون الإجتماعية، وقرار الرئيس،
- ✓ 65% لأصحاب التأمينات الإختيارية للحالات الطارئة والمستعجلة (أقل من شهرين فترة انتظار)،
- ✓ 75% لأصحاب التأمينات الإختيارية أكثر من شهرين وأقل من 6 أشهر (فترة انتظار)،
- ✓ 80% لأصحاب التأمينات الإختيارية مننظم دون انقطاع من ستة أشهر لأقل من 5 سنوات،
- ✓ 90% لأصحاب التأمينات الإختيارية مننظم دون انقطاع خمس سنوات فأكثر،
- ✓ كذلك تغطي كافة تكاليف العلاج في حالات السرطان (المشخصة فقط)، وعمليات زراعة الكلي بشرط وجود متبرع، وحالات الغسيل الكلوي، وحالات الأمراض السارية والمعدية، وأمراض الدم (الهيموفيليا والتلاسيميا) بالإضافة إلى الخدمات الصحية التي يتم شراؤها من خارج وزارة الصحة،
- ✓ تقدم مجاناً خدمات الرعاية الأولية في مراكز الأمومة والطفولة، وخدمات الكوارث الطبيعية والحروب، وأي خدمات أخرى يوافق عليها مجلس الوزراء بالتنسيق من وزير الصحة، ويحق للوزير في الحالات والظروف الطارئة اتخاذ القرارات المناسبة.

كما يوجد العديد من الخدمات التي لا يغطيها التأمين وهي:

1. الأجهزة التعويضية، واللوازم الطبية المساعدة كالأطراف الصناعية.
2. النظارات الطبية والعدسات اللاصقة، وأجهزة السمع، وتركيب وتقويم الأسنان.
3. الجراحات التجميلية غير الضرورية صحياً، ومعالجات العقم، والأدوية الهرمونية.
4. زراعة الأعضاء باستثناء القرنية والكلية (بشرط وجود متبرع وبدون المساهمة في الشراء).
5. تشطيب نفقات إقامة المرافقين للمرضي.
6. الأدوية خارج قائمة الأدوية الأساسية المعتمدة.
7. يتحمل المريض المؤمن نسبة 25% من التغطية المالية لأي جهاز أو أداة مساعدة تدخل في العملية الجراحية (المفصل الإصطناعي، الشرائح والمسامير والصفائح المعدنية وأجهزة التثبيت، منظم ضربات القلب، ودعامات الشرايين، والصمامات الصناعية).
8. يعامل المؤمن عليه معاملة غير المؤمن عليه في الحالات التالية: (حوادث الطرق، حوادث العمل، الحوادث القضائية، الحالات غير الطارئة في مراكز الطوارئ حسب بروتوكولات إدارة المستشفيات، استخدام سيارة الإسعاف بطلب ذاتي، المساهمة المعتمدة، التطعيم



لأغراض السفر للخارج، تصديق الوثائق، الفحص لطلب رخصة سيطرة، التقارير الطبية بطلب شخصي، تصوير الملفات وفقاً للأنظمة.

### 3.9.2.3 تخفيض رسوم التأمين لفئات محددة:

تم تخفيض رسوم التأمين لفئات محددة والذي يشمل ما يلي:

1. أصحاب السيارات برسوم 10 شيكل شهرياً، وإذا تم إحضار عضوية نقابة سائقين يتم تخفيض القسط السنوي إلى 80 شيكل.
2. تأمين صحي مؤقت خاص بالأجهزة الأمنية برسم 60 شيكل من بداية السنة حتى نهايتها الرواتب المقطوعة والمتدنية مثل (شركة البحر وأسرى ومحربين وغير ذلك) ولهم راتب حسب الرواتب المقطوعة كل حسب فئة الراتب.
3. الجمعيات والنقابات وحملة الشهادات ما عدا نقابة العمال برسم 5 شيكل شهرياً للعاطلين عن العمل مع إحضار كتاب يثبت ذلك برسم 10 شيكل.
4. أصحاب الورش المتضررة والمحاربون القدامى ورابطة مقاتلي الثورة 5 شيكل شهرياً.
5. عمال المحررات برسوم 30 شيكل سنوياً.
6. الخطوط الجوية الفلسطينية نفس معاملة الرواتب المقطوعة.

### 3.9.2.4 ملف تأمين العمال:

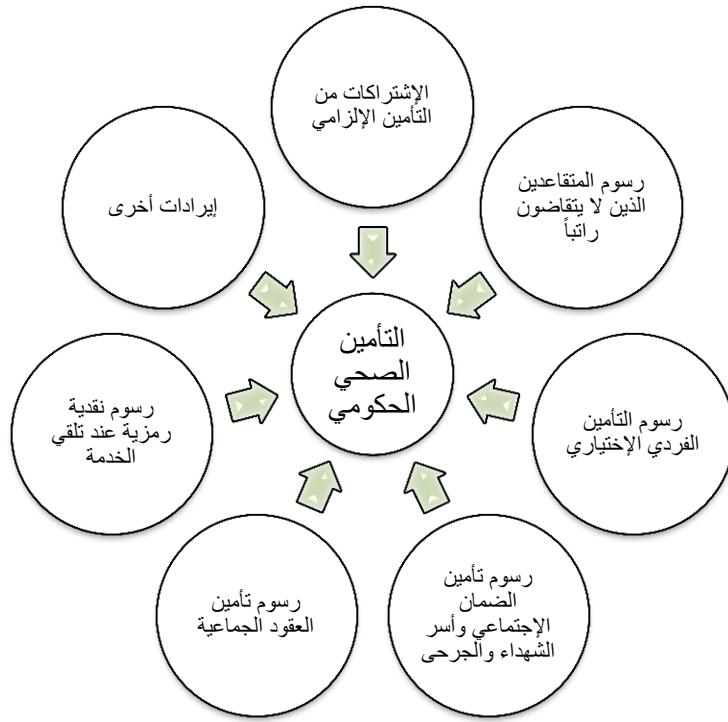
رتبت وحدة التأمين ملف العمال وفرزت بنوده حسب ما هو مدون في الجدول التفصيلي للتأمينات المجانية، كما ويوجد تأمينات مجانية بدون رسوم وتأمينات برسوم رمزية، وتتعامل مع ملف العمال حسب البيانات المتوفرة لديها من الجهات الرسمية بعد التواصل مع هذه المؤسسات. في عام 2010م تم إدخال جميع التأمينات المجانية على برنامج التأمين الصحي بحيث يظهر عدم صلاحية أي تأمين بدون الرجوع للنظام وعدم التضارب بين التأمينات الرسمية والتأمينات المجانية وعدم الإزدواجية في التأمينات الرسمية والمجانية وإغلاق أحد التأمينين حسب الإستحقاق.

### 3.9.2.5 مصادر التمويل وأوجه الإنفاق لصندوق التأمين الصحي الحكومي:

مما سبق يمكن تلخيص مصادر التمويل وأوجه الإنفاق لصندوق التأمين الصحي الحكومي كما يلي:

أولاً: مصادر التمويل:

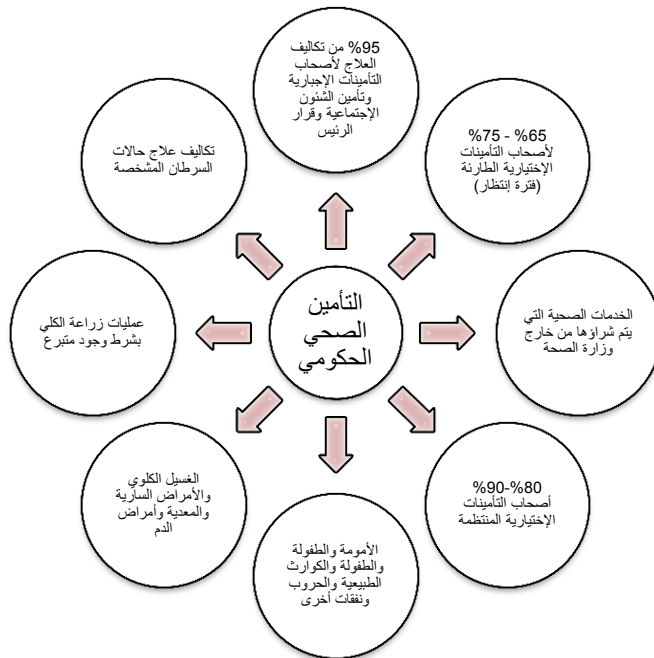
شكل رقم 3 مصادر تمويل التأمين الصحي الحكومي:



المصدر: إعداد الباحث

ثانياً: أوجه الإنفاق:

شكل رقم 4 أوجه الإنفاق على التأمين الصحي الحكومي:



المصدر: إعداد الباحث

### 3.9.3 أهداف وحدة التأمين الصحي:

إن الهدف الرئيسي لوحدة التأمين هو زيادة أعداد المستفيدين من التأمين الصحي وتطوير الخدمة بما يساهم في التخفيف عن المواطنين. وقد بدأت وزارة الصحة بتطوير نظام التأمين الصحي لتوسيع قاعدة المستفيدين من التأمين الصحي لتشجيع المؤسسات الخاصة والأفراد للانضمام إلى التأمين الصحي لإضفاء مزيد من المرونة على النظام وتشجيع مزيد من المواطنين والمؤسسات للانضمام إليه. وتسعى الوزارة لتخفيف العبء على المواطن وحصوله على الخدمة حيث يقطن دون جهد التنقل بين المحافظات. وقد تم ربط جميع مكاتب فروع التأمين الصحي بشبكة موحدة خاصة ببرنامج التأمين الصحي عبر الحاسوب الحكومي من خلال الإخوة المتخصصين في وحدة الحاسوب وتكنولوجيا المعلومات. وتسعى وحدة التأمين إلى تقديم خدمة ورعاية صحية بجودة عالية وكفاءة مميزة للجرحى والمرضى وتحسين وتعزيز صحة كافة مستفيدي التأمين الصحي في فلسطين، من خلال تقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية بعدالة وجودة عالية وذلك بالإستخدام الأمثل للموارد والتقنيات وبالشراكة الفعالة مع الجهات ذات العلاقة والقيام بالدور التنظيمي والرقابي على الخدمات المرتبطة بصحة المواطن ضمن سياسة صحية شاملة.

### 3.9.4 أهمية التأمين الصحي:

إن قطاع التأمين بشقيه التجاري والإجتماعي يعتبر أداه هامة ومميزة من أدوات تجميع المدخرات (عبد ربه، 1996/1997، ص 104). ومن مزايا التأمين الصحي: المساهمة في تخفيف تكاليف العلاج وتطوير الملف الطبي والعلاج والمتابعة الطبية على مدار اليوم وفي كافة المراكز الطبية بالإضافة إلى عدم وجود سقف خدمة لحامل البطاقة العلاجية.

### 3.9.5 التأمين الصحي الخاص في قطاع غزة:

يعمل في قطاع غزة عدة شركات تأمين خاصة ولا تعتبر هذه الشركات التأمين الصحي نشاطها الرئيسي حيث تشترط غالبيتها شراء خدماتها التأمينية الأخرى، كما أن التأمين الصحي من خلال هذه الشركات تكلفته مرتفعة مقارنة بالتأمين الصحي الحكومي، بالإضافة إلى رفض هذه الشركات تأمين المرضى الذين يعانون من أمراض مستعصية.

### 3.9.6 صعوبات وتحديات نظام التأمين الصحي الحكومي:

تعرض نظام التأمين الصحي الحكومي صعوبات وتحديات تحد من إمكانية التطور والنمو ومن زيادة عدد المشتركين في هذا النظام أهمها:

1. البطالة العالية في قطاع غزة مما يحد من إمكانية الإشتراك الطوعي بسبب عدم قدرة العاطلين عن العمل على تسديد رسوم الإشتراك الشهرية للتأمين.

2. عدم الالتزام بتسديد الرسوم المستحقة للإشتراك، وبخاصة من قبل المشتركين طوعياً.
3. الحصار الخانق الذي يعيشه الشعب الفلسطيني.

### **3.9.7 إنجازات وحدة التأمين الصحي:**

- ✓ تطوير نموذج الإحصائية الشهرية وتوزيعها علي جميع مكاتب الفروع بحيث يشمل جميع العمليات والحركات التي يقوم المكتب بتقديمها للمراجعين لجميع أنواع التأمينات وعن طريق هذا النموذج المستحدث يتم معرفة الإحصائية الشهرية لكل مكتب على حدة.
- ✓ إدخال تقنية الحوسبة للعمل لما لها من تطوير للكفاءة وسرعة إنجاز المعاملات ضمن برنامج إلكتروني خاص بالتأمينات الصحية.
- ✓ عمل بروشورات وبوسترات تعريفية للنظام والتواصل مع الجمهور من خلال المستشفيات ومراكز الرعاية الأولية وتوزيعها في صالات الإنتظار بالمستشفيات ومراكز الرعاية الأولية وذلك بالتعاون مع وحدة العلاقات العامة والإعلام.
- ✓ قيام الوحدة من خلال قسم التسويق بالتواصل مع المؤسسات والشركات المختلفة لتشجيعهم على الإشتراك الجماعي بالنظام.

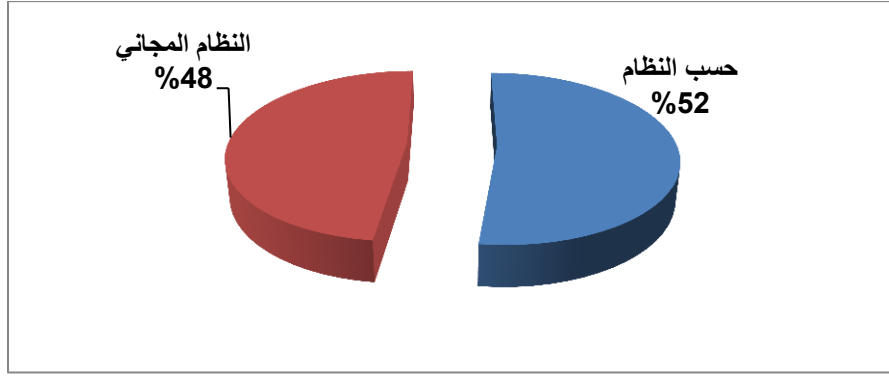
### **3.9.8 العائلات المؤمنة بالتأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة:**

يتحمل القطاع الحكومي النسبة الأكبر من الإنفاق على الخدمات الصحية المقدمة للجمهور في فلسطين، ويشكل الإنفاق على الصحة في فلسطين الأعلى في الدول العربية من حيث نسبة هذا الإنفاق من الناتج المحلي حيث يبلغ حوالي 15% تقريباً. (وزارة الصحة، تقرير التأمين الصحي 2013)

وتحاول وزارة الصحة أن تصل إلي التأمين الصحي الشامل والإلزامي، ومنذ قيام السلطة الوطنية الفلسطينية، وسّعت الفئة المشمولة بالتأمين الصحي الحكومي لتشمل جميع الدوائر الحكومية التي استحدثت وقطاع العمال الخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية، وتم توفير تغطية مجانية لعائلات الشهداء والأسرى وكذلك الأطفال دون سن الثالثة من العمر. (وزارة الصحة، تقرير التأمين الصحي 2013). وتهتم وزارة الصحة بالتأمين الصحي كونه مدخلاً لتحقيق العدالة الاجتماعية يترجم عملياً بتوسيع مظلة التأمين الصحي لتغطية كافة أفراد المجتمع.

#### **3.9.8.1 نسب العائلات المؤمنة الإجمالي:**

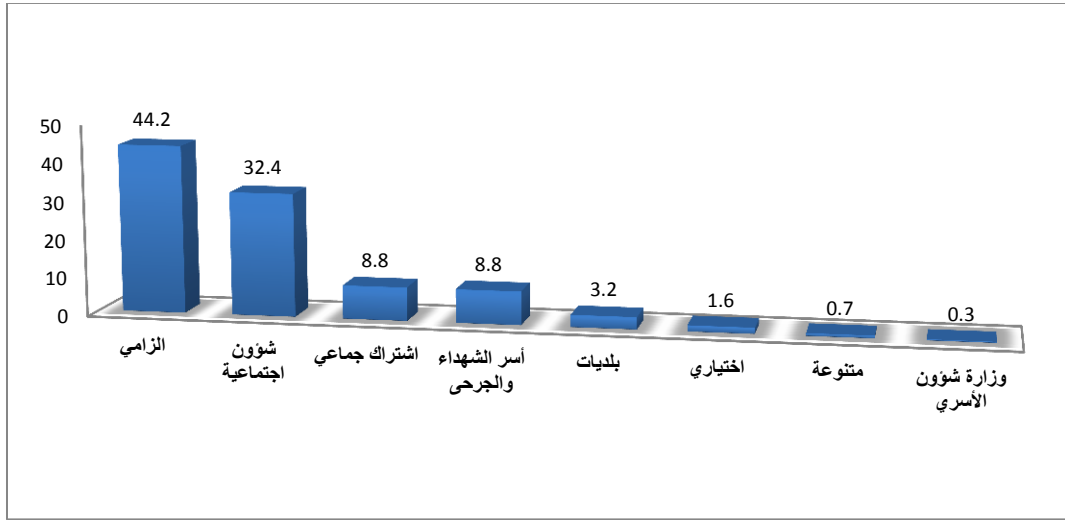
شكل رقم 5 نسب العائلات المؤمنة الإجمالي حتى نهاية عام 2013 حسب نظام التأمين:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

من الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن نسبة النظام المجاني (48%) كبيرة مما يشكل عبءاً كبيراً على نفقات الصحة، وهذه النفقات بحاجة لتغطية وتمويل.

شكل رقم 6 نسب العائلات المؤمنة الإجمالي حتى نهاية عام 2013 حسب نوع التأمين:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

من الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن التأمين الإلزامي يمثل أكبر نسبة (44.2%)، يليه تأمين الشؤون الاجتماعية (32.4%)، ونجد أن التأمين الاختياري لا يمثل سوى (1.6%)، وهذا يعكس اتجاه المواطنين لعدم التأمين الاختياري مما يوضح سبب الفجوة بين المؤمنين وعدد السكان، وهذا يحتاج إلى المزيد من الجهود لتغطية الفجوة بين الإيرادات المحصلة من التأمين والنفقات على المستفيدين من خلال توسيع مظلة المؤمنين.

### 3.9.8.2 مقارنة إجمالي العائلات المؤمنة نهاية 2012، 2013 حسب نوع التأمين:

بلغت نسبة ارتفاع تأمين اشتراك جماعي 16% عن العام 2012، يليه تأمين الشؤون الاجتماعية بنسبة 10.2%. وتأمين أسر الشهداء والجرحى 7.7%، وقد تراجعت 3 أنواع من التأمين هي: (إختياري، بلديات، وزارة شؤون الأسرى) بنسبة انخفاض (12.3%، 5.7%، 2.4%) على التوالي.

جدول 2 نسبة التغير في إجمالي عدد العائلات المؤمنة حسب نوع التأمين (2012، 2013):

نوع التأمين	2012	2013	نسبة التغير عن 2012
الزامي	43090	45533	5.7
شؤون اجتماعية	30233	33331	10.2
إشتراك جماعي	7781	9026	16
أسر الشهداء والجرحى	8389	9033	7.7
إختياري	1861	1631	- 12.3
بلديات	3535	3332	- 5.7
وزارة شؤون الأسرى	329	321	- 2.4
متنوعة	363	380	4.7
المجاني (مفصل في جدول 3)	91093	94912	4.2
الإجمالي	186674	197499	5.8

• متنوعة تشمل: (تأهيل الاسرى، وفاء الأحرار، متقاعدي الخط الأخضر)

المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن أعلى نسبة تغير إيجابي كانت لتأمين الإشتراك الجماعي (16%) يليه تأمين الشؤون الإجتماعية (10.2%)، وقد تراجعت 3 أنواع من التأمين هي: (إختياري، بلديات، وزارة شؤون الأسرى) بنسبة انخفاض (12.3%، 5.7%، 2.4%) على التوالي، وإن انخفاض عدد العائلات المؤمنة بالتأمين الإختياري يؤكد على أن عدم وجود حوافز أو الزامية ستؤدي إلى تراجع هذا النوع من التأمينات، أما بالنسبة للبلديات قد يكون السبب قلة الوظائف فيها خلال عام 2013 حيث أنه تم اعتبار التأمين لموظفيها الزامياً كالوظائف الحكومية.

### 3.9.8.3 العدد التراكمي لبطاقات التأمين المجاني حتى نهاية العام 2013:

بلغ الإجمالي العام للعائلات المؤمنة بالتأمين المجاني 94912 عائلة، منهم 62508 عائلة من العمال حيث انخفضت عن العام 2012 بنسبة 4.3%، يليه 15505 عائلة مؤمنة من كبار السن، يليها الحالات الإجتماعية من أرامل ومطلقات ما عدده 2996 عائلة و بنسبة ارتفاع 53.8% عن العام 2012، في حين ارتفعت العائلات المؤمنة برسوم رمزية بنسبة 38.3% (جدول 3). هذه النسبة توضح مدى التحديات التي تواجه التأمين الصحي بشكل خاص ووزارة الصحة بشكل عام حيث أن أصحاب هذه التأمينات بحاجة لتغطية للنفقات المتوقعة على علاجهم وعلاج عائلاتهم.

### جدول 3 العدد التراكمي لبطاقات التأمين المجاني حتى نهاية العام 2013:

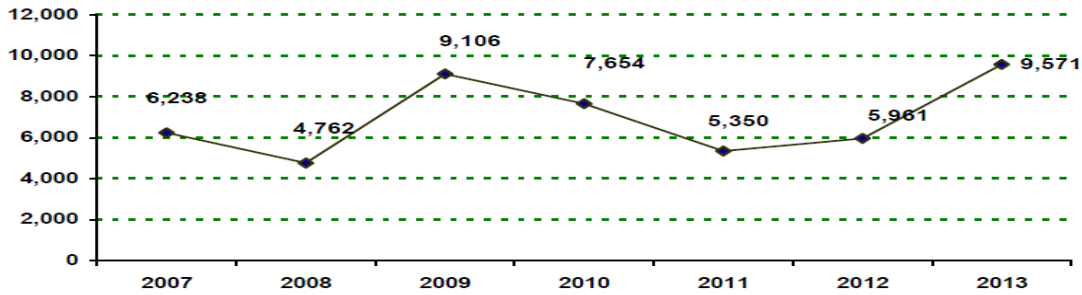
ملاحظة	نسبة التغير	البند / الاجمالي (%)	2013	2012	نوع بطاقة التأمين
	-4.34	65.86	62508	65344	تأمين عمال مجاني
بيت مهذوم - جمعية المعاقين حركياً - مريض تلاسيميا ... إلخ	-11.16	1.56	1481	1667	حسب قرار الوزير
	17.86	16.34	15505	13155	كبار السن
أرامل ومطلقات	53.80	3.16	2996	1948	حالات اجتماعية
اتحاد فلاحين - جمعية المحاسبين - جمعية حدادي فلسطين ... إلخ	38.35	13.09	12422	8979	برسوم رمزية
	4.19	100.00	94912	91093	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

### 3.9.8.4 عدد العائلات المؤمنة خلال العام 2013 حسب النظام:

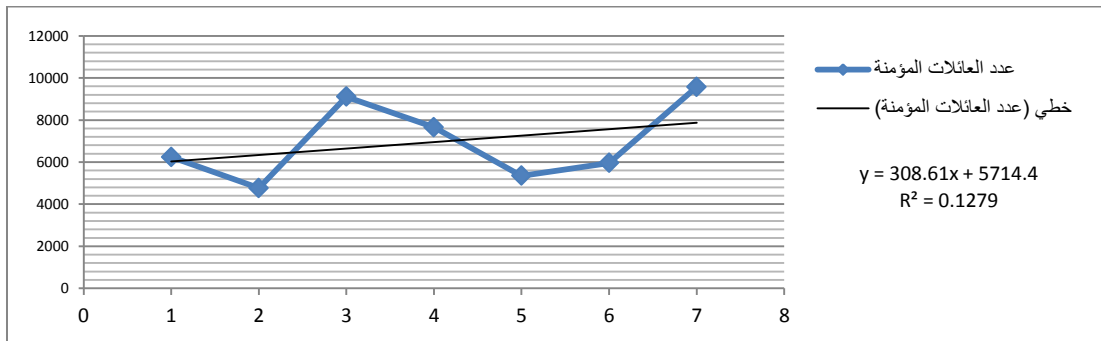
بلغ عدد العائلات المؤمنة حسب النظام في العام 2013 (9571) عائلة، حيث ارتفع عن العام 2012 بنسبة 60.6%، والرسم التالي يوضح الأعداد للسبع سنوات الأخيرة.

شكل رقم 7 عدد العائلات المؤمنة خلال الفترة (2013-2007) حسب النظام:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

شكل رقم 8 معادلة خط الإنحدار وقيمة  $R^2$  لعدد العائلات المؤمنة (2013-2007) حسب النظام:



المصدر: إعداد الباحث من الشكل السابق.

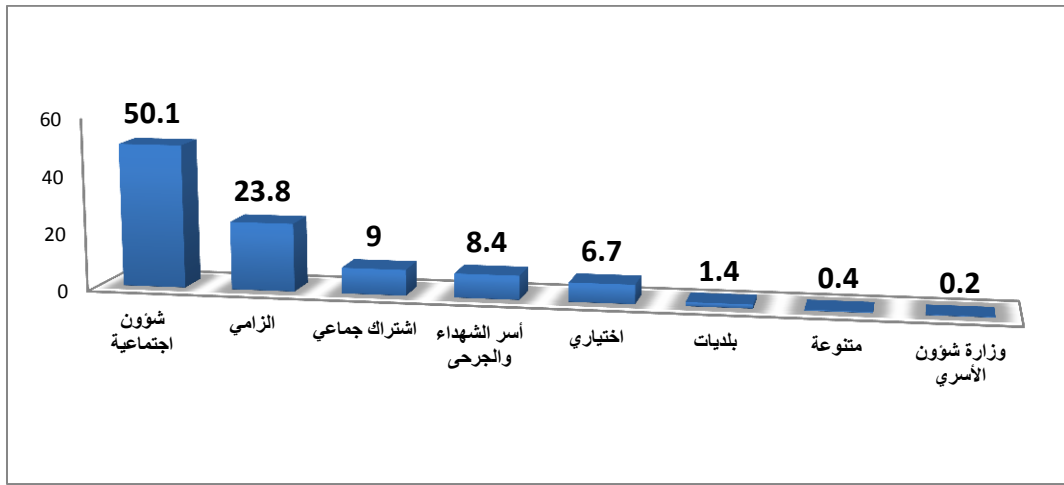
من الشكل السابق يمكن ملاحظة أن قيمة  $R^2 = (0.128)$  وهذا يشير إلى علاقة ارتباط ضعيفة موجبة بين الزمن وعدد العائلات المؤمنة، ويمكن استنتاج ضعف العلاقة من عدم تطابق

النقاط مع خط الإنحدار، كما يمكن استنتاج أن العلاقة موجبة من شكل خط الإنحدار حيث يرتفع كلما اتجه ناحية اليمين، ويمكن التنبؤ بالسنوات اللاحقة من خلال المعادلة  $y = 308.61x + 5714.4$  ، علماً بأنه تم استبدال السنوات من (2007-2013) بالأرقام (1-7)، ويمكن ملاحظة أن نسبة الخطأ في التقدير ستكون كبيرة بسبب ضعف العلاقة الخطية، ويمكن ملاحظة أن عدد العائلات المؤمنة خلال العام زادت عن سابقتها مرتين فقط مرة عام 2009 ومرة عام 2013، قد يكون العدوان الاسرائيلي (بحرب الفرقان، وحرب حجارة السجيل) وما ترتب عليه من جرحى وحالات اجتماعية له علاقة بهذه الزيادة، ويمكن ملاحظة ذلك من جدول 3 بند الحالات الإجتماعية حقق أكبر نسبة زيادة عن 2012م.

### 3.9.8.5 نسب العائلات المؤمنة خلال العام 2013 حسب نوع التأمين:

أما بالنسبة للتأمينات الجديدة التي تمت خلال العام 2013 كما يظهر في شكل 9 أدناه يمكن ملاحظة أن نسبة العائلات المؤمنة في الشؤون الإجتماعية أعلى نسبة (50.1%)، يليها التأمين الإلزامي بنسبة (23.8%)، بينما شكل تأمين وزارة شؤون الأسرى أقل النسب (0.2%).

### شكل رقم 9 نسب العائلات المؤمنة خلال العام 2013 حسب نوع التأمين:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

### 3.9.8.6 مقارنة عدد العائلات الجديدة المؤمنة عام 2013 حسب النظام بعام 2012:

من جدول 4 يمكن ملاحظة ارتفاع نسبة تغير تأمين الشؤون الإجتماعية 468% وعزى تقرير وزارة الصحة هذه الزيادة إلى البندين التاليين:

1. توقيع عقد التأمين الصحي مع وزارة الشؤون الإجتماعية لأول مرة منذ العام 2006 بحيث تقوم وزارة الشؤون الإجتماعية بإرسال كشوفات معتمدة بأسماء وبيانات المستفيدين من التأمين الصحي.

2. إصدار بطاقات جديدة للتأمين الصحي لدورة (2013-2016) الخاصة بالشؤون الإجتماعية.



جدول 4 مقارنة عدد العائلات الجديدة المؤمنة حسب النظام خلال عام 2012، 2013:

نسبة التغير عن 2012	2013	2012	نوع التأمين
- 19	2280	2825	إلزامي
468	4794	844	شؤون اجتماعية
- 20.1	862	1079	إشتراك جماعي
52	803	528	أسر الشهداء والجرحى
15	645	561	إختياري
42.3	138	97	بلديات
80	18	10	وزارة شؤون الأسرى
82.4	31	17	متنوعة
<b>60.6</b>	<b>9571</b>	<b>5961</b>	<b>الإجمالي</b>

المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

من الجدول يمكن ملاحظة أن نسبة التغير سالبة بالنسبة للبلدين (التأمين الإلزامي، إشتراك جماعي) مما يؤثر سلباً على إيرادات التأمين، ومعدل التغير الإجمالي موجب بنسبة 60%.

## **الفصل الرابع: تحليل إيرادات ومصروفات التأمين الصحي الحكومي**

## 4.1 مقدمة:

يعد التأمين الصحي من الأهمية بمكان بالنسبة لقطاع الخدمات الصحية، وتُعد الدراسات التطبيقية بمثابة الرابط القوي والمساعد في تحويل النظريات إلى واقع ملموس، كما أن الدراسات التطبيقية تضع تصوراً واضحاً للواقع العملي، وما فيه من حسنات وسيئات، وما فيه من موافقات ومخالفات عن النظريات العلمية والمؤشرات المثلى المحلية والعالمية. وقد وضعت وزارة الصحة في أولوياتها للبحث العلمي في المجال الصحي لعام 2014م العديد من العناوين منها: (آلية تمويل القطاع الصحي وتوزيع الموارد حسب الأولويات، كفاءة نظم المعلومات الصحية والإعتماد عليها في عملية صنع القرار، أثر اعتماد النظام الصحي الفلسطيني على المعونات الخارجية، ترشيد سوء استخدام الموارد المتاحة للقطاع الصحي)، للمساهمة في حل مشاكل التمويل والإنفاق الصحي.

وللتوزيع الجغرافي للموارد الصحية أهمية خاصة في معظم البلدان النامية. ومن بين طرق تحليل مثل هذه المعطيات: استخدام جدول يبين توزيع السكان بحسب الإقليم أو المنطقة أو الحي .. إلخ، ونسبة الفئات المختلفة للقوى العاملة الصحية، ونسبة الإنفاق الصحي لكل فرد من السكان (ماخ، 1989، ص 33).

وفي هذا الفصل نستعرض مجموعة من التقارير المالية الصحية المنشورة على موقع وزارة الصحة وبخاصة الإيرادات والنفقات للتأمين الصحي للأعوام (2011، 2012، 2013) الخاصة بقطاع غزة، بالإضافة إلى المؤشرات الصحية والديموغرافية ذات العلاقة ووصف البيانات الواردة فيها وتحليلها أفقياً ورأسياً وللسلسلة الزمنية المذكورة للقيم والنسب وذلك لتقييم الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة وتحديد نقاط القوة والضعف فيه، وقد تم تحديد الثلاث سنوات المذكورة حيث يتوسطها حرب 2012 كما أن آخر تقرير صدر عن وزارة الصحة حتى بداية الدراسة كان لعام 2013م، وسيتم التركيز على بنود الإيرادات والنفقات الجوهرية، ومحاولة استنباط العوامل المؤثرة على الكفاءة المالية.

## 4.2 عدد السكان الفلسطينيين والمؤشرات المرتبطة بها:

تخدم الإحصاءات الحيوية العديد من مستخدمي البيانات، حيث إنها تُعد بيانات على قدر كبير من الأهمية لتبرير الاحتياجات التي تعمل الحكومات لتوفيرها، وتشكل البيانات المتعلقة بالإحصاءات الحيوية التي يتم الحصول عليها من السجلات الوطنية الأدوات الضرورية للتحليل الديموغرافي اللازم في عمليات التخطيط بما فيها التخطيط الصحي، بالإضافة لأهمية الإحصاءات الحيوية في الأغراض العلمية.

ولذا يمكن عرض الإحصاءات التالية الخاصة بالسكان والديموغرافيا في فلسطين:

جدول 5 عدد السكان الفلسطينيين في العالم حسب دولة الإقامة:

الدولة	العدد نهاية عام 2012	النسبة المئوية (%)	العدد نهاية عام 2013	النسبة المئوية (%)
غزة والضفة والقدس	4356931	37.5	4485459	38
داخل الخط الأخضر	1398313	12.1	1430212	12.1
الدول العربية	5142016	44.5	5225776	44.3
الدول الأجنبية	655456	5.7	655288	5.6
المجموع	11552716	100	11806735	100

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي 2012، الصحة والسكان 2013.

وبحسب تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لعام 2012، فقد قدر أن 44.2% من السكان في الأراضي الفلسطينية هم لاجئون، حيث يقدر عددهم بنحو 1.9 مليون لاجئ نهاية عام 2012، في حين بلغ عددهم في قطاع غزة حوالي 1.1 مليون لاجئ بنسبة 67.4% من مجمل سكان قطاع غزة.

هذه النسبة من اللاجئين عالية ومن المفترض أن يتم تغطية نفقاتها الصحية من خلال وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين، وهذا إن تم سيخفف من عبء الحكومة والمجتمع الفلسطيني. علماً بأن الخدمات الصحية المقدمة في وكالة غوث وتشغيل اللاجئين مقتصرة على اللاجئين فقط، في الرعاية الصحية الأولية وتشمل: (الأسنان، صحة الأم والطفل، تنظيم الأسرة، المختبرات، التنقيف الصحي، الخدمات النفسية) والخدمات التخصصية وتشمل: (أمراض النساء، العيون، السكري، القلب، الأطفال والصدفية).

يبين الهرم السكاني أن المجتمع الفلسطيني مجتمع فتي، حيث تتسع قاعدة الهرم السكاني المتمثلة بالأفراد صغار السن دون الخامسة عشرة من العمر والذين يشكلون نسبة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى. فقد قدرت نسبة الأفراد دون الخامسة عشرة من العمر في منتصف عام 2012 بـ 43.7% في قطاع غزة. ويلاحظ انخفاض نسبة الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة في عام 2012 إلى 2.3% في قطاع غزة، بلغ معدل الزيادة الطبيعية لعام 2012 في قطاع غزة 3.5%. ومن الجدير بالذكر أن انخفاض مستوى الوفيات وبقاء معدلات الخصوبة مرتفعة سيحافظ على معدل الزيادة الطبيعية المرتفع للسكان، مما يتطلب تغطية للتكاليف الصحية المترتبة على هذه الزيادة.

وتشير معطيات مركز المعلومات الصحية الفلسطيني للعام 2012 بأن معدل المواليد الخام المبلغ عنها في قطاع غزة (33.6 لكل 1000 من السكان) وبلغت في عام 2013 (32.3 لكل ألف من السكان). كذلك في عام 2013 بلغ عدد السكان الفلسطينيين في فلسطين 4485459 نسمة منهم 2278562 من الذكور و 2206897 من الإناث، وبلغ عدد سكان محافظات غزة

1730737 نسمة ويشكلون ما نسبته 38.6% من اجمالي سكان فلسطين، بينما عدد السكان يقطنون في محافظات الضفة الغربية والقدس 2754722 نسمة ويشكلون مانسبته 61.4%. ويمكن ملاحظة تواجد أكبر نسبة من الفلسطينيين مقيمين في الدول العربية، كما يمكن ملاحظة أن 50% تقريباً في الوطن والنصف الآخر في الشتات، وأن نسب توزيع السكان الفلسطينيين حسب دولة الإقامة لم تتغير كثيراً لعام 2013 عن العام 2012.

#### جدول 6 توزيع السكان في محافظات قطاع غزة 2013:

المحافظة	عدد السكان	النسبة المئوية	النسبة المئوية (%) من سكان فلسطين
الشمال	342030	19.76%	7.63
غزة	597391	34.52%	13.32
الوسطى	251428	14.53%	5.61
خانيونس	325926	18.83%	7.27
رفح	213962	12.36%	4.77
المجموع	1730737	100.00%	38.60

المصدر: وزارة الصحة، السكان والصحة، قطاع غزة، 2013 (معالجة الباحث).

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن نسب توزيع السكان على المحافظات لم يتغير كثيراً عن نسب عام 2012. وهذا يعد منطقياً لأن فرق عدد المواليد عن الوفيات صغير بالنسبة إلى اجمالي عدد السكان، وبالتالي مهما تغير معدلها فإن أثره سيكون ضعيفاً على هذه النسب على المدى القصير ولكنه قد يؤثر على المدى البعيد، لذا فدراسة توزيع السكان وأثرها على التخطيط الصحي تفيد للمدى البعيد وحيث أنها لا تتغير على المدى القصير فسيبقى أثرها على المدى القصير كما هو.

ويمكن هنا استنباط فائدة وهي: إذا كان توزيع المستشفيات والمراكز الصحية منسجماً مع توزيع السكان على المحافظات فسينعكس ذلك إيجاباً على النفقات، فسهولة الوصول وقرب مسافة المستشفيات والمراكز الصحية بالنسبة للسكان سيؤدي لوصول المريض في الوقت المناسب وقبل حدوث مضاعفات وبالتالي نتجنب النفقات الصحية الإضافية التي سببتها تلك المضاعفات.

#### جدول 7 مؤشرات المستشفيات والأسرة للسكان في قطاع غزة 2013:

المحافظة	السكان	المستشفيات		الأسرة	
		عدد المستشفيات	نسمة / مستشفى	عدد الأسرة	نسمة / سرير
شمال غزة	342030	5	68406	372	919
غزة	597391	15	39826	1434	417
الوسطى	251428	2	125714	178	1413
خانيونس	325926	5	65185	746	437
رفح	213962	3	71321	165	1297
المجموع، المتوسط	1730737	30	57691	2895	598

المصدر: وزارة الصحة، السكان والصحة، قطاع غزة، 2013.

ولنتمكن من مقارنة عام 2013 مع العام 2012 من حيث توزيع السكان ومعدل المستشفيات والأسرة يمكن عرض الجدولين التاليين:  
الأول يوضح معدل الأسرة والمستشفيات بنفس طريقة جدول 2012، كالتالي:

**جدول 8 معدل توزيع المستشفيات، والأسرة لمحافظة قطاع غزة 2013:**

م.	المحافظة	معدل توزيع المستشفيات / 100000	معدل توزيع الأسرة / 10000
1	شمال غزة	1.462	10.876
2	غزة	2.511	24.004
3	الوسطى	0.795	7.080
4	خانيونس	1.534	22.889
5	رفح	1.402	7.712
	الاجمالي	1.733	16.727

(إعداد الباحث) من الجدول السابق.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن معدل المستشفيات في قطاع غزة 1.733 مستشفى لكل 100000 نسمة، ومعدل الأسرة 16.727 سرير لكل 10000 نسمة، وهي كما في العام الماضي (2012) متفاوتة بين المحافظات، ولتوضيح نسب الزيادة والنقص لكل محافظة عن معدل القطاع يمكن عرض الجدول التالي:

**جدول 9 فروقات توزيع معدل المستشفيات والأسرة عن المتوسط لمحافظة قطاع غزة 2013:**

م.	المحافظة	فرق معدل المستشفيات عن المعدل العام	التوزيع الامثل للمستشفيات	فرق معدل الأسرة عن المعدل العام	التوزيع الامثل للأسرة
1	شمال غزة	-0.27	5.9	-5.85	572.1
2	غزة	0.78	10.4	7.28	999.3
3	الوسطى	-0.94	4.4	-9.65	420.6
4	خانيونس	-0.20	5.6	6.16	545.2
5	رفح	-0.33	3.7	-9.02	357.9
#	الاجمالي		30		2895

(إعداد الباحث) من الجدولين السابقين.

يوضح الجدول أعلاه في عمود فرق معدل المستشفيات أن معدل توزيع المستشفيات في منطقة غزة أعلى من المتوسط المرجح على حساب المناطق الوسطى ورفح وشمال غزة، وفي عمود فرق معدل الأسرة أن معدل توزيع الأسرة في غزة وخانيونس أعلى من المتوسط المرجح على حساب باقي المناطق، وهذا التوزيع بحاجة لمراجعة وتعديل لتحقيق العدالة والمساهمة في

تخفيض النفقات، لذا تم إضافة عمودين يوضحان التوزيع الأمثل لكل من المستشفيات والأسرة بناءً على عدد السكان في المحافظات.

#### جدول 10 مؤشرات الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة:

المؤشر	قيمة المؤشر
عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في قطاع غزة	163
عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة	54
عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية / 10000 نسمة	0.9

المصدر: وزارة الصحة، السكان والصحة، قطاع غزة، 2013.

يجب إجراء حساب دقيق لما ينفق على الرعاية الصحية الأولية، وإجراء تحليل جغرافي لطرز الإنفاق. وهما لآزمان أيضاً لتقدير المبلغ الإضافي اللازم إنفاقه سنوياً على الرعاية الصحية الأولية، وكيفية تحقيق المزيد من العدالة (ماخ، 1989، ص 31). يمكن ملاحظة أن مراكز الرعاية الأولية التابعة لوزارة الصحة تمثل الثلث تقريباً، وأنه في حال توزيع جميع المراكز الصحية بطريقة هندسية على قطاع غزة البالغ 365 كم<sup>2</sup> فسوف يغطي كل مركز 2.2 كم<sup>2</sup>، أما مراكز وزارة الصحة فسيغطي كل مركز منها 6.8 كم<sup>2</sup>، ويخدم كل مركز حوالي 100 ألف نسمة.

#### جدول 11 مؤشرات صحة المرأة للسكان في قطاع غزة:

المؤشر	قيمة المؤشر
نسبة السيدات في عمر الإنجاب من مجموع السكان	23.7
نسبة الولادات القيصرية في القطاع الصحي	17.9
نسبة السيدات المتزوجات اللواتي استخدمن اللولب من إجمالي وسائل تنظيم الأسرة في وزارة الصحة	21
نسبة السيدات المتزوجات اللواتي استخدمن أقراص منع الحمل	48.8
عدد عيادات تنظيم الأسرة في وزارة الصحة	33
عدد عيادات تنظيم الأسرة التابعة للوكالة	17

المصدر: وزارة الصحة، السكان والصحة، قطاع غزة، 2013.

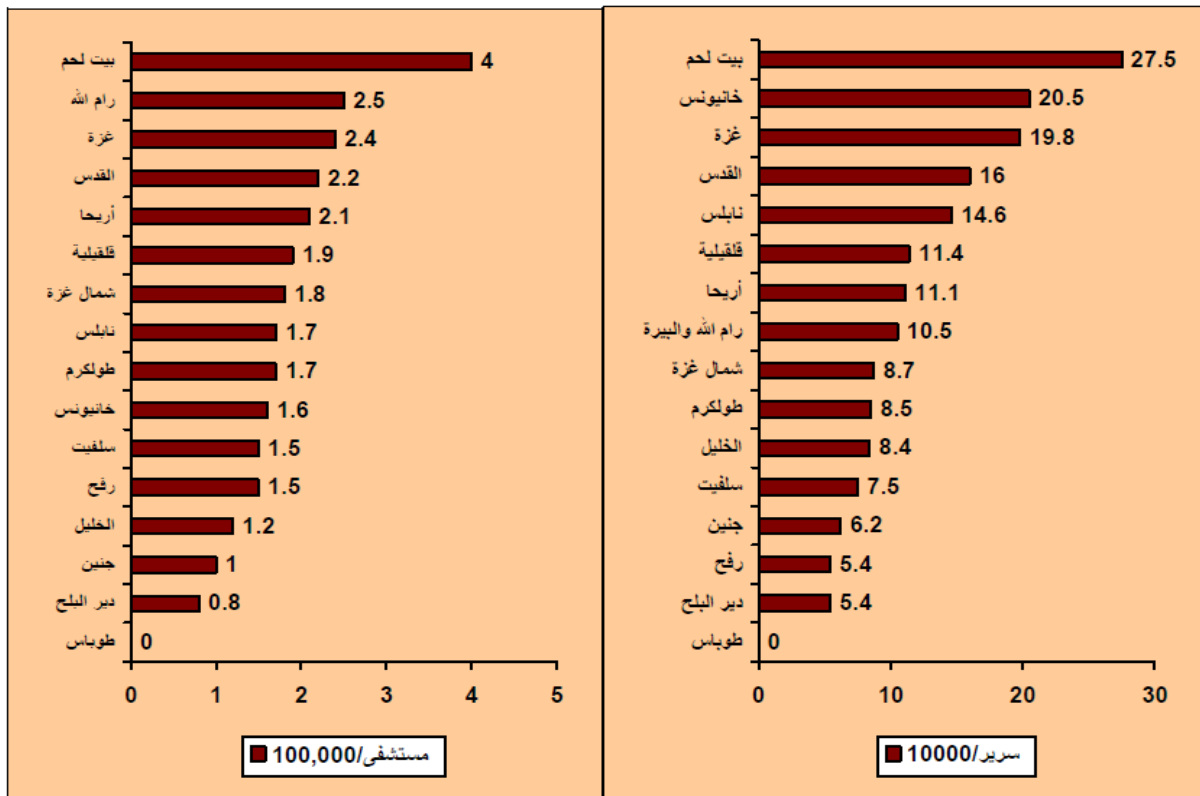
يمكن ملاحظة أن الجدول أعلاه يشير إلى وجود نسبة 49% من المتزوجات إستخدمن أقراص منع الحمل، وقد يكون هذا هو سبب إنخفاض معدل المواليد الخام ومعدل الخصوبة الكلي في الأعوام الأربعة الأخيرة بقطاع غزة، وهذه النسب المؤشرات إذا بقيت مرتفعة

بالإضافة إلى الوضع الإقتصادي والحصار والعدد الكبير من الشهداء في حرب الفرقان يمكن أن تؤدي إلى تغيير كبير الهرم السكاني، وبالتالي التأثير على طبيعة الخدمات الصحية.

### 4.3 المستشفيات في قطاع غزة، 2012:

- ✓ بلغ عدد المستشفيات العاملة في قطاع غزة خلال عام 2012 (30) مستشفى.
- ✓ بلغ معدل الأسرة (720) نسمة لكل سرير في قطاع غزة.
- ✓ جميع أسرة مراكز التأهيل والعلاج الطبيعي في قطاع غزة مملوكة ومدارة من قبل الجهات غير الحكومية.
- ✓ يبلغ عدد أسرة مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة (1578) سريراً، وهي تمثل (53%) من مجمل أسرة مستشفيات وزارة الصحة في فلسطين.

شكل رقم 10 معدل المستشفيات، ومعدل الأسرة للسكان، حسب المحافظة، 2012:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2012.

في الشكل أعلاه يمكن ملاحظة تفاوت في توزيع معدل المستشفيات لكل 100,000 نسمة، وعدد الأسرة لكل 10,000 نسمة حسب المحافظة لعام 2012، ولا يعني زيادة هذا المعدل أن هذا يشكل جانب تحيز للمحافظة بشكل مطلق. وذلك لأنه كما هو معلوم للجميع أن هناك مستشفيات مركزية وأسرة تخدم عدداً من المحافظات وليست قاصرة على المحافظة نفسها



فقط. وللمقارنة نأخذ من الشكل السابق (معدل الأسرة والمستشفيات) لمحافظة قطاع غزة ونسب توزيع السكان على المحافظات يمكن أن نستخلص الجدول التالي:

### جدول 12 معدل توزيع المستشفيات، والأسرة لمحافظات قطاع غزة 2012:

م.	المحافظة	نسبة توزيع السكان	معدل توزيع المستشفيات / 100000	معدل توزيع الأسرة / 10000
1	شمال غزة	7.5	1.8	8.7
2	غزة	13.3	2.4	19.8
3	دير البلح	5.6	0.8	5.4
4	خانيونس	7.3	1.6	20.5
5	رفح	4.7	1.5	5.4
	الإجمالي	38.4	المتوسط المرجح 1.787	المتوسط المرجح 13.903

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، 2012. (معالجة الباحث)

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن المتوسط المرجح لمستشفيات في قطاع غزة 1.787 مستشفى لكل 100000 نسمة، ومعدل الأسرة 13.903 سرير لكل 10000 نسمة، وهي متفاوتة بين المحافظات، ولتوضيح نسب الزيادة والنقص لكل محافظة عن المتوسط المرجح يمكن عرض الجدول التالي:

### جدول 13 فرق توزيع معدل المستشفيات والأسرة عن المتوسط المرجح، لمحافظات قطاع غزة 2012:

م.	المحافظة	فرق معدل المستشفيات عن المعدل العام	فرق معدل الأسرة عن المعدل العام
1	شمال غزة	0.013	-5.203
2	غزة	0.613	5.897
3	الوسطى	-0.987	-8.503
4	خانيونس	-0.187	6.597
5	رفح	-0.287	-8.503

(إعداد الباحث) من الجدول السابق.

يوضح الجدول أعلاه أن معدل توزيع المستشفيات في منطقة غزة والشمال أعلى من المتوسط المرجح على حساب المناطق الوسطى والجنوبية، أما بالنسبة لمعدل توزيع الأسرة فإنه في غزة وخانيونس أعلى من المتوسط المرجح على حساب باقي المناطق.

- على خريطة التوزيع المكاني للمستشفيات ملحق رقم (9) يمكن ملاحظة تكديس المستشفيات في غزة والشمال بينما المحافظات الوسطى ليس بها سوى مستشفيين، وهذا يتطلب إعادة النظر في توزيع المستشفيات، لزيادة كفاءة توزيع المستشفيات على المحافظات.

- من خارطة الإنتشار المكاني للمراكز الصحية بقطاع غزة ملحق رقم (10) يمكن ملاحظة أن توزيع الإنتشار المكاني للمراكز الصحية في قطاع غزة يغطي معظم المناطق، إلا أن هناك بعض المناطق بحاجة إلى مراكز صحية.

### 4.3.1 الأشعة التشخيصية:

يتم تقديم هذه الخدمات من خلال أقسام الأشعة الموجودة في جميع مستشفيات وزارة الصحة في فلسطين، حيث بلغ عدد صور الأشعة التشخيصية التي أجريت في مستشفيات وزارة الصحة في فلسطين خلال العام 2012 (974,497) صورة تشخيصية، منها (98,102) صورة فوق الصوتية، و (49,891) تصوير طبقي (مقطعي)، هذا بالإضافة إلى (819,944) صورة للأشعة التشخيصية العادية.

جدول 14 المؤشرات الخاصة بمستشفيات وزارة الصحة، فلسطين، للأعوام (2012-2009):

المؤشر	2009	2010	2011	2012
عدد الأسرة	2917	3002	2919	2979
نسبة إشغال الأسرة %	75	81	77	83
معدل المكوث (يوم)	2.5	2.5	2.3	2.4
أيام التداوي	734532	804731	765540	842247
الإدخال	300865	339096	336047	356187
المعالجون بدون إقامة (عيادات خارجية وغرفة طوارئ)	2396876	2423522	2503098	2955743
العمليات الجراحية	121086	125062	108654	114302
المواليد	68285	57739	69952	78280
الوفيات	4290	4372	4204	4363

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2012. ولتحديد اتجاه المؤشرات في الجدول أعلاه خلال السنوات (2009-2012) ولتحديد العلاقة الأفقية بين القيم تم معالجته من خلال برنامج اكسل، وتم استخلاص الجدول التالي:

جدول 15 المعادلات الخطية وقيمة R2 للمؤشرات الخاصة بمستشفيات وزارة الصحة، فلسطين، (2012-2009):

علماً بأنه تم استبدال السنوات (2009 - 2012) بالأرقام (1-4):

المؤشر	المعادلة الخطية	R <sup>2</sup>
عدد الأسرة	$y = 10.3x + 2928.5$	$R^2 = 0.096$
نسبة إشغال الأسرة %	$y = 2x + 74$	$R^2 = 0.5$
معدل المكوث (يوم)	$y = -0.05x + 2.55$	$R^2 = 0.4545$

$R^2 = 0.6127$	$y = 28395x + 715774$	أيام التداوي
$R^2 = 0.8209$	$y = 16292x + 292320$	الإدخال
$R^2 = 0.7533$	$y = 175.62x + 2130.8$	المعالجون بدون إقامة بالآلف (عيادات خارجية وغرفة طوارئ)
$R^2 = 0.4268$	$y = -3676x + 126466$	العمليات الجراحية
$R^2 = 0.4169$	$y = 4219.8x + 58015$	الموالييد
$R^2 = 0.0071$	$y = 5.1x + 4294.5$	الوفيات

المصدر: إعداد الباحث.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن معامل  $\times$  لمعظم المؤشرات موجب، ليدل على أن قيمة المؤشر تتزايد مع مرور السنوات عدا معدل المكوث والعمليات الجراحية ففيهما معامل  $\times$  (سالبة) ليشير إلى تناقص قيمة المؤشر مع مرور الزمن، وقد يعود ذلك إلى سياسة في الوزارة أو توجه من المريض لعدم الرضا عن هاتين الخدمتين، علماً بأنه يمكن التنبؤ بمعدلات السنوات اللاحقة بخاصة عندما تكون قيمة  $R^2$  أكبر من 0.6 فكلما ارتفعت قيمتها تكون العلاقة قوية بين المؤشر والزمن وتكون نسبة الخطأ في التنبؤ أقل.

**جدول 16 أعلى عشر أمراض من حيث عدد حالات شراء الخدمة والتكلفة بالشيكل، فلسطين، 2012:**

المرض	العدد	النسبة من الاجمالي	المرض	التكلفة	النسبة من الاجمالي
الأورام	9898	17.7	الأورام	102512405	21.1
التصوير بالرنين المغناطيسي	7529	13.4	أمراض الدم	43322247	8.9
أمراض العيون	4022	7.2	جراحة الأعصاب	42194904	8.7
أمراض الأطفال	3584	6.4	جراحة القلب	39020216	8
الأمراض الباطنية	3459	6.2	قسطرة القلب	37194177	7.6
قسطرة القلب	3196	5.7	أمراض الأطفال	36058713	7.4
المسالك البولية	2577	4.6	الأمراض الباطنية	23033746	4.7
أمراض الكلى	2514	4.5	أمراض الكلى	22306956	4.6
المسح الذري والطب النووي	2103	3.8	أمراض القلب	19153490	3.9
جراحة الأعصاب	2070	3.7	العظام	14592848	3
مجموع العشر أمراض	40952	73.2	الإجمالي	379389702	77.9

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2012.

يمكن ملاحظة أن الجدول أعلاه يوضح أعلى عشرة أمراض من حيث عددها وكذلك حيث قيمة التكاليف والتي شكلت مجتمعة ما نسبته (77.9%) من قيمة إجمالي التكاليف، وتظهر مرتبة تنازلياً، فالأورام تُعد أكبر القيم الجوهرية من حيث العدد والتكلفة، وقد تصدرت أعلى

نسب للتكاليف بالإضافة للأورام (21%)، كل من أمراض الدم (8.9%)، والأعصاب (8.7%) وجراحة القلب (8%)، وقسرة القلب (7.6%)، والأطفال (7.4%).  
ونظراً لارتفاع تكاليف هذه الأمراض لابد من عمل إجراءات لتخفيضها، وقد يكون من المناسب الإهتمام بالتوعية الصحية والإجراءات الوقائية، فالإنفاق على الوقاية والتوعية الصحية قد يوفر أضعافه الحاجة للعلاج وبخاصة في الأمراض ذات التكلفة العلاجية الكبيرة.

#### 4.4 مؤشرات المرضى المدخلين لأقسام المبيت في مستشفيات وزارة الصحة:

##### 1. أيام التداوي:

هذا المعدل يمكن البناء عليه لتحديد عدد أيام التداوي المقدر عند معرفة عدد السكان الحالي، حسب المعادلة التالية:

$$\text{أيام التداوي المطلوبة (تقديري)} = \text{عدد السكان} \times \text{معدل أيام التداوي.}$$

وإن تخفيض هذا المعدل يشير إلى تحسن في الوضع الصحي، ويمكن أن يساعد على تخفيض هذا المعدل جودة الخدمة الصحية المقدمة في أقسام المبيت بالمستشفيات مما سيسهم في تخفيض النفقات ورفع كفاءة النظام المالي.

##### 2. نسبة إشغال الأسرة:

بلغت نسبة إشغال الأسرة لعام 2012 في مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة (78.9%) (وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، 2012). وهذا يدل على أن الأسرة لا تعمل بطاقاتها القصوى، وهذا يمثل ضعف في كفاءة استثمار الموارد، ولذلك فإن إعادة توزيع المرضى يغطي العجز في الأسرة والمستشفيات في بعض المناطق، ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار مشكلة بُعد المسافة في حال تطلب التوزيع التنقل بين المحافظات المتباعدة وما يشكله من زيادة في النفقات الصحية.

##### 3. معدل المكوث:

باستثناء مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية، بلغ معدل المكوث في مستشفيات قطاع غزة (2.6) يوماً. وسجل في العام 2012 أطول معدل لمكوث المريض في مستشفى الرنتيسي للأطفال بغزة وبلغت (5) أيام، بينما سجل أقل معدل مكوث في مستشفى تل السلطان في قطاع غزة وبلغ (1) يوم. وبلغ معدل المكوث العام في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية خلال العام 2012 في قطاع غزة (11.3) يوماً (وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، 2012).

##### 4. العمليات الجراحية:

بلغ عدد العمليات الجراحية في العام 2012 والتي أجريت في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة (53%) من العمليات الجراحية التي أجريت في مستشفيات وزارة الصحة في فلسطين والبالغة (114302) عملية جراحية (وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، 2012)، حيث أشار التقرير أن نصفها تقريباً عمليات كبرى وهي ذات تكاليف عالية.

#### 5. الولادات في المستشفيات:

جدول 17 توزيع الولادات حسب نوع الولادة في مستشفيات وزارة الصحة، 2012:

الاجمالي	الولادات الطبيعية	العمليات القيصرية	
19782	16660	3122	الشفاء
4686	3500	1186	الأقصى
10696	8420	2276	ناصر
4074	2973	1101	تل السلطان
78280	63636	7658	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، 2012.

#### 4.5 مؤشرات الخدمات المقدمة للمرضى غير المدخلين في المستشفيات:

في مستشفيات وزارة الصحة لعام 2012 في قطاع غزة ظهرت مؤشرات الخدمات المقدمة للمرضى غير المدخلين كما يلي (وزارة الصحة، التقرير الصحي السنوي، 2012):

- بلغ العدد الإجمالي لمراجعي العيادات الخارجية (533841) مراجعاً.
- بلغ عدد الزيارات لخدمات الإسعاف والطوارئ (957725) زيارة.
- بلغ مجموع وحدات غسيل الكلى (4) وحدات، وقد بلغ إجمالي الغسلات (46,362) غسلة.
- بلغ مجموع زيارات المرضى لأقسام العلاج الطبيعي في العيادة الخارجية (54,323) زيارة.

#### 4.6 القوى العاملة في القطاع الصحي:

##### 4.6.1 احصائيات القوى العاملة:

بلغ إجمالي أعداد القوى العاملة في القطاع الصحي 13899 موظفاً يعملون في وزارة الصحة، ووكالة الغوث، والخدمات الطبية، والمؤسسات غير الحكومية، موزعين حسب الجدول التالي، حيث توظف وزارة الصحة أعلى نسبة من القوى العاملة، حيث تبلغ نسبتهم 65.2% من إجمالي العاملين في القطاع الصحي.

جدول 18 توزيع القوى العاملة في القطاع الصحي حسب جهة العمل والتخصص، 2013:

التخصص	وزارة الصحة	الوكالة	الخدمات العسكرية	NGOs	المجموع	%
الصفة الإشرافية	565	9	0	56	630	4.5
أطباء	1392	212	149	1020	2773	20
ممرض	1728	233	141	604	2706	19.5
القبالة	230	98	0	33	361	2.6
إجمالي تمريض وقبالة	1958	331	141	637	3067	22.1
مهن طبية مساعدة	1344	103	140	325	1912	13.8
صيدلانية	401	73	56	153	683	4.9
أخصائي نفسي واجتماعي	60	16	0	26	102	0.7
مفتش صحة	52	0	0	0	52	0.4
إداريين	1745	106	189	422	2462	17.7
خدمات وعمال	934	147	0	437	1518	10.9
سائقين (إسعاف ونقل)	255	0	0	41	296	2.1
فنيين الهندسة والصيانة	355	0	0	45	400	0
أخرى	0	4	0	0	4	0
المجموع	9601	1001	675	3162	13899	100
النسبة المئوية (%)	65.2	7.2	4.9	22.7	100	

• الصفة الإشرافية:

أطباء: طبيب مدير، طبيب أسنان مدير، طبيب رئيس قسم، طبيب نائب مدير مستشفى، طبيب استشاري أول.  
تمريض: حكيم مشرف، مدير دائرة التمريض، مدير التمريض لشؤون الرعاية الأولية، نائب مدير تمريض مستشفى، نائب مدير كلية فلسطين للتمريض.

**ملاحظة:** إحصائية وزارة الصحة لا تشمل الموظفين المستكفين والبالغ عددهم 2160 موظف.

المصدر: وزارة الصحة، القوى العاملة في القطاع الصحي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن الاهتمام بالوظائف ونسبتها يختلف من جهة لأخرى، ففي وزارة الصحة والوكالة النسبة الأكبر للتمريض، أما في مؤسسات الـ NGOs والخدمات العسكرية النسبة الأكبر للأطباء، وإن توزيع هذه النسب بشكل سليم له أثر جوهري على كفاءة النظام، من خلال تخفيض التكاليف واستغلال الطاقة القصوى للموارد.

**4.6.2 مؤشرات القوى العاملة:**

جدول 19 معدل القوى العاملة في القطاع الصحي حسب التخصص بالنسبة للسكان والأسرة  
:2013

المعدل بالنسبة لعدد الأسرة	المعدل بالنسبة للسكان / ألف نسمة (فلسطين)*	المعدل بالنسبة للسكان / ألف نسمة (قطاع غزة)	عدد القوى العامة	
2.4	2.35	1.6	2773	طبيب
2.6	2.5	1.8	3067	ممرض
-	1.29	0.2	364	صيدلي
-	0.63	0.1	259	طبيب أسنان
-	1.06	1.13		ممرض لكل طبيب
				-
				علمياً بأن عدد سكان قطاع غزة 1730737 نسمة

المصدر: وزارة الصحة، القوى العاملة في القطاع الصحي، 2013.

\*المصدر: وزارة الصحة، التقرير الإحصائي الصحي فلسطين 2013.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن معدلات جميع التخصصات بالنسبة للسكان على مستوى قطاع غزة أقل منها على مستوى فلسطين، مما يشير إلى الحاجة لإعادة النظر في توزيعات القوى العاملة في فلسطين ونسبة قطاع غزة منها، مما سيسهم في تحسين مستوى الكفاءة في قطاع غزة، أما بالنسبة لمعدل ممرض لكل طبيب فمعدل قطاع غزة أعلى من المعدل على مستوى فلسطين ليشير إلى ارتفاع في وظائف التمريض على حساب الأطباء وهذه النسبة تحديداً بحاجة لدراسات فنية ليتم تحديد المعدل الأمثل لها.

جدول 20 توزيع تخصصات القوى العاملة بوزارة الصحة حسب جهة العمل والتخصص 2013:

التخصص	مستشفيات	الرعاية الأولية	الإدارات والوحدات	المجموع	%
الصفة الإشرافية	393	139	33	565	6.2
أطباء	1072	309	11	1392	15.4
ممرض	1482	194	52	1728	19.1
القبالة	196	33	1	230	2.5
إجمالي تمريض وقبالة	1678	227	53	1985	21.6
مهن طبية مساعدة	971	401	136	1508	16.6
صيدلية	97	87	53	237	2.6
أخصائي نفسي واجتماعي	1	4	55	60	0.7
مفتش صحة	2	49	1	52	0.6
إداريين	749	417	579	1745	19.3
خدمات وعمال	666	131	137	934	10.3
سائقين (إسعاف ونقل)	2	0	253	255	2.8
فنيو الهندسة والصيانة	73	33	249	355	3.9
المجموع	5704	1797	1560	9061	100

100	17.2	19.8	63	النسبة المئوية (%)
-----	------	------	----	--------------------

\* أطباء تشمل: طبيب عام وطبيب أخصائي وطبيب أسنان.

المصدر: وزارة الصحة، القوى العاملة في القطاع الصحي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.  
من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن نسبة القوى العاملة بوزارة الصحة معظمها يعمل في المستشفيات (63%)، كما يمكن ملاحظة أن وظائف التمريض والوظائف الإدارية تمثل أعلى نسبتين وهما متقاربتان (19% تقريباً لكل منها)، يليها المهن الطبية المساعدة (16.6%)، يليها الأطباء (15.4%)، يليها الخدمات والعمال (10.3%)، يليها الصفة الإشرافية (6.2%)، وقد يكون من المناسب عمل دراسة فنية متخصصة لتوزيع نسب هذه التخصصات، والخروج بالتوصيات اللازمة.

### جدول 21 مؤشرات القوى العاملة في مستشفيات وزارة الصحة:

المستشفى	الأسرة	الأطباء	طبيب / سرير	تمريض	ممرض / سرير	ممرض / طبيب
م. الشفاء	583	337	0.58	495	0.85	1.47
م. ناصر	330	169	0.51	252	0.76	1.49
م. غزة الأوروبي	261	60	0.23	204	0.78	3.40
م. النصر للأطفال	162	51	0.31	105	0.65	2.06
م. الأقصى	101	108	1.07	110	1.09	1.02
م. كمال عدوان	119	75	0.63	123	1.03	1.64
م. الدرة	149	37	0.25	62	0.42	1.68
م. أبو يوسف النجار	77	54	0.70	73	0.95	1.35
م. تل السلطان	54	38	0.70	45	0.83	1.18
م. الرنتيسي	75	30	0.40	80	1.07	2.67
م. بيت حانون	56	49	0.88	59	1.05	1.20
م. العيون	42	37	0.88	26	0.62	0.70
م. الطب النفسي	28	17	0.61	44	1.57	2.59
<b>المجموع</b>	<b>2037</b>	<b>1062</b>	<b>0.52</b>	<b>1678</b>	<b>0.82</b>	<b>1.58</b>

المصدر: وزارة الصحة، القوى العاملة في القطاع الصحي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)  
من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة تفاوت في مؤشرات القوى العاملة بين مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة، وقد ظهر اجمالي الأطباء فيه مختلفاً عنه في جدول 20 ولم يبرر التقرير سبب الفرق وحيث لم يتبين أيهما أدق فقد تم تحليل كل رقم كما هو وارد في مكانه، ولتوضيح تلك الفروقات يمكن عرض الجدول التالي الذي يوضح الفرق بين المعدل لكل مستشفى عن المتوسط المرجح كما يلي:



جدول 22 فرق مؤشرات القوى العاملة بين مستشفيات وزارة الصحة بقطاع غزة 2013:

فرق معدل كل مستشفى عن الوسط المرجح			المستشفى
طبيب / سرير (0.52)	ممرض / سرير (0.82)	ممرض / طبيب (1.58)	
0.06	0.03	-0.11	م. الشفاء
-0.01	-0.06	-0.09	م. ناصر
-0.29	-0.04	1.82	م. غزة الأوروبي
-0.21	-0.18	0.48	م. النصر للأطفال
0.55	0.27	-0.56	م. الأقصى
0.11	0.21	0.06	م. كمال عدوان
-0.27	-0.41	0.10	م. الدرة
0.18	0.12	-0.23	م. أبو يوسف النجار
0.18	0.01	-0.40	م. تل السلطان
-0.12	0.24	1.09	م. الرنتيسي
0.35	0.23	-0.38	م. بيت حانون
0.36	-0.20	-0.88	م. العيون
0.09	0.75	1.01	م. الطب النفسي

(إعداد الباحث) من الجدول السابق.

والجدول أعلاه يمكن أن يساعد أصحاب القرار عند إعادة النظر في توزيع الأطباء والممرضين والأسرة على المستشفيات (بعد أخذ الملاحظات الفنية في الحسبان)، ولعل هذا الاجراء يزيد من كفاءة تخصيص الموارد، وزيادة الإنتاجية وتخفيض التكاليف.

### 4.6.3 مؤشرات القوى العاملة في عيادات وزارة الصحة:

جدول 23 معدل القوى العاملة في عيادات وزارة الصحة حسب التخصص بالنسبة للسكان:

عدد القوى العاملة	المعدل لكل 1000 نسمة	
215	0.00012	طبيب (عام وأخصائي)
227	0.00013	ممرض
87	0.00005	صيدلي
96	0.00006	طبيب أسنان
	1.06	ممرض لكل طبيب

0.5	طبيب أخصائي لكل طبيب عام
- علماً بأن عدد سكان قطاع غزة 1730737 نسمة	

المصدر: وزارة الصحة 2013، القوى العاملة في القطاع الصحي، قطاع غزة. (معالجة الباحث)

#### 4.7 إيرادات ونفقات وزارة الصحة في قطاع غزة:

يُعد الإنفاق الصحي عنصر مهم جداً في الحسابات الصحية الوطنية وبحاجة إلى دراسات مستمرة لأنه يتزايد كل عام ومرتبطة بعدة عوامل وأسباب منها: النمو السكاني، استخدام التكنولوجيا بدون مبرر، متوسط حياة الفرد، نسبة التعليم، نسبة الأطباء إلى السكان، لجوء المريض لأكثر من طبيب، ووصف أكثر من علاج لنفس المريض، عمل فحوصات وإجراءات غير ضرورية، تدني خدمات الطب الوقائي، عدم توفر نظام محاسبي ورقابي على الخدمات المستعملة (الرواشدة، 2007، ص 434).

وتواجه الأجهزة الحكومية الخدمية موجة من التغيرات والتحديات الاقتصادية والاجتماعية والتقنية والثقافية، مما يحتم على هذه الأجهزة مواجهة هذه التحديات من خلال اتخاذ الترتيبات اللازمة التي تمكنها من تحقيق أهدافها بكفاءة وفاعلية (الأحمدي، 2009، ص 471).

إن مجموعة التصنيفات الفلسطينية للبيانات اعتمدت على تصنيف ICHA المستخدم ضمن نظام الحسابات الصحية الوطنية للعام 2000 الصادر عن OECD، والمتوافق مع نظام الحسابات القومية SNA 93 كون الحسابات الصحية الوطنية حقلاً من حقول الحسابات الفرعية التابعة والمدرجة ضمن النظام. (وزارة الصحة، 2012)، وتقوم بجمع بيانات الإنفاق الصحي من الأبعاد الثلاثة: (مصادر التمويل، وظائف الرعاية الأولية، مزودي الخدمة)، وهذا يساعد في معرفة تفاصيل جيدة للتحليل، كالقيم الجوهرية والتوجه العام في الإنفاق الصحي، وبالتالي المساهمة في تحديد عناصر القوة والضعف في النظام المالي.

ويمكن عرض الجدول التالي لأربع مؤشرات عامة مع إضافة عمود نسب التغير لتوضيح الإتجاه العام لهذه المؤشرات كما يلي:

#### جدول 24 مؤشرات عامة في الأراضي الفلسطينية لعامي 2009، 2010:

Selected indicators in the Palestinian Territory\* for the years 2009, 2010

المؤشر	نسبة التغير	2010	2009	المؤشر
Total Expenditures on Health (Million US\$)	%81	1074.7	595	مجموع الإنفاق على الصحة (مليون دولار أمريكي)
Gross Domestic Product at current prices (Million US\$)	%24	8330.6	6719.6	الناتج المحلي الإجمالي بالأسعار الجارية (مليون دولار أمريكي)
Total Population (in million)	%3	3.8	3.7	إجمالي عدد السكان (بالمليون)
Share of Gross Domestic Product (%)**	%9-	13.7	15	نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (%)**

* The data excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israel in 1967.	* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.
** Share of total expenditure on health to Gross Domestic Product include Gross capital formation in health care industries	** نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج الإجمالي تشمل نسبة مجموع الإنفاق على الصحة مضافاً إليه التكوين الرأسمالي لمزودي الخدمات الصحية من الناتج المحلي الإجمالي..

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012. (معالجة الباحث)

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أنه تم زيادة قيمة الإنفاق على الصحة بنسبة 81%، وزيادة قيمة الناتج المحلي بنسبة 24%، إلا أن نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي انخفضت بنسبة 9%، كما يمكن ملاحظة زيادة عدد السكان بنسبة 3%، مع العلم أنها أحدث مؤشرات عامة صادرة عن وزارة الصحة الفلسطينية تشمل غزة والضفة حتى بداية هذه الدراسة.

#### 4.7.1 قيم البنود الرئيسية لإيرادات ونفقات - قطاع غزة 2013:

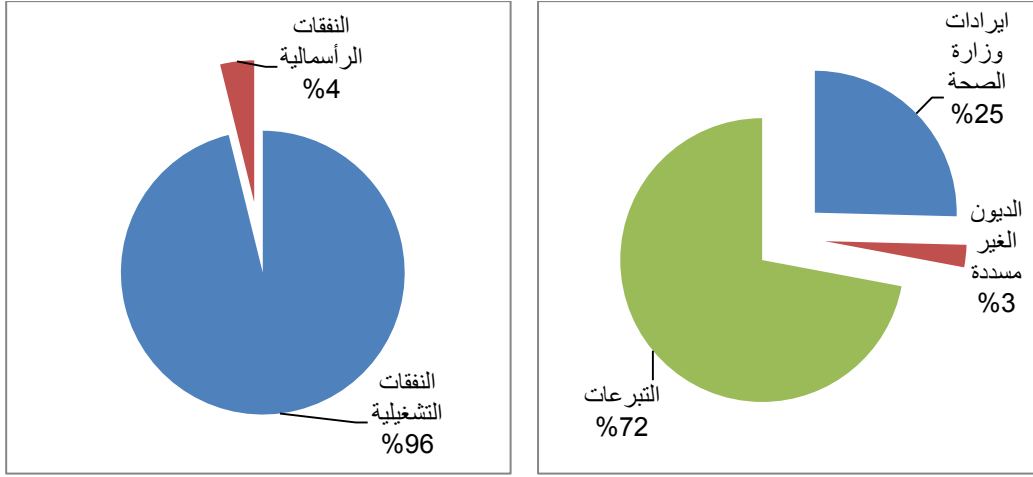
جدول 25 قيم البنود الرئيسية لإيرادات ونفقات - قطاع غزة 2013:

البيان لعام 2013م	القيمة بالشيكل	القيمة بالدولار الأمريكي (سعر العملة 3.5)
إيرادات وزارة الصحة	30514433	8718409
الديون غير المسددة	3059082	874023
التبرعات	86518179	24719479
النفقات التشغيلية	593188967	169482562
النفقات الرأسمالية	23846662	6813332

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة الفجوة الكبيرة بين إيرادات ونفقات وزارة الصحة كما أن التبرعات بلغت 3 أضعاف الإيرادات تقريباً، فقد بلغت الإيرادات 30.5 مليون شيكل فقط، وبلغت النفقات التشغيلية 593.2 مليون شيكل، بالإضافة إلى النفقات الرأسمالية التي بلغت 23.8 مليون شيكل، أما التبرعات فقد بلغت 86.5 مليون شيكل، وأخيراً بلغت الديون غير المسددة 3 مليون شيكل، ويمكن عرض الجدول السابق لبيان النسب كما الرسم البياني التالي:

شكل رقم 11 نسب البنود الرئيسية:



المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

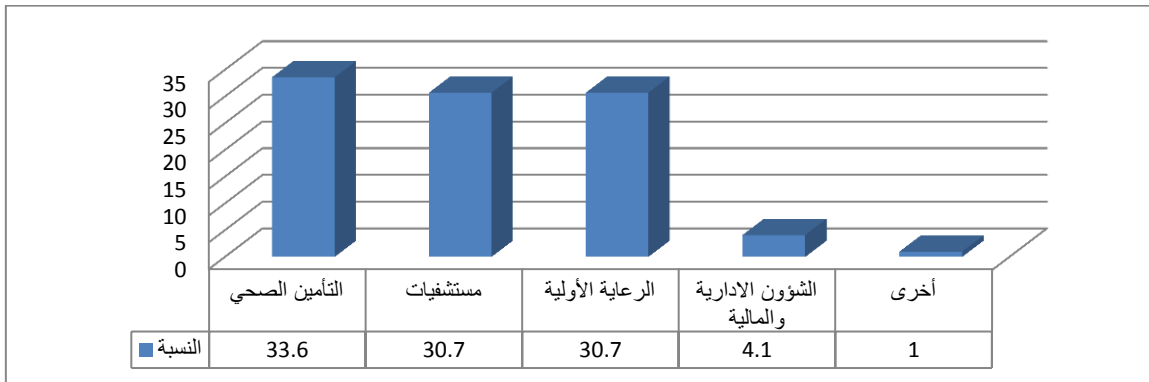
من الشكل البياني أعلاه بالنسبة للإيرادات: يمكن ملاحظة أن التبرعات تمثل أعلى قيمة للإيرادات بنسبة (72%)، يليها إيرادات وزارة الصحة (25%). أما بالنسبة للنفقات: فإن النفقات التشغيلية تمثل (96%)، بينما النفقات الرأسمالية لا تمثل سوى (4%).

#### 4.7.2 الإيرادات النقدية قطاع غزة:

##### 4.7.2.1 الإيرادات النقدية العامة للوزارة لعام 2013م:

بلغ إجمالي الإيرادات النقدية لوزارة الصحة للعام 2013م (30514433) شيكلاً ما يعادل \$ 8718409، موزعة حسب الرسم البياني التالي علماً بأنه تم ترتيبها تنازلياً:

شكراً رقم 12 توزيع نسبة الإيرادات العامة لوزارة الصحة (%):



\*أخرى: تشمل "تنمية القوى البشرية، الصيدلة، كلية فلسطين".

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)

في الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن التأمين الصحي في العام 2013 شكلاً أعلى معدل إيرادات بنسبة 33.6%، يليه الإدارة العامة للرعاية الأولية والمستشفيات بنسبة 30.7% لكل منهما.

ولمعرفة اتجاه الإيرادات يمكن عرض الجدول التالي:

جدول 26 توزيع إجمالي إيرادات وزارة الصحة لعام (2011، 2012، 2013):

2013		2012		2011		البيان
%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	
30.7	9356880	33.7	9059516	33.1	8724472	الإدارة العامة للمستشفيات
30.7	9361633	31.7	8522208	38.1	10037434	الإدارة العامة للرعاية الأولية
33.6	10250103	30	8058246	24.3	6411447	التأمين الصحي
4.1	1243356	3.8	1014090	3.6	961459	الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية
0.6	196000	0.7	182435	0.5	137320	تنمية القوى البشرية
0.3	90130	0.2	53243	0.2	63918	الإدارة العامة للصيدلة
0.1	16331	0.04	10388	0.1	15042	كلية فلسطين للتمريض
100	30514433	100	26900126	100	26351092	الإجمالي (شيكال)
-	8718409	-	7685750	-	7528883	الإجمالي (\$)

\* الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية تشمل: "الخدمات المساندة- رسوم المناقصات والعطاءات - مزادوات - دائرة المالية (حوادث طرق، حسابات نهائية) - زيادة في التوريد - متفرقات - استرداد رواتب - الإجازة والترخيص".

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن القفزات في قيمة إيرادات بند 3 (التأمين الصحي)، في الوقت الذي كان فيه بند 1 (المستشفيات) يحقق ارتفاع طفيف في قيمة الإيرادات، وبند 2 (الرعاية الأولية) حقق انخفاض كبير ثم ارتفاع طفيف في قيمة الإيرادات، أدى ذلك كله لأن يتصدر إيراد التأمين الصحي أعلى نسبة في عام 2013 في حين كان عام 2011 في المرتبة الثالثة. لذلك يمكننا عرض معادلات خط الانحدار وقيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسبة من المساهمة لكل مصدر إيراد للسنوات (2011، 2012، 2013)، مع استبدال السنوات بالأرقام (1، 2، 3) كما يلي:

جدول 27 معادلات خط الانحدار و قيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسبة لكل مصدر إيراد (2011-2013):

النسب		القيم بالألف شيكل		البيان
قيمة $R^2$	معادلة خط الانحدار	قيمة $R^2$	معادلة خط الانحدار	
$R^2 = 0.5714$	$y = -1.2x + 34.9$	$R^2 = 0.9988$	$y = 316.2x + 8414.5$	الإدارة العامة للمستشفيات
$R^2 = 0.8493$	$y = -3.7x + 40.9$	$R^2 = 0.1982$	$y = -337.9x + 9982.9$	الإدارة العامة للرعاية الأولية
$R^2 = 0.9833$	$y = 4.65x + 20$	$R^2 = 0.9933$	$y = 1919.3x + 4401.3$	التأمين الصحي
$R^2 = 0.9868$	$y = 0.25x + 3.3333$	$R^2 = 0.8843$	$y = 140.95x + 791.07$	الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية
$R^2 = 0.25$	$y = 0.05x + 0.5$	$R^2 = 0.9121$	$y = 29.34x + 113.24$	تنمية القوى البشرية
$R^2 = 0.75$	$y = 0.05x + 0.1333$	$R^2 = 0.4768$	$y = 13.106x + 42.885$	الإدارة العامة للصيدلة
$R^2 = 0$	$y = 0.08$	$R^2 = 0.0425$	$y = 0.6445x + 12.631$	كلية فلسطين للتمريض
---	---	$R^2 = 0.847$	$y = 2081.7x + 23759$	الإجمالي

ومن المعلوم بأنه كلما كانت قيمة  $R^2$  عالية (من 0.75 - 1) فهذا يدل على انتظام التغير في القيم عبر السنوات، أما إذا كانت منخفضة (أقل من 0.5) فهذا يدل على عدم انتظام التغير في القيم عبر السنوات، كما أن معادلة خط الإحذار تساعدنا من خلال إشارة معامل  $X$  على تحديد ما إذا كانت القيم في تزايد (موجبة) أم تناقص (سالبة)، بالإضافة إلى كونها تساعد في التنبؤ بقيمة البند للسنوات اللاحقة من خلال التعويض في المعادلة الخاصة به.

من الجدول أعلاه في عمود القيم يمكن ملاحظة أن جميع قيم معاملات  $X$  موجبة لتعبر عن اتجاه موجب لجميع بنود الإيرادات عدا الإدارة العامة للرعاية الأولية فإن معامل  $X$  (سالبة) وهذا يدل على أن إيرادات الإدارة العامة للرعاية الأولية متناقصة من حيث القيم مما يؤثر سلباً على الكفاءة المالية لهذا البند ما لم يتم تبرير هذا الانخفاض بانخفاض مقابل في التكاليف، كما أن قيم  $R^2$  تعبر عن علاقة قوية بين قيمة الإيراد مع الزمن عدا الإدارة العامة للرعاية الأولية وكلية فلسطين للتمريض فتشير إلى علاقة ضعيفة.

أما بالنسبة لعمود النسب فيوجد ثلاثة بنود فيها قيمة  $X$  سالبة لتعبر عن علاقة عكسية بين النسب مع الزمن وهي: (الإدارة العامة للمستشفيات و الإدارة العامة للرعاية الأولية و كلية فلسطين للتمريض) وهذا يدل على أن نسب إيراداتها متناقصة من حيث النسب مما يؤثر سلباً على الكفاءة المالية لهذه البنود ما لم يتم تبرير هذا الانخفاض بانخفاض مقابل في التكاليف، كما أن قيم  $R^2$  تعبر عن علاقة ضعيفة لكل من كلية فلسطين للتمريض والإدارة العامة للصيدلة ومتوسطة للإدارة العامة للمستشفيات وتنمية القوى البشرية وتعبر عن علاقة قوية لباقي البنود، ويمكن تلخيص نتائج الجدول السابق كما يلي:

جدول 28 ملخص علاقة بنود إجمالي إيرادات وزارة الصحة مع الزمن (2011-2013):

النسب	القيم	البيان
سلبية متوسطة	طردية قوية	الإدارة العامة للمستشفيات
سلبية قوية	سلبية ضعيفة	الإدارة العامة للرعاية الأولية
طردية قوية	طردية قوية	التأمين الصحي
طردية قوية	طردية قوية	الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية
طردية متوسطة	طردية قوية	تنمية القوى البشرية
طردية ضعيفة	طردية متوسطة	الإدارة العامة للصيدلة
سلبية ضعيفة	طردية ضعيفة	كلية فلسطين للتمريض
---	طردية قوية	الإجمالي

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

من الجدول أعلاه يمكن استخراج بنود الإيرادات الجيدة (الطردية) من حيث القيم والنسب وهي تمثل بنود ذات كفاءة من جهة تحقيق الإيراد وبزيادة مطردة مع الزمن، وكذلك بنود الإيرادات التي تحتاج لمعالجة (السلبية) والتي تتراجع إيراداتها عبر الزمن للوقوف على الأسباب ورفع كفاءتها من ناحية تحقيق الإيراد.

#### 4.7.2.2 الإيرادات النقدية للإدارة العامة للرعاية الأولية:

بلغ إجمالي إيرادات الرعاية الأولية 9361633 شيكلاً، ونسبة 30.7% من إجمالي الإيرادات العامة، بينما كانت في العام 2012 ما قيمته 8522208 شيكلاً كما هي موزعة حسب الجدول التالي:

#### جدول 29 إيرادات الإدارة العامة للرعاية الأولية:

2013		2012		2011		البيان
%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	
79.2	7414913	77.7	6623498	76.3	7660204	إيرادات العيادات
0.7	63850	1.2	105950	3.2	320985	القومسيون الطبي
20.1	1882870	21	1792760	20.5	2056245	فحص النظر
100	9361633	100	8522208	100	10037434	الإجمالي
-	2674752	-	2434917	-	2867838	\$

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول أعلاه يمكننا عرض معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسبة من المساهمة لكل مصدر إيراد من إيرادات الرعاية الأولية للسنوات (2011، 2012، 2013)، مع استبدال السنوات بالأرقام (1، 2، 3) كما يلي:

جدول 30 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسبة من المساهمة لكل إيراد رعاية أولية (2011-2013):

النسب		القيم بالألف شيكل		البيان
قيمة $R^2$	معادلة خط الإنحدار	قيمة $R^2$	معادلة خط الإنحدار	
$R^2 = 0.9996$	$y = 1.45x + 74.833$	$R^2 = 0.0512$	$y = -122.65x + 7478.2$	إيرادات العيادات
$R^2 = 0.9072$	$y = -1.2579x + 4.2236$	$R^2 = 0.869$	$y = -128.57x + 420.73$	القومسيون الطبي
$R^2 = 0.1967$	$y = -0.2x + 20.933$	$R^2 = 0.419$	$y = -86.688x + 2084$	فحص النظر
---	---	$R^2 = 0.1982$	$y = -337.9x + 9982.9$	الإجمالي

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

ويمكن تلخيص نتائج الجدول السابق كما يلي:

جدول 31 ملخص علاقة بنود إيرادات الإدارة العامة للرعاية الأولية مع الزمن:

النسب	القيم	البيان
طردية قوية	سلبية ضعيفة	إيرادات العيادات
سلبية قوية	سلبية قوية	القومسيون الطبي
سلبية ضعيفة	سلبية متوسطة	فحص النظر
---	سلبية ضعيفة	الإجمالي

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن جميع العلاقات لإيرادات الإدارة العامة للرعاية الأولية من حيث القيم والنسب سلبية، عدا إيرادات العيادات من حيث النسب فهي طردية، وللتوضيح بالنسبة لإيرادات العيادات من حيث القيم فإنها حققت تراجع خلال السلسلة الزمنية ولكن بدرجة قليلة، بينما بنود الإيرادات الأخرى تحقق تراجع كبير، مما جعل إيرادات العيادات تبقى أعلى نسبة بين باقي الإيرادات، وتفسير ذلك أن تحسن إيرادات العيادات من حيث النسبة خلال السلسلة الزمنية ليس بسبب تحسن في قيمة إيراداتها، بل سببها التراجع الكبير في البنود الأخرى.

### جدول 32 توزيع إيرادات الرعاية الصحية الأولية حسب الخدمات:

2013		2012		2011		البيان
%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	
80.2	5945983	78.1	5172869	78.6	6107666	صرف الدواء
5.7	419329	5.9	392210	5.9	459034	أسنان
5.1	376650	4.7	311895	4.9	380484	مختبرات
2.1	157603	2.2	148074	1.5	112791	تنظيم الأسرة
4.2	309533	5.2	345014	4.7	366680	زيارة التمريض
2.8	205815	3.8	253436	4.5	346340	أخرى
100	7414913	100	6623498	100	7772995	الإجمالي (شيكال)
-	2118546	-	1892428	-	2220855	الإجمالي (\$)

- أخرى تشمل: "أشعة، شهادة تطعيمات، متفرقات، خلو أمراض، كشف طبيب، تخطيط دماغ، تقارير طبية، فحص أذن، علب حليب، ولادة، علاج طبيعي، غرز".
- مختبرات تشمل: "مختبر الصحة العامة".

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

يمكننا عرض معادلة خط الإنحدار وقيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسبة من المساهمة لكل مصدر إيراد (حسب الخدمات) للسنوات (2011، 2012، 2013)، مع استبدال السنوات بالأرقام (1، 2، 3) كما يلي:



جدول 33 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسب لإيراد الرعاية الأولية حسب الخدمات:

البيان	القيم بالألف شيكل		النسب	
	معادلة خط الإنحدار	قيمة $R^2$	معادلة خط الإنحدار	قيمة $R^2$
صرف الدواء	$y = -80.841x + 5903.9$	$R^2 = 0.0262$	$y = 0.8x + 77.367$	$R^2 = 0.5319$
أسنان	$y = -19.853x + 463.23$	$R^2 = 0.3489$	$y = -0.1x + 6.0333$	$R^2 = 0.75$
مختبرات	$y = -1.917x + 360.18$	$R^2 = 0.0025$	$y = 0.1x + 4.7$	$R^2 = 0.25$
تنظيم الأسرة	$y = 22.406x + 94.677$	$R^2 = 0.9008$	$y = 0.3x + 1.3333$	$R^2 = 0.6279$
زيارة التمريض	$y = -28.574x + 397.56$	$R^2 = 0.9809$	$y = -0.25x + 5.2$	$R^2 = 0.25$
أخرى	$y = -70.263x + 409.06$	$R^2 = 0.9665$	$y = -0.85x + 5.4$	$R^2 = 0.9897$
الإجمالي	$y = -179.04x + 7628.6$	$R^2 = 0.0927$	---	---

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

من الجدول أعلاه في عمود النسب يمكن ملاحظة عدم وجود معادلة خط الإنحدار أو قيمة  $R^2$  وذلك لأن إجمالي النسب دائماً يكون 100% وبالتالي فليس من المنطق إيجادها، ويمكن تلخيص نتائج الجدول السابق كما يلي:

جدول 34 ملخص علاقة بنود إيرادات الرعاية الصحية الأولية حسب الخدمات مع الزمن:

البيان	القيم	النسب
صرف الدواء	سلبية ضعيفة	طردية متوسطة
أسنان	سلبية ضعيفة	سلبية قوية
مختبرات	سلبية ضعيفة جداً	سلبية ضعيفة
تنظيم الأسرة	طردية قوية	طردية متوسطة
زيارة التمريض	سلبية قوية	سلبية ضعيفة
أخرى	سلبية قوية	سلبية قوية
الإجمالي	سلبية ضعيفة	---

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن بند الإيراد الوحيد الإيجابي من حيث القيم هو تنظيم الأسرة، أما باقي البنود فهي سلبية وبحاجة إلى معرفة أسباب انخفاضها.

### 4.7.2.3 الإيرادات النقدية للمستشفيات:

بلغت إيرادات مستشفيات قطاع غزة 9356880 شيكلاً، وبنسبة 30.7% من إجمالي الإيرادات بينما كانت 9059516 شيكلاً في العام 2012: لقد تصدرت مستشفى الشفاء أعلى الجدول لتعبر عن أعلى قيمة إيراد بنسبة 34.4%، حيث تم عرض الجدول مرتباً تنازلياً من حيث قيمة الإيراد لعام 2013 كما يلي:

جدول 35 توزيع إيرادات المستشفيات حسب المستشفى مقارنة مع عامي 2011، 2012:

2013		2012		2011		المستشفى
النسبة %	القيمة شيكل	النسبة %	القيمة شيكل	النسبة %	القيمة شيكل	
34.3	3209526	33.8	3062944	36.1	3142487	م. الشفاء
18.9	1763938	17.8	1615812	16.6	1463927	م. الأوروبي
15.1	1409932	14.3	1295612	12.7	1107471	م. ناصر
8.4	789150	8.7	784383	9.5	824020	م. الأقصى
7.7	724411	7.2	655267	7.3	633830	م. كمال عدوان
4.6	428337	4.7	426630	6.1	531925	م. النجار
2.7	254655	3.3	300428	3.3	284634	م. العيون
2.2	201418	2.3	209128	2.2	191234	م. بيت حانون
1.3	120512	1.8	162757	2.1	178720	م. النصر
2.2	204718	3.2	291178	1.6	135984	م. الرنتيسي
1.5	135750	1.5	132480	1.6	135268	م. تل السلطان
1.2	110755	1.3	119810	1.1	94067	م. الدرة
0.0	3778	0.03	3087	0.01	905	م. النفسية
100	9356880	100	9059516	100	8724472	الإجمالي (شيكال)
-	2673394	-	2588433	-	2492706	الإجمالي (\$)

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

ويمكننا عرض معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسبة من المساهمة لكل مصدر إيراد (حسب المستشفى) للسنوات (2011-2013)، مع استبدال السنوات بالأرقام (1، 2، 3) كما يلي:

جدول 36 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  لمقارنة القيم مع النسب لإيراد المستشفيات حسب المستشفى:

النسب		القيم بالألف شيكل		البيان
قيمة $R^2$	معادلة خط الإنحدار	قيمة $R^2$	معادلة خط الإنحدار	
$R^2 = 0.5535$	$y = -0.9x + 36.533$	$R^2 = 0.2087$	$y = 33.52x + 3071.3$	م. الشفاء
$R^2 = 0.9994$	$y = 1.15x + 15.467$	$R^2 = 0.9999$	$y = 150.01x + 1314.5$	م. الأوروبي
$R^2 = 0.9643$	$y = 1.2x + 11.633$	$R^2 = 0.9805$	$y = 151.23x + 968.54$	م. ناصر
$R^2 = 0.9356$	$y = -0.55x + 9.9667$	$R^2 = 0.6491$	$y = -17.435x + 834.05$	م. الأقصى
$R^2 = 0.5714$	$y = 0.2x + 7$	$R^2 = 0.9154$	$y = 45.29x + 580.59$	م. كمال عدوان

$R^2 = 0.7998$	$y = -0.75x + 6.6333$	$R^2 = 0.7376$	$y = -51.794x + 565.89$	م. النجار
$R^2 = 0.75$	$y = -0.3x + 3.7$	$R^2 = 0.4157$	$y = -14.99x + 309.88$	م. العيون
$R^2 = 0$	$y = 2.2333$	$R^2 = 0.3219$	$y = 5.092x + 190.41$	م. بيت حانون
$R^2 = 0.9796$	$y = -0.4x + 2.5333$	$R^2 = 0.9364$	$y = -29.104x + 212.2$	م. النصر
$R^2 = 0.1378$	$y = 0.3x + 1.7333$	$R^2 = 0.1953$	$y = 34.367x + 141.89$	م. الرنتيسي
$R^2 = 0.75$	$y = -0.05x + 1.6333$	$R^2 = 0.0186$	$y = 0.241x + 134.02$	م. تل السلطان
$R^2 = 0.25$	$y = 0.05x + 1.1$	$R^2 = 0.4083$	$y = 8.344x + 91.523$	م. الدرة
$R^2 = 0.1071$	$y = -0.005x + 0.0233$	$R^2 = 0.9176$	$y = 1.4365x - 0.283$	م. النفسية
---	---	$R^2 = 0.9988$	$y = 316.2x + 8414.5$	الإجمالي

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

ويمكن تلخيص نتائج الجدول السابق كما يلي:

جدول 37 ملخص علاقة بنود إيرادات المستشفيات حسب المستشفى مع الزمن (2011-2013):

النسب	القيم	البيان
سلبية متوسطة	طردية ضعيفة	م. الشفاء
طردية قوية	طردية قوية	م. الأوروبي
طردية قوية	طردية قوية	م. ناصر
سلبية قوية	طردية متوسطة	م. الأقصى
طردية متوسطة	طردية قوية	م. كمال عدوان
سلبية قوية	سلبية قوية	م. النجار
سلبية متوسطة	سلبية متوسطة	م. العيون
سلبية ضعيفة	طردية ضعيفة	م. بيت حانون
طردية قوية	سلبية قوية	م. النصر
طردية ضعيفة	طردية ضعيفة	م. الرنتيسي
سلبية قوية	طردية ضعيفة	م. تل السلطان
طردية ضعيفة	طردية متوسطة	م. الدرة
طردية قوية	طردية قوية	م. النفسية
---	طردية قوية	الإجمالي

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أنه يوجد تراجع في قيم إيرادات ثلاث مستشفيات هي:

(النجار، والعيون، والنصر)، أما باقي المستشفيات فهي تسير في الإتجاه الموجب.

### 4.7.2.3.1 إيرادات مستشفيات قطاع غزة حسب الخدمة:

حسب الخدمة يمثل إيراد بند طبيب أعلى معدل إيراد بقيمة 1406334 شيكلاً وبنسبة 15% من إيرادات المستشفيات، يليه بند المقطعية (13.74%)، وفيما يلي جدول توزيع إيرادات المستشفيات حسب الخدمة.

### جدول 38 توزيع إيرادات المستشفيات حسب الخدمة:

الخدمة	دخول مستشفى	ولادة	كشف طبيب	زيارة ممرض	أشعة	مقطعية	مختبر	أدوية	حوادث	تقارير	متنوعة	المجموع	%
الشفاء	61583	231830	507866	265138	91839	550398	340872	708504	277410	105389	68697	3209526	34.3
ناصر	17625	53650	220875	224504	153601	220430	207807	110684	60525	102660	37571	1409932	15.07
التجز	10435	0	38700	128573	75672	0	91576	30670	5115	45220	2376	428337	4.85
الأوروبي	33650	0	69234	40641	67610	409300	66780	92357	64400	149290	770676	1763938	18.85
عمال عدوان	12075	130980	292303	92982	73340	11036	35965	5905	69825	0	0	724411	7.74
الهلال	0	28640	52405	11300	10438	0	10834	17813	0	4050	270	135750	1.45
القصي	15775	28650	109401	121094	154265	0	219506	27714	52950	52890	6905	789150	8.43
بيت حانون	0	0	43816	43730	43275	0	43055	12443	2250	10660	2189	201418	2.15
م. النصر	1500	0	17259	50928	13538	0	24103	6231	0	482	6471	120512	1.29
م. العيون	3400	0	44480	10195	2136	0	0	30811	300	33090	130243	254655	2.72
م. الدرة	0	0	9860	61391	8547	0	13138	8011	0	1320	8488	110755	1.18
الرتنيسي	0	0	135	0	10077	94539	28059	45778	0	2910	23220	204718	2.19
الطب النفسي	0	0	0	0	0	0	0	3778	0	0	0	3778	0.04
المجموع	156043	473750	1406334	1050476	704338	1285703	1081695	1100699	532775	507961	1057106	9356880	100
%	1.67	5.06	15.03	11.23	7.53	13.74	11.56	11.76	5.69	5.43	11.30	100	

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول أعلاه وملحق رقم (4) يتبين أن أكبر قيم جوهرية للإيرادات من حيث المستشفى والخدمة المقدمة هي النقاطات التالية:

1. مجمع الشفاء أكبر خدمة تحصل منها إيراد: الأدوية، يليها الصور المقطعية، يليها كشف الطبيب يليه المختبر.
2. المستشفى الأوروبي أكبر خدمة تحصل منها إيراد: خدمات متنوعة، يليها الصور المقطعية.
3. وبالنسبة للإجماليات أكبر إيراد من حيث المستشفى: مجمع الشفاء، يليه المستشفى الأوروبي، يليها مجمع ناصر.
4. أما بالنسبة للإجماليات لأكبر إيراد من حيث الخدمة: كشف طبيب، يليه الصور المقطعية، يليه الأدوية، يليها المختبر، يليه متنوعة، يليها زيارة ممرض.

جدول 39 العلاقة بين نسبة الإيرادات ونسبة القوى العاملة للمستشفيات الحكومية بقطاع غزة:

الفرق بين نسب الإيرادات ونسب القوى العاملة	نسب الإيرادات	نسب القوي العاملة	
7.40	34.30	26.9	الشفاء
6.75	18.85	12.1	الأوروبي
0.43-	15.07	15.5	ناصر
0.13	8.43	8.3	الأقصى
1.14	7.74	6.6	كمال عدوان
0.32-	4.58	4.9	النجار
0.22	2.72	2.5	العيون
2.51-	2.19	4.7	الرننيسي
1.65-	2.15	3.8	بيت حانون
2.35-	1.45	3.8	تل السلطان
3.91-	1.29	5.2	النصر للأطفال
2.52-	1.18	3.7	الدرّة
1.86-	0.04	1.9	الطب النفسي

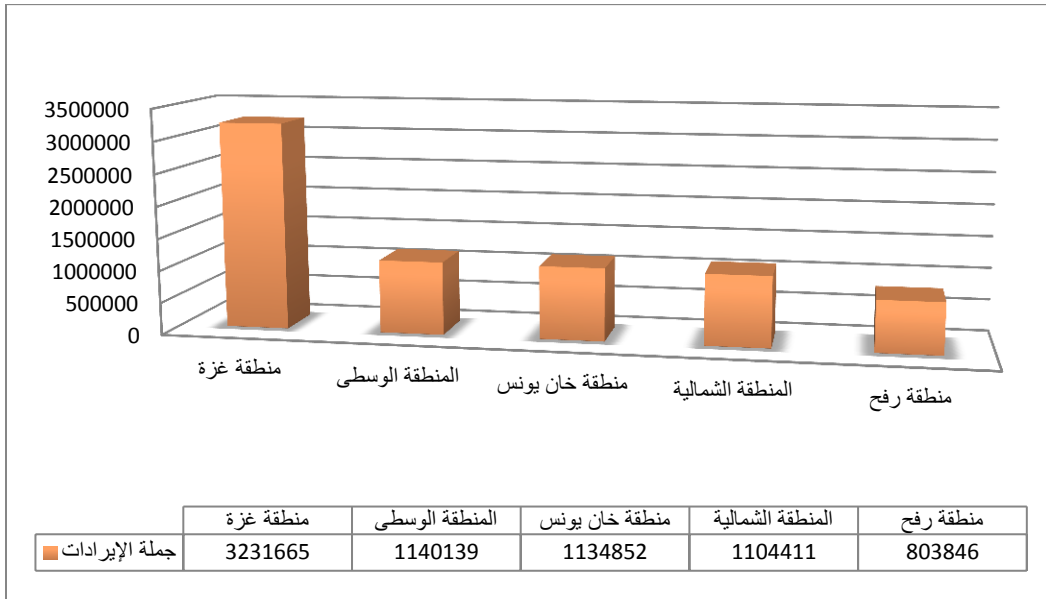
المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)  
 من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن: 5 مستشفيات فقط نسبة إيراداتها أعلى من نسبة القوى العاملة فيها، وباقي المستشفيات نسبة إيراداتها أقل من نسبة القوى العاملة فيها، وهذا يتطلب من أصحاب القرار إعادة النظر في توزيع القوى العاملة على المستشفيات. رغم أن معامل ارتباط بيرسون بين نسبة القوى العاملة، ونسبة الإيرادات يشير إلى وجود علاقة طردية قوية بينهما.

$$\text{معامل بيرسون (نسبة القوى العاملة، نسبة الإيرادات)} = 0.975$$

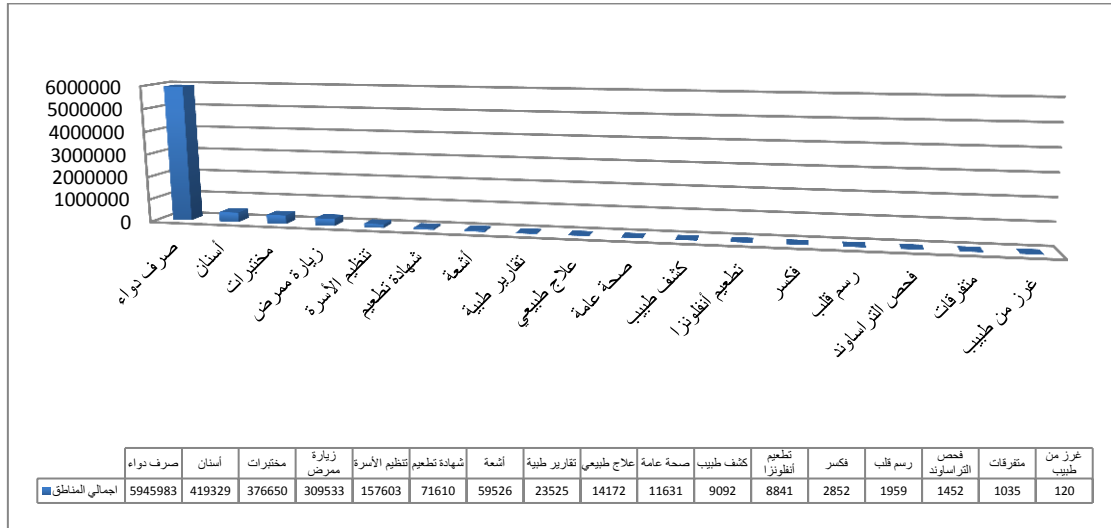
ومما سبق يتضح أنه لا يمكن الإعتماد على معامل بيرسون للإرتباط فقط، ولكن يجب إيجاد علاقات إضافية للتوضيح والمقارنة بين المستشفيات ويمكن ملاحظة أن عمود الفرق حدد أي المستشفيات نسبة إيراداتها أعلى من نسبة القوى العاملة وهي ذات القيمة الموجبة، أما ذات القيمة السالبة فتشير إلى أن المستشفى لم تحقق إيراداتاً يتناسب مع نسبة القوى العاملة فيها مقارنة بباقي المستشفيات لنفس الفترة.

#### 4.7.2.4 تحليل البنود المالية لإيرادات مراكز وعيادات الرعاية الأولية لعام 2013م:

شكر رقم 13 البنود المالية لإيرادات مراكز وعيادات الرعاية الأولية خلال العام 2013م:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.



المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

وتم إجراء معالجة على الجداول الأصلية من خلال برنامج اكسل لتقييم جوهرية القيم من خلال مساحة اللون في الخلية والمظلل من الدائرة المجاورة لكل قيمة، وتم عرضها بالتفصيل في ملحق رقم (8). ومن خلاله وبنظرة سريعة نجد أن الإيراد من بند صرف دواء يمثل أكبر قيمة جوهرية من حيث الخدمة المقدمة، كما أن منطقة غزة تمثل أكبر قيمة جوهرية من حيث المناطق.

#### 4.7.2.5 إيرادات التأمين الصحي:

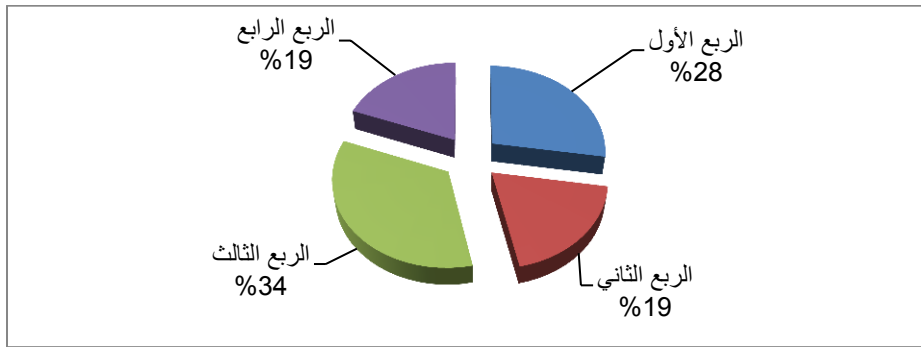
بلغ إجمالي إيرادات التأمين الصحي 10250103 شيكل، وبنسبة 33.6% من إجمالي الإيرادات العامة، حيث كانت 6411447 شيكل في العام 2012 بنسبة ارتفاع 59.9%.

جدول 40 إيرادات التأمين الصحي الربعية قطاع غزة 2013:

السنة	القيمة بالشيكل	%
الربع الأول	2816331	27.48
الربع الثاني	1965709	19.18
الربع الثالث	3501122	34.16
الربع الرابع	1966941	19.19
الإجمالي (شيكل)	10250103	100

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

#### شكل رقم 14 نسب إيرادات التأمين الصحي الربعية للعام 2013م قطاع غزة:

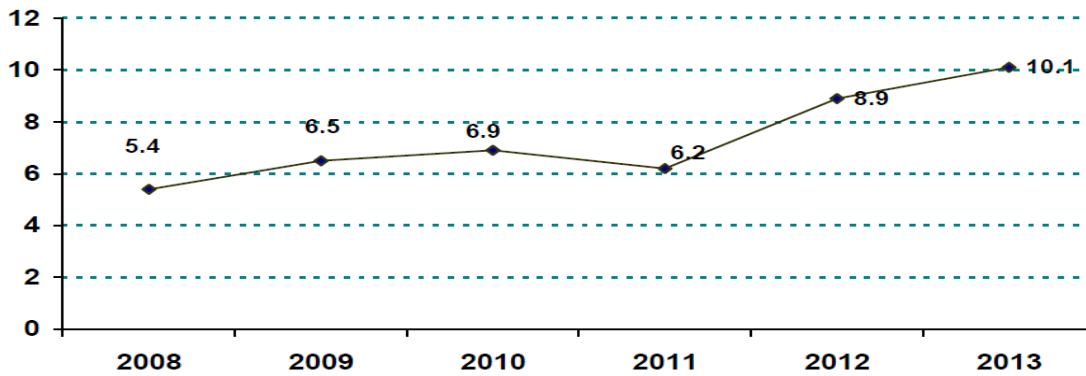


المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

من الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن إيرادات الربع الثالث يمثل أعلى نسبة (34%) مقارنة بالأرباع الأخرى، أما الربع الثاني والرابع متساويان، بينما الربع الأول فنسبته (28%) متوسطة بينهم، وهذا الجدول يفيد في إدارة التدفقات النقدية، وتحديد فترات تحقق الإيراد خلال العام، مما يساهم في تحسين الكفاءة المالية.

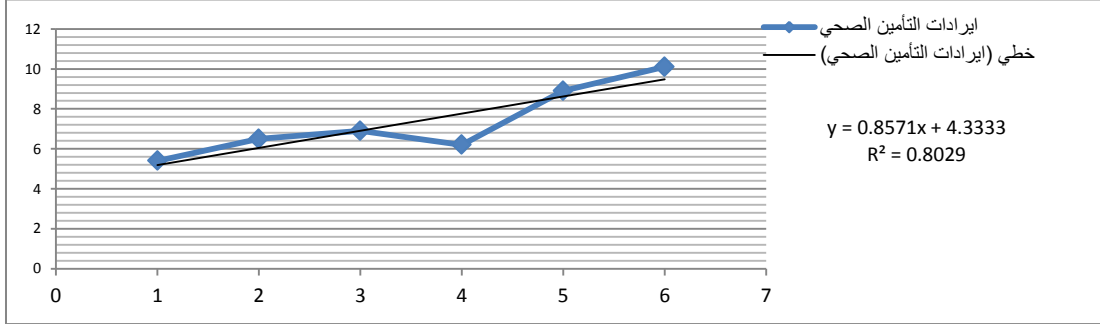
وفي العام 2013 بلغ إجمالي إيرادات التأمين الصحي النقدية 10.1 مليون شيكل، حيث ارتفعت عن العام 2012 بنسبة 13.5% بمقدار 1.2 مليون شيكل، والرسم البياني التالي يوضح إيرادات الست سنوات الأخيرة (2008-2013).

#### شكل رقم 15 إيرادات التأمين الصحي (2008 - 2013) قطاع غزة (بالمليون شيكل):



المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

### شكل رقم 16 معادلة خط الإنحدار وقيمة $R^2$ لإيرادات التأمين الصحي (2008 – 2013) قطاع غزة (بالمليون شيكل):



المصدر: إعداد الباحث.

من الشكل السابق يمكن ملاحظة أن قيمة  $R^2 = (0.803)$  وهذا يشير إلى علاقة ارتباط قوية موجبة بين الزمن وإيرادات التأمين ويمكن التنبؤ بالسنوات اللاحقة من خلال المعادلة  $y = 0.8571x + 4.3333$ ، علماً بأنه تم استبدال السنوات من (2008 – 2013) بالأرقام (1 – 6)، علماً بأن النفقات المترتبة على إشتراكات التأمين الصحي المجاني ورسوم رمزية تفوق الإيرادات المحصلة منها مما يترتب عليه زيادة في العجز، مما يترتب عليه عبء إضافي على مصادر التمويل ومنها الحكومة.

#### 4.7.2.6 الإيرادات النقدية الأخرى لوزارة الصحة الفلسطينية قطاع غزة:

بلغت الإيرادات النقدية الأخرى للوزارة ما قيمته 1545817 شيكلاً كما هو موضح في

الجدول التالي:

#### جدول 41 توزيع الإيرادات النقدية الأخرى لوزارة الصحة (2011-2013) قطاع غزة:

البيان	إيراد 2011 شيكل	إيراد 2012 شيكل	إيراد 2013 شيكل
الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية	961459	1014090	1243356
تنمية القوى البشرية	137320	182435	196000
الإدارة العامة للصيدلة	63918	53243	90130
كلية فلسطين للتمريض	15042	10388	16331
الإجمالي (شيكلاً)	1177739	1260156	1545817
الإجمالي (\$)	336497	360045	441662

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

#### جدول 42 معادلات خط الإنحدار وقيم $R^2$ للإيرادات النقدية الأخرى لوزارة الصحة (2011-2013):



العلاقة مع الزمن	القيم بالألف شيكل		البيان
	قيمة R <sup>2</sup>	معادلة خط الانحدار	
طردية قوية	R <sup>2</sup> = 0.8843	y = 140.95x + 791.07	الإدارة العامة للشؤون الإدارية والمالية
طردية قوية	R <sup>2</sup> = 0.9121	y = 29.34x + 113.24	تنمية القوى البشرية
طردية متوسطة	R <sup>2</sup> = 0.4768	y = 13.106x + 42.885	الإدارة العامة للصيدلة
طردية ضعيفة	R <sup>2</sup> = 0.0425	y = 0.6445x + 12.631	كلية فلسطين للتمريض
طردية قوية	R <sup>2</sup> = 0.9077	y = 184.04x + 959.83	الإجمالي (شيكل)

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

#### 4.7.2.7 ديون وزارة الصحة للعام 2013م قطاع غزة:

جدول 43 الديون غير المسددة لوزارة الصحة خلال العام 2013م قطاع غزة:

البيان	المطالبات	الإعفاءات	التسديدات	غير المسدد يشمل الإعفاءات
حوادث الطرق	2807650	622325	1344300	1463350
إصابة العمل	267132	9324	141478	125654
المرضى العاديين	3119048	95386	1648970	1470078
الإجمالي (شيكل)	6193830	727035	3134748	3059082
الإجمالي (\$)	1769665	207724	895642	874023

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

جدول 44 نسب التسديدات والغير مسدد والإعفاءات من المطالبات 2013:

البيان	المطالبات	التسديدات / المطالبات (%)	الغير مسدد / المطالبات (%)	الإعفاءات / المطالبات (%)
حوادث الطرق	2807650	47.88	52.12	22.17
إصابة العمل	267132	52.96	47.04	3.49
المرضى العاديين	3119048	52.87	47.13	3.06
الإجمالي (شيكل)	6193830	50.61	49.39	11.74

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الجدول السابق.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن نسبة الإعفاءات تمثل 11.7%، وأن نسبة غير المسدد من المطالبات تمثل 49.4% من المطالبات، وهذا يتطلب المزيد من الإجراءات لتحصيل المطالبات المالية لتقليل الفجوة بين الإيرادات المقبوضة والنفقات المدفوعة مما يزيد من الكفاءة المالية، لأن غير المسدد قد يصل لدرجة (الديون المعدومة) في حال تركها دون إجراءات تحصيل فعالة، وبالتالي إما أن تحصل أو يعفى صاحبها أو يتم تقسيطها.

#### 4.7.2.8 التبرعات لصالح وزارة الصحة قطاع غزة 2013م:

بلغ إجمالي التبرعات المستلمة لصالح وزارة الصحة الفلسطينية بقطاع غزة 20507527 شيكلاً ما يقارب 5.8 مليون دولار خلال العام 2013م حسب التفصيل التالي:

جدول 45 التبرعات لصالح وزارة الصحة قطاع غزة لعام 2013 بالشيكل:

البند المالي	قيمة التبرعات بالشيكل
حاسوب وتوابعه	3506018
أدوات وأجهزة مهنية متخصصة	15300458
الأثاث	1701051
الإجمالي (شيكل)	20507527

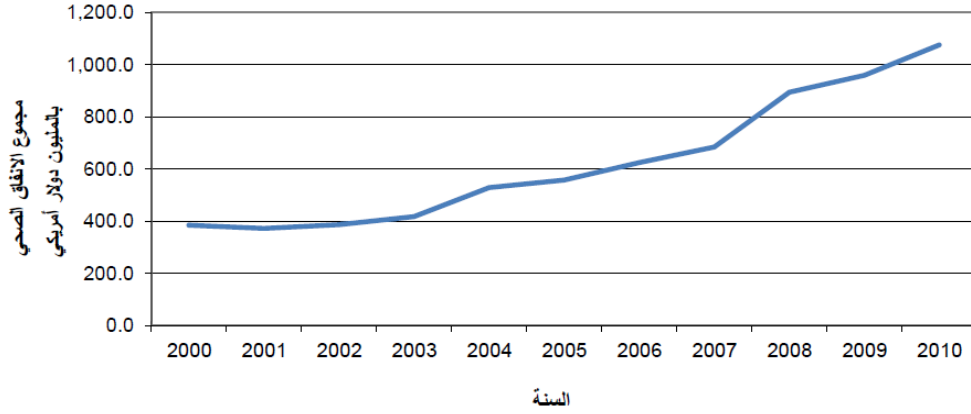
المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

يمكن ملاحظة أن التبرعات تزيد عن ضعف إيرادات التأمين وتمثل قيمة جوهرية من إيرادات وزارة الصحة، لذا في حال فقدان هذا البند ستحصل كارثة صحية كبيرة إن لم يتم تداركها، وهذا نلمسه بشكل واضح في ظل الحصار والإغلاق في تصريحات وتقارير وزارة الصحة من نقص في الأدوية والمستلزمات الطبية. لذا يكمن الحل في تقليص النفقات والعمل على تخفيض التكاليف تدريجياً، والعمل على توسيع نطاق الإيرادات قدر الامكان، والتقييم المستمر لكفاءة وفعالية النظام المالي للمؤسسات الصحية، ليتسنى تحقيق خدمات مستدامة وموسعة تراعي الجدوى الاقتصادية ولا تغفل الظروف الإجتماعية والصحية والحالات الانسانية.

#### 4.7.3 الإنفاق الصحي:

في هذا البند نعرض مجموعة من التقارير الخاصة بالنفقات، ونبدأ بالاجمال ثم نفصل بالاستعانة بأخر التقارير الصادرة عن وزارة الصحة الفلسطينية، ويمكن معرفة الإتجاه العام للإنفاق على الصحة في فلسطين من خلال الشكل التالي:

شكر رقم 17 الإتجاه العام للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية للأعوام (2000-2010):

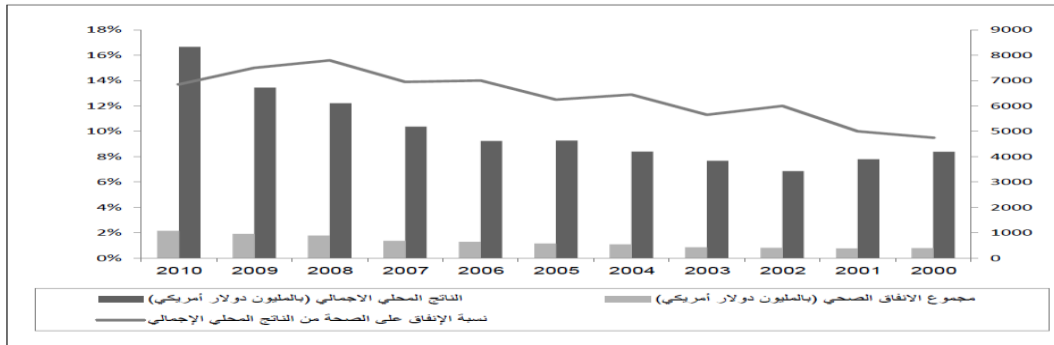


المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن الإنفاق على الصحة في فلسطين للفترة (2000 - 2010) في تزايد مستمر مع مرور السنوات، حيث بدأ بقيمة 400 مليون دولار أمريكي سنوياً للأربع سنوات الأولى، ثم بدأ بالارتفاع من عام 2004 حتى بلغ 1100 مليون دولار أمريكي في عام 2010، وهذا الارتفاع المستمر والكبير في الإنفاق يتطلب من الحكومة وأصحاب القرار عمل (نقطة نظام)، ودراسة الإنفاق الحالي والمتوقع وإيجاد مصادر تمويل لتغطية تلك الاحتياجات المتزايدة باستمرار في ظل الحصار الخانق على غزة، ومضاعفة أعداد الجرحى والمصابين وأسر الشهداء جراء العدوان الإسرائيلي في ثلاث حروب على غزة (الفرقان 2008/2009، السجيل 2012، العصف المأكول 2014)، وما تبعه من تردٍ في الوضع الإقتصادي وعدم قدرة معظم المواطنين الغزيين على الدفع للخدمات الصحية.

وتقوم الحكومة بتغطية جزء من الإنفاق الصحي من الناتج المحلي لمواجهة تلك الموجة العاتية من الإنفاق، ولتوضيح العلاقة بين الإنفاق الصحي ونسبة مساهمة الناتج المحلي فيه يمكن عرض الشكل التالي:

شكل رقم 18 الإنفاق الصحي والناتج المحلي ونسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي بالأسعار الجارية في الأراضي الفلسطينية للأعوام (2000-2010):



المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي تزداد مع مرور السنوات كما هو واضح من شكل المنحنى العلوي، وهذا يشير إلى اهتمام الحكومة بالقطاع الصحي، وأن الزيادة في الإنفاق على الصحة تتم المساهمة فيها من الناتج المحلي بنسبة فاقت 15%، علماً بأن هذه النسبة تُعد الأكبر على مستوى الدول العربية كما ذكرنا سابقاً، ولكن هذه النسبة تراجعت عامي 2009 و 2010 رغم أن الناتج المحلي الإجمالي صاعداً لنفس الفترة، وبالتالي فإن نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي وصل ذروته، ولذلك فعلى الحكومة البحث في مصادر التمويل الأخرى، مع الإحتفاظ بنفس نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي، بل عليها أن تبقى في مستوى أعلى من الدول المجاورة بسبب الظروف الإقتصادية والصحية الصعبة التي يعيشها المواطن في قطاع غزة والتي تختلف عن غيرها من المناطق، بخاصة في هذه الفترة.

### 4.7.3.1 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة:

ولتسليط الضوء على الإنفاق أكثر يمكن عرض مجموعة من جداول توزيع الإنفاق على الصحة مصنفة حسب الأبعاد الثلاثة: (مصادر التمويل، وظائف الرعاية الأولية، مزودي الخدمة) لعامي 2009، 2010 نعرضها تباعاً في الصفحات التالية:

جدول 46 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مصادر التمويل (2009، 2010):

**Percentage distribution of total expenditure on health in the Palestinian Territory\* by source of funding for the years 2009, 2010**

Source of Funding	2010	2009	المؤشر
General Government	36.3	36.1	الحكومة العامة
Private Insurance Enterprises	2.5	1.4	شركات التأمين الخاصة
Private Household out-of-pocket Expenditure	40.9	42	الأسر المعيشية
Non-profit Institutions Serving Households	18.2	17.7	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية
Rest of the world	2.1	3	باقي العالم
<b>Total percentages</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>مجموع النسب</b>
<b>Total Expenditure (Value in 1000 US \$)</b>	<b>1074742.8</b>	<b>959043</b>	<b>الإنفاق الكلي (ألف دولار أمريكي)</b>

\* The data excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israel in 1967.

\* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أنه من حيث مصادر التمويل فإن أعلى نسبة تمويل هي: الأسر المعيشية، يليها الحكومة العامة، وتأتي المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية في المرتبة الثالثة، كما يمكن ملاحظة أن شركة التأمين الخاصة كانت تحتل آخر مرتبة

عام 2009 ولكنها في العام 2010 حلت في المرتبة الرابعة بدلاً من باقي العالم (ارتفعت على حساب انخفاض طفف في الأسر المعيشية وباقي العالم).

جدول 47 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* حسب مزودي الخدمات الصحية (2009، 2010):

Percentage distribution of total expenditure on health in the Palestinian Territory\* by provider of the health care for the years 2009, 2010

Provider of Health Care	2010	2009	مزودو الخدمات الصحية
<b>Hospitals</b>	<b>34.5</b>	<b>36</b>	<b>المستشفيات</b>
General hospitals	28.2	28.1	أ. المستشفيات العامة
- Pub. General Hospital	16.3	15	- مستشفيات حكومية عامة
- Private NPISH General Hospital	7.5	5.1	- مستشفيات عامة تابعة للقطاع غير هادف للربح
- Private General Hospital	4	7.7	- مستشفيات خاصة عامة
- Non Classification Public General Hospital	0.4	0.3	- مستشفيات عامة غير محددة القطاع
Mental Health and substance abuse hospitals	1.4	1.3	ب. مستشفيات الصحة النفسية والعلاج من الإدمان
Specialty hospitals	4.9	6.6	ج. المستشفيات المتخصصة
<b>Nursing and residential care facilities</b>	<b>4.9</b>	<b>5</b>	<b>التمريض ومرافق الرعاية مع مبيت</b>
<b>Providers of ambulatory health care</b>	<b>20.6</b>	<b>19.4</b>	<b>مراكز وعيادات الرعاية الأولية</b>
Offices for physicians	0.5	0.7	عيادات الأطباء
Offices for Dentists	2.4	2.9	عيادات طب الأسنان
Offices for other health practitioners	1.7	0.7	عيادات أخرى
Out-patient care centers	16	15.1	العيادات الخارجية
Public clinics Out-Patient care centers	6.7	5.2	عيادات خارجية حكومية
UNRWA clinics Out-Patient care centers	4.5	4.2	عيادات خارجية تابعة للأنروا
NPISH clinics Out-Patient care centers	0.5	1.1	عيادات خارجية لمؤسسات غير ربحية
Profit Private clinics Out-Patient care centers	4.3	4.6	عيادات خارجية خاصة
<b>Medical and Diagnostics Laboratories</b>	<b>2.3</b>	<b>2.3</b>	<b>مختبرات طبية</b>
<b>Other providers of ambulatory health care</b>	<b>0.3</b>	<b>0.4</b>	<b>مراكز وعيادات الرعاية الأولية الأخرى</b>
<b>Retail sales and other providers of medical goods</b>	<b>16.2</b>	<b>14.6</b>	<b>بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية</b>
<b>Provision and administration of public health programs</b>	<b>0.1</b>	<b>0.1</b>	<b>إدارة برامج الصحة العامة</b>
<b>General health administration and Insurance</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>الإدارة العامة للصحة والتأمين</b>
<b>Other industries ( rest of the economy</b>	<b>2.4</b>	<b>2.8</b>	<b>الصناعات الصحية الأخرى</b>
Establishments as providers of occupational health care services	2.4	2.8	المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية المهنية
<b>Rest of the world</b>	<b>3.7</b>	<b>4.5</b>	<b>باقي العالم</b>
<b>Total percentages</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>مجموع النسب</b>
<b>Total Expenditure (Value in 1000 US \$)</b>	<b>1074742.8</b>	<b>959043</b>	<b>الإنفاق الكلي (الف دولار أمريكي)</b>

\* The data excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israel in 1967.

\* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن التوزيع النسبي للإنفاق من حيث مزودي الخدمات الصحية: يبين أن الإدارة العامة للصحة والتأمين كونها مزود خدمة حظيت بالمرتبة الرابعة (15%)، بعد المستشفيات (34.5%)، ومراكز وعيادات الرعاية الأولية (20.6%)، وبيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية (16.2%).

**جدول 48 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* حسب وظائف الرعاية الصحية (2009، 2010):**

**Percentage distribution of total expenditure on health in the Palestinian Territory\* by function of care for the years 2009, 2010**

Functions of health care	2010	2009	وظائف الرعاية الصحية
<b>Services of curative care</b>	<b>62.6</b>	<b>64.4</b>	<b>خدمات الرعاية العلاجية</b>
In-patient curative care	24.3	24.9	الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين
Out-patient curative care	30.8	29.6	الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية
Non classified Services of curative care	7.5	9.9	خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة
<b>Services of rehabilitative care</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>خدمات الرعاية التأهيلية</b>
<b>In-Patient long-term nursing care</b>	<b>0</b>	<b>0.1</b>	<b>خدمات التمريض طويلة المدى ومرافق المبيت للمرضى</b>
<b>Ancillary services to health care</b>	<b>2.4</b>	<b>2.6</b>	<b>خدمات الرعاية الصحية المساندة</b>
<b>Medical goods dispensed to out-patient</b>	<b>17</b>	<b>15.3</b>	<b>الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية</b>
<b>Prevention and Public health services</b>	<b>7.3</b>	<b>7.4</b>	<b>الخدمات الوقائية والصحة العامة</b>
<b>Health Administration and health Insurance</b>	<b>10.7</b>	<b>10.2</b>	<b>الإدارة الصحية والتأمين الصحي</b>
<b>Total percentages</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>مجموع النسب</b>
<b>Total Expenditure (Value in 1000 US \$)</b>	<b>1074742.8</b>	<b>959043</b>	<b>الإنفاق الكلي (ألف دولار أمريكي)</b>

\* The data excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israel in 1967.

\* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أنه من حيث وظائف الرعاية الصحية: أن الإدارة الصحية والتأمين الصحي كونها أحد وظائف الرعاية الصحية جاءت في المرتبة الثالثة (10.7%)، بعد خدمات الرعاية العلاجية (62.6%)، والأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية (17%).

ومن الملفت للانتباه في الجدول السابق النسبة الكبيرة التي تصرف على خدمات الرعاية العلاجية والتي تنقسم إلى ثلاثة بنود رئيسية يمكن عرضها بعد ترتيبها حسب نسبتها تنازلياً كما في الجدول التالي:

م.م	وظائف الرعاية الصحية	2009 (%)	2010 (%)
1	الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية	29.6	30.8
2	الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين	24.9	24.3
3	خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة	9.9	7.5
	<b>الإجمالي</b>	<b>64.4</b>	<b>62.6</b>

فالعيادات الخارجية تأخذ أكبر نسبة إنفاق من حيث الخدمات العلاجية (30.8% من)، ومن الملاحظ أن معظم العيادات الخارجية في المستشفيات ومراكز الرعاية تكون غالباً مكتظة بالمراجعين، وقد يكمن فيها نسبة الخطأ في التشخيص الذي يؤدي إلى زيادة الإنفاق في هذا البند، أو وجود خدمات علاجية غير مبررة، لذا فقد يكون من المناسب عمل إجراءات رقابية مالية وفنية قد تسهم في تخفيض النفقات لهذا البند.

وبالمثل فإن نسبة الانفاق على المرضى المدخلين من حيث الخدمات العلاجية (24.3%) هي مرتفعة، ولكن قد تكون منطقية حيث أنها تخضع لرقابة أكبر من العيادات الخارجية، ومدة الدخول يصادق عليها الطبيب، لذا فإن الخلل قد يكمن في سوء التقدير في مدة الدخول اللازمة للمريض مما يؤثر سلباً على النفقات، فإذا كانت المدة أطول من اللازم فهذا سيؤدي إلى نفقات خدمات علاجية وغيرها وإشغال غير مبرر، وإذا كانت المدة أقل من اللازم فقد يؤدي ذلك لمضاعفات عند المريض مما يستدعي عمل إجراءات علاجية إضافية لمعالجة المضاعفات وبالتالي زيادة نفقات الخدمات العلاجية وغيرها، لذا من المناسب العمل على رفع الكفاءة الفنية للأطباء بشكل مستمر وتوصيتهم بعمل الإجراءات العلاجية اللازمة مع الأخذ في الحسبان البدائل الأقل تكلفة، وهذا يتطلب نفقات إضافية لتطوير الكادر الطبي والتمريضي، لذا يجب أن تدرس هذه النفقات ومدى تأثيرها في خفض التكاليف العلاجية وغيرها من التكاليف الأخرى.

**جدول 49 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مزودي الخدمات الصحية ومصادر التمويل (2009، 2010) بالأسعار الجارية:**

**Expenditure on health in the Palestinian Territory\* by provider and source of funding for the years 2009, 2010 at current prices**

Value in US\$ 1000		القيمة بالآلاف دولار أمريكي						
Provider	مصادر التمويل Source of Funding						السنة Year	مزود الخدمة
	المجموع Total	باقي العالم Rest of the world	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية NPISH	الأسر المعيشية Private - Household out of-Pocket Expenditure	شركات التأمين الخاصة Private Insurance Enterprises	الحكومة العامة Government General		
General Hospitals	268,670.9	1,329.4	32,140.1	97,555.6	2,581.0	135,064.8	2009	المستشفيات العامة
	302,291.6	1,055.9	47,467.3	82,656.1	4,026.3	167,086.0	2010	
Mental Health and Substance Abuse Hospitals	12,423.6	-	-	-	-	12,423.6	2009	مستشفيات الصحة النفسية وعلاج الإدمان
	14,960.6	-	-	-	-	14,960.6	2010	

Specialty Hospitals	63,630.1	-	-	-	-	63,630.1	2009	المستشفيات المتخصصة
	52,452.4	-	-	-	-	52,452.4	2010	
Nursing and Residential Care Facilities	47,864.1	-	47,777.1	86.9	-	-	2009	التمريض ومرافق الرعاية مع مبيت
	52,886.8	-	52,853.1	33.7	-	-	2010	
Offices for Physicians	6,252.8	-	1,944.0	1,692.9	2,615.9	-	2009	عيادات الأطباء
	5,798.7	-	953.7	2,281.9	2,563.1	-	2010	
Offices for Dentists	28,172.1	-	-	28,172.1	-	-	2009	عيادات طب الأسنان
	25,776.5	-	-	25,776.5	-	-	2010	
Offices for Other Health Practitioners	6,488.3	-	5,972.0	510.3	5.9	-	2009	عيادات أخرى
	17,964.3	-	17,192.3	437.3	334.8	-	2010	
Public Clinics Out-Patient Care Centers	50,256.0	-	-	5,526.3	-	44,729.8	2009	عيادات خارجية حكومية
	72,249.5	-	-	7,354.9	-	64,894.6	2010	
UNRWA Clinics Out-Patient Care Centers	39,896.4	-	39,896.4	-	-	-	2009	عيادات خارجية تابعة للأمم المتحدة
	48,844.8	-	48,844.8	-	-	-	2010	
NPISH Clinics Out-Patient Care Centers	10,780.3	-	10,780.3	-	-	-	2009	عيادات خارجية تابعة لمؤسسات غير ربحية
	4,503.1	-	4,503.1	-	-	-	2010	
Profit Private Clinics Out-Patient Care Centers	44,240.0	-	-	44,240.0	-	-	2009	عيادات خارجية خاصة
	46,575.3	-	-	46,575.3	-	-	2010	
Medical and Diagnostics Laboratories	22,196.7	-	35.8	21,404.0	756.9	-	2009	مختبرات طبية
	24,516.5	-	-	23,303.9	1,212.6	-	2010	
Other Providers of Ambulatory Health Care	3,140.5	-	2,323.1	817.3	-	-	2009	مراكز و عيادات الرعاية الأولية الأخرى
	1,699.1	-	611.5	1,087.6	-	-	2010	
Retail Sales and Other Providers of Medical Goods	139,941.1	-	-	137,043.0	2,898.1	-	2009	بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية
	175,533.7	-	-	170,844.9	4,688.8	-	2010	
Provision and Administration of Public Health Program	1,384.2	-	236.6	1,147.7	-	-	2009	إدارة برامج الصحة العامة
	1,127.7	-	-	1,127.7	-	-	2010	
General health administration & Insurance	143,733.3	-	26,800.0	65,077.6	4,085.0	47,770.7	2009	الإدارة العامة للصحة والتأمين
	161,213.1	-	18,559.4	78,096.7	13,197.1	51,360.0	2010	
Establishments as Providers of Occupational Health Care Services	26,634.3	26,558.4	75.9	-	-	-	2009	المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية المهنية
	26,147.3	21,094.8	5,052.6	-	-	-	2010	
Rest of the World	43,338.3	918.2	-	-	-	42,420.1	2009	باقي العالم
	40,201.8	729.3	-	-	-	39,472.5	2010	
Total	959,043.0	28,806.0	167,981.4	403,273.7	12,942.8	346,039.1	2009	المجموع
	1,074,742.8	22,880.0	196,037.7	439,576.4	26,022.6	390,226.0	2010	

\* The data excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israel in 1967.

\* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الجدول أعلاه يتبين أن أكبر قيم جوهرية من حيث مزود الخدمة ومصدر تمويلها هي

التقاطعات التالية:

1. المستشفيات العامة كونها مزود خدمة أكبر مصدر تمويل لها الحكومة العامة ثم الأسر المعيشية.

2. بيع التجزئة وغيره من مزودي الخدمة أكبر مصدر تمويل له الأسر المعيشية.

3. الإدارة العامة للصحة والتأمين كونها مزود خدمة هي أكبر مصدر تمويل لها الأسر المعيشية ثم الحكومة العامة.

4. وبالنسبة للإجماليات فإن أكبر مزود خدمة من حيث الإنفاق: المستشفيات العامة يليها بيع التجزئة وغيره من مزودي الخدمة، يليه الإدارة العامة للصحة والتأمين.



5. أما بالنسبة للإجماليات لأكبر مصدر تمويل: الأسر المعيشية، يليها الحكومة العامة، يليها المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية.

جدول 50 التوزيع النسبي للإفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مزودي الخدمات الصحية ووظائف الرعاية الصحية (2009، 2010) بالأسعار الجارية:

**Expenditure on health in the Palestinian Territory\* by provider of health and function of care for the years 2009, 2010 at current prices**

Value in US\$ 1000		القيمة بالآلاف دولار أمريكي								
المجموع	الوظيفة الصحية Function								السنة	مزود الخدمة
	الإدارة الصحية والتأمين الصحي	الخدمات الوقائية والصحة العامة	الأمومة المقدمة لمرضى العيادات الخارجية	خدمات الرعاية الصحية المساعدة	خدمات التمريض طويلة المدى	خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة	الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية	الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين		
268,670.9	-	-	1,329.4	-	-	95,251.8	51,542.4	120,547.2	2009	المستشفيات العامة
302,291.6	-	-	1,055.9	-	-	80,335.6	66,722.1	154,177.9	2010	مستشفيات الصحة النفسية والعلاج من الإدمان
12,423.6	-	-	-	-	-	-	-	12,423.6	2009	المستشفيات المتخصصة
14,960.6	-	-	-	-	-	-	-	14,960.6	2010	التمريض ومرافق الرعاية مع مبيت
63,630.1	-	-	-	-	-	-	-	63,630.1	2009	عيادات الأطباء
52,452.4	-	-	-	-	-	-	-	52,452.4	2010	عيادات طب الأسنان
47,864.1	-	-	-	-	86.9	-	47,777.1	-	2009	عيادات أخرى
52,886.8	6,522.5	-	-	-	33.7	-	46,330.6	-	2010	عيادات خارجية تابعة للإنتروا
6,252.8	-	-	-	-	-	-	6,252.8	-	2009	عيادات خارجية تابعة لمؤسسات غير هادفة للربح
5,798.7	-	-	-	-	-	-	5,798.7	-	2010	عيادات خارجية خاصة
28,172.1	-	-	-	-	-	-	28,172.1	-	2009	مختبرات طبية
25,776.5	-	-	-	-	-	-	25,776.5	-	2010	مراكز وخدمات الرعاية الأولية الأخرى
6,488.3	-	-	-	-	510.3	-	5,977.9	-	2009	بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية
17,964.3	-	882.3	-	-	437.3	-	16,644.8	-	2010	إدارة برامج الصحة العامة
50,256.0	86.9	1,399.1	-	-	-	-	48,770.0	-	2009	الإدارة الحكومية للأنشطة الصحية
72,249.5	-	2,184.6	-	-	-	-	70,064.8	-	2010	أنشطة التأمين الخاص
39,896.4	-	-	-	-	-	-	39,896.4	-	2009	المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية المهنية
48,844.8	-	-	-	-	-	-	48,844.8	-	2010	باقي العالم
10,780.3	-	-	-	-	-	-	10,780.3	-	2009	المجموع
4,503.1	-	-	-	-	-	-	4,503.1	-	2010	
44,240.0	-	-	-	-	-	-	44,240.0	-	2009	
46,575.3	-	-	-	-	-	-	46,575.3	-	2010	
22,196.7	-	-	-	22,160.9	-	-	35.8	-	2009	
24,516.5	-	-	-	24,516.5	-	-	-	-	2010	
3,140.5	-	-	-	3,140.5	-	-	-	-	2009	
1,699.1	-	236.2	-	1,462.9	-	-	-	-	2010	
139,941.1	-	-	139,941.1	-	-	-	-	-	2009	
175,533.7	-	-	175,533.7	-	-	-	-	-	2010	
1,384.2	236.6	1,147.7	-	-	-	-	-	-	2009	
1,127.7	-	1,127.7	-	-	-	-	-	-	2010	
139,648.3	93,359.9	46,288.3	-	-	-	-	-	-	2009	
148,016.0	94,816.7	53,199.3	-	-	-	-	-	-	2010	
4,085.0	4,085.0	-	-	-	-	-	-	-	2009	
13,197.1	13,197.1	-	-	-	-	-	-	-	2010	
26,634.3	-	21,172.5	5,461.9	-	-	-	-	-	2009	
26,147.3	-	19,729.1	6,418.2	-	-	-	-	-	2010	
43,338.3	44.7	873.5	-	-	-	-	-	42,420.1	2009	
40,201.8	35.5	693.8	-	-	-	-	-	39,472.5	2010	
959,043.0	97,813.2	70,881.0	146,732.4	25,301.3	597.2	95,251.8	283,444.9	239,021.1	2009	
1,074,742.8	114,571.9	78,052.9	183,007.8	25,979.4	470.9	80,335.6	331,260.8	261,063.3	2010	

\* The data excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israel in 1967.

\* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الجدول أعلاه ومن ملحق رقم (2) يتبين أن أكبر قيم جوهرية من حيث مزود الخدمة والوظيفة الصحية المستهلكة للإفاق هي التقاطعات التالية:

1. المستشفيات العامة كونها مزود خدمة أكبر ووظيفة صحية استهلكتها: الخدمات العلاجية للمرضى المدخلين، يليها خدمات الرعاية الصحية غير المصنفة.

2. بيع التجزئة كونه مزود خدمة أكبر وظيفة صحية استهلكته: أدوية مرضى العيادات الخارجية.

3. الإدارة العامة للصحة والتأمين كونها مزود خدمة أكبر وظيفة صحية استهلكتها: الإدارة الصحية والتأمين الصحي، يليها الخدمات الوقائية والصحة العامة.

4. وبالنسبة للإجماليات فإن أكبر وظيفة صحية: الخدمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية، يليها الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين، يليها أدوية مرضى العيادات الخارجية.

جدول 51 التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مصادر التمويل ووظائف الرعاية الصحية (2009، 2010) بالأسعار الجارية:

Expenditure on health in the Palestinian Territory\* by source of funding and function of care for the years 2009, 2010 at current prices

Value in US\$ 1000		القيمة بالآلاف دولار أمريكي									
المجموع	الإدارة الصحية والتأمين الصحي	الخدمات الوقائية والصحة العامة	الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية	خدمات الرعاية الصحية المساندة	خدمات التمريض طويلة المدى	خدمات الرعاية التأهيلية	خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة	الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية	الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين	السنة Year	مصادر التمويل
346,039.0	1730.7	47,526.0	-	-	-	-	-	74,098.5	222,683.8	2009	الحكومة العامة
390,226.0	-	53,544.6	-	-	-	-	-	105,160.8	231,520.6	2010	الحكومة العامة
12,942.8	4,085.0	-	2,898.1	756.9	-	-	-	2,621.8	2,581.0	2009	شركات التأمين الخاصة
26,022.6	13,197.1	-	4,688.8	1,212.6	-	-	-	2,897.9	4,026.3	2010	شركات التأمين الخاصة
403,273.8	64,916.2	1,309.2	137,043.0	22,221.3	597.2	-	95,251.8	81,409.2	525.8	2009	الأسر المعيشية
439,576.4	77,966.7	1,257.7	170,844.9	24,391.5	470.9	-	80,335.6	82,522.2	1,786.9	2010	الأسر المعيشية
167,981.4	27,036.6	75.9	-	2,323.1	-	-	-	125,315.3	13,230.5	2009	المؤسسات الغير ربحية وتخدم الأسر المعيشية
196,037.7	23,372.5	5,800.4	2,080.0	375.3	-	-	-	140,680.0	23,729.5	2010	المؤسسات الغير ربحية وتخدم الأسر المعيشية
28,806.0	44.7	21,970.0	6,791.3	-	-	-	-	-	-	2009	باقي العالم
22,880.0	35.5	17,450.3	5,394.2	-	-	-	-	-	-	2010	باقي العالم
959,043.0	97,813.2	70,881.0	146,732.4	25,301.3	597.2	-	95,251.8	283,444.9	239,021.1	2009	المجموع
1,074,742.8	114,571.9	78,052.9	183,007.8	25,979.4	470.9	-	80,335.6	331,260.8	261,063.3	2010	المجموع

\* The data excludes those parts of Jerusalem which were annexed by Israel in 1967.

\* البيانات باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية (2009-2010)، 2012.

من الجدول أعلاه يتبين أن أكبر قيم جوهرية من حيث مصدر التمويل حسب توزيعها على الوظيفة الصحية هي التقاطعات التالية:

1. الحكومة العامة كونها مصدر تمويل فإن أكبر وظيفة صحية قامت بتغطيتها: الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين، يليها الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية.

2. الأسر المعيشية كونها مصدر تمويل فإن أكبر وظيفة صحية قامت بتغطيتها: الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية، يليها خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة، يليها الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية.

3. المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية كونها مصدر تمويل فإن أكبر وظيفة صحية قامت بتغطيتها: الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية.

ويمكن عرض خلاصة تقاطعات القيم الجوهرية للبنود وتوزيعاتها من حيث الأبعاد الثلاثة:  
(مزود الخدمة، مصدر التمويل، الوظيفة الصحية) من الجداول الثلاثة السابقة كما يلي:

جدول 52 ملخص لأكثر ثلاث قيم جوهرية من بنود الأبعاد الثلاثة للإنفاق الصحي (2009)،  
(2010):

الأبعاد الثلاثة	أكثر قيمة إجمالية	أكثر مزود خدمة	أكثر مصدر تمويل	أكثر وظيفة صحية
مزود الخدمة	المستشفيات العامة	***	الحكومة العامة ثم الأسر المعيشية	الخدمات العلاجية للمرضى المدخلين، يليها خدمات الرعاية الصحية غير المصنفة
	بيع التجزئة وغيره من مزودي الخدمة	***	الأسر المعيشية	الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية
	الإدارة العامة للصحة والتأمين	***	الأسر المعيشية، ثم الحكومة العامة	الإدارة الصحية والتأمين الصحي، يليها الخدمات الوقائية والصحة العامة
مصدر التمويل	الأسر المعيشية	بيع التجزئة وغيره من مزودي الخدمة، يليها المستشفيات العامة	***	الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية، يليها خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة، يليها الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية
	الحكومة العامة	المستشفيات العامة	***	الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين، يليها الخدمات العلاجية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية
	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية	التمريض ومرافق الرعاية مع مبيت، يليها عيادات خارجية تابعة للأونروا، يليها المستشفيات العامة	***	الخدمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية
	الخدمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية	موزعة على 9 مزودي خدمة	المؤسسات غير الهادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية، الحكومة العامة	***
الوظيفة الصحية	الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى المدخلين	المستشفيات العامة	الحكومة العامة	***
	الأدوية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية	بيع التجزئة وغيره من مزودي الخدمة	الأسر المعيشية	***

(إعداد الباحث) من الجداول الثلاث السابقة

#### 4.7.3.2 النفقات التشغيلية لوزارة الصحة قطاع غزة للعام 2013م:

بلغ إجمالي المدفوعات الفعلية لوزارة الصحة في غزة 593188967 شيكلاً أي يقارب 169.7 مليون \$، موزعة حسب الجدول التالي:

جدول 53 توزيع المدفوعات الفعلية لوزارة الصحة حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية (2011-2013):

2013		2012		2011		البيان
%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	%	القيمة شيكل	
39.3	233189589	45	240008076	32	232614788	الرواتب والأجور
35.1	208046987	27.1	144675750	38.1	152586592	العلاج بالخارج
13.7	81054452	14.7	78408307	15.5	62039669	أدوية
2.9	17471537	3.5	18522776	2.9	11457424	مهمات طبية مستهلكة
1.2	6884104	1.6	8319616	2.3	9362569	أغذية
1.2	7125130	1	5324255	2.2	8944111	مواد مختبرات
1.3	7725156	1.6	8388993	1.8	7330213	عقود التنظيف
1.3	7603001	1.5	8030633	1.6	6565896	كهرباء ومياه
0.1	633219	0.4	2042232	0.8	3028088	مصاريف وسائط نقل
1.4	8101261	1	5518004	0.6	2279971	صيانة واصلاحات
1.4	8482801	1.2	6291927	0.6	2210572	المحروقات
0.3	1868276	0.3	1829900	0.4	1605649	قرطاسية ومطبوعات
0.1	779820	0.02	97706	0.3	1339333	بريد وبرق وهاتف
0.2	1478698	0.3	1347622	0.3	1328015	الإيجارات
0.2	1092992	0.2	1090618	0.2	728927	مواد ولوازم الوزارة
0.1	347996	0.2	800051	0.2	656937	غازات طبية
0.1	830507	0.4	2070594	0.1	548313	اللبسة وأقمشة
0.05	287443	0.1	325883	0.1	210280	مكافآت لغير الموظفين
0.01	65625	0.001	5550	0.01	39653	السفر في مهمات رسمية
0.01	40476	0.01	35945	0.01	23619	بدل تنقل خاص بالعمل
0.01	48737	0.01	71682	0.004	16996	ضيافة وفود نثرية
0.000	0	0.001	4125	0.004	14500	حفلات
0.002	11635	0.002	10920	0.003	13841	ضيافة بوفيه الوزارة
0.003	18925	0.004	22300	0.002	8050	إعلانات
0.0001	600	0.002	8593	0.0004	1703	البعثات العلمية والدورات
100	593188967	100	533252058	100	504955709	الإجمالي (شيكل)
	169482562		152357731		144273060	الإجمالي (\$)

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أنه تم ترتيبه تنازلياً حسب عمود عام 2013 ليظهر بوضوح ترتيب النفقات التي تستحوذ على أعلى القيم الجوهرية الأربعة في رأس الجدول أعلاه وهي: (الرواتب والأجور، والعلاج بالخارج، وأدوية، ومهمات طبية مستهلكة).

وهذه البنود الأربعة تمثل 91% من النفقات لذا تستحق الدراسة وإعادة التقييم، وقد تكون المشكلة موزعة بين مقدم الخدمة والمستفيد، فقد أوصت دراسة (الرواشدة، 2007) المستفيد عدم الدخول والإقامة واستغلال الأدوية غير المبررة وعدم استخدام تأمين شخص آخر، كما أوصت مقدم الخدمة الحد من الإجراءات غير الضرورية وزيادة إشغال الأسرة، وعدم صرف دواء عشوائياً أو بناءً على طلب المريض، وزيادة التوعية الصحية، كل ذلك وغيره من الإجراءات يمكن أن يساعد في خفض التكاليف وبالتالي زيادة الكفاءة المالية.

جدول 54 معادلات خط الإنحدار وقيم  $R^2$  للمدفوعات الفعلية لوزارة الصحة حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية (2011-2013) مقارنة القيم بالنسب:

نسب		قيم (بالآلف شيكل)		
قيمة $R^2$	معادلة خط الإنحدار	قيمة $R^2$	معادلة خط الإنحدار	
$R^2 = 0.3137$	$y = 3.65x + 31.467$	$R^2 = 0.0049$	$y = 287.4x + 234696$	الرواتب والأجور
$R^2 = 0.0696$	$y = -1.5x + 36.433$	$R^2 = 0.6449$	$y = 27730x + 112976$	العلاج بالخارج
$R^2 = 0.9959$	$y = -0.9x + 16.433$	$R^2 = 0.8521$	$y = 9507.4x + 54819$	أدوية
$R^2 = 0$	$y = 3.1$	$R^2 = 0.6222$	$y = 3007.1x + 9803.1$	مهمات طبية مستهلكة
$R^2 = 0.9758$	$y = -0.55x + 2.8$	$R^2 = 0.9917$	$y = -1239.2x + 10667$	أغذية
$R^2 = 0.6048$	$y = -0.5x + 2.4667$	$R^2 = 0.2525$	$y = -909.49x + 8950.1$	مواد مختبرات
$R^2 = 0.9868$	$y = -0.25x + 2.0667$	$R^2 = 0.1362$	$y = 197.47x + 7419.8$	عقود التنظيف
$R^2 = 0.9643$	$y = -0.15x + 1.7667$	$R^2 = 0.474$	$y = 518.55x + 6362.7$	كهرباء ومياه
$R^2 = 0.9932$	$y = -0.35x + 1.1333$	$R^2 = 0.9897$	$y = -1197.4x + 4296$	مصاريف وسائط نقل
$R^2 = 1$	$y = 0.4x + 0.2$	$R^2 = 0.9958$	$y = 2910.6x - 521.54$	صيانة وإصلاحات
$R^2 = 0.9231$	$y = 0.4x + 0.2667$	$R^2 = 0.9706$	$y = 3136.1x - 610.46$	المحروقات
$R^2 = 0.75$	$y = -0.05x + 0.4333$	$R^2 = 0.8569$	$y = 131.31x + 1505.3$	قرطاسية ومطبوعات
$R^2 = 0.2929$	$y = -0.0669x + 0.2721$	$R^2 = 0.2024$	$y = -279.76x + 1298.5$	بريد وبرق وهاتف
$R^2 = 0.75$	$y = -0.05x + 0.3667$	$R^2 = 0.8457$	$y = 75.341x + 1234.1$	الإيجارات
$R^2 = \#N/A$	$y = 0.2$	$R^2 = 0.7549$	$y = 182.03x + 606.78$	مواد ولوازم الوزارة
$R^2 = 0.75$	$y = -0.05x + 0.2667$	$R^2 = 0.447$	$y = -154.47x + 910.6$	غازات طبية
$R^2 = 7E-31$	$y = 1E-16x + 0.2$	$R^2 = 0.0304$	$y = 141.1x + 867.61$	ألبسة وأقمشة
$R^2 = 0.75$	$y = -0.025x + 0.1333$	$R^2 = 0.4295$	$y = 38.581x + 197.37$	مكافآت لغير الموظفين
$R^2 = 0$	$y = 0.007$	$R^2 = 0.1858$	$y = 12.986x + 10.971$	السفر في مهمات رسمية
$R^2 = 0$	$y = 0.01$	$R^2 = 0.9335$	$y = 8.4285x + 16.49$	بدل تنقل خاص بالعمل
$R^2 = 0.75$	$y = 0.003x + 0.002$	$R^2 = 0.334$	$y = 15.871x + 14.064$	ضيافة وفود نثرية
$R^2 = 0.9231$	$y = -0.002x + 0.0057$	$R^2 = 0.9417$	$y = -7.25x + 20.708$	حفلات

$R^2 = 0.75$	$y = -0.0005x + 0.0033$	$R^2 = 0.5248$	$y = -1.103x + 14.338$	ضيافية بوفيه الوزارة
$R^2 = 0.25$	$y = 0.0005x + 0.002$	$R^2 = 0.5332$	$y = 5.4375x + 5.55$	إعلانات
$R^2 = 0.0216$	$y = -0.0002x + 0.0011$	$R^2 = 0.0162$	$y = -0.5515x + 4.735$	البعثات العلمية والدورات
---	---	$R^2 = 0.9589$	$y = 44117x + 455566$	الإجمالي (شيكل)

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

الجدول أعلاه للمقارنة بين القيم والنسب للمدفوعات الفعلية لوزارة الصحة حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية للسنوات (2011، 2012، 2013)، ومنها يمكن ملاحظة وجود اختلاف بين معادلة خط الإنحدار وقيمة  $R^2$  (للقيم من جهة والنسب ومن جهة أخرى) للسنوات الثلاثة لكل بند من بنود المدفوعات، كما يمكن ملاحظة أن درجة الاختلاف متفاوتة بين البنود، ومن ناحية أخرى نجد قيمة  $R^2$  تختلف من بند إلى آخر، فهي تتراوح ما بين ( 1% - 99%)، فبند الأجور والمرتببات الذي يمثل أكبر قيمة وأكبر نسبة بين البنود نجد في جانب القيم أن:

$$y = 287.4x + 234696, \quad R^2 = 0.0049$$

بينما نجد في جانب النسب أن:

$$y = 3.65x + 31.467, \quad R^2 = 0.3137$$

ويمكن تفسير ذلك أن اتجاه وقوة التغير في قيمة بند من بنود النفقات عبر السلسلة الزمنية ليس شرطاً أن يقابله نفس التغير من حيث وزنه النسبي بالنسبة لباقي البنود وذلك لتأثر الوزن النسبي لبند ما بالتغير الحاصل في باقي البنود، فمثلاً بند العلاج بالخارج من حيث القيم متزايد إلا أن وزنه النسبي بين باقي البنود حقق انخفاضاً وتفسير ذلك أن الزيادة في النفقات في البنود الأخرى كانت أعلى من الزيادة فيه.

ومن الجدول أعلاه في عمود النسب عبر السلسلة الزمنية يمكن ملاحظة أن بند صيانة واصلاحات (قيمة  $R^2 = 1$ ) لتشير إلى علاقة خطية تامة، بينما بندي مهمات طبية مستهلكة والسفر في مهمات رسمية (قيمة  $R^2 = 0$ ) لتشير إلى انعدام العلاقة الخطية، في حين أن بندي مواد ولوازم الوزارة وبدل تنقل خاص بقي وزنه النسبي ثابتاً خلال السلسلة الزمنية حيث (قيمة  $R^2 = \#N/A$  أو 0).

ويمكن تلخيص نتائج الجدول السابق كما في الجدول التالي:

جدول 55 ملخص علاقة المدفوعات الفعلية لوزارة الصحة حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية مع الزمن (2011-2013):

البيان	قيم	نسب
الرواتب والأجور	طردية ضعيفة	طردية ضعيفة
العلاج بالخارج	طردية متوسطة	سلبية ضعيفة
أدوية	طردية قوية	سلبية قوية
مهمات طبية مستهلكة	طردية متوسطة	طردية ضعيفة
أغذية	سلبية قوية	سلبية قوية
مواد مختبرات	سلبية ضعيفة	سلبية متوسطة
عقود التنظيف	طردية ضعيفة	سلبية ضعيفة
كهرباء ومياه	طردية متوسطة	سلبية ضعيفة
مصاريق وسائط نقل	سلبية قوية	سلبية قوية
صيانة واصلاحات	طردية قوية	طردية قوية
المحروقات	طردية قوية	طردية قوية
قرطاسية ومطبوعات	طردية قوية	سلبية ضعيفة
بريد وبرق وهاتف	سلبية ضعيفة	سلبية ضعيفة
الإيجارات	طردية قوية	سلبية قوية
مواد ولوازم الوزارة	طردية قوية	ثابتة
غازات طبية	سلبية متوسطة	سلبية متوسطة
ألبسة وأقمشة	طردية ضعيفة	سلبية ضعيفة
مكافآت لغير الموظفين	طردية متوسطة	سلبية ضعيفة
السفر في مهمات رسمية	طردية ضعيفة	سلبية ضعيفة
بدل تنقل خاص بالعمل	طردية قوية	ثابتة
ضيافة وفود نثرية	طردية ضعيفة	طردية قوية
حفلات	سلبية قوية	سلبية قوية
ضيافية بوفيه الوزارة	سلبية متوسطة	سلبية قوية
إعلانات	طردية متوسطة	طردية ضعيفة
البعثات العلمية والدورات	سلبية ضعيفة	سلبية ضعيفة
الإجمالي (شيكل)	طردية قوية	---

المصدر: إعداد الباحث من الجدول السابق.

يمكن ملاحظة أن الجدول أعلاه يمثل نفقات، لذا فالعلاقة السلبية في بنوده تعنى أن قيمة البند تنخفض عبر السلسلة الزمنية وهذا يمثل جانب ايجابي ومساعد لرفع الكفاءة المالية.

مع ملاحظة وجود قيمة أخرى لنفقات كل من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات حسب جهة الصرف لكل من المستشفيات والرعاية الأولية وكذلك الجهات الخارجية كما هو موضح في الجداول التالية:

### 4.7.3.3 نفقات الإدارة العامة للصيدلة من الأدوية والمهمات المستهلكة 2013م:

بلغ إجمالي إنفاق الأدوية على المستشفيات والرعاية وجهات أخرى 87840235 شيكلاً ما يقارب 25 مليون \$ كما هو موضح بالجدول التالي:

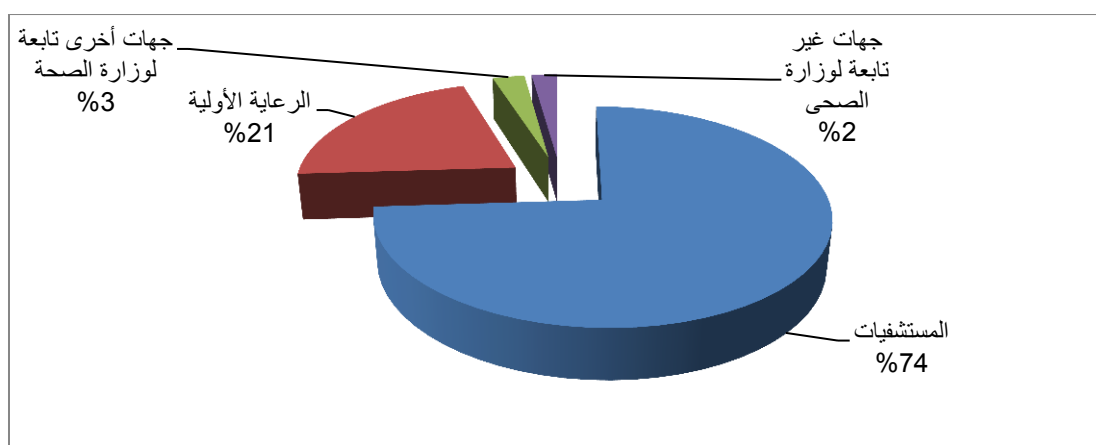
جدول 56 المنصرف من الأدوية إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى:

النسبة المئوية (%)	القيمة بالشيكل	
74	65007817	المستشفيات
21	18464663	الرعاية الأولية
2.8	2427957	جهات أخرى تابعة لوزارة الصحة
2.2	1939802	جهات غير تابعة لوزارة الصحة
100	87840239	الإجمالي (شيكل)
	25097211	الإجمالي (\$)

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول السابق يمكن ملاحظة أن المستشفيات استهلكت 74% من الأدوية، يليها الرعاية الأولية 21%، ولتوضيح أوزان الجهات المستهلكة يمكن عرضه بيانياً كما في الشكل التالي:

شكل رقم 19 نسب المنصرف من الأدوية إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى:



وكذلك بلغ إجمالي إنفاق المهمات الطبية المستهلكة على المستشفيات والرعاية وجهات أخرى 19805348 شيكلاً ما يقارب 5.6 مليون دولار كما هو موضح بالجدول التالي:



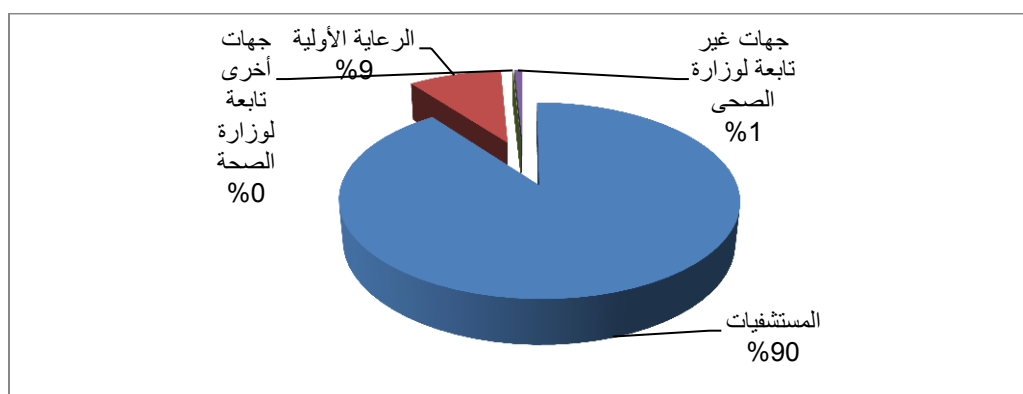
جدول 57 المنصرف من المهمات الطبية إلى المستشفيات والرعاية الأولية وأخرى:

النسبة المئوية (%)	القيمة بالشيكل	
89.8	17785117	المستشفيات
9.3	1846842	الرعاية الأولية
0.1	16188	جهات أخرى تابعة لوزارة الصحة
0.8	157199	جهات غير تابعة لوزارة الصحة
<b>100</b>	<b>19805346</b>	<b>الإجمالي (شيكل)</b>
	<b>5658670</b>	<b>الإجمالي (\$)</b>

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن المستشفيات استهلكت 89.8% من المهمات الطبية، يليها الرعاية الأولية 9.3%، ولتوضيح أوزان الجهات المستهلكة يمكن عرض الجدول أعلاه بيانياً كما في الشكل التالي:

شكل رقم 20 المنصرف من المهمات الطبية إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى:



4.7.3.4 نفقات الإدارة العامة للمختبرات على المستشفيات والرعاية أخرى 2013:

بلغ إجمالي إنفاق مواد المختبرات على المستشفيات والرعاية وجهات أخرى 7767970 شيكلاً كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول 58 المنصرف من المختبرات إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى:

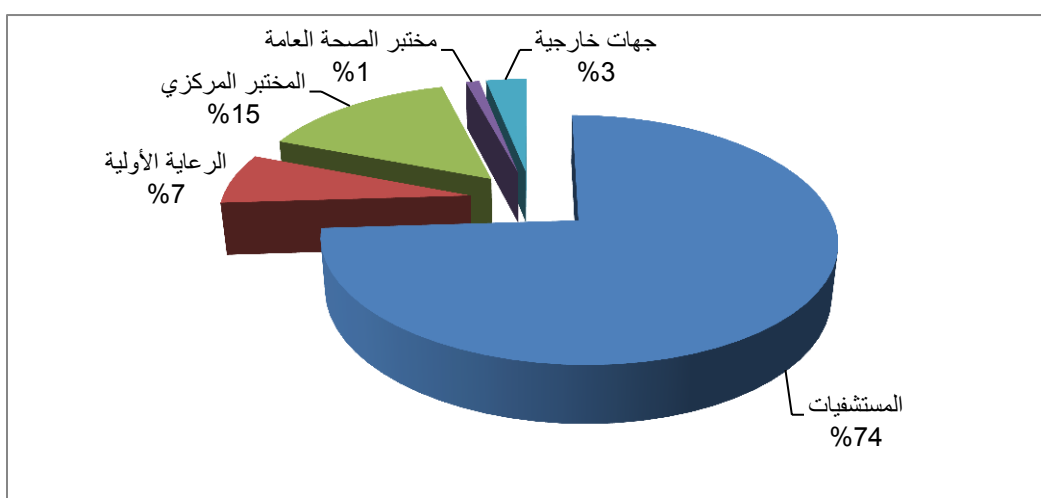
النسبة المئوية (%)	القيمة بالشيكل	
74	5749105	المستشفيات
6.9	535724	الرعاية الأولية
14.9	1161146	المختبر المركزي
1	79743	مختبر الصحة العامة
3.1	242252	جهات خارجية

100	7767970	الإجمالي (شيكل)
	2219420	الإجمالي (\$)

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن المستشفيات استهلكت 74% من المختبرات، يليها المختبر المركزي 14.9%، يليه الرعاية الأولية 6.9%، وتوضيح أوزان الجهات المستهلكة يمكن عرض الجدول أعلاه بيانياً كالتالي:

شكل رقم 21 المنصرف من المختبرات إلى المستشفيات والرعاية الأولية ومراكز أخرى:



### 4.7.3.5 النفقات الرأسمالية لوزارة الصحة قطاع غزة للعام 2013م:

بلغت النفقات الرأسمالية عن عام 2013م لوزارة الصحة 23846662 شيكلاً ما يعادل

6.8 مليون \$ تقريباً كما هي موضحة حسب الجدول التالي:

جدول 59 النفقات الرأسمالية لوزارة الصحة للعام 2013 بالشيكل:

الإجمالي	التبرعات	مدفوع لا مركزي	الموازنة المعتمدة	البند المالي
3714598	3506018	208580	0	حاسوب وتوابعه
25671	-	25671	100000	معدات مكتبية
17219427	15300458	1918969	3000000	أدوات وأجهزة مهنية متخصصة
1925199	1701051	224148	1000000	الأثاث
88507	-	88507	2000000	الأبنية والإشاعات
643122	-	643122	500000	إصلاحات رأسمالية
59643	-	59643	-	تركيبات دائمة
13500	-	13500	-	اللوازم
156995	-	156995	1000000	أخرى
23846662	20507527	3339135	7600000	الإجمالي (شيكل)
6813332	5859293	954039	2171429	الإجمالي (\$)

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن الموازنة المعتمدة للنفقات الرأسمالية 7.6 مليون شيكل، في حين أن المدفوع لامركزي 3.3 مليون شيكل والتبرعات 20.5 مليون شيكل حيث مثل بند أدوات وأجهزة مهنية متخصصة أكبر قيمة إنفاق بقيمة 17.2 مليون شيكل، وأن هذا البند فاق ضعفي الموازنة المعتمدة لجميع بنود النفقات الرأسمالية. ومما سبق نستنتج أن الموازنة المعتمدة للنفقات الرأسمالية بينها وبين الواقع الفعلي فجوة كبيرة، وأن النفقات الرأسمالية تعتمد على التبرعات بشكل كبير، وهذا يتطلب إعادة النظر في الموازنة المعتمدة وإيجاد مصادر لتغطية هذه النفقات، أو تغيير في السياسة المالية لتحقيق الكفاءة المالية في بند النفقات الرأسمالية.

#### 4.7.4 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية لوزارة الصحة (2011-2013):

جدول 60 معادلات خط الانحدار وقيم R<sup>2</sup> للموازنة المعتمدة (2011-2013):

قيمة R <sup>2</sup>	معادلة خط الانحدار (بالالف شيكل)	الموازنة المعتمدة بالشيكال			البند المالي
		عام 2013	عام 2012	عام 2011	
R <sup>2</sup> = 0.7634	y = 53050x + 27900	170000000	168100000	63900000	مواد ولوازم استهلاكية
R <sup>2</sup> = 0.8235	y = 454x + 22425	23908000	23090000	23000000	أخرى
R <sup>2</sup> = 0.7923	y = 4414x + 1781.3	16328000	8000000	7500000	كهرباء وماء
R <sup>2</sup> = 0.75	y = 1500x + 6000	10000000	10000000	7000000	صيانة وإصلاحات
R <sup>2</sup> = 0.75	y = 750x + 3500	5500000	5500000	4000000	محروقات
R <sup>2</sup> = 0.7777	y = 1351.5x + 631.33	5103000	2500000	2400000	بريد وبرق وهاتف
R <sup>2</sup> = 0.75	y = 200x + 2966.7	3500000	3500000	3100000	مصاريف وسائط نقل
R <sup>2</sup> = 0.75	y = 500x + 1666.7	3000000	3000000	2000000	قرطاسية ومطبوعات
R <sup>2</sup> = 0.8691	y = 524.5x + 809	2500000	1623000	1451000	الإيجارات
R <sup>2</sup> = 0.75	y = 67.5x + 40	265000	130000	130000	السفر في مهمات رسمية
R <sup>2</sup> = 0.8362	y = 62812x + 67720	240104000	225443000	114481000	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)

ومن المعلوم بأنه كلما كانت قيمة R<sup>2</sup> عالية (من 0.75 - 1) فهذا يدل على انتظام التغير في القيم عبر السنوات، أما إذا كانت صغيرة (أقل من 0.5) فهذا يدل على عدم انتظام التغير في القيم عبر السنوات، كما أن معادلة خط الانحدار تساعدنا من خلال إشارة معامل X لتحديد ما إذا كانت القيم في تزايد (الموجبة) أم تناقص (السالبة)، بالإضافة لكونها تساعد في التنبؤ بقيمة البند للسنوات اللاحقة من خلال التعويض في المعادلة الخاصة به.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن معاملات X جميعها موجبة، مما يدل على أن جميع البنود تخضع لمنحنى موجب الميل، مما يدل على زيادة جميع بنود الموازنة المعتمدة للمصروفات مع مرور الزمن حسب المعادلات أمام كل بند، كما أن جميع قيم R<sup>2</sup> لبنود الموازنة

تتراوح بين 75% و 87% مما يدل على وجود علاقة قوية بين بنود الموازنة كونه متغير والزمن كونه متغير آخر للأعوام (2011، 2012، 2013).

### جدول 61 معادلات خط الإنحدار وقيم R<sup>2</sup> للأوامر المالية (2011-2013):

قيمة R <sup>2</sup>	معادلة خط الإنحدار (بالآلف شيكل)	الأوامر المالية			البند المالي
		عام 2013	عام 2012	عام 2011	
R <sup>2</sup> = 0.6762	y = 3753.4x + 35483	45243758	45989167	37736946	مواد ولوازم استهلاكية
R <sup>2</sup> = 0.7786	y = 1887.4x + 2531.6	8774704	5144094	5000000	كهرباء وماء
R <sup>2</sup> = 0.9434	y = 675x + 3487.1	5416666	5027915	4066666	صيانة وإصلاحات
R <sup>2</sup> = 0.8575	y = 1396x + 698.33	5214969	2833331	2422902	المحروقات
R <sup>2</sup> = 0.6257	y = 563.24x + 785.24	2726471	1408668	1600000	بريد وبرق وهاتف
R <sup>2</sup> = 0.6697	y = -1793.8x + 7365.1	2710992	2322722	6298613	أخرى
R <sup>2</sup> = 0.0276	y = 6.0495x + 1971	2009869	1941667	1997770	مصاريف وسائط نقل
R <sup>2</sup> = 0.9849	y = 159.17x + 1158.9	1625000	1500001	1306669	قرطاسية ومطبوعات
R <sup>2</sup> = 0.4583	y = 142.43x + 680.55	1197228	786626	912373	الإيجارات
R <sup>2</sup> = 0.6531	y = 13.875x + 47.463	83250	86889	55500	السفر في مهمات رسمية
R <sup>2</sup> = 0.9904	y = 6802.7x + 54208	<b>75002907</b>	<b>67041080</b>	<b>61397439</b>	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)  
 في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن معاملات X جميعها موجبة، مما يدل على أن جميع البنود تخضع لمنحنى موجب الميل، مما يدل على جميع بنود الأوامر المالية تزداد عاماً بعد عام وذلك حسب المعادلات أمام كل بند، عدا بند "أخرى" ففيه معامل X سالب على عكس جميع البنود مما يشير إلى انخفاض قيمته عاماً بعد عام، كما أن جميع قيم R<sup>2</sup> متفاوتة بين بنود الموازنة فأصغرها بند "مصاريف وسائط نقل = 0.03" ليشير إلى علاقة خطية ضعيفة جداً، بينما بند "مواد ولوازم استهلاكية مثلاً = 0.68" ليشير إلى علاقة خطية متوسطة، أما أكبرها بند "قرطاسية ومطبوعات = 0.98" ليشير إلى علاقة خطية قوية جداً، في حين أن الاجمالي يشير إلى علاقة خطية قوية موجبة.

### جدول 62 معادلات خط الإنحدار وقيم R<sup>2</sup> للفرق بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية (2011-2013):

قيمة R <sup>2</sup>	معادلة خط الإنحدار (بالآلف شيكل)	الفرق			البند المالي
		عام 2013	عام 2012	عام 2011	
R <sup>2</sup> = 0.7701	y = 49297x - 7583.1	124756242	122110833	26163054	مواد ولوازم استهلاكية
R <sup>2</sup> = 0.821	y = 2247.8x + 15060	21197008	20767278	16701387	أخرى
R <sup>2</sup> = 0.8025	y = 2526.6x - 750.23	7553296	2855906	2500000	كهرباء وماء
R <sup>2</sup> = 0.5809	y = 825x + 2512.9	4583334	4972085	2933334	صيانة وإصلاحات
R <sup>2</sup> = 0.883	y = 788.26x - 153.91	2376529	1091332	800000	بريد وبرق وهاتف
R <sup>2</sup> = 0.6215	y = 193.95x + 995.66	1490131	1558333	1102230	مصاريف وسائط نقل
R <sup>2</sup> = 0.6163	y = 340.83x + 507.77	1375000	1499999	693331	قرطاسية ومطبوعات

R <sup>2</sup> = 0.984	y = 382.07x + 128.45	1302772	836374	538627	الإيجارات
R <sup>2</sup> = 0.2936	y = -646.03x + 2801.7	285031	2666669	1577098	المحروقات
R <sup>2</sup> = 0.5441	y = 53.625x - 7.463	181750	43111	74500	السفر في مهمات رسمية
R <sup>2</sup> = 0.7947	y = 56009x + 13511	<b>165101093</b>	<b>158401920</b>	<b>53083561</b>	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن معاملات X عدا بند المحروقات جميعها موجبة، مما يدل على أن جميع البنود تخضع لمنحنى موجب الميل، مما يدل على زيادة في جميع البنود (للفرق بين الموازنة المعتمدة للمصروفات والأوامر المالية) مع مرور الزمن حسب المعادلات أمام كل بند، وهذا يعني تزايد الفجوة بين الموازنة المعتمدة للمصروفات والأوامر المالية والتي لا بد من العمل على تخفيضها قدر المستطاع، أما بند المحروقات ففيه معامل X سالب على عكس جميع البنود، مما يدل على وجود متابعة لهذا البند لتقريب قيم الأوامر المالية مع قيمة الموازنة المعتمدة لهذا البند، كما أن جميع قيم R<sup>2</sup> لبنود الموازنة تتراوح بين 0.54 و 0.98، مما يدل على وجود علاقة متوسطة أو قوية، عدا بند المحروقات ففيه قيمة R<sup>2</sup> (0.29) لتدل على وجود علاقة ضعيفة في التغيرات عبر الزمن.

ونستعرض فيما يلي الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة

لعامي 2012، 2013 على التوالي وذلك لصعوبة الدمج في جدول واحد ونبدأ بعام 2012.

#### 4.7.5 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م:

جدول 63 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2012م:

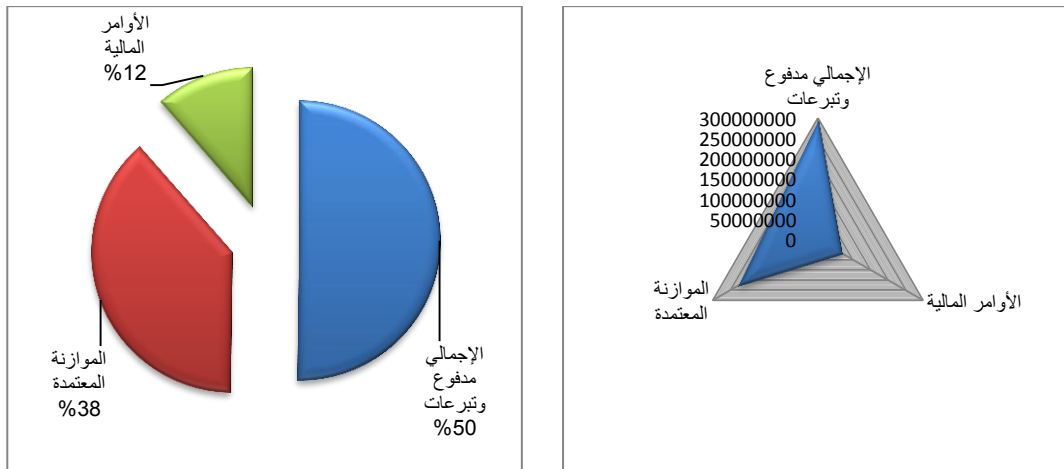
المصروفات							البند المالي
الإجمالي	التبرعات	مدفوع رام الله	مدفوع لا مركزي	مدفوع مركزي	الأوامر المالية	الموازنة المعتمدة	
5550	0	0	0	5550	86889	130000	السفر في مهمات رسمية
1347622	0	0	0	1347622	786626	1623000	الإيجارات
8030633	0	0	0	8030633	5144094	8000000	كهرباء وماء
97706	0	0	0	97706	1408668	2500000	بريد وبرق وهاتف
9255986	2788628	0	204185	6263173	2833331	5500000	محروقات
1829900	197728	0	938108	694064	1500001	3000000	قرطاسية ومطبوعات
5518004	2500000	0	2940797	77207	5027915	10000000	صيانة وإصلاحات
8319616	1274197	0	5908419	1137000	45989167	7000000	أغذية
1090618	2857	0	863973	223788	0	1100000	مواد ولوازم الوزارة
8388993	0	0	168247	8220746	0	8000000	عقود التنظيف
2070594	100432	0	1251830	718332	0	1000000	ألبسة وأقمشة
78408307	51345777	18617216	6417094	2028220	0	120000000	أدوية
5324255	276791	4507179	506293	33992	0	10000000	مواد مختبرات
18522776	14086392	2260837	1291793	883754	0	20000000	مهمات طبية مستهلكة
800051	73800	0	726251	0	0	1000000	غازات طبية

878181	0	0	386296	491885	1941667	3500000	مصاريف وسائط نقل
22300	0	0	20200	2100	2322722	40000	إعلانات
10920	0	0	10670	250	0	60000	ضيافة بوفية الوزارة
71682	0	0	53584	18098	0	80000	ضيافة وفود نظرية
4125	0	0	4125	0	0	20000	حفلات
0	0	0	0	0	0	20000	بدل استشارات ودراسات
0	0	0	0	0	0	60000	بدل استئجار أجهزة وآلات
144675750	0	143800000	0	875750	0	22000000	العلاج بالخارج
325883	0	0	0	325883	0	500000	مكافآت لغير الموظفين
8593	0	0	8593	0	0	200000	البعثات العلمية والدورات التدريبية
0	0	0	0	0	0	50000	إشترابات ومؤتمرات
35945	0	0	35945	0	0	60000	بدل تنقل خاص بالعمل
295043990	72646602	169185232	21736403	31475753	67041080	225443000	الإجمالي

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

في الجدول السابق يمكن ملاحظة أن بند مصروفات العلاج بالخارج يمثل أكبر قيمة جوهرية، يليها الأدوية، وأن بند الأغذية ذو قيمة جوهرية من حيث الأوامر المالية، لذلك لا بد لوزارة الصحة من تكثيف البحث فيه لتوضيح أسباب ارتفاعه وطرق علاجه، بالإضافة لباقي البنود الجوهرية.

شكل رقم 22 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)

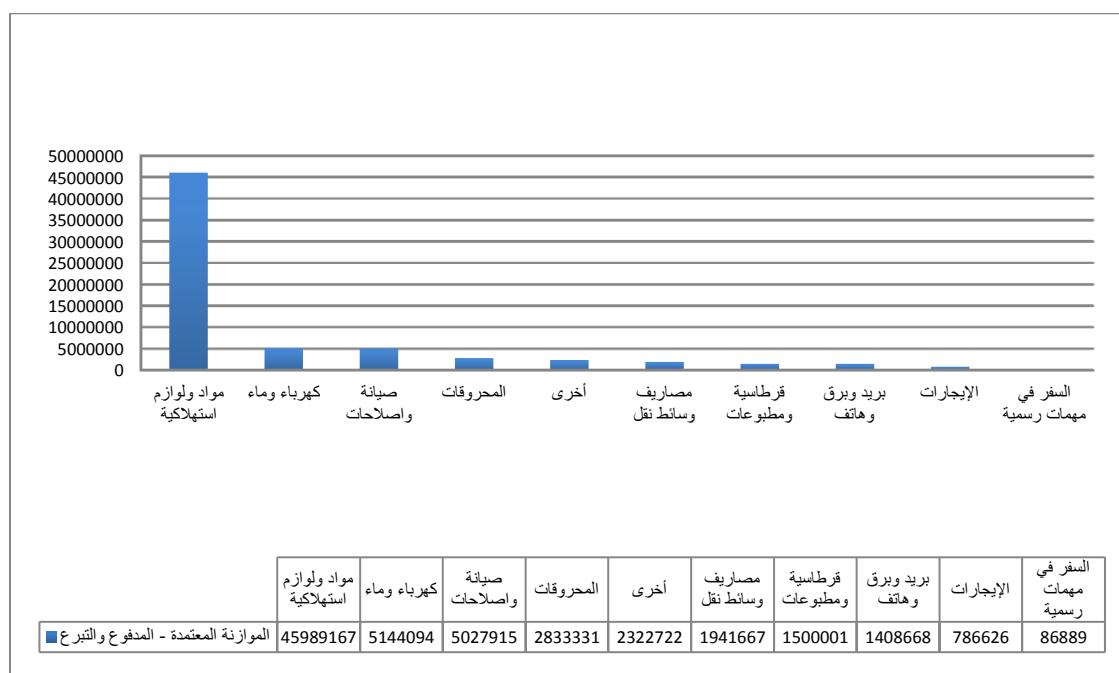
من الشكليات أعلاه يمكن ملاحظة مستوى الفجوة بين البنود الثلاثة بالقيمة والنسبة، وللوصول لمستوى كفاءة جيد لا بد من الحصول على مثلث متساوي الأضلاع ودائرة مقسمة لمقاطع متساوية، للوصول إلى تناغم بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات، ولا بد من تبريد الفجوة بين الشكل الحالي والأمثل.

جدول 64 الفرق بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م:

البند المالي	الموازنة المعتمدة	الأوامر المالية	مدفوع وتبرعات	الموازنة المعتمدة - المدفوع والتبرع	الأوامر المالية - المدفوع والتبرع
السفر في مهمات رسمية	130000	86889	43111	86889	43778
الإيجارات	1623000	786626	836374	786626	-49748
كهرباء وماء	8000000	5144094	2855906	5144094	2288188
بريد وبرق وهاتف	2500000	1408668	1091332	1408668	317336
محروقات	5500000	2833331	2666669	2833331	166662
قرطاسية ومطبوعات	3000000	1500001	1499999	1500001	2
صيانة واصلاحات	10000000	5027915	4972085	5027915	55830
مواد ولوازم استهلاكية	168100000	45989167	122110833	45989167	-76121666
مصاريف وسائط نقل	3500000	1941667	1558333	1941667	383334
أخرى	23090000	2322722	20767278	2322722	-18444556
<b>الإجمالي</b>	<b>225443000</b>	<b>67041080</b>	<b>158401920</b>	<b>67041080</b>	<b>-91360840</b>

المصدر: إعداد الباحث.

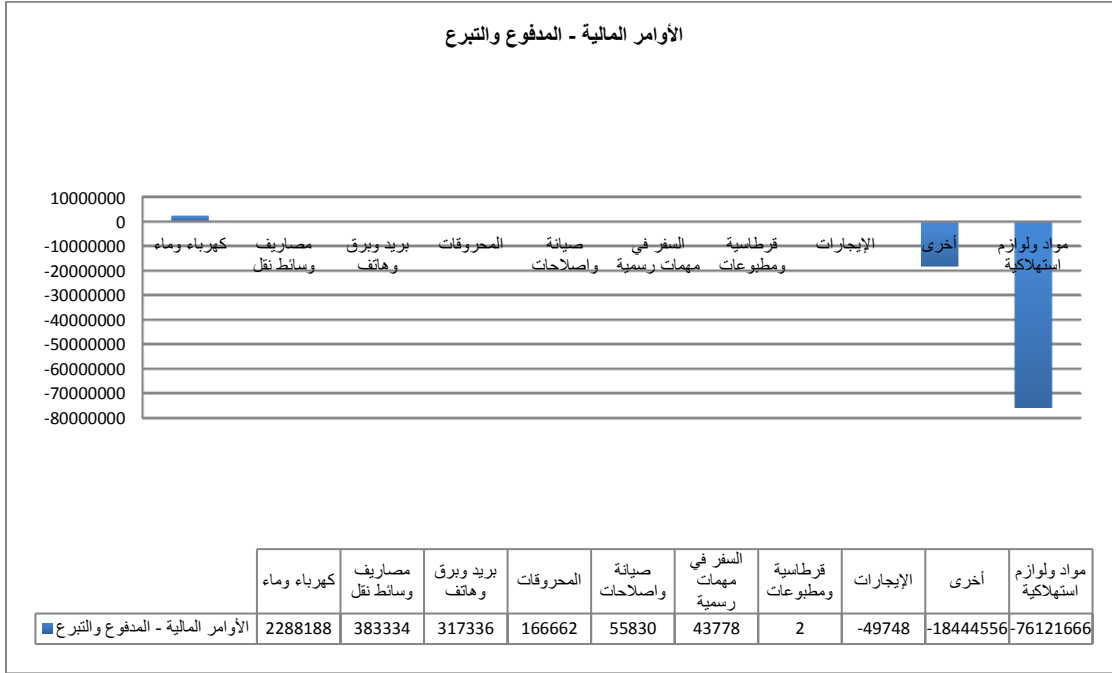
شكل رقم 23 الفرق بين الموازنة المعتمدة وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م:



المصدر: إعداد الباحث.

من الشكل أعلاه والذي يمثل الفرق بين (الموازنة المعتمدة، المدفوع والتبرع) يمكن ملاحظة أن المدى للبيانات كبير حيث  $(45902278 = 86889 - 45989167)$ ، مما يدل على وجود فجوة كبيرة بين الموازنة المعتمدة من جهة وبين المدفوع والتبرع من جهة أخرى، مما يتطلب من القائمين ضرورة إعادة النظر في قيم البنود ومعرفة سبب هذا الانحراف الكبير بين القيمتين، وهل هذا الانحراف يُعد مؤشراً إيجابياً أم سلبياً، لتعزيز الانحراف الإيجابي ومعالجة الانحراف السلبي.

شكل رقم 24 الفرق بين الأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2012م:



المصدر: إعداد الباحث.

من الشكل السابق يمكن ملاحظة أن المدى للبيانات كبير (2288188 -) - (76121666 = 78409854) وقيمه أعلى من المدى السابق (الفرق بين الموازنة والمدفوع والتبرع)، مما يدل على وجود فجوة كبيرة بين الأوامر المالية والمدفوع والتبرع، مما يتطلب ضرورة إعادة النظر في البنود ومعرفة سبب هذا الانحراف الكبير بين القيمتين، وهل هذا الانحراف يُعد مؤشراً إيجابياً أم سلبياً؟.

جدول 65 تحليل النسب للموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2012م:

المصروفات					الموازنة المعتمدة	البيان
التبرعات	مدفوع رام الله	مدفوع لا مركزي	مدفوع مركزي	الأوامر المالية		
72646602	169185232	21736403	31475753	67041080	225443000	مجاميع تفصيلية
		53212156				مجموع فرعي 1
	222397388					مجموع فرعي 2
	295043990					مجموع فرعي 3

ملاحظة:

مجموع فرعي 1 = مدفوع مركزي + مدفوع لا مركزي،

مجموع فرعي 2 = مدفوع مركزي + مدفوع لا مركزي + مدفوع رام الله،

مجموع فرعي 3 = مدفوع مركزي + مدفوع لا مركزي + مدفوع رام الله + التبرعات،

التبرعات	مدفوع رام الله	مدفوع لا مركزي	مدفوع مركزي	الأوامر المالية	الموازنة المعتمدة	البيان
				29.74%		الموازنة المعتمدة / الأوامر المالية
					336.28%	الأوامر المالية / الموازنة المعتمدة
			144.81%			المدفوع مركزي / المدفوع لا مركزي
		69.06%				المدفوع لا مركزي / المدفوع مركزي



136.52%	317.94%	40.85%	59.15%	125.99%	423.67%	بند رأس العمود / مجموع فرعي 1
32.67%	76.07%	9.77%	14.15%	30.14%	101.37%	بند رأس العمود / مجموع فرعي 2
24.62%	57.34%	7.37%	10.67%	22.72%	76.41%	بند رأس العمود / مجموع فرعي 3
32.22%	75.05%	9.64%	13.96%			بند رأس العمود / الموازنة المعتمدة
108.36%	252.36%	32.42%	46.95%			بند رأس العمود / الأوامر المالية
		23.60%				مجموع فرعي 1 / الموازنة المعتمدة
		98.65%				مجموع فرعي 2 / الموازنة المعتمدة
		130.87%				مجموع فرعي 3 / الموازنة المعتمدة
		79.37%				مجموع فرعي 1 / الأوامر المالية
		331.73%				مجموع فرعي 2 / الأوامر المالية
		440.09%				مجموع فرعي 3 / الأوامر المالية

المصدر: إعداد الباحث.

من جدول النسب أعلاه يمكن تلخيص العلاقات التالية:

أولاً: علاقة الموازنة المعتمدة بالأوامر المالية والمدفوعات:

(الموازنة المعتمدة : الأوامر المالية = 3.4 : 1)، (الموازنة المعتمدة : مجموع فرعي 1 = 4.2 : 1)، (الموازنة المعتمدة : مجموع فرعي 2 = 1 : 1)، (الموازنة المعتمدة : مجموع فرعي 3 = 0.8 : 1).

ثانياً: علاقة الأوامر المالية بالمدفوعات:

(الأوامر المالية : مجموع فرعي 1 = 1.3 : 1)، (الأوامر المالية : مجموع فرعي 2 = 0.3 : 1)، (الأوامر المالية : مجموع فرعي 3 = 0.2 : 1).

ثالثاً: مستوى المركزية:

(المدفوع مركزي : المدفوع لا مركزي = 1.4 : 1)، (المدفوع مركزي : الموازنة المعتمدة = 0.1 : 1)، (المدفوع مركزي : الأوامر المالية = 0.5 : 1)، (المدفوع مركزي : مجموع فرعي 1 = 0.6 : 1)، (المدفوع مركزي : مجموع فرعي 2 = 0.1 : 1)، (المدفوع مركزي : مجموع فرعي 3 = 0.1 : 1).

وبعد استعراض الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام

2012 نستعرض فيما يلي بنفس الطريقة عام 2013 للمقارنة.

#### 4.7.6 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:

جدول 66 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:

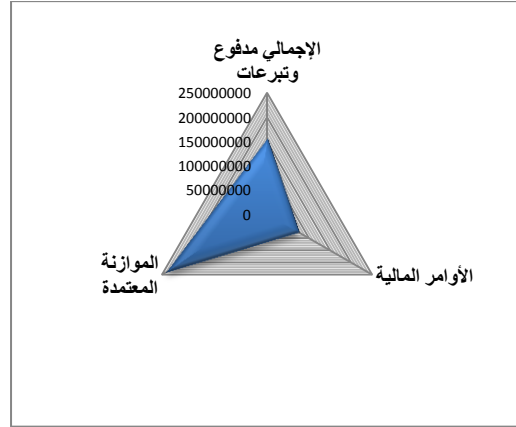
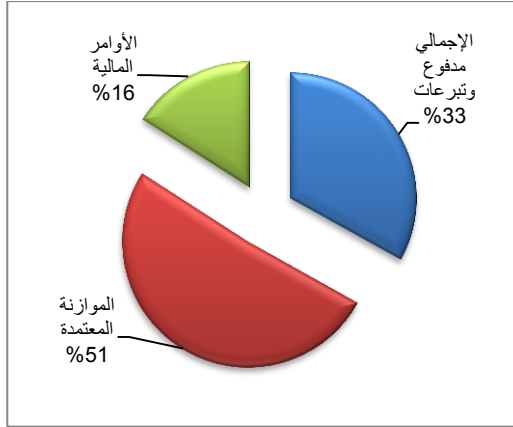
المصروفات							البند المالي
الإجمالي	التبرعات	مدفوع رام الله	مدفوع لا مركزي	مدفوع مركزي	الأوامر المالية	الموازنة المعتمدة	
65625	0	0	0	65625	83250	265000	السفر في مهمات رسمية
1478698	0	0	0	1478698	1197228	2500000	الإيجارات
7603011	0	0	0	7603011	8774704	16328000	كهرباء وماء

779820	0	0	0	779820	2726471	5103000	بريد وبرق وهاتف
8482801	1369812	0	157905	6955084	5214969	5500000	محروقات
1868276	174070	0	1694206	0	1625000	3000000	قرطاسية ومطبوعات
8101261	4837669	0	3263592	0	5416666	10000000	صيانة وإصلاحات
6884104	1013155	0	4980225	890724	45243758	8000000	أغذية
9775	0	0	9775	0	0	0	القسيل
1092992	1638	0	550273	541081	0	1000000	مواد ولوازم الوزارة
7725165	0	0	60738	7664427	0	9000000	عقود التنظيف
830507	405062	0	425445	0	0	1000000	البسة واقمشة
81054452	46499100	18222386	4578048	11754918	0	120000000	أدوية
7125130	90510	5205227	480006	1349387	0	10000000	مواد مختبرات
17471537	11619636	2000670	1133241	2717990	0	20000000	مهمات طبية مستهلكة
347996	0	0	347996	0	0	1000000	غازات طبية
633219	0	0	540414	92805	2009869	3500000	مصاريف وسائط نقل
18925	0	0	18925	0	2710992	40000	إعلانات
11635	0	0	11635	0	0	60000	ضيافة بوقية الوزارة
48737	0	0	48737	0	0	80000	ضيافة وفود نثرية
0	0	0	0	0	0	20000	حفلات
0	0	0	0	0	0	20000	بدل استشارات ودراسات
0	0	0	0	0	0	120000	بدل استئجار أجهزة وآلات
3727965	0	0	0	3727965	0	22000000	العلاج بالخارج
287443	0	0	0	287443	0	1000000	مكافآت لغير الموظفين
600	0	0	0	600	0	100000	البعثات العلمية والدورات التدريبية
0	0	0	0	0	0	368000	إشتراكات إنترنت ووكالات
4800	0	0	0	4800	0	40000	إشتراكات ومؤتمرات
40476	0	0	40476	0	0	60000	بدل تنقل خاص بالعمل
<b>155694950</b>	<b>66010652</b>	<b>25428283</b>	<b>18341637</b>	<b>45914378</b>	<b>75002907</b>	<b>240104000</b>	<b>الإجمالي</b>

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

في الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن بند مصروفات الأدوية يمثل أكبر قيمة جوهرية، يليها مهمات طبية مستهلكة، وأن بند الأغذية ذو قيمة جوهرية من حيث الأوامر المالية، لذلك لا بد من تكثيف البحث فيها لتوضيح أسباب ارتفاعها وطرق علاجها، بالإضافة لباقي البنود الجوهرية، كما يمكن ملاحظة أن البنود الجوهرية تغير ترتيبها عن العام الماضي، حيث تصدر العلاج بالخارج أعلى قيمة والأدوية كانت تليها.

شكل رقم 25 الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:



المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013. (معالجة الباحث)

من الشكلين أعلاه يمكن ملاحظة وجود فجوة بين البنود الثلاثة بالقيمة والنسبة، وللوصول لمستوى كفاءة جيد لا بد من الحصول على مثلث متساوي الأضلاع ودائرة مقسمة لمقاطع متساوية، للوصول إلى تناغم بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات، ولا بد من تبرير الفجوة بين الشكل الحالي والأمثل. كما يمكن ملاحظة أن النسب تغيرت عن العام الماضي قليلاً، حيث كانت نسبة الأوامر 12%، والمدفوع والتبرع 50%، والموازنة المعتمدة 38%.

جدول 67 الفرق بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:

البند المالي	الموازنة المعتمدة - المدفوع والتبرع	الأوامر المالية - المدفوع والتبرع
السفر في مهمات رسمية	199375	17625
الإيجارات	1021302	-281470
كهرباء وماء	8724989	1171693
بريد وبرق وهاتف	4323180	1946651
محروقات	-2982801	-3267832
قرطاسية ومطبوعات	1131724	-243276
صيانة واصلاحات	1898739	-2684595
مواد ولوازم استهلاكية	47458342	-77297900
مصاريف وسائط نقل	2866781	1376650
أخرى	19767419	-1429589
<b>الإجمالي</b>	<b>84409050</b>	<b>-80692043</b>

المصدر: إعداد الباحث.

من الجدول أعلاه في العمود الثاني يمكن ملاحظة أن المدى للبيانات كبير (47458342 - (-) 2982801 = 50441143)، مما يدل على وجود فجوة كبيرة بين الموازنة المعتمدة والمدفوع والتبرع، مما يتطلب من وزارة الصحة ضرورة إعادة النظر في قيم البنود ومعرفة سبب هذا الانحراف الكبير بين القيمتين، وهل هذا الانحراف يُعد مؤشراً إيجابياً أم سلبياً، علماً بأن المدى لهذا العام (2013م) أكبر من عام 2012م. وفي العمود الثالث أيضاً، يمكن ملاحظة أن المدى للبيانات كبير (1946651 - (-) 77297900 = 79244551)،

وقيمته أكبر من المدى في العمود الثاني (فرق بين الموازنة والمدفوع والتبرع)، كما أنه أكبر من مدى عام 2012، مما يدل على وجود فجوة كبيرة بين الأوامر المالية والمدفوع والتبرع، مما يتطلب من وزارة الصحة ضرورة إعادة النظر في البنود ومعرفة سبب هذا الانحراف الكبير بين القيمتين، وهل المشكلة في الموازنة أم في الأوامر المالية أم المدفوعات؟ والعمل على تقليص هذه الفجوة.

جدول 68 تحليل النسب للموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2013م:

المصروفات					الموازنة المعتمدة	الأوامر المالية	مدفوع مركزي	مدفوع لا مركزي	مدفوع رام الله	التبرعات	البند المالي
66010652	25428283	18341637	45914378	75002907							
64256015											مجموع تفصيلية
89684298											مجموع فرعي 1
155694950											مجموع فرعي 2
											مجموع فرعي 3

التبرعات	مدفوع رام الله	مدفوع لا مركزي	مدفوع مركزي	الأوامر المالية	الموازنة المعتمدة	البند المالي
					320.13%	الموازنة المعتمدة / الأوامر المالية
				31.24%		الأوامر المالية / الموازنة المعتمدة
			250.33%			المدفوع مركزي / المدفوع لا مركزي
		39.95%				المدفوع لا مركزي / المدفوع مركزي
102.73%	39.57%	28.54%	71.46%	116.73%	373.67%	بند رأس العمود / مجموع فرعي 1
73.60%	28.35%	20.45%	51.20%	83.63%	267.72%	بند رأس العمود / مجموع فرعي 2
42.40%	16.33%	11.78%	29.49%	48.17%	154.21%	بند رأس العمود / مجموع فرعي 3
27.49%	10.59%	7.64%	19.12%			بند رأس العمود / الموازنة المعتمدة
88.01%	33.90%	24.45%	61.22%			بند رأس العمود / الأوامر المالية
		26.76%				مجموع فرعي 1 / الموازنة المعتمدة
		37.35%				مجموع فرعي 2 / الموازنة المعتمدة
		64.84%				مجموع فرعي 3 / الموازنة المعتمدة
		85.67%				مجموع فرعي 1 / الأوامر المالية
		119.57%				مجموع فرعي 2 / الأوامر المالية
		207.59%				مجموع فرعي 3 / الأوامر المالية

المصدر: إعداد الباحث.

من جدول النسب أعلاه يمكن تلخيص العلاقات التالية:

أولاً: علاقة الموازنة المعتمدة بالأوامر المالية والمدفوعات:

(الموازنة المعتمدة : الأوامر المالية = 3.2 : 1)، (الموازنة المعتمدة : مجموع فرعي 1 =

3.7 : 1)، (الموازنة المعتمدة : مجموع فرعي 2 = 2.7 : 1)، (الموازنة المعتمدة : مجموع

فرعي 3 = 1.5 : 1).

ثانياً: علاقة الأوامر المالية بالمدفوعات:

(الأوامر المالية : مجموع فرعي 1 = 1.2 : 1)، (الأوامر المالية : مجموع فرعي 2 = 0.8 : 1)، (الأوامر المالية : مجموع فرعي 3 = 0.5 : 1).

ثالثاً: مستوى المركزية:

(المدفوع مركزي : المدفوع لا مركزي = 2.5 : 1)، (المدفوع مركزي : الموازنة المعتمدة = 0.2 : 1)، (المدفوع مركزي : الأوامر المالية = 0.6 : 1)، (المدفوع مركزي : مجموع فرعي 1 = 1.2 : 1)، (المدفوع مركزي : مجموع فرعي 2 = 0.8 : 1)، (المدفوع مركزي : مجموع فرعي 3 = 0.5 : 1).

فيما يلي نستعرض ما تم صرفه من المخازن لكل من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات للعام 2013 حيث أنها تمثل قيم جوهرية.

#### 4.7.7 المنصرف من المخازن "أدوية ومهمات مستهلكة ومختبرات" قطاع غزة 2013م:

جدول 69 المنصرف من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات كلاً من مخازنها 2013م:

المنصرف من المختبرات		المنصرف من المستهلكة		المنصرف من الأدوية		المركز الصحي
%	القيمة	%	القيمة	%	القيمة	
22.38	1738549	35.34	6998563	31.10	27317225	الشفاء
9.33	724542	14.65	2902025	8.76	7698845	ناصر
4.00	310847	2.12	420084	1.51	1323616	النصر
0.00	0	0.90	179130	1.34	1173421	العيون
0.00	0	0.02	4571	1.69	1483164	الطب النفسي
3.04	235960	4.30	851774	2.28	1999753	النجار
3.74	290501	1.21	238784	1.10	965867	الدرة
0.72	56226	8.51	1685915	4.31	3789069	الأقصى
12.04	935231	13.13	2600896	13.20	11593071	الأوروبي
4.07	316028	4.46	883474	2.77	2432098	كمال عدوان
1.94	150787	1.49	295775	0.68	596750	بيت حانون
1.03	80129	2.04	403333	0.91	796096	تل السلطان
5.54	430305	1.62	320793	4.37	3838842	الرننيسي - التخصصي
6.18	480000	0.00	0	0.00	0	???
74.01	5749105	89.80	17785117	74.01	65007817	المجموع
6.90	535724	9.32	1846842	21.02	18464663	الرعاية الأولية
0.00	0	0.08	16188	2.76	2427957	الوحدات والإدارات
3.12	242252	0.79	157199	2.21	1939802	جهات أخرى
14.95	1161146	0.00	0	0.00	0	المختبر المركزي
1.03	79743	0.00	0	0.00	0	الصحة العامة
100.00	7767970	100.00	19805346	100.00	87840239	الإجمالي الكلي

نسب المنصرف من كل بند	76%	17%	7%
-----------------------	-----	-----	----

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي، قطاع غزة، تقرير سنوي 2013.

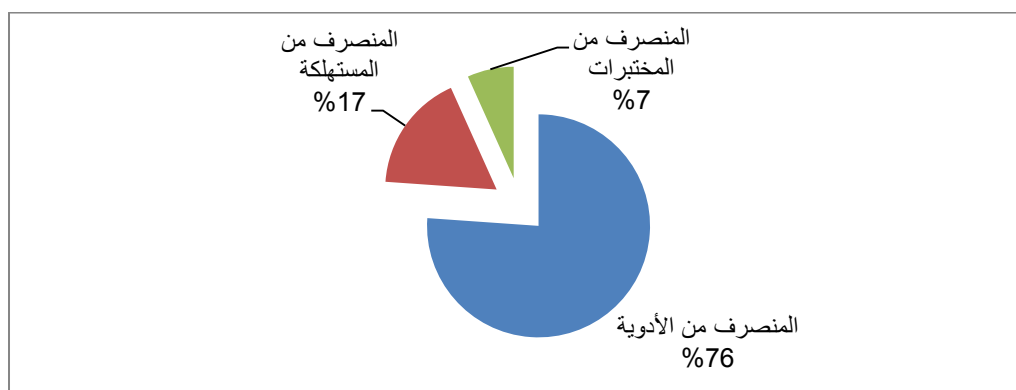
من الجدول السابق بخصوص البنود الجوهرية يمكن ملاحظة أن المستشفيات تستحوذ على أعلى نسبة من حيث المنصرف من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات، كما أن مستشفى الشفاء استحوذت على أعلى نسبة من بين المستشفيات، ومن جهة أخرى تمثل الأدوية 76% من المنصرف كما هو مفصل أعلاه.

جدول 70 المنصرف من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات وعلاقته بالموازنة المعتمدة لكل بند، قطاع غزة 2013م:

المنصرف من الأدوية	المنصرف من المهمات المستهلكة	المنصرف من المختبرات	الإجمالي (شيكل) منصرف	
87840239	19805346	7767970	115413555	الإجمالي (شيكل) منصرف
76.11	17.16	6.73	100.00	%
81054452	17471537	7125130	105651119	حسب الموازنة المعتمدة والأوامر المالية
6785787	2333809	642840	9762436	المنصرف - الموازنة المعتمدة والأوامر المالية
8.37	13.36	9.02	9.24	نسبة الفرق من الموازنة المعتمدة %

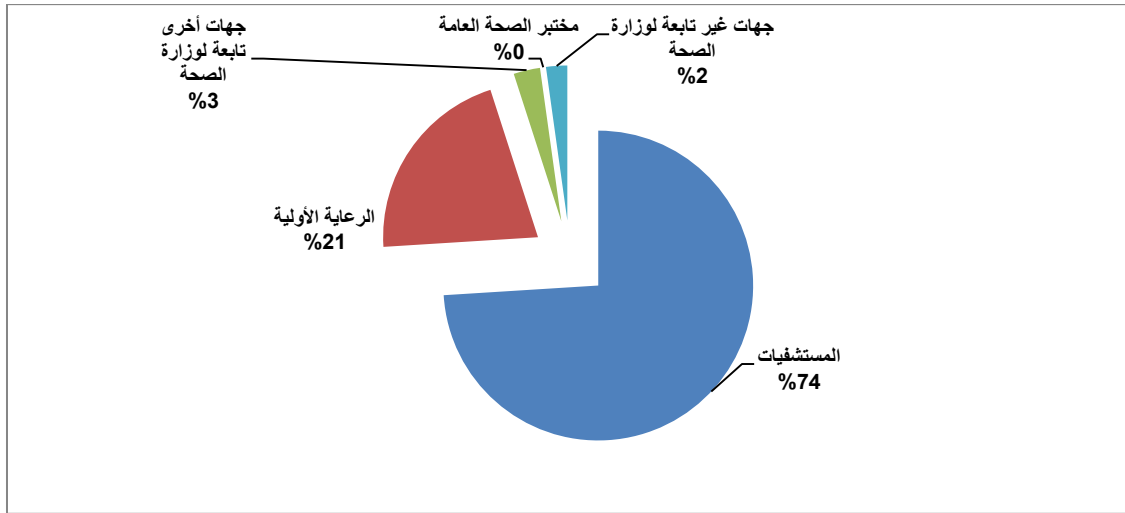
المصدر: إعداد الباحث.

شكل رقم 26 نسب المنصرف من الأدوية والمهمات المستهلكة والمختبرات 2013م:



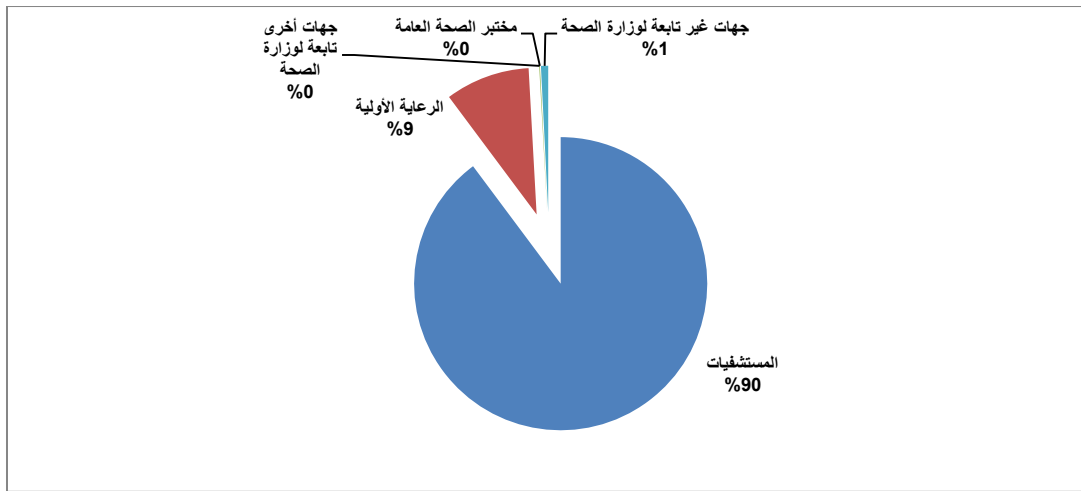
المصدر: إعداد الباحث.

شكل رقم 27 نسب المنصرف من الأدوية حسب المخزن، قطاع غزة 2013م:



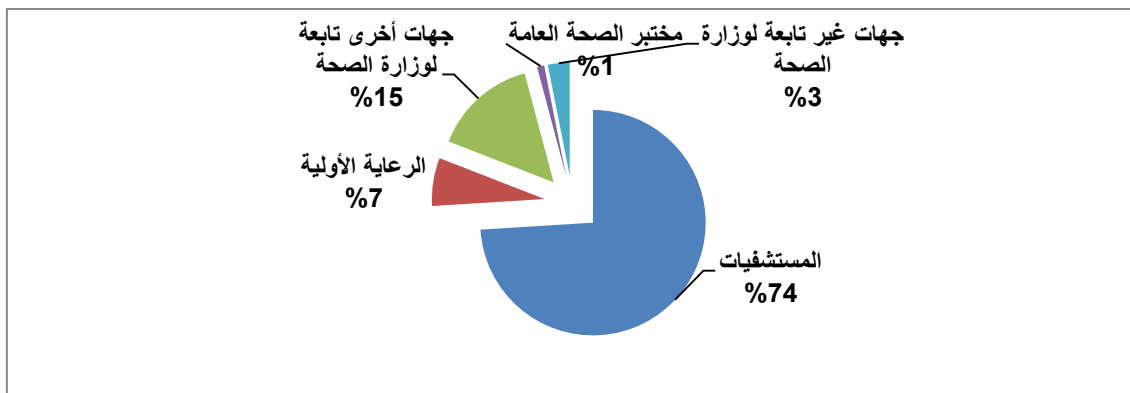
المصدر: إعداد الباحث.

شكل رقم 28 نسب المنصرف من المهمات المستهلكة حسب المخزن، قطاع غزة 2013م:



المصدر: إعداد الباحث.

شكل رقم 29 نسب المنصرف من المختبرات حسب المخزن، قطاع غزة 2013م:

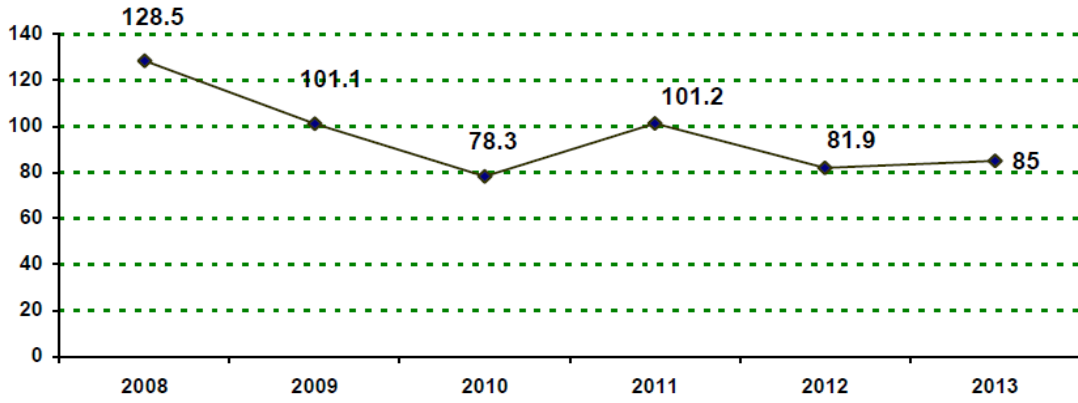


المصدر: إعداد الباحث.

#### 4.7.8 إعفاءات التأمين الصحي:

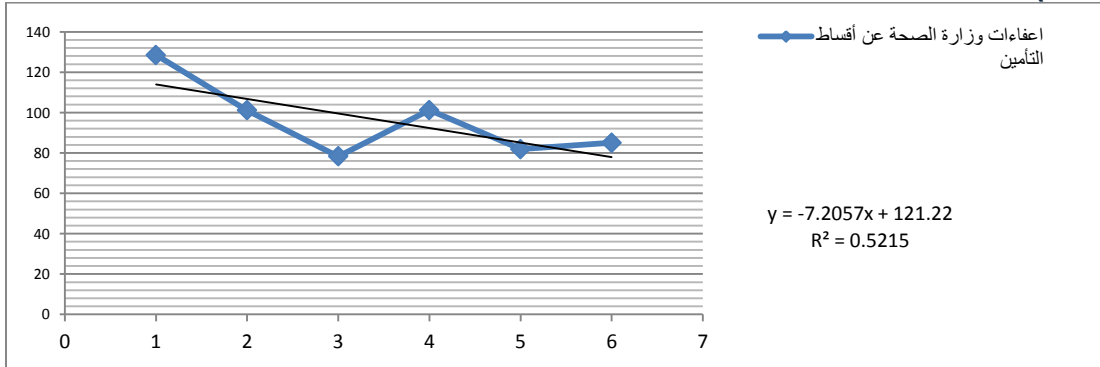
يقصد به قيمة الإعفاء من رسوم التأمين الصحي للعمال وكبار السن والحالات الاجتماعية ومجاناً حسب قرار الوزير والإعفاءات الفردية سواء أكان نسبة من قيمة التأمين أم إعفاءً كاملاً. وقد بلغ إجمالي إعفاءات الصحة لأقساط التأمين الصحي في العام 2013 (85.04) مليون شيكل، والتي زادت عن العام 2012 بنسبة 3.8% وبما يعادل 3.1 مليون شيكل، والرسم البياني التالي يوضح الإعفاءات للست سنوات الأخيرة.

شكل رقم 30 إعفاءات وزارة الصحة عن أقساط التأمين الصحي (2008 – 2013) (بالمليون شيكل):



المصدر: وزارة الصحة، التقرير السنوي للتأمين الصحي، قطاع غزة، 2013.

شكل رقم 31 معادلة خط الانحدار وقيمة  $R^2$  لإعفاءات وزارة الصحة عن أقساط التأمين (2008-2013) بالمليون شيكل:



المصدر: إعداد الباحث.

من الشكل السابق يمكن ملاحظة أن قيمة  $R^2 = 0.522$ ، وأن شكل المنحنى نازل، وأن معامل  $\times$  سالب، وهذا يشير إلى علاقة ارتباط متوسطة سالبة بين الزمن وإعفاءات وزارة الصحة خلال السلسلة الزمنية (2008-2013)، ويمكن التنبؤ بالسنوات اللاحقة من خلال المعادلة:  $y = -7.2057x + 121.22$ ، علماً بأنه تم استبدال السنوات من (2008 – 2013)



بالأرقام (1 - 6)، وهذا يشير إلى توجه الوزارة إلى الحد من الإعفاءات، مما يؤدي إلى زيادة الإيرادات.

وفي الختام يمكن أن نعرض جدول ملخص للإيرادات والنفقات والإعفاءات والقيم الجوهرية الواردة في التقارير السابقة للأعوام (2011، 2012، 2013) كما يلي:

#### 4.7.9 مقارنة الإيرادات والنفقات الصحية للسنوات (2011-2013):

#### جدول 71 لمقارنة الإيرادات والمصروفات للسنوات (2011-2013): قطاع غزة

ملاحظات	2013	2012	2011	البيان
	القيمة بالشيكل	القيمة بالشيكل	القيمة بالشيكل	
من جدول 27	30514433	26900126	26351092	إجمالي إيرادات وزارة الصحة
من جدول 54	593188967	533252058	504955709	المدفوعات الفعلية لوزارة الصحة
	-562674534	-506351932	-478604617	(إجمالي الإيرادات - المدفوعات الفعلية) (عجز)
(1)	5.14%	5.04%	5.22%	(إجمالي الإيرادات / المدفوعات الفعلية) %
	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>الإعفاءات</b>
	85000000	81900000	101200000	قيمة الإعفاءات
(2)	279%	304%	384%	الإعفاءات / إجمالي الإيرادات %
(3)	14.33%	15.36%	20.04%	الإعفاءات / المدفوعات الفعلية %
	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>أكبر ثلاث قيم في بنود النفقات</b>
من جدول 54	233189589	240008076	232614788	الرواتب والأجور
من جدول 54	208046987	144675750	152586592	العلاج بالخارج
من جدول 54	81054452	78408307	62039669	الأدوية
	522291028	463092133	447241049	إجمالي أكبر ثلاث بنود نفقات
(4)	88.05%	86.84%	88.57%	إجمالي أكبر ثلاث بنود نفقات / المدفوعات الفعلية %
	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>أكبر ثلاث قيم في بنود الإيرادات</b>
من جدول 27	10250103	8058246	6411447	التأمين الصحي
من جدول 27	9361633	8522208	10037434	الإدارة العامة للرعاية الأولية
من جدول 27	9356880	9059516	8724472	الإدارة العامة للمستشفيات
	28968616	25639970	25173353	إجمالي أكبر ثلاث بنود إيرادات
(5)	94.93%	95.32%	95.53%	إجمالي أكبر ثلاث بنود إيرادات / إجمالي الإيرادات %
(6)	33.59%	29.96%	24.33%	التأمين الصحي / إجمالي الإيرادات %
(7)	1.73%	1.51%	1.27%	التأمين الصحي / المدفوعات الفعلية %

المصدر: إعداد الباحث

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة أن:

1. نسبة إجمالي الإيراد من المدفوعات الفعلية يتراوح بين 5.04% و 5.22%، وهذا يعني في حال فقدان مصادر التمويل الأخرى فإن العجز يمثل 95% من النفقات تقريباً، ولذا فإن الفجوة كبيرة جداً للوصول لنقطة التعادل وبحاجة لزيادة الإيرادات الإجمالية 19 ضعفاً تقريباً.

2. نسبة الإعفاءات من إجمالي الإيرادات كانت 384% عام 2011، ثم انخفضت إلى 304% عام 2012، ثم انخفضت إلى 279% عام 2013، مما جعل التأمين الصحي يتصدر بنود الإيرادات في عام 2013.

3. نسبة الإعفاءات من المدفوعات الفعلية انخفضت من 20% في عام 2013 لتصبح 14.3% في عام 2013، وهي نسبة ما زالت كبيرة، ولكن الوضع الاقتصادي الصعب بسبب الحصار والحرب وما ترتب عليه من فقر وبطالة وجرحى يجعل من الصعب أن تتم السيطرة على الإعفاءات، ولكن لا بد من بذل الجهد لتحديد أحقية الإعفاء من عدمه.

4. نسبة إجمالي أكبر ثلاث بنود نفقات (الرواتب والعلاج بالخارج والأدوية) من المدفوعات الفعلية مثلت 88.57% عام 2011، ثم انخفضت إلى 86.84% عام 2012، ثم ارتفعت مرة أخرى لتصبح 88% عام 2013، مما يعني أن هذه البنود الثلاثة شبه ثابتة وتمثل قيمة جوهرية كبيرة من النفقات، فبند الرواتب ليس من السهل التأثير عليه بخاصة الموظفين الرسميين، بل هو في تزايد بسبب الترقيات والعلاوات الدورية والتوظيف الجديد، أما بالنسبة لبند العلاج بالخارج فيلاحظ أنه انخفض عام 2012 ليعود للصعود الكبير عام 2013، ويمكن تخفيض هذا البند من خلال توفير العلاج التخصصي وما يحتاجه من خبراء ومتخصصين وأجهزة، أما بالنسبة لبند الأدوية فنلاحظ أنه في تزايد مستمر، ويمكن تخفيض هذا البند من خلال التشخيص السليم، وبالتالي التوصيف السليم للعلاج وعدم هدر أدوية على سبيل التجريب، كذلك اختيار الدواء ذي الفاعلية لمعالجة المرض مع مراعاة التكلفة، وكذلك التخزين الجيد ومتابعة تواريخ الانتهاء لتجنب التلف.

5. نسبة إجمالي أكبر ثلاث بنود إيرادات (التأمين الصحي، الإدارة العامة للرعاية الأولية، الإدارة العامة للمستشفيات) من إجمالي الإيرادات انخفضت من 95.5% عام 2011 لتصبح 94.9% عام 2013، ويمكن ملاحظة أن قيمة بند التأمين الصحي في تزايد مستمر، أما بند الإدارة العامة للرعاية الأولية فقد انخفض بشكل كبير عام 2012، ثم عوض جزءاً من هذا الانخفاض عام 2013، أما بند الإدارة العامة للمستشفيات فسجل ارتفاعاً طفيفاً بشكل مستمر.

6. نسبة التأمين الصحي من إجمالي الإيرادات كانت 24.33% عام 2011، ارتفعت إلى 29.96% عام 2012، كذلك ارتفعت عام 2013 إلى 33.59%، وهذا يُعد مؤشراً إيجابياً

لتحسين الكفاءة المالية في جانب تحقيق الإيرادات، ولكن المشكلة تكمن فيما يترتب عليه من نفقات.

7. نسبة التأمين الصحي من المدفوعات الفعلية بدأت بنسبة 1.27% عام 2011، ارتفعت إلى 1.51% عام 2012، كذلك ارتفعت عام 2013 إلى 1.73%، ومن هنا تظهر الفجوة الكبيرة بين إيرادات التأمين الصحي ومدفوعات (نفقات) وزارة الصحة حيث تمثل النفقات حوالي 57 ضعف إيراد التأمين الصحي.

8. مما سبق يتضح أن نفقات وزارة الصحة كبيرة ويصعب تغطيتها كلياً من خلال نظام التأمين الصحي على المدى القريب، علماً بأن معظم إن لم يكن جميع الدول تعتمد في تغطية النفقات الصحية على الإيرادات العامة للدولة، ومساهمة المواطن المباشرة رمزية، وحيث أن الإيرادات العامة للحكومة بسبب الحصار قليلة ولا تكفي لتغطية النفقات العامة، ومنها نفقات وزارة الصحة، لذا يمكن القول أن الطريق أمام تحسين الكفاءة المالية نسبياً وليس تجارياً لنظام التأمين الصحي الحكومي هي من خلال العمل على تخفيض مجمل النفقات باتخاذ الإجراءات الفنية والإدارية والمالية والرقابية اللازمة، ومن خلال العمل على زيادة الإيرادات باتخاذ الإجراءات القانونية والإدارية والمالية اللازمة، وهذا كله منوط بتحسين الوضع الإقتصادي والسياسي، والأمر كله بيد الله عز وجل، ﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ... ﴾ سورة التوبة الآية 105.

ولإيجاد نقطة التعادل حسب المعطيات في الجدول السابق يمكن عرض الجدول التالي:

جدول 72 مقارنة معادلة خط الإنحدار وقيمة R2 للإيرادات والمصروفات (2011-2013): قطاع غزة

تم استبدال السنوات (2011-2013) بالأرقام (1-3) وتحويل القيم بالمليون شيكل

أولاً النفقات: $y = 44.115x + 455.57$ , $R^2 = 0.9589$							
السنة	خطأ التقدير	قيمة y الفعلية	قيمة y التقديرية	الثابت	x	معامل x	النفقات
2011	-5.275	504.96	499.685	455.57	1	44.115	y
2012	10.55	533.25	543.8	455.57	2	44.115	y
2013	-5.275	593.19	587.915	455.57	3	44.115	y
2014			632.03	455.57	4	44.115	y
2015			676.145	455.57	5	44.115	y
2016			720.26	455.57	6	44.115	y
لإيجاد سنة التعادل عند ثبات الإيرادات: $x = (y - 455.57) / 44.115$							
السنة	خطأ التقدير	قيمة y المستهدفة	قيمة y التقديرية	الثابت	x	معامل x	النفقات
2000	0	30.51	30.51	455.57	-9.63527	44.115	y
ظهرت قيمة x سالبة لأن القيمة المستهدفة أقل من القيمة الحالية في حين أن الميل موجب، وهنا يمكن القول: لا يمكن الوصول من خلال معادلة الانحدار لنقطة التعادل، بل مطلوب العمل على تخفيض إجمالي النفقات بطرق غير تقليدية.							
ثانياً: الإيرادات: $y = 2.08x + 23.76$ , $R^2 = 0.8472$							
السنة	خطأ التقدير	قيمة y الفعلية	قيمة y التقديرية	الثابت	X	معامل x	الإيرادات

y	2.08	1	23.76	25.84	26.35	-0.51	2011
y	2.08	2	23.76	27.92	26.9	1.02	2012
y	2.08	3	23.76	30	30.51	-0.51	2013
y	2.08	4	23.76	32.08			2014
y	2.08	5	23.76	34.16			2015
y	2.08	6	23.76	36.24			2016
لإيجاد سنة التعادل عند ثبات النفقات: $x = (y - 23.76) / 2.08$							
السنة	خطأ التقدير	قيمة y المستهدفة	قيمة y التقديرية	الثابت	X	معامل x	الإيرادات
2284	0	593.19	593.19	23.76	273.7644	2.08	Y
ظهرت قيمة x 274 أي في حال ثبات النفقات مع تغير الإيرادات حسب نمط معادلة الإنحدار ستتحقق نقطة التعادل في عام 2284م.							
ثالثاً: إيرادات التأمين: $y = 1.92x + 4.4$ , $R^2 = 0.9935$							
السنة	خطأ التقدير	قيمة y الفعلية	قيمة y التقديرية	الثابت	X	معامل x	الإيرادات
2011	-0.09	6.41	6.32	4.4	1	1.92	Y
2012	0.18	8.06	8.24	4.4	2	1.92	Y
2013	-0.09	10.25	10.16	4.4	3	1.92	Y
2014			12.08	4.4	4	1.92	Y
2015			14	4.4	5	1.92	Y
2016			15.92	4.4	6	1.92	Y
لإيجاد سنة التعادل عند ثبات النفقات: $x = (y - 4.4) / 1.92$							
السنة	خطأ التقدير	قيمة y المستهدفة	قيمة y التقديرية	الثابت	X	معامل x	الإيرادات
2317	0	593.19	593.19	4.4	306.6615	1.92	Y
ظهرت قيمة x 307 أي في حال ثبات النفقات مع تغير الإيرادات حسب نمط معادلة الإنحدار ستتحقق نقطة التعادل في عام 2317م.							
أو أن يتم تغطية النفقات من خلال فرض اشتراك خدمات صحية على كل شخص بقسمة قيمة الإنفاق الإجمالي على عدد السكان.							

المصدر: إعداد الباحث

### وللإجابة على السؤال الرئيسي الوارد في بداية الدراسة القائل:

ما مستوى الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة؟ وما يتفرع عنه من الأسئلة التالية:

هل بنود الإيرادات أم بنود النفقات أم كلاهما يؤثر على كفاءة النظام؟ وهل يوجد عوامل أخرى تؤثر على كفاءة النظام؟ وما هي أهم البنود التي تؤثر على كفاءة النظام؟ وهل يوجد مستوى كفاءة أمثل يمكن القياس عليه؟

نقول وبالله التوفيق من خلال التحليلات السابقة، أن النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي بدايةً لا يتمتع بكفاءة مالية تجارية، ولا يمكن أن تتحقق الكفاءة المالية التجارية في ظل الظروف والمعطيات الحالية، ويظهر ذلك من خلال تحليل نقطة التعادل والفجوة الكبيرة التي ظهرت بين الإيرادات والنفقات، وعندما نتحدث عن الكفاءة النسبية فيمكن ملاحظة أنه لا يوجد قيمة مثلى للكفاءة النسبية للمقارنة بها، حيث أن الأنظمة الصحية بشكل عام ونظام التأمين الصحي تتبع

أنماط متعددة ومختلفة مرتبطة بعوامل وظروف كثيرة منها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وعندما نتحدث عن قطاع غزة فإننا نتحدث عن حالة خاصة وظروف خاصة في ظل ظروف الحصار والحروب المتتالية التي أدت إلى زيادة عدد الجرحى والمصابين والشرائح الكبيرة غير القادرة على الدفع، وقد وجدنا أن نسبة إيرادات وزارة الصحة تمثل 5% من النفقات ونسبة إيرادات التأمين الصحي تمثل 2% من النفقات تقريباً، ويمكن ملاحظة أن بند إيرادات التأمين الصحي بعد أن كان في المرتبة الثالثة عام 2011 فقد تصدر في عام 2013 أعلى بند من بنود الإيرادات على حساب المستشفيات والرعاية الأولية، وهذا يشير إلى تحسن في كفاءته المالية من جهة الإيراد، ولكن في المقابل يترتب عليه التزام بتغطية نفقات العائلات المؤمنة والتي تزيد عن الإيراد المحصل منها خاصة فئة العمال وغيرها من الفئات التي تدفع رسوم رمزية، بالإضافة إلى الأعداد الكبيرة للعائلات والحالات أصحاب التأمينات المجانية.

كما بينت الدراسة أن أكبر 3 بنود للنفقات والتي تمثل 88% من إجمالي النفقات هي: ( الرواتب والأجور، والعلاج بالخارج، والأدوية) تمثل العبء الأكبر وبالتالي تؤثر سلباً على الكفاءة المالية، كذلك تبين الدراسة وجود خلل في كفاءة تخصيص الموارد وظهر ذلك من خلال تباين معدلات توزيع الأسرة والمستشفيات بين محافظات قطاع غزة، كذلك فإن نسبة النفقات الرأسمالية والتي تمثل فقط 4% تقريباً من إجمالي النفقات تشير إلى ضعف الإهتمام بشراء الأجهزة الطبية الحديثة والتي يمكن أن توفر الكثير من النفقات على بند العلاج بالخارج، كما أن ضعف نسبة الأطباء المتخصصون في القطاع الصحي الحكومي وعدم الإهتمام ببند الابتعاث وتطوير الكادر البشري قد يكون له أثر كبير على النفقات على بند الأدوية والعلاج بالخارج والمستلزمات الطبية، وهذا يتطلب تحسين الكفاءة الهيكلية، كما تبين الدراسة بأن نسبة اشغال الأسرة 79% تقريباً وهذا يشير إلى 21% من الطاقة القصوى غير مستغلة.

أما بالنسبة للسؤال الثاني: ما أهم الاقتراحات التي من شأنها معالجة أوجه القصور في هذا النظام؟ فقد تم الإجابة عليه في التوصيات في الفصل الخامس.

### وفيما يتعلق بفرضيات الدراسة:

1. يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين مستوى الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة، وبين الكفاءة المالية لنظام التأمين الصحي الحكومي الأمثل: بينت الدراسة عدم وجود قيمة مثلى للكفاءة لنظام التأمين الصحي الحكومي نظراً لارتباطه بعوامل كثيرة ويختلف من بيئة لأخرى، وعدم وجود دراسات ومعايير دولية أو محلية، ولذلك تم عمل

تقييم للكفاءة ومدى تحققها في ظل المعطيات والظروف الحالية وقد تبين أنه يمكن تحسين هذه الكفاءة إذا تم العمل بتوصيات الدراسة الواردة في الفصل الخامس.

2. يوجد عنصر أو أكثر في مدخلات النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي تؤثر على الكفاءة المالية: بينت الدراسة أن العديد من بنود الإيرادات تمثل قيمة جوهرية ولها تأثير ايجابي على كفاءة النظام منها الاشتراكات الالزامية لموظفي الحكومة، وغيرها من الاشتراكات الالزامية، بالإضافة إلى بند العقود الجماعية، كما أن الرسوم المفروضة عند تلقي الخدمة تساعد على ضبط الطلب على الخدمات الصحية وعدم الهدر فيها، كما أن الكادر البشري بحاجة إلى إعادة هيكلة والاهتمام في تطوير الكادر البشري وخاصة الأطباء والتخصصات الصحية، كذلك الاهتمام في رفع كفاءة الأجهزة والتجهيزات الطبية التي من شأنها المساعدة في تحقيق خفض في النفقات على الأدوية والمستلزمات الطبية، كذلك معدل توزيع المستشفيات والأسرة على المحافظات بحاجة إلى إعادة توزيع والاستثمار، مما سيؤدي إلى تحسين الكفاءة المالية الحالية.

3. يوجد عنصر أو أكثر في مخرجات النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي تؤثر على الكفاءة المالية: أظهرت الدراسة أن أكبر 3 بنود للنفقات والتي تمثل 88% من اجمالي النفقات هي: ( الرواتب والأجور، والعلاج بالخارج، والأدوية)، علماً بأن بند الرواتب والأجور يصعب التأثير فيه بدرجة كبيرة كونه يخضع لقانون الخدمة المدنية ولكن يمكن العمل على الاستفادة من الطاقة القصوى من مسبب الأجور والرواتب، ويمكن التحكم في نفقات بند العلاج بالخارج بايجاد البديل، وكذلك بند نفقات الأدوية بالاجراءات الرقابية، مما سيعزز ويرفع من مستوى الكفاءة المالية الحالية، كما أن بند النفقات الرأسمالية رغم أنه يمثل 4% تقريباً فربما أن العمل على الزيادة فيه قد يكون له أثر كبير في تخفيض بعض بنود النفقات التشغيلية مثل العلاج بالخارج والأدوية والرواتب والأجور، مما سيكون له أثر ايجابي على الكفاءة المالية، كذلك فإن ترشيد الاستهلاك في بنود النفقات التشغيلية الأخرى كالمحروقات والاتصالات والكهرباء والمهمات الطبية والمختبرات من خلال الاجراءات الفنية والرقابية سيكون له أثر ايجابي على تحسين الكفاءة المالية الحالية.

# **الفصل الخامس: النتائج والتوصيات**

## النتائج والتوصيات:

### أولاً: النتائج:

مما سبق يمكن تلخيص النتائج التالية:

1. المجتمع الفلسطيني مجتمع فتي، حيث تتسع قاعدة الهرم السكاني المتمثلة بالأفراد صغار السن دون الخامسة عشرة من العمر والذين يشكلون نسبة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، وهذه الفئة غير قادرة على الكسب وبخاصة لمعيل لتغطية نفقاتها ومنها الإنفاق الصحي.
2. بلغت إعفاءات التأمين الصحي 85 مليون شيكلاً، بينما بلغت إيراداته 10 مليون شيكلاً، والتي تمثل 34% من إيرادات الوزارة، وحيث أن إيرادات الوزارة حوالي 5% من نفقاتها فقط، فهذا يشير إلى عدم كفاءة النظام تجارياً.
3. يعمل في القطاع الصحي 13899 موظفاً، منهم حوالي 65.2% في وزارة الصحة و 22.7% في المؤسسات الأهلية و 7.2 في وكالة الغوث الدولية و 4.9% في الخدمات الطبية العسكرية.
4. إجمالي عدد القوى العاملة في المؤسسات الأهلية 3162 موظفاً (22.7%)، أغلبهم غير متفرغين ويعملون في وزارة الصحة، وأكبر نسبة فيها تخصص أطباء على عكس المؤسسات الحكومية التي يتصدر فيها التمريض والإداريون أعلى نسبة.
5. نسبة إشغال الأسرة في مستشفيات وزارة الصحة في قطاع غزة 2012م (78.9%)، مما يعني أن 21% من الطاقة القصوى للأسرة غير مستغلة وتحتاج لخطة للمساهمة في تحسين الكفاءة.
6. لعام 2013م معدل توزيع المستشفيات في منطقة غزة أعلى من المتوسط على حساب المناطق الوسطى ورفح وشمال غزة، أما معدل توزيع الأسرة في غزة وخانيونس أعلى من المتوسط على حساب باقي المناطق، وهذا التوزيع بحاجة لمراجعة وتعديل، لتحقيق العدالة والمساهمة في تخفيض التكاليف.
7. فيما يخص المدفوعات الفعلية لوزارة الصحة للسنوات (2011، 2012، 2013)، بينت الدراسة وجود اختلاف بين معادلة خط الانحدار وقيمة  $R^2$  (للقيم من جهة والنسب ومن جهة أخرى - لنفس البند) كما تبين أن درجة الاختلاف متفاوتة بين البنود، ومن ناحية أخرى نجد قيمة  $R^2$  تختلف من بند إلى آخر فهي تتراوح ما بين (1% - 99%).



8. نسبة المنصرف من مخازن المستشفيات من الأدوية والمهمات الطبية والمختبرات يزيد عن الثلثين، يليه نصيب الرعاية الاولية التي تستهلك من الأدوية 21% ومن المهمات الطبية 9% ومن المختبرات 7%.

9. تمثل النفقات التشغيلية لعام 2013 لوزارة الصحة بقطاع غزة 96%، بينما النفقات الرأسمالية تمثل 4% فقط، مما يشير إلى ضعف الاهتمام بالنفقات الرأسمالية، علماً بأن أكبر قيمة إنفاق رأسمالي بقيمة 17.2 مليون شيكل كانت لبند أدوات وأجهزة مهنية متخصصة.

10. يشير معامل بيرسون إلى وجود علاقة طردية قوية بين نسبة القوى العاملة ونسبة الإيرادات، علماً بأنه يوجد 5 مستشفيات فقط نسبة إيراداتها أعلى من نسبة القوى العاملة، وباقي المستشفيات نسبة إيراداتها أقل من نسبة القوى العاملة فيها.

11. إجمالي إيرادات وزارة الصحة خلال السلسلة الزمنية (2011، 2012، 2013) تتصف بعلاقة خطية طردية قوية، وهي متفاوتة من بند لآخر وقد تم تفصيلها في الفصل الرابع من حيث القيم والنسب، علماً بأنه فيما يخص إيرادات التأمين فإن  $(R^2 = 0.803)$  ومعادلة دالة الانحدار  $y = 0.8571x + 4.3333$ .

12. عام 2013 بلغ إجمالي إيرادات وزارة الصحة ما يقارب 30.5 مليون شيكل، وشكل التأمين الصحي أعلى مستوى إيرادات بنسبة 33.6% من إجمالي إيرادات الوزارة، وبلغت قيمة النفقات الرأسمالية 23.8 مليون شيكل، والنفقات التشغيلية 593 مليون شيكل حيث شكّل بند الرواتب والأجور أعلى قيمة إنفاق بنسبة 39.3% من الإجمالي الكلي للنفقات. وبلغ رصيد ديون وزارة الصحة لدى شركات التأمين والأفراد حتى تاريخه 3 مليون شيكل، وبلغت التبرعات حوالي 86.5 مليون شيكل.

13. إيرادات التأمين الحكومي 10 مليون شيكل، معظمها من التأمين الإلزامي حيث يمثل أكبر نسبة (44.2%)، يليه تأمين الشؤون الاجتماعية (32.4%)، ونجد أن التأمين الإختياري لا يمثل سوى (1.6%)، مما يتطلب توسيع مظلة التأمين تدريجياً، وعدم الإعتماد على التأمين الإختياري.

14. أظهرت نتائج جدول 72 معادلات خط الانحدار وقيم  $R^2$  للسنوات (2011-2013)

علماً بأنه تم استبدال السنوات بالأرقام (1-3) والقيم بالمليون شيكل كالتالي:

- أولاً: النفقات:	$R^2 = 0.9589$	$y = 44.115x + 455.57$
- ثانياً: الإيرادات:	$R^2 = 0.8472$	$y = 2.08x + 23.76$
- ثالثاً: إيرادات التأمين:	$R^2 = 0.9935$	$y = 1.92x + 4.4$

15. أظهرت نتائج جدول 72 عند ثبات النفقات مع تغير الإيرادات حسب معادلة الإنحدار تحقق نقطة التعادل لإجمالي الإيرادات بعد 274 عاماً (عام 2284م)، ولإيراد التأمين بعد 307 أعوام (عام 2317م).

### ثانياً: التوصيات:

1. يشهد قطاع غزة زيادة سكانية مضطربة وكثافة سكانية مرتفعة، مما يزيد الضغط على المرافق الحياتية وفي مقدمتها المرافق الصحية للحفاظ على مستوى خدمات صحية لائق وميسور للسكان، وهذا يتطلب من الحكومة ومصادر التمويل الأخرى زيادة قيمة التمويل لتغطية تلك الاحتياجات، وعلى وزارة الصحة إعادة النظر في النظام المالي للتأمين الصحي الحكومي من حيث التمويل والانفاق.
2. رفع قدرة القطاع الصحي الحكومي في قطاع غزة فنياً ومالياً، وتوفير الاحتياجات الصحية اللازمة، والارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية، من خلال الارتقاء بالكادر البشري وتعديل النظام المالي.
3. يجب متابعة متوسط الكثافة السكانية، وتوزيع الفئات العمرية ومعدل المواليد والوفيات الخام لتحديد الطريقة الأمثل لتوزيع المؤسسات الصحية والأسرة والتخصصات على المحافظات، مما يسهم في خفض النفقات، والتوزيع الأمثل للموارد، واستغلال الطاقة القصوى، ورفع الكفاءة المالية للنظام الصحي.
4. العمل على رفع معدل الأطباء المتخصصين في المؤسسات الصحية الحكومية في قطاع غزة ليكون سبباً في خفض النفقات على الأدوية والنفقات الصحية بشكل عام، فالتشخيص السليم يؤدي إلى خفض التكاليف لأدنى حد ممكن، وبالتالي رفع مستوى الكفاءة المالية.
5. تتطلب مؤشرات القوى العاملة الحالية الدراسة فنياً ومالياً من قبل القائمين على وزارة الصحة لإعادة توزيع الكادر الصحي الحالي بشكل أفضل، وللتخطيط السليم للتوظيف الجديد، لما لها من أثر كبير على نفقات الرواتب والأجور.
6. يتطلب الوصول لنقطة التعادل رفع كفاءة إيرادات وزارة الصحة لتتناسب مع حجم النفقات، وبالتوازي العمل على تخفيض النفقات من خلال اتخاذ الإجراءات الفنية والإدارية والرقابية اللازمة، علماً بأن الوصول لنقطة التعادل ليست هدفاً سهلاً حتى في الدول المتقدمة والتي تعيش في رخاء واستقرار، ولكن هي محاولة لتحسين الوضع القائم بجهود مشتركة.
7. يتوجب على وزارة الصحة في قطاع غزة إعادة النظر في الفئات المستفيدة من التأمين الصحي الحكومي وما يترتب عليه من نفقات متوقعة لهذه الفئات وإيجاد مصادر تمويل لها.

8. لابد لوزارة الصحة في قطاع غزة من إعادة النظر في بنود النفقات الجوهرية الثلاثة: (الرواتب والأجور، والعلاج بالخارج، والأدوية) والتي تمثل 88% من النفقات تقريباً، والعمل على تخفيضها، مما سيسهم في تحسين الكفاءة المالية من جهة النفقات.
9. لابد لوزارة الصحة في قطاع غزة من إعادة النظر في الموازنة المعتمدة لبند النفقات الرأسمالية لتصبح أكثر واقعية، وإيجاد مصادر أخرى غير التبرعات لتغطيتها، أو إجراء تغيير في السياسة المالية لتحسين كفاءة النظام المالي.
10. إن تخفيض نفقات العلاج بالخارج يمثل جانباً إيجابياً مهماً بالنسبة لخفض التكاليف، ولكن هذا الاجراء يتطلب في المقابل توفير الأجهزة الطبية الحديثة اللازمة وجلب الخبراء والمتخصصين في المجال الصحي لتدريب الكادر الموجود أو تفعيل الابتعاث في التخصصات اللازمة بناءً على دراسة احتياجات وزارة الصحة، وهذا بدوره سيساعد على المزيد من تخفيض نفقات العلاج بالخارج كما سيساعد على التشخيص السليم وتجنب نفقات خطأ التشخيص.
11. أظهرت الرسوم البيانية وجود فجوة بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات، وللوصول لمستوى كفاءة جيد لابد من أن تتمثل بمثلث متساوي الأضلاع أو دائرة مقسمة لثلاث قطاعات متساوية، ولابد من تبرير الفجوة بين الشكل الحالي والأمثل.
12. يجب تقييم وتعديل النظام المالي للتأمين الصحي سنوياً بسبب التغيرات المستمرة في الظروف الاقتصادية والصحية، والاستفادة من تجارب الدول الناجحة والخبراء في المجال الصحي.

## قائمة المراجع:

### أولاً: المراجع العربية:

1. القرآن الكريم.
2. إبراهيم، رأفت أحمد (2007)، "استخدام النماذج الكمية في تقدير كفاءة شركات التأمين في ظل حوكمة الشركات بالتطبيق على تأمينات الممتلكات والمسئولية"، بحث محكم، فلسطين - غزة - الجامعة الاسلامية: مجلة المحاسبة والإدارة والتمويل، العدد 69، الصفحات 189-232، 2007/1/1.
3. إبراهيم، رأفت أحمد (2007)، "تقدير الملاءة المالية لشركات التأمين المصرية باستخدام التحليل البيزي بالتطبيق على تأمينات الممتلكات والمسئولية"، بحث محكم، فلسطين - غزة - الجامعة الاسلامية: مجلة المحاسبة والإدارة والتمويل، العدد 68، الصفحات 145-186، 2006/6/1.
4. أبو السعود، (2004)، "ترشيد الإنفاق الحكومي لنظام التأمين الصحي لرفع كفاءة وفعالية النظام (دراسة تطبيقية، ج.م.ع)".
5. أبو بكر، عيد أحمد (2010)، "دراسات وبحوث في التأمين"، بحوث علمية محكمة، الأردن - عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، البحث الثالث والرابع.
6. الأحمدى، طلال بن عايد (2009)، "تقييم كفاءة أداء الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، الرياض: معهد الادارة العامة.
7. الأعرج، محمد ساير (2006)، "منهج تطبيقي لقياس مؤشرات السيولة والربحية وارتباطها بكفاءة الأداء المالي لشركات المقاولات الفلسطينية بالمقارنة مع المؤشرات الصناعية الدولية"، رسالة دكتوراه، السودان، جامعة النيلين.
8. آل آدم، يوحنا واللوزي، سليمان (2005)، "دراسة الجدوى الإقتصادية"، ط2، الأردن - عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
9. آل علي، رضا صاحب (2002)، "إدارة المصارف: مدخل تحليلي كمي معاصر"، الأردن - عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
10. اونور، إبراهيم (2011)، "قياس كفاءة بنوك مجلس التعاون الخليجي"، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، سلسلة الخبراء، العدد 41.
11. أيوب، بان هاني وجمال الدين، شذا عاصم وعيدان، فريال مشرف (2011)، "تقويم كفاءة الإداء باستخدام بعض المؤشرات الإنتاجية، العراق، جامعة بغداد.
12. باهرمز، أسماء محمد (1996)، "تحليل مغلف البيانات - استخدام البرمجة الخطية في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية" الإدارة العامة"، الصفحات 317-346.
13. البلقيني، محمد توفيق (2009)، "استخدام معادلة بلاك - شولز في تسعير تأمين الممتلكات والمسئولية"، بحث محكم، فلسطين - غزة - الجامعة الاسلامية: مجلة المحاسبة والإدارة والتمويل، العدد 74، الصفحات 111-137.
14. بلوط، حسين إبراهيم (2005)، "المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات"، ط1، لبنان - بيروت: دار النهضة العربية.
15. بوتر، س وبرو، ر (2004)، "عملية بناء القدرات المنظمة، جدول الحاجات".

16. بوعبدلي، أحمد وعبدالرازق، خليل (2001)، "تقييم أداء البنوك التجارية العمومية الجزائرية من حيث العائدة والمخاطرة - دراسة حالة القرض الشعبي الجزائري"، ورقة عمل مقدمة في ملتقى المنظومة المصرفية الجزائرية والتحويلات الاقتصادية واقع وتحديات.
17. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2006)، "مسح أثر الإجراءات الإسرائيلية أحادية الجانب على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والبيئية للأسر الفلسطينية"، النتائج الأساسية.
18. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2013)، "كتاب القدس الإحصائي السنوي 2012م رقم 14".
19. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2014)، "الفلسطينيون في نهاية عام 2013".
20. حسين، محمود أحمد وعبد الحميد، مظهر خالد (2010)، "قياس كفاءة أداء المؤسسات التعليمية باستخدام تحليل البيانات التطويقي"، العراق، جامعة تكريت، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 6، العدد 17.
21. الحسيني، فلاح (2000)، "الإدارة الإستراتيجية"، الأردن - عمان: دار وائل للنشر، ط1.
22. الحيدر، عبدالمحسن (مترجم)، ادي، لوان (مؤلف) (2000)، "تقويم نظام الرقابة الطبية - الفعالية والكفاءة والإنصاف"، السعودية - الرياض: معهد الإدارة العامة مركز البحوث.
23. خالص، صالح (2010)، "تقييم كفاءة الأداء المصرفي"، الجزائر، ورقة بحثية في ملتقى المنظومة المصرفية الجزائرية، الصفحات 381-398.
24. الداوي، الشيخ (1999)، "تحو تسيير استراتيجي فعال بالكفاءة لمؤسسات الإسمنت في الجزائر"، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر، الجزائر.
25. الداوي، الشيخ (2010)، "تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء"، الجزائر، مجلة الباحث، العدد 5، الصفحات 217-227.
26. الراوي، خالد وهيب (2003)، "إدارة العمليات المصرفية"، الأردن - عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع، ط 6.
27. رايس، حدة وفاطمة الزهراء (2009)، "قياس الكفاءة المصرفية باستخدام نموذج حد التكلفة العشوائية - دراسة حالة البنوك الجزائرية (2004-2008)"، فلسطين، مجلة جامعة القدس المفتوحة، المجلد 1، العدد 26، الصفحات 55-84.
28. الرواشدة، فراس (2007)، "محددات تضخم تكاليف الخدمة الصحية"، بحث محكم، فلسطين - غزة - الجامعة الإسلامية: مجلة المحاسبة والإدارة والتمويل، العدد 69، الصفحات 429-460، 2007/3/1.
29. ريز، أندرو وباركر، ديفيد (1995 م)، "تحليل التكاليف في برامج الرعاية الصحية الأولية" دليل لتدريب مديري البرامج، مصر - الإسكندرية: ترجمة المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط.
30. زيود، لطيف والأمين، ماهر والمهندس، منيرة (2005)، "تقويم أداء المصارف باستخدام أدوات التحليل المالي"، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد 4.
31. السلطان، عبد الرحمن (2007)، "استعادة التكلفة خيار أفضل من تخصيص المستشفيات الحكومية"، السعودية، مقال: [http://www.aleqt.com/2007/06/04/article\\_9005.html](http://www.aleqt.com/2007/06/04/article_9005.html).
32. السلطان، عبد الرحمن (2007)، "نظام الخدمات الصحية في استراليا"، السعودية، مقال: [http://www.aleqt.com/2007/05/28/article\\_8931.html](http://www.aleqt.com/2007/05/28/article_8931.html).

33. السلمي، علي (2001)، "خواطر في الإدارة المعاصرة"، مصر - القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
34. شاكر، علي (2007)، "الأسس العلمية والعملية لعقد التأمين التكافلي"، بحث محكم، فلسطين - غزة - الجامعة الإسلامية: مجلة المحاسبة والإدارة والتمويل، العدد 69، الصفحات 628-661، 2007/3/1.
35. شاهين، علي (2006)، "دور القطاع المصرفي في تنمية الإقتصاد الفلسطيني"، فلسطين، الجامعة الإسلامية، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر تنمية وتطوير قطاع غزة بعد الانسحاب الإسرائيلي.
36. الشعار، علي نشأت (2012)، "بصراحة حول التأمين الصحي"، فلسطين، مقال: <http://www.moh.ps/?lang=0&page=4&id=248>
37. الشعبي، خالد منصور (2004)، "استخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة العربية السعودية"، السعودية - الرياض: مجلة جامعة الملك سعود، المجلد 16، الصفحات 313-342.
38. الشعبي، عزمي (2004)، "ندوة الفساد والحكم الصالح في العالم العربي"، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية والمعهد السويدي بالإسكندرية، 20-23 أيلول 2004.
39. شلبي، ياسر ولداودة، حسن (2007)، "الثقافة المهنية في القطاع الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية"، فلسطين، مؤسسة مواطن - المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية.
40. عبد ربه، إبراهيم علي و حمودة، إبراهيم أحمد (1997/1996)، "التأمين ورياضياته: المبادئ النظرية والتطبيقات العملية"، مصر - الإسكندرية: جامعة الإسكندرية - كلية التجارة - قسم الإحصاء والتأمين.
41. عبد مولاه، وليد (2011)، "كفاءة البنوك العربية"، الكويت، سلسلة جسر التنمية، العدد 104.
42. عنانزة، عز الدين نايف وعثمان، محمد داود (2010)، "اختبار مدى كفاءة إدارة مخاطر الائتمان على جودة المحافظ الائتمانية في البنوك الإسلامية الأردنية"، الأردن، ورقة عمل مقدمة في المؤتمر العلمي الدولي السابع، جامعة فيلادلفيا الخاصة.
43. الفرحان، فايز 2012، دورة تخطيط رفع الأداء وزيادة الإنتاج.
44. فهمي، محمد شامل (2009)، "قياس الكفاءة النسبية للجامعات الحكومية بالمملكة العربية السعودية"، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد 1، العدد 1.
45. قرار مجلس الوزراء رقم (113) لسنة 2004 الخاص بنظام التأمين الصحي الحكومي.
46. قريشي، محمد الجموعي (2006)، "قياس الكفاءة الاقتصادية في المؤسسات المصرفية - دراسة نظرية وميدانية للبنوك الجزائرية للفترة (1994-2003)"، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر، الجزائر.
47. الكور، عز الدين والفيومي، نضال (2007)، "أثر قوة السوق وهيكل الكفاءة على أداء البنوك التجارية - دراسة تطبيقية على البنوك التجارية المدرجة في بورصة عمان"، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 3، العدد 3.
48. ماخ، أ. ب. و سميث، ب. ب. آبل (1989)، "تخطيط مالية القطاع الصحي - دليل البلدان النامية"، مصر، الإسكندرية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط (مترجم).
49. مسالمة، (2013)، "جريدة الحياة الجديدة، عدد صفر، 2013-08-19".

50. مصطفى، وجيه (2006)، "تقويم أداء النشاط الاستثماري لقطاع تأمينات الحياة بالسوق المصرية في ظل اتفاقية الجات"، بحث محكم، فلسطين - غزة - الجامعة الإسلامية: مجلة المحاسبة والإدارة والتمويل، العدد 66، الصفحات 831-833، 2006/4/1.
51. معراج، هواري وفيصل، شياد (2011)، "قياس كفاءة البنوك الإسلامية والتقليدية في الجزائر"، الجزائر، المركز الجامعي بگرداية.
52. ملحم، أحمد سالم (2012)، "التأمين الإسلامي: دراسة شرعية تبين التصور للتأمين التعاوني وممارساته العملية في شركات التأمين الإسلامية"، الأردن - عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
53. نصر، خديجة حسن (2007)، "نظم التأمين الصحي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية"، سلسلة تقارير قانونية رقم (68)، فلسطين - رام الله، الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن.
54. الهبيل، نهاد (2013)، "قياس الكفاءة المصرفية باستخدام نموذج حد التكلفة العشوائية SFA"، رسالة ماجستير، فلسطين: الجامعة الإسلامية.
55. هندي، منير إبراهيم (2014)، "الإدارة المالية: مدخل تحليلي معاصر"، مصر - الإسكندرية: مطبعة الدلتا، الطبعة التاسعة 2014.
56. وزارة الصحة الفلسطينية، (2010)، "الخطة الإستراتيجية الوطنية الصحية 2011 - 2013، تحديد التوجه الاستراتيجي للوصول إلى النتائج المرجوة".
57. وزارة الصحة الفلسطينية، الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية (2014)، "تقرير جهود وزارة الصحة في التنمية البشرية"، غزة، فلسطين.
58. وزارة الصحة الفلسطينية، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2012)، "الحسابات الصحية الوطنية 2009، 2010، نتائج أساسية"، رام الله، فلسطين.
59. وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطيني (2012)، "التقرير الصحي السنوي".
60. وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطينية (2010)، "المحددات الصحية بقطاع غزة"، غزة، فلسطين.
61. وزارة الصحة الفلسطينية، مركز المعلومات الصحية الفلسطينية (2014)، "التقرير السنوي للتأمين الصحي 2013"، غزة، فلسطين.
62. وزارة الصحة الفلسطينية، وحدة نظم المعلومات الصحية (2014)، "التقرير المالي، قطاع غزة -2013" غزة، فلسطين.
63. وزارة الصحة الفلسطينية، وحدة نظم المعلومات الصحية (2014)، "تقرير القوى العاملة في القطاع الصحي، قطاع غزة -2013" غزة، فلسطين.
64. وزارة الصحة الفلسطينية، وحدة نظم المعلومات الصحية (2014)، "تقرير السكان والصحة 2013"، غزة، فلسطين.

## ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Bo Carlsson (1982), "The measurement of efficiency in production", an application to Swedish manufacturing Industry, SJE.
2. Farrell M. J.(1957), "The Measurement of Productive Efficiency", Journal of the Royal Statistical Society Series A, General, P: 253-281.
3. Forsund F. R. & Hjalmarsson L. (1979), "Frontier production function and technical progress", A study of general milk processing in Swedish dairy plant, *Econometrica*.
4. Frenk J. (1995), "Comprehensive policy analysis for health system reform", *Health Policy* 77-257 :32 ؛1995 doi-00739(95)8510-0168/10.1016 :F pmid : 10156642.
5. Fretheim A, Witter S, Lindahl AK, Olsen IT. (2012), "Performance-based financing in low- and middle-income countries", still more questions than answers .*Bull World Health Organ* -559 :90 ؛2012 doi/10.2471 :BLT.12.106468 pmid:22893735.
6. Fuchs Victor R. (1996), "What every philosopher should know about health economics" .*Proc Am Philos Soc*.96-186 :140.
7. Gitman L. J. & Zutter C. J. (2010), "Principles of Managerial Finance", 13th ed.
8. Gwatkin DR, Ergo A. (2011), "Universal health coverage: friend or foe of health equity" .*Lancet* 1-2160 :377 ؛2011 doi/10.1016 :S0140-6736(10)62058-2 pmid:21084113.
9. Jiambalov J. (2007) "Managerial Accounting", Vol.3, New York, USA: Jhon wiley & sons, Inc.
10. Kiyota H. (2009) "Efficiency of Commercial Banks in Sub-Saharan Africa": A comparative Analysis of Domestic and Foreign Banks, A paper prepared for presentation at the CSAE conference on "Economic Development in Africa", University of Oxford.
11. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. (2009), "From scheme to system": social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. In: Chernichovsky D, Hanson K, editors .*Innovations in health system finance in developing and transitional economies* .Vol. 21, *Advances in health economics and health services research*. Bingley: Emerald Group Publishing.
12. Kutzin J. (2001), "A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements" .*Health Policy* 204-171 :56 ؛2001 doi : /10.1016S0168-8510(00)00149-4 pmid:11399345 .
13. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga E, Otoo N. (2012), "Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia" .*Lancet* 43-933 :380 ؛2012 doi/10.1016 :S0140-6736(12)61147-7 pmid:22959390.
14. Leibenstein H. (1966) "Allocative efficiency vs X-efficiency", *AER*.
15. Makaka A. (2012) "Role of government stewardship and leadership in SHP. Presented at the :Regional Conference on Social Health Protection in the East African Community", Kigali, 11 September 2012 .
16. Savedoff WD. (2004), "Is there a case for social insurance?", *Health Policy Plan* 4-183 :19 ؛2004doi/10.1093 :heapol/czh022 pmid:15070867 .
17. Sheldon, T. (1998). "Promoting Health Care Quality: What role performance indicators?", *Quality in Health Care*, 7(Suppl): 45-50.
18. Shone, R. (1981), "Applications in intermediate macro-economic", Oxford.



19. Spaan E, Mathijssen J, Tromp N, McBain F, ten Have A, Baltussen R . (2012), "The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review" .Bull World Health Organ 92-685 :90 'doi/10.2471 :BLT.12.102301 PMID:22984313.
20. Stephen M. M. & Athanasios G. N. (1996), "The technical Efficiency of large bank production", Journal of banking and finance, 20 P:496-500.
21. Stigler G. J. (1960) "The theory of price, 4 E, Macmillan publishing company: New York, USA".
22. Tannenwald R. (1995) "Differences across first district banks in operational efficiency".
23. The world health report (2010), "health systems financing": the path to universal coverage .Geneva: World Health Organization.
24. Wennberg, John and Gittelsohn, Alan. (1973), "Small Area Variations in Health Care Delivery" Science Vol. 182 No. 4117 (Dec. 1973) 1102-1108
25. Yot Amornkitvikai (2011) "Technical efficiency performance of Thai listed manufacturing enterprises", University of Wollongong.

### ثالثاً: مواقع الشبكة العنكبوتية (الانترنت):

1. <http://ar.strescom.org/research/analysis/item/309-pa09122012.html>
2. [http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&theSitePK=478060&piPK=64165421&menuPK=64166093&entityID=000009265\\_3980625103042](http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&theSitePK=478060&piPK=64165421&menuPK=64166093&entityID=000009265_3980625103042) accessed 8 October 2012[
3. <http://faculty.ksu.edu.sa/54388/DocLib1.اقتصاديات%20الرعاية%20الصحية/doc>
4. <http://fatwa.islamweb.net/fatwa/index.php?>
5. <http://healtheconomicsdigest.com/about-2/what-is-health-economics/>
6. <http://kamalalawneh.maktoobblog.com>
7. <http://moh.gov.rw/english/wp-content/uploads/2012/09/Presentation-on-Governance-in-Rwanda-CBHI-Makaka.ppt>
8. <http://muqtafi.birzeit.edu/pg/getleg.asp?id=14730>
9. [http://palestinianmissionuk.com/arabic/?page\\_id=502](http://palestinianmissionuk.com/arabic/?page_id=502)
10. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTARABICHOME/NEWSARABIC/0,,contentMDK:22500214~menuPK:3536984~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:1052299,00.html>
11. <http://www.aoes.org.co>
12. [http://www.aleqt.com/2007/06/04/article\\_9005.html](http://www.aleqt.com/2007/06/04/article_9005.html)
13. <http://www.al-jazirah.com/2012/20121113/ec6.htm>
14. <http://www.alnodo12m.com>
15. <http://www.alnodom.com/index.php/>
16. <http://www.alquds.com/news/article/view/id/376851>
17. <http://www.aslaqa.com/showthread.php?t=13015>
18. <http://www.dostorasly.com/news/view.aspx?>
19. <http://www.economicsnetwork.ac.uk/>
20. <http://www.gerasanews.com/index.php?page=article&id=81578>
21. <http://www.HealthEconomics.Com>
22. <http://www.healtheconomics.org>
23. <http://www.HealthEconomicsDigest.com>
24. <http://www.ispor.org>
25. <http://www.maannnews.net/arb/ViewDetails.aspx?ID=510942>
26. <http://www.maannnews.net/Arb/ViewDetails.aspx?ID=611402>

27. <http://www.madarcenter.org/mash-had-details.php?id=23506&catid=28>
28. [http://www.misyemen.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=51&Itemid=55&lang=ar](http://www.misyemen.com/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=55&lang=ar)
29. <http://www.moh.gov.ps/portal/>
30. <http://www.moh.ps/?lang=0&page=4&id=248>
31. <http://www.moi.gov.ps/news/>
32. [http://www.nhif.gov.sd/thread.php?thread\\_id=1](http://www.nhif.gov.sd/thread.php?thread_id=1)
33. <http://www.oxfordoutcomes.com>
34. <http://www.qtriyat.com/vb/t4303.html>
35. <http://www.sef.ps/vb/multka368773/>
36. [http://www.sheffield.ac.uk/scharr/prospective\\_students/masters/hedm](http://www.sheffield.ac.uk/scharr/prospective_students/masters/hedm)
37. [http://www.target-marketing.info/ward\\_details.php?newsid=40](http://www.target-marketing.info/ward_details.php?newsid=40)
38. <http://www.unrwa.org/ar/where-we-work/>
39. <http://www.who.int/ar/index.html>
40. <http://www.youtube.com/watch?v=0noVv41jwwI>

الملاحق

ملحق رقم (1) التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مزودي الخدمات الصحية ووظائف الرعاية الصحية لعامي 2009، 2010 بالأسعار الجارية: (بعد المعالجة)

Provider	الوظيفة الصحية										السنة	مزود الخدمة
	Function											
	المجموع	الإدارة الصحية والتأمين الصحي	خدمات الوقاية والصحة العامة	الأدوية المقدمة لعرض العيادات الخارجية	خدمات الرعاية الصحية المساندة	خدمات التمريض طويلة المدى	خدمات الرعاية التأهيلية	خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة	خدمات الرعاية العلاجية المقدمة	خدمات الرعاية العلاجية المقدمة للبرص المنقطن		
Total	Health administration and health insurance	Prevention and Public health services	Medical goods dispensed -to out Patient	Ancillary services to health care	In-Patient long-term nursing care	Services of -rehabilitative care	Non class Services of curative care	Out-patient curative care	In-patient curative care	Year		
General Hospitals	268,670.90	-	-	1,329.40	-	-	95,251.80	51,542.40	120,547.20	2009	المستشفيات العامة	
	302,291.60	-	-	1,055.90	-	-	80,335.60	66,722.10	154,177.90	2010		
Mental Health and Substance Abuse Hospitals	12,423.60	-	-	-	-	-	-	-	12,423.60	2009	مستشفيات الصحة النفسية والعلاج من الإدمان	
	14,960.60	-	-	-	-	-	-	-	14,960.60	2010		
Specialty Hospitals	63,630.10	-	-	-	-	-	-	-	63,630.10	2009	المستشفيات المتخصصة	
	52,452.40	-	-	-	-	-	-	-	52,452.40	2010		
Nursing and Residential Care Facilities	47,864.10	-	-	-	86.9	-	-	47,777.10	-	2009	التدريب ومرافق الرعاية مع مبيت	
	52,886.80	6,522.50	-	-	33.7	-	-	46,330.60	-	2010		
Offices for Physicians	6,252.80	-	-	-	-	-	-	6,252.80	-	2009	عيادات الأطباء	
	5,798.70	-	-	-	-	-	-	5,798.70	-	2010		
Offices for Dentists	28,172.10	-	-	-	-	-	-	28,172.10	-	2009	عيادات طب الأسنان	
	25,776.50	-	-	-	-	-	-	25,776.50	-	2010		
Offices for Other Health Practitioners	6,488.30	-	-	-	510.3	-	-	5,977.90	-	2009	عيادات أخرى	
	17,964.30	-	882.3	-	437.3	-	-	16,644.80	-	2010		
-Public Clinics Out Patient Care Centers	50,256.00	86.9	1,399.10	-	-	-	-	48,770.00	-	2009	عيادات خارجية حكومية	
	72,249.50	-	2,184.60	-	-	-	-	70,064.80	-	2010		
UNRWA Clinics Out-Patient Care Centers	39,896.40	-	-	-	-	-	-	39,896.40	-	2009	عيادات خارجية تابعة للأونروا	
	48,844.80	-	-	-	-	-	-	48,844.80	-	2010		
-NPISH Clinics Out Patient Care Centers	10,780.30	-	-	-	-	-	-	10,780.30	-	2009	عيادات خارجية تابعة لمؤسسات غير هادفة للربح	
	4,503.10	-	-	-	-	-	-	4,503.10	-	2010		
Profit Private Clinics Out-Patient Care Centers	44,240.00	-	-	-	-	-	-	44,240.00	-	2009	عيادات خارجية خاصة	
	46,575.30	-	-	-	-	-	-	46,575.30	-	2010		
Medical and Diagnostics Laboratories	22,196.70	-	-	-	22,160.90	-	-	35.8	-	2009	مختبرات طبية	
	24,516.50	-	-	-	24,516.50	-	-	-	-	2010		
Other Providers of Ambulatory Health Care	3,140.50	-	-	-	3,140.50	-	-	-	-	2009	مراكز وخدمات الرعاية الأولية الأخرى	
	1,699.10	-	236.2	-	1,462.90	-	-	-	-	2010		
Retail Sales and Other Providers of Medical Goods	139,941.10	-	-	139,941.10	-	-	-	-	-	2009	بيع بالتجزئة وغيرها من مزودي السلع الطبية	
	175,533.70	-	-	175,533.70	-	-	-	-	-	2010		
Provision and Administration of Public Health Program	1,384.20	236.6	1,147.70	-	-	-	-	-	-	2009	إدارة برامج الصحة العامة	
	1,127.70	-	1,127.70	-	-	-	-	-	-	2010		
Government Administration of Health	139,648.30	93,359.90	46,288.30	-	-	-	-	-	-	2009	الإدارة الحكومية للأنشطة الصحية	
	148,016.00	94,816.70	53,199.30	-	-	-	-	-	-	2010		
Other Private Insurance	4,085.00	4,085.00	-	-	-	-	-	-	-	2009	أنشطة التأمين الخاص	
	13,197.10	13,197.10	-	-	-	-	-	-	-	2010		
Establishments as Providers of Occupational Health Care Services	26,634.30	-	21,172.50	5,461.90	-	-	-	-	-	2009	المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية المهنية	
	26,147.30	-	19,729.10	6,418.20	-	-	-	-	-	2010		
Rest of the World	43,338.30	44.7	873.5	-	-	-	-	-	42,420.10	2009	باقي العالم	
	40,201.80	35.5	693.8	-	-	-	-	-	39,472.50	2010		
Total	959,043.00	97,813.20	70,881.00	146,732.40	25,301.30	597.2	95,251.80	283,444.90	289,021.10	2009	المجموع	
	1,074,742.80	114,571.90	78,052.90	183,007.80	25,979.40	470.9	80,335.60	331,260.80	261,063.30	2010		

المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية 2012. (معالجة الباحث)

ملحق رقم (2) التوزيع النسبي للإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية\* مصنفة حسب مصادر التمويل ووظائف الرعاية الصحية لعامي 2009، 2010 بالأسعار الجارية: (بعد المعالجة)

Provider	الوظيفة الصحية										مصدر التمويل
	Function										
	المجموع	الإدارة الصحية والتأمين الصحي	الخدمات الوقائية والصحة العامة	الأدوية المعقمة لمرضى العيادات الخارجية	خدمات الرعاية الصحية المساندة	خدمات التمريض طويلة المدى	خدمات الرعاية التأهيلية	خدمات الرعاية العلاجية غير المصنفة	الخدمات العلاجية المعقمة لمرضى العيادات الخارجية	الخدمات العلاجية المعقمة للمرضى الداخليين	
Total	Health administration and health insurance	Prevention and Public health services	Medical goods dispensed -to out Patient	Ancillary services to health care	In-Patient long-term nursing care	Services of -rehabilitative care	Non class Services of curative care	Out-patient curative care	In-patient curative care	Year	
General Government	346,039.00	1730.7	47,526.00	-	-	-	-	74,098.80	222,683.80	2009	الحكومة العامة
	390,226.00	-	53,544.60	-	-	-	-	105,160.80	231,520.60	2010	
Private Insurance Enterprises	12,942.80	4,085.00	-	2,898.10	756.9	-	-	2,621.80	2,581.00	2009	شركات التأمين الخاصة
	26,022.60	13,197.10	-	4,688.80	1,212.60	-	-	2,897.90	4,026.30	2010	
Private Households Out-of-Pocket Expenditure	403,273.80	64,916.20	1,309.20	137,043.00	22,221.30	597.2	-	95,251.80	81,409.20	2009	الأسر المعيشية
	439,576.40	77,966.70	1,257.70	170,844.90	24,391.50	470.9	-	80,335.60	82,522.20	2010	
Non-Profit Insitutions Serving Households	167,981.40	27,036.60	75.9	-	2,323.10	-	-	125,315.30	13,230.50	2009	المؤسسات الغير هادفة للربح وتخدم الأسر المعيشية
	196,037.70	23,372.50	5,800.40	2,080.00	375.3	-	-	140,680.00	23,729.50	2010	
Rest of the World	28,806.00	44.7	21,970.00	6,791.30	-	-	-	-	-	2009	بقية العالم
	22,880.00	35.5	17,450.30	5,394.20	-	-	-	-	-	2010	
Total	959,043.00	97,813.20	70,881.00	146,732.40	25,301.30	597.2	-	95,251.80	283,444.90	2009	المجموع
	1,074,742.80	114,571.90	78,052.90	183,007.80	25,979.40	470.9	-	80,335.60	331,260.80	2010	

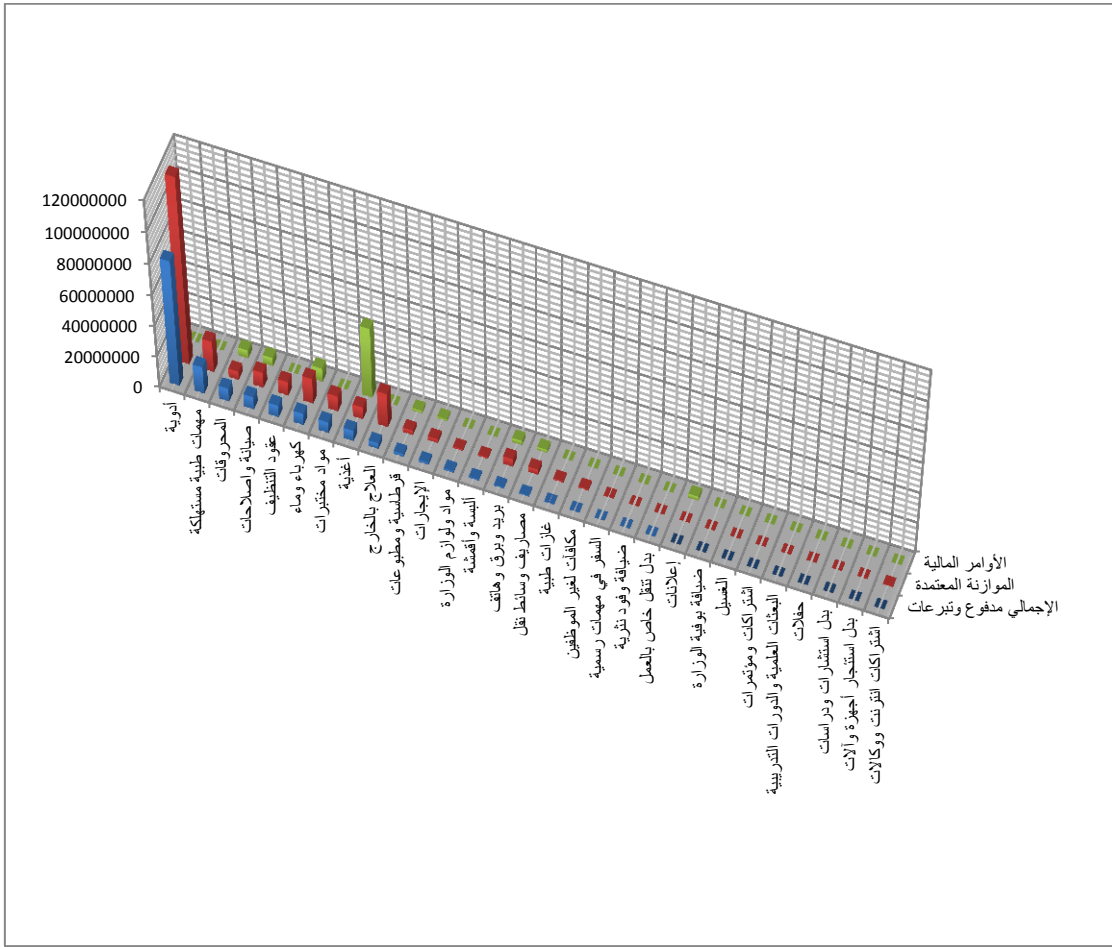
المصدر: وزارة الصحة، الحسابات الصحية الوطنية 2012. (معالجة الباحث)

ملحق رقم (3) توزيع إيرادات المستشفيات حسب الخدمة:

%	المجموع	متنوعة	تقارير	حوادث	أولية	مختبر	مقطعية	أشعة	زيارة ممرض	كشف طبيب	ولادة	دخول مستشفى	الخدمة
34.3	209526	68697	105389	277410	708504	340872	550398	91839	265138	507866	231830	61583	الشفاء
15.07	409932	37571	102660	60525	110684	207807	220430	153601	224504	220875	53650	17625	ناصر
4.85	428337	2376	45220	5115	30670	91576	0	75672	128573	38700	0	10435	التنجز
18.85	763938	770676	149290	64400	92357	66780	409300	67610	40641	69234	0	33650	الأوروبي
7.74	724411	0	0	69825	5905	35965	11036	73340	92982	292303	130980	12075	كمال عدوان
1.45	135750	270	4050	0	17813	10834	0	10438	11300	52405	28640	0	الهلال
8.43	789150	6905	52890	52950	27714	219506	0	154265	121094	109401	28650	15775	الأقصى
2.15	201418	2189	10660	2250	12443	43055	0	43275	43730	43816	0	0	بيت حانون
1.29	120512	6471	482	0	6231	24103	0	13538	50928	17259	0	1500	م. النصر
2.72	254655	130243	33090	300	30811	0	0	2136	10195	44480	0	3400	م. العيون
1.18	110755	8488	1320	0	8011	13138	0	8547	61391	9860	0	0	م. الدرة
2.19	204718	23220	2910	0	45778	28059	94539	10077	0	135	0	0	الرنيتيس
0.04	3778	0	0	0	3778	0	0	0	0	0	0	0	الطب النفسي
100	9356880	1057106	507961	532775	1100699	1081695	1285703	704338	1050476	1406334	473750	156043	المجموع
	100	11.3	5.43	5.69	11.76	11.56	13.74	7.53	11.23	15.03	5.06	1.67	%

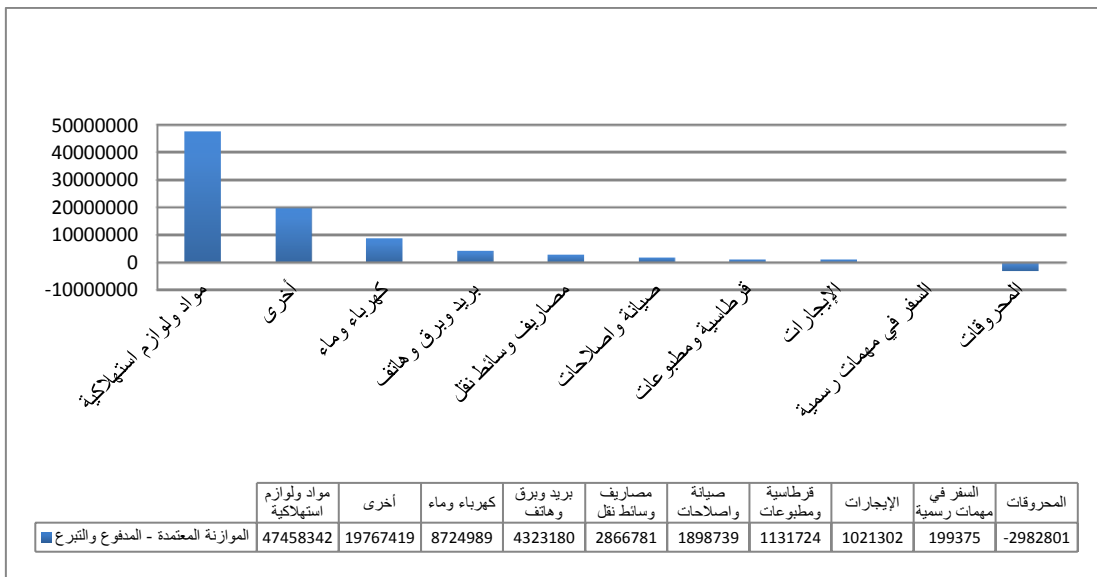
المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي 2013. (معالجة الباحث)

ملحق رقم (4) الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:



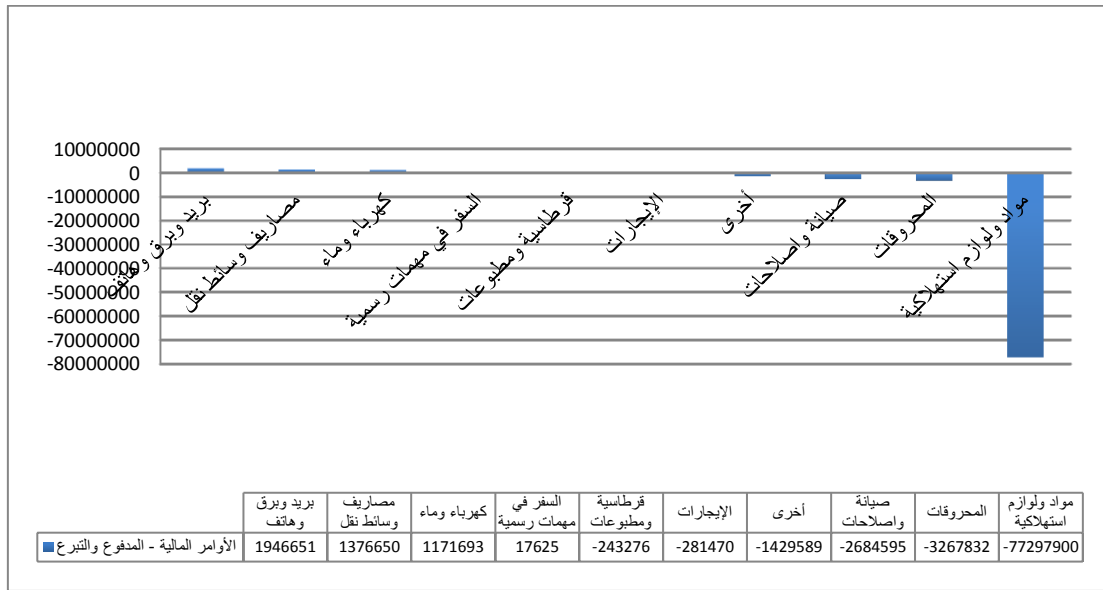
المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي 2013. (معالجة الباحث)

ملحق رقم (5) الفرق بين الموازنة المعتمدة وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:



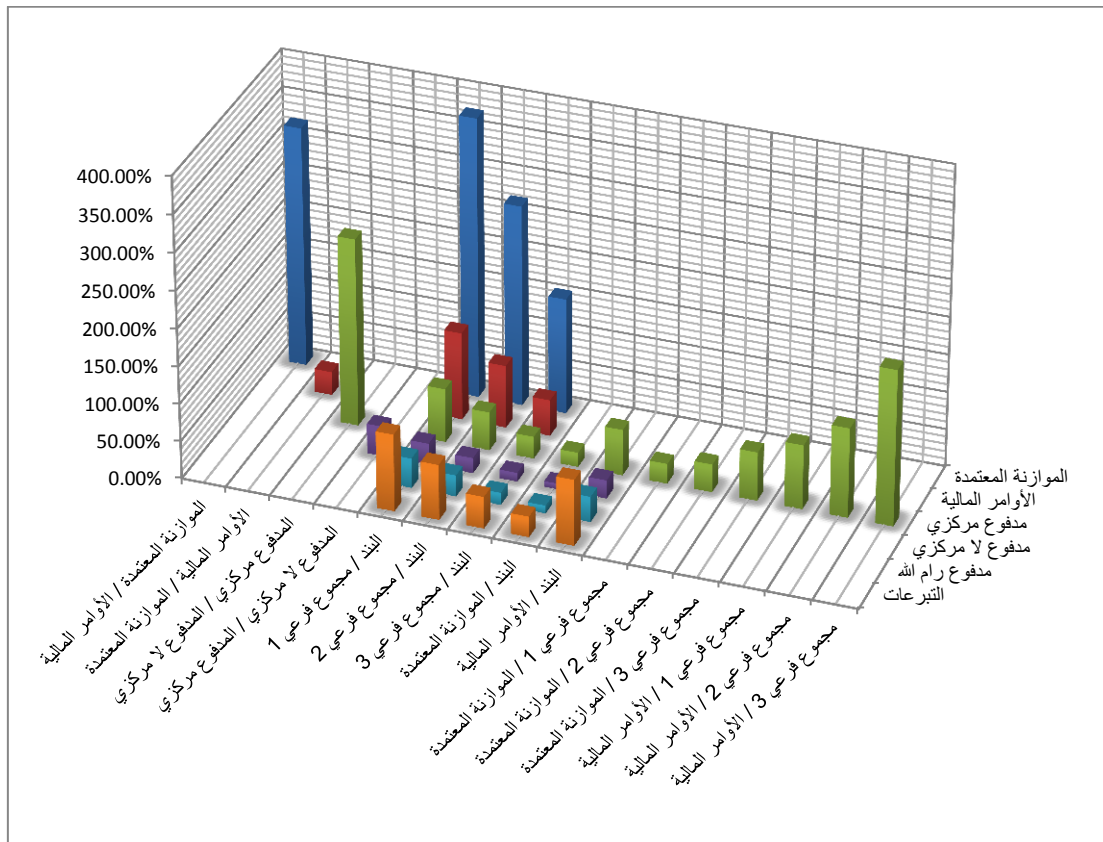
المصدر: إعداد الباحث

ملحق رقم (6) الفرق بين الأوامر المالية وبين المدفوعات - وزارة الصحة للعام 2013م:



المصدر: اعداد الباحث

ملحق رقم (7) النسب بين الموازنة المعتمدة والأوامر المالية والمدفوعات لوزارة الصحة للعام 2013م:



المصدر: إعداد الباحث

## ملحق رقم (8) توزيع الإيرادات على الخدمة المقدمة لكل مركز من مراكز وعيادات الرعاية الأولية عام 2013م:

تم إجراء معالجة على الجداول الأصلية من خلال برنامج إكسل لتقييم جوهريه القيم من خلال مساحة اللون في

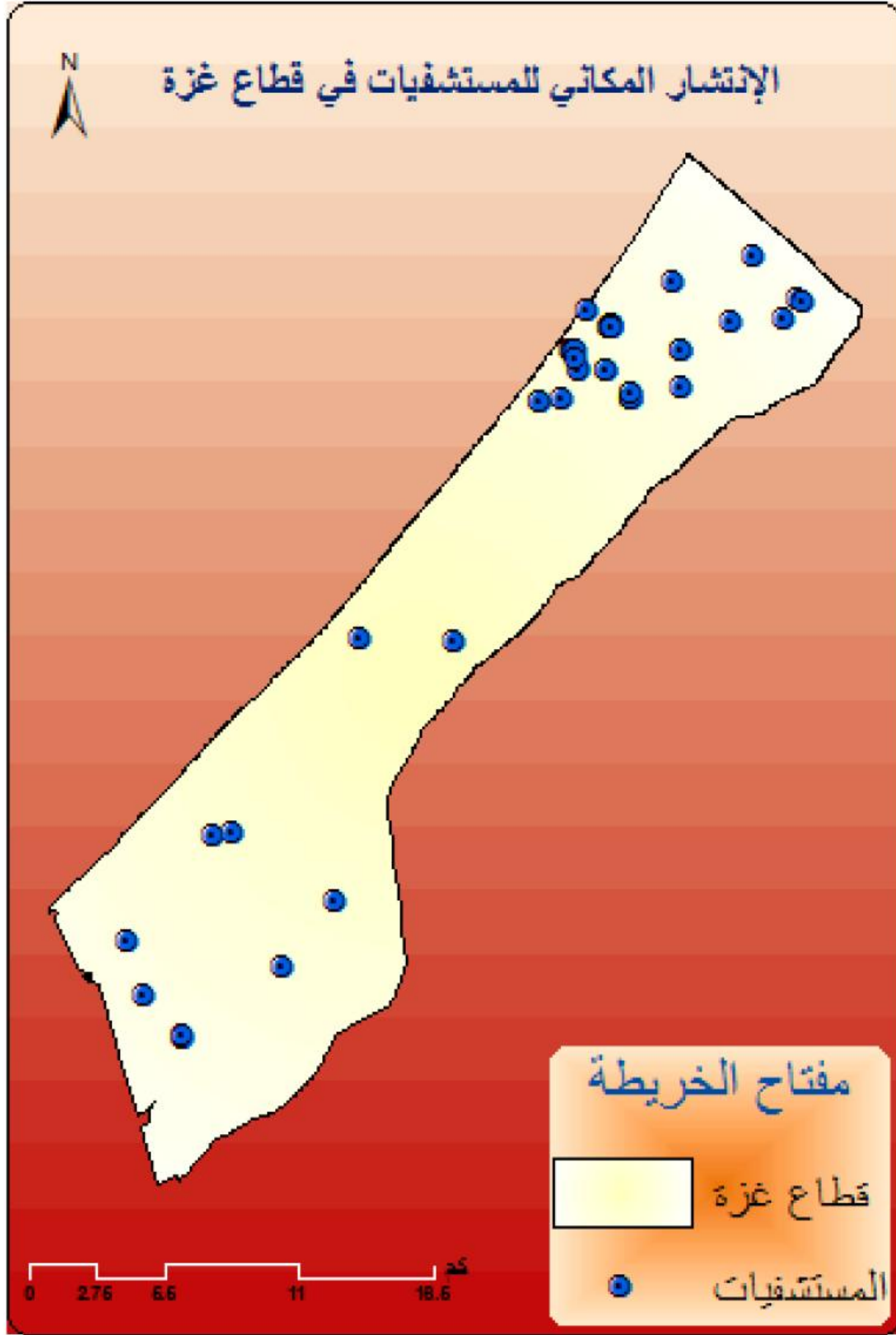
الخلفية والمظلل من الدائرة المجاورة لكل قيمة، ليظهر كما يلي:

العيادة	متفرقات	صحة عامة	كشف طبيب	زيارة مرضى	أسنان	أشعة	مختبرات	تطعيم الطفولة	فحص الترسبات	فحوص	تقارير طبية	شهادة تعليم	صرف دواء	رسم قلب	عزز من طبيب	تنظيم الأسرة	علاج طبيعي	جملة الإيرادات
شهداء جيباليا	0	0	60	0	13027	19492	5352	20631	0	436	570	0	236139	0	90	7431	5	303227
ابو شيكاف الطبي	0	0	10	0	15742	4703	2084	12211	0	108	168	0	156145	0	0	8267	0	196960
ش. بيت لاهيا الجديدة	0	0	619	0	8666	9975	2111	6817	0	388	0	0	108877	0	0	0	0	145082
شهداء بيت حانون	0	0	110	0	12360	13556	5990	8801	0	0	0	0	90853	0	0	0	0	98370
الخطاطرة السيفيا	0	0	0	0	6058	0	0	2049	0	0	0	0	59386	10710	0	0	0	73844
جيباليا المشروع	0	0	0	0	3148	0	0	0	0	0	0	0	62177	0	0	0	0	65290
بيت لاهيا المشروع	0	0	0	0	3113	0	0	0	0	0	0	0	25414	0	0	0	0	28162
عزبة بيت حانون	0	0	0	0	2748	0	0	0	0	0	0	0	896811	10710	738	932	0	1104411
المنطقة الشمالية	0	0	799	0	64856	47726	15537	50509	0	0	0	0	0	0	90	15698	5	0
العيادة	متفرقات	صحة عامة	كشف طبيب	زيارة مرضى	أسنان	أشعة	مختبرات	تطعيم الطفولة	فحص الترسبات	فحوص	تقارير طبية	شهادة تعليم	صرف دواء	رسم قلب	عزز من طبيب	تنظيم الأسرة	علاج طبيعي	جملة الإيرادات
الرمال	0	0	5952	0	51148	939	125836	570	0	2880	0	12120	431418	0	17527	0	0	649650
الصوراني	0	0	170	0	7620	13492	15062	0	0	0	2700	0	267226	0	0	29136	7420	342850
الشيخ رضوان	0	0	610	0	10441	38053	12306	0	0	930	0	0	260201	0	10	3139	0	326690
الرحمة	45	0	110	0	15301	30862	13819	0	205	0	0	0	262858	0	0	0	0	323000
الزيتون	0	0	0	0	9507	13680	11948	0	0	0	0	0	252678	0	0	6164	0	298566
ساحة الجرازين	0	11631	390	0	11701	18924	14481	0	0	570	0	0	206226	0	14343	0	0	288791
شهداء البرج	0	0	1235	0	8064	5266	8538	0	336	0	0	13350	141567	0	0	11233	0	259049
السلام	0	0	300	0	5057	0	0	0	0	0	0	0	138043	0	0	0	0	143400
الحرية	0	0	20	0	6062	9350	6198	0	0	30	0	0	116510	0	0	0	0	138170
الشاطن	0	0	10	0	2356	12321	3195	8070	108	426	150	0	105862	0	0	0	0	135214
العطاء	0	45	0	0	5775	11993	4827	0	0	0	0	0	80361	0	0	0	0	103001
الفلح	0	530	0	0	2220	6413	3339	0	0	0	0	0	69194	0	0	5844	0	87540
القبية	85	40	0	0	2748	0	0	0	10	0	0	0	65187	0	0	0	0	68070
المعاقين حركيا	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43620	0	0	0	0	43620
هالة الشوا	0	0	0	0	1549	0	0	0	0	0	0	0	21546	1959	0	0	0	25054
منطقة غزة	130	11631	4620	0	94353	225498	219649	8070	893	762	7260	25470	291439	10	1959	87386	7420	3231665
العيادة	متفرقات	صحة عامة	كشف طبيب	زيارة مرضى	أسنان	أشعة	مختبرات	تطعيم الطفولة	فحص الترسبات	فحوص	تقارير طبية	شهادة تعليم	صرف دواء	رسم قلب	عزز من طبيب	تنظيم الأسرة	علاج طبيعي	جملة الإيرادات
دير البلح	0	0	80	0	18887	19490	13244	0	0	126	4640	8460	244768	0	0	6957	4267	320782
النصيرات	0	0	420	0	7695	0	0	0	0	360	0	0	151105	0	0	0	0	158580
شهداء النصيرات	0	0	20	0	4777	13366	4646	0	174	0	0	0	61572	0	0	0	0	88026
الزوايدة	0	35	0	0	1422	8425	1910	0	0	0	0	0	75245	0	20	0	0	87077
البرج المركزية	0	230	0	0	9363	0	0	0	0	720	0	0	60742	0	0	0	0	71055
المغازي	0	50	0	0	3831	0	1524	144	0	1140	0	0	59558	0	0	0	0	86224
البرج الجديدة	0	60	0	0	3159	11142	1593	0	0	330	0	0	49071	0	20	0	0	65375
الزهراء	0	0	0	0	2695	5095	893	78	0	210	0	0	38618	0	0	0	0	47590
وادي السلقا	0	0	0	0	2410	0	3103	0	0	480	0	0	36873	0	0	0	0	42866
حكر الجامع	0	0	0	0	1777	0	0	0	0	30	0	0	35923	0	0	0	0	37730
الحواد	0	0	0	0	2823	0	539	0	0	0	0	0	29158	0	0	0	0	32515
المراقبة	0	30	0	0	1545	2000	325	0	0	30	0	0	23084	0	0	0	0	27014
النصيرات الغربية	0	10	0	0	6583	0	391	0	0	90	0	0	18898	0	0	0	0	25972
البركة	0	0	0	0	1545	0	0	0	0	0	0	0	24240	0	0	0	0	25785
المصدر	0	0	0	0	1226	0	782	0	0	0	0	0	23533	0	0	0	0	25541
حجر الديك	0	104	0	0	1128	0	0	0	0	125	0	0	15650	0	0	0	0	17007
المنطقة الوسطى	0	0	1039	0	68866	59518	28950	144	0	300	8155	8460	948011	20	6977	4267	0	1140139
العيادة	متفرقات	صحة عامة	كشف طبيب	زيارة مرضى	أسنان	أشعة	مختبرات	تطعيم الطفولة	فحص الترسبات	فحوص	تقارير طبية	شهادة تعليم	صرف دواء	رسم قلب	عزز من طبيب	تنظيم الأسرة	علاج طبيعي	جملة الإيرادات
ش. خان يونس	0	0	625	0	10972	19191	18502	0	186	450	3480	18480	324893	0	0	26938	2480	431961
القرارة	0	0	270	0	4697	11627	5195	0	0	30	0	0	13240	0	0	5805	0	160024
بني سهيلا	0	150	0	0	3612	9603	4194	627	51	60	0	0	117739	0	0	5241	0	142601
عيسان الكبيرة	0	26	0	0	4952	0	3939	0	34	0	192	0	98089	0	0	0	0	107282
عيسان الصغيرة	0	35	0	0	3374	0	1856	0	160	0	0	0	58875	0	0	0	0	64300
خزاعة	0	20	0	0	3868	0	1552	0	0	0	0	0	57193	0	0	0	0	62633
جورة الوت	0	208	0	0	7380	4020	2515	128	0	0	0	0	47645	0	0	0	0	61896
الزينة	0	0	0	0	1922	175	0	0	0	30	0	0	42528	0	0	0	0	44650
الفخاري	0	40	0	0	872	0	0	0	0	60	0	0	28888	0	0	0	0	29855
خالدبة الأغا	0	0	0	0	3292	0	0	0	0	0	0	0	26408	0	0	0	0	29700
منطقة خان يونس	0	0	1374	0	44941	44616	37753	627	559	450	3852	18480	934648	0	0	37984	2480	1134852
العيادة	متفرقات	صحة عامة	كشف طبيب	زيارة مرضى	أسنان	أشعة	مختبرات	تطعيم الطفولة	فحص الترسبات	فحوص	تقارير طبية	شهادة تعليم	صرف دواء	رسم قلب	عزز من طبيب	تنظيم الأسرة	علاج طبيعي	جملة الإيرادات
ش. رفح	0	0	1230	0	14931	22106	27286	0	0	408	3330	8490	341207	0	0	7855	0	433315
تل السلطان	905	0	0	0	13903	15055	7247	0	0	0	0	0	183705	0	0	1703	0	225320
الشوكة	0	0	0	0	4543	0	3780	0	0	160	0	0	57337	0	0	0	0	65880
الشابورة	0	30	0	0	1816	4812	1476	0	0	30	0	0	36719	0	0	0	0	44883
مواصي رفح	0	0	0	0	1324	0	0	0	0	0	0	0	19405	0	0	0	0	20729
المعاقين حركيا	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13719	0	0	0	0	13719
منطقة رفح	905	1260	0	0	36517	41973	39789	0	0	408	3520	8490	652152	0	0	9558	0	803846
المنطقة الوسطى	0	0	1039	0	68866	59518	28950	144	0	300	8155	8460	948011	20	6977	4267	0	1140139
منطقة خان يونس	0	0	1374	0	44941	44616	37753	627	559	450	3852	18480	934648	0	0	37984	2480	1134852
المنطقة الشمالية	0	0	799	0	64856	47726	15537	50509	0	0	0	0	0	0	90	15698	5	0
منطقة رفح	905	1260	0	0	36517	41973	39789	0	0	408	3520	8490	652152	0	0	9558	0	803846
اجمالي المناطق	1035	11631	9092	0	309533	419324	59526	8841	1452	2852	23525	71610	594958	120	1959	14172	157603	7414913

المصدر: وزارة الصحة، التقرير المالي 2013. (معالجة الباحث)

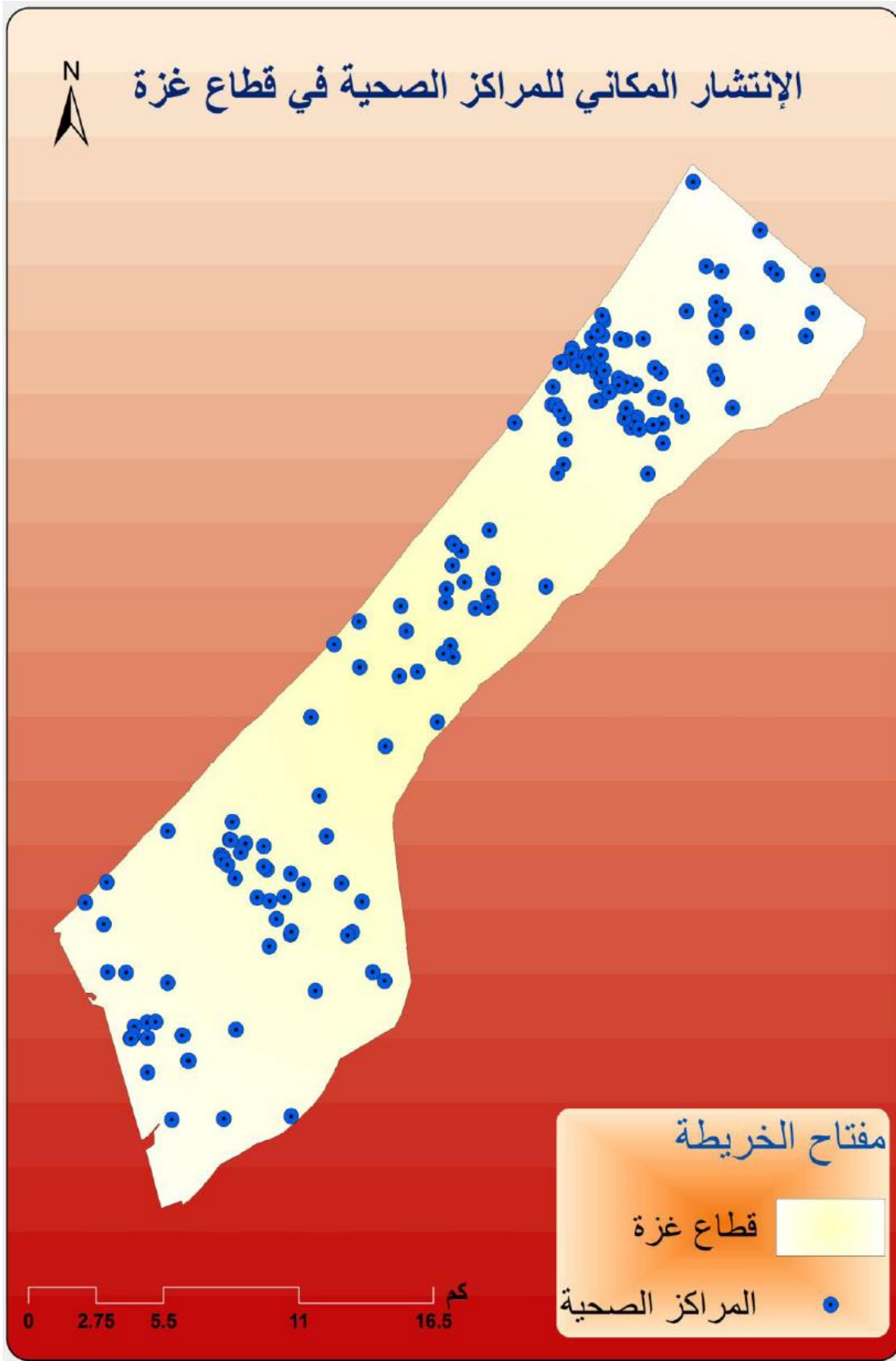


ملحق رقم (9) خارطة الانتشار المكاني للمستشفيات في قطاع غزة:



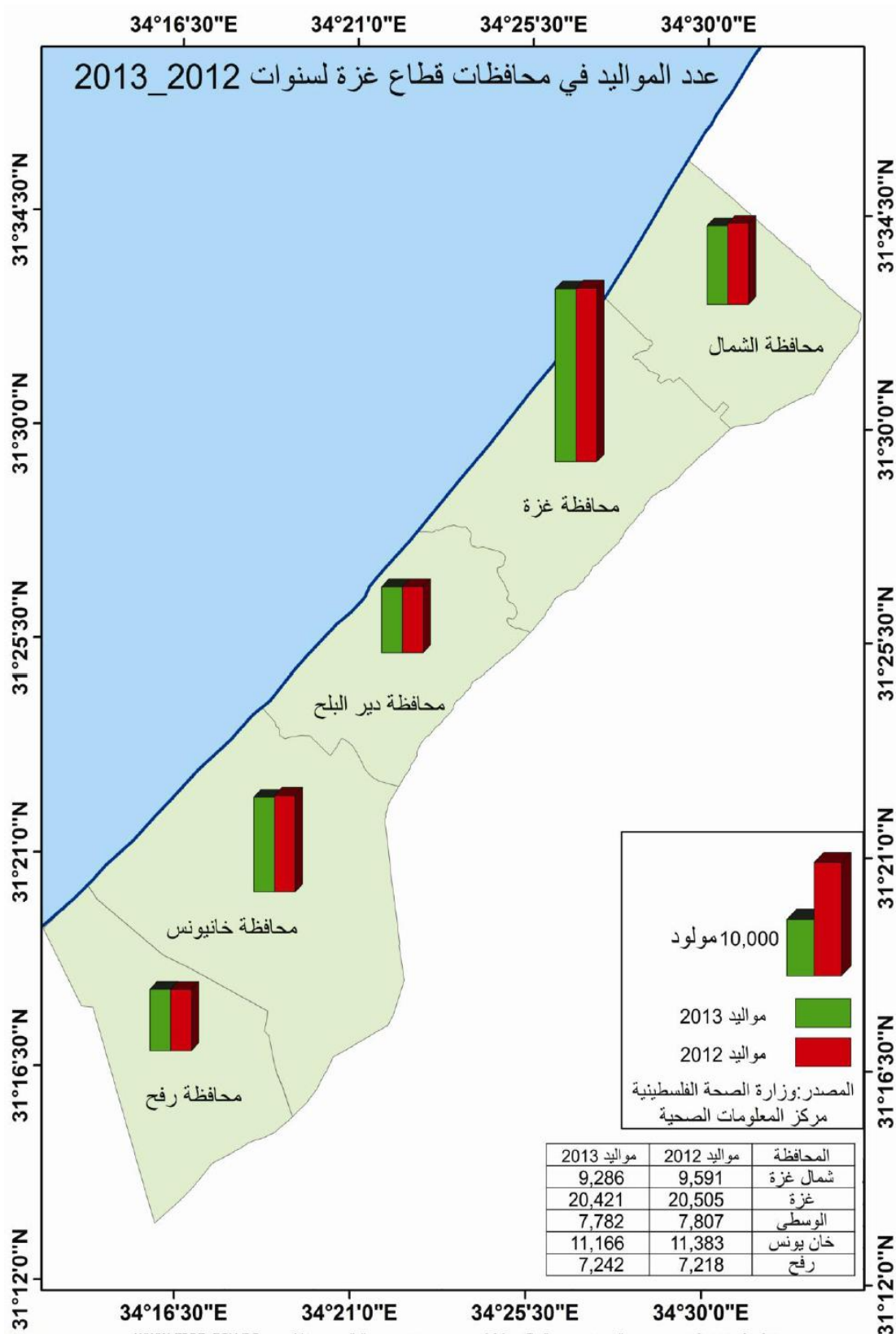
المصدر: وزارة الصحة، القوى العاملة في القطاع الصحي 2013.

ملحق رقم (10) خارطة الانتشار المكاني للمراكز الصحية في قطاع غزة:



المصدر: وزارة الصحة، القوى العاملة في القطاع الصحي 2013.

ملحق رقم (11) خارطة توزيع أعداد المواليد حسب المحافظة في قطاع غزة (2012-2013):



ملحق رقم (12) خارطة توزيع أعداد السكان حسب المحافظة في قطاع غزة 2013:

