السلطـــة الوطنيـــة الفلسطينـيـة
وزارة الصحة الفلسطينية

الخطة الاستراتيجية الوطنية الصحية

2013 - 2011

تحديد التوجه الاستراتيجي للوصول إلى النتائج المرجوة

المحتويات

وزارة الصحة: الرؤية والرسالة والمبادئ 3
مقدمة 4

الفصل 1. نظرة عامة 5
1.1 هذه الاستراتيجية؟ 5
2.1 المنهجية والأساليب الاستراتيجية التنموية 5
3.1 تحليل الاوضاع 7

الفصل 2. سياق السياسة الصحية 29
1.2 ادارة الوزارة وبناء الدولة 29
2.2 فعالية المعونات والتنسيق والشراكة 30
3.2 الأولويات والسياسات 33

الفصل 3. التوجه الاستراتيجي الصحي 2011 - 2013 38
1.3 الاستراتيجية الوطنية للصحة : الأهداف والبرامج 38
2.3 النتائج المخطط لها 42
3.3 عوامل النجاح الحاسمة والآثار والمخاطر 44

الفصل 4. تعزيز القدرات في تحقيق النتائج 46
1.4 إدارة القطاع الصحي 46
2.4 تنمية القدرات 46
3.4 المتابعة والمراقبة والتقييم 47
المرفقات 50
المرفق(أ): إطار الاستراتيجية الوطنية للصحة 2011 - 2013 50
المرفق(ب): إطار النتائج 54
المرفق(ج): خريطة الطريق لاستراتيجية التنمية 61
المرفق(د): قائمة الاختصارات 67
المرفق(هـ): جداول 68

الرؤية

نظام صحي شامل متكامل يساهم في تحسين وتعزيز مستدام للوضع الصحي بما فيه المحددات الرئيسية للصحة في فلسطين

رسالة وزارة الصحة

ان وزارة الصحة في السلطة الوطنية الفلسطينية، كإحدى مؤسسات دولة فلسطين المستقلة ملتزمة بمبدأ العمل المشترك مع جميع الشركاء لتطوير الأداء في القطاع الصحي والارتقاء به وذلك لضمان إدارة القطاع الصحي بشكل مهني سليم وخلق قيادة قادرة على وضع السياسات وتنظيم العمل وضمان توفير خدمات نوعية في كل القطاع الصحي العام والخاص

مبادئ القطاع الصحي

الحق في الصحة لجميع ابناء الشعب الفلسطيني

الحصول على خدمات صحة عامة ورعاية صحية ذات جودة عالية للجميع بمساواة وعدالة

الاهتمام بالشرائح المهمشة وعلى الأخص تلك المعزولة في الاغوار والقدس الشرقية وتلك المتضررة من جدار الفصل العنصري وسكان قطاع غزة الذي يواجه حصاراً خانقاً منذ عدة سنوات

الحكم الرشيد

مقدمة

بسعادة بالغة أُقدم لكم الاستراتيجية الصحية الوطنية للأعوام 2011-2013، هذه الاستراتيجية التي تم اعدادها من قبل كافة الشركاء في القطاع الصحي الحكومي والأهلي والخاص بالاضافة لمنظمات الامم المتحدة، بإشراف و قيادة فريق التخطيط الصحي في وزارة الصحة والذي يضم أعضاء من مكتب وزير الصحة، الادارة العامة للتخطيط والسياسات الصحية ووحدة التعاون الدولي.

لقد حددت هذه الاستراتيجية وللسنوات الثلاث القادمة الأولويات التي ستؤدي إلى تطوير وزارة الصحة الفلسطينية كمؤسسة حكومية تتمتع بقدرات عالية لقيادة وحوكمة وتنظيم القطاع الصحي الفلسطيني مما يجعل من هذه الاستراتيجية حجر أساس في عملية تطوير وزارة الصحة الفلسطينية لتتناسب مع بناء الدولة الفلسطينية المستقلة.

ومما لا شك فيه أن هذه الاستراتيجية تختلف عن سابقتها كونها تشكل منظومة من الجهود المتظافرة لتؤدي في نهاية المطاف إلى ضمان وجود خدمات صحية وطبية امنة ومستدامة وذات جودة عالية.

ان اولى أولويات الاستراتيجية الوطنية الصحية والتي تنبع من رؤية وزارة الصحة الفلسطينية بالتأكيد على حق الجميع في الصحة؛ هي المشاركة في بناء الدولة الفلسطينية من خلال التركيز على حوكمة جيدة وخدمات طبية امنة ذات جودة عالية ومستدامة يتم تحقيقها من خلال اليات تمويل ملائمة وكوادر بشرية كفؤة.

كما يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر والتقدير لكافة الشركاء الذين ساهموا مع فريق التخطيط الصحي بالمشاركة في الاجتماعات الاستشارية، مراجعة النسخ الأولية وتقديم أفكارهم البناءة.

ومعا جميعا سيستمر هذا التعاون لتنفيذ هذه الاستراتيجية لتحقيق النتائج المرجوة.

د. فتحي أبو مغلي

وزير الصحة

رام الله 2010

1.1 هذه الاستراتيجية

تتميز هذه الاستراتيجية بالتركيز على أولويات معدودة ومحددة، في اطار من السياسات الصحية التي تركز على الحكم الرشيد وبناء الدولة.

تستند إلى وقائع وبراهين محسوسة، تاخذ بالحسبان ان الاحتلال والعوامل السياسية تشكل تحديا لم يسبق له مثيل، حيث أن الحصول على معلومات صحيحة في الأراضي الفلسطينية المحتلة تعتبر عملية شاقة في معظم الأحيان.

كما تدعو إلى ضرورة ان تكون العملية الادارية عمليه مهنية تسهم في بناء الدولة على الصعيد الصحي. كما تتبنى تعزيز دور وزارة الصحة في بناء قدراتها ومراجعة سياساتها والاستجابة الفورية للمستجدات.

تركز هذه الخطة على الأهداف والنتائج المخطط لها والإجراءات الاستراتيجية ومؤشرات الإنجازات والتكاليف المقدرة والمسؤولية القيادية للسنوات القادمة. كما يمكن ان تنبثق من هذه الخطة خطط وطنية سنوية وعلى مستوى المحافظات.

وهذه الاستراتيجية تؤكد على اصلاح آلية تسلم المعونات وادارتها، لتجنب التداخل والازدواجية في البرامج الصحية وادارة المعونات بما يتماشى مع البرامج الوطنية ومبادئ باريس 2005، واعلان أكرا 2008.

2.1 المنهجية والأساليب الاستراتيجية التنموية

1.2.1 عملية التخطيط

تقوم هذه الاستراتيجية على رؤية شاملة بمشاركة جميع المعنيين ومقدمي الخدمات الصحية، كما تعكس الأولويات الحقيقية في اطار النظام الصحي الفلسطيني، كما تأخذ بعين الاعتبار واقع الحال في الأراضي الفلسطينية التي تعيق تنفيذ هذه الاستراتيجية وعلى رأسها الاحتلال الاسرائيلي وممارساته كجدار العزل العنصري والحواجز العسكرية والحصار والخنق الاقتصادي والاجتماعي.

تقود الادارة العامة للسياسات والتخطيط هذه العملية آخذة بعين الاعتبار الخطط الاستراتيجية السابقة خاصة خطة 2010-2008 بالتعاون مع كافة الادارات والوحدات في الوزارة، وبمشاركة كافة القطاعات الأهلية والخاصة ويتم ذلك بالتنسيق مع وزارة التخطيط والتنمية الادارية وغيرها من الوزارات والمؤسسات ذات الصلة.

تستند هذه الاستراتيجية على الخطط الاستراجية السابقة والعديد من الدراسات والحوارات والمؤتمرات أهمها المؤتمر الصحي الأول الذي عقد في أيار عام 2009 برعاية وزير الصحة، وما اتخذه من توصيات وقرارات

إلــى جانب العديد مــن البيانات والمعلومات وغيرها من الأبحاث والدراســات التي تمت في فلســطين خلال الســنوات السابقة وقد ادرجت توصيات المؤتمر الصحي المتعلقة بالادارة المالية وتقديم الخدمات والشراكة بين القطاعين العام والخاص وتنمية الموارد البشــرية في الفصل الثالث ضمن أولويات هذه الاســتراتيجية.

2.2.1 النهج القائم على المشاركة

ان هذا النهج القائم على المشاركة يتم ايضاً من خلال الحوار والمناقشة مع لجان التنسيق والهياكل القائمة ومنها لجنة المتابعة والتقييم، والمجموعة العاملة في قطاع الصحة (والتي تضم الجهات المانحة الرئيسة ووكالات الأمم المتحدة والتنمية الدولية والمنظمات غير الحكومية ويرأسها وزير الصحة مع منظمة الصحة العالمية التي تقدم الدعم التقني لهذه المجموعة). وتعرض كافة هذه الاستراتيجيات على المجلس الوطني للتخطيط والسياسات الصحية الذي يرأســه الوزير ويضــم كافة العاملين في القطاع الصحي ككليــات العلوم الصحية والمنظمات الأهلية والنقابات والقطاع الخاص والمجلس الطبي (الصحي) والوزارات ذات الصلة وشبكات الرعاية الصحية.

لإلقاء نظرة تفصيلية على مشاركة المعنيين في وضع هذه الاستراتيجية بصيغتها النهائية -التي ستعرض على مجلس الوزراء للمصادقة عليها- انظر المرفق (ج).

3.2.1 الاستراتيجيات السابقة

لقد أعدت عدة خطط صحية إستراتيجية أولها الخطة الإستراتيجية الوطنية 1998-1994، والخطة التنفيذية 1996-1994 خلال الفترة الانتقالية التي تلت اتفاقية أوســلو. كما أعدت وزارة الصحة الخطة الإســتراتيجية «الثانية» 2003-1999. وفي العام 2001 ومن خلال جهد مشــترك بيــن وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي أعدت الخطة الوطنية لتنمية الموارد البشرية والتعليم الصحي.

أحدث الخطط كانت الخطة الإســتراتيجية 2010-2008 والتي تركزت بشــكل رئيس على القواعد الأساسية لبناء نظام صحي فاعل يتضمن تحســين الخدمــات الصحية والبنية التحتية، تنمية الموارد البشــرية، وبناء نظام مالي مستدام. وقد تحققت خلال السنوات الثلاث الماضية عدة انجازات تمثلت في إعداد مسودة لقانون تأمين صحي وطني والبدء بتأســيس مجمع فلســطين الطبي كمركز للتميز يتمتع بإدارة لامركزية مستقلة. إضافــة إلى ذلك فقد أنشــأت العديد مــن المراكز الصحية والعيادات في القــرى النائية لتمكين المواطن من سهولة الوصول إليها والاستفادة من خدماتها.

وفــي الفتــرة 2010-2008 تم تفعيل تقوية عمليــة التخطيط في الوزارة وتطوير وضــع الخطط التنفيذية الســنوية، وتحضير الموازنات الموازية لهذه الخطط التنفيذية. كما تــم وضع آلية لعملية المتابعة والتقييم لهــذه الخطط الإســتراتيجية والتنفيذية. إن آليــة المتابعة والتقييم في وزارة الصحــة تتطابق وتغذي نظام

المتابعة والتقييم الوطني الذي تأسس بمشاركة الوزارات المختلفة وتديره وتنسق أعماله وزارة التخطيط والتنمية الإدارية نيابة عن السلطة الوطنية.

3.1 تحليل الاوضاع الحالية

يعتمد التحليل التالي على المعلومات المتوفرة من مصادر وجهات مختلفة، كما يعتمد على الخبرة العملية المكتسبة وعلى دراسات ومسوحات قامت بها السلطة الوطنية والجهات المعنية الأخرى والمؤسسات الأكاديمية.

1.3.1 المحددات الرئيسة للصحة

السياسة والسيادة

يعتبر الاحتلال الإسرائيلي وممارساته التعسفية المتواصلة أهم وأخطر المحددات الرئيسية للصحة في الأراضي الفلسطينية المحتلة، فاضطهاد الاحتلال الاسرائيلي للفلسطينيين في مختلف أنحاء الضفة الغربية وغزة والقدس الشرقية وبناء وتوسيع المستوطنات الإسرائيلية وجدار الفصل العازل والحصار ونقاط التفتيش العسكرية وغيرها من القيود التي اثرت وما زالت تؤثر على الوضع الصحي للفلسطينيين وعلى نوعية حياتهم، كما أنها تشكل تحديا كبيرا امام محاولات وضع نظام صحي فاعل.

ومما يزيد الامور تعقيدا إن السلطة الوطنية الفلسطينية لا تملك السيادة على الحدود وحركة الناس والبضائع والأراضي والمياه، الامر الذي ادى إلى تقييد يد السلطة الوطنية الفلسطينية في ادارة الحكم وبناء الدولة، ومع ذلك، تسعى السلطة منذ بداياتها في العام 1994 وبتركيز أكثر في السنوات الماضية إلى تعزيز بناء الدولة وسيادة القانون ومعالجة الانقسام السياسي وتحقيق العدالة الاجتماعية والمساواة.

الحصار الاقتصادي وغيره من القضايا الاقتصادية

تشير بيانات عام 2007 إلى أن الناتج المحلي الإجمالي في الأراضي الفلسطينية المحتلة وصل إلى 4,672.3 مليون دولارا أمريكيا أو ما يعادل 1,337 دولارا للفرد الواحد[1]. بيد أن القيود المفروضة على حركة تنقل اليد العاملة وحركة البضائع اسهمت في زيادة نسبة الفقر. ففي عام 2007 بلغت النسبة المئوية لسكان غزة الذين يعيشون تحت خط الفقر 51.8 ٪ ، و24 ٪ في العام 1998، أما في الضفة الغربية فكانت 34.53 ٪ و 18 ٪ اما معدل الفقر العام في الأراضي الفلسطينية المحتلة في عام 2007 فقد وصل إلى 45.7 ٪ [2]. وفي غزة كانت آثار الحصار على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية مدمرة. ففي العام 2007 كان معدل البطالة العام 26 ٪ وفي قطاع غزة 40.6 ٪ مقارنة من ما يقرب مع 19 ٪ في الضفة الغربية. وقد تضاعفت هذه النسب بعد الحرب الأخيرة على غزة.

1 جهاز الإحصاء الفلسطيني (2007) مسح صحة الأسرة لعام 2006 : تقرير أولي، 2008

2 جهاز الإحصاء الفلسطيني (2008) فلسطين في أرقام، 2007.

تعتمد السلطة الوطنية بشكل كبير على المساعدات المالية من الجهات المانحة التي لها اجندتها الخاصة مما أدى إلى تجزئة البرامج[3]، حيث تفضل الجهات المانحة دعم انشاء المباني وارسال المعدات على تغطية النفقات التشغيلية للسلطة الوطنية. وتعمل وزارة الصحة على أن يكون هذا الدعم ضمن الأولويات الوطنية، من اجل ادارة القطاع الصحي بشكل كفؤ وفعال .

ان الوضع الاقتصادي المتدهور وتفاقم البطالة اديا إلى حالة من الفقر المدقع وضعف الأمن الغذائي مع اعتماد معظم الأسر على المساعدات الطارئة باعتبارها مصدراً ثانياً للدخل[4]. مما رفع معدل الأنفاق الصحي خاصة الحكومي لمعالجة الآثار الصحية والاجتماعية الناجمة عن هذا الوضع الاقتصادي والمحافظة على الإنجازات والمؤشرات الصحية المتحققة.

انعدام الأمن الناتج عن الاحتلال وتأثيره على الوضع الاجتماعي

يعاني المجتمع الفلسطيني والسلطة الوطنية الفلسطينية من ضعف السيطرة على المحددات الاجتماعية للصحة، حيث أدت الفروق الكبيرة في القوة العسكرية والاقتصادية بين الاحتلال الاسرائيلي والشعب الفلسطيني وسلطته الوطنية والتي يسيطر عليها الاحتلال إلى تدهور الوضع الاقتصادي في الاراضي الفلسطينية في جميع مناحي الحياة. وقد أصبحت هذه الاجراءات أكثر حدة منذ العام 2002 حيث تسببت الازمة الاقتصادية بانخفاض الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد بنسبة 60 في المئة مما كان عليه في عام 1999، وارتفاع البطالة وانخفاض خطير في مستوى المعيشة[5]، وعرقلة خطط الاصلاح والتنمية مما كان له آثار صحية واجتماعية مدمرة.

اللامساواة

بالرغم من الجهود الكبيرة التي تبذلها وزارة الصحة لتحقيق المساواة وعدالة التوزيع للخدمات والمرافق الصحية فما زال السكان المعزولون في الأغوار والقدس والمناطق المتأثرة بجدار الفصل العنصري يجدون صعوبة في الوصول إلى المرافق الصحية نظراً لسيطرة اسرائيل عليها وممارساتها المتعددة مثل الحصار والاغلاق. كما يمثل الانفاق الصحي في فلسطين على الرعاية الصحية من المستوى الثاني والثالث – كما في البلدان المجاورة - اكثر من نصف الانفاق الاجمالي على الصحة. كمالا زال التفاوت الاجتماعي والاقتصادي القائم في الأراضي الفلسطينية يؤثر سلباً على الوضع الصحي.

وتؤكد وزارة الصحة باستمرار على حق كل مواطن في فلسطين في الحصول على خدمات صحية نوعية كما

3 جقمان وآخرون. (2009) الوضع الصحي والخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. www.thelancet.com

4 برنامج الأغذية العالمي / الاونروا / منظمة الأغذية والزراعة (2008،المسح السريع للأمن الغذائي في الأراضي الفلسطينية المحتلة. /http/documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp181837.pdf

5 بنش وآخرون(2007). ظروف العمل وعدم المساواة في الصحة. التقرير النهائي للجنة منظمة الصحة العالمية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة

ورد في القانون الأساس في العام 2003 وقانون الصحة العامة عام 2004 .

السياسات والتشريعات

تعمل السلطة الوطنية بكل جهد واصرار على المضي قدماً في بناء الدولة حيث التزمت الحكومة الثالثة عشرة بتحسين الخدمات الصحية والاجتماعية [6]، وتحقيق منظومة العدالة الاجتماعية وتوفير الحماية لذوي الاحتياجات الخاصة والفئات الضعيفة الأخرى. وذلك بالرغم من غياب المجلس التشريعي حيث يتعذر تحديث الكثير من التشريعات واقرار تشريعات جديدة أو وضع اللوائح الداخلية للقوانين الموضوعة كقانون الصحة العامة. كما تعمل السلطة على معالجة كافة قضايا التمييز ضد المرأة وغيرها من الفئات المهمشة ملتزمة بتحقيق أهداف الألفية الثالثة الانمائية.

كما أقرت الحكومة الثالثة عشرة خطة العمل للعام 2010 « فلسطين إلى الأمام» والتي تضمنت أولوياتها وأهمها تنمية القوى البشرية وتطوير البنى التحتية وضمان آلية للتمويل الصحي المستدام من خلال البدء بتطبيق نظام التأمين الصحي الالزامي.

دور وزارة الصحة

أقر المجلس التشريعي في عام 2004 قانون الصحة العامة الذي يحدد مسؤوليات وزارة الصحة ودورها كمقدم وكمنظم للخدمات الصحية بالاضافة إلى دورها في التخطيط ووضع السياسات وادارة تمويل القطاع الصحي. ويركز القانون أيضا على دور وزارة الصحة في الاشراف على الصحة العامة بما في ذلك ضمان سلامة الغذاء والمياه وسلامة البيئة. كما تقوم وزارة الصحة بعمليات الترخيص والاعتماد لتقديم الخدمات الصحية من الأفراد والمؤسسات. كما تقوم بمتابعة ومراقبة مستمرة للمرافق الصحية الحكومية وغير الحكومية لضمان امتثالها للقوانين والمعايير الموضوعة. وتعمل الوزارة على مراجعة وتحديث هذه الإجراءات والتعليمات بما يتلائم مع التطورات المعاصرة والمستجدة.

2.3.1 تداخل القضايا

الكوارث / حالات الطوارئ

الجفاف هي واحدة من بين الكوارث الطبيعية التي تتعرض لها فلسطين، كما ان هناك خطر حدوث الزلازل. الا ان اكثر حالات الطوارئ شيوعا في الأراضي الفلسطينية المحتلة هي تلك المتصلة بالبيئة السياسية متمثلة بالاحتلال العسكري الاسرائيلي والحصار والهجمات الجوية والبرية وجدار الفصل العنصري الذي جعل نصف مليون انسان يعيشون حالة طوارئ شبه دائمة. وفي ظل غياب خطة طوارىء وطنية متكاملة يحاول القطاع الصحي جاهداً- في ظل قيادة وزارة الصحة- الاستجابة لهذه التحديات الكبيرة والتهديدات بتقديم حلول تقنية، ولكن يبقى الدور المركزي للحلول

6 السلطة الوطنية الفلسطينية (2009) فلسطين : إنهاء الاحتلال وإقامة الدولة. برنامج الحكومة الثالثة عشرة، آب 2009. السلطة الوطنية الفلسطينية

السياسية بانهاء الاحتلال التي من شأنها أن تحسن الاوضاع الأمنية والحد من المخاطر التي تهدد الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية[7].

النوع الاجتماعي

على الرغم من أن المجتمع الفلسطيني هو مجتمع أبوي، هناك العديد من الأسر التي ترأسها نساء بعد فقدان أزواجهن او آبائهن اما باستشهادهم جراء العدوان الإسرائيلي او بسبب اعتقالهم داخل السجون الاسرائيلية. وغالبا ما يدفع ذلك بالاخ او الاخت البكر إلى التسرب من المدارس في محاولة لايجاد عمل لدعم الأسرة. وعلى هذا النحو فان نسبة التسرب المدرسي بين الذكور في سن المراهقة تعتبر مرتفعة نسبياً. بالإضافة إلى ذلك هناك الكثير ممن يخرجون من السجن بعد قضائهم فترات طويلة حيث يجد معظمهم صعوبة في ممارسة حياتهم الاعتيادية، وبالتالي تصبح محاولات دمجهم في المجتمع مهمة شاقة حيث تظهر عليهم بعض أعراض الإجهاد مثل زيادة التدخين والعنف الجسدي، بما في ذلك العنف داخل المنزل. وتقوم وزارة شؤون الأسرى بالعديد من النشاطات والبرامج للتغلب على هذه المشاكل كرعاية أسرهم وتأهيلهم وتوفير أماكن عمل وموارد رزق ملائمة لهم ولعائلاتهم.

تقوم وزارة الصحة بتقديم خدمات متعددة في مجال صحة وتنمية المرأة كما تدير العديد من البرامج بالتعاون مع وزارات أخرى مثل وزارة شؤون المرأة ووزارة الشؤون الاجتماعية من اجل ضمان أن تكون السياسات الصحية وغيرها من جوانب العمل تتضمن تطبيقاً لمبدأ المساواة بين الجنسين من أجل:

- تعزيز أدوار الجنسين والعلاقات التي تحمي الصحة، وتعزيز المساواة بين المرأة والرجل، والمساهمة في تحقيق العدالة الاجتماعية.
- تقديم المعلومات والمشورة لصانعي السياسة بشأن تأثير النوع الاجتماعي على الصحة والرعاية الصحية، وذلك بناء على بيانات كمية ونوعية، ومنها برامج مكافحة وتأهيل مدمني المخدرات ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها الايدز.

العنف والصحة

لقد أدى عنف الاحتلال الاسرائيلي وممارساته التعسفية إلى صعوبات اقتصادية واجتماعية ونفسية وارتفاع غير مسبوق في معدلات الفقر والبطالة تركت أثرها العميق على النسيج الاجتماعي في فلسطين.

البيئة

يعيق الاحتلال الاسرائيلي ويحد بشكل كبير سيطرة السلطة الفلسطينية على المياه والأراضي والبيئة. كما ان هناك العديد من التحديات البيئية التي تواجه القطاع الصحي في فلسطين، مثل تغير المناخ وتأثيره على وفرة المياه والزراعة وسلامة مياه الشرب وسلامة الأغذية وإدارة النفايات

7 بطنيجي وآخرون (2009). الصحة والأمن الإنساني في الأراضي الفلسطينية المحتلة. نشرت على www.thelancet.com

الصلبة والسائلة والمخاطر البيئية للمنشآت الصناعية خاصة التابعة للمستوطنات الاسرائيلية غير الشرعية اضافة إلى مراقبة الحيوانات والقوارض وترخيص الصناعات ومراقبة البضائع المستوردة. وهناك ايضا المعوقات التي تختص بمصادر المياه، مثل نقص المياه ومحدودية فرص الحصول على المياه الصالحة للشرب لسكان المناطق الريفية. كما ان نظم إدارة مياه المجاري والمياه العادمة لا تفي بالغرض. وبسبب محدودية الموارد المالية، فان امكانيات المراقبة والمتابعة على خطوط إمدادات المياه تعاني من نقص حاد وعقبات جمة. وهناك عدة مبادرات لمعالجة النفايات الطبية وتعميمها على كافة المؤسسات الصحية والطبية.

وعلى سبيل المثال لا الحصر فان نقص الوقود والكهرباء دفع بسلطة المياه في قطاع غزة إلى إلقاء 60,000 متراً مكعباً يوميا من مياه الصرف الصحي في البحر المتوسط منذ كانون ثاني 2008، وذلك لتجنب إغراق المناطق السكنية. وقد دلت نتائج تحليل 26 عينة من مياه البحر في عام 2008 أن مياه البحر في سبع مناطق من أصل ثلاث عشرة منطقة كانت ملوثة بمخلفات الانسان العضوية [8].

الإصابات والاعاقات

تعتبر الإصابات والحوادث في فلسطين احد الأسباب الرئيسة للوفاة بالنسبة للذكور الذين تقل أعمارهم عن 59 عاماً. ويعزى معظمها إلى الاصابات الناتجة عن الاعمال الوحشية الاسرائيلية والحوادث. ووفقا للتعداد العام لسنة 2007 هناك ما يقرب من 107,785 شخصاً في الضفة الغربية يعانون من صنف واحد على الأقل من الإعاقة أو الصعوبة (الاعاقة/الصعوبة: يعرف الفرد المعاق بأنه الشخص الذي لديه قصور في نوع أو مقدار النشاط الذي يؤديه بسبب صعوبات مستمرة تعزى إلى حالة بدنية أو حالة عقلية أو مشكلة طال أمدها أكثر من ستة أشهر)، اي حوالي 5.3 ٪ من السكان. وقد تبين ان ضعف الرؤية هي اكثر انواع الاعاقات شيوعا بنسبة 2.9 ٪ ، تليها الصعوبات الحركية 2.1 ٪ [9]. و توضح البيانات الإحصائية في وزارة الصحة أن 94 ٪ من الإعاقات التي ذكرت هي بين الذكور (المرفق هـ). واما التشوهات الخلقية أو الوراثية فتمثل 30 ٪ من حالات الإعاقة في الأراضي الفلسطينية المحتلة. والأمراض هي السبب الرئيس الثاني للاعاقات، حيث ان 29.5 ٪ من مجموع الاعاقات يعزى إلى أسباب مرضية [10]. و هناك عدد كبيرمن حالات البتر والإعاقة سببها العدوان الإسرائيلي بالقصف الجوي والهجمات البرية والاعتداءات المتكررة.

فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز

على الرغم من تفشي فيروس نقص المناعة في معظم بلدان العالم، الا ان معدل الاصابة في فلسطين لا يزال من ادنى المعدلات في العالم، فقد بلغ عدد المصابين منذ عام 1988 حتى الآن 64 حالة (45

8 منظمة الصحة العالمية (2008) تقرير عن حالة مياه البحر والتلوث، والقدس

9 الجهاز المركزي للإحصاء (2008). تعداد السكان في فلسطين عام 2007

10 الجهاز المركزي للإحصاء (2008.) بيانات مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية في فلسطين ، 1994-2007.

مصابـا و19 حامـلا). ٪53 مـن الحـالات المبلغ عنها عزيت أسـبابها إلـى الاتصال الجنسـي، و17 ٪ انتقلت عـن طريـق عناصر الـدم ومشـتقاته و(٪5) عن طريق تعاطـي المخـدرات بالحقن و25 ٪ لأسـباب اخرى. و كما هو الحال في البلدان العربية الأخرى المجاورة، تواجه الصحة الفلسطينية تحديات عدة حول الأمراض المنقولة جنسـيا، بما في ذلك الجوانب السلوكية والخصوصية ووصمة العار والصعوبة في متابعة المريض والعـلاج، والتوعية الطبية وعدم وجود خبراء مؤهلين وتـردد المواطنين في الوصول إلى العيادات والمراكز الخاصة بهذه الأمراض.

3.3.1 السكان والديموغرافيا

بلغ مجموع سـكان الضفـة الغربية وقطاع غزة 3.826 مليون نسـمة: 2.4 مليون في الضفـة الغربية و1.4 مليون في قطاع غزة. ويبلغ متوسـط معدل النمو السـكاني السـنوي 2.8 ٪. فيما تشـير الاحصائيات ان ما يقارب ٪46 من السكان هم دون 15 عاما. ومتوسط عدد الأفراد في الأسرة هو 6.3 (5.9 في الضفة الغربية و7 في قطاع غزة).

الحالة الصحية

يمر الشـعب الفلسطيني في حالة انتقال وعبور ديموغرافية ووبائية، فعند مقارنة المؤشرات الديموغرافية والاجتماعيـة والاقتصادية مع الدول المجاورة، يتبين لنا ارتفاع معدلات الخصوبة والنمو السـكاني انخفاض انتشـار فيـروس نقص المناعة وارتفـاع معدلات اعطاء اللقاحـات بالمقارنة مع العديد مـن الدول المجاورة (انظـر الجدول رقم 1). ومع ذلك هناك الكثير من المعاناة حيث يتحمل السـكان في فلسـطين عبئاً اضافياً بسبب الاحتلال العسكري الاسرائيلي واغلاق نقاط العبور والحصار مما أدى إلى مضاعفة المعاناة من الأعباء الصحية والاقتصادية.

نلاحظ في العقد الأخير تحسـناً في المؤشـرات الصحية كمعـدل البقاء على قيد الحيـاة للذكور الذي ارتفع من 69 عاما إلى70.2 عاما في العام 2008 بينما بقي معدل الحياة للنسـاء ثابتاً عند 73 عاما. كما انخفض معدل الخصوبة في الأراضي الفلسـطينية قليلاً حيث ما زال هذا المعدل مرتفع نسـبياً، وقد انخفض معدل الخصوبة في الأراضي الفلسـطينية مـن 6 مواليد في العام 1997 إلى 4.6 فـي العام 2007، حيث انخفض في الضفة الغربية من5.6 إلى 4.2 وفي غزة من 6.9 إلى 5.4 مولود حي، بينما نلاحظ انخفاضا في نسـبة الأطفـال تحـت 15 عامـا من 46 ٪ إلى 41.3 ٪ بينما ارتفعت نسـبة الفئة العمرية مـن 15 – 64 إلى 53 ٪ : من46.9 إلى 49 ٪ في غزة ومن 51.1 ٪ إلى 55.3 ٪ في الضفة الغربية، واذا اسـتمر معدل النمو السـكاني على هذا النحو سـيزداد عدد افراد الفئة العمرية من 24-15 سـنة إلى 1.3 مليون نسمة خلال سنوات، وبدلا من الاسـتفادة من هذه الزيادة السـكانية في هذه الفئة العمرية الشابة واسـتيعابها في الانتاج الاقتصادي والاجتماعي فان محدودية فرص العمل والنمو الاقتصادي، سيضع الخدمات العامة كالتعليم والصحة وفرص العمـل والموارد الطبيعية تحت ضغط هائل، مما يؤثر سـلباً على المجتمع الفلسـطيني واسـتقراره. وعلى

وزارة الصحة والسـلطة الوطنيـة ملاحظة هذا التغيـر الديمغرافي في التركيب السـكاني وتوجيه برامجها الاستراتيجية لمعالجة ظاهرة هذا التزايد السكاني (الانبعاج في الهرم السكاني) في الفئة الشبابية.

الجدول رقم 1. المؤشرات الصحية الوطنية

المؤشرات	الاراضي الفلسطينية	المنطقة	
		الضفة الغربية	قطاع غزة
مجموع السـكان في منتصف العام 2008 (1)	3825512	2,385,180	1,440,332
ذكور	1941763	1210881	730882
إناث	1883749	1174299	709,450
النسبة بين الجنسـين في منتصف العام 2008 (1)	103.1	103.1	103
متوسط العمر المتوقع في منتصف العام 2008 (ذكور) (1)	70.20	70.56	69.65
متوسط العمر المتوقع في منتصف العام 2008 (أناث) (1)	72.92	73.43	72.11
معدل الخصوبة	4.6	4.2	5.4
معـدل وفيـات الأطفـال أقـل مـن عام (الرضع) حسب الجهاز المركزي للاحصاء	25		
معـدل وفيـات الأمهـات لـكل 100000 مولود حي (حسب دراسة اللجنة الوطنية)	45 (2009)		
نسبة الإعالة منتصف العام 2008	83.6 1	78.8	92.2
معـدل الزيـادة الطبيعيـة للسـكان في منتصف العام 2008 (1)	2.87	2.65	3.23
النسبة المئوية للاجئين 2007 (2)	42.7	27.4	67.9
نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات في منتصف عام 2008 (1)	14.9	13.9	16.4
نسـبة السـكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة في منتصف عام 2008 (1)	42.5	40.7	45.5
نسـبة السـكان الذين تبلغ أعمارهم 65 سنة وما فوق منتصف العام 2008 (1)	3.1	3.4	2.5
معدل الـولادات الخام لـكل الف مواطن منتصف 2008 (1)	32.65	30.16	36.77
معـدل الوفيات الخـام لكل الـف مواطن منتصف 2008 (1)	4.36	4.48	4.17
النسـبة المئويـة لانخفـاض الـوزن عند الـولادة (<2500 جـرام) مـن مجمـوع المواليد (الجهاز المركزي للاحصاء)	7.3	7.5	7.0
النسبة المئوية لمعدل البطالة 2008	26.0	19.0	40.6

صحة الأم والطفل

تشـير العديد من الدراسـات حول الوضع الصحـي أن معدلات وفيات الرضع والأطفـال الذين تقل أعمارهم عن 5 سـنوات في الأراضي الفلسطينية المحتلة، لم يتحسـن منذ التسعينيات، وهذا يشير إلى وجود تباطؤ في التحسـينات الصحية[11]. والأسـباب الرئيسـية لوفيات الرضع هـي الولادة المبكرة وانخفـاض الوزن عند الولادة والتشـوهات الخلقية[12]. ويعزى ذلـك إلى الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية المتدهورة والفقر وسـوء التغذية والزواج المبكر وغيره من العوامل النفسـية الناتجة عن الممارسـات الاحتلالية القهرية والتعسفية. ان ظاهرة التقزم لدى الأطفال آخذة في الازدياد، خاصة منذ عام 2002 حيث سـاءت الأحوال المعيشية وقام الجيش الإسـرائيلي بنصب عدة مئات من نقاط التفتيـش والحواجز التي تعيق الحركة وتحول دون الوصول إلـى الخدمات الصحية. وتؤثر هـذه القيود على وجه الخصوص في فترة ما قبـل الولادة ووقت الولادة وفي حالات الطوارئ، حيث أصبح الوصول إلى مرافق الأمومة أمراً غير مضمون [13]. و قد تعزى اسباب ارتفاع معدل الخصوبة في فلسـطين (انظر الجدول 1) إلى الزواج المبكر وتقييد فرص المرأة في العمل. وتظهر البيانات والمسـوحات أن معدل اسـتخدام وسـائل تنظيـم الأسـرة 50.6 ٪ بواقع 55 ٪ في الضفـة و43 ٪ في غزة.

صحة الشباب والمراهقين

يشـكل الشباب والمراهقون نسبة كبيرة من مجموع السـكان حيث أن ثلثي عدد السكان هم تحت الخامسة والعشرون من أعمارهم. وغالباً ما يتلقى الشباب معلومات صحية غير دقيقة ومشوشة عن طرق غير رسمية وغير صحيحة ومن خلال علاقاتهم بأقرانهم. كما لا يوجد هناك برامج تعنى بتثقيف الشـباب حول صحتهم الجسدية والجنسية والنفسية كما لا يوجد خدمات تناسب هذه الفئة من الناس التي يعتمد عليها بشكل كبير مستقبل فلسطين. خاصة في ظل معدلات الزواج والحمل المبكرة المرتفعة في فلسطين.

ان الاضرابات النفسـية التي يعاني منها الشـباب أهم أسـبابها عنف الاحتلال الاسـرائيلي السائد في البيئة المحيطة بهم. ان هذه العوامل المرتبطة بالعنف والنسبة العالية من البطالة وضعف سيطرتهم على حياتهم ومصيرهم تعني المزيد من هذه الاضرابات النفسـية والعقلية والتي تسـتوجب التركيز على وضع البرامج المناسـبة لمعالجتها. كما تجدر الأشـارة إلى ارتفـاع معدلات الإدمان وتعاطي العقاقيـر الخطرة مما يتطلب جهوداً كبيرة وجادة لمعالجة هذه المشاكل المعقدة والخطرة وآثارها المدمرة.

الأمراض المزمنة وغير المعدية

تشـكل الامراض المزمنـة (الامراض غير السـارية) تحدياً رئيسـاً للنظام الصحي في فلسـطين. وقد أدت عـدة عوامـل من بينها السياسـة والتحضـر والعولمة اضافـة إلى حالة الاحتـلال المسـتمرة والمجهدة في

11 جياكامان وآخرون (2009). الوضع الصحي والخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة www.thelancet.com

12 الجهاز المركزي للإحصاء (2008). فلسطين بالارقام

13 رحيم وآخرون (2009). صحة الأم والطفل في الأراضي الفلسطينية المحتلة. www.thelancet.com

زيادة انتشـار عوامل المخاطـرة مثل التدخين والنظـام الغذائي غير الصحي وقلة النشـاط البدني. ويعتبر انتشـار هـذه العوامل وغيرها اساسـا لزيـادة الاصابة بالامـراض المزمنة مثل السـكري وأمـراض القلب والشـرايين والسـرطان. وتعتبر هذه الامراض المسـبب الاول للمراضـة والوفيات والاعاقة في فلسـطين. وتشـير بيانات مسح صحة الأسرة لعام 2006 [14] إلى ان واحدا من كل عشرة أشخاص يعيشون في فلسطين وثلثـي اؤلئك الذيـن تتجاوز اعمارهم 60 عاما يعانون من واحد على الأقل من الأمراض المزمنة. واسـتنادا إلى بيانات الوفيات، فإن الأسـباب الرئيسـة للوفيات هي أمراض القلب وأمـراض الأوعية الدموية الدماغية والأورام الخبيثة. كان سـرطان الثدي هو أكثر أنواع السـرطان انتشـارا بين الاناث في حين أن سرطان الرئة هو أكثر أنواع السرطان شيوعا بين الذكور وسرطان القولون للطرفين. وقد خطت الوزارة خطوات هامة في هذا المجال منها البدء بتأسيس مركز مكافحة الأمراض المزمنة.

الأمراض المعدية

بفضل برامج التطعيم الناجحة، اصبحت الأمراض المعدية في مرحلة الطفولة تحت السيطرة إلى حد كبير، حيث تم القضاء على واسـتئصال الكثير من الأمراض مثل شـلل الأطفال، بيـد أن بعض الأمراض المعدية مثل السـل وأمراض الإسـهال والتهابات الجهاز التنفسـي الحـادة لا تزال قائمة. وكذلك هناك مشـكلة في الأمراض حيوانية المنشـأ مثل اللشمانيا والحمى المالطية (البروسيلا) والسالمونيلا والتوكسوبلازما، اضافة إلى الأمراض الطفيلية كالأميبا التي تسـتوجب تفعيل آلية مراقبة ومكافحة مثل هذه الأمراض. كما تحتاج إلـى تحسـين البنية التحتيـة بالتعاون مع الوزارات والهيئـات المختلفة. كما يجب تحسـين مراقبة الأمراض المنقولة عن طريق الماء والغذاء وكذلك الأمراض المنقولة جنسـياً حيث معدل انتشـارها المرتفع وعواقبها الصحية الاجتماعية والاقتصادية الوخيمة.

الصحة النفسية المجتمعية

لا يمكن فصل المشـاكل النفسية أو الصحية عند الفلسـطينيين عن قضايا المجتمع الاخرى، حيث ان قائمة الازمات الناتجة عن الاحتلال لا نهاية لها، مثل تهديدات السلامة الشخصية وفقدان الدخل والمنزل والأرض وتعطـل المرافق العامة مثل الكهرباء والمياه وحظـر التجول والقصف واطلاق النار والعنف والتعرض الدائم للإهانة، ومما لا شـك فيه ان العنف والاهانة يؤثران سلبا على الصحة النفسية[15]. وهناك عدد من الدراسات الاسـتقصائية علـى مدى العقد الماضـي تفيد بارتفاع حالات الاكتئـاب والخوف المقترنـة- احيانا - باحداث صادمة خاصة في الاونة الاخيرة مثل اجتياحات الجيش الإسرائيلي والقصف[16] وفقدان الاعزاء وأفراد الأسرة. كما ان هناك زيادة في ظاهرة التبول اللاارادي والقلق عند الأطفال.

14 الجهاز المركزي للإحصاء (2008). فلسطين بالارقام.

15 جياكامان وآخرون (2007). الإذلال : صدمة الحرب الخفية للشباب الفلسطيني. الصحة العامة 121 : 71-563

16 جقمان وآخرون (2009). الوضع الصحي والخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة www.thelancet.com

كما تشـير التقارير السـنوية الأخيرة إلى زيادة مضطردة في الاضطرابات النفسية. وارتفاع معدلات انتشار الأمراض النفسية في غزة مقارنة مع الضفة الغربية التي هي أصلاً مرتفعة مقارنة بالدول المجاورة (الجدول 2 في المرفق هـ).

4.3.1 الموارد البشرية

وفقـاً لبيانـات وزارة الصحة عام (2008)، هناك ما يقـرب من 40,000 فرداً يعملون فـي القطاع الصحي[17]. وتعتبر وزارة الصحة هي المشـغل الرئيس كونها المزود الرئيس للخدمات. حيث تشغل الوزارة حوالي 33 ٪ من هذا العدد (جدول 2).

مـن بين هؤلاء الموظفيـن، هناك 879 اختصاصيـا و1533 طبيبا عاما و422 طبيب أسـنان و391 صيدلي، 2136 ممرضـة و 1427 مسـعفا، الذين يعملون في مرافق وزارة الصحـة [18] و4860 فرداً يعملون في الادارة والخدمات المساندة.

هناك حوالي ٪59 من موظفي الصحة يعملون في المستشفيات و٪27 في الرعاية الصحية الأولية و٪14 في المرافق الأخرى.

جدول (2) جدول توزيع الموارد البشرية الصحية حسب المنطقة، فلسطين 2007

المهنة	الضفة الغربية		قطاع غزة		المجموع في فلسطين	
	العدد	لكل 10,000 من السكان	العدد	لكل 10,000 من السكان	العدد	لكل 10,000 من السكان
أطباء	4,551	19.4	3,842	27.1	8,393	22.3
أطباء أسنان	1,358	5.8	700	4.9	2,058	5.5
صيادلة	2,261	9.6	1,595	11.3	3,856	10.3
ممرضين	2,681	11.4	4,277	30.2	6,958	18.5
قابلات	487	2.1	234	1.7	721	1.9
عاملين في الخدمات الطبية المساندة	7,501	32	3,245	22.9	10,746	28.6
المجموع	18,439	80.3	13,893	98.1	32,732	87
اداريين	4,492	19.2	3,505	24.7	7,997	21.3
المجموع الكلي	22,931	99.5	17,398	122.8	40,729	108.3

المصدر: منظمة الصحة العالمية - استراتيجية التعاون الاقليمي 2009 -

17 وزارة الصحة (2009)الوضع الصحي في فلسطين، التقرير السنوي لعام 2006.

18 تقرير وزارة الصحة وتقرير بعثة منظمة الصحة العالمية

ان نسبة الاطباء في فلسطين اقل من نسب البلدان المجاورة ونسبة أطباء الأسنان والممرضات والقابلات اقل من مثيلاتها في مصر والأردن ولكنها تقع ضمن المتوسط الاقليمي العام لشرق المتوسط[19]. تواجه عملية تطوير الموارد البشرية والاحتفاظ بها لتقديم خدمات ذات جودة عالية العديد من التحديات . كما ان برامج التعليم المستمر للعاملين في الصحة والتعليم والتمريض والقبالة تحتاج إلى تطوير. كما يجب تطوير نظم الحوافز للاحتفاظ بالموظفين ومنع تسربهم بالتوجه إلى القطاع الخاص او خارج الوطن. و من المهام التي يجب الاهتمام بها قضية الوصف الوظيفي وطرق التقويم، وعلى الرغم من القيام ببعض الخطوات التدريجية- بما في ذلك تطوير البنية التحتية لكلية ابن سينا وعملية تطوير بعض مستشفيات وزارة الصحة لتكون مراكز تعليم وتدريب، الا اننا لا زلنا بحاجة إلى العديد من الخطوات الضرورية اللازمة لتحقيق تنمية شاملة للموارد البشرية. و كما جاء في الفصلين (2 و3)، تعتبر تنمية الموارد البشرية واحدة من الأولويات الاساسية العليا في وزارة الصحة. فما زالت فلسطين تعاني من نقص حاد في العديد من التخصصات الطبية والصحية مثل جراحة القلب والأوعية الدموية وطب وجراحة الدماغ والأعصاب والجراحة بالمنظار وزراعة الأعضاء وعلاج السرطان ومعالجة الحروق والإنعاش والتخدير والعناية المكثفة والعناية بالخدج والمواليد الجدد خاصة في معالجة العيوب الخلقية والطوارىء وعلم الوبائيات ورصد الأمراض والإدارة الاستراتيجية والمالية للقطاع الصحي وغيرها سواءً في حقول الطب أو الجراحة أو التمريض أو المهن الطبية والصحية المساندة. إضافة إلى ذلك فإن كبار مسؤولي الوزارة وقيادتها العليا والعديد من الاختصاصيين في طريقهم للتقاعد في السنوات القليلة القادمة، فان ايجاد بدلاء لهم في الوقت المناسب هي قضية بالغة الاهمية. ولكي تكون دائرة شؤون الموظفين والادارة العامة للموارد البشرية والتعليم الصحي فعالة في تنفيذ الأولويات أدناه، فإنه من الضروري تكاملها وبناء قدراتها بالشكل السليم.

وتشمل أولويات تنمية الموارد البشرية:

1. إنشاء قاعدة بيانات وطنية لكافة العاملين في الرعاية الصحية في مختلف التخصصات في وزارة الصحة والقطاعات الأخرى.
2. إجراء تقييم لاحتياجات القوى العاملة الصحية ووضع خطة للتدريب والتعليم (الجامعية والدراسات العليا) وذلك بالتعاون مع مختلف الجهات المعنية بما في ذلك النقابات ووزارة التعليم العالي والمجلس الطبي الفلسطيني وغيرها من المؤسسات التعليمية .
3. تطوير كلية ابن سينا للعلوم الصحية كي تستمرفي تقديم التعليم والتدريب المهني.
4. اعتماد البرامج الأكاديمية التعليمية والتدريبية بالتعاون مع وزارة التعليم العالي.
5. تعزيز برنامج الإقامة في المستشفيات الذي يشرف عليه المجلس الطبي (الصحي) الفلسطيني وبالتنسيق مع الوزارة.

19 وزارة الصحة (2008) محدث عن التقرير الصحي السنوي 2007

6. تحسين نظام ترخيص المزاولة وتجديد الترخيص من خلال وضع القواعد اللازمة لاجراء اختبارات أولية ونظم التعليم المهني المستمر اللازم لتجديد الترخيص. ويتم ذلك من خلال الهيئات المعنية وهي: وحدة الاعتماد والتراخيص التابعة لوزارة الصحة والمجلس الطبي الفلسطيني ووزارة التعليم العالي.
7. إعداد وصف وظيفي واضح وتطبيق نظام ملائم لتقويم الأداء يشمل نظاماً فعالاً للحوافز.

5.3.1 تمويل الرعاية الصحية

تشير بيانات عام 2007 إلى أن الناتج المحلي الإجمالي بلغ 4,672.3 مليون دولارا امريكيا أو حوالي 1,337 دولارا للفرد الواحد. وتخصص فلسطين جزءا كبيرا من مواردها لقطاع الصحة، حيث يقدر الإنفاق الكلي على الصحة حوالي 11٪ من الناتج المحلي الإجمالي. وهذا من اعلى النسب في كثير من البلدان النامية الأخرى. ان سياسة التغيير والاصلاح للنظام الصحي تعتمد على بيانات دقيقة عن حجم الانفاق الصحي، المستمد من التحليل المالي للحسابات الوطنية للصحة الذي يقوم على تقديرات واقعية وسليمة لحجم التمويل والانفاق الصحي بمصادره المتعددة والمختلفة.

تعمل وزارة الصحة بشكل وثيق مع جهاز الإحصاء المركزي منذ عام 2004 لتقدير (الوضع المالي) للحسابات الوطنية الصحية. وتشير البيانات الأولية إلى أن الإنفاق الحكومي (وخصوصا وزارة الصحة) على القطاع الصحي بلغ حوالي 40 ٪ من مجموع النفقات الصحية، بينما بلغ الانفاق من وكالات التمويل الاخرى (انفاق الاسرة والمنظمات الاهلية ووكالة الغوث وباقي العام ...الخ) حوالي 60 ٪

ويبين الجدول(3) التالي إيرادات وزارة الصحة لعام 2009

بند الإيرادات	2009 (بالألف شيكل)
التأمين الصحي	103,294
رسوم العلاج	32,000
ايرادات اخرى (ضرائب، دعم خارجي ...الخ)	1,094,340

الدولار = 3.8 شيكل

اما الجدول (4) التالي فيبين نفقات وزارة الصحة لعام 2009

المؤشر / وزارة الصحة	2009 (بالألف شيكل)
النفقات الفعلية لوزارة الصحة	1,229,634
الإنفاق على الرواتب	586,863
شراء الخدمة	421,014
الانفاق على الأدوية	140,000
المصروفات التشغيلية الأخرى	81,757
نسبة الإنفاق على الرواتب	٪48

بلغ انفاق وزارة الصحة في العام (2009) 10.5 ٪ من الموازنة الكلية للسلطة، ويأتي التمويل للقطاع الصحي من الضرائب وأقساط التأمين الصحي ورسوم العلاج والدفع المباشر اضافة إلى الهبات والمنح الدولية. وقد زادت نفقات وزارة الصحة بنسبة ٪39 بين عامي 2000 و2005 في الوقت الذي بقي فيه الناتج المحلي الإجمالي ثابتا طوال هذه الفترة. في عام 2007 بلغ انفاق وزارة الصحة 223 مليون دولارا[20] و315 مليون دولارا في العام 2008. وفي خطة الاصلاح والتنمية لاعوام 2008 - 2010 تم تخصيص 100 مليون دولارا في الاستثمار الرأسمالي الثابت لتطوير خطة جودة الخدمات الصحية و20 مليون دولار لتطوير القدرة في تخصيص موارد أفضل لتوفير الخدمات الصحية وضمان الحصول عليها. وتعتبر هاتان الخطتان عنصران مهمان في عمل القطاع الصحي[21].

كما يتبين من الجدول أعلاه ان مرتبات الموظفين استحوذت على 48 ٪ من الموازنة، كما استحوذت النفقات التشغيلية الأخرى (لا سيما تحويل المرضى إلى الخارج والأدوية واللوازم) على ٪52 من الموازنة. وقد بلغت تكاليف العلاج في الخارج (خارج مرافق وزارة الصحة) نحو 111 مليون دولارا، منها حوالي 67 مليون دولار (60 ٪) أنفقت على المرضى المحولين للعلاج في المرافق المحلية غير الحكومية[22]. و 44 مليون دولار على تحويلات خارج الوطن. وتظهر بيانات وزارة الصحة في الآونة الأخيرة أن عدد تحويلات المرضى من الضفة الغربية إلى الخارج قد انخفضت بشكل كبير في عام 2009. كما انخفضت نسبة المحولين إلى المستشفيات الإسرائيلية بحوالي ٪50. وعلاوة على ذلك، تم تخفيض هذه التكاليف عن طريق تحسين إجراءات التعاقد بين وزارة الصحة والقطاع الاهلي والخاص في فلسطين والمستشفيات الاردنية والمصرية. واما نفقات الوزارة على الادوية، فقد ارتفعت من 20.8 مليون دولار في عام 2005 لتصل إلى 26.8 مليون دولار في عام 2007 و37 مليون دولار في عام 2009 ، اي بزيادة مقدارها ٪29. و38 ٪ على التوالي.

ولتعزيز نظام التمويل والادارة المالية فهناك برنامج وطني فلسطيني مقترح للتأمين الصحي يهدف إلى تعزيز واستدامة التمويل الصحي وزيادة رزمة الخدمات المتاحة للمواطنين تبعا لاحتياجاتهم وحفاظاً على حقوقهم. (المربع رقم (1) يعطي موجزا عن القانون المقترح بشأن التأمين الصحي في فلسطين). وقد تضمن هذا النظام سلة سخية من الخدمات والمزايا مقارنة مع الدول المجاورة. اضافة إلى ذلك فمن شأن هذا النظام المقترح أن يخفف عبء التمويل المالي على الوزارة ويقلل من العجز في الموازنة التي أرهقت التحويلات إلى الخارج موازنتها. حيث يغطي التأمين الحكومي الحالي ٪60.4 من المواطنين. بينما يدفع أقساط التأمين ٪29.9 من المستفيدين بينما يحصل الباقي على خدمات صحية مجانية (٪30.5) دون دفع أي استحقاقات.

ان التأمين الصحي الفلسطيني الحالي إجباري لموظفي السلطة الوطنية والمتقاعدين، وهذا يعادل ٪45.3 من إجمالي عدد المشتركين في النظام و٪56.9 من اجمالي الايرادات. بالإضافة إلى ذلك، هناك بند يغطي

20 تقرير وزارة الصحة و تقرير بعثة منظمة الصحة العالمية

21 وزارة الصحة. الوضع الصحي في فلسطين: التقرير السنوي لعام 2006

22 وزارة الصحة. الوضع الصحي في فلسطين: التقرير السنوي لعام 2006

العمال الفلسطينيين الذين يعملون داخل إسرائيل. وقد انخفضت المشاركة في هذا البند من ٪19.6 في عام 2000 إلى ٪1.9 في عام 2007. وهناك ايضا البند الاختياري حيث يقوم بعض الفلسطينيين بالاشتراك في التأمين الصحي الحالي لتغطية احتياجاتهم الصحية الشخصية. وقد انخفضت هذه المشاركة في هذا البند من ٪5.2 في عام 2000 إلى ٪2.1 في عام 2006. كما يوجد بند يتعلق بمشاركة الشركات والمؤسسات الخاصة، اذ تتعاقد هذه المؤسسات مع وزارة الصحة لتقديم خدمات الرعاية الصحية لموظفيها، وقد انخفضت هذه المشاركة من ٪23 في عام 2000 إلى ٪13 في عام 2007.

كما تساهم وزارة الشؤون الاجتماعية في التغطية المالية لنظام التأمين الصحي لتوفير الرعاية الصحية للفقراء والمحتاجين. وقد ارتفعت نسبة هذه المساهمة من ٪17.3 في عام 2000 إلى ٪32.9 في عام 2006. كما تساهم وزارة الأسرى والمحرّرين في نظام التأمين الصحي الحالي لتوفير التغطية لأسر الأسرى الفلسطينيين المحتجزين في السجون الإسرائيلية.

كما تجري حاليا محاولات مستمرة لتحديد التوقعات المستقبلية لحجم المعونات التنموية وتقليص الفجوة المالية. حيث يمر نظام التأمين الحالي والنظام المالي في مرحلة تطوير مستمرة لضمان المساءلة المالية والشفافية. كما يسهم في عملية التطوير هذه اصدار تقارير مالية سليمة تساعد في عملية صنع القرار ومراقبة وتقييم اداء الادارة المالية. وذلك وصولاً إلى البدء بتطبيق نظام التأمين الصحي الوطني المقترح والذي يشكل ضمانة فعلية لاستدامة التمويل الصحي والاعتماد على الموارد المحلية ويحقق المساواة والعدالة في الإنفاق وفي توفير الخدمات والارتقاء بجودتها.

المربع (1) تمويل الرعاية الصحية- التأمين الصحي

القانون المقترح لإصلاح نظام التأمين الصحي

1. الخلاصة: إن الهدف العام لقانون الاصلاح المقترح للتأمين الصحي هو (1) الفصل بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية ومشتري الخدمات وبالتالي زيادة المنافسة الايجابية في حقل الرعاية الصحية. (2) ضمان وتعزيز القدرة المالية للنظام من خلال المشاركة الإلزامية. (3) تحسين فرص الحصول على خدمات رعاية صحية عالية الجودة، مما سيؤدي إلى انخفاض التحويلات إلى خارج الوطن.

وسوف يكون قسط المساهمة لكل شخص على أساس نسبة مئوية من راتبه أو دخله، وبالتالي ضمان العدالة والمساواة في تحمل الأعباء المالية لتقديم الخدمات الصحية. كما سيوفر هذا النظام التغطية للعاطلين عن العمل والفقراء من خلال مساهمة وإشراك الوزارات والهيئات المعنية.

2. كيان قائم بذاته: ان القانون المقترح لإصلاح نظام التأمين الصحي ينشئ هيئة مستقلة إداريا وماليا لنظام التأمين الصحي. ويقوم بادارة هذا النظام مدير يتمتع بالاستقلالية ولكنه مسؤول أمام مجلس الأمناء الذين سيتولى الإشراف على عمليات نظام التأمين الصحي. وسيكون المجلس تحت الاشراف المباشر لمجلس الوزراء.

3. الخدمات المقدمة :

أ. سلة خدمات تشمل خدمات الصحة العامة وخدمات العيادات العامة والمتخصصة وغيرها من فحوص المختبرات وخدمات الأشعة والأدوية والاقامة في المستشفى وخدمات الطوارئ وخدمات طب الأسنان الأساسية. وسيقوم المجلس بتحديد الخدمات الفعلية التي ستقدم ضمن هذه السلة.

ب. الخدمات التالية سيتم توفيرها مجانا:

(1) الأطفال تحت سن 5 سنوات

(2) النساء الحوامل

(3) لعلاج الأمراض التالية :أمراض السرطان والأمراض المعدية والأمراض النفسية والإدمان على المخدرات/ تعاطي العقاقير الخطرة.

4. تمويل نظام التأمين الصحي:

أ. الأقساط

ب. الرسوم المرافقة والمتعلقة بالاستفادة من الخدمات الطبية والصحية

ج. المبلغ المخصص من موازنة السلطة الوطنية الفلسطينية

د. تبرعات

هـ. مساهمة وزارة العمل في تغطية العاطلين عن العمل

و. مساهمة وزارة الشؤون الاجتماعية في تغطية الفقراء والمحتاجين

6.3.1 تقديم الخدمات الصحية

تقدم الخدمات الصحية في فلسطين من أربع جهات رئيسة هي وزارة الصحة كمقدم رئيس للخدمات ووكالة غوث وتشغيل اللاجئين والمنظمات في القطاع الغير حكومي والقطاع الخاص. حيث تتحمل وزارة الصحة العبء الأكبر في تقديم الخدمات كونها مسؤولة عن ضمان ايصال الخدمات الصحية الجيدة لجميع الفلسطينيين بشكل منصف وبتكلفة معقولة. تواجه الخدمات الصحية في فلسطين الكثير من العراقيل بسبب الاحتلال الإسرائيلي وإجراءاته التعسفية التي تضاعفت في قطاع غزة حيث يعاني القطاع حاليا أوضاعا حرجة نتيجة للحصار وتدمير البنية التحتية خاصة اثر الاجتياح الاسرائيلي في كانون الاول 2008 - كانون الثاني 2009. وتسبب الاجتياح بتدمير الاف المنازل والمرافق العامة والمرافق الصحية والحاق اضرار جسيمة ب 15 مستشفى و41 عيادة للرعاية الصحية الأولية، بالاضافة إلى تدمير او الحاق اضرار بتسع وعشرين سيارة اسعاف[23].

وقد عملت وزارة الصحة الفلسطينية جاهدة خلال السنوات الماضية على تعزيز وزيادة مراكز تقديم الخدمات الصحية، حيث ارتفع عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في الضفة من 176 مركزا في 1994 إلى 370 مركزا في العام 2008 وفي غزة ارتفع عدد المراكز من 29 مركزا في 1994 إلى 55 مركزا في العام 2008. بينما ارتفع عدد الأسرة في المستشفيات الحكومية في الضفة من 1026 سرير في العام 1994 إلى 1289 سرير، وفي غزة ارتفع من 826 سرير في العام 1994 إلى 1548 سرير في العام 2008.

الرعاية الصحية الأولية

يبلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية 672 مركزا منها 542 مراكزا في الضفة و130 في غزة، تدير وزارة الصحة 425 مركزاً للرعاية الصحية الأولية منها 55 مركزا في قطاع غزة و370 مركزا في الضفة الغربية، بالإضافة إلى ذلك، تقدم وزارة الصحة عددا من البرامج الصحية النوعية مثل : التثقيف الصحي والصحة المجتمعية والصحة المدرسية وبرنامج التطعيم الموسع.

كما تدير وكالة الغوث 53 مركزا للرعاية الصحية الأولية منها 18 في قطاع غزة و35 مركزا في الضفة الغربية.

اما المنظمات غير الحكومية، فتدير 178 عيادةً ومركزاً للرعاية الصحية الأولية: منها 57 في قطاع غزة و121 في الضفة الغربية. وقد تحقق الكثير في مجال الرعاية الأولية خاصة في مجال الأمومة والطفولة وتبذل الكثير من الجهود بتركيز أكبر وأشمل في هذا الحقل الذي يعتبره كافة العاملين في القطاع الصحي العمود الفقري للنظام الصحي في فلسطين. ويشهد هذا القطاع تنسيقاً وتعاوناً وثيقاً بين كافة الشركاء خاصة بين وزارة الصحة ووكالة الغوث الدولية للارتقاء بالوضع الصحي في فلسطين ملتزمةً بمبادئ الرعاية الصحية الأولية التي حددتها منظمة الصحة العالمية من المساواة والعدالة في توزيع الخدمات واستخدام التكنولوجيا المناسبة والمشاركة الفعالة من المجتمعات المحلية.

---

23 منظمة الصحة العالمية (2009) قطاع غزة: تقييم الاحتياجات الصحية الأولية

جدول (5): توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية حسب مقدم الخدمة، فلسطين 2008

المحافظة	عدد السكان	مقدم الخدمة			المجموع	عدد السكان لكل مركز صحي
		وزارة الصحة	المنظمات الأهلية	وكالة الغوث*		
الضفة الغربية	2,385,180	370	121	35	542	4,401
القدس	368,394	17	19	3	39	9,446
جنين وطوباس	311,408	51	19	4	74	4,208
طولكرم	159,594	27	7	2	36	4,433
قلقيلية	92,506	17	14	2	33	2,803
سلفيت	60,309	17	10	1	28	2,154
نابلس	324,816	41	16	6	63	5,156
رام الله	284,195	50	15	5	70	4,060
بيت لحم	178,853	17	17	2	36	4,968
أريحا	42,964	9	4	3	16	2,685
الخليل	562,141	124	16	7	147	3,824
قطاع غزة	1,440,332	55	57	18	130	11,079
شمال غزة	275,687	12	9	3	24	11,487
مدينة غزة	504,047	12	24	4	40	12,601
المنطقة الوسطى	209,014	15	10	5	30	6,967
خان يونس	275,134	12	6	2	20	13,757
رفح	176,450	4	8	4	16	11,028
المجموع الكلي	3,825,512	425	178	53	672	5,693

جدول (6): توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية حسب المستوى في وزارة الصحة، 2008

المنطقة	المستوى I	المستوى II	المستوى III	المستوى IV	المجموع	تنظيم اسرة	عيادات تخصصية	عيادات الاسنان	المختبرات
المجموع	73	187	89	8	357	97	145	23	116
القدس	0	7	9	1	17	3	9	2	16
جنين وطوباس	0	38	12	1	51	16	27	4	16
طولكرم	0	15	11	1	27	9	4	2	11
قلقيلية	0	6	10	1	17	16	15	1	11
سلفيت	0	12	4	1	17	8	14	1	8
نابلس	0	35	5	1	41	12	14	1	8
رام الله	0	32	17	1	50	10	29	3	19
بيت لحم	0	12	5	0	17	12	24	3	8
أريحا	2	6	0	1	9	1	3	1	2
الخليل	81	24	16	3	124	10	6	5	17
المجموع	0	29	19	7	55	18	55	23	33
شمال غزة		6	5	1	12	3	12	4	5
غزة		2	8	2	12	8	15	9	10
المنطقة الوسطى		12	2	1	15	1	12	4	10
خان يونس		8	2	2	12	4	12	4	5
رفح		1	2	1	4	2	4	2	3
المجموع*	73	216	108	15	425	115	200	46	149

الفراغ = لا يوجد خدمات

(انظر جدول 3 في المرفق هـ : لتعريف المستويات الصحية)

الرعاية الصحية من المستوى الثاني والثالث

تدار خدمات المستشفيات من قبل الحكومة والقطاعات غير الحكومية. وهناك 76 مستشفى في فلسطين: 52 في الضفة الغربية و24 في قطاع غزة، وتضم هذه المستشفيات ما مجموعه 4،878 سريرا: ٪59.9 في الضفة الغربية و٪40.1 في قطاع غزة. ٪72.9 منها أسرة عامة و٪16.5 أسرة متخصصة و٪3.4 سرير تأهيل و٪7.2 للولادة. أي بمعدل 12.8 سريرا لكل 10،000 مواطن: 14.6 في قطاع غزة و12.2 في الضفة الغربية.

بدأت مؤخرا وزارة الصحة باتخاذ بعض الخطوات التدريجية لتحسين البنية التحتية للمستشفيات الحكومية، بما في ذلك إنشاء مجمع طبي في رام الله يتكون من اثنين من المستشفيات المنشأة حديثا واثنين من المرافق القائمة، بالاضافة إلى بنك الدم الوطني المركزي. وقد تم دمج هذه المرافق الخمسة في مجمع واحد ليكون بمثابة مركز وطني للتميز ونهجا رائدا في إدارة المستشفيات.

تسهم المستشفيات الخاصة والمستشفيات التابعة للمنظمات غير الحكومية في توفير خدمات الرعاية الصحية التخصصية من المستوى الثاني والثالث. يبلغ عدد المستشفيات الخاصة والمستشفيات التابعة للمنظمات غير الحكومية 51 مستشفى، تضم حوالي 40٪ من مجموع الأسرة في فلسطين، وتدار من قبل المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص، مع التركيز بشكل كبير على الخدمات الطبية والتأهيلية المتخصصة. ويعتبر قطاع المنظمات غير الحكومية ثاني أكبر مقدم للرعاية من المستوى الثاني: 1517 سريرا. وهذا يشمل 6 مستشفيات تخصصية مميزة بسعة 550 سريراً في القدس الشرقية. اما خدمات الرعاية المختصة (من المستوى الثالث) الغير متوفرة في المرافق الحكومية فتقوم الوزارة بشرائها من القطاع الخاص المحلي خاصة من مستشفيات القدس الشرقية، التي تسعى الوزارة لتقوية وتوطيد هذه العلاقة من خلال نظام تحويلات فعال مخطط له ومدروس يؤدي للارتقاء بجودة الخدمة ويحقق الفائدة المرجوة للمواطنين،كما تحول الحالات التي لا يتوفر لها العلاج داخل الوطن إلى بعض المستشفيات في البلدان المجاورة. ففي عام 2008 تم تحويل ما مجموعه 43,047 مريضا للعلاج في مستشفيات لا تتبع لوزارة الصحة، منهم 20,894 تم تحويلهم إلى مستشفيات في القدس الشرقية[24]. وفي العام 2008 انخفض عدد الحالات المحولة للمرضى من الضفة الغربية وذلك بسبب التحسينات التي ادخلت على المستشفيات الحكومية. وخلال عام 2009 زادت الحاجة في قطاع غزة إلى تحويل المرضى للعلاج في الخارج وذلك بسبب الحصار المستمر وآثار الحرب الأخيرة على قطاع غزة نهاية عام 2008.

جدول 7 : توزيع المستشفيات والأسرة حسب مقدمي الخدمة، فلسطين 2008

مقدم الخدمة	الضفة الغربية **			قطاع غزة			المجموع		
	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	نسبة الأسرة ٪	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	نسبة الأسرة ٪	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	نسبة الأسرة ٪
وزارة الصحة	12	1,289	44.1	12	1,568	80.1	24	2,857	58.6
وكالة الغوث	1	63	2.2	0	0	0	1	63	1.3
المنظمات غير الحكومية	20	1,162	39.8	10	355	18.1	30	1,517	31.1
القطاع الخاص	19	407	13.9	2	34	1.7	21	441	9
المجموع	52	2,921	59.5	24	1,957	40.1	76	4,878	100
سرير لكل 10000 مواطن			12.2			14.6			12.8

** يشمل مستشفيات القدس الشرقية.

24 وزارة الصحة (2009)الوضع الصحي في فلسطين ، التقرير السنوي 2008

7.3.1 تطوير النظام المؤسساتي والصحي

شـهدت وزارة الصحة منذ تاسيسـها في عـام 1994، تطورات توصف احيانا بالسـرعة واحيانا اخرى بالبطء وذلك نتيجة لارتفاع وتيرة العدوان الأسـرائيلى وإجراءاته التعسـفية ضد السلطة الوطنية الفلسطينية. وقد تفاقم هذا الوضع مؤخراً بسـبب التصاعد في اجراءات الاحتلال القاسـية والفصل الجغرافي التعسـفي بين الضفة والقطاع والحصار المفروض على قطاع غزة والذي توج بالعدوان الاسـرائيلي على القطاع في نهاية العام 2008 وبداية العام 2009.

أدت هذه الممارسـات الاسـرائيلية إلى عرقلة عمليات التنمية وبناء المؤسسـات على طريق برنامج السلطة في «بناء الدولة وازالة الاحتلال».

تتنـاول هذه الاسـتراتيجية جوانب مختلفة مـن قضايا وزارة الصحة، مثل المأسسـة والوضـع العام وإدارة العمليات والعلاقة مع الجهات المعنية بالصحة. وفي إطار برنامج السلطة الوطنية الذي يسعى لاقامة الدولة، وضعت وزارة الصحة نصب عينيها تشخيص ومواجهة التحديات التالية:

- ما هو التغيير المطلوب في القطاع الصحي، على سـبيل المثال: قوانين التشـريع وسياسـة صنع القرار وأدوار كل من وزارة الصحة نفسها والجهات المعنية.
- ما هي القيود غير الرسـمية التي يواجهها القطاع الصحي. على سـبيل المثال: معايير وقواعد السـلوك القانونية والتقليدية والفردية.
- أين تكمن مصادر القوة ومواقع قوى التغيير والتأثير.
- التحدي المتمثل في توصل الوزارة إلى قرار بخصوص مسارين أولهما: أن تحافظ على الوضع القائم (مع الاخـذ بافضل الاليات المتوفـرة)، وثانيهما تحديد الاولويات واحداث اصلاحات فـي طرق ادارة المعونات وتبني ونشر ما يمكن تسميته بـ «ثقافة النتائج».

وتشـكل وزارة الصحـة جهـة الاختصاص المسـؤولة عـن تحديـد الرؤية والاتجـاه ووضع إطار للسياسـات الاستراتيجية، فقد قامت باتخاذ خطوات تدريجية اضافية منذ عام 2008 لتعزيز تنمية القطاع الصحي. على سـبيل المثال: قامت الوزارة بوضع الخطة الاسـتراتيجية الوطنية للصحة (2008 – 2010) تماشياً مع الخطة الوطنية الفلسـطينية العامـة ومتزامنةً مع نفس التواريـخ المحددة. وتعتبر الخطط الوطنية الفلسـطينية السابقة ومن بعدها الخطة الوطنية الفلسطينية 2013-2011 ركناً هاماً في مجال التخطيط الصحي، ورسم السياسـات ووضع الموازنات، وخطوة كبيرة من أجل الشـروع في وضع وتنفيذ إطار سياسة شاملة مع تقدير التكاليف المستقبلية لأنشطة القطاع العام.

ويظهر المربع (2) مهمات وزارة الصحة على المستوى الوطني وعلى مستوى المحافظات.

ويحوي المربع رقم(3) ملخصاً لنقاط القوة والضعف والفرص والمعيقات للنظام الصحي.

المربع 2. المهام الرئيسة لوزارة الصحة في مختلف مستويات النظام الصحي

على الصعيد الوطني

-- الادارة والقيادة للقطاع الصحي

-- وضع السياسة الصحية العامة والاستراتيجية والأولويات والنتائج والاستهدافات المخطط لها

-- وضع الخطط السنوية التنفيذية مع نظام المتابعة والتقييم

-- التنظيم والتشريع في القطاع الصحي

-- الإدارة المالية والتمويل

-- التنسيق بين القطاع الصحي العام والخاص وبشكل رئيس مع وكالة الغوث الدولية

-- وضع المعايير وضمان الجودة

-- إدارة الصحة العامة وتعزيز الصحة وتقديم الرعاية الصحية من المستوى الأول والثاني والثالث

-- الإشراف والتوجيه

على مستوى المحافظات

-- تقييم وتقدير الاحتياجات

-- التنسيق والمشاركة في التخطيط

-- خطط العمل السنوية وغيرها

-- تنفيذ برامج الصحة العامة وتقديم الخدمات الصحية

-- إدارة الصحة العامة وتعزيز الصحة والرعاية الصحية بمستوياتها الثلاث.

المربع (3). نقاط القوة والضعف والفرص والمعيقات للنظام الصحي الفلسطيني لعام 2010

نقاط القوة	نقاط الضعف
- عملية رسم السياسات والتخطيط الاستراتيجي بقيادة المجلس الوطني للسياسات والتخطيط برئاسة وزارة الصحة - الدور الفعال لمنظمات المجتمع المدني والمؤسسات الأكاديمية. - قدرات الموارد البشرية المتوفرة في القطاع الصحي - وثائق التخطيط الصحية والوطنية المتاحة - مبادرة للادارة اللامركزية للمستشفيات من خلال تجربة مجمع فلسطين الطبي في رام الله	نقص في : - الاطباء الاختصاصيين - تنفيذ القوانين واللوائح - البحوث الصحية - استكمال نظام المعلومات الصحية - نظام الرصد والتقييم - نظام الحوافز للموظفين - الوصف الوظيفي - الخطة الوطنية للكوارث - برامج صحية كافية لدعم مكافحة الأمراض المزمنة المرتبطة بنمط الحياة والظروف المحيطة - التعاون بين مقدمي الرعاية الصحية وعدم التزام اللجان الوطنية بتطبيق معايير منظمة الصحة العالمية - الجدوى الصحية في اتخاذ القرارات - تطبيق معايير الاعتماد - التنسيق والتواصل والتعاون والعمل المشترك بين دوائر الوزارة وبين الوزارة ومقدمي الخدمات الآخرين - ثقافة ونظام الجودة
الفرص	**التهديدات**
- توفر الجهات المانحة والداعمة النشطة خاصة المجتمع الدولي - اهتمام الحكومة بالقطاع الصحي - زيادة الاستثمار في القطاع الصحي	- الاعتماد على المانحين لتنفيذ الخطط والبرامج - الاحتلال الإسرائيلي - القيود المفروضة على حركة الفلسطينيين و مصادرة الاراضي - الحصار الاسرائيلي على قطاع غزة والقدس الشرقية وغور الأردن - جدار الفصل العنصري - زيادة الفقر والبطالة - هجرة الكفاءات إلى الخارج

1.2 ادارة الوزارة وبناء الدولة

1.1.2 نحو الحكم الرشيد في وزارة الصحة

جاء في برنامج الحكومة الثالثة عشرة الصادر في آب 2009 ان إنهاء الاحتلال وإقامة الدولة وتحقيق الأهداف الوطنية يتوقف على اعتماد مبادئ الادارة السليمة في جميع مؤسسات القطاع العام والقطاع الخاص والمجتمع المدني. وفي ضوء اجراءات الاحتلال التي تحول دون اداء مؤسساتنا الوطنية لمهماتها بكفاءة وفاعلية، فان خلق وتعزيز ادارة سليمة فعالة وكفؤة في الأراضي المحتلة يعتبر هدفا وطنيا بحد ذاته.

وترى وزارة الصحة ان الادارة والحوكمة السليمة في القطاع الصحي تعني العمل من أجل تمكين الدولة لتكون قادرة على انجاز وتحقيق العديد من الامور مثل ضمان المساواة في فرص الحصول على الخدمات وجودة هذه الخدمات وحقوق المرضى. كما تؤمن الوزارة بأن الترهل في ادارة المؤسسات يعني ان معاناة المواطنين خاصة الفقراء ستستمر بسبب نقص حصولهم على الامان ونقص الخدمات العامة وفرص العمل. وتدرك الوزارة ان الخدمات الصحية وخدمات الصحة العامة يجب ان تعكس احتياجات المواطن. كما ان للمواطنين والمجتمع المدني الحق في مراقبة عمل وزارة الصحة كونها المسؤولة عن تحقيق الأهداف الصحية الوطنية. ومن المتفق عليه هنا في فلسطين أن تقديم المساعدات الإنمائية يجب أن يهدف بالدرجة الاولى إلى تعزيز شؤون ادارة الدولة وكفاءتها المتمثلة بدعم خططها التنموية.

تعمل وزارة الصحة على تطوير الادارة السليمة في مجال الصحة وذلك من خلال :

- قيادة التوجه الاستراتيجي لتطوير السياسة الصحية وتنفيذها
- اصرارها على جعل التنمية الصحية من اهم اولويات البرنامج الوطني للتنمية
- تنظيم سلوك الجهات المعنية المشاركة في تمويل وتقديم الخدمات الصحية
- تأسيس آليات للمساءلة والمتابعة
- تعزيز السياسات العامة والتشريعات الحكومية في مجالات أخرى تؤثر على قطاع الصحة
- تحقيق اللامركزية في الإدارة

2.1.2 بناء الدولة

يعتبر تعزيز قدرة الدولة على ضبط الأمن وتوفير أفضل الخدمات الأساسية صلب عمل السلطة الوطنية الفلسطينية. و بسبب الوضع السياسي المعقد، تعاني عملية بناء الدولة من بعض الفوضى والتوترات، رغم تحقيق الكثير من الانجازات تحدث احياناً بعض الاخفاقات. ومما لا شك فيه ان هذا يؤثر على وتيرة التغيير.

ان الوعي لمثل هذه القضايا بين شـركائنا في تنمية القطاع الصحي يسـاعد في التقليل من الشعور بالعجز والإحبـاط، ويسـهم في وضع أطر زمنيـة واقعية وتوقع نتائج معقولة. ومع ذلك ، فإن وزارة الصحة تسـعى بـكل طاقاتهـا لكي لا يؤثر الوضع السياسـي على تعزيز النظـم الصحية والمؤسسـاتية وتقديم الخدمات. ان مهمـة وزارة الصحـة- فـي اطـار بنـاء الدولة فـي الأراضي الفلسـطينية المحتلـة- هو تعزيـز قدرتها علـى العمـل، أولا باعتبارها مؤسسـة من مؤسسـات الدولـة وثانيا باعتبارهـا جزءا من منظومة تشـترك مـع القطاعـات الاخـرى فـي التعامل مـع قضايا الصحـة العامة مثل منـع الحـوادث والوقاية مـن الأوبئة.

2.2 فعالية المعونات والتنسيق والشراكة

1.2.2 فعالية المعونات

ضمن إطار واسع من التحضير لبسط السيادة واقامة الدولة الفلسطينية ، تسعى السلطة الوطنية إلى تعزيز فعالية المعونات على نحو أفضل في إطار شـراكة ايجابية مع المجتمع الدولي. وفي هذا السـياق فان خطة عمل السـلطة الوطنية الفلسـطينية بخصوص فعاليـة المعونات لاعوام 2008 - 2010 والنسـخة المحدثة لاعـوام 2011 - 2013 وغيرها من المبـادرات المماثلة التي اتخذتها وزارة التخطيط والتنمية الادارية تعتبر خططا بالغة الاهمية لتحقيق فعالية المعونات.

تعتبر حصة الفرد الفلسـطيني من المسـاعدات المقدمـة من الجهات المانحة من اعلى النسـب في العالم. وهذه المساعدات من شانها أن تؤثر على سياسات واستراتيجيات السلطة الوطنية الفلسطينية، بما في ذلك تحديد الأولويات وتخصيص الموارد للقطاعات المختلفة. لذلك ينظر إلى الدعم المقدم من المجتمع الدولي باعتبـاره عاملا مهماً للغاية في صحة ورفاه السـكان الفلسـطينيين. ويترتب على ذلك ان توظف السـلطة الوطنية بعناية وادارة سـليمة هذه المسـاعدات لضمان الحصول على أعلى مستوى ممكن من الفعالية من حيث نتائجها على الصحة والتنمية البشرية.

ان عملية التنسـيق بين شـركاء التنمية فيما بينهم من جهة والتنسيق مع السلطة الوطنية الفلسطينية من جهة اخرى في تطور مستمر. تجري محاولات عديدة وحثيثة مع الشركاء للتوصل إلى توافق في الآراء بشأن أفضل السـبل للمضي قدما فـي تنفيذ مبادئ اعلان باريـس 2005 وخطة عمل أكـرا 2008. وتعمل وزارة الصحـة مع الشـركاء ضمن رؤيـة واضحة لكيفية تطبيق المبادئ الخمسـة الواردة في إعلان باريس بشـأن فعالية استخدام المعونات في مجال تطوير وتنفيذ هذه الاستراتيجية. وهي:

الملكية: تضمنت عملية تطوير هذه الاسـتراتيجية عددا من الاجتماعات التشاورية بشان مسودات الوثيقة. وقد قامت وزارة الصحة بوضع السياسة العامة لهذه الاستراتيجية. وهي تامل ان يتعامل المنفذون والجهات المعنيـة مع هذه الاسـتراتيجية باعتبارها ملكا للجميع، مما يعني احترام الجهات المانحة لسياسـات الوزارة وللاسـتراتيجية التي وضعتهـا، كما تأمل من الجميع بمـن فيهم المنظمات غير الحكوميـة العمل في إطار السياسات العامة للوزارة التي ساهم الجميع في اعدادها واعتمادها كاستراتيجية وطنية للقطاع الصحي.

المواءمـة: تأمل وزارة الصحة من الجهات المانحة ان تكون معوناتها منسـجمة إلى حد كبير مع السياسـات الوطنية الصحية.

الانسـجام: باعتمادها عددا من الأولويات والبرامج في اسـتراتيجيتها تأمل وزارة الصحة من الجهات المانحة الاسـتجابة لهـذه الأولويات والبرامج في دعمها للقطاع الصحي، وبتركيزهـا على عدد محدود من الأولويات فان دعم هذه البرامج يصبح أكثر فعالية وفائدة من خلال التقليل من تداخلها وازدواجيتها.

الإدارة من أجل النتائج: تركز وزارة الصحة على تحقيق النتائج من خلال وضعها اطاراً للنتائج يبين بوضوح الانجازات المخطط لها ضمن السنوات القليلة القادمة والنتائج المرجوة بحلول عام 2015.

المساءلة المتبادلة: تسعى وزارة الصحة إلى جعل مبدأ المساءلة المتبادلة مبدأ اساسيا في العمل مع الشركاء من أجل تحقيق النتائج المتوخاة من هذه الاستراتيجية.

وتسـعى وزارة الصحة لتطبيق هذه المبادئ الخمسـة من أجل تحقيق الفائدة القصوى من المعونات وتجنب الازدواجية وادارة المعونات بشكل يتطابق مع الاستراتيجية الوطنية الشاملة.

2.2.2 العمل معا لتحقيق النتائج

ان وزارة الصحة هي الجهة التي تقود وتنظم وتشرف على الاستراتيجية الوطنية الصحية بالتعاون والتنسيق مع الشركاء المحليين والدوليين.
و بناء عليه:

- يتم تخصيص كل الدعم المالي والمساعدة التقنية الموجهة للقطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة في إطار هذه الاستراتيجية
- السعي نحو استخدام إجراءات مشتركة لصرف الاعتمادات المالية وتقديم التقارير، من خلال تبني نظم واجراءات السلطة الفلسطينية
- تعزيز الشراكة من خلال القيام بتحليل مشترك ورصد وتقييم سنوي مع متابعة وتبادل الأراء حول الشروط المرجعية للمشاريع من اجل تصميم البرامج والمساعدة التقنية

تقـوم وزارة الصحـة باتخـاذ كافة التدابيـر لضمان تنفيـذ ناجح لهذه الاسـتراتيجية وفقا للخطـة الوطنية الفلسطينية 2011 – 2013. من خلال:

- وضـع خطط العمل والموازنات السـنوية على المسـتوى المركزي وعلى مسـتوى المحافظات وفقا ودعما

للأهداف الاستراتيجية وجعل هذه الخطط والميزانيات متاحة لجميع الشركاء

- متابعة وتقييم تنفيذ هذه الاستراتيجية
- رفض المشاريع والبرامج وأي دعم آخر لا يتماشى مع هذه الاستراتيجية
- تبادل المعلومات حول الإجراءات المالية مع شركاء التنمية
- استخدام الموارد البشرية لتوجيه المعلومات وللتحضير لاجتماعات مجموعة العمل في القطاع الصحي ومن أجل المراجعة السنوية المشتركة
- التأكد من أن جميع المعنيين بامكانهم ان يشاركوا ويستفيدوا من المراجعة السنوية المشتركة
- تقديم المعلومات إلى مجموعة العمل في القطاع الصحي بشأن المساعدة التقنية المخطط لها والتي تم الاستجابة لها.

تسعى وزارة الصحة ان تتم المواءمة والتنسيق في تقديم المساعدات الإنمائية كسلة لدعم موازنة القطاع الصحي وأن تتجه بعيداً عن استخدام طرق عشوائية.

ان اختيار طريقة المساعدات سوف تعتمد بطبيعة الحال على الجهة المانحة و على امور اخرى تتعلق بقدرة وزارة الصحة على اجراء التنسيق وتقييم أداء نظام الإدارة المالية وتقييم النتائج على القطاع الصحي وعلاقة ذلك بالقوانين التي تنظم صرف المساعدات.

هناك اتفاق عام داخل فلسطين بين شركاء التنمية والسلطة الوطنية الفلسطينية على الرغبة في التطوير باتباع منهج «القطاعات» كآلية وطنية ودولية لتوجيه وإدارة دعم التنمية في فلسطين. ومنهج القطاعات هذا يتطلب تغييرا في سبل التعاون بين وزارة الصحة والشركاء. وهذا يعني تعاون من كلا الطرفين بشأن كيفية تخطيط وإدارة الموارد الصحية. وهذه التعديلات من الضروري التفاوض بشانها مع مرور الوقت ومع تنامي الثقة المتبادلة.

نعمل معاً في فلسطين لتحقيق الاهداف في القطاع الصحي

3.2.2 التنسيق والتعاون والشراكة

كما هو موضح في القسم 2.1 (نهج يقوم على المشاركة)، هناك عدة هيئات تعمل لضمان التنسيق والتعاون بين المعنيين بالقطاع الصحي في فلسطين ولضمان مشاركة الجهات المعنية في صنع السياسات واستراتيجية التنمية في المجالات ذات الأولوية في قطاع الصحة. كما تظهر الشراكة بين وزارة الصحة وبعض المنظمات من خلال التعاقد أو إعداد مذكرة واضحة للتفاهم. على سبيل المثال، هناك مذكرة تفاهم مع جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني لتأسيس بنك الدم الوطني في فلسطين الذي باشر بالعمل حديثاً وهناك عقود مبرمة مع العيادات التابعة للقطاع الأهلي والخاص لتوفير خدمات تصوير الثدي بالأشعة للكشف المبكر عن سرطان الثدي.

يعتبر عمل الوزارات المشترك امرا بالغ الاهمية بالنسبة لوزارة الصحة. وهناك تنسيق وتعاون وثيق بين وزارة الصحة والوزارات الأخرى ولا سيما وزارة التخطيط والتنمية الادارية ووزارة الشؤون الاجتماعية ووزارة التربية والتعليم العالي ووزارة شؤون المرأة ووزارة المالية.

3.2 الأولويات والسياسات

بناءً على تحليل الواقع والظروف الانتقالية والاستثنائية التي تمر بها الاراضي الفلسطينية فقد اتفق على تنفيذ استراتيجية وطنية للإصلاح تقوم على أساس التغيرات التدريجية التراكمية لتحقيق نتائج على المدى البعيد.

تستند هذه الاستراتيجية إلى مبدأ التحليل ودراسة العوامل المؤثرة في أنماط وفعالية التغيير في السياسة وكيف يمكننا المضي قدما من أجل تحسين الصحة. وقد اكتسبت عملية التحليل هذه أهمية خاصة في ظل الوضع المعقد في الأراضي الفلسطينية المحتلة. وقد اشتملت هذه العملية على الامور التالية:

- دور الدولة وقيمها ومبادئها
- اهتمامات واجندات الجهات المعنية ومراكز القوى لديها
- الدور الفعلي والدور المفترض للمجتمع المدني في عملية وضع السياسات العامة
- المبادئ والقوانين المتعلقة باجراءات السياسة الرسمية وغير الرسمية
- التأثير المحتمل للسياسات
- الاستناد إلى القرائن والدروس المستفادة
- الحاجة إلى مراجعة مستمرة لأية سياسة قائمة أو مقترحة.

1.3.2 حيث تم تحديد أولويات التنمية والاصلاح المذكورة أدناه:

الادارة وتطوير المؤسسة: تستند هذه الاستراتيجية على قرائن وأدلة في رسم معالمها وتنفيذها الفعال لتحقيق النتائج المرجوة ضمن الأطر الزمنية المحددة. ان تحول السياسات لتأخذ شكل القوانين لا يكفي بحد ذاته، فلا بد من مأسسة عملية التخطيط والتنفيذ وتشجيع الابتكار والمبادرة ضمن نظام من المتابعة والمسائلة والتقييم.

تنمية الموارد البشـرية: هناك حاجة ملحة لإحداث تغيير جذري في نظام الترقيات والتعيينات غير المنظم واسس تقييم الأداء الضعيف. وهناك حاجة للتحرك نحو التخطيط المنهجي لاحتياجات التوظيف وعملية تقييم الأداء على أساس معايير محددة مرتبطة بالمهام الوظيفية مع وضع نظام ترقيات وحوافز يتسم بالموضوعية والشـفافية. مما سيؤدي إلى تحسـين اداء الموظفين ورفع روحهم المعنوية والمساهمة في زيادة انتاجهم.

أنماط الحياة الصحية: تولي الاستراتيجية مزيدا من الأهمية للصحة العامة وأنماط الحياة الصحية مما يسهم في تحسـين نوعية الحياة. لقد ركزت وزارة الصحة معظم جهودها علـى الخدمات الطبية والرعاية الصحية الاولية، ولكن مع تزايد انتشـار الأمراض المزمنة وظهور الأوبئة والجوائح في الآونة الأخيرة، تسـعى وزارة الصحة للتوازن في سياسـاتها واسـتراتيجياتها لتعطي أهتماما خاصا لتعزيز الصحـة والوقاية من المرض.

الحصـول على خدمات نوعية : تعمـل وزارة الصحة على تطوير الرعاية الطبية المتخصصة في فلسـطين. وهذا من شـانه ان يؤدي إلى تحقيق المسـاواة في تقديم الخدمات الصحية وزيادة رضا المرضى وتخفيض اعداد التحويلات إلى الخارج، حيث تنفق مبالغ كبيرة من الموازنة الوطنية على علاج المرضى خارج الوطن. اضافـة إلـى التكاليف المالية والاجتماعية التي تقع على عاتق اسـر المرضى المحوليـن للخارج، التي تعاني أساساً من الأزمة الاقتصادية الاجتماعية التي يمر بها الوطن.

تمويـل الرعايـة الصحية والإدارة المالية: ترى الاسـتراتيجية ان تغيير نمط التأميـن الصحي الاختياري إلى نظام تأمين صحي وطني شـامل والزامي للجميع من شـأنه ان يعززاستدامة التمويل المالي ومدى التغطية والاستفادة من الخدمات الصحية للجميع في الحصول عليها وخاصة للفقراء والعاطلين عن العمل.

فعالية المعونات: تقود الوزارة تحولاً من سياسـة دعم المشـاريع العشـوائية إلى سياسـة تصب في صالح دعم الاسـتراتيجية الوطنية للصحة وغربلة المعونات المخصصة لمشـاريع مخصصة بعينها. وتحقيقا لذلك تقوم الوزارة بتشـجيع الجهات المانحة والشركاء في التنمية على اعتماد نظام السلطة الوطنية الفلسطينية بهذا الشـأن. وهذا بالضرورة سـيؤدي إلى مزيد من الاستخدام الفعال للمساعدات الإنمائية وتقليل التكاليف الإدارية.

الشراكة بين القطاعين العام والخاص: تبذل وزارة الصحة جهودا كبيرة في تحسين عمليات التنسيق والتعاون بيـن مقدمي الخدمات الصحية خاصـة وكالة الغوث والمنظمات غير الحكوميـة والقطاع الخاص الربحي. ان هذه الشـراكة ستقلل من ازدواجية الخدمات وهدر الموارد المحدودة في النظام الصحي الفلسطيني. ويتوج هذا التعاون من خلال مناقشة كافة المسائل الصحية في المجلس الوطني للتخطيط والسياسات الصحية.

التعاون القطاعي ومن ضمنه ادارة حالات الطوارئ والكوارث: نظرا للاحتلال الاسرائيلي واجراءاته التعسفية المستمرة والوضع السياسي المعقد فقد اكتسبت وزارة الصحة خبرة في الاستجابة لحالات الطوارئ. ومع ذلك، فإن استجابة المانحين في الماضي كانت مخصصة في معظمها لأغراض الاغاثة التي لم تكن وزارة الصحة في معظم الاحيان بحاجة اليها ولم تطلبها وحتى فاقت أو تعدت قدراتها الادارية والتخزينية. ان وزارة الصحة ملتزمة بالتعاون مع الجهات الوطنية ذات الصلة لوضع واعتماد خطة وطنية شاملة لادارة حالات الطوارئ والكوارث التي من شانها أن تؤدي إلى استجابة أكثر كفاءة وفعالية.

2.3.2 أولويات وسياسات أخرى

تأمل الوزارة ان تسهم السياسيات الجديدة في زيادة وعي المواطنين على القضايا الهامة في مجال الصحة. وفيما يلي الجوانب الاخرى التي توليها الوزارة اهمية كبيرة:

الصحة العامة

تؤمن السلطة الوطنية الفلسطينية بحق الفرد والمجتمع في الصحة. ولذلك فان السلطة ملتزمة بالعمل على انهاء المعوقات الصحية في اطار اوسع يشمل القضايا السياسية والامن والاقتصاد والبيئة. وتنظر وزارة الصحة إلى الصحة العامة كأولوية ومسؤولية على الجميع. ان الوظائف الاساسية للوزارة هي حماية صحة المواطنين وتطوير القطاع الصحي وضمان حصول المواطنين على خدمات صحية نوعية وبالتساوي للجميع. وتعمل الوزارة على تحقيق ذلك من خلال التعاون والدخول في شراكات متعددة مع القطاعات المختلفة.

الأمراض المزمنة

ما زالت الأراضي الفلسطينية تعاني من حين إلى آخر من تفشي بعض الأمراض المعدية. كما تظهر الاتجاهات الوبائية أن هناك تحولا وتزايداً في انتشار الأمراض المزمنة، مما يؤدي إلى مضاعفة العبء الصحي وزيادة الطلب على الرعاية الصحية، وبالتالي زيادة تكلفة الخدمات الصحية.

قامت وزارة الصحة منذ مدة باعداد سياسة وطنية واستراتيجية تشمل الوقاية والسيطرة على الأمراض غير المعدية، وعليه تعمل الوزارة مع جميع المعنيين لتطبيق هذه الاستراتيجية، ومضاعفة الجهود لتخفيف المعاناة الناجمة عن الأمراض المزمنة. وتشمل هذه الجهود تطبيق القوانين التي تعزز الصحة العامة مثل مكافحة التدخين كما تشمل تنفيذ برامج تعليمية وارشادية فعالة للمراهقين لتعزيز المبادرات التي تدعم السلوكيات الصحية السليمة.

ومن هذه الجهود تأسيس المركز الوطني للأمراض غير المعدية حيث سيكون له الدور الرئيس في تطوير نظام وطني لرصد ومكافحة الأمراض غير المعدية، ومتابعة تنفيذ استراتيجيات وطنية ومبادئ توجيهية منها برامج الكشف المبكر وبرامج العلاج.

تعزيز النظم الصحية

تعزيز نظم الرعاية الصحية هي وظيفة كل نظام صحي كما هي في فلسطين. وقد عملت بهذه الاستراتيجية كما تعاملت من قبل مع بناء القدرات بطريقة فعالة. فالامر لا يقتصر على التدريب باستخدام بعض المعدات وتطوير بعض الادوات اوالمباني او تكاليف دفع الرواتب، بل تغيير سلوك العاملين الصحيين والمواطنين على حد سواء.

وتعمل الوزارة على جعل الترتيبات الإدارية والتنظيمية مساعدة في عملية اتخاذ القرارات الفعالة من قبل المدراء وتوفير خدمات عالية الجودة وبالتالي يتم التركيز على العمليات والأدوار والهياكل والنظم المحددة لبناء القدرات. وهذا من شأنه ان يعزز عمل الموظفين ويبرز مهاراتهم.

و يشمل ‹تعزيز النظم الصحية› ما يلي :

- التطوير المؤسسي والإدارة الفعالة للنظام الصحي على المستوى الوطني
- التمويل الصحي الشفاف والفعال
- التنمية الشاملة للموارد البشرية
- التخطيط الصحي بما فيه نظام المعلومات والمتابعة والتقييم
- تعزيز العمل اللامركزي على مستوى المحافظات
- ضمان الجودة والاستمرار في تحسينها
- تنسيق المساعدات التنموية والإنسانية
- القوانين واللوائح التي تغطي كلاً من القطاع العام والخاص
- التأهب والاستعداد لحالات الطوارئ
- الصحة البيئية
- الأبحاث الصحية
- نظم المشتريات والنقل واللوجستيات والبناء والصيانة وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات

الإدارة الصحية

تقوم سياسة وزارة الصحة على تبني وتطبيق مبادئ الإدارة الفعالة للموارد خاصة البشرية والمالية، وتعزيز القيادة والإدارة لدى الكادر الإداري والوظيفي في الوزارة وفي كافة المرافق الصحية. بالاضافة إلى دعم مهارات المرونة والاتصال والتعاون والتواصل داخل وعبر المؤسسات.

ان الحاجة إلى إدارة أفضل في المرافق الصحية، وخصوصا المستشفيات، هي من اولى أولويات الوزارة، لتحسين جودة الخدمات والقضاء على الترهل وتقليل التكاليف، لذلك فان الوزارة عملت على اعداد خطة وطنية رئيسية للمستشفيات، تتضمن الرؤيا والسياسات وخطط التنفيذ السنوية، حيث تحدد العلاقة بين المرافق الصحية والخدمات التي تقدمها أو التي من المقرر احداثها أو اضافتها.

التخطيط والسياسات بما فيها نظام المتابعة والتقييم

ان عملية اتخاذ القرارات وتحديد الأولويات ورسم السياسات والاستراتيجيات تقوم على أساس التخطيط ومشاركة الجميع واعتماد القرائن والأدلة المادية لتحقيق النتائج والمخرجات. وتقوم الوزارة حالياً بتطوير نظم المعلومات الصحية الوطنية بما فيها الرقابة والمتابعة والتقييم واستكمال هذا النظام بالدراسات الدورية والبحوث العلمية.

ضمان الجودة

تعمل وزارة الصحة على تحسين نظام الجودة على كافة المستويات، وفي كافة المرافق لتتمكن من أداء مهامها بقدرة وكفاءة وفعالية استجابة لاحتياجات المواطنين بتوفير خدمات ذات جودة مناسبة ضمن الخدمات المتاحة، وتسعى الوزارة من خلال العمل مع شركائها لوضع وتنفيذ المعايير والمؤشرات والمساعدة في تغيير الثقافة الإدارية السائدة وتغيير اتجاهات وممارسات مزودي الخدمات الصحية وتشجيع المواطنين على المساءلة والمطالبة بتحسين نوعية الخدمات.

تكنولوجيا المعلومات والاتصالات

في ظل التقدم الحاصل في عالم الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات، تعمل الوزارة على تطوير نظام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتعزيز التواصل بين مختلف الإدارات والوحدات داخل الوزارة وبين الوزارة وشركاء التنمية. وتعمل الوزارة على تطوير نظام اتصالات فعال في كافة مستويات ومرافق النظام الصحي مع تهيئة الظروف وتوفير التدريب المناسب لاستخدام وصيانة شبكة الاتصالات وتحقيق الفائدة القصوى منها.

البنية التحتية

تقوم وزارة الصحة بتطوير خطة لتوزيع وتغطية الخدمات الصحية في فلسطين حسب الحاجة الديمغرافية والوبائية على أساس من المساواة والعدالة. وتقدر الوزارة عالياً دور القطاع الأهلي والخاص بالتعاون مع وزارة الصحة وفي تطوير هذه الخدمات وبناء هذه المؤسسات مع أخذها بعين الاعتبار التزامها بالخطة الشاملة للتغطية، وبناء على هذه الخطة الشاملة فعلى القطاع غير الحكومي الحصول على الموافقة المبدئية من وزارة الصحة قبل انشاء أي مؤسسة أو اضافة أي خدمة صحية، خاصة في الخدمات الاستشفائية من المستوى الثاني والثالث. ان الهدف من خطة التوزيع والتغطية هذه هو أولاً: وجود الحاجة لهذه الخدمة أو المؤسسة، وثانياً: ضمان وجود العدد المناسب والمؤهل من الكوادر البشرية وكذلك الموارد المالية لتقديم الخدمة في المؤسسة المزمع انشاؤها بشكل فعال ومفيد، وثالثاً: لضمان الجدوى الصحية والاقتصادية واستدامة تقديم هذه الخدمة و/ أو المؤسسة في عملها.

ان اتجاه الاستراتيجية الوطنية للصحة 2011 – 2013 قد ورد ضمن إطار السياسة الصحية الوطنية الوارد في الفصل 2.

1.3 الأهداف الاستراتيجية

تحدد هذه الاستراتيجية اتجاه سير العمل لتحقيق الأهداف التالية:

1. تعزيز الادارة والقيادة
2. تعزيز التخطيط والإدارة والتمويل المستدام للاستخدام الأمثل للأمكانيات المتاحة
3. تعزيز أنماط الحياة الصحية وتحسين إدارة الأمراض المزمنة
4. ضمان الحصول على خدمات صحية ذات نوعية جيدة من قبل الجميع وخاصة الفقراء والفئات الضعيفة والعاطلين عن العمل والذين طردوا و/أو المعزولين خلف جدار الفصل العنصري
5. تعزيز التمويل والإدارة المالية من اجل الاستدامة والشفافية
6. تعزيز فعالية المعونات في دعم الاستراتيجية الوطنية للصحة
7. تعزيز الشراكة والتكامل بين القطاعين العام والخاص
8. تعزيز وتطوير التعاون بين القطاعات ومن ضمنه الجانب الصحي الذي ورد في الخطة الوطنية للتعامل مع الكوارث والطوارئ.

الادارة والتنمية المؤسسية للنظام الصحي الوطني

ترى وزارة الصحة ان الادارة السليمة شرط أساس لنجاحها في توفير خدمات صحية تتميز بالعدالة والجودة والاستدامة. ومن أهم قواعد التنمية هي الادارة السليمة والقيادة الحكيمة والمساءلة والشفافية - وعلى طريق بناء الدولة - تطور الوزارة قدراتها على أداء الوظائف المنوطة بها وضع وتنفيذ السياسات وتطوير وتطبيق القوانين واللوائح التنظيمية السليمة والتأكد من أن الخدمات الصحية وفعاليات الصحة العامة تفي باحتياجات المواطنين.

وفي هذا الاطار المؤسساتي تعتمد الوزارة نظام المساءلة للتأكد من مدى تحقيق النتائج، كما يتم بناء وتطوير هيكل تنظيمي أكثر مرونة لتحقيق الاصلاحات المطلوبة وتسهيل تحقيق اللامركزية والعمل على تطبيق الأنظمة والالتزام بقيم ومبادئ الوزارة والقطاع الصحي.

تنمية الموارد البشرية

تثمن وزارة الصحة عاليا جهود العاملين من أجل صحة أفضل في فلسطين، وفي هذا السياق تنوي الوزارة:

- التأكد ان كل موظف يعمل في المكان المناسب وفي الوقت المناسب وفق المهام الوظيفية الموكلة اليه

ووفقا لمهارته وقدراته وخبرته، وان يتم تعيين الموظفين على أساس الجدارة من خلال منافسة مفتوحة

- ضمان أن مناهج التدريب الأساسي تطابق المعايير الدولية والوطنية
- وضع برامج تعليمية مهنية مستدامة وبرامج اخرى لتنمية القدرات يتمتع فها كافة الموظفين بحرية الاختيار
- وضع ميثاق أخلاقيات للعمل يقوم على أساس الأداء ويضمن وجود بيئة عمل داعمة.

يتطلب تطبيق هذه القضايا الاربعة ان تعمل وزارة الصحة مع هيئات السلطة الوطنية الفلسطينية الأخرى، مثل مجلس الوزراء ووزارة التخطيط والتنمية الادارية ووزارة التربية والتعليم العالي ومع القطاع الأهلي والخاص ووكالة الغوث والشركاء في التنمية لتطوير نظام سهل الاستعمال يتضمن آليات فعالة، مثل قاعدة بيانات للموظفين، ونظام ملء الشواغر ونظام حوافز مستدام.

أنماط الحياة الصحية

أن الارتقاء بصحة المجتمع والأفراد يعتبر جزء لا يتجزا من رؤية الوزارة للصحة في فلسطين. وتعتبر الاوضاع السياسة السائدة من أهم العوامل المحددة للصحة. ومن خلال العمل مع الشركاء تسعى وزارة الصحة للتغلب على المعيقات التي تقع ضمن سيطرتها، مثل منع حوادث المرور على الطرق ومكافحة التدخين وخاصة العمل على تطبيق القانون الخاص بالتدخين في الأماكن العامة.

ومع ادراكها التام للاثار السلبية للعوامل السياسية وغيرها على الاطار العام الصحة، تعمل الوزارة على تمكين الافراد والجماعات والمجتمع المحلي لتحسين أوضاعم الصحية. وذلك من خلال زيادة معرفتهم وتوعيتهم وتمكينهم من اتباع الانماط الصحية السليمة مثل ممارسة التمارين الرياضية والابتعاد عن التدخين واتباع نظام غذائي جيد واتباع قواعد السلامة الأخرى مثل قيادة المركبات بشكل آمن وربط حزام الأمان.

تقديم الخدمات

بناءً على قانون الصحة العامة فإن وزارة الصحة هي راسم السياسة والمنظم للقطاع الصحي والمزود الرئيس للرعاية الصحية. وهي تؤمن بأن من حق جميع الفلسطينيين (بمن فيهم سكان القدس الشرقية وأولئك السكان المعزولين الذين يعيشون على الجانب الآخر من الجدار وسكان الاغوار) الحصول على الرعاية الصحية النوعية.

وفي إطار هذا الالتزام، تركز الوزارة على ضمان التوازن بين الوقاية من المرض وتعزيز الصحة وعلى زيادة فرص الحصول على خدمات المستشفيات المتخصصة داخل الأراضي الفلسطينية، لا سيما تلك الموجودة في القدس الشرقية ومن خلال شبكة من المرافق الصحية بمختلف مستوياتها الأول والثاني والثالث بايصال خدمات صحية نوعية للجميع من شانها تخفيف المعاناة.

و تشـدد الـوزارة أيضا على الحاجة إلى إدارة رشـيدة فـي المرافق الصحية، وخصوصا المستشـفيات، وذلك لتحسـين جـودة الخدمات والقضـاء على الترهل وتقليـل التكاليف. وعـلاوة على ذلك، تدعم الـوزارة مبدأ اللامركزية في العمل لتحسين الاداء ورفع كفاءة الخدمات.

تمويل الرعاية الصحية والإدارة المالية

تعمـل السـلطة الوطنيـة الفلسـطينية لضمـان حصـول المواطنيـن علـى خدمـات صحيـة نوعيـة وباسـعار معقولـة مـن خلال برنامـج التأميـن الصحـي الوطني. وتعمـل وزارة الصحـة بالتعـاون الوثيق مـع وزارة العمـل ووزارة الشـؤون الاجتماعيـة لضمـان حصـول العاطليـن عـن العمـل والفقـراء الذيـن لا يسـتطيعون دفـع تكاليـف العـلاج علـى كل الخدمـات الصحيـة التـي يغطيهـا التأميـن الصحـي. كمـا تعمـل وزارة الصحـة علـى إدارة المـوارد المالية- التي تحصـل عليها مـن الحكومة ومـن المانحين- واسـتخدامها بطريقـة فاعلـة. من خلال تطوير استراتيجية مالية سـليمة وترشـيد الانفـاق. اضافة إلى سياسـة تمويليـة تعتمد على الأولويات المسـتندة علـى الأدلة والقرائـن. حيث تقوم الـوزارة بالتعاون مع وزارة الماليـة ووزارة التخطيـط والتنميـة الإداريـة وشـركاء التنمية على ضمـان شـفافية الإدارة المالية. وبنـاء عليه تتوقع الـوزارة أن تكون آلية تمويل القطاع الصحي على شـكل تمويل للاسـتراتيجية الصحية الوطنية من خلال مبدا دعم «القطاعات» و/ أو دعم مباشر للموازنة.

فعالية المعونات

تعبر السـلطة الوطنية الفلسـطينية عن بالغ تقديرها لهـذه المنح والهبات الدولية لدعـم القطاع الصحي. ووزارة الصحة ملتزمة بضمان فعالية هذا النوع من المساعدات، ولهذا ستعمل مع شركائها في التنمية على تنفيذ جميع المبادئ الواردة في إعلان باريس لعام 2005 وخطة عمل أكرا لعام 2008.

ان مبادئ الملكية والمواءمة والتنسيق وتحقيق النتائج والمساءلة المتبادلة والقدرة على التنبؤ وتعزيز أنظمة الدولة وتفكيك القيود المفروضة على السلع والخدمات كما ورد في اتفاقيات باريس وأكرا، تعتبر ذات اهمية بالنسبة للقطاع الصحي. وتسعى وزارة الصحة إلى تحويل اهتمام الجهات المانحة من دعم مشاريع تختص بجانب معين أو جزئي إلى دعم الاستراتيجية الوطنية الشاملة للصحة .

الشراكة والتكامل بين القطاعين العام والخاص:

تعزيز الشراكة في رسم السياسات والتخطيط بالاضافة إلى التنسيق والتكامل في تنفيذ البرامج والمشاريع، كمجموعـة العمل فـي القطاع الصحي والتعاون في اللجـان الفنية الوطنية المختصـة لتنفيذ برامج وطنية شاملة مثل برنامج التطعيم الموسع (مع وكالة الغوث) وبرامج الكشف المبكر عن السرطان وغيرها.

التعاون القطاعي ومن ضمنه إدارة حالات الطوارئ والكوارث

نظرا لاستمرار الاحتلال وممارساته في الاراضي الفلسطينية تسعى وزارة الصحة بالتعاون مع شركاء التنمية إلى وضع خطة وطنية شـاملة وفعالـة تعمل في حالات الطوارئ والكوارث. وهذه الخطة من شـأنها تخفيف معاناة الإنسان والدفاع عن حقوق المحتاجين وتعزيز الجاهزية و تقوية نظام الوقاية ووضع الحلول الدائمة. وتعمل وزارة الصحة على ضمان توفير نظام اسـتجابة فعال ضمن الامكانيات المتاحة. وتقدر وزارة الصحة عالياً الاسـتجابات الوطنية والدولية لحالات الطوارئ التي مر بها وما يزال يمر بها الشعب الفلسطيني خاصة أثناء الحرب الأخيرة على غزة في كانون الاول 2008 - كانون الثاني 2009. ومن المؤمل من الجهات المعنية ان تحترم كل ما تراه وزارة الصحة مناسبا او غير مناسب من المساعدات الانسانية في حالات الطوارئ.

وعلى ضوء الخطة الوطنية للطوارىء سـيكون جميع العاملين في القطاع الصحي في اتم الاسـتعداد وعلى جاهزية عالية للتصرف وفقا للادوار المرسومة والمخطط لها قبل وقوع الحالة الطارئة. ومثال ذلك ما حصل في عام 2009، من الاسـتجابة السـريعة للحد من انتشـار والسـيطرة على مرض انفلونزا الخنازير. وتقوم الـوزارة باتخاذ كافـة الاجراءات وفق المعايير الدولية، وبالتعاون الاقليمـي عبر الحدود للوقاية من الأمراض متجاوزة الحواجز السياسية.

لقد تم ترجمة وتحويل الأهداف المذكورة إلى برامج تنفذ بطريقة مترابطة ومتزامنة ومتكاملة. تحدد هذه الاسـتراتيجية اتجاه ونطاق العمل حيث تتم تجزئتها وترجمتها إلى خطط عمل سـنوية. كما ان هناك بعض المواضيع التقنية المحددة مثل التغذية السـليمة ومكافحة الأمراض المزمنة التي لها خططها الاستراتيجية الخاصة ومبادئها التنفيذية.

كمـا تـم عرض هذه الاولويات في الإطار الاسـتراتيجي فـي المرفق (أ) حيث يمكن ملاحظـة أن الإجراءات الاسـتراتيجية الرئيسـة والتكاليف والموارد المخصصـة ودور الجهات المنفذة بما فيها الوزارة ومسـؤوليتها مقرونـة مع كل برنامـج. كما وضعت في المرفق (ب) النتائج المخطط لها فـي اطار زمني يمكّن من قياس الانجازات في نهاية عام 2013 على طريق تحقيق أهداف الألفية الثالثة في العام 2015.

وفيما يلي ملخص للبرامج المذكورة:

البرنامج الأول: الخدمات الصحية المسـتدامة ذات جودة عالية وتشـمل الخدمات الصحيـة الأولية والثانوية والثالثية.

البرنامج الثاني: برنامج الصحة العامة بما في ذلك أنماط الحياة الصحية.

البرنامج الثالث: برنامج تنمية الموارد البشرية والتعليم الصحي.

البرنامج الرابع: برنامج الحكم الرشيد ويشمل الادراة الصحية، الادراة المالية، الشراكة بين القطاعين العام والخاص، فعالية المعونات والتعاون بين القطاعات المختلفة.

2.3 النتائج المخطط لها

مخرجات الاستراتيجية الوطنية للصحة

من المتوقع ان تكون المخرجات في المرفق (ب) قد تحققت قبل نهاية عام 2013. وسيسهم مجموع المخرجات في تحقيق الأهداف الاستراتيجية. وهذه المخرجات سوف تسهم في تحقيق الأهداف الإنمائية الألفية للصحة في 2015.

اخذت الوزارة في سعيها لتطوير البرامج والنتائج المخطط لها بعين الاعتبار بعض القضايا الهامة مثل الجدوى وأطر زمنية واقعية ومبدأ الاستدامة. وقد أولت هذه الاستراتيجية الوضع المعقد الذي فرضه الاحتلال الاسرائيلي في الأراضي الفلسطينية اهتماماً خاصاً للتغلب على العراقيل المتصلة به من أجل تحقيق أهدافها بمرونة وكفاءة ضمن الظروف المتاحة.

الحكم و التنمية المؤسساتية لوزارة الصحة

- الرقابة والتقييم، نظام المعلومات الصحية وانظمة تأكيد الجودة تعمل بفاعلية
- تقليص عدم الالتزام بالانظمة والقوانين
- فرض انظمة الاعتماد والتراخيص والاجازات
- الاتزام بانظمة وممارسات صناعة القرار والمساءلة والشفافية

تنمية الموارد البشرية

- استكمال استراتيجية و سياسة تنمية الموارد البشرية وتنفيذها بشكل شمولي
- اعتماد برامج اكاديمية صحية جديدة في الجامعات
- وجود متطلبات للتعليم المستمر من اجل ترخيص مزاولي المهن الصحية
- وجود انظمة اكثر فاعلية لادارة الموارد البشرية بما فيها نظام تقييم الاداء

انماط الحياة الصحية والوقاية من الامراض

- اطلاق حملات للتوعية العامة
- زيادة عدد موظفي الصحة المدربين في مجال الرعاية الصحية الاولية
- التأكيد على تنفيذ البروتوكولات والدلائل الارشادية

الوصول إلى الخدمات الصحية ذات الجودة العالية

- وجود نظام فاعل للرقابة الشاملة يولد معلومات دورية و مفيدة حول الالتزام بالخطط والمعايير
- تحسين نظام الحكم في المستشفيات
- استعمال واسع للدلائل الارشادية و البروتوكولات ومعايير الرعاية الصحية

استدامة التمويل الصحي

- دمج الموازنة والتخطيط
- وجود نظام ادارة مالية فاعل ومفيد
- نظام مالي شامل ومستدام للقطاع الصحي
- وجود صندوق للتامين الصحي يعمل وفق مبادىء العدالة والتغطية الشاملة

فعالية المعونات

- الدعم للقطاع الصحي يتماشى والاستراتيجية الصحية الوطنية
- الشفافية في نمط وقيمة المعونات
- التسيق ما بين وزارة الصحة ووزارة التخطيط والتنمية الادارية ـ وقاعدة البيانات متوافقة

الشراكة ما بين القطاع العام و الخاص

- مذكرات تفاهم بين وزارة الصحة ومقدمي الخدمات الصحة الرئيسيين

التعاون عبر القطاعات

- وجود خطة للجاهزية للطوارىء ما بين كافة القطاعات
- تدريب كامل للكوادر الصحية للاستجابة للحالات الطارئة
- ادراج الصحة في كافة السياسات

هرم النتائج الصحية في فلسطين

مأخوذ من بوتر "س" و برو " ر" 2004 : عملية بناء القدرات المنظمة :

جدول الحاجات

3.3 عوامل النجاح الحاسمة، التأثيرات والمخاطر

1.3.3 عوامل النجاح الحاسمة

عوامل النجاح الحاسمة لتنفيذ الاستراتيجية هي :

- التقدم على الصعيد السياسي بانهاء الاحتلال
- إرادة سياسية قوية ومستدامة ملتزمة بالاستراتيجية
- قيادة فعالة للقطاع الصحي
- عمل الوزارة بشكل أفقي كفريق واحد مع خطوط واضحة للمساءلة
- الملكيــة مــن قبل جميع الجهات المعنية والشــراكة مع الجهــات المانحة والــوكالات الدولية خاصة وكالة الغوث والمؤسسات والمنظمات غير الحكومية
- التزام الجهات المانحة الدولية بتوفير الموارد المالية اللازمة طبقاً للاستراتيجية الوطنية
- تحقيق التوازن بين التفكير والعمل الاستراتيجي والتعامل الميداني والمتابعة الدورية
- إعطاء اهتمام متساو ومتوازن لكل من: تقديم الخدمات، الصحة العامة، ادارة الوزارة والتنمية المؤسسية
- تنمية الموارد البشــرية بشــكل فعال وزيادة الحوافز وتوفير التعليم والتدريب المستمر الموافق لطبيعة الوظيفة والمهنة
- نظام لامركزي فعال وكفؤ
- التغلب على الحواجز والعراقيل التي تعيق الوصول إلى الخدمات الصحية والحصول عليها

2.3.3 أهم التأثيرات

يتم تســليط الضوء فيما يلي على بعض القضايا الهامة التي تحتاج إلى النظر فيها من أجل التنفيذ الســليم للاستراتيجية :

على مستوى السلطة الوطنية الفلسطينية:

- ابقاء قضية الصحة ضمن السياسة العليا وطرحها بوضوح وبصورة منتظمة على جدول أعمال الحكومة
- الدفاع عن الحق في الصحة

على وزارة الصحة:

- التزام قوي بالتغيير والاصلاح
- اتخاذ قرارات سليمة تتسم بالشفافية والتمسك بها وتشجيع عنصر التفاعل والمبادرة

على الجهات المانحة:

- اســتخدام مجموعــة متنوعة ومتفق عليها من الآليــات بما في ذلك نهج القطاعات الموســع باتجاه دعم الموازنة

- استخدام النظم والاجراءات الحكومية إلى أقصى حد ممكن

على المنفذين:

- تجديد الطاقة والتحفيز لتحسين تنمية الموارد البشرية
- الانفتاح على العمل بشكل مغاير وفعال يشجع المبادرة والابداع

على الإدارة:

- استخدام الموارد المالية، خاصة ادارة التكاليف الجارية لرفع مستوى الخدمات والتدريب والتوظيف وبرامج الحوافز والبنية التحتية والتجهيزات
- تحسين ادارة الموارد البشرية
- تحقيق اللامركزية في الإدارة بتبني آلية تمويل متكاملة، واستخدام الإجراءات الحكومية لتعديل نظام الحوافز المرتبط بقانون الخدمة المدنية، مع تنفيذ القوانين واللوائح الادارية ونظم الرقابة والمتابعة والتقييم

3.3.3 المخاطر على التنفيذ الناجح

- عدم وجود اتفاق سياسي والتصعيد المستمر للممارسات الاحتلالية
- ضعف نمو الاقتصاد الوطني، مما يؤدي إلى نقص في تمويل القطاع الصحي
- انقطاع الدعم لاستراتيجية التنمية من وكالات دولية نتيجة لتغييرات في سياساتها أو بسبب عدم الاستقرار السياسي
- عدم التزام الجهات المعنية بالخطة الاستراتيجية
- مقاومة التغيير والاصلاح داخل القطاع الصحي
- ضعف الاهتمام بقضية المساواة والعدالة في تقديم الخدمات الصحية والحصول عليها وجودة الخدمات واستخدامها بالشكل الصحيح.

1.4 إدارة القطاع الصحي

فعالية وكفاءة استخدام الموارد

الإدارة المالية

قامت وزارة الصحة بتقديم مشروع الموازنة السنوية لعام ٢٠٠٩ وللمرة الأولى بناء على الخطة الاستراتيجية الوطنية الصحية وبرامجها. وتقود وزارتا التخطيط والمالية عملية ربط موازنات الوزارات بعمليات التخطيط لديها. ولم يسبق لوزارة الصحة ربط موازنتها بالبرامج والخطط الموضوعة. وعليه فقد كان اقتراح الموازنة للعام ٢٠٠٩- ٢٠١٠ تقديريا لا يستند إلى معلومات دقيقة، سيستمر 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 الاحتياجات الفعلية لوزارة الصحة وبرامجها مع مراعاة نظام الحسابات الوطنية الصحية.

الموارد البشرية

تفتقر وزارة الصحة إلى وجود خطة شاملة للتوظيف،. لذلك تقوم الوزارة بوضع استراتيجية تحتوي على خطة شاملة للموارد البشرية بكافة مواقعها ومستوياتها. وتعتمد هذه الخطة على مبدأ «الطاقم المناسب بالعدد المناسب في المكان المناسب» لتجنب ارتفاع عدد الموظفين غير المبرر. وتشمل هذه الخطة آلية لتقييم الأداء وايجاد نظام حوافز لتحسين هذا الأداء.

الأنظمة الادارية

نظرا لنقص الأموال المتوفرة في وزارة المالية غالباً ما تتلقى وزارة الصحة جزءً قليلاً من الموازنات المخصصة لها في مواعيد متأخرة، مما يحد من قيام الوزارة بشراء اللوازم والخدمات في الوقت المناسب.
تعمل وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة المالية لتنظيم آلية عملية ادارة الموازنة، لتمكين الوزارة من تحسين أدائها وربط برامجها بالموازنات المخصصة لها.

2.4 تنمية القدرات

هناك بلا شك ثروة من القدرات والطاقات العاملة في القطاع الصحي، ولكن يواجه القطاع العام تحديات تتمثل في استمرار المعيقات السياسية والاقتصادية والأمنية للاحتلال الاسرائيلي وتاثيرها السلبي على النظام الصحي، مما يحد من قدرة القطاع الصحي على احداث التغير المطلوب في الكادر الوظيفي.
ان الكادر الوظيفي في القطاع الصحي بحاجة إلى تنمية مستمرة للقدرات، وفي هذا المجال غالباً ما يتم التركيز على التدريب مع اهمال تطوير الهياكل والنظم، ولتكون الوزارة قادرة على احداث التغير المطلوب

تركز هذه الاستراتيجية علىتنمية القدرات وتطوير الهياكل والنظم.

تحتاج وزارة الصحة أحياناً لبعض الاستشـاريين في مجالات محددة، وعلى الوزارة أن تتحقق أن نهج هؤلاء الاستشـاريين يطابق الاسـتراتيجية ويعزز من قدرات الكوادر العاملة في القطاع الصحي والفائدة المرجوة من عمل هؤلاء الاستشاريين.

كما يجب أن يتم تحديد الشـروط المرجعية وأهداف المسـاعدة الفنية من خلال مجموعة العمل في القطاع الصحـي. حيـث أن العمل من خلال هـذه المجموعة يضمن اتباع الاسـتراتيجية الوطنيـة الصحية والالتزام بالاجراءات الوطنية الادارية والفنية.

3.4 المتابعة والمراقبة والتقييم

تقـوم وزارة الصحة بتطوير نظـام متابعة ومراقبة وتقييم يسـتند على الأهداف الاسـتراتيجية ومجموعة المؤشرات المتفق عليها. وقد بدأ العمل في هذا المجال بعناية حيث أن تأسيس نظام متابعة فعال يحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد. والمؤشـرات التالية اقترحت لملاحظة التقدم في تنفيذ السياسة الوطنية الصحية. وتغطي هذه المؤشـرات العديد من المجالات، كالوضع الصحي، توفير وتخصيص الموارد، المخرجات، ومدى التغطية والمسـاواة والكفاءة في الرعاية الصحية. ان قاعدة البيانات لمعظم هذه المؤشـرات المقترحة غير متوفـرة وتـم تقديرها، وبعض هذه المؤشـرات غيـر مقدرة وتتطلـب تحديثاً لنتمكن مـن الاعتماد عليها. وسـتحدّث رزمة البيانات هذه حالما يتم الانتهاء من وضع الخطة واستكمال وضع الملامح لنظام المعلومات الصحية.

وسـيقوم هذا النظام بمتابعة مدى تطبيق السياسـات ضمن الأداء الكلي للقطاع الصحي، وتأثير المبادرات التطويرية من خلال التحليل الروتيني للمعلومات وتلك الناتجة عن نظام الرصد والدراسات والأبحاث الدورية. وكذلك سيتم دراسة ومتابعة النتائج والتأثيرات غير المقصودة إلى جانب النتائج المقصودة والمخطط لها. تقوم الوزارة بعملية تقوية وتطوير مسـتمرة للقدرة على تحليل المعلومات المتوفرة والمتعلقة بالسياسات والأبحاث المنوي اجراؤها وتحليل التوجهات بعيدة المدى لتطوير ووضع سياسات مناسبة مستندة على دلائل وقرائن علمية. ولأن التخطيط الاسـتراتيجي ورسـم السياسـات تعتمد على معلومات موثوقة، تسعى وزارة الصحة للتنسـيق والتعاون مع كل شـركائها في التنمية من أجل تقوية نظـام المعلومات الصحية الوطنية. وقد بدأت الوزارة في النقاش حول كيفية جمع المعلومات من القطاع الصحي داخل الوزارة وخارجها من أجل تطوير آليات تبادل المعلومات وتأثيرات البرامج الصحية والاتفاق علىآفاق التعاون المستقبلية.

نظام ادارة المعلومات الصحية

يتم تطوير نظام المعلومات لتحسـين جمع وتنظيم والحفاظ على المعلومات المناسبة في الوقت المناسب.

وسيكون بمقدور هذا النظام اصدار التقارير الدورية المتعلقة بتنمية وتطور القطاع الصحي متضمناً تحليل التوجهات من أجل التوصل لفهم أفضل لتطور النظام الصحي. وسيقوم هذا النظام الصحي المتكامل والشامل بتغطية كافة المعلومات المتعلقة بالتمويل المالي والموارد البشرية والأصول الثابتة ومنها الأجهزة الطبية، الخدمات المقدمة والمتوفرة مع نظام الرصد والمتابعة الدائم. وستستكمل هذه المعلومات باضافة الاحصاءات الحيوية كالمواليد والوفيات، التي تجمع من خلال شبكة اتصالات موزعة عبر كافة المحافظات والوحدات الصحية، ويتطلب ذلك تطوير القدرات وتدريب الكوادر في استخدام نظام المعلومات على المستويات المذكورة. وهذا النظام مصمم على أساس لا مركزي بحيث يمكن جمع معلومات واتخاذ بعض القرارات وتنفيذ بعض النشاطات على مستوى المحافظة على أن يتم تحليل المعلومات المتعلقة بالاستراتيجية الوطنية، وتخصيص الموارد وتوزيعها واتخاذ القرارات الكبرى ورسم السياسات العليا على المستوى المركزي. سيتضمن نظام المعلومات جمع المعلومات بشكل عمودي متسلسل، يستكمل بالدراسات والأبحاث الدورية، كما سيمكن هذا النظام من تلقي التقارير والتغذية الراجعة من ولكل المدراء والعاملين في القطاع الصحي. كما يمكن نظام المعلومات من متابعة ومراقبة الاستجابة للسياسات الصحية.
ان نظام ادارة المعلومات الصحية يعطي مراقبة ومتابعة الاستجابة للسياسات الصحية اهتماماً كبيراً، وسيتم جمع المعلومات في هذا النظام بطريقة تمكن الشركاء من معرفة ودراسة كيفية تخصيص الموارد عبر المستويات المختلفة للرعاية الصحية، بين مراكز الادارة المركزية والطرفية، بين المدن والأرياف والمخيمات وعبر المحافظات. مما يشجع ويحث مناقشة السياسات من حيث المساواة والكفاءة واللامركزية والتماثل مع منظومة العمل القائمة على مفهوم الرعاية الصحية الأولية.
تقوم وزارة الصحة دورياً باصدار تقرير سنوي يعكس بشكل ملخص مؤشرات المدخلات والمخرجات، وتقييم الكفاءة والفاعلية والعدالة في مجال تقديم الرعاية الصحية وتوجهاتها. كما سيركز على اللاتوازنات والانحرافات عن تطبيق وتنفيذ السياسات الصحية اهتماماً خاصاً.

تقييم ومراجعة الأداء:

سيتم من خلال هذا النظام تقييم ومتابعة مستمرة لمدى تطبيق السياسات. كما سيتم بحث مدى التقدم والعوائق بانتظام وايصالها إلى مختلف الشركاء والجمهور، اضافة إلى بعض المواضيع التي تعتبر ذات أهمية خاصة. كما سيتم توضيح القوانين والتعليمات المستحدثة على ضوء التطور الحاصل في مجال البيئة والمعلومات الجديدة المتوفرة والخبرات المكتسبة. وتتوقع الوزارة اجراء مراجعة السياسات دورياً خاصة في نهاية مدة هذه الخطة المقدرة حتى نهاية 2013. كما سيجري مراجعة الخطة سنوياً بالتعاون مع الشركاء خاصة الوزارات مثل وزارة التخطيط والشؤون الاجتماعية والتعليم والحكم المحلي وسلطة البيئة ووكالة الغوث والمنظمات الأهلية ومؤسسات المجتمع المدني والقطاع الخاص، وعلى ضوء هذه المراجعة تقرر السياسات الجديدة ومراجعة تطبيق وتنفيذ الخطة الوطنية، كما سيتم الاستفادة من الدروس والممارسات لوضع خطط العمل للسنوات المقبلة.

تعمل وزارة الصحة على بناء وتطوير ثقافة التغيير والمساءلة وتعمل مع جميع المعنيين في نهج تشاركي لبناء نظام يستند إلى الادلة والقرائن لرسم السياسات والخطط وصنع القرار وبناء النظام الاداري. وينطوي هذا النهج على التعاون والتنسيق بين القطاعات المختلفة والمشاركة المجتمعية والتمكين خاصة تمكين الفئات المستضعفة من الوصول إلى المعلومات من خلال استخدام الأنظمة والتكنولوجيا الملائمة.

ان عملية الرقابة والمتابعة والتقييم هي جزء لا يتجزأ من دورة التخطيط الوطنية التي تقوم على نظام معلوماتي صحي محوسب. كما تقوم وزارة الصحة ببناء هذا النظام على جميع المستويات: على المستوى المركزي وعلى مستوى المحافظات وعلى مستوى الوحدة الصحية. ويشتمل هذا النظام على جميع المعلومات اللازمة عن الصحة والخدمات الصحية والتمويل والتكلفة والموارد البشرية ومعدلات الاستخدام...الخ. وبعبارة أخرى، يشتمل على جميع المدخلات والعمليات والمخرجات والنتائج والبيانات الكمية والنوعية. وهناك عناصر تكميلية تدعم دور هذا النظام، مثل الدراسات الديموغرافية والبحوث والدراسات الاستقصائية.

هذا وتعتبر جميع الجهات المعنية جزءا من عملية نظام المعلومات والرقابة والمتابعة والتقييم، بما فيها الجهاز المركزي للإحصاء والجامعات وغيرها من الوزارات والمؤسسات التي تسهم في وضع وإدارة فعالة لنظام المعلومات الوطني وتشارك في عملية البحث والتخطيط والرقابة والتقييم. وهذا بالتحديد ما ترمي اليه وزارة الصحة في: ان تكون هناك مشاركة فاعلة في السياسات والخطط وتداولها بين جميع الاطراف وتعميمها على الشركاء واتاحة الفرصة للجمهور للاطلاع عليها. ومثل هذا النظام ينبغي أن يتيح الفرصة للتفاعل بين مزودي الخدمات والمستهلكين وان يكون سهل الاستخدام ويتم استغلاله لإرسال رسائل توعية للجمهور.

ولمتابعة مدى التقدم في تحقيق الأهداف الاستراتيجية للخطة فسيتم متابعة ومراقبة هذه العملية بشكل شهري أو دوري لنظم الرصد والمتابعة المحوسب الذي يتم عبره جمع المعلومات وتحليلها بشكل علمي مستند على القرائن من خلال قسم أو دائرة المتابعة والتقييم التابع للادارة العامة للتخطيط والسياسات. وحيثما وجد مناسباً سيتم تناول ومعالجة بعض المعلومات بشكل انتقائي وتقييم مباشر حيث يصعب تناولها بشكل علمي موضوعي. وكما هو معلوم ان بعض المعلومات المتعلقة بالأهداف الاستراتيجية غير متوفرة في قاعدة البيانات هذه حيث سيعمل على توفيرها ومعالجتها بشكل مدروس.

المرفقات

المرفق(أ) إطار الاستراتيجية الوطنية للصحة

الأهداف الاستراتيجية الوطنية الصحية 2011 - 2013 بناء الدولة والنظام الصحي و تعزيز الخدمات لضمان اداء فعال للقطاع الصحي. وهذا من شانه العمل على تعزيز التنفيذ وتحقيق النتائج المخطط لها في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية	
اولويات الاستراتيجية الوطنية للصحة 2011 - 2013	**أهداف الاستراتيجية الوطنية للصحة 2011 - 2013**
1. الحكم الرشيد والتنمية المؤسسية 2. تنمية الموارد البشرية 3. أنماط الحياة الصحية والوقاية من الأمراض 4.الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية 5.التمويل الصحي المستدام والإدارة المالية 6. فعالية المعونات 7. الشراكات بين القطاعين العام و الخاص 8. التعاون والتنسيق عبر القطاعات	(يرجى مراجعة الفصل (3) لشرح هذه الأهداف) 1. تعزيز الادارة والقيادة 2. تعزيز التخطيط والإدارة والتمويل المستدام للاستخدام الأمثل للأمكانيات المتاحة 3. تعزيز أنماط الحياة الصحية وتحسين إدارة الأمراض المزمنة 4. ضمان الحصول على خدمات صحية ذات نوعية جيدة من قبل الجميع وخاصة الفقراء والفئات الضعيفة والعاطلين عن العمل والذين طردوا و/أو المعزولين خلف جدار الفصل العنصري 5. تعزيز التمويل والإدارة المالية من اجل الاستدامة والشفافية 6. تعزيز فعالية المعونات في دعم الاستراتيجية الوطنية للصحة 7. تعزيز الشراكة والتكامل بين القطاعين العام والخاص 8. تعزيز وتطوير التعاون بين القطاعات ومن ضمنه الجانب الصحي الذي ورد في الخطة الوطنية للتعامل مع الكوارث والطوارئ.

البرامج الصحية الوطنية 2011 - 2013	الاجراءات الاستراتيجية	التكاليف	دور الوزارة
1. الحصول على خدمات صحية مستدامة ذات جودة عالية. (المستوى الأول والثاني والثالث)	- تسليط الضوء على أهمية المحددات الرئيسية للصحة من الناحية السياسية، الوطنية والدولية - مراجعة، تحديث وضمان الالتزام بالخطة الوطنية للتغطية الصحية - مراجعة، تطوير وضمان الالتزام الأمثل للحد الأدنى الملائم لمعايير الجودة في القطاعين العام والخاص. - تعزيز ادارة المستشفيات من خلال الخطط التنفيذية السنوية لكل مستشفى.	نفقات تشغيلية: 846 مليون دولار نفقات تطويرية: 120 مليون دولار	الادارة العامة للتخطيط و رسم السياسات الصحية الادارة العامة للمستشفيات الادارة العامة للرعاية الصحية الأولية و الصحة العامة
2 . برنامج الصحة العامة خاصة تعزيز أنماط الحياة الصحية	- رفع مستوى الوعي العام في اطار التعزيز الصحي والتواصل وبرامج تغيير السلوك - تعزيز الشراكة بين الوزارات، الشراكة بين القطاعات و التواصل مع فئات المواطنين المختلفة - تطوير وتنفيذ سياسات الكشف المبكر للأمراض - تعزيز تطبيق اللوائح التنفيذية والبرتوكولات، وضمان فعالية المتابعة والتقييم.	نفقات تشغيلية: 87 مليون دولار نفقات تطويرية: 20 مليون دولار	الادارة العامة للرعاية الصحية الأولية و الصحة العامة

3. تنمية الموارد البشرية.	- تطوير سياسة واستراتيجية الموارد البشرية، مراجعة و تحيث وتنفيذ الخطة الوطنية لتنمية الموارد البشرية بالتعاون مع المؤسسات الحكومية الاخرى ذات الصلة. - العمل مع الجامعات الوطنية من أجل سد الفجوات في التخصصات المهنية. - تطوير وتنفيذ برنامج التعليم المستمر ، وربطه بأنظمة الترخيص - مراجعة وتعزيز ادارة الموارد البشرية و بخاصة النظم والممارسات من أجل التوظيف، الوصف الوظيفي، نظان التقييمات والحوافز.	نفقات تشغيلية: 125 مليون دولار نفقات تطويرية: 30 مليون دولار	الادارة العامة للتعليم الصحي وحدة التراخيص الادارة العامة للشؤون الادارية و المالية
4. الحكم الرشيد: ويشمل التنمية المؤسسية، التمويل الصحي، فعالية المؤونات، الشراكات بين القطاعين العام والخاص والتعاون والتنسيق عبر القطاعات. التنمية المؤوسسية والقيادة	- تعزيز: أ. دور وزارة الصحة في لاستراتيجية الوطنية، التخطيط والموازنة المتكاملة ب. التخطيط و المتابعة و التقييم المؤسساتي غبر وزارة الصحة - مراجعة و تعزيز الدور التنظيمي لوزارة الصحة، ادارة نظم المعلومات الصحية، الجودة الطبية والادارية، اللامركزية. - تطوير و تطبيق اليات و/أو أنظمة تهدف إلى تعزيز التعاون والاتصال ما بيد دوائر الوزارة المختلفة، ضمان المسائلة و تسهيل اتخاذ القرارات بشفافية	نفقات تشغيلية: 187 مليون دولار نفقات تطويرية: 40 مليون دولار	الادارة العامة للتخطيط و رسم السياسات الصحية مكتب الوزير

التمويل الصحي المستدام والإدارة المالية.	- تعزيز النظم و المهارات في مجال الإدارة المالية العامة، وتقدير التكاليف والتقييم الاقتصادي والبحوث ذات الصلة. - تطبيق الحسابات الوطنية الصحية - التنفيذ الفعال لبرنامج التأمين الصحي الوطني		مكتب الوزير الادارة العامة للتخطيط و رسم السياسات الصحية الادارة العامة للشؤون الادارية والمالية الادارة العامة للتأمين الصحي
فعالية المعونات	-تعزيز دور و قدرة وزارة الصحة في التنسيق - وضع نظم وممارسات لضمان الالتزام بمبادئ اتفاقية باريس، والالتزام من كافة الشركاء - تنسق وتوحيد نهج ادارة المعونات بين وزارة الصحة ووزارة التخطيط		وحدة التعاون الدولي
لشراكات بين القطاعين العام و الخاص	- التقليل من الازدواجية وهدر الموارد - تحسين التعاون و التنسيق بين الشركاء في القطاع الصحي		مكتب الوزير الادارة العامة للرعاية الصحية الأولية والصحة العامة الادارة العامة للمستشفيات
التعاون و التنسيق عبر القطاعات	- تعزيز القدرات في مجال الاستعداد لحالات الطوارئ -تعزيز التنسيق بين مقدمي خدمات الطوارئ الصحية - تعزيز/ ضمان "الصحة" في جميع السياسات.		مكتب الوزير الادارة العامة للاسعاف و الطوارئ الادارة العامة للتخطيط ورسم السياسات الصحية

ملاحظة: اجمالي الموازنة المقدرة للثلاث سنوات ٢٠١١-٢٠١٣ يقدر بـ 1,245 مليون دولار

ملحق ب: الخطة الوطنية الاستراتيجية للصحة : 2010-2013: إطار العام للنتائج

البرامج الصحية الوطنية	النتائج المرجو تحقيقها بحلول العام 2013	المؤشرات	خط القياس	الغايات	وسيلة التحقق	النتائج المرجوة بنهاية العام 2010	المؤشرات الوطنية
1- برنامج الوصول إلى الخدمات الصحية ذات الجودة العالية	وجود نظام فاعل للرقابة الشاملة يولد معلومات دورية و مفيدة حول الالتزام بالخطط و المعايير تحسين نظام الحكم في المستشفيات استعمال واسع للدلائل الارشادية و البروتوكولات و معايير الرعاية الصحية	تخفيض معدل الوفيات في المستشفيات زيادة المراكز الصحية بما يتناسب و خطة التغطية الصحية الوطنية وجود سياسات حول اجراءات المستشفيات	1.3/1000		التقرير السنوي لوزارة الصحة مقابلات عشوائية مع موظفي القطاع الصحي	وزارة الصحة مسؤولة عن تقديم خدمات تعتمد على التكلفة و الفعالية	زيادة الوصول و معدل الاستخدام للصحة و الخدمات الصحية ذات العلاقة خاصة للمناطق الريفية النائية المعزولة و الجماعات المهمشة زيادة الوصول إلى الادوية نسبة المراكز الصحية التي تلبي معايير استيعاب الخدمات الاساسية
2- برنامج الصحة العامة خاصة تعزيز انماط الحياة الصحية	اطلاق حملتين للتوعية العامة زيادة عدد موظفي الصحة المدربين في مجال الرعاية الصحية الاولية التأكيد على تنفيذ البروتوكولات و الدلائل الارشادية	تنفيذ حملة رئيسية واحدة مع نهاية 2011 تخفيض المضاعفات المهددة للحياة نسبة عدم التوافق	0	2		تحسين جودة الحياة تخفيض معدل السمنة تخفيض معدل التدخين تحسين التغذية	تحسن في المؤشرات الصحية في تخفيض المرض و الوفيات و زيادة متوسط العمر و تحسين جودة الحياة

3- برنامج تنمية الموارد البشرية	استكمال استراتيجية و سياسة تنمية الموارد البشرية و تنفيذها بشكل شمولي اعتماد برامج اكاديمية صحية جديدة في الجامعات وجود متطلبات للتعليم المستمر من اجل ترخيص مزاولي المهن الصحية وجود انظمة اكثر فاعلية لادارة الموارد البشرية بما فيها نظام تقييم الاداء	يتم طرح برنامجين اكاديمين جديدين مع نهاية السنة الثانية وجود برامج تعليم مستمر لمهن صحية عدد 2 على الاقل مع منتصف 2012 نسبة رضى موظفي الصحة	-	وجود استراتيجية للموارد البشرية وجود ادارة ذات هيكلية جيدة و ادارة جيدة تأسيس و فرض متطلبات التعليم الصحي المستمر	مستندات ووثائق وزارة الصحة مقابلات عشوائية مع موظفي القطاع الصحي	مد النظام الصحي على كافة المستويات بالكوادر الكفؤة و الكافية	العدد السنوي لخريجي المهن الصحية لكل 100000 من السكان بالمستوى و مجال الدراسة
4. برنامج الحوكمة بما فيها التمويل الصحي، الشراكة بين القطاع و الخاص و فعالية المعونات، و التعاون و التنسيق عبر القطاعات							
4.1- الحكم و التنمية المؤسساتية لوزارة الصحة	الرقابة و التقييم، نظام المعلومات الصحية و انظمة تأكيد الجودة تعمل بفاعلية تقليص عدم الالتزام بالانظمة و القوانين فرض انظمة الاعتماد و التراخيص و الاجازات الالتزام بانظمة و ممارسات صناعة القرار و المساءلة و الشفافية	وجود انظمة بنهاية 2011 يتم ترخيص كافة المنظمات و المؤسسات الصحية الخاصة مع نهاية 2012	عدم وجود نظام للرقابة و التقييم و تأكيد الجودة		مستندات وزارة الصحة التدقيق	نظام حكم يتسم بالكفاءة و الفعالية و المساءلة	مراجعة الاداء السنوي نسبة الموازنة المركزية التي تصل إلى مستوى المراكز المحلية

4.2- استدامة التمويل الصحي	دمج الموازنة و التخطيط وجود نظام ادارة مالية فاعل و مفيد نظام مالي شامل و مستدام للقطاع الصحي وجود صندوق للتامين الصحي يعمل وفق مبادىء العدالة و التغطية الشاملة	موائمة الموازنة السنوية مع خطة العمل السنوية سهولة الحصول على المعلومات الصحية عدد الموظفين المدربين على الادارة المالية ترشيد نظام الانفاق الصحي				تمويل مستدام للنظام الصحي من خلال برنامج التأمين الصحي الوطني	نسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي الاجمالي نسبة انفاق الاسر من الانفاق العام
4.3- الشراكة ما بين القطاع العام و الخاص	مذكرات تفاهم بين وزارة الصحة و مقدمي الخدمات الصحة الرئيسيين	مبادرة شراكة جديد مع نهاية العام 2011			وثائق وزارة الصحة	تحسين التنسيق و تقليص الازدواجية	

4.4- فعالية المعونات	90 ٪ على الاقل من الدعم للقطاع الصحي يتماشى و الاستراتيجية الصحية الوطنية الشفافية في نمط و قيمة المعونات التنسيق ما بين وزارة الصحة ووزارة التخطيط و التنمية الادارية - على الاقل 95 ٪ من قاعدة البيانات متوافقة	عدد المشاريع و البرامج المنفذة بالتنسيق مع الشركاء في القطاع الصحي نسبة المعونات المستخدمة خلال swap او من خلال دعم الموازنة نسبة المعونات من شركاء التنمية الذين يستخدمون نظم السلطة الوطنية القلسطينية نسبة التوافق بين قاعدة البيانات بين وزارة الصحة ووزارة التخطيط و التنمية الادارية	عدم مؤائمة لمعونات او ركيزيها لحصول على النتائج	كافة التمويل من خلال استراتيجية الصحة الوطنية	محاضر اجتماعات مجموعات عمل قطاع الصحة تقارير الرقابة و التدقيق	مبادىء باريس السبعة يتم تنفيذها و العمل بها بشكل جيد موائمة المعونات مع اولويات الصحة الوطنية التزام الجهات المانحة بدعم و تمويل استراتيجية الصحة الوطنية على مدار الثلاث سنوات	وزارة الصحة تقود القطاع الصحي

4.5- التعاون و التنسيق عبر القطاعات	وجود خطة للجاهزية للطوارىء ما بين كافة القطاعات تدريب كامل 100 ٪ للكوادر الصحية للاستجابة للحالات الطارئة ادراج الصحة في كافة السياسات	يتم تحقيق اربع تمارين على الاقل حول الجاهزية للطوارىء مع منتصف 2012 عقد تدريب اجباري مع نهاية 2011	عدم وجود خطة			الجاهزية المدائمة للاستجابة للكوارث و الطوارىء	تقارير التقييم ما بعد الكوارث
الاثر على الأهداف الانمائية للالفية		المؤشرات[33]		1990	2000	2006	الغاية للعام 2015
الهدف الاول: القضاء على الفقر المتقع و الجوع: غاية 1-ج:: تخفيض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى النصف خلال الفترة 1990 و 2015		معدل انتشار حالات الاطفال ناقصي الوزن دون الخامسة من العمر		3.6 (1996)	2.5	2.9	
الهدف الرابع: تخفيض معدل وفيات الاطفال 4.أ: تخفيض معدلات وفيات الاطفال دون الخامسة بنسبة الثلثين حتى عام 2015		4.1: معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة		33.2	28.3	28.3	20.0
		4.2: معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي		27.3	24.2	25.3	18.0
		4.3: نسبة الاطفال البالغين من العمر سنة واحدة الملقحين ضد الحصبة		49	92.7	96.8	99.5

الهدف الخامس: تحسين صحة الامهات الغايــة 5.أ: تخفيض معدل وفيات الامهات بنسـبة ثلاثة ارباع في الفترة 2015-1990	5.1: معدل وفيات الامهات	70-80 (1995)	96.8	45 (2009)	40
	5.2: نسبة الولادات التي تجري باشراف موظفي الصحة من ذوي الاختصاص	94.9(1996)	96.8	98.6	99
الغاية 5.ب: تعميم اتاحة خدمات الصحة الانجابية بحلول عام 2015	5.3: معدل انتشار وسائل منع الحمل	45.2 (1996)	51.4	50.2	
	5.4: معـدل الـولادات لـدى المراهقـات فـي الاراضي الفلسطينية	114.0 (1995)	77.0 (1999)	59.8 (2005)	
	5.5: معـدلات الحصـول على الرعايـة الصحية قبـل الـولادة (زيـارة واحدة على الاقـل و اربع زيارات علي الاكثر)	بيانات غير متوفرة	95.6	96.8	99.0
	5.6: الحاجة غير الملباه في مجال تنظيم الاسرة	بيانات غير متوفرة	بيانات غير متوفرة	12.4	
الهدف السادس: مكافحة فيروس نقص المناعة / الايدز، و الملاريا و غيرهما من الامراض الغايــة 6.أ: الابقاء على معدلات الاصابة المنخفضة حتى عام 2015 و بعدها محاولة الفضاء على الفيروس	6.1:معدل انتشـار الايدز بين السكان في الفئة العمرية 24-15				
	6.2: معدل استخدام الواقي الذكري				
	6.3: نسـبة السـكان في الفئة العمرية 24-15 الذيـن لديهـم معلومات شـاملة و صحيحة عن فيروس الايدز				
الغايــة 6.ب: تعميم اتاحة العلاج من مـرض الايدر لكل من هو بحاجة اليه بحلول العام 2010	6.4: معـدل المصابين بالايـدز الحاصلين على العلاجات اللازمة				

الغاية 6.ج: الابقاء على المعدل المنخفض لانتشار مرض الملاريا و غيره من الامراض	6.5: معـدلات الاصابـة و الانتشـار و الوفيـات المتعلقة بمرض السل				
	6.6: معدل حالات السـل التي تم تشـخيصها و علاجها باشراف طبي مباشر				

المرفق (ج) خريطة الطريق لسياسة واستراتيجية التنمية 2009

المراحل	الاحتياجات	الجدول الزمني	مشاركة الجهات المعنية	المسؤولية	النتيجة
المرحلة الاولى: اين نحن؟	مؤتمر وزارة الصحة (لتحليل الاوضاع)	ايار 2009	المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص والنقابات والمؤسسات الأكاديمية والجهات المانحة	مكتب وزير الصحة	عقدت في 7 و 8 ايار 2009
	نشر سلسلة مقالات لانست حول الصحة في الأراضي الفلسطينية المحتلة (أيضا نوع من تحليل الاوضاع)	اذار2009	الأكاديميون في فلسطين والمملكة المتحدة	منظمة الصحة العالمية	نشرت في اذار 2009
	استعراض للبيانات وغيرها من المعلومات المحلية (أيضا شكل من أشكال تحليل الاوضاع)	اذار-ايار2009	المنفذون المحليون	دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة	تم ترتيب البيانات والمعلومات الاخرى
	استعراض مجمل الإنجازات في العقد الحالي و تقدم خطة العمل السنوية	منتصف ايار ومنتصف حزيران	الاجتماعات الداخلية لموظفي وزارة الصحة	دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة	اللقاءات عقدت في 10 و 12 و 17 ايار
	قائمة محدّثة لجميع التزامات المانحين، ومشاريع المنظمات غير الحكومية والجهات المعنية	تموز	دائرة التخطيط و السياسات	دائرة التخطيط و السياسات الصحية في وزارة الصحة بالاشتراك مع دائرة التعاون الدولي	اذار وتموز

المرحلة الثانية اين نريد ان نكون؟	مشروع الاستراتيجية الوطنية للصحة 2011-2013 موزع على : أ)الفريق العامل في القطاع الصحي (ب)المجلس الوطني للسياسات الصحية والتخطيط التغذية الراجعة من كلا الفريقين	نهاية تشرين اول اوائل تشرين ثان	الفريق العامل في المجال الصحي والمجلس الوطني للسياسات والتخطيط	دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة بالاشتراك مع مكتب وزير الصحة	مسودات باللغتين العربية والانجليزية نشرت نهاية تشرين 1
	إعادة صياغة	تشرين ثان	الفريق العامل في المجال الصحي واللجنة الفرعية من المجلس الوطني للسياسات والتخطيط	دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة بالاشتراك مع مكتب وزير الصحة	اجتماع اللجنة الفرعية من المجلس الوطني للسياسات 9/12 2010
	-إعادة صياغة لكل من الفريق العامل في القطاع الصحي والمجلس الوطني للسياسات الصحية والتخطيط - تغذية راجعة من المجلس الوطني للسياسات الصحية والتخطيط	كانون اول منتصف كانون اول	الوزارة/المجلس الوطني للسياسات والتخطيط/المنظمات الغير حكومية/القطاع الخاص	دائة التخطيط والسياسات الصحية/مكتب وزير الصحة	اجتماع مع المائدة المستديرة في قطاع الصحة 20/12/2010
	نسخة المشروع الرسمية الاولى من مكتب وزير الصحة إلى وزارة التخطيط	10 كانون 2 2010			

	المسودة النهائية المقدمة إلى وزارة التخطيط	4 اذار 2010			
المرحلة الثالثة كيف سنصل إلى هناك؟	مناقشات مع وزارة التخطيط	شباط 2009- اذار 2010		مكتب وزير الصحة والمساعد الفني	لا زالت مستمرة
	تطوير دورات تخطيط ، ووضع ملاحظات على السياسات و تطوير الاستراتيجية ودورات تثقيف مستمرة بشأن السياسة الصحية والاستراتيجية	ايار		مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة والمساعد الفني	انجزت في 19-9 شباط 2009
	مناقشات اضافية مع وزارة التخطيط	ايار		مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع المساعد الفني	12 ايار 2009
	الاتفاق على النقاط الرئيسية و استخدام اليات التنسيق المتوفرة وغيرها من الاليات لقيادة ومراجعة العملية	منتصف ايار		وزير الصحة	الفريق العامل في المجال الصحي ودائرة التخطيط والسياسات
	وضع خارطة طريق	ايار	جلسات التعليم المستمر في رام الله و نابلس	دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة و المساعد الفني	17 و 18 ايار 2009
	مناقشة خارطة الطريق و التحديات التي تواجه الإدارة الصحية مع الجهات المانحة	ايار	التعاون الايطالي	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع المساعد الفني	14 و 18 ايار 2009

	استعراض خطة اعادة البناء و الاصلاح الفلسطينية 10-2008 والخطة الاستراتيجية الوطنية 10-2008 الخاصةبالبرامج الصحية والأهداف والغايات ثم في عام 2011 فصاعدا وضع مشروع الرؤية والرسالة والأهداف والأولويات لوزارة الصحة	حزيران	الاجتماعات الداخلية لموظفي وزارة الصحة		عقدت اللقاءات في 3 و 9 و 22 حزيران
	استعراض المنجزات التي تحققت حتى الآن في خطة عمل عام 2009	تموز	مجموعة وزارة الصحة للرقابة والتقييم		انجزت
	نقاشات ما بين القطاعات	تموز	وزارة التربية ووزارة الشؤون الاجتماعية	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع المساعد الفني	28 و 29 تموز
	مشروع الخطوط العريضة لاستراتيجية الصحة	تموز		مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة و المساعد الفني	13-29 تموز
	الانتباه إلىالقضايا الرئيسية المتعلقة بالسياسات عند وضع السياسة الصحية	تموز	هيئة برنامج وزارة الصحة للتعليم المستمر في رام الله	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع المساعد الفني	26 تموز

	اعادة صياغة رؤية ورسالة وقيم و اولويات وسياسات و مسودات مشاريع الاصلاح والنتائج و غاية السياسات الصحية والاهداف والمحصلات والغرض من الاستراتيجية الصحية و اهداف هذه الاستراتيجية وبرامجها	تموز	موظفي الوزارة	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة مع المساعد الفني	13-29 تموز
	صياغة نصوص السياسة العامة والاستراتيجية	اب و ايلول	موظفي الوزارة	دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة بالاشتراك مع مكتب وزير الصحة	
	تحرير وثيقة الاستراتيجية وملء المعلومات الناقصة	تشرين 1	موظفي الوزارة	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة مع المساعد الفني	
	إجتماع مع مدراء الوزارة و رؤساء لجان الموضوعية	تشرين ثاني	موظفي الوزارة	دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة و دائرة التخطيط الدولي	9/11/2010
	أجتماع مع مجلس الوطني للسياسات والتخطيط الصحي	تشرين ثاني	موظفين من وزارة الصحة مع وزارات أخرى/المنظمات الغير حكومية/القطاع الخاص	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة	17/11/2010

	عقد لقاء مع المائدة المستديرة لقطاع الصحة	كانون أول	موظفين من وزارة الصحة /المنظمات الغير حكومية/القطاع الخاص/المجلس الوطني للسياسات والتخطيط	وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة	20/12/2010
	لقاءات مع فريق التخطيط للوزارة	حزيران 2009- شباط 2010	موظفي الوزارة		إجتماعات متكررة
	اجتماع مع المانحين	شباط2010	المانحين منظمات الامم المتحدة ومنظمات أهلية	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة وفريق من التعاون الدولي	14 كانون ثاني 2010
	اجتماع مجموعة الاصلاح الصحي	شباط 2010	اعضاء مجموعة عمل اصلاح النظام الصحي ومدعوين اخرين	مكتب وزير الصحة بالاشتراك مع دائرة التخطيط والسياسات الصحية في وزارة الصحة وفريق من التعاون الدولي	1 شباط 2010
	مراجعة وتصحيح وتدقيق الاستراتيجية	شباط- أذار 2010	فريق التخطيط	فريق التخطيط	شباط- آذار 2010

المرفق (د): قائمة المختصرات

و	&
يرنامج التعليم المستمر	CHE
المكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية في شرق المتوسط	EMRO
الناتج القومي الاجمالي	GDP
نظام المعلومات الاداري في وزارة الصحة	HMIS
السياسات و التخطيط في وزارة الصحة	:HPPD
تنمية الموارد البشرة	:HRD
المجموعة العاملة في قطاع الصحة	:HSWG
وزارة التربية و التعليم العالي	MoEHE
وزارة المالية	MoF
وزارة الصحة	MoH
وزارة التخطيط و التنمية الادارية	MoPAD
وزارة الشؤون الاجتماعية	MoSA
الرقابة والتقييم	M&E
البرنامج الوطني للامراض المزمنة	NCDP
المجلس الوطني لسياسات و تخطيط الصحة	NCHPP
المنظمات غير الحكومية	NGOs
الاراضي الفلسطينية المحتلة	oPt
الرعاية الصحية الاولية	PHC
السلطة الوطنية القلسطينية	PNA
البنامج الفلسطيني للتنمية و اعادة البناء (2008-2010)	PRDP
الخطة الوطنية الفلسطسنية (2011-2013)	PNP
نقاط القوة والضعف والفرص والمعوقات	SWOT
وكالة الامم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين	UNWRA

المرفق(هـ): مؤشرات الصحة

جدول (1) توزيع الحالات المسجلة للاعاقات حسب الفئة العمرية في فلسطين - الضفة الغربية - 2000- 2008

الفئة العمرية	الحالات	النسبة ٪
اقل من خمس سنوات	12	1
5-9	51	3
10-17	506	26
18	110	6
19-29	769	39
30-39	303	15
40-49	150	8
+50	81	4
المجموع	1982	100
* المعلومات عن غزة غير متوفرة		

جدول (2) الأمراض النفسية – الضفة الغربية - غزة

المحافظة	الحالات لكل 100000		
الضفة الغربية	28.8	قطاع غزة	83.9
القدس	11.4	شمال غزة	85.6
جنين	69.4	مدينة غزة	38.1
طولكرم	50.8	المنطقة الوسطى	97.6
قلقيلية	31.3	خان يونس	88.7
سلفيت	66.3	رفح	188.2
نابلس	11.7		
رام الله	37.7		
أريحا	83.8		
الخليل	17.4		

جدول (3) تصنيف مرافق الرعاية الأولية

تصنف مرافق الرعاية الأولية إلى أربع مستويات رئسية هي:

المستوى الأول:
هو عبارة عن مرفق صحي يزود بمرشدة صحية واحدة أو ممرضة لخدمة موقع سكاني به اقل من 2000 نسمة. ويتم في هذا المركز تقديم الخدمات الوقائية؛ صحة ورعاية الأم والطفل والتحصين، كما يتم تقديم الخدمات الشافية مثل الإسعاف الأولي. يقوم طبيب عام بزيارة هذا المركز مرة أو مرتين أسبوعيا.

المستوى الثاني:
يعمل فيه طبيب عام وممرضة وقابلة لتقديم خدمات صحية مختلفة لتجمع سكاني من 6000-2001 نسمة بالإضافة إلى جميع الخدمات الوقائية والعلاجية العامة وبعض الفحوصات المخبرية وذلك طوال أيام العمل الأسبوعية.

المستوى الثالث:
هو عبارة عن " مركز صحي " يقدم بالإضافة إلى خدمات المستوى الثاني استشارات تخصصية لرعاية الأمومة والطفولة وخدمات مخبرية أساسية لتجمع سكاني من12000-6001 نسمة.

المستوى الرابع:
هو "مركز صحي شامل" يقدم بالإضافة إلى خدمات المستوى الثالث استشارات تخصصية متنوعة وخدمة الإرشاد النفسي لتجمع سكاني يزيد عن 12000 نسمة. كما يقدم الخدمات السنية وخدمات الفحص بالأشعة السينية وغيرها إذا تعذر توفرها في منطقة الخدمة[1].

(1) منطقة الخدمة: دائرة مركزها المرفق ونصف قطرها 5 كم.