



الإئتلاف من أجل النزاهة والمساءلة "أمان"

دراسة حول

"جسر الفجوات:

العلاقة بين الفساد وحقوق الانسان في الواقع الفلسطيني"
(حالة الحق في الصحة نموذجا)

2017



الإئتلاف من أجل النزاهة والمساءلة «أمان»

دراسة حول

جسر الفجوات:

العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان في الواقع الفلسطيني

(حالة الحق في الصحة نموذجاً)

يتقدم ائتلاف أمان بالشكر الجزيل
للدكتورة هديل قزاز لإعدادها هذه الدراسة
وللدكتور عزمي الشعبي على الإشراف العام على الدراسة

جميع الحقوق محفوظة للائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)
في حالة الاقتباس يرجى الإشارة إلى المطبوعة كالتالي: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان).
2017

جسر الفجوات: العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان في الواقع الفلسطيني»
(حالة الحق في الصحة نموذجاً). رام الله- فلسطين.

إن الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة "أمان" قد بذل جهوداً في التحقق من المعلومات الواردة
في الدراسة، ولا يتحمل أية مسؤولية تترتب على استخدام المعلومات لأغراض خارج سياق أهداف
الدراسة بعد نشرها

مقدمة

حقوق الإنسان مترابطة وغير قابلة للتجزئة، وفي الواقع الفلسطيني هناك الكثير من انتهاكات حقوق الإنسان منها ما يقوم به الاحتلال الإسرائيلي ومنها ما ينتج عن ممارسات أجهزة السلطة الفلسطينية أو أطراف أخرى. تزايد في الآونة الأخيرة الوعي بالعلاقة بين حقوق الإنسان والفساد، حيث أن الفساد هو أحد العوامل التي تتسبب بانتهاكات حقوق الإنسان المختلفة الفردية والجماعية، ولأنه يستهدف الموارد والإمكانيات المتاحة لإنفاذ حقوق الإنسان الأساسية مثل الحق في التنمية والحق في بيئة سليمة.¹ وفي بلد كفلسطين تعتمد اعتماداً كبيراً على المساعدات الخارجية وتسيطر إسرائيل على موارده المحلية، تكتسب الموارد أهمية خاصة لندرتها وعدم استدامتها، وارتباطها بمصالح وشروط سياسية.

تستخدم مؤسسات حقوق الإنسان نموذج (حماية واحترام والوفاء بالالتزام حول حقوق الإنسان) كأداة أساسية للرقابة والمساءلة والمحاسبة. بينما تستخدم مؤسسات تعزيز النزاهة ومحاربة الفساد نموذج نظام النزاهة الوطني والذي يعزز الوقاية من الفساد وفعالية كشفه ومنع مرتكبيه من الافلات من العقاب. ويمكن لغرض البحث استخدام أي من المدخلين لفحص العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد.

لغرض هذه الدراسة تم استخدام المدخل الحقوقي، أي استخدام مؤشرات حقوق الإنسان لفحص أسباب الفساد في التأثير على الحق وأشكال الفساد التي تظهر في مجال إنفاذ الحق ودور الأطراف العاملة في هذا القطاع في مكافحته، حيث تم استخدام مؤشرات الحق في الصحة لتقييم فرص الفساد وأشكاله ونتائجه في قطاع الصحة مع التركيز على وزارة الصحة كمزود رئيسي للخدمات الصحية وتحديدًا للفئات الفقيرة والمهمشة، علماً بأن استخدام نظام النزاهة الوطني يتطلب المزيد من البحث والتفاصيل.

1. عزمي الشعبي، مبادئ استرشادية في الدمج بين الدفاع عن حقوق الإنسان ومكافحة الفساد، 2017 - الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة «أمان»

أهداف الدراسة

- التعريف بعلاقة الفساد وتأثيره على التمتع بحقوق الإنسان بشكل عام وفي الحق في الصحة بشكل خاص.
- فحص وتقييم مدى مناعة وسلامة القطاع الصحي من خلال احترام قيم النزاهة ومبادئ الشفافية ونظم المساءلة وجهود مكافحة الفساد في هذا القطاع بشكل عام وفي مجال ادارة ملف الأدوية والأغذية وتحديد التحديات التي تواجه هذا القطاع في هذا المجال.
- تقديم توصيات للجهات المعنية (الرسمية والأهلية) ذات العلاقة بهدف تحسين قدرتها على الحد من الفساد في وتأثيره على حقوق الإنسان بشكل عام وعلى الحق في الصحة بشكل خاص.

تنظر هذه الدراسة تحديدا إلى شبهات أو فرص الفساد التي تؤدي إلى:

- انتهاك التزام السلطة في مجال حقوق الإنسان.
- إلحاق الضرر بحقوق الإنسان من خلال التمييز في الحصول على الخدمات العامة لصالح القادرين على التأثير في السلطة لجعلها تنصرف على نحو يحقق مصلحتهم الشخصية، بوسائل مختلفة.
- استنزاف الموارد المخصصة للتنمية.

الإدارة الفاسدة للموارد العامة تلحق الضرر بقدرة الحكومة على تقديم مجموعة من الخدمات، بما فيها الخدمات الصحية والتعليمية وخدمات الرعاية، الضرورية لإعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. كما أن تفشي الفساد يحدث تمييزاً في الحصول على الخدمات العامة لصالح القادرين على التأثير في السلطات لجعلها تنصرف على نحو يحقق مصلحتهم الشخصية، بوسائل من بينها تقديم الرشاوى.

كما تحاول الدراسة استخدام الحق في الصحة كنموذج لكيفية معالجة هذه العلاقة الجدلية، وتخفيف آثارها السلبية بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة. تستخدم الدراسة منهج التحقيق الاستقصائي، وتساهم في تحديد الفهم السائد حول المقاربة الحقوقية لقضايا الفساد، والتوعية بما بعد مرحلة نصوص القوانين ومعايير النزاهة ومدونات السلوك لتطرق باب روح القوانين والنصوص والفهم المجتمعي لها.

القسم الأول

العلاقة بين الفساد والتمتع بحقوق الإنسان

تتحدد معايير حقوق الإنسان ضمن سلسلة من الإعلانات والعهود والمواثيق والاتفاقيات الدولية² التي توافق عليها الدول، وتعلن التزامها وتعهداتها القانونية بهذه المعايير. بهذا الالتزام تتعهد الدول باحترام وحماية وإنفاذ حقوق الإنسان، وهذا الأمر يشمل المهام المناطة بالدولة نفسها لتزويد الخدمات التي تضمن الحقوق المحددة، بالإضافة لمسؤوليتها حول المساءلة والرقابة على جميع الأطراف الأخرى المزودة للسلع والخدمات، والتي تتقاطع مع عمل الدولة في إنفاذ حقوق الإنسان مثل القطاع الخاص والقطاع الأهلي، وضمان عدم حدوث أي تجاوزات تؤدي لانتهاك حقوق الإنسان. غني عن القول أن مناعة الدول ضد الفساد ووجود معايير المساءلة والشفافية المناسبة يؤدي إلى احترام حقوق الإنسان، وإن كان ليس كل انتهاك لحقوق الإنسان يدل على حالة فساد، إلا أن تراكم الحالات أي تحولها إلى نمط ممارس بشكل عام في مؤسسات الدولة يدل على نوعية الحوكمة السائدة، وبالتالي بروز طبقة متنفذة تمارس القمع والفساد، وتساهم في غياب الثقة بالمؤسسة الحاكمة، وغياب الأمن والأمان للمواطن، وهدر المال العام. يشير تقرير اللجنة الاستشارية التابعة لمجلس حقوق الإنسان المرحلي عن آثار الفساد السلبية على التمتع بحقوق الإنسان لأهمية دور الدولة/ الحكومة في حماية واحترام والوفاء بالالتزام حول حقوق الإنسان.

«أن الدولة هي المسؤولة عن أي انتهاك لحقوق الإنسان يترتب على سلوك أشخاص يتصرفون بصفتهم العامة. ناهيك عن أن الدولة يمكن أن تكون مسؤولة أيضاً عن انتهاكات حقوق الإنسان التي يتسبب فيها الفساد في القطاع الخاص. وواجب الدولة تجاه الحماية من انتهاكات حقوق الإنسان يلزمها بحماية الناس وعليه فإن ذلك يقتضي منها منع الغير من انتهاك حقوق الإنسان. وطبقاً لبعدها لحقوق الإنسان هذا، يجب على الدول أن تعمل على الوفاء بالتزاماتها في مجال حقوق الإنسان (لا أن تمتنع عن انتهاك حقوق الإنسان فحسب)»³.

2. يشكل الاعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهود الدولي للحقوق المدنية والسياسية والعهود الدولي للحقوق الاجتماعية والثقافية مظلة لهذه الحقوق جميعاً، كما أن معاهدات واتفاقيات أخرى تحدد مسؤوليات الدول تجاه فئات مجتمعية أو حقوق محددة مثل اتفاقية حقوق الطفل، أو اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وغيرها.

3. تقرير اللجنة الاستشارية التابعة لمجلس حقوق الإنسان المرحلي عن مسألة آثار الفساد السلبية على التمتع بحقوق الإنسان، 2014

إن حركة حقوق الإنسان حركة قوية وذات تاريخ طويل، ولها أدوات ومؤشرات ومؤسسات تتابع الانتهاكات وتتصدى لها، ولكنها أيضاً تعاني من «اختطاف» الخطاب، وغياب الثقة في قدرة مؤسسات الدولة والمؤسسات الإقليمية والدولية على إنفاذ حقوق الإنسان وتحديد تلك التي تتطلب برامج طويلة الأمد وخططاً تنموية وتتداخل فيها أطراف مختلفة، الأمر الذي ينطبق على مجمل الحقوق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، والحقوق الجماعية مثل الحق في التنمية. في نفس الوقت تزداد أهمية حركات محاربة الفساد وتبنى أدوات جديدة تربط الفساد بالخدمات الأساسية للإنسان ومحاربة الفقر. ومن هنا تأتي أهمية التقاطع بين حركة حقوق الإنسان وحركة تعزيز النزاهة ومحاربة الفساد وأهمية تبادل الخبرات في الأدوات التي تعمل بها كل مجموعة على حدة، حيث أن الهدف العام مشترك وهو ضمان حياة كريمة خالية من الفقر والعنف والتمييز للإنسان.

يساهم الفساد في دفع المواطنين على استخدام وسائل غير قانونية للحصول على الحقوق، فصعوبة أو تعقيدات الوصول إلى الحق في الصحة أو التعليم أو غيرها من حقوق الإنسان الأساسية وعدم توفرها بسهولة لعامة الناس يجبر المواطنين/ات على البحث عن بدائل غير مشروعة، الأمر الذي قد يدفع البعض لاستخدام الرشوة والواسطة وغيرها من الوسائل. كما يخلق الفساد فرصاً لتبادل المصالح بين أصحاب المراكز مما يضعف الالتزام بحقوق الإنسان، ويوفر إمكانيات الوصول للقادرين دون المهمشين، ويقوي ذوي المصالح لبناء طبقة ذات نفوذ تتحكم في المصادر والوسائل دون اعتبار لحقوق أي أطراف أخرى في المجتمع⁴. هذا الأمر يؤدي إلى حرمان الأطراف المهمشة وتحديد ذوي الاحتياجات الخاصة من معاقين ومسنين والنساء والأطفال في المجتمع من الوصول لحقوقهم، ويساهم في زعزعة الثقة في أي إجراءات إصلاح، أو محاولات لإنفاذ الحقوق، أو محاربة الفساد. كما أن حرمان الفئات المهمشة يساهم في مضاعفة الآثار السلبية لكل من انتهاكات حقوق الإنسان والفساد.⁵

في نفس الوقت من الممكن أن يستخدم مسؤولي بعض الدول بما فيها فلسطين وسائل محاربة الفساد لممارسة قمع السلطة ضد أعدائها في انتهاك صارخ لحقوق الإنسان المدنية والسياسية، ويستخدم الإتهام بالفساد وآليات مكافحة الفساد لتصفية الحسابات السياسية والانتقام من الخصوم السياسيين، وتنتهك حقوق الإنسان المدنية والسياسية عندما يتعرض المتهمون بالفساد للتعذيب، أو التعسف في القرارات، أو انتهاك الحق في الخصوصية، أو التغاضي عن الحق في محاكمة عادلة⁶. كما أن لقاء تهم الفساد جزافاً وعدم متابعة الشكاوى بطريقة ممنهجة يزيد انطباعات انتشار الفساد، ويوفر حصانة لمنتهكي حقوق الإنسان للإفلات من العقاب.

4 دعنا (2015) <https://al-shabaka.org/briefs/corruption-in-palestine>

5 تقرير اللجنة الاستشارية التابعة لمجلس حقوق الإنسان المرحلي عن مسألة آثار الفساد السلبية على التمتع بحقوق الإنسان، 2014

6 عزمي الشعبي، مبادئ استرشادية في الدمج بين الدفاع عن حقوق الإنسان ومكافحة الفساد، 2017 - الائتلاف من أجل النزاهة

والمساءلة «أمان»

العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد وثيقة في اتجاهين رئيسيين:

- أولاً بين إنفاذ حقوق الإنسان وانتشار الفساد
- ثانياً بين احترام حقوق الإنسان ومكافحة الفساد

هناك العديد من القضايا التي يوجد فيها علاقة مباشرة بين انتهاك حقوق الإنسان والفساد مثل الحق في التعليم، الحق في الحصول على المعلومات، والحق في محاكمة عادلة، وغيرها من الحقوق⁷، الأمر الذي يتطلب دراسات متخصصة لكل منها وهذه الدراسة متخصصة في التركيز على الحق في الصحة، لأهميته وملامسته للعديد من القضايا اليومية للناس من الميلاد وحتى الوفاة. فعلى الرغم من أن الصحة حق إلا أن ملايين البشر ما زالوا بعيدين عن التمتع بهذا الحق. في تقرير للبنك الدولي للعام 2017 أفاد بأن 100 مليون إنسان حول العالم تعرضوا لصعوبات مالية شديدة، ووقعوا في الفقر أثناء محاولتهم الحصول على الرعاية الصحية، التي مازالت باهظة الثمن وغير متاحة في الكثير من دول العالم.⁸

حقوق الإنسان والحق في الصحة والحق في الغذاء والدواء:

يشكل الفساد واحداً من التحديات والعراقيل التي تحد من التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه فالفساد، يحرم كثيراً من المواطنين من النفاذ الميسر والسهل للرعاية الصحية⁹، الفساد في القطاع الصحي يحرم المواطنين بشكل عام والمهمشين بشكل خاص من سهولة النفاذ للرعاية الصحية، وليس هناك مواطن محصن من أن يكون ضحية لهذا النوع من الفساد، إلا أن الفقراء أكثر تأثراً بفساد القطاع الصحي كونهم يعتمدون مباشرة على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام، وهم غير قادرين على شراء خدمات صحية من القطاع الخاص.

المؤشرات الأساسية للتحقق في الصحة وعلاقتها بفرص الفساد¹⁰:

نقدم هنا مقترحا نظرياً لكيفية رصد العلاقة بين الحق في الصحة وفرص الفساد من خلال مجموعة أساسية من المؤشرات المتعارف عليها دولياً للتحقق في الصحة حسب الجدول التالي. سوف يستخدم هذه الإطار لفحص معايير النزاهة والشفافية والمحاسبة في الحق في الصحة.

7 قامت الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان بالتعاون مع هيئة مكافحة الفساد بإصدار دراسة حول العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد عام 2016

8 <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>

9 د. عزمي الشعيبي، دليل حقوق الإنسان والفساد..

10 <http://www.ohchr.org/AR/Issues/ESCR/Pages/Health.aspx>

نطاق المؤشر	مؤشر الحق في الصحة
يجب أن تتوافر مرافق وسلع وخدمات الصحة العامة، والرعاية الصحية الفعالة، بمقادير كافية داخل الدولة.	التوافر
يجب أن تتاح إمكانية الوصول مادياً إلى المرافق والسلع والخدمات (يمكن لجميع قطاعات السكان بمن فيهم الأطفال والمراهقون والمسنون والأشخاص ذوو الإعاقة وغيرهم من الفئات الضعيفة) أن تصل إليها بشكل آمن، وكذلك إمكانية الوصول إليها مالياً وعلى أساس عدم التمييز. وتنطوي إمكانية الوصول أيضاً على الحق في الوصول إلى المعلومات المتعلقة بالصحة وتلقيها ونقلها (للجميع، بمن فيهم الأشخاص ذوو الإعاقة)، مع الحفاظ على السرية للبيانات الصحية الشخصية.	إمكانية الوصول
ينبغي أيضاً أن تحترم المرافق والسلع والخدمات الأخلاقيات الطبية، وأن تراعي الفوارق بين الجنسين، وأن تكون ملائمة ثقافياً. وأن تكون مقبولة طبيياً وثقافياً.	المقبولية
يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات ملائمة علمياً وطبيياً، وجيدة النوعية. ويتطلب هذا، على وجه الخصوص، وجود مهنيين صحيين مدربين، وعقاقير ومعدات مستشفيات معتمدة علمياً وغير منتهية الصلاحية، وإصحاح مناسب، ومياه شرب مأمونة.	النوعية الجيدة
يجب أن تتاح للجميع إمكانية الوصول إلى الخدمات والمرافق والسلع الصحية دون تمييز لأي سبب من الأسباب.	عدم التمييز
ينبغي أن يكون للمنتفعين بالخدمات والمرافق والسلع الصحية رأي في تصميم وتنفيذ السياسات الصحية التي تؤثر عليهم.	المشاركة
ينبغي اعتبار الجهات التي تقع على كاهلها الواجبات في هذا الصدد مسؤولة عن الوفاء بالالتزامات المتعلقة بحقوق الإنسان في مجال الصحة العامة، عن طريق إمكانية التماس سبل انصاف فعّالة فيما يتعلق بانتهاكات مثل رفض توفير العلاج.	المساءلة
الحق في الصحة لا يشمل الرعاية الصحية فحسب، بل يشمل أيضاً المقومات الأساسية للصحة مثل الإصحاح المناسب ومياه الشرب المأمونة والسكن اللائق.	المقومات الأساسية

الإطار القانوني والتشريعي للحق في الصحة :

لا يوجد اتفاق على تعريف الحق في الصحة لسببين أولهما عدم وجود اتفاق على تعريف الصحة، وهل هي الوقاية من المرض أو توفير سبل العلاج منه، إضافة إلى عدم إمكانية تحديد الحد الأدنى من الحق في الصحة، ومن هم المزودين الأساسيين للصحة الذين يمكن مساءلتهم ومحاسبتهم؟ وعادة ما يتم الاتفاق على هذه الأمور وطنياً، وإن كانت المعايير الدولية لحقوق الإنسان تشكل الإطار العام للحقوق.

دولياً: عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها «حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز». أما الحق في الصحة فتم التأكيد عليه في مجموعة واسعة من المعاهدات والاتفاقيات الدولية منها على سبيل المثال لا الحصر العهد الدولي للحقوق الإجتماعية والثقافية والسياسية، واتفاقية حقوق الطفل، واتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة، والعهد الخاص بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها.

تنص المادة رقم 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على:

1. تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.
2. تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل: (أ) العمل على خفض معدل وفيات المواليد والرضع وتأمين نمو الطفل نمواً صحيحاً، (ب) تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، (ج) الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها، (د) تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.»

ومن ثم على الدول الموقعة على هذه المعاهدات إلتزامات أساسية منها:

1. تقع على الدول مسؤولية ضمان تمتع مواطنيها بالحق في مستوى مناسب من الصحة. وفيما لو كانت دولة ما غير قادرة على كفالة ذلك فإن على المجتمع الدولي أن يقدم المساعدات اللازمة ويتحمل مسؤوليته بهذا الخصوص.
2. تقع على الدول مسؤولية ضمان ألا يحرم أي من مواطنيها من التمتع بالحق في الصحة نتيجة لتصرفات الدولة نفسها.

3. على الدول كفالة التمتع بالحق في الصحة لكافة مواطنيها بغض النظر عن العرق، أو اللون، أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي سياسياً أو غير سياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي، أو الثروة، أو النسب، أو غير ذلك من الأسباب¹¹.

وحديثاً تناولت أهداف التنمية المُستدامة موضوع الحق في الصحة في عدة مجالات من أهداف التنمية الـ 17 وخصصت الهدف الثالث SDG3 للتركيز على أهمية ضمان حياة صحية، ودعم الرفاه الصحي في كافة الأعمار، وركز الهدف الثالث على أهمية التغطية الصحية الشاملة بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية (امكانية الوقوع في الفقر بسبب تكاليف الصحة)، والحصول على خدمات الصحة الأولية الأساسية، والحصول على خدمات صحية آمنة وفعّالة وفي متناول الجميع مع ضمان قائمة من الأدوية الأساسية والتطعيمات التي يستطيع الجميع الحصول عليها دون مقابل، كأمر أساسي للوصول لأهداف التنمية المُستدامة الأخرى¹².

الإطار القانوني للصحة في فلسطين؛

نصت وثيقة إعلان الاستقلال الفلسطيني عام 1988 على التزام دولة فلسطين بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان، ولاحقاً إنضمت دولة فلسطين للعديد من المواثيق والمعاهدات والإتفاقيات الدولية وباتت طرفاً فيها، ومؤخراً صدر قرار من المحكمة الدستورية يقضي بسمو المعاهدات الدولية على القوانين الوطنية، وهو ما يعني إمكانية التقاضي بموجبها إذا ما وقع إنتهاك أو تقصير في أي من حقوق الإنسان بما في ذلك الحق في الصحة. وزارة الصحة الفلسطينية اعتمدت مفهوم منظمة الصحة العالمية، والعهد الدولي لحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وتعمل على تطوير الرعاية الصحية الأولية، وضمان وصول الناس لها.

ينظم الواقع الصحي من خلال قانون الصحة الفلسطيني رقم 20 لعام 2004 ويعتبر الحد الأدنى المتفق عليه فلسطينياً للحق في الصحة، وتعتبر وزارة الصحة المزود الرئيسي للخدمات الصحية¹³، وتحديدًا للفقراء والمهمشين، الذين لا يوجد لهم سبيل آخر، وفي نفس الوقت للوزارة دور الرقابة على القطاع الصحي في فلسطين، حيث يمنحها القانون دور الرقابة والمتابعة وضمان الحد الأدنى من الخدمات. وتتمثل أدوار الوزارة في:

11 جامعة مينسوتا- مكتبة حقوق الإنسان دليل دراسي: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

12 <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>

13 هذا الأمر مثار جدل في الواقع الفلسطيني وسوف يتم الإشارة له لاحقاً، حيث أن كون الوزارة المزود الرئيسي يمكنها من بلوغ الحد المطلوب من الجودة والتنوع، ويضعف الدور التاريخي لمؤسسات العمل الأهلي الصحية، والقطاع الخاص الناشئ.

<p>تزويد الخدمات الصحية وعدم القيام بأنشطة تضر أو تقلل من إمكانية التمتع بالحق في الصحة. ينص قانون الصحة العامة على أنه من أدوار وزارة الصحة «تقديم الخدمات الصحية الحكومية الوقائية والتشخيصية والعلاجية والتأهيلية، وإنشاء المؤسسات الصحية اللازمة لذلك.»</p>	<p>الالتزام بالاحترام</p>
<p>من أطراف ثلاثة تؤثر في الحق مثل الشركات الخاصة والمؤسسات الأهلية والخاصة التي تقوم بتقديم خدمات الصحة بما في ذلك شركات الأدوية والمختبرات والعيادات والمؤسسات الأهلية ينص قانون الصحة العامة على أنه من أدوار وزارة الصحة «ترخيص المؤسسات الصحية غير الحكومية ومراقبتها.»</p>	<p>الالتزام بالحماية</p>
<p>الإطار التشريعي والقانوني اللازم لضمان الرقابة الدورية والسليمة على جميع مكونات القطاع الصحي.</p>	<p>الالتزام بالإنفاذ والتحقق</p>

وقد أوضح قانون الصحة العامة الحقوق الأساسية للمرضى التي يكفلها وهي:

لكل مريض في المؤسسة الصحية الحق في:

1. الحصول على الرعاية الفورية في الحالات الطارئة.
2. تلقي شرح واضح للعلاج المقترح، وله الموافقة على تعاطي ذلك العلاج أو رفضه.
3. الموافقة على أو رفض المشاركة في الأبحاث أو التدريبات التي تجرى في المؤسسة الصحية.
4. احترام خصوصيته وكرامته ومعتقداته الدينية والثقافية.
5. تقديم الشكاوى ضد المؤسسة الصحية أو أحد العاملين فيها.¹⁴

القسم الثاني

أثر الفساد على التمتع بالحق في الصحة في فلسطين

تشير دراسات دولية متعددة إلى مواطن الفساد المحتملة في العمليات التي تنظم القطاع الصحي ومنها:

1. إدارة الخدمات من قبل أشخاص غير محصنين ضد الوساطة والمحسوبية وتضارب المصالح
 2. ادارة الموارد البشرية من حيث تعيين أشخاص ذوي كفاءة، وتقييم أداءهم ومحاسبتهم على الأخطاء
 3. اختيار الأدوية الأساسية (سلة الأدوية) ونوعيتها والشركات التي تزودها وتعرضها للرشوة واستغلال الموقع العام
 4. عمليات شراء الأدوية والأجهزة الطبية من خلال أنظمة العطاءات والمشتريات وما يمكن أن يصاحب هذه العمليات من غياب الشفافية والرقابة والتعرض لأنواع مختلفة من الرشوى
 5. عمليات تنظيم القطاع الصحي بما في ذلك اختيار مناوبات العمل وآليات التحويل للعلاج في الخارج
 6. تحديد الموازنات وأسعار الخدمات والتأمين الصحي ومن حقه تلقي الخدمات وبأي أسعار.
- هذه الاشكاليات تتسبب بتقليل المصادر المتاحة لعمل وتطوير القطاع الصحي، وتخفيض الجودة وتقلل من العدالة والكفاءة وتزيد من المصاريف وتخفف حجم وفعالية الخدمات المتاحة للمواطنين/ات.

مزودي الخدمات الصحية في الواقع الفلسطيني

- **وزارة الصحة الفلسطينية** هي المزود الرئيسي للخدمات الصحية، وتغطي خدماتها جميع الخدمات الصحية الأولية والثانوية والاضافية، بالإضافة للغذاء والدواء والرقابة على المؤسسات الأهلية والحكومية مما يجعلها عرضة للانتقاد بسبب الامتداد الأفقي الواسع الذي يأتي على حساب الجودة والتنوعية.
- **وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين** وهي المقدم الثاني للخدمات في فلسطين

وتتشارك مع مقدمي خدمات أخرى من أجل تقديم خدمات صحية للاجئين، والوكالة تتبنى إستراتيجيات إصلاح مبنية على النهج المبني على صحة العائلة الذي يعتمد على الفرد كنموذج جديد، وتركز على خدمات الصحة الأولية والوقائية، مما يعني أن غالبية المرضى من اللاجئين يضطرون لاستخدام المرافق الصحية الحكومية عندما يحتاجون إلى مستشفيات، أو خدمات صحية متطورة. يكتسب دور وكالة الغوث أهمية خاصة في قطاع غزة حيث تعتبر مزوداً رئيسياً للخدمات الصحية في القطاع الذي يشكل به نسبة اللاجئين الأغلبية من سكان القطاع.

● **المؤسسات الأهلية الفلسطينية** لعبت دوراً أساسياً في تقديم الخدمات الصحية للمناطق الريفية والنائية، وزودت المجتمع بالعديد من الخدمات التي لم يقدمها الاحتلال الإسرائيلي قبل وجود السلطة الفلسطينية. يمكن للمؤسسات الأهلية إذا تم دعمها من وزارة الصحة عن طريق شراء ودعم خدماتها أن تقوم بتحسين ملموس في الحق في الصحة.

● **القطاع الخاص الفلسطيني**: يلعب دوراً هاماً وحيوياً في تقديم خدمات صحية نوعية، وتقوم وزارة الصحة بشراء العديد من هذه الخدمات ولكنها أيضاً تشكل منافساً قوياً للقطاع الخاص، مما يضعف من دوره من جانب، ويزيد من فرص الفساد من جانب آخر.

مناعة نظام النزاهة في إدارة القطاع الصحي الفلسطيني

في تقريرها الصحي السنوي أشادت وزارة الصحة الفلسطينية¹⁵ بالتحسن الملموس على مؤشرات نجاح القطاع الصحي الفلسطيني من خلال تقليل معدلات وفيات المواليد والأمهات والأطفال دون سن الخمس سنوات.

وعلى الرغم من ذلك فالعديد من المواطنين والمواطنات يشعرون بعدم الرضا من أداء الجهاز الصحي، ويسود الشعور بأن هناك الكثير من فرص الفساد والمحاباة والمحسوبية. فالجهاز الصحي ورغم أنه يشكل نسبة مقبولة دولياً من الانفاق الحكومي هو جهاز مثقل بالاحتياجات والشكوى والشكوك. وأشارت بعض الدراسات إلى أن نسبة إنفاق الدول المتقدمة على الصحة تصل إلى 7% من موازنتها العامة، بينما لا تنفق الدول النامية أكثر من 4.2%. في المقابل تنفق السلطة الفلسطينية ما بين 10% - 11% من الموازنة العامة على قطاع الصحة¹⁶، أي ما يعادل إنفاق الدول المتقدمة على نوعية خدمات تتشابه مع الدول النامية.

15 التقرير الصحي السنوي، فلسطين 2016

16 Peters, 2015

في استطلاع رأي أجراه الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة «أمان» عام 2016 جاءت وزارة الصحة في المرتبة الثانية من حيث أكثر الوزارات عرضة للفساد بنسبة 14% (17% في الضفة الغربية و9% في قطاع غزة) تراجع هذا الرأي في استطلاع 2017 رغم بقاء وزارة الصحة في المرتبة الثانية حسب رأي 19% من المبحوثين (21% في الضفة الغربية، 15% في قطاع غزة)، التغير الأكبر كان على رأي مواطني غزة في وزارة الصحة، في كونها أكثر تعرضا للفساد فمن 9% في عام 2016 ارتفع عدد من اعتبروها الأكثر تعرضا للفساد في عام 2017 إلى 15% .

أنماط من الواقع تظهر العلاقة بين أشكال الفساد وأثرها على الحق في الصحة :

- انتهاك الحق في الصحة وسوء استخدام الجهاز الصحي أحيانا يؤدي إلى انتهاك حقوق أخرى فمثلا الحصول على تقارير طبية مخالفة للواقع بهدف الحصول على رخصة قيادة مركبة يضع المواطنين في خطر وينتهك الحق في السلامة على الطرق.
- الحصول على تقرير طبي مزيف بهدف الحصول على إجازة من العمل الأمر الذي يضر بالمصلحة العامة.
- الموافقة على شراء أدوات أو مستلزمات أو أدوية غير ضرورية أو ذات أنواع خاصة من شركات معينة مقابل عمولة يحصل عليها الموظف المسؤول أو الطبيب المعالج الذي يطلب وصفة طبية معينة للترويج لشركة ما بهدف مكاسب شخصية.
- إعفاءات مالية أو تمكين بعض المرضى المتنفذين من الحصول على خدمات صحية، ليس من حقهم الانتفاع بها.
- التحويلات الطبية إلى الخارج، وعدم إتاحة نفس الفرص إلى جميع المرضى في هذه التحويلات ووجود تمييز وواسطة ومحاباة فيها.

كل هذه الانتهاكات تؤدي لإشكالات عامة تضعف منظومة حقوق الإنسان وتزيد من فرص الفساد، وغياب الثقة في النظام الصحي بشكل خاص، والسلطة بشكل عام.

في هذا الجزء يتم التركيز على أثر الفساد على الجوانب الأساسية للحق بالصحة والتي تشمل: (التوافر، إمكانية الوصول -بأبعادها الأربعة- عدم التمييز، إمكانية الوصول المادي، إمكانية الاقتصادية للوصول، إمكانية الحصول على المعلومات) والمقبولية، الجودة. إلى جانب الالتزام بالمستوى الأساسي الأدنى من ذلك الحق. والذي يشمل عناصر أساسية منها:

- الرعاية الصحية الأولية الأساسية.
- القدر الأدنى من الأغذية الأساسية والأطعمة المغذية.
- وسائل الإصحاح.
- المياه النقية والصالحة للشرب.
- الأدوية الأساسية.

منظومة النزاهة ومكافحة الفساد في القطاع الصحي

أولاً: نظام التأمين الصحي:

الفاعلية في إدارة المال العام المتعلق بالنظام الصحي، العدالة والمساواة، وأثره على الفئات المهمشة.

هناك العديد من القضايا المتشابهة التي تمس الحق في الصحة ومنها التأمين الصحي الحكومي، شراء الخدمات الصحية أو ما يعرف بالعلاج في الخارج (شراء الخدمة من الخارج)، والدواء والغذاء، وجميعها قضايا أساسية لضمان الحق في الصحة، وتحديدًا للفئات الفقيرة والمهمشة التي لا تستطيع شراء خدمات خاصة ذات أسعار باهظة. تركز هذه الدراسة على دور وزارة الصحة كمزود للخدمة في بعض المجالات، ولا تتطرق كثيرا لدورها في مراقبة ومساءلة مزودي الخدمة الآخرين علما بأن هذا الأمر يتطلب أبحاثا إضافية. وفي دول متعددة حول العالم تكمن فرص الفساد في التأمين الصحي في عدة مظاهر منها المبالغة في العلاج الطبي، تزوير الفواتير الطبية، وتحويل التمويل لأغراض المنفعة الذاتية¹⁷.

واقع التأمين الصحي في فلسطين

يوجد العديد من مزودي التأمين الصحي من شركات خاصة ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين الأتروا بالإضافة للتأمين الصحي الحكومي. سوف نتناول في هذه الدراسة التأمين الحكومي فقط حسب مؤشرات الحق في الصحة المذكورة سابقا. تشير وزارة الصحة على موقعها أنها قد أولت اهتماما كبيرا لبناء نظام التأمين الصحي الحكومي الفلسطيني، 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. ¹⁸ « هنا ينبغي الإشارة إلى أن الإدارة العامة للتأمين الصحي في الهيكلية تحتوي على قسمين من التأمين الصحي ما زالوا حتى الآن تحت إدارة واحدة ولكنهما منفصلان إداريا وماليا. القسم الأول هو إدارة التأمين الصحي، وتنظيم الاشتراكات، وإصدار البطاقات وهو الأمر الذي سيتم تناوله هنا. القسم الثاني هو شراء الخدمة أو التحويل للخارج وسوف يتم الإشارة له لاحقا.

تؤكد وزارة الصحة الفلسطينية على موقعها الرسمي على أنها تزود المجتمع الفلسطيني بتأمين شامل، يشمل كافة الخدمات الصحية، ويقدم الخدمات الصحية المتاحة لكل مواطن، ومستدام،

Vian, 2008 17

<http://www.moh.ps/Index/Circle/CircleId/19/Language/ar>

18

ويحافظ على مبدأ تقديم خدمات ذات نوعية جيدة، ويوفر الخدمات الصحية بشكل عادل.¹⁹ علماً بأن هذا الأمر لا يعفي السلطة الفلسطينية من مسؤولية الرقابة والمتابعة والمساءلة على الشركات الخاصة لضمان حق المواطن/ة الفلسطينية/ة في الصحة. الحد الأعلى للتأمين الحكومي هو 75 شيقلاً شهرياً، وهناك تدرج في نسب الدفع حسب أنواع التأمين الصحي الحكومي المختلفة وهي:

1. **التأمين الإجباري:** يشترك في هذا النمط من التأمين موظفي القطاع الحكومي والبلديات والمتقاعدين. وقد بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 67,331 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد من هذا التأمين 60,619,111 شيقلاً للعام 2017.
2. **التأمين الطوعي:** بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 2,662 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد من هذا التأمين 1,910,583 شيقلاً.
3. **تأمين العامل داخل الخط الأخضر:** بلغ عدد العائلات المستفيدة من هذا التأمين 40,330 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد من هذا التأمين 62,680,977 شيقلاً.
4. **التأمين الجماعي / العقود:** بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 42,616 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد النقدي من هذا التأمين 30,572,870 شيقلاً.
5. **تأمين الشؤون الاجتماعية:** بلغ عدد العائلات المشاركة في هذا التأمين 31,727 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد من هذا التأمين 14,860,900 شيقلاً.
6. **تأمين الأسرى:** حيث بلغ عدد الأسرى المؤمنين وعائلاتهم في هذا التأمين 15,012 عائلة في الضفة الغربية، وبلغ العائد من هذا التأمين 7,965,000 شيقلاً.²⁰

تجدر الإشارة أن جميع مواطني قطاع غزة يتمتعون بخدمات التأمين الصحي المجاني بما فيهم الموظفين العاملين الذي يتلقون رواتبهم من خزينة السلطة الوطنية الفلسطينية، بموجب أحكام المادة 2 من القرار الرئاسي الصادر عام 2007، وهذا يؤدي إلى ضياع مبالغ مالية طائلة خسرها صندوق التأمين، ويخلق احتمال إضعاف قدرة صندوق التأمين على توفير الخدمات الصحية بشكل شامل وبجودة مقبولة.

19 موقع وزارة الصحة الفلسطينية <http://www.moh.ps/Index/Circle/CircleId/19/Language/ar>

20 المصدر: وزارة الصحة الفلسطينية/ التقرير الصحي السنوي فلسطين/ تموز 2017

مظاهر الفساد في خدمة التأمين الصحي

الحصول على التأمين الصحي متاح لجميع من يساهم مباشرة في دفع رسوم التأمين، أو من تتكفل جهة مكلّفة بتغطية رسوم الاشتراك، وذلك بهدف تأمين موارد لصندوق التأمين الصحي تسمح له بتوفير الخدمات الصحية للمؤمنين، وقد لوحظ أن الوساطة والمحسوبية تستخدم في الحصول على خدمات صحية غير متضمنة في التأمين الصحي، أو أخذ دور مسبق في الحصول على الخدمة بدون وجه حق، وعلى حساب المرضى المنتفعين الآخرين. إن التمييز بين المنتفعين يؤدي إلى وجود حالات تضارب مصالح، أو سوء استخدام الموقع من قبل بعض المسؤولين، كما أن الاتحادات العمالية حاولت الاستفادة من بعض رسوم التأمين الصحي على حساب صندوق التأمين، الأمر الذي يلحق الضرر بحقوق كافة المنتفعين.

في الواقع لا يحصل جميع مشتركي التأمين الصحي على الخدمات الصحية اللازمة بكفاءة وبجودة عالية دائماً، وعلى قدم المساواة، فعلى سبيل المثال يمكن للتأمين الصحي أن يوفر لامرأة فرصة الولادة في المستشفى، ولكن لا تتوفر في المستشفى كل الاحتياجات من أدوية وأجهزة، ويطلب أحياناً من المرضى وأقاربهم شراء خدمات محددة من القطاع الخاص لعدم توافرها. إحدى المريعات التي أصيبت بجلطة دماغية أثناء الولادة، ولم توفر المستشفى لها علاجاً هاماً وضرورياً لتعافيها حيث طلب من زوجها أن يشتري الحقن من خارج المستشفى لعدم توفرها، دون أن يشرحو له أهميتها، (انتهاك للحق في الحصول على المعلومات الصحية). بسبب فقره لم يستطع شرائها إلا بعد مرور ثلاثة أيام ما أدى إلى إصابتها بالإعاقة²¹.

يفترض التأمين الصحي مساهمة المريض بنسبة من العلاج، ولا يغطي خدمات محددة قد تكون ضرورية إما لعدم توافرها، أو لأن تكلفتها مرتفعة، أو لوجود خلل معين في الأجهزة ما يؤدي إلى انتهاك الحق في الصحة وفي الرعاية الصحية ذات الجودة المناسبة، والميسورة التكلفة فهي غير متاحة ضمن التأمين الصحي الحكومي رغم شموليته، ما يؤدي إلى تحمل الفئات الفقيرة في المجتمع الكثير من الاعباء بسبب التكاليف المالية لبعض الفحوصات المخبرية، والأدوية والتجهيزات الخاصة التي لا يغطيها التأمين أو يغطي نسبة منها فقط. هذا الأمر يخلق فرصاً للفساد مثل اللجوء إلى الوساطة، وبناء علاقة زبائنية مع بعض موفري الخدمات من القطاع الخاص مثل شركات الأدوية والمختبرات ومراكز الأشعة، حيث يصبح من المألوف أن يقوم الطبيب بتحويل المرضى إلى مركز معين، أو يقوم بوصف أنواع محددة من الأدوية مقابل نسبة من الأرباح دون أن يخضع هو أو مزود الخدمة من القطاع الخاص لأي نوع من المساءلة.

حسب وثائق وزارة الصحة الفلسطينية لا يبدو من نظام التأمين أن هناك أي فئة محرومة من استخدام التأمين بل على العكس هناك فئات واسعة يتم اعفاءها. 162979 عائلة مؤمنة لدى

الوزارة منها 12515 عائلة لديها تأمين مجاني، جميع مواطني قطاع غزة مؤمنين مجاناً بموجب قرار رئاسي²² عدا عن أن العلاجات لمرضى السرطان، والكلى، والأمراض المعدية والنفسية، ونزلاء مراكز الأحداث مجانية. فعلى سبيل المثال قطاع غزة بأكمله يتمتع بالتأمين المجاني ويمكن لأي شخص أن يصل على العلاج اللازم باستخدام بطاقة الهوية الفلسطينية، كما أن فئات واسعة تتمتع بالتأمين باستخدام اتفاقيات شراكة تجدد سنوياً مثلًا مع وزارة الشؤون الاجتماعية²³ ووزارة شؤون الأسرى واتحاد البلديات واتحاد النقابات العمالية واتحاد المعاقين وغيرها.

وعلى الرغم من ذلك يسود الشعور بوجود المحاباة والمحسوبية في تقديم الخدمات الطبية. الشكوى من التمييز والواسطة والمحسوبية جاءت على لسان الأشخاص ذوي الإعاقة والأمراض المزمنة، الأمر الذي يتطلب رقابة ميدانية على الممارسات اليومية للكوادر الطبية، ففي إحدى الحالات يستطيع الطبيب معاينة 25 مريض، وينتظر المرضى دورهم بصبر، حتى يأتي شخص يعرفه الطبيب أو «موصى عليه» فيقفز عن الدور ويؤخر مريض آخر كان بالانتظار. موظفة في وزارة الصحة أكدت انتشار هذه الممارسة عندما أخبرت فريق البحث أنها اضطرت لأخذ مغادرة من عملها لترافق أختها وطفلها لزيارة طبيب في إحدى العيادات الحكومية، وذلك بعد سلسلة من الاتصالات من زملاء في الوزارة تخبر هذا الطبيب أنها زميلته في وزارة الصحة حتى يولي الطفل بعض الاهتمام. الفحوص المخبرية التي يصل الدور فيها لأسابيع طويلة، تصبح متاحة إذا كان هناك «واسطة»²⁴.

حسب موظفي وزارة الصحة فإن إمكانية الوصول للخدمات وتحديدًا للفئات المهمشة من فقراء ونساء ومعاقين مضمونة، حيث لا يأتي أحد للعلاج بوزارة الصحة ويتم رفض علاجه، وفي حالة عدم استطاعته دفع الرسوم يتم عمل «إلتزام مالي» يسد على مدى طويل. وتوجد لجنة «البحث الاجتماعي» تقوم بدراسة أحوال المريض الاجتماعية أن أظهرت غدم قدرته على الدفع يتم اعفائه أو تخفيض الرسوم²⁵. لا يوافق العديد من المرضى الذين تمت مقابلتهم على هذا الأمر حيث شكى ذوي الإعاقة على سبيل المثال من كون كل منظومة التأهيل لا يشملها التأمين الصحي، وإنما تصنف في إطار الخدمات المتخصصة والتي تستلزم إجراءات تحويل للحصول عليها، ما يخلق مجالاً واسعاً لانتهاكات حقوق الإنسان والفساد في تقديم هذه الخدمات فإجراءات التحويل غير

22 في عام 2006، أصدر الرئيس محمود عباس، قراراً بضم كافة مواطني قطاع غزة تحت جناح التأمين الفلسطيني مجاناً بشكل كامل، من أجل تقديم الخدمات العلاجية والأدوية لهم في محاولة للتخفيف من المشاكل التي يتعرضون إليها، ما جعل إردادات وزارة الصحة من المحافظات الجنوبية في قطاع التأمين تقتصر على الاستقطاعات من الموظفين العاملين بالوظيفة الحكومية المزيد على دنيا الوطن .

<https://www.alwatanvoice.com/arabic/news/2016/01/18/852677.html#ixzz53kurQvNh>

23 في يناير 2018 وقعت وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية اتفاقية جديدة تنص على حصول كافة الأسر الفقيرة والمهمشة والمستفيدة من خدمات وزارة التنمية الاجتماعية على الخدمات والرعاية الصحية من خلال الحصول على التأمين الصحي وبالتنسيق مع وزارة الصحة بهدف تقديم المساعدة الطبية اللازمة.

24 مقابلة لصالح البحث

25 مقابلة مع موظف من وزارة الصحة

متساوية لجميع ذوي الإعاقة، وتقدم الخدمات بالواسطة. يضاف إلى ذلك مرضى الكلى فحسب ووزارة الصحة علاج غسيل الكلى مجاناً، ولكن المرضى يشكون من قلة الأجهزة مما يضطرهم للخضوع لجدول مواعيد، لتحديدته هناك فرصاً كبيرة للواسطة والمحسوبة، وفي ظل ذلك يعاني المرضى القادمين من مناطق بعيدة من دفع تكاليف باهظة للمواصلات ان حصلوا على مواعيد في أوقات متأخرة من المساء.

هذا الحال ينطبق أيضاً على حالات الولادة لدى النساء بسبب الإزدحام في المشافي وعدم توفر الأماكن الكافية، كل ذلك يدل على عدم فعالية التغطية الشاملة للتأمين الصحي إذا ما تراكمت مع شح الإمكانيات وعدم القدرة على سد كافة الاحتياجات، ما يؤدي إلى انتهاك في حقوق الإنسان في الرعاية الصحية وخلق فرص للفساد وأبرزها اللجوء إلى الواسطة لمن يستطيع ذلك بسبب الحاجة.

سوء استغلال المنصب يزيد من نفقات التأمين الصحي

بعض العاملين في مجال الصحة يستغلوا مواقعهم في القطاع العام، لتحميل التأمين الحكومي تكاليف هي في الأصل لمصلحة مراكزهم وعياداتهم، ما يلحق الأذى بالآخرين ويقلل فرصهم في الحصول على الخدمات العامة وتحديداً عندما يضطر مرضى المستشفيات الحكومية لشراء خدمات غير متوفرة داخل المستشفى، يخلق فرصاً للفساد حيث يسعى المرضى وأقاربهم للحصول على الخدمة من خلال شبكة علاقاتهم أو من خلال الالتزام بزيارة طبيب في عيادته الخاصة لضمان اهتمامه بهم، كما يحدث في العديد من حالات الولادة، فيقوم الطبيب نفسه بتسهيل حصولهم على الخدمة داخل المستشفى الحكومي، في استغلال واضح للمنصب العام من أجل منافع شخصية.

وفي حالة أخرى تم تحويل أطفال خدج إلى المستشفى الإستشاري وهو مستشفى خاص بسبب عدم توفر حاضنة. الأم نزيلة المستشفى الحكومي كانت تضطر للذهاب يوماً للمستشفى الخاص وتدفع تكاليف إضافية للمواصلات لإرضاع طفلها بالإضافة للإرهاق الصحي الذي عانت منه. مكث الطفل في المستشفى مدة شهر. عند مغادرة المستشفى طلب من الأهل دفع 70% من قيمة الفاتورة حيث بلغت مساهمتهم حوالي 30 ألف شيقل، وهو مبلغ يفوق دخل الزوج العامل لمدة سنة كاملة. بعض المرضى يضطرون لإجراء فحوصات مخبرية خارج المستشفى، لأن قائمة الانتظار الطويلة قد تضطرهم للانتظار عدة أسابيع قبل الحصول على الخدمة.

يفترض توافر المقبولية العالية وأخلاقيات المهنة في العمل بنظام التأمين الصحي، ركزت عدة شكاوى من المواطنين على ممارسات لبعض الأطباء ومزودي الصحة الذين يستغلون مراكزهم في العمل الحكومي للكسب الخاص. حيث يسود الاعتقاد في المجتمع الفلسطيني أن أقصر الطرق للانتفاع من التأمين الحكومي هو من خلال الأطباء الذين يعملون في عيادات خاصة إلى جانب عملهم في

المشافي الحكومية من خلال قدرتهم على التأثير في القرارات والمواعيد والفحوصات وتقريبها لمن يزورهم في عياداتهم الخاصة بأسرع وقت، على حساب مصلحة العامة من المرضى. وعلى الرغم من محاولة وزارة الصحة إنفاذ القرار القاضي بمنع الأطباء في القطاع الحكومي من مزاوله أعمال أخرى في القطاع الذاتي أو الخاص إلا أن قرارا من نقابة الأطباء منع تطبيق هذا القرار، وتغاضت وزارة الصحة عن القرار بسبب الإضرابات وخوفاً من هجرة الكفاءات الطبية للقطاع الخاص، وفي النتيجة استمرت فرص استغلال المنصب العام للأطباء لمصالحهم الذاتية ومن الأمثلة على ذلك قيام بعض الأطباء بطلب الفحوص المخبرية على حساب التأمين الحكومي لمريضه الخاص، وتحويل المرضى لاستشارات أو خدمات إضافية غير ضرورية لمصلحة مختبرات ومراكز فحص ومستودعات أدوية محددة بهدف مصالح خاصة على حساب التأمين.

كما وأن ضعف التطور في أجنحة ووسائل تقديم العلاج في بعض المستشفيات والمراكز الصحية أتاح فرصة استغلال ذلك لعدد من الأطباء من خلال تحويل بعض مرضى المستشفيات العامة للقطاع الخاص، بهدف المنفعة الذاتية. استمع فريق البحث للعديد من الشهادات التي يسود فيها الاعتقاد بانعدام الإمكانية لحصولهم على خدمات صحية جيدة في القطاع الصحي الحكومي إلا اذا حصلوا على تسهيلات بالواسطة، أو عن طريق التعاقد مع طبيب خارج المستشفى الذي يسهل لهم عمل الفحوصات داخل النظام الصحي الحكومي. وكل ذلك يتم على حساب توفير الخدمات والحقوق الصحية بعدالة لجميع المؤمنین، وغالبا ما يدفع ثمن ذلك شريحة المرضى المهمشين.

يحاول بعض الأطباء استخدام المرافق الحكومية لعمل عمليات جراحية لمرضى عياداتهم الخاصة مقابل دفع مبالغ كشف العيادات الخاصة. ضمن هذه الحالة تقدمت شكوى من أحد المرضى لوزارة الصحة ولم يتخذ أي اجراء قانوني بحق هذا الطبيب يمنعه من استغلال منصبه العام للكسب الخاص. وقام الطبيب بترهيب المريض من مخاطر إجراء العملية في المستشفى الحكومي، في انتهاك صارخ لحقوق الإنسان ولأخلاقيات مهنة الطب. لا يتقدم المرضى بالشكاوى على الرغم من وجود صندوق شكاوى في الوزارة خوفا من تبعات الشكوى كما يعتقدون وحرمانهم من الخدمة أو سوء معاملة من الأطباء، ولعدم فئاعة المواطنين بجدوى نظام المساءلة والمحاسبة في القطاع الطبي.

في المقابل يشكو الأطباء ومزودي الخدمات من نقص الكوادر المؤهلة، مما يزيد من أعباء الكادر المتوفر، الأمر الذي يقلل من جودة الخدمة ولكنه أيضاً يؤدي إلى انتهاك الحق في الوصول لخدمات صحية جيدة وذات نوعية، ويخلق فرص فساد تتمثل في استغلال الموقع العام. حيث أخبر أحد الأطباء فريق البحث أنه يوجد عيادة خارجية يومين فقط لتخصص الكلى في قطاع غزة، وهذا لا يغطي الاحتياجات في القطاع ويقدر النقص بحوالي 60%.

الواسطة والمحسوية تنغى على الحق في العلاج

كأن يتم تأجيل بعض العمليات الجراحية بإعطاء الدور لشخص آخر.²⁶ وتكمن إشكالية التأكد من هذه الوقائع من أن الطب أمر متخصص، وفيه الكثير من التفاصيل التقنية والمهنية التي لا يمكن أن يفهمها عامة الناس، الذين تهمهم بالأساس مصالحهم الخاصة وشعورهم بالألم والمرض، والحاجة للمساعدة.

أصحاب الأمراض المزمنة من الفقراء غير المشتركين في التأمين الصحي الحكومي يتم اعتماد تأمينهم من قبل وزارة التنمية الإجتماعية، وتقوم الوزارة بإجراءات تعجيزية سنوياً تأخذ من وقت المريض وتحرمه من العلاج لفترات طويلة أحياناً، وهذا بحد ذاته انتهاك بحق الكثير من المرضى خاصة الفقراء. يضطر مرضى الكلى تحديداً للإنتظار لعدم توفر الخدمة في القطاع الخاص، ولأن جلسات العلاج وغسيل الكلى مكلف جداً كل (جلسة غسيل كلى قد تكلف 500 شيقل) مما يضطر العائلات الفقيرة للإنتظار ثلاثة شهور على الأقل.²⁷

في العديد من القضايا التي تمس التأمين الصحي لا يعرف المواطنون/ات ما لهم وما عليهم. قام فريق البحث بسؤال العديد من حاملي التأمين من موظفي السلطة عن معرفتهم بسلة الخدمات التي يمنحهم إياها التأمين الصحي، فكانت الإجابة سلبية. تحوي بطاقة الأمين على معلومات بقاءة الخدمات التي لا يشملها التأمين، ولا تحوي البطاقة على معلومات توضيحية حول حقوق حامل التأمين، وعند سؤال موظفي وزارة الصحة عن ذلك كانت إجابتهم بأن كل شيء غير ما هو منصوص على البطاقة فهو متاح لذا لا حاجة لذكره.²⁸ هذا الأمر يضعف مشاركة حاملي التأمين في المطالبة بحقوقهم/ن أو مساءلة الوزارة عندما لا تتوفر لهم الخدمات المناسبة.

الإطار القانوني الناظم للتأمين الصحي

لا ينظم التأمين الصحي بقانون بل بنظام، وتستخدم دائرة التأمين الصحي نظام العام 2004 علماً بأن هناك نظام أحدث في العام 2006 ولكنه غير منشور في الجريدة الرسمية. الوزير الحالي د. جواد عواد أشار في أكثر من مقابلة صحفية إلى أهمية إصدار قانون ينظم التأمين الصحي. أهمية القانون تأتي من عدة جوانب وأهمها أن الوضع الحالي مترهل بدرجة كبيرة تجعل من الشمولية عبئاً كبيراً عليه، وتحديداً لأنها تضر مبدأً أساسياً لأنظمة التأمين حيث «القادر يدفع» ليساند غير القادر. موظفو الحكومة هم وحدهم من يدفعوا بانتظام لأن مساهمتهم يتم اقتطاعها مباشرة من

26 مقابلة مع والد احدى مريضات الكلى

27 مقابلة مع مريضة بالكلى

28 مقابلة مع موظف في وزارة الصحة

رواتبهم بينما باقي المواطنين يدفعون عند الحاجة إلى التأمين ويمكنهم أن يدفعوا بأثر رجعي لمدة 6 أشهر ليكون التأمين ساري المفعول ويحصلوا بموجبه على خدمات طبية مكلفة وتشكل عبئاً على موازنة السلطة. أي أن القادر يدفع فقط عند الحاجة مما يضعف قدرة النظام على الاستدامة. هذه الظاهرة أكدها الكثير ممن تمت مقابلتهم حيث دفعت إحدى المريعات رسوم التأمين الصحي لتتمكن من الحصول على تغطية لعلاج خارجي فقط وشخص آخر دفع رسوم التأمين قبل موعد ولادة زوجته لتتمكن من الولادة في المستشفى، وتوقف بعد الولادة مباشرة.

تتوافر ارشادات على الجدران في عيادات الرعاية الأولية، وفي المستشفى تشجع المرضى على التقدم بأي شكوى ضد أي شخص في المجال الصحي طبيب أو غيره، وتنصحهم بوضع الشكوى في صندوق خاص بالشكاوى. إلا أنه من غير الواضح عدد الشكاوى التي تقدم. وجود إمكانية للشكوى تطور مهم من جانب الوزارة ولكن عدم اتخاذ إجراءات تحقيق ومحاسبة فعلية يقلل من ثقة الناس بأهمية تقديم شكوى ومتابعتها، ويزيد من امكانيات انتهاك الحق بالصحة وفرص الفساد.²⁹

هناك ثلاثة مستويات لضمان الرقابة على رسوم التأمين الصحي، في مديريات الصحة حيث تتم الجباية، وفي قسم المالية بوزارة الصحة، وفي دائرة الصحة بوزارة المالية حيث يتم التدقيق على الجباية. هناك تعليمات وإجراءات واضحة لكل مستوى من التدقيق على المبالغ التي يتم جبايتها.

فرص الفساد في جباية التأمين الصحي تتمثل في حالات محدودة منها على سبيل المثال من خلال المؤسسات الشريكة حيث قامت إحدى المؤسسات باصدار بطاقات معفاة من رسوم التأمين لغير أعضائها إلا أن هذه الحالات يتم ضبطها أثناء التدقيق، وتم تصحيح الوضع. تعتبر المؤسسات الشريكة واحدة من نقاط الضعف في الجباية حيث يتم تجديد الاتفاقيات مع هذه المؤسسات سنويا من خلال شخص واحد وموافقة الوزير، ولا يوجد لجان تدقق في الاتفاقيات والشروط، وعدد المستفيدين/ات ونسب الاعفاءات.

ثانياً: التحويلات الطبية

الخدمات الصحية التي يتم شراؤها من خارج الوزارة هي الخدمات المعفاة من الدفع جزئياً التي توفرها الوزارة للمؤمن عليهم فقط من خلال تعاقدها مع المراكز الصحية غير التابعة لها سواء داخل فلسطين أو خارجها.

تنظم هذه التحويلات عبر بروتوكولات وأنظمة واضحة (أعدت بتمويل من المانحين). وقامت الوزارة بتزويد فريق البحث بنسخ مطبوعة وأخرى الكترونية من هذه الإجراءات والبروتوكولات التي تتوفر باللغتين الانجليزية والعربية. هذه الأنظمة والإجراءات لم تمنع من وجود تدمير واسع من إدارة شراء الخدمة وممارساتها سواء في الضفة الغربية أو في قطاع غزة.

بسبب زيادة الطلب على تحويل مرضى خارج القطاع الحكومي وكثرة التدخلات من الوسطاء في عمليات التحويلات، وما زال هناك حاجة للتحويلات حتى بعد ما يقارب 20 سنة من استلام السلطة الفلسطينية لمهامها هو بحد ذاته قضية تحتاج إلى وقفة، وخصوصاً اذا كانت التحويلات لعمليات وإجراءات طبية يمكن عملها في الضفة الغربية أو قطاع غزة اذا توفرت احتياجات أساسية مثل المواد والأدوية الكيميائية لمرضى السرطان، أو قطع غيار أو أجهزة معينة لمرضى الكلى. كما أن التحويلات خارج صلاحيات سلة التأمينات بقرارات استثنائية لصالح أفراد متنفيدين، وبكلفة عالية جداً، أدى ليس فقط إلى استنفاد أموال التأمين بل أيضاً إلى استهلاك موارد كبيرة من موازنة السلطة الفلسطينية، مما يلحق الأذى بحقوق المؤمنین خاصة غير القادرين على شراء الخدمة من القطاع الخاص ويهدر المال العام الذي يمكن أن يستخدم في تطوير القطاع الصحي، وبناء مرافق وتطوير أجهزة ومعدات تؤدي تدريجياً للاستغناء عن التحويل للخارج.

يحدد موقع الوزارة معايير شراء الحالات التي يمكن أن تحول إلى مؤسسات أخرى وهي:

- أ. عدم توفر الخدمة المطلوبة في المؤسسات الصحية الحكومية.
- ب. عدم توفر المعدات والاجهزة الطبية اللازمة للعلاج.
- ت. عدم وجود أسرة بسبب نسبة الأشغال الكاملة.
- ث. وجود قائمة انتظار طويلة تزيد عن 6 اشهر.
- ج. الإلتزام بدفع ما يترتب على المريض من نسبة مساهمة من التكلفة الاجمالية للعلاج كما ينص عليها قانون التأمين الصحي.
- ح. الحصول على موافقة لجان التحويل الطبية على التوصية المتقدمة من قبل المستشفيات الحكومية.

خ. وجوب توفير تأمين صحي ساري المفعول لدى المريض قبل اتخاذ قرار التحويل.³⁰

في الفترة الأخيرة تزايدت الشكوى حول التحويلات الطبية من قطاع غزة تحديدا، حيث يشكو المواطنون من تقلصات في عدد الحالات المحولة للخارج، في السابق كان 200 تحويلة شهريا، الآن لا يزيد عن 50 تحويلة فقط. ويعتقد الكثيرون أن عامل الواسطة والمعرفة يلعب دورا في تسريع أخذ هذا الحق. يتعارض هذا الأمر مع ما أكدته مصادر وزارة الصحة من وجود بروتوكولا ولجان متخصصة تبحث في كل حالة، ووجود أطباء متخصصين يقررون أولوية الحالات وأهميتها. المكان الذي يتم التحويل له يحدد من قبل لجان متخصصة تقرر أفضلية العلاج، ومناسبة تكلفته. عادة ما يتم التحويل للأمراض الصعبة والتي لا تتوفر امكانيات لعلاجها.

اشتكى بعض المرضى من تحويلهم لمستشفى تعليمي محدد في الضفة الغربية علما بأن نوعية مرضهم لا يتم علاجها في ذلك المستشفى، وسط توقعات أن المستشفى يستفيد ماديا من قضاء المريض ليلة واحدة على الأقل، بينما قد تكون هذه الليلة هامة في رحلة العلاج.

«الرئيس عباس يوافق على التحويلة الطبية والهندي ترفض³¹». نعم هناك قرار رسمي، ولا أريد التوقيع على التحويلة الطبية الخاصة ببنك، لأنه إن تمت الموافقة، سيتم الموافقة على باقي المرضى من ذات الحالة، والعلاج يحتاج لمبالغ كبيرة. «هكذا جاء الرد المباشر من قبل مديرة دائرة شراء الخدمة في وزارة الصحة أميرة الهندي. حصلنا على الموافقة من قبل الرئيس محمود عباس، ورئيس الوزراء، ووزير الصحة، ولكن المفاجأة الكبرى، أن مسؤولية التحويلات أميرة الهندي رفضت التوقيع على التحويلة بحجة المبلغ الكبير الخاص بالعلاج والذي ستتكفل به السلطة الفلسطينية.» بالنسبة لأهل هذا المريض بالتأكيد أن قضية ابنهم هي مركز اهتمامهم، ولكنهم تمكنوا من الوصول لأشخاص متنفيذين، الأمر الذي لا يتاح للغالبية العظمى من المرضى.

30 <http://www.moh.ps/Index/Circle/CircleId/41/Language/ar>

31 مديرة دائرة شراء الخدمة والتي تتعرض أثناء إعداد هذه الدراسة لحملة من التشويه الشخصي والاتهامات المباشرة.

أموال تضيع من خزينة الدولة بسبب التحويلات الطبية إلى الخارج

أشار تقرير للإئتلاف من أجل النزاهة والمساءلة أمان صدر عام 2014 إن وزارة الصحة لا تقوم بتدقيق فواتير المستشفيات الإسرائيلية التي تخصم مباشرة من قبل الجانب الإسرائيلي شهريا من أموال المقاصة، حيث لم تتم المطالبة في فواتير المستشفيات الإسرائيلية من قبل وزارة الصحة للفترة الممتدة ما بين العام 1994 إلى بداية العام 2013. أي أن وزارة الصحة لم تدقق المبالغ المدفوعة للمستشفيات الإسرائيلية التي تقدر بحوالي 600 مليون شيقل لفاتورة العلاج ما بين 2003 و2012 والتي تمثل حوالي 22% من مجمل الانفاق على العلاج خارج وزارة الصحة. هذا وتشير المعطيات إلى أن الجهات التي تدير هذا الملف من الجانب الإسرائيلي، والتي تربطها مصالح مع المستشفيات الإسرائيلية، تستغل عدم معرفة الجانب الفلسطيني بتفاصيل الإجراءات والعلاجات التي تقدم للحصول على أضعاف ما يستحقونه من حقوق مالية.

على الرغم من الجهود التي بذلتها وزارة الصحة الفلسطينية لتوفير الخدمات الطبية اللازمة للمواطنين، سواء يفي المؤسسات الطبية الحكومية أو التابعة للقطاع الخاص في داخل أراضي السلطة الوطنية أو خارجها، إلا أن هذه الجهود شابها العديد من أوجه النقص. فقد استمرت وزارة الصحة خلال السنوات الماضية بتحويل كثير من المرضى للعلاج خارج المشافي الحكومية. وتشير الدراسة إلى التوسع في التحويلات الطبية سواء على مستوى أعداد المستفيدين من هذه الخدمة أو في التكلفة المالية التي تتحملها خزينة السلطة الفلسطينية.

كما وأن الجهات الرسمية التي تأخذ قرارات استثنائية بإعفاء أطراف من رسوم التأمين الصحي أو تأمين علاجات خارج إطار سلة الخدمات التي يقدمها التأمين التي تقوم بتأمين دفع الأموال المرتبة على ذلك من موازنتها الأمر الذي يضعف أموال صندوق التأمين الصحي بشكل عام، ويفتح المجال لفوضى استعمال موارده بما فيها استخدام جزء من هذه الأموال للعلاج في الخارج، كل ذلك يؤدي إلى إستنزاف الأموال المخصصة لصحة جميع المرضى الأمر الذي ينعكس سلبا على حق الضعفاء منهم.

الأخطاء الطبية

لا يوجد في القانون الفلسطيني أي أحكام تشريعية خاصة بموضوع الأخطاء الطبية، وإنما تطبق الأحكام القانونية الإدارية والمدنية والجزائية العامة التي تنطبق بالعادة على مخالفة الأسس المهنية المتبعة من أصحاب المهن المختلفة، والتي يمكن أن تندرج في إطار التقصير أو الإهمال. أما على المستوى القضائي فليس هناك تصنيف لدى مجلس القضاء الأعلى الفلسطيني للأحكام القضائية والدعاوى الموجودة لديه، يمكن من خلاله معرفة كامل الأحكام القضائية والدعاوى الخاصة بموضوع الأخطاء الطبية المحكوم فيها أو المنظورة. كما أنه ليس هناك أحكام قضائية صادرة عن محكمة النقض الفلسطينية تتضمن مبادئ قضائية مميزة في موضوع الأخطاء الطبية، ويكون من شأنها أن تدفع بالمشرع الفلسطيني إلى تبني تشريعات خاصة في هذا الشأن.

كما أنه ليس هناك معلومات واضحة عن توزيع قضايا الأخطاء الطبية بين القطاع الصحي الخاص والقطاع الصحي العام، ولا يوجد أي قطاع صحي في فلسطين يخلو من الأخطاء الطبية. ولا يوجد لدى الجهات الصحية الخاصة والعامة نظام متكامل لتوثيق قضايا الأخطاء الطبية ودراساتها، ومن ثم التوصية بالإجراءات التي يتوجب اتخاذها لتعزيز أنظمة السلامة للمرضى طوال مراحل العلاج. كما لا يوجد أي مؤسسة رسمية أو أهلية تقوم بمهمة توثيق هذه الأخطاء، وتقوم بدراساتها والخروج منها بالعبر والاستخلاصات التي من شأنها أن تحد منها. ليس هناك تقبل حقيقي للتعامل مع قضايا الأخطاء الطبية، وفي أغلب الحالات التي إعتُرف فيها بوقوع خطأ طبي، لم يتجاوز الإجراء المتخذ بحق من ثبت وقوع الخطأ منه اتخاذ إجراءات تأديبية فحسب، مع أن التجربة العالمية أكدت في كثير من المناسبات وكثير من الدول على وقوع أخطاء طبية حتى في الدول المتقدمة طبياً واقتصادياً.

هناك مشكلة حقيقية في التحقيقات الإدارية التي تجري من لجان التحقيق الطبية الفلسطينية، حيث أنها قليلاً ما تدين أحدًا بوقوع خطأ طبي، وإذا تطلب ذلك، ليس بشكل مباشر، وإنما من خلال جملة الإجراءات التي توصي باتخاذها في المؤسسة الصحية المشكو منها. ولا يوجد لدى نقابة الأطباء أو لدى وزارة الصحة لجان طبية فنية دائمة للتحقيق في الحوادث الطبية التي تقع في المؤسسات الصحية العامة أو الخاصة، وإنما يتم تشكيل لجان للتحقيق في الحادثة الطبية لدى وقوعها فقط. وأظهرت العديد من الدراسات ارتفاع التكلفة المالية للأخطاء الطبية على المستوى العالمي سواء في معالجة الآثار الطبية الناجمة عن الخطأ أو في إعادة تأهيل المتضررين منها أو في التبعات القانونية الناجمة عنها والتعويضات المالية المترتبة عليها، هذا بالإضافة إلى عدم وجود أحكام قانونية خاصة بالمساءلة عن الخطأ الطبي بشكل خاص على المستويات الإدارية والقضائية والتشريعية، وعدم وجود نظام قانوني الزامي للتأمين ضد الأخطاء الطبية، وعدم وجود نظام

التسوية الودية في قضايا الأخطاء الطبية بشكل خاص وبطريقة تضمن عدم الوصول إلى القضاء، علاوة على عدم وجود تصنيفات دقيقة لقضايا الأخطاء الطبية التي يتعامل بها القضاء أو النيابة العامة، وعدم وجود نظام توثيق لقضايا الأخطاء الطبية، وضعف إجراءات التحقيق الإدارية في قضايا الأخطاء الطبية والتي يُبنى عليها بالأساس مبدأ المساءلة المدنية والجزائية لاحقاً.³²

عدم وجود قانون للتأمين عن الأخطاء الطبية يلحق الضرر بحق المواطن في التعويض

توريد وتخزين الأدوية والأغذية

قطاع الدواء قطاع واسع وفيه العديد من اللاعبين الأساسيين الذين من الصعب حصرهم. هناك مجالات واسعة لعدم القدرة على التحكم بالسوق من خلال الاستيراد الخاص للأدوية، وانتشار أدوية غير مراقبة ولم يتم فحصها في مختبرات وزارة الصحة ومن أهم الأمثلة على ذلك الأدوية التي تستخدم للتخفيف، ومستحضرات وكريمات التجميل وغيرها من الأدوية المتنوعة. نتيجة لتفشي ظاهرة الاتجار بالأدوية والأغذية الفاسدة في ظل الضعف في الرقابة والمساءلة الرسمية والمجتمعية عليها وحماية المستهلك الفلسطيني منها، لما له من أثر كبير على حياة المواطنين وحقهم في الحماية والتمتع بالحصول على الغذاء والدواء السليم كجزء من منظومة الحقوق الصحية الواجب توفيرها وحمايتها للمواطن.

تقوم وزارة الصحة بتوريد المستشفيات والعيادات الحكومية بالأدوية، ولكنها أيضاً تملك صلاحية الرقابة والمتابعة والتفتيش على مزودي الأدوية الآخرين، بما في ذلك الصيدليات الخاصة، والمستشفيات الخاصة. ويشكو بعض المواطنين من عدم توفر الأدوية في بعض العيادات والمراكز الصحية الحكومية، وتحديد الأدوية المرتفعة الثمن، فيضطروا لشراؤها على حسابهم الخاص.

الأدوية تتوفر ولكن ليس لكل الناس، الأولوية حسب الشخص، وعلاقاته، والرتبة العسكرية في حالة الخدمات الطبية العسكرية³³.

32 معن ادعس- تقرير بعنوان الاخطاء الطبية: نحو حماية قانونية متوازنة لأطراف الاخطاء الطبية، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان «ديوان المطالم»

33 مقابلة مع مريض عنده تأمين من الخدمات الطبية العسكرية

عندما قابلنا المسؤولين في وزارة الصحة اتضح لنا وجود عدة مستويات تتحكم في توفر الدواء وهي:

دائرة الصيدلة: التي تحدد قائمة الأدوية الأساسية والتي أكدت أنه طراً تحسن ملموس في قطاع الدواء في السنوات الأخيرة وذلك لعدة أسباب منها توفر سلة أدوية أساسية تشمل وقت أعداد الدراسة على 562 صنفاً أساسياً بناءً على توصيات منظمة الصحة العالمية، ويتم تحديث هذه القائمة وفق الحاجة من خلال لجنة متخصصة تابعة لدائرة الصيدلة في وزارة الصحة الفلسطينية. اللجنة تجدد سنوياً ولها شروط مرجعية واضحة، وتجتمع باستمرار لضمان عدم وجود أي تأخير في إقرار أصناف الدواء المطلوبة.

دائرة المشتريات: والتي تعتمد على معايير واضحة للشراء بناءً على قانون المشتريات العامة ولها لجان ذات تشكيل واضح تقوم بتحديد الاحتياجات، واستدراج العطاءات وعمل العقود اللازمة لشراء الأدوية.

دائرة المستودعات العامة: والتي تقوم بتخزين وتوزيع الأدوية والمستهلكات حسب الاحتياجات على جميع العيادات والمستشفيات.

حسب تقدير فريق البحث فإن معايير النزاهة والشفافية والمساءلة تتوفر في عمل هذه الدوائر، من حيث تشكيل اللجان، وضع شروط مرجعية لها، نشر قراراتها للمعنيين، وضع آليات للاعتراض على القرارات، ونشر القرارات على الصفحات الإلكترونية وصفحات التواصل الاجتماعي. على سبيل المثال دائرة المشتريات تقوم بفتح العطاءات أمام الشركات المشاركة، وتنشر النتائج، وتتيح المجال للاعتراض خلال مدة زمنية واضحة ومنشورة.

عدم الوصول للدواء اللازم وفي الوقت المناسب يمثل انتهاكاً للحق في الصحة

وفي نفس الوقت يخلق فرصاً للفساد، خصوصاً إذا لم يتوفر دواء لمرض مزمن أو لمرض نفسي مما ينعكس سلباً على صحة المريض، أو إذا حصل بعض المرضى على أكثر من مخصصاتهم مما يحرم آخرين من الحصول على حصصهم، ويؤدي لسوء تخزين الأدوية في منازل المرضى. في كثير من الحالات لا تتوفر الأدوية اللازمة عند الحاجة لها، أو تتوفر من شركات مختلفة أو بعبوات مختلفة مما يربك المرضى ويؤثر عليهم.

تناط مهمة مكافحة الأغذية الفاسدة في أسواق الضفة الغربية بلجنة تنظيم السوق الداخلية، المؤلفة من تسع جهات؛ وزارة الاقتصاد (حماية المستهلك) ثم وزارتا الصحة والزراعة، الضابطة الجمركية، جمعيات حماية المستهلك، اتحاداً الصناعات الغذائية والغرف التجارية وأيضاً لجننا

السلامة العامة والأمن الإقتصادي في جهاز الأمن الوقائي³⁴. في قطاع غزة هناك ست جهات رقابية موجودة في السوق وهي جهات رسمية حكومية لها دور في عملية الرقابة الغذائية، هي وزارة الصحة، وزارة الاقتصاد الوطني، وزارة الحكم المحلي (البلديات)، وزارة الزراعة، الشرطة، وأيضاً مؤسسة المواصفات والمقاييس التي تصدر مواصفات المواد الغذائية. في غزة تتبع دائرة سلامة الغذاء دائرة الطب الوقائي أما في الضفة فهو يتبع (صحة البيئة). يوجد طب وقائي في الضفة ولكن لا يندرج تحت صلاحياته مراقبة الأغذية.

تقرير صحفي استقصائي رصد على مدار عام كامل حالات التسمم بالأغذية الفاسدة فقدر أنها 500 حالة تسمم سنوياً، بحسب شهادات أطباء وإحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية في رام الله هذا عدا عن الآلاف من الحالات التي تعالج بالأعشاب والوصفات الشعبية ومن الصعب تقدير عددها.³⁵ كما يوجد في كل مدينة فلسطينية تقريباً محلات تجارية تقوم ببيع مواد غذائية شارفت صلاحيتها على الإنتهاء بأسعار زهيدة مما يشكل خطراً على الصحة العامة وسط إقبال كثيف وخصوصاً من ذوي الدخل المحدود والفئات الفقيرة والمهمشة، وفي ذلك خطورة على حياة المستهلك الذي قد يبتاعها فاسدة أو تفسد لديه بعد فترة وجيزة.

مصادر وزارة الصحة أكدت لفريق البحث أن السوق الفلسطيني سوق مفتوح ومن الصعب السيطرة عليه بوضعه الحالي وتحديداً لأنواع الغذاء التي يتم اسيرادها، حيث تسيطر الوزارة على أقل من 30% من إمكانيات الرقابة على هذه الأغذية في حين تسيطر بشكل شبه تام على أنواع الأغذية التي يتم إنتاجها محلياً. يضاف لذلك قلة الإمكانيات المادية واللوجستية للجنة تنظيم السوق وضعف التنسيق بين أذرعها، وتعدد المرجعيات القانونية مع وجود ثغرات في قانون العقوبات. كما أن شلل آليات سن أو تعديل القوانين - بسبب تعطل المجلس التشريعي منذ عام 2006- يزيد من تعقيد الامور أكثر.

تؤكد مصادر في وزارة الصحة على توفر الحد الأدنى من الفحوصات البيولوجية، ولكن هناك نقص في الفحوصات الكيميائية، مثل بعض فحوصات الاصباغ، ومخلفات المواد الزراعية، والمواد الكيميائية هذه أحياناً غير متوفرة أو يكون بها عجز، وأيضاً فحوصات الاشعاعات والتلوث الاشعاعي غير متوفرة. أما الفحوصات الكيميائية في حالة عدم توفرها في وزارة الصحة يمكن فحصها بمختبرات وزارة الاقتصاد. معظم عمليات الضبط كانت ولا تزال تتفقد عبر بلاغات من المستهلك الفلسطيني الذي اختار طريق حماية نفسه، وهذا موثق لدى وزارات الاختصاص. إن وعي المستهلك ساهم ويساهم في هذا المجال، إلا أن الإجراءات القانونية وخلق رادع فاعل ضد من يتاجر بهذه السلع لا زال ضعيفاً، الأمر الذي يسبب احباطاً لدى الرأي العام الفلسطيني³⁶.

34 خلف أغذية فاسدة تهدد صحة المستهلك في الأراضي الفلسطينية 2015/01/12

35 نفس المصدر

<https://www.aman-palestine.org/ar/media-center/2284.html>

36

تقوم وزارة الصحة بالرقابة الدورية على الأغذية باستخدام عدة آليات منها تنفيذ حملات تفتيش، فمثلا قامت بحملات تفتيش على المخازن ومحلات بيع العصائر ومطاعم الشاورما، وتم إيقاف عدة منشآت عن العمل، وإنذار منشآت أخرى. عادة ما يتجاوب أصحاب المنشآت ويقومون بتحسين أوضاعهم، والإلتزام بالشروط التي يجب توفرها بالمنتج، وبالتالي بعد فترة يعاد فتح المنشأة.

تم إعداد استراتيجية سلامة الغذاء في فلسطين 2017 - 2022 وإقرارها من قبل مجلس الوزراء، وعملت أطراف متعددة منها جمعية حماية المستهلك لتعديل قانون حماية المستهلك رقم 21 لعام 2005. تصر جمعية حماية المستهلك أن الإجراءات بمجملها بطيئة ولا تتناسب مع حجم المخالفات التي تطال سلامة الغذاء وتمس بحقوق المستهلك.

يوجد قانون حماية مستهلك رقم 21 لعام 2005، ويغطي بشمولية قضايا المستهلك المحورية. وتتمثل هذه القضايا بضرورة إظهار الأسعار، ومحاربة الغبن التجاري والغش والتلاعب بالأسعار والأغذية والسلع. وينظم القانون آلية حماية المواطنين، من خلال تأسيس جمعية حماية المستهلك، والمجلس الفلسطيني لحماية المستهلك، ويتيح للجمعيات رفع قضايا نيابة عن المستهلك دون أي حاجة لتوكيل كونها جمعيات تمثيلية، ويركز على قضايا تنسيقية بين الجمعية والقطاع العام.

يجرم قانون حماية المستهلك لعام 2005 الاتجار بالأغذية الفاسدة، ورغم ذلك فإن الجهات ذات العلاقة (بخاصة النيابة العامة)، تتحدث عن ثغرات دستورية في اللائحة التنفيذية لهذا القانون كخلوه من تعريف بعض المصطلحات مثل (منتهية، تالفة، فاسدة) بالتالي يلجأ قضاة لتطبيق قانون العقوبات الأردني الصادر عام 1960، والذي يتعامل مع جرائم الفساد في الدواء والغذاء على أنها "جثة" بسيطة تستبدل العقوبة في عدد كبير منها بالغرامة. ولدى الرجوع للأحكام الصادرة عن محاكم الضفة الغربية منذ عام 1996 حتى أكتوبر 2014، يتضح أنه لم يصدر أي حكم بالسجن في حده الأعلى عشر سنوات. ويلاحظ أيضاً من المعطيات التي استقيت من مجلس القضاء الأعلى أن واحدة من كل عشر قضايا تسقط بالتقادم بسبب طول فترة التقاضي.

طلبت مؤسسات المجتمع المدني بإشهار أسماء المتهمين بتزويد الأغذية الفاسدة وتسريع الإجراءات القضائية. مؤسسة حقوقية تقول يمكن أن يمس بحقوق الإنسان وتحديدًا في حال كانت التهم باطلة أو تستخدم الإدعاءات من أجل تصفية حسابات. وقام ائتلاف أمان باقتراح قانون معدل لقانون الإجراءات الجزائية رقم (3) لسنة 2001 اقترح فيه تعديل المادة (59) من ذلك القانون لتصبح على النحو الآتي: ” تكون إجراءات التحقيق أو النتائج التي تسفر عنها من الأسرار التي لا يجوز إفشاؤها، ويعتبر إفشاؤها جريمة يعاقب عليها القانون، إلا في القضايا التي تكون ذات علاقة بحماية المستهلك وصحته والتي يجوز للنائب العام نشر معلومات بشأنها، على ألا تتضمن المعلومات المنشورة تأكيداً لإدانة المتهم، أو مساساً بفرضية براءة المتهم حتى تثبت إدانته“.

وهذا التسابق أحيانا يدخل جهة رقابية على قطاع ليس مجالها ولا تستطيع أن تقدم الرأي الفني الدقيق به.

تتزايد الحالات المرضية على وقع نقص أعداد مراقبي ”الصحة“ (100 مكلف فقط)، لتفقد 50 ألف منشأة مرخصة بعضها يخضع لتفتيش سنوي والآخر يخضع لتفتيش دوري مستمر؛ مطاعم، محلات بيع أغذية ومصانع. وسط تضارب مسؤوليات ومهام بين جهات الرقابة والترخيص، يضاف لذلك قلة الإمكانيات المادية واللوجستية للجنة تنظيم السوق وغياب التنسيق بين أذرعها، وتعدد المرجعيات القانونية مع وجود ثغرات في قانون العقوبات. كما أن شلل آليات سن أو تعديل القوانين - بسبب تعطل المجلس التشريعي منذ عام 2006- أدى إلى تدفق أطنان من الأغذية الفاسدة للأسواق ما يؤدي إلى تسجيل 500 حالة تسمم سنويًا، بحسب شهادات أطباء وإحصائيات وزارة الصحة الفلسطينية في رام الله.

يلجأ القضاة لتطبيق العقوبة الأدنى لأن ”القوانين تتعارض في بعض نصوصها، ويغيب عنها الانسجام التشريعي، فتتعدد النصوص القانونية التي تحكم الواقعة الواحدة“. تعاملت المحاكم الفلسطينية مع 210 قضية تتصل بأغذية وبضائع فاسدة بين 1996 و2014. تبين الاحصائيات كذلك أنه صدر 37 حكماً بالبراءة (18%) - من إجمالي القضايا المحولة للمحاكم.

عدد الأحكام	
48 حكما	غرامة مالية من 10 إلى 100 دينار
40 حكما	غرامة مالية من 100 إلى الف دينار
5 أحكام	غرامة مالية من الف إلى 5 آلاف دينار
حكم واحد	غرامة مالية من 5 إلى 10 آلاف دينار
5 أحكام	الحبس شهر
3 أحكام	الحبس شهران
42 حكما	الحبس ثلاثة شهور
حكمان	الحبس ستة شهور
حكم واحد	الحبس سنة واحدة
37 حكما	براءة
21 حكما	سقوط القضية بالتقادم
5 أحكام	التحويل للنيابة لعدم الاختصاص

جدول تقريبي يوضح طبيعة الأحكام الصادرة عن محاكم الضفة بخصوص قضايا أغذية فاسدة
(210 قضايا) بين 1996 حتى 2014.³⁷

جرائم الدواء

انتشرت مظاهر وحالات جرائم الغذاء والدواء عام 2017 مع تعدد المرجعيات الرسمية التي تتابع هذه القضية، ومع دور ضعيف من قبل منظمات المجتمع المدني التي تعنى بحماية المستهلك. وطبقا لإحصائية نيابة الجرائم الاقتصادية في الضفة الغربية من تاريخ 1/1/2017 لغاية تاريخ 31/10/2017، فقد تم الكشف عن وجود 120 مخالفة وتهمة تتعلق بالمجال الصحي، كلها جنح وليس جنایات، حيث أحيل إلى المحكمة 106 فيما تبقى 14 تهمة قيد التحقيق. وهذا يفسر إنتشار جرائم الدواء لأن العقوبات غير رادعة لمرتكبي تلك الانتهاكات والجرائم.

37 صحيفة الحياة الجديدة- تحقيق استقصائي، أغذية فاسدة تهدد صحة المستهلك في الأراضي الفلسطينية

يتعرض مفتشو وزارة الصحة لعدة مواقف من الواسطة، والضغوطات من صانعي القرار بالرغم من وجود تجاوزات، كما يتعرض المفتشون لشبهات فساد بسبب طبيعة عملهم المباشرة مع القطاع الخاص، على الرغم من أن تنفيذ العقوبات والإجراءات القانونية بحق المخالف ليس من اختصاصهم، ويتمحور دورهم الأساسي في تقديم الرأي الفني حول صلاحية الغذاء ومعايير الصحة والسلامة المهنية³⁸. التواصل بين مفتشي الوزارة وبين المؤسسات ومنشآت المواد الغذائية يتم بشكل روتيني من خلال تجديد الترخيص سنويا، ويتكفل المفتشون بشرح الأمور الأساسية المطلوب توفيرها بالمنشأة، ومتابعة مدى الإلتزام بالتنفيذ.

الحق في الحصول على المعلومات الصحية

ما زال قانون الحق في الحصول على المعلومات يراوح مكانه على الرغم من تعهد رئيس الوزراء السيد رامي الحمد الله بإطلاقه أواخر العام 2016.

مدونات سلوك العاملين في القطاع الصحي (الأهلي والخاص والعام)

لم ينص القانون الأساسي الفلسطيني على أخلاق المهن الصحية، ولم يتناول ذلك بشكل مباشر، أو ضمن مادة مستقلة. فقد نص القانون الأساسي الفلسطيني على عدم جواز إجراء أي تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضا قانوني مسبق، ولا يجوز إخضاع أحد للفحص الطبي أو للعلاج أو لعملية جراحية، إلا بموجب القانون الذي ينظم ذلك. وتناول القانون «تنظيم علاقات العمل بما يكفل العدالة للجميع، ويوفر للعمال الأمن والرعاية الصحية والإجتماعية. كما أكد القانون على عدم إستغلال الأطفال لأي غرض كان، وعدم السماح لهم بالقيام بعمل يلحق ضرر بسلامتهم أو بصحتهم أو بتعليمهم. أما قانون الصحة العامة رقم (20) لسنة 2004 حدد العقوبات المقررة على من يخالف أحكام القانون»(23).

من الأمثلة على مدونات السلوك في القطاع الصحي، مدونة السلوك التي أعدها الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة أمان بالتعاون مع إدارة مستشفى جمعية المقاصد الخيرية الإسلامية الخاصة بموظفي المشفى. حيث اعتمدت المدونة على ست مبادئ أساسية تعكس الواجبات الأخلاقية الخاصة بسلوك الموظف في مستشفى المقاصد أثناء تأديته للخدمة مما يعزز احترام كرامة المرضى باعتبار ذلك حقا أساسيا من حقوق الإنسان حسب الآتي:

1. **إحترام القانون:** ويعني الإمتثال للقواعد والأحكام القانونية الناظمة للعمل؛ أي التشريعات الصحية بمختلف مستوياتها القانونية، وتطبيق أحكام القضاء دون تأخير أو إبطاء، لأن مبدأ سيادة القانون وإستقلال القضاء أساس للحكم الصالح.
2. **الحيادية:** وتعني التصرف بموضوعية في القضية المعروضة على الموظف، بعيداً عن أية اعتبارات أخرى، وتقديم الخدمات والنصح والإرشاد في المجالات الصحية المختلفة لكافة المواطنين بذات الجودة المطلوبة، وبغض النظر عن توجهاتهم السياسية المختلفة.
3. **النزاهة:** وتعني تقديم الخدمات للمواطنين بأمانة وإخلاص، لأن خدمة المواطن ونيل ثقته هما غاية الوظيفة العامة، لذلك فإنه يتوجب على موظف المستشفى أن يسعى للحفاظ على ثقة المواطنين وتعزيزها والتأكيد على أهمية نزاهة الإدارة الصحية، والحرص على المصلحة العامة للمجتمع؛ بالألا يستخدم منصبه وسلطاته أو يسمح باستخدامها بطريقة غير سليمة، وأن يغلب المصلحة العامة على مصالحه الخاصة في حال نشوء تضارب بين هذه المصالح، وأن يكشف عن حالات إساءة إستخدام السلطة واستغلال النفوذ وسوء الإدارة في حال اطلاعه عليها، وأن لا يكشف عن أي معلومات رسمية بطريقة غير صحيحة أو أن يستخدمها لأغراض شخصية.
4. **المهنية:** تعني أن على موظفي المستشفى، عند أدائهم للواجبات الوظيفية، ضمان تنفيذها وفق أعلى المعايير المهنية المتعارف عليها في تقديم الخدمات الصحية، بما يضمن جودة وكفاءة الخدمات المقدمة، ونيل ثقة المواطنين ورضاهم.
5. **الاجتهاد:** تعني على موظف المستشفى أن يؤدي واجبه تجاه المواطنين بكل جد واجتهاد وعناية وانتباه، وأن يدرك أنهم أصحاب حاجة ويتوقعوا منه الكثير على الصعيد الإنساني والخدمي، وعليه أن يتقيد بالعدالة الإجرائية المطلوبة في عملية صنع القرارات الإدارية، وأن يقدم النصيحة المناسبة لمسؤوليه في العمل وفي التوقيت المناسب، وأن يتجنب السلوك الذي ينم عن الإهمال أو عدم الاكتراث.
6. **الاقتصاد والفعالية:** ينبغي على موظف المستشفى عند قيامه بواجباته الوظيفية أن يحرص على عدم تبديد المال العام أو إساءة استخدامه أو استعماله بطريقة غير سليمة، وأن يدير كل أشكال الموارد العامة كالموارد البشرية والمادية بطريقة تؤدي إلى الحفاظ على الممتلكات والإيرادات العامة، وأن يضمن تقديم الرعاية والخدمات الصحية للمواطنين بفعالية وجودة عالية في الأداء.³⁹

دور الجهات الرقابية الرسمية في حماية الحق في الصحة من الفساد

ذكرت وزارة الصحة في تقريرها السنوي لعام 2016 عدم توفر ما نسبته 23% من الأدوية خلال عام 2016، وبينما بلغ عدد حالات السرطان المبلغ عنها في الضفة الغربية نحو 2536 حالة، حيث أن 25% من أدوية السرطان لم تتوفر في فلسطين، كما أن عدد حالات السكري المبلغ عنها لعام 2016 في الضفة الغربية وحدها وصلت إلى 5148 حالة لم تتوفر سوى ما نسبته 15% من أدوية السكري في نفس العام. أما عدد حالات الأمراض النفسية فبلغ 2712 حالة لم تتوفر ما نسبته 18% من الأدوية النفسية في فلسطين في عام 2016. وبلغت حالات مرضى الفشل الكلوي في الضفة الغربية 1119 عام 2016 إلا أن 17% من أدوية زراعة الكلى لم تتوفر أيضاً في فلسطين⁴⁰.

طبقاً لتقارير ديوان الرقابة المالية والإدارية السنوية لعام 2015 فقد أشار التقرير إلى جملة قضايا تمس القطاع الصحي⁴¹:-

1. عدم وجود موازنة كافية لتغطية احتياجات المرضى من الدواء بوجود فجوة بمقدار 86 مليون شيقل لتغطية الاحتياجات الفعلية للأدوية والتي قدرت وقتها بمبلغ 290 مليون شيقل عام 2015.
2. عدم وجود آلية معتمدة وواضحة لتحديد احتياجات وزارة الصحة من الأدوية والذي يعتمد على مدى توفر مخصصات في الموازنة المرصودة لشراء الأدوية، وعدم إجراء التخطيط المناسب واللازم في مجال شراء الأدوية.
3. نتيجة لسوء التخطيط، تجاوز مبلغ شراء الأدوية المخصص في الموازنة المعتمدة للعام 2015 لوزارة الصحة بمبلغ 22.7 مليون شيقل أي بزيادة 11% عن المخصص حيث أن المخصص 204.3 مليون شيقل، وبالتالي تم شراء أدوية بما قيمته 227 مليون شيقل
4. لم يتم توريد كافة الأدوية في عطاء 2015 لوزارة الصحة حيث أن 32 صنفاً لم يتم توريدها إلى المستودع المركزي، في حين أن 168 صنفاً غير متوفرة في بعض المراكز الصحية أي ما نسبته 30% من الأدوية (القائمة الأساسية للأدوية تشمل 530 صنفاً)، نتيجة لضعف التنسيق بين صيدليات وزارة الصحة في المحافظات، والمستودعات الرئيسية للأدوية، ما يؤدي إلى خلل في توفير الأدوية في بعض المناطق.
5. ديون متراكمة على وزارة الصحة، حيث بلغت المستحقات المالية لموردين الأدوية حتى تاريخ 2017/7/22 ما قيمته 791 مليون شيقل أي 208 مليون دولار

40 وزارة الصحة، تقرير 2016 الصادر عن الوزارة.

41 ديوان الرقابة المالية والإدارية، التقرير السنوي.

6. تم شراء أدوية خارج قائمة الأدوية الأساسية المعتمدة بحوالي 4 مليون شيقل، ما يؤكد على ضعف التخطيط في هذا المجال، حيث تم الشراء بموجب استثناء وموافقة من معالي وزير الصحة دون وجود معايير محددة ومعتمدة لإختيار الحالات المرضية التي يستوجب شراء أدوية خاصة لها حيث بلغت مشتريات الوزارة من الأدوية الخاصة خلال عام 2015 حسب سجلات الوزارة مبلغ 4 مليون شيقل
7. تم خلال عام 2015 شراء الأدوية بموجب أكثر من عطاء ما يتعارض مع القانون ويدل على سوء الإدارة والتخطيط
8. تم إتلاف بعض الأصناف نتيجة إنتهاء صلاحيتها بما قيمته 358 ألف شيقل أي ما يقارب 100 ألف دولار
9. تتم إجراءات العطاء خلال النصف الأول من العام مما يعني تأخير في توريد الأدوية، والأصل أن يتم تحضير العطاء في الربع الرابع من السنة السابقة، ليتم توريد الأدوية مع بداية السنة
10. ضعف الإلتزام بقانون اللوازم العامة وتعليماته وقانون التأمين الصحي وقانون الموازنة العامة
11. عدم قيام دائرة مشتريات الأدوية في وزارة الصحة بالتأكد من وجود حاجة فعلية لبعض مشتريات الأدوية وعدم إشراك وزارة الصحة في تحديد تلك الإحتياجات
12. تم شراء أدوية لقطاع غزة دون قيام وزارة الصحة بالتأكد من الحاجة الفعلية للأدوية المراد شراؤها وكذلك بالنسبة لشراء الأدوية الخاصة بالخدمات الطبية العسكرية
13. عدم وجود آلية واضحة لتحديد الإحتياجات الفعلية
14. تراوحت موازنة وزارة الصحة من الموازنة العامة للسلطة الفلسطينية، من العام 2010 إلى 2014، ما بين (10-11 %) من الموازنة العامة، علماً أن النمو السكاني يبلغ سنوياً نحو 3 %، ولا يتم الأخذ بعين الإعتبار النمو السكاني، والزيادة الطبيعية لنسب المرضى، وحاجتهم للدواء. وأشار الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني إلى أن نسبة الإصابة بمرض مزمن واحد، تبلغ 18.1 % من الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة.
15. آليات شراء الأدوية لبعض الأمراض النادرة، أو الأدوية ذات التكلفة العالية. فبالرغم من حصول المرضى على موافقة من وزارة الصحة على شراء الأدوية النادرة والغالية الثمن، إلا أن إجراءات الشراء تستغرق وقتاً طويلاً، يمتد أحياناً لأكثر من ثلاثة شهور.
16. يستمر انقطاع أدوية الأمراض المزمنة في وزارة الصحة الفلسطينية، لفترات متقطعة ومتكررة، وتستغرق أحياناً عدة أشهر.

17. عدم الوضوح في التخطيط لإحتياجات المرضى من الأدوية، وعدم مراعاتها لزيادة أعداد المرضى تبعاً للمناطق.

18. غياب قاعدة بيانات مُحدثة حول أعداد المرضى تبعاً للمرض، يؤدي إلى عدم توفر الأدوية في كثير من الأحيان.

تم حوسبة نظام الشكاوى الحكومي الذي يقوم على التعاون والتنسيق بين إدارات وحدات الشكاوى في الوزارات والمؤسسات والأجهزة الأمنية، وبالتنسيق مع المؤسسات الأهلية والحقوقية، ورغم ذلك ما يزال يواجه عدداً من التحديات والمعوقات، بالإضافة إلى افتقار العديد من الهيئات الرسمية والمحلية لوجود نظام شكاوى فعال.⁴²

فيما يتعلق بالأغذية يوجد مذكرات تفاهم معنية بسلامة الغذاء والرقابة عليه، وموقعة من كافة الجهات الرقابية الرسمية، ولكن ينبغي إنفاذها وتفعيلها لكي تصبح الموجه لعمل جميع الجهات دون هدر لحقوق الإنسان ودون زيادة فرص الفساد. وعلى الرغم من ذلك وبسبب عدم وضوح الأدوار لكل جهة وعدم التنسيق بين الجهات الرقابية فإن الفوضى في الرقابة هي السائدة، فقد يتعرض منفذ البيع الواحد للتفتيش من عدة جهات رقابية في نفس الفترة ما يربك صاحب العمل ولهذا يجب التنسيق وتحديد الأدوار حتى لا يكون التاجر أو صاحب المنشأة الغذائية عرضة للتفتيش المتواصل، دون أن يشكل التفتيش رادعاً لإرتكاب المخالفات.

دور الجهات الرقابية المجتمعية (منظمات حقوق الإنسان) في حماية الحق في الصحة من الفساد

تهتم الهيئة المستقلة لحقوق المواطن (ديوان المظالم) في توثيق حالات إنتهاك حقوق الإنسان بسبب الفساد، وقامت الهيئة بالتعاون مع هيئة مكافحة الفساد بإعداد تقرير عن الحق في الصحة والفساد، كما قامت الهيئة بتحويل عدة قضايا حقوق صحية لهيئة مكافحة الفساد.

كما زاد إهتمام مؤسسات حقوق الإنسان بقضايا الحق في الصحة والفساد، وقام مرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية بالتعاون مع المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان في غزة بعقد مؤتمر وطني في صيف 2017 تناول في محاوره العديد من قضايا الحق في الصحة والفساد في المجتمع الفلسطيني.⁴³ وكان مجلس الوزراء الفلسطيني قد أعلم يوم 15 فبراير 2017 إلغاء جميع التأمينات

42 تقرير واقع النزاهة ومكافحة الفساد، الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة «أمان» 2016

43 مقابلة مع مدير مرصد السياسات الاجتماعية والاقتصادية

الصحية الممنوحة للعاطلين عن العمل بدء من الأول من مارس القادم. قرار مجلس الوزراء سرعان ما لقي استنكاراً وغضباً من قبل منظمات المجتمع المدني حيث طالب ائتلاف الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في 15 فبراير 2017 (وهو ائتلاف يضم أكثر من 55 مؤسسة أهلية واتحاد نقابي) مجلس الوزراء بالتراجع عن قراره بإلغاء التأمين الصحي للعاطلين عن العمل معتبرين قرار الحكومة تجاوزاً للقانون الأساسي.⁴⁴

وفي قطاع غزة أطلق ناشطون بدعم من الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة «أمان» مبادرة مجتمعية لتعزيز حماية المستهلك وتفعيل دور المجتمع المدني في الرقابة والمساءلة، حيث تم تشكيل وإطلاق الفريق الأهلي لحماية المستهلك في آذار 2017 عوضاً عن جمعية حماية المستهلك غير المفعله في قطاع غزة.

أشارت احصاءات 2017 إلى وجود بعض الحالات الجديدة التي نتجت عن أخطاء مخبرية تمت في مختبرات وزارة الصحة، دون أن تتم محاسبة مرتكبي مثل هذا الخطأ المخبري، وإبقاءهم على رأس عملهم رغم تسببهم في حالات مرضية جديدة تكلف السلطة ما لا يقل عن 20 ألف دولار شهرياً.

يمكن التأكيد على تحسن ملحوظ في وضع مرضى الثلاثيميا خلال العشرين سنة الماضية حيث ارتفع متوسط عمر المرضى من 8 سنوات إلى 20 سنة، كما طرأ انخفاض ملحوظ في عدد الحالات الجديدة التي تشخص كمرض. لكن في نفس الوقت توفي في العام 2017، 12 مريض منهم 10 في قطاع غزة علماً بأن المتخصصين يؤكدون على إمكانية منع حالات الوفيات بتقديم العلاج المناسب، في الوقت المناسب وبالطريقة الصحيحة.

حسب وزارة الصحة أن جميع مرضى قطاع غزة مشمولين بالتأمين الصحي الحكومي. إلا أن مرضى الثلاثيميا يعانون بسبب تعطل الأجهزة ويضطر المريض للإنتظار شهرين أو ثلاثة من أجل صورة رنين مغناطيسي مثلاً، أو لإجرائها في القطاع الخاص حيث تكلف (300-500 شيقل).

القسم الثالث

النتائج والتوصيات

هناك العديد من القضايا المتشابكة التي تمس الحق في الصحة ومنها التأمين الصحي الحكومي، شراء الخدمات الصحية أو ما يعرف بالعلاج في الخارج، والدواء والغذاء، وجميعها قضايا أساسية لضمان الحق في الصحة، وتحديدًا للفئات الفقيرة والمهمشة التي لا تستطيع شراء خدمات خاصة ذات أسعار باهظة.

من الواضح أن وزارة الصحة خطت خطوات جيدة تجاه تحسين النظام الصحي ضد الفساد، بتحديث المعايير، وإتباع تشكيل اللجان التي تجدد دوريًا، ونشر معلوماتها على مواقع إلكترونية ومواقع التواصل الاجتماعي، ووضع نظام تلقي شكاوى. إلا أن بعض فرص الفساد ما زالت تتمثل في:

- انتشار الوساطة والمحسوبية في تلقي العديد من الخدمات الطبية، والأدوية والعلاج في الخارج.
- سوء استخدام الموقع العام من قبل بعض الكوادر الطبية لأغراض المنفعة الشخصية، واستخدام الموارد العامة بما يخدم المرضى القادرين على دفع رسوم العيادات الخاصة.
- استخدام النفوذ من أجل الحصول على تحويلات طبية وخدمات علاجية غير مشمولة في التأمين الصحي
- الفساد السياسي والإنقسام السياسي ساهما بزيادة انتهاكات الحق في الصحة وفرص الفساد من خلال مناكفات سياسية أدت إلى تقليص الخدمات ونقص الأدوية في قطاع غزة
- ضعف أنظمة الرقابة المهنية على مزودي الخدمات الصحية، بما في ذلك الأطباء والفيون، وغياب نظام مساءلة يضمن منع المخطئ من مزاولة المهنة قبل إعادة تأهيله.
- إن عدم توفر الشفافية في إتاحة المعلومات بشكل واسع، وتسجيلها بشكل واضح لا يمنح المؤمنين في التأمين الصحي فرصة المطالبة بحقوقهم وفقًا لما هو مسجل في عقد التأمين. هذا الواقع يتيح الفرصة أحيانًا لأي طرف متنفذ للإستفادة من حالة عدم الوضوح هذه.

التوصيات

- مطلوب من الحكومة تعديل ومواءمة قانون الصحة العامة وبقية التشريعات ذات الصلة مع الإتفاقات الدولية لحقوق الإنسان التي إنضمت إليها دولة فلسطين وباتت طرفاً فيها.
- مطلوب من وزارة الصحة تفعيل إجراءات المساءلة والمحاسبة من خلال التحقيق الفاعل والجددي في الشكاوي المتعلقة بانتهاكات الحق في الصحة.
- مطلوب من مجلس الوزراء اعتماد نظام التأمين الصحي الشامل الإلزامي، وربطه بالعدالة الاجتماعية ليصبح نظام ضمان وطني شامل، وربطه بدفع الضرائب.
- مطلوب من وزارة الصحة توطين الخدمات الصحية والعمل ضمن استراتيجية واضحة لتقليل حجم التحويلات للخارج (شراء الخدمة الصحية من خارج وزارة الصحة) قدر الإمكان، والاعتماد على القدرات الذاتية في تعزيز ثقة المواطن بالخدمات الصحية.
- مطلوب من مجلس الوزراء تطوير إطار قانوني يساعد على تنظيم مسألة المساءلة عن الأخطاء الطبية؛ وباتفاق جميع الأطراف المعنية بما يضمن إحترام حقوق الإنسان للمرضى ولمزودي الخدمات الطبية، ويحدد نظم الرقابة والمساءلة والمحاسبة على الأخطاء المهنية، واستعادة ثقة المواطنين بالنظام الصحي.
- مطلوب من الجامعات إقرار مادة للتوعية بفرص الفساد في جميع الكليات التي تقوم بتدريس المهن الطبية والصحية والطب والصيدلة، كوقاية من فرص وشبهات الفساد قبل وقوعها.
- مطلوب من وزارة الصحة عمل قائمة بكافة الخدمات التي يشملها التأمين الصحي ونشرها على موقع وزارة الصحة والإشارة لهذا الموقع على بطاقة التأمين. لضمان حصول كافة المؤمنین على المعلومات الضرورية حول الخدمات التي يغطيها التأمين الصحي.
- مطلوب من وزارة الصحة تفعيل مدونة سلوك للعاملين في القطاع الصحي.

قائمة المصادر

- الشعبي، عزمي، وسمود البرغوثي، مبادئ استرشادية في الدمج بين الدفاع عن حقوق الإنسان ومكافحة الفساد، أمان: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة، 2017.
- أمان: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة، بيئة النزاهة والشفافية والمساءلة في التحويلات للعلاج التخصصي خارج مؤسسات وزارة الصحة، سلسلة تقارير (83)، 2014.
- أمان: الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة، واقع النزاهة ومكافحة الفساد: التقرير السنوي التاسع، 2016.
- الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان، الأخطاء الطبية: نحو حماية قانونية متوازنة لأطراف الأخطاء الطبية، سلسلة تقارير قانونية رقم (77).
- دعيس، معن شحدة، العلاقة بين حقوق الإنسان والفساد، سلسلة تقارير قانونية رقم (85)، الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان (ديوان المظالم) وهيئة مكافحة الفساد، 2016.
- حسن عودة، هاني، أخلاقيات المهن الصحية في التشريعات الفلسطينية وأثرها في الموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني، 2015. <http://pelest.com/news/view/id/9982>
- Peters, Anne, **Corruption and human rights**, Basel Institute of Governance, 2015.
- Pose, RoyNew, **Evidence that Corruption Threatens the Right to Health Care**, <http://www.ichrpblog.org/2011/12/new-evidence-that-corruption-threatens.html>
- Vian, Taryn, **Corruption in the health sector: Updated November 2008**, U4:Anti- Corruption Resource Center, 2008.

مقالات صحفية:

- الخطيب، وضاح قطاع التأمين الصحي في فلسطين بين الواقع والمطلوب، 2014 <https://pulpit.alwatanvoice.com/articles/2014/01/18/317851.html>
- جبيل، كامل «حماية المستهلك» تدعو لإشهار أسماء مروجي البضائع الفاسدة، 27.11.2017.
- [/http://www.alquds.com/articles/1511676950950394500](http://www.alquds.com/articles/1511676950950394500)

● خلف، خلف أغذية فاسدة تهدد صحة المستهلك في الأراضي الفلسطينية 2015/01/12

● Arij.net

● أبو عامر، خالد الفلسطينيون يرفضون وقف الحكومة التأمين الصحي للعمال،

● <https://www.al-monitor.com/pulse/ar/originals/2017/02/palestine-free-health-insurance-cancel-unemployment-pa.html>

مواقع الكترونية:

● موقع مؤسسة الائتلاف من أجل النزاهة والشفافية (أمان): www.aman-palestine.org

● موقع هيئة مكافحة الفساد-فلسطين: www.pacc.pna.ps

● موقع منظمة الصحة العالمية: www.who.int/ar

● موقع منظمة الشفافية الدولية: www.transparency.org

● موقع مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان: www.ohchr.org

● موقع الهيئة المستقلة لحقوق الإنسان: www.ichr.ps

● التأمين الصحي في دولة فلسطين <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=2995>

● الإدارة العامة للتأمين الصحي- <http://www.moh.ps/Index/Circle/CircleId/19/Lan-guage/ar>

● <https://www.aman-palestine.org/ar/activities/1936.html>

● <https://www.alwatanvoice.com/arabic/news/2014/12/29/640234.html>

● <http://www.maannnews.net/Content.aspx?id=675208>

● <https://paltoday.ps/ar/post/240940>

● http://majed2011.blogspot.co.uk/2011/03/blog-post_08.html

● <https://www.alwatanvoice.com/arabic/news/2016/01/18/852677.html>

● <http://pngoportal.org/news/8011.htm>



aman

أمان

الائتلاف

من أجل

النزاهة

والمساءلة

Transparency Palestine



© جميع الحقوق محفوظة الائتلاف من أجل النزاهة والمساءلة (أمان)

برنامج تعزيز الوعي المجتمعي في العلاقة بين الفساد وحقوق الإنسان
والذي ينفذ بالشراكة بين أمان وبرنامج سواسية المشترك بين برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وهيئة الأمم المتحدة
للمرأة واليونيسف (تعزيز وصول الشعب الفلسطيني للعدالة والأمن 2014-2018)

غزة: شارع الحلبي - متفرع من شارع ديغول بالقرب من
وزارة الشؤون المدنية - عمارة الحشام / الطابق الأول
تلفاكس: 082884767
082884766/8

رام الله: عمارة الريماوي - الطابق الأول - شارع الإرسال
ص.ب: رام الله 339 القدس 69647
هاتف: 022974949 - 022989506
فاكس: 022974948

بريد الكتروني: info@aman-palestine.org
الموقع الإلكتروني: www.aman-palestine

    /AmanCoalition